

УДК 930+616.89

МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХИАТРИИ (к 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ ОСНОВАНИЯ)

В.Н. Краснов

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

Московский институт психиатрии был учрежден постановлением Наркомпроса РСФСР от 30 марта 1920 года «О преобразовании Психоневрологического музея в Московский психоневрологический институт». Основателем и музея и института был руководитель кафедры психиатрии Медицинского факультета Московского Университета Федор Егорович Рыбаков (1868–1920), ученик С.С.Корсакова, автор известного руководства по психиатрии и сохраняющих свое значение работ, посвященных проблемам аффективных психозов, алкоголизма, социальной психиатрии. В частности, он впервые указал на роль биологических ритмов в развитии и течении «циклофрении» (современным аналогом этой концепции явилась популярная в последние годы хронобиологическая модель аффективных расстройств) [13, 14]. Преемником Ф.Е.Рыбакова после его неожиданной смерти вскоре после открытия института стал А.Н.Бернштейн, также ученик С.С.Корсакова.

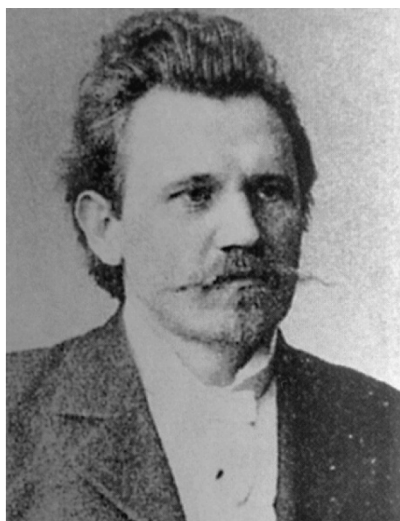
В 1920–30-е годы институт пережил немало драматических испытаний и едва не был ликви-

рован¹. Тем не менее, коллектив института сыграл основную роль в организации психиатрической службы в стране, причем в центре ее ставились амбулаторные учреждения – диспансеры, кабинеты при крупных предприятиях, университетах, то есть как раз сходно с развиваемой в настоящее время системой помощи. Прототипом современной психосоциальной реабилитации, разумеется, более разнообразной, правомерно считать развиваемую Д.Е.Мелеховым лечебно-трудовую реабилитацию [9, 10].

Научная деятельность института всегда отличалась широтой клинических поисков, охватывающих практически все разделы психиатрии, с преобладанием практически ориентированных исследований, что отнюдь не исключало решения ряда фундаментальных проблем, в частности за счет комплексности исследований и неизменного сохранения динамического психопатологического анализа, с учетом биологических и психосоциальных патопластических влияний, а также компенсаторных личностных качеств пациента.

С началом психофармакологической эры в психиатрии в 1950-х годах институт стал ведущим центром испытаний новых психотропных средств и распространения знаний в этой области во всем Советском Союзе. При этом терапия рассматривалась как целостная комплексная система, не ограничивающаяся утилитарным назначением определенных препаратов, условно признаваемых наиболее эффективными и адекватными при тех или иных патологических состояниях.

Эту масштабную работу многие годы возглавлял Г.Я.Авруцкий, объединив вокруг себя большую группу соратников и учеников. Интенсивной практической работе соответствовали психопатологи-



Ф.Е. Рыбаков (1868–1920)

¹Один из директоров Института (1922–24) психолог А.П.Нечаев был сослан, также директор Института В.А. Внуков (1934–37) был расстрелян в 1937 г., известные ученые М.Я.Серейский, А.С.Шмарьян, Б.В.Зейгарник подвергались гонениям и запретам на работу в Институте.

ческие исследования, в частности, такие как разработка метода психофармакологического анализа, регистрация проявлений и определение значимости лекарственного патоморфоза на популяционном уровне [1]. В последние годы терапевтическое направление в институте активно развивается под руководством С.Н. Мосолова [11]. Современные подходы к терапии психических расстройств существенно расширяются за счет разработки немедикаментозных методов и уточнения показаний к фармакологическим средствам.

Начинавший свою деятельность в области психофармакотерапии, И.Я. Гурович также использовал психопатологический подход к изучению терапевтических и побочных эффектов психотропных средств, выявив ранее не описанные симптомокомплексы, сочетавшие в себе проявления их нейротоксического действия и собственно феноменов эндогенных заболеваний. Обратившись к проблемам реорганизации психиатрических служб в последние десятилетия, И.Я. Гурович также опирался на психопатологическую оценку возможностей оказания дифференцированной помощи больным с разными состояниями и на разных этапах лечебно-реабилитационного процесса [4].

Институт, как никакое другое научное учреждение в России и за рубежом, последовательно занималось и занимается разработкой психопатологии и организации помощи и экзогенно-органических и психических расстройств. Одним из инициаторов исследования в этой области являлся А.С. Шмарьян [18], в 1940 году описавший разнообразные психопатологические феномены при височных поражениях головного мозга. Значительный научно-практический опыт сотрудники Института, в частности И.Г. Равкин, Р.Г. Голодец [3], Л.П. Лобова и другие получили в период работы Института в качестве госпиталя в г. Томске во время Великой Отечественной войны. Этот опыт получил развитие и в последующие годы. Существенный вклад в понимание природы органических и психических расстройств принадлежит выдающемуся психопатологу С.Г. Жислину, на материале различных экзогенно провоцированных состояний сформулировавшему концепцию органически и соматически измененной почвы [6]. Данная концепция неизменно служит ориентиром в выборе наиболее адекватной и щадящей терапии в отечественной терапии.

Необходимо упомянуть, что учениками С.Г. Жислина были и Г.Я. Авруцкий, и И.Я. Гурович.

Идеи С.Г. Жислина были также использованы А.И. Белкиным при создании психоэндокринологического направления и соответствующего подразделения в Институте, которое в настоящее время под руководством Л.Н. Горобец последовательно изучает недостаточно исследованные либо ранее вообще неизвестные эндокринные, метаболические побочные эффекты психофармакотерапии.

Среди уже упомянутых учеников С.Г. Жислина следует назвать также О.П. Вертоградову [5], сфор-

мулировавшую оригинальную концепцию депрессий с выделением трех ее разновидностей – тоскливой, тревожной и апатической со спецификой двигательных, идеаторных и эмоциональных компонентов.

Более широкие комплексные исследования расстройств аффективного спектра позволили выявить особенности биологической и психологической реактивности в качестве определяющего механизма развития и течения аффективных расстройств разной модальности.

В Институте традиционно разрабатываются проблемы эпилептологии, и существует специализированное отделение, созданное А.И. Болдыревым [2] и возглавляемое в настоящее время В.В. Калининым.

Давнюю традицию в Институте имеет разработка проблем наркологии с преимущественным изучением сочетанных форм психических расстройств и зависимостей. В последние годы соответствующее отделение возглавляет А.Г. Гофман.

В Институте вопреки всем трудностям и запретам на информацию о суицидах в конце 1970-х гг. усилиями А.Г. Амбрумовой было создано и получает развитие в настоящее время суицидологическое отделение. Под руководством Б.С. Положего [12] в рамках отделения детской психиатрии функционирует блок превентивной подростковой суицидологии.

В организации детской психиатрии в Институте особую роль сыграли Г.Е. Сухарева [15] и В.В. Ковалев [8]. Им принадлежат работы, посвященные эволюционно-динамическим аспектам особенностей развития в детском возрасте, роли дезонтогенетических факторов в патогенезе и патофизиологии психических расстройств в детском возрасте (в последнее время отделение психиатрии детского возраста возглавляет А.А. Портнова).

Новые перспективы предполагаются в развитии организованного в свое время Т.А. Гейером отделения геронтопсихиатрии (в настоящее время руководитель Л.Е. Пищикова)

Сформированное П.Б. Посвянским и Г.В. Васильченко сексологическое направление и соответствующее подразделение в последнее время под руководством Н.Д. Кибрика в основном занимается выявлением малоизученных сексуальных дисфункций, выявляющихся при применении психофармакотерапии, а также сложных трансгендерных проблем.

Мультидисциплинарный, смежный с психиатрией, характер имеет и развивающаяся в стране система помощи при различных формах патологии речи и других нарушениях высших психических функций. В.М. Шкловским создан один из лучших в мире научно-практический центр патологии речи, функционирующий на полипрофессиональной основе во взаимодействии неврологов, психиатров, нейропсихологов, дефектологов, физиотерапевтов и других специалистов. Это позволяет достигать значительных успехов в восстановлении психических функций у больных с тяжелыми поражениями головного мозга.

В.М.Шкловский является также ведущим специалистом в стране в области заикания [17].

В Институте работали выдающиеся представители патобиологии А.П.Авцин, П.Е.Снесарев, В.П.Эфроимсон и другие. В настоящее время лаборатория патобиологии (руководитель М.Г.Узбеков) благодаря возможностям взаимодействия с некоторыми академическими институтами и внутри самого института впервые в мире получила биофизические данные о конформации альбумина с использованием нанотехнологических подходов. Лаборатория продуктивно взаимодействует с отделом трансляционной психиатрии (руководитель А.Б.Шмуклер) и отделом клинко-патогенетических исследований в психиатрии.

Институт имеет богатую историю психологических исследований в психиатрии. Отделение патопсихологии, первым руководителем которого являлась получившая мировую известность Б.В.Зейгарник [7], в последние годы под руководством клинического психолога А.Б.Холмогоровой [16] продуктивно разрабатывает вместе с клиницистами проблемы социального функционирования и социальных когний у психических больных [16].

Последние десятилетия сотрудники Института, взаимодействуя с представителями других медицинских дисциплин разрабатывают принципы выявления психических расстройств в общей медицинской практике и разрабатывают новые модели помощи при коморбидной психической и соматической патологии, в том числе в первичной медицинской сети (А.Е.Бобров, Д.Е.Вельтишев, Т.В.Довженко и др.)

Таким образом, очевидна масштабность деятельности Института, следование мультидисциплинарным принципам исследовательской и практической деятельности. К началу XX века в Институте на функциональных началах существовали 8 научно-методических центров, тесно связанных со всеми практическими учреждениями страны. Не случайно Институт называли «психиатрическим университетом».

С 2014 года Институт является филиалом Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. И.П.Сербского, при этом, не утратив ни одного из перечисленных выше направлений деятельности, напротив, находится в поиске их дальнейшего развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А., Лечение психически больных. 2-е изд., испр. и дополн. М.: Медицина, 1988.
2. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. Изд. 2-е переработанное. М.: Медицина, 1984.
3. Голодец Р.Г. Московский научно-исследовательский институт психиатрии МЗ РСФСР в первые годы Великой отечественной войны // Советская психиатрия с годы Великой отечественной войны. Сборник научных трудов. Ленинград. Всероссийское научное общество невропатологов и психиатров. 1985. С. 59–66.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика – М, 2004.
5. Депрессия (психопатология и генез) / Под ред. О.П.Вертоградовой. Труды Московского научно-исследовательского института психиатрии МЗ РСФСР. 1980. Т. 91.
6. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. Клинико-патогенетические зависимости. М.: Медицина, 1965.
7. Зейгарник Б.В. Патопсихология. Изд. 2-е дополненное. М.: Издательство Московского университета, 1986.
8. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1979.
9. Мелехов Д.Е. Врачебно-трудовая экспертиза и трудоустройство инвалидов Отечественной войны с нервно-психическими заболеваниями. М., 1945.
10. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М.: Медгиз, 1963.
11. Мосолов С.Н. Биологические методы терапии психических расстройств / Под ред. С.С.Мосолова. М.: Издательство «Социально-политическая мысль», 2013.
12. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С.Положего. М.: Медицинское информационное агентство, 2019.
13. Рыбаков Ф.Е. Душевные болезни. Изд. 2-е, испр. и дополн. М.: Издание М.М.Аникина и А.С.Мокроусова, 1917.
14. Рыбаков Ф.Е. Циклофрения (круговой психоз). Москва, 1914.
15. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста в трех томах. М.: Медгиз, 1955, 1959, 1965.
16. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушение социального познания. М.: Форум, 2016.
17. Шкловский В.М. Заикание. М.: ICE, 1994.
18. Шмарьян А.С. Психопатологические синдромы при поражениях височных долей мозга. М., 1940.

Благодарность. Автор выражает признательность Юрию Сергеевичу Савенко за очень важные исторические сведения, позволившие внести уточнения и дополнения в текст данной статьи.

МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХИАТРИИ (К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ ОСНОВАНИЯ)

В.Н. Краснов

В статье представлен краткий исторический обзор развития Московского научно-исследовательского института психиатрии, одной из ведущих исследовательских организаций в области психиатрии в России. История института описана с момента основания по настоящее

время. Приведён анализ главных направлений исследовательской работы.

Ключевые слова: Московский научно-исследовательский институт психиатрии, история

MOSCOW RESEARCH INSTITUTE OF PSYCHIATRY (CENTURY FROM FOUNDATION)

V.N. Krasnov

The article presents a historical review of development of the Moscow Research Institute of Psychiatry, one of the leading institutions on psychiatry in Russia. The history of the Institute is described since its foundation up to

now. Main directions of the research work are analysed.

Key words: Moscow Research Institute of Psychiatry, history

Краснов Валерий Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела клинко-патогенетических исследований в психиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: valery-krasnov@mail.ru

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

А.Б. Шмуклер

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России*

Лечебно-реабилитационное направление было характерно для российской психиатрии с первых дней ее становления как научной дисциплины. Важной особенностью данного подхода являлось комплексное рассмотрение психиатрической помощи с учетом клинических, личностных, социальных, лечебно-реабилитационных и организационных аспектов. Клиническая картина заболевания оценивалась в неразрывной связи с личностно-психологическими характеристиками пациента, социальными условиями его жизни, терапевтическими возможностями, реабилитационным потенциалом и организационной структурой помощи. Свойственный для российской психиатрии в целом, данный подход был положен в основу научной и практической деятельности Московского научно-исследовательского института психиатрии (МНИИП) с первых дней его существования. Именно клинический подход, характеризовавший московскую психиатрическую школу, был «визитной карточкой» МНИИП весь период его существования и, хочется верить, остается таковой и в настоящее время.

Действительно, один из первых директоров МНИИП – Лев Маркович Розенштейн, известный как крупный теоретик организации психиатрической помощи, один из основоположников реабилитационного подхода в психиатрии, был блестящим клиницистом, тонким психопатологом и диагностом, развивавшим идеи психопрофилактики, исходя из глубокого понимания и применения на практике феноменологического метода К.Ясперса [16]. Удивительно современно звучат его высказывания о том, что одними госпитализациями невозможно решить проблемы психически больных, необходимо выйти за рамки госпитальной психиатрии, тем более что основная часть психиатрических пациентов всегда будет оставаться в населении. Концепция психопрофилактики, неразрывно связанная с амбулаторной психиатрической помощью, в понимании Л.М.Розенштейна основывалась на комплексной оценке состояния пациентов (а не сумме отдельных

проявлений заболевания), тонком анализе не только собственно болезненных проявлений, но динамики личности пациента во взаимодействии с социальными условиями.

Подобный подход в этот период не был чем-то исключительным и, скорее, отражал господствующую точку зрения. Действительно, считающийся одним из основоположников экспертизы трудоспособности и социальной реабилитации в нашей стране – профессор Тихон Александрович Гейер, некоторое время работавший в институте психиатрии Наркомздрава РСФСР, был тонким клиницистом с широким кругом научных интересов (например, его именем названа одна из форм сосудисто-атрофического поражения головного мозга – синдром Гаккенбуша-Гейера-Геймановича). Его ученик и последователь – профессор Дмитрий Евгеньевич Мелехов, возглавлявший МНИИП в 50-е годы, – фигура во многом недооцененная, хотя его идеи актуальны до настоящего времени и, более того, требуют нового прочтения на современном этапе развития психиатрии.

Традиционно имя Д.Е.Мелехова связывают с вопросами экспертизы трудоспособности психически больных. Безусловно это справедливо, однако понимание прогноза трудоспособности в его работах неразрывно связано с клиническими показателями с использованием как статических, так и динамических характеристик (систематика форм шизофрении по «поперечному» и «продольному разрезу»), а также постпроцессуальных состояний [15]. В этом смысле интересно выделение автором варианта заболевания с затяжным подострым течением прогрессивного процесса, которому мало уделялось внимания другими исследователями и который, тем не менее, нередко встречается в клинической практике и сопровождается различными типами социальной дезадаптации. В целом Д.Е.Мелехов солидаризировался с немецкой психиатрической школой (а у нас в стране с Г.Е.Сухаревой [22] и А.В.Снежневским [21]) в отношении необхо-

димости учитывать особенности течения болезни, что, к сожалению, не находит отражения в современных классификациях психических расстройств и является их серьезным недостатком.

Еще одним важным отличием рассмотрения Д.Е.Мелеховым клинико-социального статуса больных является внимание к их соматическому состоянию. И здесь также обнаруживается тесная связь с другими исследователями – сотрудниками МНИИП, развивавшими это направление: С.Г.Жислиным [12], указывавшим на роль в течении психических заболеваний кровоснабжения мозга, перенесенных в анамнезе инфекционных заболеваний (ревматизм, малярия, туберкулез), Г.Е.Сухаревой [22], обращавшей внимание на происходящие в подростковом возрасте эндокринные сдвиги (гипогонадизм, гипотиреозидизм, нарушение жирового обмена, избыточная продукция соматотропного гормона и связанные с этим акромегалоидные изменения и пр.), Р.Г.Голодец [4], отмечавшей роль авитаминоза. Подобное комплексное рассмотрение психической патологии, объединяющее психическое, соматическое, психологическое и социальное нельзя не признать более чем современным.

Особое внимание в трудах Д.Е.Мелехова уделялось понятию «дефект» (которое он отличал от слабоумия), понимая под ним стойкие постпроцессуальные проявления, которые, однако, не ограничиваются симптомами выпадения, а имеют определенную структуру, качество и динамику, и выступая против чрезмерного расширения понятия «дефект» за счет затяжных подострых субпсихотических состояний: «в определении дефекта нам представляется необходимым отразить наличие не только необратимых симптомов выпадения, но и стойких явлений диссоциации психических функций с изменением личности; указать критерий для констатации этих нарушений в снижении функционального уровня личности, приводящем к снижению трудоспособности, и показать, что дефект является результатом, последствием перенесенного острого или подострого периода болезни и не имеет тенденции к прогрессивности» [15]. В этой связи Д.Е.Мелехов выделял период развития дефекта на стадии активного процесса, период формирования и стабилизации дефекта, а также период сформировавшегося и компенсированного дефекта. При этом и в последнем случае дефект не рассматривался как нечто застывшее, наоборот, указывалось на наличие динамики сформировавшихся дефектных состояний в виде эпизодических кратковременных неадекватных ситуации колебаний настроения и активности, реактивных состояний и патологического развития постпроцессуальной личности. Более того, речь шла о возможной компенсации, субкомпенсации (лабильной и неполной компенсации) и декомпенсации дефекта. Подчеркивалась необходимость различения реакций, развивающихся во время активного течения болезни, реакций, порож-

дающих новые симптомы болезни, от подлинно компенсаторных образований. При этом компенсация рассматривалась с общебиологических позиций, в частности, с учетом теории функциональных систем П.К.Анохина [1].

Исходя из особенностей клинической картины и динамики дефекта (который, как видим, значительно шире иногда синонимически используемых в этих случаях негативных расстройств) и строилась тактика социально-трудового восстановления пациентов. Действительно, важно различать восстановление социального функционирования за счет регресса симптоматики активного этапа течения болезни и приспособление благодаря компенсации дефекта в постпроцессуальном периоде. При этом подчеркивалось значение целенаправленной активности личности и значения среды в развитии компенсации дефекта и неприемлемость «механистической, узко биологической трактовки компенсации как автоматической перестройки функций, как процесса, обусловленного присущими организму качествами и совершающегося без формирующего влияния среды у животных и социально-трудовых условий у человека» [15].

Подобный комплексный подход к рассмотрению проблем реабилитации психически больных характерен и для работ профессора Исаака Яковлевича Гуровича. Воспитанник школы профессора Самуила Григорьевича Жислина со свойственным ей тонким клиническим анализом, Исаак Яковлевич, возглавив отдел внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи (1978), поставил во главу угла организационной психиатрии клинический метод. За сухими цифрами статистической отчетности о деятельности психиатрических учреждений стало обнаруживаться живое дыхание клинической психиатрии, новые организационные формы оказания психиатрической помощи наполнились клиническим содержанием. Так, применяемые и сегодня группы диспансерного наблюдения психически больных (одним из ключевых разработчиков которых был И.Я.Гурович) основаны на динамическом понимании характера психиатрических заболеваний, обуславливающих особенности социального функционирования пациентов с возможностями перехода из одной группы в другую в зависимости от активности патологического процесса и уровня социальной (дез)адаптации [5, 17]. При этом сохранялась возможность снятия с диспансерного наблюдения как заключительного акта социальной реабилитации.

Этапный характер и преемственность помощи нашли отражение в разрабатываемой в отделе системе организации лечения в дневных стационарах. Значительным достижением оказалась разработка подходов к терапии подострых субпсихотических состояний [6, 19], что заложило основу дальнейшего развития психиатрической службы со сдвигом акцента оказания помощи во внебольничные условия

и организацией ее новых форм, включая помощь больным с впервые возникшими психотическими состояниями и асертивное лечение. Подробная разработка клинических и клинико-социальных показаний и противопоказаний для поступления в дневные стационары позволила значительно расширить контингент этих отделений за счет пациентов с расстройствами фактически психотического уровня, однако сохраняющими относительно упорядоченное социально приемлемое поведение и имеющими поддержку ближайшего окружения [6, 19].

При этом уже на данном этапе была подчеркнута важность не только осуществления адекватной и достаточно интенсивной психофармакотерапии, но и существенная роль психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации как обязательного компонента психиатрической помощи на любом этапе ее оказания [7] и, в частности, в условиях дневного стационара. Закономерным результатом и существенным достижением такого подхода стало административное решение о введении в штат психиатрических учреждений и их подразделений (психиатрических больниц, дневных стационаров, психоневрологических диспансеров) специалистов по социальной работе и социальных работников, что было закреплено соответствующим приказом Министерства здравоохранения и заложило основу комплексной полипрофессиональной психиатрической помощи психически больным [18]. Важным аспектом такого подхода было рассмотрение психосоциальных вмешательств не только как направленных на социальное приспособление пациентов, но и как эффективное терапевтическое воздействие.

Существенным шагом в развитии клинико-социального направления в психиатрии стала российско-канадская программа, которую организовали сотрудники отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи МНИИП и Департамента по изучению инвалидности Университета Калгари (Канада). В рамках данной программы на базе МНИИП в 1997–2001 годы проводились совместные семинары, которые позволили подготовить большое количество специалистов в области полипрофессиональной помощи психически больным, а с 2003 по 2007 год в 5 городах Российской Федерации (Москва, Омск, Санкт-Петербург, Ставрополь, Тамбов) реализовывались пилотные проекты, результаты которых легли в основу развития ряда новых форм организации психиатрической помощи (клиник первого психотического эпизода, отделений интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационных отделений психиатрических больниц и работающих во внебольничных условиях, жилья с поддержкой) [8], административный статус которых был закреплен Порядком оказания психиатрической помощи [18].

Следует подчеркнуть, что во всех подобных подразделениях во главу угла ставился клиниче-

ский подход, основанный на тонкой диагностической оценке состояния больных, включающей как психопатологический анализ и учет динамики заболевания, так и личностно-психологические и социальные характеристики. Практические впервые в российской психиатрии в анализ состояния пациентов было введено понятие качество жизни, описаны его особенности у различных групп больных, значение для их социальной адаптации и проведения психосоциальных лечебно-реабилитационных мероприятий [23].

Другим важным направлением исследований стало изучение когнитивных функций пациентов. Были подробно описаны особенности нейрокогнитивного дефицита и его динамика у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Большое внимание уделялось социальной когниции, исследование которой позволило предложить целый спектр новых, имеющих патогенетическую направленность подходов к психосоциальной терапии больных [10, 13, 14]. Методические подходы в этом направлении легли в основу ряда инновационных тренинговых программ [11].

Особенно следует подчеркнуть разработки отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи в отношении создания клиник первого психотического эпизода. Впервые в Российской Федерации такая клиника была создана в Московском НИИ психиатрии в 2000 году. Научные исследования на базе этого отделения позволили сформировать клинико-социальные и организационные подходы, объединенные в единую систему организации помощи данному контингенту. Методические разработки, полученные в результате проведенных исследований, нашли свое отражение в большом числе научных статей и монографии [9], а также учебных курсах в различных городах Российской Федерации. Признание важности данного направления получило подтверждение в регионах, где были открыты более 30 подобных клиник.

В 2017 году отделение изменило название (отделение клинико-социальных и биологических исследований расстройств психотического спектра), что отразило возрастающее внимание, которое уделялось в научных разработках не только психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации больных, но и нейробиологическим исследованиям [25], сочетающимся с традиционными направлениями изучения когнитивных функций (включая специальное внимание социальным когнициям) [24], а также негативных расстройств при шизофрении [27, 28].

По-прежнему в фокусе внимания находятся исследования, касающиеся пациентов на начальных этапах заболевания, в том числе и в особенности направленные на попытку выделения маркеров-кандидатов предрасположенности к развитию болезни, активности болезненного процесса и его прогноза [26, 29].

Особенностью данного подхода является многокомпонентное рассмотрение выявленных нарушений, определение комплексных маркеров, включающих спектр отдельных показателей. Заметным шагом в данном направлении является осуществляемое в настоящее время построение сетевой модели различных (клинических, когнитивных, нейробиологических) проявлений заболевания, характеризующей результат динамичных причинно-следственных взаимодействий симптомов («узлов») в виде структуры – сети.

В заключение следует отметить, что, несмотря на происходящие постепенные изменения направленности тематики исследований, в значительной степени обусловленные развитием психиатрической научной мысли, в них неизменно остается главное – клинический подход, являющийся основой всех научных разработок: организационных, нейробиологических, клинко-реабилитационных, как правило, тесно взаимосвязанных и фактически представляющих единый исследовательский проект, реализуемый на протяжении ряда десятилетий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы. М., 1980.
2. Бригадное полипрофессиональное оказания психиатрической помощи (сборник методических рекомендаций). М., 2011. 284 с.
3. Гейер Т.А. Трудоспособность при шизофрении. В сб.: Современные проблемы шизофрении. Биомедгиз. М., 1933.
4. Голодец Р.Г. О некоторых особенностях течения затяжных неблагоприятных форм шизофрении // Вопросы клиники, патогенеза и лечения шизофрении. М., 1958.
5. Гурович И.Я. О клинко-социальных критериях снятия с диспансерного учета больных шизофренией – заключительного акта социальной реабилитации // Вопросы организации психиатрической помощи. М., 1982. С. 6–14.
6. Гурович И.Я., Саркисян В.В., Куцай С.И. Подострые состояния при шизофрении во внебольничной практике // Ранняя реабилитация психически больных. Л., 1984. С. 118–125.
7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М., 2004. 492 с.
8. Гурович И.Я., Ньюфелдт О.Г. (Ред.). Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. М., 2007. 356 с.
9. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (ред.). Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь). М., 2010. 544 с.
10. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С. Динамика нейрокognитивного функционирования больных на начальных этапах развития шизофрении и расстройств шизофренического спектра // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2012. Т. 112, № 8. С. 7–14.
11. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (Ред.). Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. М., 2015. 420 с.
12. Жислин С.Г. К клинической дифференциации и патогенезу затяжных форм шизофрении с неблагоприятным течением // Вопросы клиники, патогенеза и лечения шизофрении. М., 1958.
13. Зайцева Ю.С. Первый психотический эпизод: пятилетнее катамнестическое клинко-нейропсихологическое исследование: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2010. 180 с.
14. Магомедова М.В. Соотношение социального функционирования и нейрокognитивного дефицита у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на раннем и отдаленном этапах болезни: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003. 165 с.
15. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М., 1963. 198 с.
16. Мелехов Д.Е., Гросман А.В. Л.М.Розенштейн и период становления советской социальной психиатрии // Клинические аспекты социальной реадaptации психически больных. / М., 1976. с. 235.
17. Приказ Минздрава РФ от 31 декабря 2002 г. N 420 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений»
18. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»
19. Саркисян В.В. Подострые состояния при шизофрении, их клиника и особенности лечения в дневном стационаре: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1983. 190 с.
20. Сборник методических рекомендаций и пособий для врачей и других специалистов, оказывающих психиатрическую помощь М., 2009. 512 с.
21. Снежневский А.В. Шизофрения. Клиника и патогенез. М., 1969. 464 с.
22. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1955.
23. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1999. 334 с.
24. Шмуклер А.Б. Когнитивные нарушения в структуре депрессивного синдрома // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26. № 4. С. 72–76.
25. Шмуклер А.Б. Биомаркеры шизофрении // Психическое здоровье: социальные, клинко-организационные и научные аспекты. М., 2017. С. 167–174.
26. Шмуклер А.Б. Методологические проблемы фундаментальных исследований в психиатрии // Психическое здоровье человека и общества: актуальные междисциплинарные проблемы. М., 2018. С. 317–326.
27. Faerden A., Lyngstad S.H., Simonsen C., Ringen P.A., Papsuev O., Dieset I., Andreassen O.A., Agartz I., Marder S.R., Melle I. Reliability and validity of the self-report version of the apathy evaluation scale in first-episode Psychosis: Concordance with the clinical version at baseline and 12 months follow-up // Psychiatry Res. 2018. Vol. 267. P. 140–147.
28. Mucci A., Vignapiano A., Bitter I., Austin S.F., Delouche C., Dollfus S., Erfurth A., Fleischhacker W.W., Giordano G.M., Gladyshev I., Glenthøj B., Gütter K., Hofer A., Hübner J., Kaiser S., Libiger J., Melle I., Nielsen M.Ø., Papsuev O., Rybakowski J.K., Sachs G., Üçok A., Wojciak P., Galderisi S. A large European, multicenter, multinational validation study of the Brief Negative Symptom Scale // Eur. Neuropsychopharmacol. 2019. Vol. 29, N 8. P. 947–959.
29. Zaytseva Y., Horacek J., Spaniel F., Papaefstathiou A., Garakh Z., Novototsky-Vlasov V., Srelets V.B., Gurovich I.Y., Shmukler A. EEG coherence in a mental arithmetic task performance in first episode schizophrenia and schizoaffective disorders // Clin. Neurophysiol. 2018. Vol. 129, N 11. P. 2315–2324.

КЛИНКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

А.Б. Шмуклер

В статье, приуроченной к 100-летию Московского научно-исследовательского института психиатрии, представлены результаты развития лечебно-реабилитационного направления в данном учреждении. Его особенностью являлось комплексное рассмотрение психиатрической помощи с учетом клинических, личностных, социальных, лечебно-реабилитационных и организационных аспектов. Клиническая картина заболевания оценивалась в неразрывной связи с личностно-психологическими характеристиками пациента, социальными условиями жизни,

терапевтическими возможностями, реабилитационным потенциалом и организационной структурой помощи. Именно клинический подход, характеризовавший московскую психиатрическую школу, был «визитной карточкой» Московского научно-исследовательского института психиатрии весь период его существования и остается таковой в настоящее время.

Ключевые слова: Московский научно-исследовательский институт психиатрии, психиатрическая помощь, лечебно-реабилитационное направление.

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL APPROACH IN THE SYSTEM OF REHABILITATION OF MENTAL PATIENTS

A.B. Shmukler

The article, dedicated to the 100th anniversary of the Moscow Research Institute of Psychiatry, presents the results of the development of therapeutic and rehabilitation scientific approach in this institution. Its peculiarity was a comprehensive assessment of psychiatric care in consideration of clinical, personal, social, medical, rehabilitation and organizational aspects. The clinical picture of the disease was evaluated in its inextricable linkage with the personality and psychological characteristics of the patient, the social

life circumstances, therapeutic options, rehabilitation potential and the organizational structure of care. It was the clinical approach, characteristic for the Moscow psychiatric school, that used to be the "calling card" of the Moscow Research Institute of Psychiatry for the entire period of its existence and remains so at present.

Key words: Moscow Research Institute of Psychiatry, psychiatric care, therapeutic and rehabilitation approach.

Шмуклер Александр Борисович – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: shmukler.a@serbsky.ru

ДОСТИЖЕНИЯ, АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СВЕТЕ 100-ЛЕТНЕЙ ИСТОРИИ МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ПСИХИАТРИИ

С.Н. Мосолов

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

С самого основания Московского НИИ психиатрии Минздрава России (ранее Центрального научно-исследовательского института психиатрии им. П.Б.Ганнушкина) биологическая терапия всегда находилась в центре научного внимания и была одним из ведущих исследовательских направлений. И хотя практически все подразделения института в той или иной мере занимались разработкой методов лечения отдельных психических расстройств, настоящим пионером направления биологической терапии и предтечей ее современных методов можно считать Марка Яковлевича Серейского. Именно с его именем связаны разработка и внедрение в практику таких эффективных и до сих пор востребованных лечебных методик, как электросудорожная (первый отечественный аппарат ЭСТ) и инсулинокоматозная терапии, электросон, длительный наркозный сон, медикаментозная судорожная терапия, применение успокаивающих средств растительного происхождения, а также первых фармакологических препаратов, включая барбитураты и психостимуляторы (амфетамин, метамфетамин и др.). Его многочисленные труды: «Химия нервной системы» [27], «Инсулинотерапия шизофрении», «Лечение шизофрении» [23], «Экспериментальный сон» [28], «Стимуляторы нервной системы» [25], «Новые пути диагностики и лечения эпилепсии» (1945), «Применение длительного наркоза в психиатрии» [24], «Терапия психических заболеваний» [26] стали важными новаторскими разработками, получившими широкое распространение в практической медицине, в том числе при проведении боевых действий нашей армии в период Великой отечественной войны. Марк Яковлевич являлся непосредственным учеником П.Б.Ганнушкина и длительное время работал под его руководством в клинике Московского университета, но в молодые годы он также учился в Германии и провел некоторое время в клинике Э.Крепелина в Мюнхене.

У профессора Серейского было много талантливых учеников. Один из них – Г.Я.Авруцкий, который пришел в наш институт в качестве клинического ординатора в 1953 году, а в 1957 году под руководством М.Я.Серейского защитил кандидатскую диссертацию, посвященную клинике ремиссий у больных параноидной шизофренией после инсулинокоматозной терапии.

Именно с именем Григория Яковлевича связаны не только основные достижения современной отечественной клинической психофармакологии и оформление этой дисциплины в качестве самостоятельного научного направления, но и воспитание нескольких поколений талантливых учеников, создание целой школы с собственными исследовательскими подходами, методами и традициями. Наряду с М.Я.Серейским, основными учителями профессора Авруцкого и идеологами дальнейшего развития терапевтического направления в нашем институте были такие выдающиеся клиницисты, как С.Г.Жислин, Д.Е.Мелехов, Д.Д.Федотов, И.Г.Равкин и др. В частности, консультантами докторской диссертации Г.Я. Авруцкого, посвященной революционным методам антипсихотической фармакотерапии шизофрении, были С.Г.Жислин и Д.Д.Федотов. Знаковым событием, окончательно определившим круг научных интересов Григория Яковлевича, явилась его командировка в 1961 году в качестве стипендиата ВОЗ в Англию и потом во Францию, где в знаменитой клинике Святой Анны под прямым руководством Делея и Деникера он твердо усвоил азы только зарождавшейся новой науки – клинической психофармакологии, названной в последствии второй революцией в психиатрии после снятия мер стеснения Ф.Пинелем.

После возвращения на родину Г.Я.Авруцкий в 1962 году организовал в нашем институте первый в СССР отдел психофармакологии, ориентированный на разработку и клиническое изучение лекар-



Коллектив Центрального института психиатрии им. П.Б.Ганнушкина (середина 1950-х). Сидят (слева направо): С.Г.Жислин, В.М.Банициков, М.Я.Серейский, Г.Е.Сухарева, И.А.Бергер; стоят: И.Г.Равкин, Г.Я.Авруцкий и ординаторы

ственных методов лечения психических заболеваний. Проводимые в отделе исследования, отражая этапы развития психофармакологии в других странах, в то же время основывались на традиционном в России клиническом направлении, заключающемся в изучении действия психотропных средств на синдромологическом уровне и с учетом закономерностей клиники и течения отдельных психических заболеваний. Основное внимание в те годы уделялось изучению индивидуальных спектров психотропной активности отдельных препаратов, отбору наиболее эффективных из них и внедрению их в отечественную клиническую практику. В итоге появилась возможность сформулировать клинически обоснованные показания к назначению психофармакологических препаратов и разработать наиболее рациональные методики их применения. Были подробно изучены и описаны побочные явления и осложнения терапии. Из бесчисленного множества зарубежных препаратов были отобраны наиболее эффективные. Без преувеличения можно утверждать, что большинство психотропных средств, используемых в настоящее время, и методики их применения в нашей стране изучались и апробировались в нашем отделе. Фактически была разработана новая оригинальная система клинических испытаний психотропных средств, в том числе созданы первые психометрические шкалы для квантифицированной регистрации симптоматики, которыми психиатры пользуются до сих пор. Все научные достижения активно и быстро внедрялись в

практику. Следствием этого явилось широкое распространение идей Г.Я.Авруцкого и разработанных им принципов психофармакотерапии по всем регионам нашей страны и формирование в них пула последователей его клинико-терапевтического подхода. Одновременно с этой большой практической и методической работой проводились теоретические обобщения и анализ клинических закономерностей действия психофармакологических препаратов. Была создана систематика психотропных средств, сформулировано понятие спектра психотропной, нейротропной и соматотропной активности препарата, разработаны положения о глобальном (общем) и избирательном (избирательном) действии психофармакологических средств, проведен тщательный анализ терапевтической динамики отдельных психопатологических синдромов под влиянием разных видов терапии и предложен так называемый фармакотерапевтический метод исследования, позволяющий тщательно изучить структуру синдрома и более тонко проводить диагностику состояния. В основу системы терапии были положены следующие принципы: клиническая обоснованность на всем протяжении лечения; динамичность терапии (связь с изменениями клинической картины заболеваний в ходе терапевтического воздействия) и ее комплексность (использование вместе с другими методами биологического воздействия и с психотерапевтическими и социореабилитационными мероприятиями); максимальная индивидуализация и преемственность терапии, то

есть последовательное соблюдение в амбулаторных условиях подобранной в стационаре тактики.

Тщательное динамическое клинико-психопатологическое исследование позволило выявить и описать ряд новых психопатологических феноменов, ранее не упоминавшихся в литературе, обосновать возможность и закономерности формирования в условиях длительной психофармакотерапии новых психопатологических синдромов. В то же время было установлено, что изменения, происходящие под влиянием фармакогенного фактора на уровне симптомов, а затем синдромов, ведут к типичным изменениям также и в течении заболевания. Так, например, была показана трансформация бредового синдрома в своеобразные состояния, протекающие с критикой и тем самым становящиеся сходными с обсессивно-фобическими проявлениями. Эти феномены, носящие характер не только типичного, но и массового явления, были положены в основу концепции фармакогенного (лекарственного) патоморфоза как одного из основных вариантов современного патоморфоза психозов. При этом утрачивалось доминирующее положение грубых психопатологических расстройств и происходила замена их симптоматикой, характерной для более «легких» регистров поражения психической деятельности, т.е. преобладание в картине заболевания аффективных, неврозоподобных или психопатоподобных расстройств и переход к фазному или малопрогрессирующему течению психоза. Были изучены и описаны варианты так называемого «отрицательного» лекарственного патоморфоза, развивающегося в результате шаблонного применения психотропных средств или необоснованного, чаще чрезмерного длительного их употребления, приводящего к возникновению затяжных, а нередко многолетних психозов – приступов, симулирующих непрерывное течение процесса, а также формирование резистентных состояний, развитие «фармакогенного» дефекта в результате злоупотребления нейролепсией, усиливающей социально-трудовую дезадаптацию и приводящей к госпитализму. Своеобразие психофармакотерапевтического воздействия (ранняя нормализация поведения, относительно медленный темп и лабильность процесса реконвалесценции и др.) обуславливали настоятельную необходимость одновременного применения психотерапевтического и социореабилитационного воздействия. В этих условиях биологические и социотерапевтические методы оказывали мощное потенцирующее влияние.

Еще одним важным направлением научной деятельности отдела психофармакотерапии в тот период был поиск путей обоснованного синтеза оригинальных отечественных психотропных средств, проводившийся совместно с ведущими фармакологическими учреждениями страны – Институтом Фармакологии АМН и Всесоюзным научно-исследовательским химико-фармацевтическим институтом (вместе

с академиками В.В.Закусовым и М.Д.Машковским в рамках Психофармакологического центра, созданного в 1966 г. на базе Московского НИИ психиатрии). В итоге общими усилиями были синтезированы, отобраны, клинически изучены и внедрены в практику такие отечественные препараты, как карбидин, фторацизин, азафен, сиднокарб, пиразидол, феназепам и др., часть из которых в дальнейшем широко применялась не только в нашей стране, но и за рубежом. За эту работу Г.Я.Авруцкий и его коллеги были удостоены Государственной премии СССР [7].

В 1982 г. по инициативе Г.Я.Авруцкого на базе отдела был создан Всесоюзный научно-методический центр терапии психических заболеваний. Отдел с энтузиазмом занялся организационными аспектами терапевтического процесса. Впервые было показано, что большинство психотических больных, в том числе острых, могут быть госпитализированы на очень короткое время. Основные задачи по купированию обострений решаются амбулаторно или в дневном стационаре; регулярное же проведение длительной противорецидивной или вторичной профилактической терапии в несколько раз сокращает число повторных обострений и госпитализаций. На основе полученных данных была сформулирована гипотеза о возможности переноса большинства методик лечения из стационара во внебольничные условия с целью расширения объема диспансерной лечебной помощи, превращения ее из вспомогательной (поддерживающей) помощи в этап внебольничной терапии, имеющей зачастую большее значение, чем лечение в больнице. При этом была показана не только возможность, но и клинико-экономическая целесообразность внебольничного купирования рецидивов и обострений, которые в условиях привычной для больного обстановки редуцируются быстрее и качественнее, чем в больнице. Интересно, что модели организации терапевтического процесса, разработанные в те годы в отделе терапии, легли в основу организации современной службы неотложной психиатрической помощи [3].

В 80-е годы Г.Я.Авруцкий сформулировал положение о том, что лекарственный патоморфоз включает в себя изменения реактивности в обширном диапазоне – от гипореактивных резистентных форм течения психических заболеваний до гиперреактивных, прежде всего угрожающих жизни больных (токсико-аллергических реакций и гипертоксических фебрильных состояний – летальной кататонии, злокачественного нейролептического синдрома). Исследованию ранней диагностики и клиники этих состояний и разработке методик их терапии были посвящены основные усилия сотрудников отдела в тот период. Было организовано первое в стране психореанимационное отделение, в котором оказывали помощь больным с угрозой жизни, и фактически создано новое научное направление urgentной психиатрии. В результате была разработана система

интенсивной инфузионной терапии с коррекцией нарушений гомеостаза при urgentных состояниях, что позволило снизить смертность при фебрильных психозах с 70–80% до 5–10% [1].

Наиболее важные результаты многолетних исследований отдела терапии в эти годы были обобщены в нескольких монографиях, включая «Лечение психически больных» [1–6], которая выдержала ряд переизданий. Григорий Яковлевич создал оригинальную отечественную клинико-терапевтическую школу, воспитанниками которой являются И.Я.Гурович, В.В.Громова, А.И.Белкин, Э.П.Флейс, В.А.Райский, А.А.Недува, Ю.А.Александровский, Ю.И.Вихляев, В.В.Немцов, Б.Д.Цыганков, Н.В.Говорин, С.Г.Зайцев, Д.И.Малин, А.И.Нисс, В.В.Калинин, И.Д.Еникеев, В.Е.Лернер, С.В.Сулухия,



Г.Я.Авруцкий с первым поколением старших научных сотрудников отдела терапии (слева направо): В.В.Громова, Э.П.Флейс, И.Я.Гурович, Ю.А.Александровский (середина 1960-х)

И.С.Прохорова и ряд других его учеников, включая и автора этих строк. Многие из них в настоящее время руководят кафедрами и научными подразделениями, работают за рубежом и до сих пор активно пользуются научным наследием Г.Я.Авруцкого.

После смерти Г.Я.Авруцкого в 1993 году отдел продолжил работу по изучению новых методов биологической терапии психических расстройств, включая изучение клинического спектра действия новых лекарственных препаратов, факторов развития терапевтической резистентности и разработки методов ее преодоления, а также прогноза эффективности терапии и течения заболевания. С целью поиска альтернативных психофармакотерапии методов лечебного воздействия, а также повышения ее эффективности было создано первое в стране отделение нелекарственных методов лечения психических расстройств, которым первоначально руководил профессор А.А.Недува. В этом отделении, наряду с традиционными «шоковыми» методами, продолжают разрабатываться новые методики ЭСТ, плазмафереза, лазерного воздействия, транскраниальной магнитной стимуляции с навигационной системой прицельного и дифференцированного воздействия на определенные структуры головного мозга, адаптации к периодической нормобарической гипоксии, гипербарической оксигенации, нейробиофидбека и др. Появление психофармакологических средств «нового поколения», обладающих значительно лучшей переносимостью в сравнении с препаратами первых поколений, установление их нейрорецепторного профиля действия и развитие тонких нейровизуализационных технологий иссле-



20-летний юбилей отдела терапии психических заболеваний в 1982 г.

дования головного мозга, позволяющих получить новые данные о механизмах действия препаратов, потребовали пересмотра ряда прежних положений, разработки новых методик исследования и новых подходов к проведению лекарственной терапии. В последние годы в работах отдела, наряду с клиническими исследованиями новых лекарственных средств, большое значение придавалось дифференцированному подходу к терапии и методам раннего прогноза ее эффективности. Особое внимание уделялось проблемам терапевтической резистентности и предикции эффективности терапии аффективных расстройств и шизофрении, разработке отечественных и валидации международных русскоязычных шкал психометрической оценки состояния больных, индивидуализации выбора адекватного терапевтического вмешательства. В частности, были разработаны операциональные клинико-функциональные критерии ремиссии при шизофрении в зависимости от клинической формы и типа ее течения; разработаны некоторые новые психофармакологическиеходы прицельного воздействия на негативную симптоматику и когнитивные нарушения при шизофрении; предложены новые методики терапии ультрарезистентных форм течения шизофрении, включая аугментацию действия клозапина с помощью ЭСТ; проводились фармако-эпидемиологические и фармако-экономические исследования, включая эпидемиологические когортные исследования ошибочной диагностики биполярного аффективного расстройства у больных с диагнозами рекуррентной депрессии и приступообразной шизофрении; были разработаны новые методики психообразования с целью повышения эффективности амбулаторной антипсихотической терапии больных шизофренией; разработаны комплексные стандартизированные критерии эффективности (результативности) проводимой амбулаторной психофармакотерапии, а также отечественные стандарты, клинические рекомендации и алгоритмы по диагностике и терапии основных психических расстройств на основе методов доказательной медицины.

Процесс совершенствования методов терапии психических расстройств непрерывен и в последние годы развивается не менее бурными темпами, чем 60 лет назад на заре психофармакологической эры. В настоящее время появляются вызовы и проблемы, требующие развития иной методологии и новых подходов для их решения. Психофармакологическая революция 50–60-х годов прошлого века, обеспечив возможность эффективного воздействия на основные психопатологические синдромы (преимущественно позитивные симптомы), привела к отмене мер стеснения, запустила процесс деинституализации и позволила проводить длительное амбулаторное лечение в привычной социальной среде [7, 22]. Однако все имеющиеся в современном арсенале психофармакологические средства оказались

способны лишь временно подавлять актуальную психопатологическую симптоматику или оказывать вторичный профилактический (противорецидивный) эффект. Несмотря на активное лечение и массовость психофармакотерапии, увеличение числа препаратов и выписки рецептов, бремя психических расстройств, показатели заболеваемости, смертности и нетрудоспособности парадоксально растут, число суицидов, которые в 90% случаев совершают именно психически больные, не уменьшается.

Все основные психофармакологические средства (сначала нейролептики, затем антидепрессанты и бензодиазепиновые транквилизаторы) были открыты клиницистами 60–70 лет назад случайным образом, сотни последующих препаратов были «сделаны по образу и подобию», эксплуатируя те же механизмы действия. В отличие от других медицинских специальностей, например, кардиологии, где число препаратов с другим механизмом действия с тех пор возросло в 5 раз, в психиатрии мало что изменилось. Поэтому в настоящее время необходимо не только повышение доступности лекарственных средств, но и увеличение их разнообразия и эффективности, остро стоит задача поиска новых молекулярных патогенетических мишеней (геномных, эпигеномных, нейромедиторных и т.д.). По показателям результативности (эффективности) современная психофармакотерапия также существенно уступает лекарственным препаратам, применяемым в кардиологии. Например, по такому статистическому критерию, как NNT (Number Needed to Treat), показывающему число пациентов, которое необходимо пролечить для того, чтобы был один случай неэффективности, применение статинов снижает смертность по любой причине в 250 случаях [37], в то время как антидепрессанты помогают при депрессии только у 6 больных, предотвращают рецидив в течение 12 месяцев у 5 больных, а в течение 36 месяцев только у трех [40]. Антипсихотики для профилактики рецидива в течение 12 месяцев также эффективны только у 3 пациентов [43]. В большей степени антипсихотики эффективны, если речь идет о раннем вмешательстве для профилактики первого психотического эпизода [45], но в этом случае подразумевается выявление лиц с высоким риском развития психоза в популяции, не попадающих в настоящее время в поле зрения психиатров, которые сталкиваются в своей практической деятельности, как правило, с уже с развернутой манифестацией психоза.

Еще одной причиной отсутствия радикальных успехов в психиатрии по сравнению с другими медицинскими специальностями является то, что во многих из них, например, в кардиологии, произошла смена терапевтической стратегии в пользу профилактического лечения и активного влияния на факторы риска развития заболевания. Фактически речь идет о предотвращении появления этих факторов или снижении их влияния на уровень смертности в

остром периоде (применение антихолестериновой терапии, статинов, контроль за массой тела, уровнем триглицеридов и т.д.) [29, 37]. Ничего подобного в психиатрии мы, к сожалению, не видим. Поэтому поиск факторов риска развития основных психических расстройств и изменение терапевтической стратегии от купирования к превенции на ранних стадиях заболевания должно является основной целью современных научных исследований.

В целом, можно выделить следующие основные *клинические ограничения* современного этапа психофармакотерапии: 1) действие препаратов носит преимущественно симптоматический (паллиативный) характер и направлено на купирование симптомов, но не на их первичную превенцию и излечение или регрессию заболевания в целом; 2) эффективное лечение начинается поздно и касается, главным образом, купирования ярких психопатологических эпифеноменов, явившихся следствием длительного латентного течения патологического процесса; 3) для современной психофармакотерапии характерны высокая частота отсутствия эффекта первого курса (до 50%), высокая резистентность (до 30%), длительное ожидание эффекта (3–6 недель), низкий уровень достижения ремиссий, полное выздоровление практически невозможно; 4) основные различия между препаратами заключаются в их безопасности и переносимости; 5) отсутствуют надежные клинические и биологические предикторы эффекта (подбор терапии осуществляется преимущественно методом «проб и ошибок»); 6) для нашей страны характерны также выраженная стигматизация психических заболеваний и 7) большое число случаев проведения неадекватной терапии (например, неоправданная полипрагмазия). Ошибки терапии часто являются следствием неправильной диагностики, недостатка актуальных врачебных знаний, низкого уровня внедрения современных клинических рекомендаций, разработанных на основе методов доказательной медицины.

В качестве яркого примера таких клинических проблем можно привести ситуацию с диагностикой и лечением биполярного аффективного расстройства (БАР) в нашей стране. Распространенность БАР в РФ по отчетным статистическим данным на протяжении последних 10 лет стабильно составляет 0,009%, что почти в 500 раз меньше, чем в ЕС или США [12, 32]. По данным зарубежных исследований, до 40–50% первичных диагнозов рекуррентной депрессии, спустя 5–10 лет и более, пересматриваются в сторону расстройств биполярного спектра, особенно БАР II типа, протекающего преимущественно депрессивными фазами [12, 34]. Проведенные нами когортные эпидемиологические исследования с использованием структурированного диагностического интервью и специальных валидизированных опросников показали, что у 36% из 409 обследованных больных с первичным диагнозом рекуррентной депрессии

можно было диагностировать БАР II типа [16, 44], а из 347 стационарных больных с признаками психомоторного возбуждения и первичным диагнозом приступообразная (эпизодическая) шизофрения или шизоаффективное расстройство диагноз БАР был выставлен в 40,3% случаев [20]. Другими частыми ошибочными диагнозами у больных БАР являются алкоголизм и другие зависимости, тревожные расстройства и пограничное расстройство личности. Вместе с тем, применение мер вторичной профилактики, включая психообразование и противорецидивную фармакотерапию, позволяет добиться существенных успехов в лечении этих больных, сохранить их трудоспособность и качество жизни, а также снизить социально-экономическое бремя общества [12]. Особенно впечатляющим при проведении длительной нормотимической терапии является резкое снижение числа суицидов [33].

В качестве другого примера можно рассмотреть такое краеугольное для нашей специальности психическое заболевание, как шизофрения. В соответствии с современной дименсиональной моделью симптоматики шизофрении наши американские коллеги в 2013 году в своей новой диагностической системе DSM-5 [38] отказались от классических крепелиновских форм, и выделяют в основном кластеры негативных и позитивных (продуктивных) симптомов, а также когнитивные нарушения. Аналогичные изменения вводятся и в МКБ-11. Основной терапевтической мишенью для лекарственной терапии в настоящее время является продуктивная симптоматика. Мы пытаемся купировать яркую галлюцинаторную, бредовую, аффективную и кататоническую симптоматику, то есть вмешиваемся в патогенетический процесс преимущественно на госпитальном этапе. Между тем у 50% больных клинически значимая негативная симптоматика предшествует манифестному психозу и фактически является фактором риска последующего развития продуктивной симптоматики [13]. В последние годы большое внимание исследователей привлечено также к относительно неспецифическим когнитивным нарушениям – когнитивному дефициту, который также, как правило, присутствует уже на раннем преморбидном этапе и базируется, по-видимому, на определенной генетической уязвимости, потому что в известной мере совпадает со спектром когнитивных особенностей, наблюдаемых у ближайших родственников больных [13]. Максимальная эффективность терапевтических вмешательств возможна только на этих ранних продромальных этапах или в течение одного-двух лет после первого психотического эпизода. Не исключено, что мы лечим в основном уже компенсаторные эпифеномены. Это довольно хорошо согласуется со старой стратификационной теорией Джона Хьюлинга Джексона, в соответствии с которой выпадение филогенетически более сложных, высших корковых функций (явления когнитивного дефицита и нега-

тивные симптомы) приводит к ослаблению коркового контроля и расторможению более примитивных подкорковых, в том числе, лимбических структур, что сопровождается появлением патологических форм реагирования в виде психотических, аффективных и моторных позитивных симптомов. Поэтому важнейшее значение приобретает разработка фармакотерапии когнитивных и негативных нарушений, коррекция которых еще на продромальном этапе может предотвратить или, по крайней мере, задержать развитие манифестного психоза.

Можно выделить следующие основные исследовательские ограничения и сложности дальнейшего изучения психофармакотерапии на современном этапе. Во-первых, основные классы психофармакологических препаратов имеют близкий усредненный профиль действия в гетерогенных популяциях пациентов, довольно скромную величину эффекта, низкий NNT и широкую индивидуальную вариабельность эффекта. Во-вторых, один вид терапии в психиатрии помогает при нескольких расстройствах. Например, селективные ингибиторы реаптейка серотонина уже чаще применяется при тревожных расстройствах [11, 21], чем при депрессиях, и справедливо ли называть этот класс препаратов антидепрессантами – большой вопрос; другими примерами являются применение атипичных антипсихотиков при депрессиях [15] или антиконвульсантов при биполярном расстройстве [32]. В-третьих, для большинства психических расстройств характерна высокая эффективность неспецифической терапии, причем, если в начале психофармакологической эры плацебо-эффект при тревожных расстройствах и депрессиях составлял около 30%, то сейчас – 40–50%. При существующей методологии проведения клинических испытаний новых препаратов это часто приводит к получению негативных результатов, что препятствует медицинской регистрации и внедрению в практику потенциально эффективных в экспериментальных исследованиях лекарственных средств. В-четвертых, не определены факторы риска развития основных психических расстройств и затруднено раннее их выявление и, соответственно, возможность проведения какой-либо первичной фармакопрофилактики. Адекватная терапия начинается поздно и касается, в основном, купирования эпифеноменов, развившихся после длительного латентного течения патологического процесса, когда имеются уже необратимые структурные изменения мозга и помочь пациенту становится практически невозможно. В-пятых, отсутствуют адекватные экспериментальные модели на животных, и их прогностическая валидность недостаточна. И, наконец, рандомизированные клинические исследования (РКИ) проводятся по строгим операциональным критериям современных классификаций, что фактически ограничивает экспериментальную выборку особой, достаточно узкой категорией больных, и исключает всех пациентов с

различными факторами риска (например, с суицидальными мыслями или органической недостаточностью). Другими словами, большинство больных, встречающихся в реальной практике, не попадают в РКИ, которые мы используем для создания актуальных алгоритмов и клинических рекомендаций на основе доказательной медицины [14–16, 18, 21, 30, 31].

Выводы из этих фактов и наблюдений довольно неутешительные – либо наша терапия недостаточно специфична имеющимся диагностическим категориям, либо используемые диагностические категории гетерогенны, то есть искусственно объединяют синдромы с разными патофизиологическими механизмами. И выход видится только в поиске надежных биомаркеров, которых, к сожалению, ни для одного психического заболевания пока не найдено, а также в персонализации терапии, то есть в ее подборе в соответствии с теми или иными факторами риска, уязвимости, особенностями метаболизма, реактивности и другими индивидуальными параметрами (так называемая «точная медицина»).

Другим печальным следствием этой ситуации является известная потеря интереса к новым исследованиям со стороны крупных фармацевтических компаний [36]. Доведение до практики нового психофармакологического препарата представляется крайне дорогостоящим, длительным и рискованным процессом. Из каждых 10 тысяч молекул, которые на этапе химического синтеза и нейрохимического анализа обнаруживают потенциальные свойства для реализации клинического эффекта, в практику доходит только 10. Если, например, сравнивать наши препараты с препаратами для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, то становится понятным, почему разработчики из фармкомпаний неохотно теперь идут в нейропсихиатрию. До практики доходят около 15% новых сердечно-сосудистых средств и только 7% психотропных. Длительность исследований в кардиологии примерно в два раза меньше, чем в психиатрии и составляет в среднем 7 лет против 15. Соответственно финансовые затраты существенно выше – примерно 2 млрд. долларов в психиатрии против 1 млрд. в кардиологии. Снижается и число лет маркетинговой эксклюзивности – для лечения психических расстройств на рынке присутствует 75% генериков и только 50% для лечения сердечно-сосудистых заболеваний [36]. Не удивительно поэтому, что число новых лекарственных препаратов, доходящих до регистрации, в психиатрии ежегодно уменьшается.

Существуют три основных теоретических модели поиска новых лекарственных средств в психиатрии. Одна из них традиционная, трансляционная концептуальная модель (от экспериментальной теории и лаборатории к постели больного и клинической практике) со строгой дедуктивной методологией, то есть поиск простых патофизиологических мономишеней,

включая рецепторные. К сожалению, этот подход рождает преимущественно препараты, похожие по механизму действия, и за последние 50 лет в психиатрии были получены только один-два новых препарата с другим механизмом действия, которые оказались действительно эффективны. Второй совершенно другой подход – это системная модель, то есть воздействие на целую биосистему, процесс или патогенетическую цепь, например, воспаление, нейрогенез, явления апоптоза, оксидативного криза и другие системные процессы. Здесь появились некоторые новые препараты, применяемые в том числе для лечения хронических психических расстройств, например, противовоспалительные средства (целекоксиб, моноклональные антитела и др.), стимуляторы нейрогенеза типа миноциклина или эритропоэтина, антиоксиданты (мексидол, N-ацетилцистеин и др.), которые в известной мере способствуют дополнительному положительному эффекту, но не могут, конечно, воздействовать этиопатогенетически [9]. И, наконец, третья – клиническая модель, то есть случайная регистрация нового эффекта (показания) при клинических исследованиях препаратов с постепенным развитием новой мишени и нового патогенетического механизма. Так были открыты для применения в нашей области ингибиторы моноаминоксидазы, трициклические антидепрессанты, силденафил, бупропион для лечения табакозависимости, кетаминоподобные препараты для лечения депрессий, некоторые антиконвульсанты в качестве нормотимических средств и ряд других известных лекарственных препаратов. Другими словами, в психиатрии пока более эффективной оказывается третья модель, чем две предшествующие, что отличает ее от других медицинских специальностей.

На наш взгляд, это прежде всего связано с несовершенством современной классификации психических расстройств. В психиатрии основная задача совмещения генотипа с фенотипом для большинства заболеваний пока не решена, и в качестве одного из путей ее решения возможен поиск простых промежуточных фенотипов или эндофенотипов, которые могут быть связаны с мозговыми нейрональными сетями, непосредственно отвечающими за поведенческие реакции и клинические феномены [41, 42]. С их помощью можно выделить недостающие звенья в цепи: этиология – молекулярные мишени – нейромедиаторные системы – нейрональные сети – когнитивные функции – поведенческий фенотип, с последующей попыткой создания новых фармакологических средств и нелекарственных методов воздействия на них [35]. При этом желательно, чтобы выделенные клинические поведенческие мономишени хорошо корреспондировали с экспериментальными животными моделями, на которые можно было бы опираться в поисках новых терапевтических вмешательств. При изучении шизофрении когнитивные нарушения, например, могли бы выступить в роли

такого промежуточного эндофенотипа, поскольку они непосредственно связаны с определенными нейрональными сетями, и затем можно было бы определить возможности воздействия на эти мишени уже на нейрорецепторном уровне и попытаться определить их генетический базис.

В последние годы в рамках этого подхода были предприняты серьезные усилия по разработке препаратов, воздействующих на рецепторные мишени (напр., NMDA-рецепторы, D₁-рецепторы, ГАМК-ергические интернейроны), на ионные каналы, белковые транспортеры и нейромодуляторы, которые способны поменять функцию нейрона или даже группы нейронов и прицельно влиять на определенные ядра и ганглии [8, 19]. Однако, целенаправленно влиять на определенные нейрональные сети, которые, собственно, и отвечают за поведение больных, когнитивные нарушения и, возможно, за негативную симптоматику, мы до сих пор не можем. Это объясняется несколькими причинами. Во-первых, нейрональные сети, отвечающие за определенные функции, – мультифункциональны, и нейроны взаимодействуют между собой с многочисленными дублирующими и обратными связями. Во-вторых, компенсаторные возможности мозга очень высоки, то есть для того, чтобы увидеть функциональные нарушения, проявляющиеся в каких-то клинических феноменах, необходимо разрушение или блокада около 60–70% рецепторов или выпадение функции 60–70% нейронов в определенных областях и ядрах [8]. Этим отчасти можно объяснить тот факт, что, несмотря на достаточно большое число потенциальных препаратов с различным механизмом действия для лечения когнитивной дисфункции при шизофрении и обнадеживающие экспериментальные данные, ни один из них пока не подтвердил свою клиническую эффективность [19, 39].

Еще одной ближайшей перспективой в повышении эффективности психофармакотерапии видится внедрение в практику фармакогенетических исследований. К сожалению, на настоящем этапе наших знаний трудности генетического подхода также оказались практически непреодолимы по многим причинам. Помимо плохо понятного мультифакторного этиопатогенеза большинства психических расстройств, связанного со сложным взаимодействием генетических, эпигенетических, онтогенетических, средовых, стрессовых и других факторов, известно, что огромное число (около 16 тысяч) генов экспрессируется в мозге, 75 миллиардов нейронов мозга с тысячами связей опосредуется экспрессией сразу нескольких белков, гены мультифункциональны (плейотропия), взаимодействуют между собой (эпистазис) и каждая функция имеет полигенный контроль. Поэтому здесь, конечно, речь идет не просто о генетическом подходе, а прежде всего о персонификации терапии с выявлением индивидуальных особенностей реагирования пациента на тот

или иной препарат, например, вследствие особенностей метаболизма или взаимодействия лекарств.

В целом, основные перспективы развития биологической терапии психических расстройств на настоящем этапе представляются следующим образом:

1) смена терапевтической парадигмы с купирующей на превентивную – ранняя диагностика и лекарственная профилактика прогрессивных нейродегенеративных процессов (разработка биологических тестов и поиск биомаркеров);

2) терапия должна быть направлена не только на устранение нейрхимического дисбаланса («магической пули»), но и на тонкую настройку нарушенных взаимосвязей в нейрональных сетях;

3) широкое внедрение мониторинга лекарственной эффективности и переносимости с помощью современных нейровизуализационных, нейрофизиологических, фармакогенетических и фармакокинетических методов;

4) разработка новых лекарственных форм и фармакологических методов доставки лекарственных препаратов к клеточным мишеням (наноконтейнеры, моноклональные антитела, микросферы и т.д.);

5) развитие нелекарственных методов биологической терапии, включая электростимуляцию мозга с использованием современных методов навигации и нейросканирования с прицельным активирующим или ингибирующим воздействием на определенные нейрональные сети (новые методики электросудорожной терапии и транскраниальной магнитной стимуляции, глубокая стимуляция мозга, вагусная стимуляция и др.), новые методы тренинга на основе биологически обратной связи, локальное прекондиционирование мозга, функционально-клеточную микрохирургию с применением микро/наночипов с электронной коррекцией выпавших функций и др.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии. М.: Медицина, 1979. 191 с.
2. Авруцкий Г.Я. Современные психотропные средства и их применение в лечении шизофрении. М.: Медицина, 1964. 304 с.
3. Авруцкий Г.Я., Вовин Р.Я., Личко А.Е., Смулевич А.Б. Биологическая терапия психических заболеваний. Л.: Медицина. Ленингр. отделение, 1975. 311 с.
4. Авруцкий Г.Я., Гурович И.Я., Громова В.В. Фармакотерапия психических заболеваний. М.: Медицина, 1974. 471 с.
5. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1981. 496 с.
6. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1988. 527 с.
7. Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике) / Под ред. С.Н.Мосолова. М.: Социально-политическая мысль, 2012.
8. Карлсон А., Лекрубе И. Дофаминовая теория патогенеза шизофрении. Руководство для врачей / Под ред. С.Н.Мосолова. Лондон, 2004.
9. Костюкова А.Б., Мосолов С.Н. Нейровоспалительная гипотеза шизофрении и некоторые новые терапевтические подходы // Современная терапия психических расстройств. 2013, № 4. С. 2–8.
10. Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Соли лития и антиконвульсанты при профилактической терапии рецидивов биполярного аффективного расстройства // Современная терапия психических расстройств. 2012. № 4. С. 2–10.
11. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства (коморбидность и терапия). М., 2007.
12. Мосолов С.Н. Биполярное аффективное расстройство (диагностика и лечение). М., Медпресс, 2008. 383 с.
13. Мосолов С.Н. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейробиологии и терапии шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2010. Т. 110. № 6. С. 4–11.
14. Мосолов С.Н., Алфимов П.В. Алгоритм биологической терапии обсессивно-компульсивного расстройства. // Современная терапия психических расстройств. 2013. № 1. С. 4–44.
15. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Ладыженский М.Я. Алгоритм биологической терапии острого эпизода рекуррентного депрессивного расстройства // Современная терапия психических расстройств. 2016. № 3. С. 27–40.
16. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Ушкалова А.В., Шафаренко А.А., Алфимов П.В. Алгоритмы биологической терапии биполярного аффективного расстройства // Современная терапия психических расстройств. 2013. № 4. С. 31–39.
17. Мосолов С.Н., Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г. и соавт. Диагностика биполярного аффективного расстройства II типа среди пациентов с текущим диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства // Современная терапия психических расстройств. 2014. № 2. С. 2–12.
18. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Алфимов П.В. Алгоритмы биологической терапии шизофрении // Современная терапия психических расстройств. 2014. № 1. С. 27–36.
19. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Капилетти С.Г. Антипсихотическая фармакотерапия шизофрении: от научных данных к клиническим рекомендациям // Биологические методы терапии психических расстройств / Под ред. С.Н.Мосолова. Доказательная медицина – клинической практике. М., 2012. С. 11–61.
20. Мосолов С.Н., Шафаренко А.А., Ушкалова А.В. и соавт. Формализованная диагностика биполярного аффективного расстройства у больных с приступообразной шизофренией и шизоаффективным расстройством // Современная терапия психических расстройств. 2014. № 3. С. 2–7.
21. Потанин С.С., Бебуришвили А.А., Гантман М.В. и соавт. Алгоритм биологической терапии панического расстройства // Современная терапия психических расстройств. 2017. № 3. С. 33–43.
22. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.Н.Краснова, Н.Г.Незнамова, В.Я.Семке, А.С.Тиганова. М., 2012.
23. Серейский М.Я. Лечение шизофрении. М., 1938.
24. Серейский М.Я. Новые пути диагностики и лечения эпилепсии. М., 1945.
25. Серейский М.Я. Стимуляторы нервной системы. М., 1943.
26. Серейский М.Я. Терапия психических заболеваний. М., 1948.
27. Серейский М.Я. Химия нервной системы. М., 1936.
28. Серейский М.Я. Экспериментальный сон. М., 1939.
29. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) / Под ред. А.Г.Чучалина, Ю.Б.Белюсова, В.В.Яснецова. М., 2007.
30. Хасан А., Фалкаи П., Воброк Т. и соавт. Обновленная редакция 2012 г. по длительной терапии шизофрении и тактике ведения пациентов с индуцированными антипсихотическими препаратами побочными эффектами. Часть 2 // Современная терапия психических расстройств. 2014. № TB2. С. 3–36.
31. Хасан А., Фалкаи П., Воброк Т. и соавт. Руководство по биологической терапии шизофрении всемирной федерации обществ биологической психиатрии (WFSBP) часть 1. обновленная редакция 2012 г. по терапии острого приступа шизофрении и терапевтически резистентных случаев // Современная терапия психических расстройств. 2013. № TB1. С. 3–40.
32. Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации. Статистический справочник / Под ред. Н.К.Демчевой, Н.А.Твороговой и соавт. Сводные данные ГСН за 2017 г.
33. Angst J., Angst F., Gerber-Werder R., Gamma A. Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: A 40 to 44 years' follow-up // Arch. Suicide Res. 2005. N 9. P. 279–300.
34. Angst J., Gamma A., Benazzi F. et al. Diagnostic issues in bipolar disorder // Europ. Neuropsychopharm. 2003. Vol. 13. P. 43–50.
35. Braff D.L. et al. Deconstructing Schizophrenia: An Overview of the

- Use of Endophenotypes in Order to Understand a Complex Disorder // *Schizophr. Bull.* 2007. Vol. 33, N 1. P. 21–32.
36. Buller R. Drug discovery in neuropsychiatry: why big pharma reluctant to continue investing? // Round table on 15th June 2015 at 12th World congress of Biological Psychiatry, 14–18 June 2015, Athens, Greece <http://www.cpo-media.net/WFSBP/2015/Final/HTML/files/assets/basic-html/page-30.html>
 37. Chou R., Dana M., Blazina I. et al. Statins in prevention of cardiovascular diseases in adults: evidence report and systematic review for the US Preventive Services and Task Force // *JAMA*. 2016. Vol. 316. P. 2008–2024.
 38. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. DSM-5. APA - APP, Washington DC, London, 2013.
 39. Ferreira C.D., de Souza M.G., Fernández-Calvo B. et al. Neurocognitive Functions in Schizophrenia: A Systematic Review of the Effects of Typical and Atypical Antipsychotic Drugs // *Psychol. Neurosci.* 2016. Vol. 9, N. 1. P. 12–31.
 40. Geddes JR, Carney SM, Davies C, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review // *Lancet*. 2003. Vol. 361. P. 653–661.
 41. Insel T. The Future of Psychiatry (Clinical Neuroscience). Director's Blog, April 20, 2012. <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2012/the-future-of-psychiatry-clinical-neuroscience.shtml>
 42. Klein D.F. Causal thinking for objective psychiatric diagnostic criteria // *Causality and Psychopathology* / P.E.Shrout, K.Keyes, K.Ornstein (Eds.). NY., Oxford University Press, 2011. P. 321–337.
 43. Leucht S., Tardy M., Komossa K. et al. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis // *Lancet*. 2012. Vol. 379. P. 2063–2071.
 44. Mosolov S., Ushkalova A., Kostyukova E. et al. Bipolar II disorder in patients with a current diagnosis of recurrent depression // *Bipolar Dis.* 2014. Vol.16. P. 389–399.
 45. Van der Gaag M., Nieman H., Rietdijk J. et al. Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial // *Schizophr. Bull.* 2012. Vol. 38. N 6. P. 1180–1188.

ДОСТИЖЕНИЯ, АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СВЕТЕ 100-ЛЕТНЕЙ ИСТОРИИ МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ПСИХИАТРИИ

С.Н. Мосолов

В работе в историческом аспекте освещаются достижения клинико-терапевтического научного направления, активно разрабатываемого в Московском НИИ психиатрии МЗ РФ на протяжении 100 лет его существования. Особое внимание уделено оценке вклада двух наиболее ярких его представителей – М.Я.Серейского и Г.Я.Авруцкого, которые создали оригинальную отечественную школу биологических методов терапии психических расстройств, включая современную клиническую психофармакологию. Излагаются основные достижения и разработки отдела терапии психических заболеваний на разных исторических

этапах его деятельности, в том числе в области психофармакотерапии, нелекарственных методов лечения и ургентной психиатрии. Во второй части статьи дан анализ достижений и проблем клинико-терапевтического направления на современном этапе развития мировой психиатрии и психофармакологии, выделены наиболее значимые перспективные научные направления и определены новые цели для дальнейшего развития.

Ключевые слова: психофармакотерапия, нелекарственные методы лечения, ургентная психиатрия, психофармакология

ACHIEVEMENTS, CURRENT DEVELOPMENTS AND PERSPECTIVES IN BIOLOGICAL THERAPY OF MENTAL DISORDERS IN THE LIGHT OF CENTENARY OF THE MOSCOW RESEARCH INSTITUTE OF PSYCHIATRY

S.N. Mosolov

This is a historical review of achievements in clinical and treatment research in the Moscow Research Institute of Psychiatry during one hundred years of its existence. Special attention is paid to contribution of the two most prominent workers of the Institute - M.Ya. Sereysky and G.Ya. Avrutsky – who happen to be the founders of the original Russian school for biological treatment of mental disorders including contemporary psychopharmacology. The author describes the key achievements and developments of the Department of Therapy in different stages of its work,

including pharmacotherapy, non-pharmacological methods and emergency psychiatry. In the second part of the article the author offers an analysis of current achievements and challenges in psychiatry and psychopharmacology and highlights the most promising research directions and suggests new aims for further development.

Key words: psychopharmacotherapy, non-pharmacological methods, emergency psychiatry, psychopharmacology

Мосолов Сергей Николаевич – профессор, доктор медицинских наук, руководитель отдела терапии психических заболеваний Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: profmosolov@mail.ru

ТРАДИЦИИ И СОВРЕМЕННОСТЬ: ОБ ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ И НАПРАВЛЕНИЯХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ПСИХИАТРИИ

И.А. Коробейников, А.Б. Холмогорова

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФБГУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

Психологическую лабораторию Московского НИИ психиатрии можно по праву считать колыбелью отечественной патопсихологии, неразрывно связанной с традицией культурно-исторической психологии и с именем Л.С.Выготского, труды которого сейчас, в XXI веке составляют славу и гордость отечественной психологической науки. Среди многих выдающихся результатов деятельности Л.С.Выготского – основателя культурно-исторической психологии и отечественной дефектологии – следует отметить, что в 1920–30-е годы им были определены два важных для последующего становления отечественной клинической психологии направления исследований. Это детская патопсихология, включающая нарушения развития психики в онтогенезе, и изучение нарушений психики при тяжелых психических расстройствах в зрелом возрасте – линия, получившая развитие в трудах Б.В.Зейгарник. Вот что вспоминает сама Блюма Вульфовна об этом периоде в интервью В.М.Ярошевскому: «В 1931 году я вернулась из Германии и сразу же, буквально на следующий день, стала работать с Л.С.Выготским» [9]. Молодая исследовательница, уже ставшая знаменитой благодаря своей дипломной работе по психологии памяти под руководством К.Левина, была покорена гением Л.С.Выготского и идейной близостью его системного подхода к психике, утверждающего единство аффекта и интеллекта: «В 30-е годы больше всего интересовались нарушением отдельных процессов. Мы же с Л.С.Выготским первыми заговорили об аффективной деменции, утверждая мотивационно-личностный подход к патопсихологическим явлениям. И в этом отразилось влияние левиновской школы» (там же).

Далее последовал ряд быстрых преобразований различных ведомств, типичных для советского периода. Б.В.Зейгарник вспоминает: «В Коммунистической академии им. Н.К.Крупской было отде-

ление психологии, которым ведал Н.И.Гращенков. Он пригласил Л.С.Выготского, А.Р.Лурия и меня там работать. Потом это отделение расформировалось в две клиники ВИЭМ: психиатрическую и неврологическую» (там же). В 1938 году психиатрическую клинику ВИЭМа реорганизуют, и она становится частью Центрального научно-исследовательского института психиатрии Наркомздрава РСФСР, в котором в этом же году создается лаборатория патопсихологии под руководством Блюмы Вульфовны. Так с 1938 года начинается история психологической лаборатории нашего института, в которой ниже будут выделены наиболее важные ее этапы.

Однако предыстория создания психологической лаборатории была бы неполной без упоминания имени Федора Егоровича Рыбакова (1868–1920) – создателя и первого директора Московского психоневрологического института, ныне Московского НИИ психиатрии. Ф.Е.Рыбаков ушел из жизни в 1920 году в возрасте 52 лет – в год создания института и в расцвете творческих сил. Его, так же как и Л.С.Выготского, глубоко интересовали психологические аспекты психических расстройств. Недаром он был учеником С.С.Корсакова – одного из организаторов Московского психологического общества в 1885 году и первой экспериментальной психологической лаборатории при Московском университете. В последующем эту лабораторию возглавил Ф.Е.Рыбаков, ставший автором одной из первых методических разработок в области экспериментальной психологии – уникального атласа для экспериментально-психологических исследований, изданного в 1910 году. Его вклад в развитие отечественной психиатрии и патопсихологии еще ждет своих исследователей. Нам представляется важным, что создатель и первый директор института был одновременно психиатром и психологом, заинтересованным в инте-

грации клинических и психологических исследований. Эта направленность явно сближала его с позицией Л.С.Выготского и Б.В.Зейгарник, хотя они даже не были знакомы друг с другом.

Вскоре после своего основания в 1938 году лаборатория была реорганизована, и Блюма Вульфовна продолжила свою работу в должности старшего научного сотрудника ЦНИИП вплоть до 1943 года, когда лаборатория воссоздается вновь и опять под ее руководством. Особый период в развитии психологического направления исследований Московского НИИ психиатрии (тогда ЦНИИП) представляют собой годы войны. Клиника института вместе с сотрудниками была эвакуирована в Челябинскую область в деревню Кисегач, где в 1941 году санаторий с тем же названием был преобразован в нейрохирургический госпиталь. Сюда привозили раненых с фронта с нарушениями речи, мышления, восприятия, памяти. Многие из них смогли вернуться в строй, благодаря лечению и восстановительной работе, которая проводилась психологами в рамках трудотерапии. Эту работу возглавил А.Р.Лурия – основатель важной отрасли психологической науки – нейропсихологии. Вот как он вспоминает об этом периоде: «Восстановление высших психических функций у раненых солдат превратилось также в метод исследования строения этих функций и их взаимосвязей. Принцип системного строения высших психических функций, выдвинутый еще Л.С.Выготским, был положен в основу исследований и восстановительной работы». Под руководством А.Р.Лурии в Кисегаче работало 30 человек. Среди них Б.В.Зейгарник, А.В.Запорожец, С.Я.Рубинштейн, Э.С.Бейн, О.П.Кауфман.

В 1943 году, после возвращения Б.В.Зейгарник в Москву вместе с другими специалистами – сотрудниками госпиталя, лаборатория была опять воссоздана, и Б.В.Зейгарник продолжает работать в ЦНИИ психиатрии в должности заведующего лабораторией вплоть до 1950 году – начала Павловской сессии и антисемитской компании в стране. В 1949 году она начинает читать лекции по патопсихологии в МГУ. Публикации этого времени, в основном, посвящены последствиям травм головного мозга.

Послевоенное время было тяжелым для психологической науки, которая после печально знаменитой Павловской сессии была практически заменена на теорию высшей нервной деятельности. Пострадали многие ведущие психиатры и психологи. В октябре 1951 года состоялось объединенное заседание Президиума АМН СССР и пленума Правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров, на котором психология была фактически запрещена, а все разработки военных лет признаны «идеологически невыдержанными». Выступая на этом заседании, А.Р.Лурия был вынужден критиковать свои ценнейшие разработки в области нейропсихологии и отречься от них (также как в 1930-х

годах приходилось заниматься саморазоблачениями Л.С.Выготскому и его последователям):

Вплоть до второй половины 1950-х годов не издается сколько-нибудь значимых работ по патопсихологии. В эти годы вплоть до смерти Сталина в 1953 году Блюму Вульфовну, как мог, поддерживал директор Государственного НИИ психиатрии (к этому времени слово Центральный в названии было заменено на Государственный) Д.Е.Мелехов, который высоко ценил и уважал ее.

Только в 1957 году Блюма Вульфовна была восстановлена в должности заведующей патопсихологической лабораторией и проработала в ЦНИИ психиатрии до 1967 года» [2].

Лаборатория становится неформальным центром научных и практических разработок, которые берутся на вооружение в различных психиатрических клиниках других городов СССР. Авторитет клинической психологии растет во многом благодаря интенсивной работе сотрудников лаборатории. Б.В.Зейгарник приходится много выступать на конференциях и семинарах для врачей и руководителей психиатрических подразделений. Закладываются основы психологической службы в психиатрии.

В эти годы в составе лаборатории работают психологи, ставшие позднее крупными учеными, авторами известных работ и создателями разных направлений патопсихологии: В.В.Николаева, Ю.Ф.Поляков, С.Я.Рубинштейн и другие. Устанавливается тесное сотрудничество с психологической лабораторией больницы №4 им. П.Б.Ганнушкина: еженедельно на базе лаборатории проводятся совместные обсуждения результатов психологического исследования больных, проводятся учебно-методические семинары для практиков, издаются сборники статей и методические пособия, организуется обучение на рабочих местах психологов из разных клиник страны. Так, в 1960 г. прошел крупный семинар с участием психологов из Владивостока, Кемерово, Кишинева и других городов. На семинаре выступали ведущие профессора психологии (А.Н.Леонтьев, А.Р.Лурия, Е.В.Шорохова, Е.Д.Хомская) и психиатрии (Г.Е.Сухарева, И.Г.Равкин, Г.Я.Авруцкий, Н.Ф.Шахматов). Такие семинары с большим или меньшим масштабом проводились регулярно. Секции по патопсихологии начинают включаться в программы не только психологических, но и психиатрических съездов и конференций. Устанавливается регулярная и обширная переписка сотрудников лаборатории с практиками с периферии, включающая консультирование по конкретным вопросам, анализ психологических заключений. Кроме того, лаборатория становится базой организации практики для студентов МГУ им. М.В.Ломоносова.

В 1965 году издается 43-й том трудов НИИ психиатрии (первый был издан в 1940 году, к 20-летию института), который стал первым томом, посвя-

щенным психологическим исследованиям института: «Вопросы экспериментальной психологии» под редакцией Б.В.Зейгарник и С.Я.Рубинштейн. В нем были отражены результаты исследований лаборатории, полученные за последнее десятилетие, а в качестве авторов выступили не только психологи, но и известные клиницисты. Методологической базой проводившихся исследований стали разработки Б.В.Зейгарник, основанные на идее интеграции культурно-исторической психологии Л.С.Выготского и теории деятельности А.Н.Леонтьева. Сравнительный анализ нарушений выделенных ею аспектов психической деятельности (динамического, операционного и мотивационного) – у разных категорий больных в дальнейшем позволил выделить ряд известных патопсихологических синдромов. Материалы психологических заключений, построенных на этой основе, постепенно становятся важным дополнительным материалом для верификации клинического диагноза, уточнения прогноза заболевания, программы реабилитационных мероприятий. Это было важным достижением коллектива лаборатории, раскрывающим роль и возможности психологических исследований в психиатрии. Отличительной чертой патопсихологической диагностики московской школы клинической психологии являлся качественный анализ экспериментальных данных, получаемых на основе моделирования процесса психической деятельности больных в ходе исследования: способы и типы решений диагностических задач, характер возникающих затруднений, отношение к своим ошибкам и достижениям и т.п. В данном подходе, безусловно, просматривается традиция исследований школы К.Левина, в которой начинала свою работу Б.В.Зейгарник.

Возвращаясь к истории лаборатории экспериментальной патопсихологии, следует вспомнить, что в 1967 г. ее заведующим становится Б.М.Сегал, под руководством которого и при активном участии Ю.С.Савенко начинается разрабатываться тестологическое направление психодиагностики. Предпринимаются попытки внедрения в практику таких известных инструментов психодиагностики как проективные тесты (ТАТ Мюррея и пятна Роршаха), а также знаменитый Миннесотский многоаспектный личностный опросник (ММРІ), предназначенный для исследования индивидуальных особенностей и психических состояний личности, а также некоторые другие тесты и опросники. Ознакомление с ними проводилось на специальных семинарах для сотрудников МНИИП. Целями этой работы было обогащение методического арсенала лаборатории, а также преодоление известного дисбаланса между качественными и количественными методами в психодиагностике, важное как само по себе, так и для консолидации позиций двух отечественных школ клинической психологии – Московской и Ленинградской – в отношении использования тестов [6].

В том же году Б.В.Зейгарник уходит на должность профессора кафедры пато-и нейропсихологии (заведующий А.Р.Лурия) психологического факультета МГУ. После ее ухода в МГУ и увольнения из Института Б.М. Сегала лабораторию возглавила С.Я.Рубинштейн – ближайшая коллега и единомышленница Б.В.Зейгарник. В этот период устанавливается тесное сотрудничество с факультетом психологии МГУ: на базе лаборатории проходят обучение студенты и аспиранты, выполняются дипломные работы, кандидатские и докторские диссертации, основанные на научных традициях отечественной экспериментальной патопсихологии (Б.С.Братусь, Л.В.Бондарева, Н.К.Киященко (Н.К.Корсакова) М.М.Коченов, С.В.Лонгинова, В.В.Николаева, Ю.Ф.Поляков, С.Я.Рубинштейн, Е.Т.Соколова, Т.И.Тепеницина и другие).

В 1970 году выходит 62-ой том трудов МНИИ психиатрии, полностью посвященный проблемам патопсихологии: «Вопросы патопсихологии», в котором были опубликованы работы многих специалистов, с чьими именами связывалось в последующем развитие этой области психологического знания.

На протяжении 1970-х годов, при сохранении базовых методологических позиций, тематика научных исследований, выполняемых сотрудниками лаборатории, определяется актуальными запросами клинко-психологической и социальной практики. В частности, успешно защищаются кандидатские диссертации, направленные на решение проблем социально-трудовой адаптации разных категорий больных (Т.Н.Бояршинова, Т.С.Кабаченко, Л.Н.Поперечная, А.Б.Халфина). В этот период начинаются разработки в области дифференциальной психологической диагностики нарушений психического развития в детском возрасте (И.А.Коробейников).

Все перечисленные исследования исходно планировались и в последующем выполнялись при постоянной поддержке, консультировании и руководстве со стороны Б.В.Зейгарник и С.Я.Рубинштейн, которая, тем не менее, в 1973 году была отстранена от руководства лабораторией. На должность заведующего был назначен доктор медицинских наук В.П.Зухарь. Будучи далеким от интересов патопсихологии и выполняя свою руководящую роль сугубо номинально, он в то же время не препятствовал работе сложившегося коллектива лаборатории, фактически продолжавшего работать под руководством С.Я.Рубинштейн вплоть до 1979 года. В этом памятном году она была уволена в связи с директивой об «омоложении» кадрового состава НИИ.

В 1980 г. на основании приказа нового директора МНИИ психиатрии В.В. Ковалева лаборатория была расформирована, а ее заведующий – В.П. Зухарь, уволен. Сотрудники бывшей лаборатории были распределены по клиническим отделениям МНИИП.

Координация их работы, в рамках созданного вместо лаборатории научно-методического объединения психологов, была поручена И.А.Коробейникову. Вплоть до 1987 года основные «внешние» функции прежней лаборатории – организация производственной практики студентов психологического факультета МГУ, подготовка отзывов и рецензий на диссертационные исследования, статьи, разного рода экспертизы и пр. продолжали осуществляться в полном объеме. Во «внутреннем плане» каждый бывший сотрудник лаборатории проводил регулярные психологические исследования больных и одновременно мог включаться в профильные научные разработки своего клинического отделения.

В 1987 году лаборатория была восстановлена под руководством И.А.Коробейникова. Из прежних ее сотрудников в состав лаборатории вошла Л.С.Драгунская, защитившая в 1984 году кандидатскую диссертацию по психиатрии, посвященную нарушениям познавательной деятельности при депрессивных состояниях. Вновь пришедшие в лабораторию молодые сотрудники (А.Ч.Агаев, Ш.Д.Миндиашвили, М.В.Соколюк, А.Н.Струкова) были в основном включены (под непосредственным руководством И.А.Коробейникова) в исследования, посвященные проблемам социальной адаптации и социализации детей с легкими нарушениями психического развития. Результаты этих исследований нашли свое отражение в циклах научных публикаций и методических рекомендаций, утвержденных Минздравом РФ.

Следует отметить неосценимую поддержку этого направления исследований со стороны О.Д.Сосюкало и Г.С.Маринчевой, богатейший клинический опыт которых и широта взглядов на проблему генезиса нарушений психического развития позволяли избегать типичных ошибок, связанных с излишней психологизацией изучавшихся феноменов, и одновременно углублять представления о роли органических и социальных факторов в формировании клинической картины при легких формах психического дизонтогенеза.

Иные направления научных исследований, способных продуктивно интегрироваться в общую стратегию развития МНИИ психиатрии, сформированы не были. Создать дееспособное подразделение взамен расформированной лаборатории экспериментальной патопсихологии, научный потенциал которой складывался десятилетиями под руководством ярких и общепризнанных лидеров, в этот период времени не удалось. Стала очевидной потребность в разработке новых направлений деятельности психологической лаборатории, целостной концепции ее развития с учетом актуальных запросов и тенденций развития теории и практики клинической и социальной психиатрии.

В 1996 году И.А.Коробейников в качестве научного руководителя возглавил детское клиническое отделение МНИИ психиатрии (клинику олигоф-

рении) и определилась необходимость создания новой психологической лаборатории с обновленной стратегией ее развития.

В 1996 году директор МНИИП В.Н.Краснов и зам. директора по научной работе И.Я.Гурович по рекомендации Ю.Ф.Полякова и В.В.Николаевой в качестве заведующей лаборатории приглашают старшего научного сотрудника. Института профилактической психиатрии ЦПЗ АМН А.Б.Холмогорову – ученицу Б.В.Зейгарник, защитившую под ее руководством дипломную работу и кандидатскую диссертацию. К этому времени А.Б.Холмогоровой в изданиях ВИНТИ был написан первый отечественный обзор международных данных по психотерапии шизофрении, который заинтересовал И.Я.Гуровича. Кроме того, А.Б.Холмогорова совместно с ее коллегой Н.Г.Гаранян накопили опыт групповой и индивидуальной психотерапии больных депрессивными, тревожными и соматоформными расстройствами, работая в первом отечественном кабинете неврозов на базе районной поликлиники, который был организован Институтом профилактической психиатрии ЦПЗ.

На встрече с руководством института А.Б.Холмогорова вместе со своей коллегой и бессменным котерапевтом Н.Г.Гаранян предложили новое название лаборатории – «лаборатория клинической психологии и психотерапии», чтобы подчеркнуть инновационную направленность ее исследовательской и практической деятельности. В этот период они совместно разрабатывали методологию исследований факторов риска и возникновения депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств. Результатом этой разработки стала многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра, ставшая теоретической базой для многочисленных исследований лаборатории, которые с самого начала носили научно-практический характер: их целью было выделение научно обоснованных мишеней психотерапии указанных расстройств [8].

Поиск научно обоснованных методов помощи больным депрессиями и тревожными расстройствами привел к установлению контакта с Институтом когнитивной психотерапии под руководством А.Бека, который оказал неосценимую поддержку своим первым российским последователям. В 1996 году Н.Г.Гаранян и А.Б.Холмогоровой был подготовлен спецвыпуск Московского психотерапевтического журнала, впервые знакомящий российских специалистов с когнитивной психотерапией А.Бека. Предисловие к этому спецвыпуску написал сам А.Бек, а позднее, в 1998 году он пригласил их обеих, выделив стипендию, для обучения когнитивной терапии в свой институт в Филадельфии. Кроме того, им обоим посчастливилось получить подготовку по семейной системной психотерапии под руководством Х. Вайнер – опытного семейного психотерапевта, экс-президента Интернациональной федерации семейной психотерапии. Поэтому психо-

логическая помощь пациентам на базе лаборатории с самого начала планировалась как интегративная.

После прихода нового заведующего в 1996 году состав лаборатории был полностью обновлен – были приглашены психологи, стремившиеся работать в области психотерапии и психологического консультирования (С.В.Воликова, А.А.Долныкова, Г.А.Петрова, Т.Ю.Юдеева, несколько позднее – И.В.Никитина, О.Д.Пуговкина). Все они прошли обучение когнитивной и семейной системной психотерапии под руководством А.Б.Холмогоровой и Н.Г.Гаранян. После этого на базе лаборатории был открыт амбулаторный прием пациентов с различными психическими расстройствами. Прием проводился на основе бригадного биопсихосоциального подхода в постоянном сотрудничестве с врачами-психиатрами (Т.В.Довженко, Л.В.Ким, Д.М.Царенко), среди которых особо нужно выделить вклад Т.В.Довженко, пришедшей в лабораторию в 1997 году и ставшей активной участницей всех грантов и проектов лаборатории, а в настоящее время исполняющей обязанности руководителя лаборатории. Традиционными стали еженедельные разборы и супервизия сложных случаев с участием психологов и психиатров.

Прием пациентов на базе лаборатории и сотрудничество с другими отделениями института стали базой для проведения исследований в области психологического консультирования и психотерапии, а также выполнения различных грантов и написания кандидатских и докторских диссертаций по исследованию семейных (С.В.Воликова), личностных (Н.Г.Гаранян, Т.Ю.Юдеева) и когнитивных (О.Д.Пуговкина) факторов расстройств аффективного спектра. Важным обоснованием продуктивности интегративной модели работы стал проект, поддержанный РФФИ (2007–2010 гг.), выполненный на основе сбалансированной методологии исследований эффективности психотерапии. Итоги первых 15 лет исследований лаборатории были обобщены в фундаментальной монографии А.Б.Холмогоровой «Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра» [7].

Важным направлением работы является также выделение факторов риска депрессивных и тревожных расстройств, а также суицидального поведения у подростков и молодежи, эта тематика была поддержана грантом РГНФ (2007–2010 гг.).

Еще одним важным итогом работы лаборатории в сотрудничестве с отделом внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи (в тот период руководил отделом И.Я.Гурович) была разработка первой отечественной программы тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией. Программа была запатентована как изобретение, внедрена и применяется в ряде клиник России, описана в статьях и методическом пособии (А.Б.Холмогорова, Н.Г.Гаранян, А.А.Долныкова, А.Б.Шмуклер, 2008).

На базе лаборатории О.В.Рычковой была выполнена первая в России докторская диссертация по нарушению процессов социального познания при шизофрении. Исследования нарушений социального познания переросли позднее в масштабный проект «Нарушения социального познания при расстройствах аффективного и шизофренического спектров», поддержанный фондом РФ (2013–2016 гг.), итогом которого стали три монографии и три учебных пособия.

Таким образом, в центре интересов лаборатории был широкий спектр различных психических расстройств, на ее базе проводились фундаментальные исследования, финансируемые российскими научными фондами (РФФИ, РГНФ, РФ). Сотрудники лаборатории принимали участие в международных проектах с участием ведущих университетов и научных институтов различных стран (Фрайбургский университет, Германия; Фрибургский университет, Швейцария; Цюрихский университет, Швейцария. Университет Льежа, Франция; Национальный институт психического здоровья, США Оксфордский центр когнитивной терапии, Великобритания).

Особо следует отметить масштабный проект, совместный с Национальным институтом психического здоровья США «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» в процессе осуществления которого членам лаборатории при поддержке Института когнитивной терапии А.Бека было переведено и подготовлено большое количество методических материалов для проведения когнитивной терапии с больными депрессиями. Проект был организован в 1997 году и координировался Московским НИИ психиатрии. Программа была реализована на уровне территориальных поликлиник Москвы, Твери, Тулы, Томска, Ярославля, Дубны. Исследование охватило более 30000 пациентов. Члены лаборатории активно участвовали в подпрограмме «Психические расстройства» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007–2012 годы)» и в подготовке методических рекомендаций. Общее название проекта «Оказание помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами врачами первичного звена здравоохранения (на основе полипрофессионального взаимодействия различных специалистов)».

В 2000 году состоялся XIII съезд РОП, на котором сотрудниками лаборатории было организовано отдельное мероприятие, привлекавшее внимание многих участников съезда. Это был круглый стол, посвященный столетию Б.В.Зейгарник. Выступали со своими воспоминаниями, словами уважения и благодарности сотрудники МНИИ психиатрии, МГУ им.М.В.Ломоносова и других учреждений, близко знавшие Б.В.Зейгарник. Среди них: М.Е.Бурно, О.П.Вертоградова, Б.Д.Карвасарский, В.В.Николаева, Ю.Ф.Поляков, Ю.С.Савенко, А.Б.Холмогорова.

Начиная с 2000-го года и на протяжении почти 10 лет, на базе лаборатории под руководством А.Б.Холмогоровой и Н.Г.Гаранян ежегодно проводились тренинги по когнитивной, а также системной семейной психотерапии для психологов и врачей из Москвы и других городов России. Была написана удобная для приезжающих программа повышения квалификации «Когнитивная психотерапия депрессивных и тревожных расстройств», позволяющая им учиться в конце рабочей недели и затем выполнять ряд домашних заданий по месту проживания до следующей очной встречи на базе лаборатории.

Работу заведующей лабораторией А.Б.Холмогорова успешно совмещала с заведованием кафедрой клинической психологии и психотерапии Московского государственного психолого-педагогического университета (МГППУ), а с 2013 года – с должностью декана факультета Консультативной и клинической психологии МГППУ, что позволяло обеспечить практическую подготовку студентов факультета в области клинической психологии на базе Московского НИИ психиатрии, а также ПБ №4 им. П.Б.Ганнушкина.

Коллектив лаборатории в настоящее время ведет интенсивную научную работу в области изучения психологических факторов риска и хронификации психических расстройств шизофренического и аффективного спектров, разрабатываются научно обоснованные методы профилактики и программы помощи при этих расстройствах. Традиции культурно-исторической психологии, заложенные основательницей лаборатории Б.В.Зейгарник, хранятся и развиваются коллективом лаборатории. Одной из основных стратегических целей коллектива является выделение научно обоснованных мишеней психологической помощи, а также внедрение и разработка научно обоснованных методов психотерапии.

Коллектив лаборатории в настоящее время ведет интенсивную научную работу в области изучения психологических факторов риска и хронификации психических расстройств шизофренического и аффективного спектров, разрабатываются научно обоснованные методы профилактики и программы помощи при этих расстройствах. Традиции культурно-исторической психологии, заложенные основательницей лаборатории Б.В.Зейгарник, хранятся и развиваются коллективом лаборатории. Одной из основных стратегических целей коллектива является выделение научно обоснованных мишеней психологической помощи, а также внедрение и разработка научно обоснованных методов психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ждан А.Н. К истокам экспериментальной психологии в Московском университете // Экспериментальная психология в России: традиции и перспективы / Под ред. В.А.Барабанщикова. 2010. С. 37–41.
2. Зейгарник А.В. Блюма Вульфовна Зейгарник (попытка воспроизведения жизненного пути) // Консультативная психология и психотерапия. 2001. Том 9. № 4. С. 182–193.
3. Лурия А. Р. Этапы пройденного пути. Научная автобиография. М., 1982.
4. Рубинштейн С.Я. Роль Блюмы Вульфовны Зейгарник в развитии патопсихологии. Академия наук СССР. Редколлегия Психологического журнала. УДК 159.9:616.89. Труды ВИНТИ.
5. Холмогорова А.Б. Общая патопсихология // Клиническая психология: в 4 т. Т.1. М.: Издательство «Академия», 2010.
6. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 1. С. 94–102.
7. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Методические рекомендации: Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией. М.: ФГБУ «МНИИП», 2008. 24 с.
8. Ярошевский М.Г. Л.С. Выготский: В поисках новой психологии. Издательство Международного фонда истории науки. СПб., 1993.

ТРАДИЦИИ И СОВРЕМЕННОСТЬ: ОБ ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ И НАПРАВЛЕНИЯХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ПСИХИАТРИИ

И.А. Коробейников, А.Б. Холмогорова

Написанная к 100 летнему юбилею Московского НИИ психиатрии статья посвящена истории одного из его подразделений – лаборатории психологии: ее созданию, научным направлениям, которые разрабатывались ее сотрудниками, руководителям – основоположникам

отечественной психологии и нелегким испытаниям, которые выпали на долю лаборатории за все время ее существования. Дана характеристика современных направлений работы лаборатории.

Ключевые слова: основоположники отечественной психологии.

TRADITION AND PRESENT: HISTORY AND DIRECTIONS OF RESEARCH IN PSYCHOLOGICAL LABORATORY OF THE MOSCOW RESEARCH INSTITUTE OF PSYCHIATRY

I.A. Korobeinikov, A.B. Kholmogorova

This article has been written on the occasion of centenary of the Moscow Research Institute of Psychiatry and it deals with history of one of its units, specifically, psychological laboratory. The authors tell about origin of this laboratory, directions of research, people working there and the heads, which

became the founders of Russian psychology, and also about challenges the laboratory faced in the past years. The article also tells about current directions of research in the laboratory.

Key words: founders of Russian psychology

Коробейников Игорь Александрович – доктор психологических наук, профессор, заместитель директора по научной работе, главный научный сотрудник, ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики» РАО

Холмогорова Алла Борисовна – доктор психологических наук, профессор, главный сотрудник лаборатории психологического консультирования и психотерапии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: psyllab@yandex.ru

РОЛЬ МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ПСИХИАТРИИ В СТАНОВЛЕНИИ И РАЗВИТИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СУИЦИДОЛОГИИ

Б.С. Положий, Е.Б. Любов

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России*

Становление суицидологии как комплексной области знаний, ее выход за рамки «закрытых» тем произошли в нашей стране в 70-х годах прошлого столетия в Московском научно-исследовательском институте психиатрии (МНИИП). Эти события неразрывно связаны с именем выдающегося ученого, психиатра, профессора Айны Григорьевны Амбрумовой. По ее инициативе в институте было открыто первое в стране отделение суицидологии [1, 3].

Во исполнение решения коллегии МЗ РСФСР от 18.04.1978 г. отделение суицидологии проводило комплексные научные исследования суицидального поведения (СП), возглавляло и координировало целевые научно-практические работы и осуществляло подготовку кадров специалистов-суицидологов в РФ. Согласно приказу МЗ СССР (№ 1277-дсп) от 15.12.1980 г., на базе отделения был открыт Всесоюзный (Федеральный) научно-методический центр (в 1980-е годы А.Г.Амбрумова – председатель Всесоюзной проблемной комиссии по суицидологии).

А.Г.Амбрумовой и соавторами выделены и описаны типы суицидогенных конфликтов как мишени дифференцированной кризисной терапии; особенности личности суицидоопасных лиц с «искаженным модусом принятия решения» (в современном понимании – нарушение социальной когниции); непатологические стрессогенные личностные реакции [2]. Среди сотрудников А.Г.Амбрумовой, составивших по сути многопрофессиональную бригаду, назовем лишь некоторых: В.А.Тихоненко, стоящего с Учителем у истоков отечественной научной суицидологии; Г.А.Скибину, развивавшую ролевую терапию кризисных состояний; Л.Г.Магурдумову, занимавшуюся возрастными аспектами СП; психотерапевта и психолога В.Л.Леви; В.Е.Цупруна, изучавшего СП пациентов ПНД и работников МВД; Е.М.Вроно – специалиста по СП детей и подростков; В.М.Кушнарева – консультанта студенческих поликлиник; Л.Л.Бергельсон и А.М.Понизовского, анализировавших познава-

тельные проблемы (когнитивный дефицит) суицидентов; социолога Л.И.Постовалову; практического психолога М.З.Дукаревиц, развивавшую психосоциальную реабилитацию в группах риска СП и проективные личностные техники. Отрадно, что работы «птенцов гнезда А.Г.Амбрумовой» востребованы и в настоящее время. Значительная часть ветеранов отличается завидным творческим долголетием, неся в себе человеческий и профессиональный «знак качества» советских суицидологов первых призывов.

Стараниями А.Г.Амбрумовой комплексный подход стал методическим подходом отечественной суицидологии как научной дисциплины на стыке медицины, психологии, биологии, социологии. А.Г.Амбрумова подчеркивает многофакторную почву СП, его разные мотивы и цели, затуманивающие «характерный» портрет жертвы. Критике подвергнут принцип биологического редукционизма, сводивший СП к физиологическим основам, как сегодня – сугубо к клиническим (психиатрическим). СП и криминальное поведение рассматривались А.Г.Амбрумовой в качестве форм девиантного поведения с общими и особыми чертами этиологии. В ходе совместных суицидологических исследований была расширена сфера контактов с научными коллективами криминологов, демографов, философов, социальных психологов и педагогов.

А.Г.Амбрумовой удалось разработать первую в стране региональную суицидологическую службу, которая была внедрена в Москве в середине 80-х годов прошлого века. Взаимосвязанные типовые структурно-функциональные звенья службы отражают концептуально обоснованные последовательные этапы (континуум) лечебно-профилактической помощи, а именно: подразделение экстренной психотерапевтической помощи – многоканальный «Телефон Доверия» (ТД); кабинеты суицидолога в ПНД и кабинеты социально-психологической помощи (КСПП) при территориальных и студенческих поликлиниках (в русле «поликлинической

психиатрии»), медсанчасти столичного завода. На пике расцвета программы их было более 30 (к 1994 г., в пору деградации службы – вполнину меньше). Стационарную помощь оказывало кризисное отделение (КО) на 30 коек в составе ГКБ №20 с 1981 года, причем к 1994 году во всем мире было не более дюжины КО. Самые тяжелые пациенты направлялись на «суицидологические» койки женского и мужского острых отделений ГКПБ № 4 им. Ганнушкина. Анализ потребности населения обосновал штатные нормативы звеньев суицидологической службы с включением ставок психиатра, медицинского психолога и социального работника (проборз бригады).

В основу организации суицидологической помощи заложен ряд принципов, развитых затем региональными службами: 1) научно-доказательный подход при понимании СП как биопсихосоциального феномена (биосоциального, по А.Г.Амбрумовой); 2) профилактическая направленность, согласно этапу, форме, последствиям СП в возрастных, профессиональных, клинических, социальных группах риска (в отличие от принципа районирования); 3) преемственность помощи (достижение государственного здравоохранения); 4) дифференцированная лечебно-реабилитационная помощь, согласно многофакторному характеру СП; 5) профессиональная помощь вне психиатрических учреждений (соответствовало политике ВОЗ, выдвигающей приоритетом консультативную психиатрию); 6) доступность (круглосуточный, анонимный, бесплатный прием) и безотлагательность (достижение здравоохранения СССР) при активном выявлении и привлечении к лечению лиц из групп суицидального риска (сегодня скажем о «настойчивой» помощи); 7) многопрофессиональный бригадный подход, интегрирующий усилия психиатров, медицинских психологов, врачей общей медицинской сети, консультантов необходимых специальностей, социальных работников и специалистов, юристов и педагогов; 8) межведомственное взаимодействие (КО, ТД, станции и больницы скорой медицинской помощи, ПБ, административные органы, учреждения образования, ЦСО, ЦЗН, ОВД); 9) этапность: экстренная помощь после суицидальной попытки; неотложная психиатрическая помощь в лечебном учреждении; неотложная психотерапевтическая помощь службы ТД; специализированная амбулаторно-консультативная помощь психиатра, психотерапевта, медицинского психолога в КСПП; больничная специализированная помощь в КО или в ПБ.

Подразделения службы стали базой для сбора и анализа статистического материала, полигоном для разработки и оценки методов комплексной антикризисной помощи и местом специализации кадров, апробирующих бригадный подход.

Преимущества и отличия системы А.Г.Амбрумовой от зарубежных прототипов [4, 5] – введение структурно-функциональных единиц нового типа в тради-

ционную систему государственного здравоохранения с сочетанием привычного принципа бесплатности, преемственности, взаимосвязи структурно-функциональных звеньев; профессионального состава сотрудников, упорядоченной системы межведомственного взаимодействия.

В протоколе заседания коллегии МЗ РСФСР от 26 июня 1984 года отмечено, что в четырех районах развертывания службы в г.Москве суицидальные попытки «значительно уменьшились». Решено расширить территории обслуживания служб за счет подросткового и наркологического КСПП; увеличить мощность КО до 60 коек; расширить каналы ТД до семи; предоставить предложения по организации суицидологической службы пяти городам РФ, включая Ленинград.

По содержанию и направленности, решения коллегии – предтеча Приказа МЗ РФ N 148 от 6 мая 1998 года «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением», созданного на основе научно-организационной концепции А.Г.Амбрумовой.

Любая программа остается мертворожденным бюрократическим документом без целевой подготовки студентов-медиков, врачей первичного медицинского звена, психологов, социальных работников. Суицидологи во времена А.Г.Амбрумовой стали представителями престижной врачебной специальности. Детально расписанное штатное расписание подразделений службы представляет остов современной междисциплинарной бригады: в них работают психиатр, прошедший специализацию по суицидологии и психотерапии, психотерапевты, медицинский психолог, медсестры. Указаны и социальные работники, но их функции выполняли медсестры. Директору МНИИП надлежало обеспечить регулярную подготовку и усовершенствование специалистов суицидологической службы в соответствии с Программой обучения специалистов на курсах тематического усовершенствования по суицидологии (72 часа).

Под патронатом Центра в 1998–2011 годы проведены Всесоюзное организационно-методическое совещание, межреспубликанские конференции; изданы монография для служебного пользования, 14 сборников научных трудов и 34 методических рекомендации по широкому спектру научно-практических проблем (диагностика и лечение СП в группах риска; организация суицидологических служб и программ). На рабочих местах прошли подготовку по суицидологии более 200 психиатров и психологов. Многочисленный коллектив Центра регулярно выезжал в регионы со стандартизованными учебными циклами. А.Г.Амбрумова указывала, что изучение и предупреждение СП нужно считать нравственным долгом ученых, ибо речь идет не только об отдельных людях, а о духовном здоровье общества.

После ухода Айны Григорьевны из жизни отделением суицидологии руководил ее преемник профессор Владимир Федорович Войцех (1996–2010). В это время основными направлениями исследований отделения стали определение риска и вторичная профилактика СП; многофакторный анализ состояний дезадаптации; ее ранняя диагностика и профилактика в группах риска (студенты, сотрудники МВД). Многолетнее сотрудничество с МВТУ (ныне МГТУ) им. Н.Э.Баумана, а именно, с кафедрой валеологии (создатель и заведующий – профессор Г.И.Семикин), способствовало развитию межведомственной программы профилактики СП у студентов (на первом этапе проводились масштабные сплошные мониторинги СП учащихся). Проведен единственный до сих пор динамический анализ суицидальных попыток в г.Москве, продолжено динамическое эпидемиологическое изучение суицидов в России с вниманием к региональному аспекту. В.Ф.Войцехом была написана монография «Клиническая суицидология» (М: «Миклош», 2007), в соавторстве с другими суицидологами подготовлен Глоссарий суицидологических терминов. Неизменными оставались научно-методическая поддержка региональных суицидологических служб и подготовка кадров.

С 2010 до 2017 года отделение суицидологии возглавлял профессор Евгений Борисович Любков, продолжавший развивать традиции, заложенные А.Г.Амбрумовой. В этот период проведен ряд актуальных исследований. В частности, объективизировано социально-экономическое бремя суицидов в ранжире иных причин смертности в РФ в целом и на региональном уровне, а также парасуицидов; проводилось изучение бремени «выживших» с привлечением их самоописаний; предпринята попытка уточнить уровни суицидов на региональном уровне с учетом «латентных самоубийств»; проведен динамический экологический анализ связи между потреблением антидепрессантов и частотой суицидов; составлен Реестр местных суицидологических служб с выделением типовых и особенных недостатков функционирования, структуры и резервов поступательного развития.

С 2017 года во главе отделения находится профессор, Заслуженный деятель науки РФ Борис Сергеевич Положий. Под его руководством в регионах России проведены крупномасштабные клинко-эпидемиологические исследования суицидов. Установлена тенденция к снижению показателя их частоты в стране, достигшего в 2018 году среднего (по критериям ВОЗ) уровня – 12,4 на 100 000 населения. Вместе с тем, в 20% всех административных субъектов частота суицидов осталась на высоком (21–30 случаев на 100 000) и сверхвысоком (более 30 на 100 000) уровнях. Установлены регионы с наиболее неблагоприятной суицидальной ситуацией. К ним относятся Чукотский автономный округ – 44,4

на 100 000, Республика Алтай – 43 на 100 000, а также Республика Бурятия, Забайкальский край, Амурская и Курганская области, Еврейская автономная область (показатели в пределах 32–38 случаев на 100 000 нас.). На базе этих данных начата разработка дифференцированных региональных программ профилактики самоубийств.

Сотрудниками отделения Е.Б.Любовым и А.Н.Куликовым осуществлялось изучение влияния деструктивных (суицидогенных) сайтов в социальных сетях Интернета. Оно показало их незначительное влияние на больных с различными формами психических расстройств при высокой востребованности антисуицидальных сайтов. Полученные сведения приводят к выводу о необходимости создания новых действенных антисуицидальных сайтов и их эффективности в комплексной профилактике самоубийств у психически больных. Была продолжена разработка и апробация антисуицидальной профилактики в группе реабилитируемых психически больных, участников общества самопомощи (ОООИ «Новые возможности»).

Важнейшим событием в жизни отделения стало открытие в 2018 году по поручению Минздрава РФ первого в стране «Научно-практического центра профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних» (НПЦ). Перед НПЦ была поставлена долгосрочная стратегическая цель: снижение смертности от суицидов и частоты случаев опасного поведения у детей и подростков за счет создания организационной системы суицидологической помощи, разработки и реализации комплексных мер по предупреждению и ранней диагностике суицидального поведения в данной возрастной группе населения, а также программ предупреждения опасного и деструктивного поведения, комплексного медико-психологического сопровождения и реабилитации.

За непродолжительный период существования удалось создать адекватную поставленным цели и задачам структуру НПЦ. Она включает в себя 5 функциональных блоков: амбулаторный, стационарный, коммуникационный, суицидологической помощи в общемедицинском стационаре (на договорной основе с Московской детской городской клинической больницей №13 им. Н.Ф.Филатова) и активного выявления и профилактики суицидального поведения в подростково-молодежной среде (в рамках соглашения о сотрудничестве с Центром экстренной психологической помощи Московского государственного психолого-педагогического университета). В последнем из них старшим научным сотрудником Г.С.Банниковым разрабатывается многоуровневая система профилактики суицидального поведения учащихся средних и средних специальных образовательных учреждений Москвы (от мониторинга с целью выявления кризисных состояний до постивентивных мероприятий в отношении учащихся, совершивших суицидальные попытки).

В соответствии с результатами собственных исследований и рядом литературных данных выделены три группы факторов риска формирования суицидального поведения у подростков. В первую очередь, это семейные факторы: отсутствие у родителей знаний о существовании наследственной предрасположенности к суицидальному поведению, а также о проявлениях нарушений психического здоровья, способствующих его возникновению; патологическое воспитание в родительской семье; психологическая безграмотность родителей в отношении особенностей подростковой психики и собственного поведения с подростком; мощный психологический барьер перед обращением по поводу своего ребенка к психиатру; неполная и/или асоциальная родительская семья.

Другой важной группой являются социальные факторы риска. Это – отсутствие полноценного психолого-психиатрического компонента диспансеризации детей и подростков и, как следствие, низкий уровень выявления психических расстройств; отсутствие или недостаток необходимых знаний о суицидальном поведении подростков у врачей-педиатров, школьных врачей и психологов, педагогов; отсутствие детско-подросткового звена суицидологических служб; недопустимое изложение средствами массовой информации фактов о совершенных подростками суицидах; высокий уровень агрессии и нетерпимости в обществе, нагнетаемый электронными и печатными СМИ.

Третья группа – индивидуальные факторы риска суицидального поведения у подростков. К ним относятся: суицидальная или/и психопатологическая отягощенность наследственности; негативный детский опыт (в первую очередь, наличие психологического, физического, сексуального насилия); наличие психического расстройства (как правило, своевременно не выявленного); употребление алкоголя и/или наркотиков; патологическое пользование Интернетом (социальными сетями).

Полученные данные и литературные сведения позволили сформулировать основные направления профилактики суицидального поведения детей и подростков [3]. В родительской семье таковыми являются:

- Ежедневное общение с ребенком.
- Обсуждение планов ребенка на ближайшее и отдаленное будущее.
- Беседы с ребенком на серьезные и, возможно, сложные для осмысления темы: что такое жизнь? В

чем смысл жизни? Что такое любовь, дружба, предательство, другие понятия?

- Помощь ребенку в построении своего ценностного мира, в котором жизнь – главная ценность, которую ничто не может заменить.

- Формирование понимания того, что опыт поражения также важен, как и опыт достижения успеха.

- Избегание авторитарного и других стилей патологического воспитания.

- Просвещение родителей о предупреждении и признаках суицидального поведения.

- Своевременное обращение к специалисту – психологу или психиатру.

Не меньшее значение имеет профилактика суицидального поведения в школе, а именно:

- Просвещение учащихся о суициде, самоповреждающем поведении и тяжелых жизненных событиях, которые могут увеличить их риск.

- Просвещение преподавателей о суицидальном поведении, его признаках и факторах риска у школьников.

- Улучшение школьных медицинских услуг, в том числе свободный доступ к врачу.

- Введение в штаты школ должности психолога, имеющего компетенцию в вопросах профилактики и раннего выявления суицидального поведения у учащихся.

- Проведение профилактических обследований (скринингов), направленных на выявление учащихся с повышенным риском развития суицидального поведения.

- Обучение основам охраны психического здоровья, направленное на снижение стигматизации и способствующее увеличению обращаемости за медико-психологической и психиатрической помощью.

В заключение, следует сказать, что концептуальной основой дальнейших научных исследований отделения суицидологии является выявление и определение роли эпидемиологических, психологических, клинических, социальных и этнокультуральных факторов в генезе суицидального поведения. Это является основой эффективности предупреждения самоубийств и совершенствования суицидологической помощи.

Авторы выражают искреннюю благодарность лаборанту-исследователю Елене Евгеньевне Лебедевой, бесценно работающей в отделении суицидологии со дня его основания (55 лет), за помощь в подготовке этой статьи и надеются на дальнейшее сотрудничество.

ЛИТЕРАТУРА

1. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Кушнарёв В.М. История развития суицидологии в России // Суицидология. 2017. № 8. С. 22–39.
2. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора А.Г.Амбрумовой в отечественной суицидологии // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. № 2 (19).
3. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С.Положего. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. 600 с.
4. Суициды в России и Европе / Под ред. Б.С.Положего. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. 212 с.
5. Bertolote J.M. et al. Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study // Crisis. 2010. Vol. 31. P. 194–201.

РОЛЬ МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ПСИХИАТРИИ В СТАНОВЛЕНИИ И РАЗВИТИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СУИЦИДОЛОГИИ

Б.С. Положий, Е.Б. Любов

В статье прослежены основные (знаковые) этапы становления и поступательного развития отечественной суицидологии как предмета межпрофессионального и межведомственного взаимодействия. Указаны перспективы дальнейших научно-практических исследований в области суицидологии в рамках формируемых моделей

общественного здравоохранения и служб охраны психического здоровья, ориентированных на народосбережение и психосоциальное восстановление.

Ключевые слова: суицидология, история, Московский научно-исследовательский институт психиатрии.

THE ROLE OF THE MOSCOW RESEARCH INSTITUTE OF PSYCHIATRY IN THE FORMATION AND DEVELOPMENT OF RUSSIAN SUICIDOLOGY

B.S. Polozhij, E.B. Lyubov

The historical excursion traces the main (significant) stages of the formation and progressive development of Russian suicidology as a subject of interprofessional and interdepartmental interaction. The prospects for further scientific and practical research in the field of suicidology within

the framework of the emerging models of public health and mental health services focused on people-saving and psychosocial recovery are indicated.

Keywords: suicidology, history, Moscow research Institute of psychiatry.

Положий Борис Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, руководитель отделения клинической и социальной психиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала НМИЦПН им. В.П.Сербского; e-mail: pbs.moscow@gmail.com

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения клинической и социальной психиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала НМИЦПН им. В.П.Сербского; e-mail: lyubov.evgrny@mail.ru

ВКЛАД УЧЕНЫХ МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ПСИХИАТРИИ В РАЗВИТИЕ ЭПИЛЕПТОЛОГИИ В РОССИИ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Т.А. Рогачева, Л.В. Соколова

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

Конец XIX – начало XX века ознаменовались быстрым приумножением научных фактов, посвященных различным аспектам эпилепсии, первым клиническим опытом в области нейрохирургии эпилепсии, созданием Международной противоэпилептической лиги, в которой одним из первых комитетов была Русская лига для борьбы с эпилепсией. Спустя 7 лет, в связи с событиями 1917 года, работа Русской лиги была приостановлена, но это не означало, что интерес ученых к эпилепсии исчез [18].

В Советском Союзе проблеме эпилепсии и борьбы с ней уделялось самое пристальное внимание. В 30-х годах XX столетия выходит из печати ряд монографий и специальных сборников, посвященных эпилепсии: «Проблема эпилепсии» под редакцией И.А.Бергера, изданный Московским областным институтом психоневрологии и психогигиены (1936); «Эпилепсия, основные вопросы патогенеза» под редакцией Е.К.Сеппа (1937); «Эпилепсия» под редакцией Х.Г.Ходоса (Иркутск, 1937); «Проблемы теоретической и практической медицины», изданный Центральным институтом усовершенствования врачей (1938); «Эпилепсия, клиника и трудоспособность» под редакцией Т.А.Гейера (1939). Среди них были работы сотрудников института психиатрии МЗ РФ Г.Е.Сухаревой, Т.А.Гейера.

Груня Ефимовна Сухарева – советский психиатр, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РСФСР, основоположник детской психиатрии в СССР с 1938 по 1969 годы была заведующей клиникой психозов детского возраста Института психиатрии РСФСР (в клинике работала до 1979 года). Одновременно она возглавляла созданную ею в 1935 году кафедру детской психиатрии Центрального института усовершенствования врачей [8]. В работе «Клиника эпилепсии у детей и подростков» (1938) Г.Е.Сухарева впервые описала клинические особенности эпилепсии в детском и подростковом возрасте. Она отмечала редкость возникновения у детей эпилептических психозов,

протекающих вне сумеречных состояний сознания. Подобные психозы, по ее наблюдениям, чаще возникают у подростков на поздних стадиях тяжело протекающего болезненного процесса. Г.Е.Сухарева выделила дифференциально-диагностические критерии эпилепсии, обосновывая их необходимость тем, что «...в раннем детстве многие тяжелые соматические болезни могут сопровождаться судорогами, в том числе фебрильными и аффективно-респираторными, которые в дальнейшем могут переходить в типичные эпилептические припадки» [13].

По ее мнению, «.....реактивное начало приступа и отсутствие на ЭЭГ эпилептических изменений в межприпадочном периоде дают основания отличать его от эпилептической болезни, в то время как задержка нервно-психического развития с момента возникновения приступов и появление специфических изменений личности свидетельствуют об эпилептической природе приступов» [29].

Тихон Александрович Гейер – советский психиатр, доктор мед. наук, заслуженный деятель науки РСФСР работал в институте психиатрии Наркомздрава РСФСР с 1922 года, где руководил клиническими отделениями. Одновременно он был старшим ассистентом психиатрической клиники, возглавляемой П.Б.Ганнушкиным и работал в Центральном бюро врачебной трудовой экспертизы. В отношении экспертизы больного эпилепсией Т.А.Гейер (1939) писал: «.....при экспертизе недостаточно даже самое совершенное изучение отдельных симптомов... необходимо изучить всего больного в целом: клинические особенности самого заболевания, учитывая его динамику, течение и клиническое оформление, с одной стороны, а с другой – особенности личности, у которой развивается процесс, реакции на этот процесс, влияния экзогенных моментов, к тому же тщательно изучая структуру, тип того дефектного состояния, к которому привело в конечном итоге больного его заболевание» [11].

Большой вклад в изучение эпилепсии внесли И.Г.Равкин, М.Я.Серейский, Л.Л.Рохлин, Д.Д.Федотов, А.С.Ремизова, В.П.Эфроимсон, Р.Г.Голодец, С.Ф.Семенов.

Марк Яковлевич Серейский – советский психиатр, профессор. Ученая степень доктора медицинских наук ему была присуждена по совокупности работ, без защиты диссертации в 1926 году. В НИИ психиатрии МЗ РСФСР М.Я.Серейский начал работать с 1935 года в должности заведующего отделом экспериментальной терапии. В этом же году на базе научно-исследовательского института психиатрии была организована кафедра психиатрии ЦИУ врачей под руководством профессора М.Я.Серейского, внесшего значительный вклад в систему последипломного обучения психиатров и экспериментальную терапию психозов. В годы Великой Отечественной войны М.Я.Серейский работал в Таджикистане, где создал первую в этой республике психиатрическую клинику и тыловой специализированный госпиталь раненых в голову. В 1945 году М.Я.Серейский вернулся в Москву. Работал в должности заведующего кафедрой до 1951 года, а с 1951 по 1957 годы заведовал клиникой Института психиатрии Минздрава РСФСР. Он является одним из первых отечественных психиатров, применивших активную терапию психических болезней. Другое направление его исследовательской деятельности было посвящено изучению клиники, патогенеза, дифференциальной диагностики и терапии эпилепсии. Исходя из патогенетических представлений об эпилепсии, М.Я.Серейский предложил в качестве лекарства смесь препаратов, впоследствии названную его именем. Позднее фармацевтический рынок пополнился антиэпилептическими средствами «паглюферал», «глюферал», являющимися практически аналогами смеси Серейского. М.Я.Серейский – автор более 200 научных работ, среди которых основными являются: «Новые пути диагностики и лечения эпилепсии» (М., 1945) [27]; «Учебник психиатрии» (1946), изд.: (1928, 1931, 1932, 1937, 1940), написанный совместно с М.О.Гуревичем [15]. Нельзя не упомянуть и об описанном в 1948 году М.Я.Серейским синдроме, наблюдаемом при поражениях полюса лобной доли, получившем название, «синдром трех А». Он включает в себя сочетание аспонтанности, адинамии и абулии [6].

Леон Лазаревич Рохлин – советский психиатр, невролог, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РСФСР, действительный член Украинской психоневрологической академии, президентом которой он был с 1934 по 1937 годы. Более 20 лет Л.Л.Рохлин работал в Московском НИИ психиатрии, где в разное время своей трудовой деятельности был и младшим научным сотрудником, и руководителем клиники, и заместителем директора по научной работе; с 1978 года до конца жизни – научным консультантом. Он автор 6 монографий

и 270 научных работ. Среди монографий наиболее значимые: Травматическая эпилепсия (1948); Очерки психиатрии/ под ред. проф. Д. Д. Федотова (1967); Жизнь и творчество выдающегося русского психиатра В.Х.Кандинского (1849–1889 гг.), удостоенная диплома С.С. Корсакова (1975) [23–25], а также не потерявшие своей актуальности работы, связанные с проблемой взаимосвязи эпилепсии и шизофрении, феноменологического сходства хронических психозов при эпилепсии и шизофрении [26].

Сергей Федорович Семенов – доктор медицинских наук профессор, заслуженный деятель науки РСФСР, руководитель отдела патогенеза психозов Московского НИИ психиатрии на основе биологических исследований развивает представления о фундаментальной роли изменений реактивности в патологическом предрасположении, патогенезе, возможностях компенсации/ декомпенсации и трансформации расстройств. В книге «Эпилепсия: (Клиника, патогенез, лечение)», вышедшей в 1972 году под общей редакцией С.Ф.Семенова представлены работы нейрофизиологов, посвященные исследованию деятельности механизмов поведения человека и животных. Основным рассматриваемым вопросом – выяснение функциональной значимости биоэлектрических явлений в центральной нервной системе, таких как пространственная организация медленных колебания кортикальных субкортикальных структур. В ряде статей рассматриваются механизмы взаимодействия афферентных сигналов в центральной нервной системе и роль интегративной деятельности мозга в процессах памяти, разбираются вопросы нейрональной организации деятельности мозга человека, а также вопросы моделирования основных сторон мозговой деятельности (замыкания временной связи, механизмы восприятия раздражителей и т.д.). Здесь же представлены работы об аутоиммунных сдвигах при субклинических вариантах течения эпилепсии и их особенностях в зависимости от локализации фокуса «эпилептоидных очагов» [31].

Дмитрий Дмитриевич Федотов – известный советский психиатр и организатор здравоохранения, доктор медицинских наук, профессор, видный общественный деятель. С 1952 года Д.Д.Федотов возглавлял ведущие научно-исследовательские институты страны, сочетая научно-организационную деятельность с научными исследованиями и педагогической работой в Московском Государственном Университете. С 1960 по 1969 годы Д.Д.Федотов был директором Московского НИИ психиатрии Минздрава РСФСР. В структуре института впервые создаются крупный психофармакологический Центр с клиниками и лабораториями под руководством Г.Я.Авруцкого, отдел лечебного голодания (руководитель Ю.С.Николаев), отдел психоэндокринологии (руководитель А.И.Белкин), лаборатория медицинской генетики (руководитель В.П.Эфроимсон), биофизическая лаборатория (руко-

водитель Я.И.Майзелис) и отдел эпилепсии (руководитель А.С.Ремизова).

Д.Д.Федотов – автор 200 научных работ, в том числе 4 монографий, учебника по психиатрии для студентов и врачей. Изданные в 1957 году его «Очерки по истории отечественной психиатрии» и теперь учат нас знать и любить психиатрические традиции.

Под руководством Д.Д.Федотова было выполнено и защищено 8 докторских и свыше 100 кандидатских диссертаций по психиатрии и смежным специальностям. Организаторские способности Дмитрия Дмитриевича ярко проявились в период его работы в качестве председателя Всероссийского общества невропатологов и психиатров [1, 30].

Владимир Павлович Эфроимсон – советский генетик, основоположник отечественной иммуногенетики, автор первого в нашей стране руководства по генетике человека [32]. Вывел формулу частоты мутирования генов у человека, занимался проблемами действия ионизирующей радиации на наследственные факторы, невро-психиатрической генетикой, исследованием управляющих механизмов канцерогенеза и лучевой болезни, анализом основных механизмов иммунитета. С 1968 года В.П.Эфроимсон руководил отделом генетики Московского научно-исследовательского института психиатрии. Среди многочисленных наследственных форм эпилепсии, В.П.Эфроимсоном, М.Г.Блюминой (1978) четко выделяется одна, при которой, как отмечают авторы «...предрасположение к судорогам (проявляющееся не у всех) сочетается с целым рядом характерологических особенностей, развивающихся как у больных, так и у здоровых передатчиков. Сюда относятся вспыльчивость, брутальность, «напористость», конфликтность, мелочность, сверхаккуратность, педантичность, не соответствующая рангу поставленной цели, назойливость, вязкость, обстоятельность, неумение выделить главное, злобность, причудливо сочетающаяся с сентиментальностью» [33]. Проведя анализ семьи Ф.М.Достоевского, В.П.Эфроимсоном устанавливается существенная характеристика связи эпилепсии-эпилептоидности. «...Этот комплекс наследуется мономерно ауто-сомно-доминантно, с варьирующей проявляемостью, реализуясь то в форме чистой эпилептоидности, без припадков (М.А.Достоевский, А.М.Достоевский, А.А.Достоевский), то в форме и припадков, и эпилептоидности (Ф.М.Достоевский), судорожных припадков с неизвестной характерологией из-за ранней гибели пораженных (А.Ф.Достоевский – сын писателя, М.А.Достоевский – внучатый племянник писателя). Становится ясным, что вовсе не припадки как таковые социогенно, травматогенно или нейрогенно обуславливают специфическую характерологию: эта характерология обнаруживается у вовсе не припадочных представителей рода. Что до мономерно-доминантного наследования комплекса, то он демонстрируется вертикальной передачей на протя-

жении 4 поколений, невысказанной при рецессивном или полигенном наследовании» [34].

Иосиф Григорьевич Равкин окончил Ленинградский психо-неврологический институт. Врачебную и научную деятельность начал под руководством В.М.Бехтерева. Он был одним из организаторов Московского НИИ психиатрии, в котором проработал около 50 лет, возглавлял отдел экзогенно-органических психических расстройств. Профессор И.Г.Равкин – автор многих работ в области теоретической и клинической психиатрии. Наиболее значительные исследования связаны с изучением экзогенных и эпилептических психозов, патогенетических подходов к терапии психических заболеваний.

Продолжила развитие научных идей И.Г.Равкина его ученица профессор Рахиль Григорьевна Голодец. Под ее руководством сотрудники отдела работали над изучением различных этапов течения травматической болезни, последствий интоксикационных и нейровирусных поражений центральной нервной системы, большое внимание уделяли вопросам клиники и феноменологии эпилептических психозов.

К концу 50-х началу 60-х годов XX столетия медико-социальный и экономический аспекты проблемы эпилепсии, существенно усугубившиеся после Великой Отечественной войны, выдвинули эпилепсию в самостоятельную клиническую проблему. В стенах института был организован отдел эпилепсии во главе с Ефросиньей Саввишной Ремезовой. Основным направлением исследований явилось лечение больных эпилепсией. Полученные результаты нашли отражение в ряде публикаций, из которых наиболее значимой явилась монография «Дифференцированное лечение больных эпилепсией» (1965) [20, 21]. В основу книги легла предлагаемая автором научно обоснованная и практически проверенная система дифференцированного лечения больных эпилепсией, а также разработанные на основе многолетнего динамического изучения профилактические мероприятия.

В начале 70-х годов руководителем отдела стал доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель наук Александр Иванович Болдырев. В 1967 году А.И.Болдырев защитил докторскую диссертацию на тему «Начальные проявления эпилепсии у взрослых» [2], в 1971 году стал профессором. В течение многих лет А.И.Болдырев являлся членом Президиума Правления Всероссийского общества невропатологов и психиатров, председателем секции «Эпилепсия» ВОНП, членом проблемной комиссии по эпилепсии, возглавляемой академиком АМН СССР П.М.Сараджишвили, членом редакционного совета журнала «Невропатология и психиатрия им. С.С. Корсакова», почетным членом ряда зарубежных обществ психиатров и невропатологов, нейрофизиологов. За активное развитие научных связей между российскими и зарубежными специалистами был награжден орденом «Дружбы народов».

Благодаря усилиям А.И.Болдырева в Московском НИИ психиатрии в 1978 году было создано стационарное отделение для оказания специализированной помощи больным эпилепсией, рассчитанное на 70 коек, открыт кабинет специализированного эпилептологического приема. Чуть позже организованы специализированные эпилептологические кабинеты (СЭК) при психоневрологических диспансерах, в которых работали эпилептологи, прошедшие подготовку на организованных силами сотрудников отдела курсах. Им были разработаны содержание работы и функции СЭК, определена категория больных, которые должны наблюдаться у эпилептолога и тех, которые оставались под наблюдением психиатров с оказанием консультативной помощи врачами-эпилептологами.

Хорошо понимая, что проблема эпилепсии – междисциплинарная, А.И.Болдырев взыскательно и с особым вниманием подходил к подбору кадрового состава клиники, который в итоге стал тесным содружеством неврологов, психиатров, психолога, способным решать насущные вопросы эпилептологии.

Научные интересы Александра Ивановича были безгранично широки, что нашло отражение в его работах и трудах сотрудников отдела, посвященных различным аспектам эпилептологии. Он автор 5 монографий, нескольких авторских свидетельств и более 200 научных работ. Большую известность получили его книги: «Эпилептические синдромы» (1978); «Эпилепсия у взрослых» (1974, 1984); «Эпилепсия у детей и подростков» (1990); «Социальный аспект больных эпилепсией» (1978, 1997); «Психические особенности больных эпилепсией (43-летний опыт изучения и лечения больных эпилепсией) (2000)» [3–7].

Из работ сотрудников клиники, того периода, следует отметить следующие: А.В.Глазов «К сравнительной клинко-биологической оценке неблагоприятного и относительно благоприятного типов течения эпилепсии (клинко-лабораторное исследование)» [12]; П.М.Яблонских «Расстройства памяти при травматической эпилепсии» [37]; В.И.Хижняков «Личность больного эпилепсией в семье» [36]; Г.Н.Харчевников «Сумеречные состояния при эпилепсии» [35]; Л.В.Сигидиненко «Диагностика и коррекция нарушений некоторых показателей системы гомеостаза у больных эпилепсией во время беременности» [28]; Т.А.Рогачева «Нервно-психические расстройства детей, родители которых страдают эпилепсией», посвященная изучению экзогенных и наследственных факторов в генезе эпилепсии, пониманию биологической сущности эпилептической предрасположенности [22]; В.Е.Бова и соавт. «Джексоновский припадок» [15]; И.А.Носатовский «О влиянии алкоголизма на развитие эпилептических припадков» [19]; М.Я.Вайнтрауб «Медикаментозное лечение и его осложнения у больных эпилепсией с

неблагоприятным течением»; «Эпилепсия: Многолетнее медикаментозное лечение и его осложнения» [9, 10]. К сожалению, тяжелая болезнь «заставила» Александра Ивановича в 1992 году оставить руководство «своим детищем».

В 1992 году произошло слияние клиники эпилепсии и отдела экзогенно-органических психических нарушений Московского НИИ психиатрии. Руководителем, вновь образованного отделения «экзогенно-органических психических нарушений и эпилепсии» стала ученица Р.Г.Голодец доктор медицинских наук Эдие Лукмановна Максумова [16].

Благодаря усилиям Э.Л.Максумовой и ее активной жизненной позиции отделение становится структурой созданного приказом Минздравмедпрома России «Эпилептологического центра», во главе с неврологом профессором А.И.Фединым (пр. №163 от 24.04.1996 г). Основным научным направлением клиники становятся психопатологические аспекты эпилепсии. Сотрудниками отдела разрабатываются и успешно защищаются кандидатские диссертации «Психофармакотерапия в комплексном лечении психических расстройств пограничного уровня у больных эпилепсией» (Е.В. Железнова, 1997); «Клиника и терапевтическая динамика психических пароксизмов у больных височной эпилепсией» (Л.В. Соколова, 1999). Начинается работа по изучению факторов риска суицидального поведения у больных эпилепсией (Д.А.Полянский); психических расстройств у больных эпилепсией детского и подросткового, а также юношеского возраста (А.А.Земляная). Не остаются без внимания руководителя и вопросы, касающиеся экзогенно-органических расстройств. В 1996 году защищает кандидатскую диссертацию на тему «Аффективные нарушения по материалам амбулаторной практики у больных с последствиями закрытой черепно-мозговой травмы» Г.Н.Кобозев.

Начинаются испытания эффективности и переносимости новых антиэпилептических препаратов. Уточнения показаний к их применению послужило толчком к научному исследованию Е.В. Железновой «Особенности протекания и лечения эпилепсии у женщин, в том числе в период беременности».

Под эгидой возобновившей свою работу Российской лиги по борьбе с эпилепсией сотрудники отдела принимают участие в работах эпилептологических конгрессов, в организации и проведении Российских научно-практических конференций, таких как «Современные методы диагностики и лечения эпилепсии» (Смоленск, 1996), вызвавшей большой интерес специалистов, занимающихся теоретическими и практическими вопросами эпилепсии. Учитывая практическую значимость проводимых в клинике исследований, ее сотрудниками выпускается ряд методических рекомендаций и пособий для врачей. Они касаются вопросов клиники, терапии, оценки качества жизни, принципов и форм реабили-

литации больных эпилепсией с психическими расстройствами.

Завершающим аккордом в работе Э.Л.Максutowой стала монография «Психофармакотерапия эпилепсии», написанная в соавторстве с профессором, доктором медицины В.Фрешером из отделения неврологии и эпилептологии психиатрической клиники университета г.Ульм (Германия) [17]. Книга явилась первой русско-немецкой работой по проблеме психиатрической эпилептологии. В монографии на основании литературных данных и результатов собственных многолетних исследований авторами представлены как неврологические, так и психиатрические аспекты терапии эпилепсии. Уделено внимание взаимодействию психотропной и антиконвульсивной терапии и влиянию сочетанной терапии на качество жизни указанного контингента больных. Авторы предлагают читателю пересмотреть установившиеся стереотипы относительно применения целого ряда нейролептических препаратов, а также антидепрессантов в комплексной терапии больных эпилепсией с психическими расстройствами.

В 2002 году клинику экзогенно-органических расстройств и эпилепсии возглавил доктор медицинских наук, профессор, член правления Российской Лиги по борьбе с эпилепсией, член редакционного совета журналов «Эпилепсия и пароксизмальные состояния», «Социальная и клиническая психиатрия», «Психиатрия» Владимир Вениаминович Калинин.

Основным научным направлением исследований клиники продолжает оставаться изучение психических расстройств при эпилепсии, их этиологии, патогенеза, клиники и терапии. Вместе с тем, В.В.Калинин предлагает использовать новый подход к решению стоящих задач, а именно, изучать их с позиций структурно-функциональной организации головного мозга, то есть моторной латерализации и локализации фокуса эпилептической активности. (Д.М.Назметдинова, О.Е.Крылов).

Продолжаются исследования по выявлению факторов риска суицидального поведения у больных

эпилепсией (Д.А.Полянский); по изучению психических расстройств при эпилепсии у лиц юношеского возраста (А.А.Земляная). Исследуется влияние основных факторов социальной сферы и базисных характеристик заболевания на качество жизни больных эпилепсией подростково-юношеского возраста (Т.А.Барашкова).

Разрабатываются и успешно защищаются диссертационные исследования на соискание ученой степени доктора медицинских наук, посвященные вопросам – 1) клиники и терапии эпилепсии у женщин с нейроэндокринными и психическими расстройствами (Е.В.Железнова), 2) изучению ремиссии при эпилепсии, решению ее теоретических и практических вопросов, включающих установление закономерностей формирования и дальнейшей динамики ремиссий, разработку средств и методов по достижению устойчивых ремиссий и алгоритмов по отмене антиконвульсивной терапии и пр. (Т.А.Рогачева).

В последние годы внимание обращено на дифференциацию истинных эпилептических и так называемых псевдоэпилептических (функциональных) припадков и разработку методов их терапии (Е.В.Ким). Начата работа по изучению клинко-психопатологических особенностей структуры психотических расстройств шизофренического спектра (Е.А.Федоренко).

Изучаются дифференцированные подходы к лечению психопатологических состояний у больных с органической патологией головного мозга, побочные явления и осложнения при лечении антиэпилептическими средствами; факторы, способствующие развитию фармакорезистентности, способы ее прогнозирования и преодоления; исследуются возможности эквивалентной замены одного препарата на другой.

Разрабатываются новые методы диагностики и оценки терапии эпилепсии (результаты этих исследований подтверждены 6 патентами).

Параллельно сотрудники клиники продолжают принимать участие в исследовательских программах по изучению новых противосудорожных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Известные отечественные психиатры прошлого (биографические сведения// История отечественной психиатрии (в 3 томах). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Т. 3. С. 244–245.
2. Болдырев А.И. Начальные проявления эпилепсии у взрослых: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1967. 32 с.
3. Болдырев А.И. Эпилептические синдромы. М.: «Медицина», 1976, 262 с.
4. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. М.: Медицина, 1984. 288 с.
5. Болдырев А.И. Эпилепсия у детей и подростков. М.: Медицина, 1990. 317 с.
6. Болдырев А.И. Социальный аспект больных эпилепсией. М.: Медицина, 1997. 205 с.
7. Болдырев А.И. Психические особенности больных эпилепсией (43-летний опыт изучения и лечения больных эпилепсией). М.: Медицина, 2000. 382 с.
8. Бухановский А.О., Солдаткин В.А. Серейский М.Я. – врач-психиатр // История кафедры психиатрии Ростовского государственного медицинского университета. 2016.
9. Вайнтруб М.Я. Медикаментозное лечение и его осложнения у больных эпилепсией с неблагоприятным течением: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1990. 48 с.
10. Вайнтруб М.Я. Эпилепсия: многолетнее медикаментозное лечение и его осложнения. М.: изд. Аслан, 1995. 191 с.
11. Гейер Тихон Александрович (1876–1955) — mednecropol.ru>g/geyer-ta/geyer-ta.htm.
12. Глазов А.В. К сравнительной клинко-биологической оценке неблагоприятного и относительно благоприятного типов течения эпилепсии (клинко-лабораторное исследование): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1969. 24 с.
13. Горюнов А.В. Г.Е.Сухарева (к 120-летию со дня рождения) // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. Т. 112. С. 67–71.

14. Гуревич М.О., Серейский М.Я. Учебник психиатрии. М.: Медгиз, 1946, 440 с.
15. Карпов В.А., Маджидов Н.М., Бова В.Е. Джексоновский припадок. Ташкент: Медицина. 1988. 144 с.
16. Макустова Э.Л. Психические расстройства в клинике острых вирусных нейроинфекций. Закономерности течения, терапия, профилактика. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1988. 35 с.
17. Макустова А.Л., Фрешер В. Психотерапия эпилепсии. Берлин-Вена, 1998. 180 с.
18. Незнанов Н.Г., Акименко М.А., Михайлов В.А. История создания Российской противосудорожной Лиги // Ж. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2016. Т. 8. С. 74–78.
19. Носатовский И.А. «Роль алкоголя в провокации судорожных припадков при эпилепсии» // Мат. Всесоюзного съезда психиатров и неврологов. Томск, 1990. С. 24–25.
20. Ремезова Е.С. О лечении больных эпилепсией в амбулаторных условиях. Методическое письмо. Москва, 1957. 46 с.
21. Ремезова Е.С. Дифференцированное лечение больных эпилепсией. М.: Медицина, 1965. 240 с.
22. Рогачева Т.А. Нервно-психические расстройства у детей, родители которых страдают эпилепсией: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М.: Медицина, 1948. 271 с.
23. Рохлин Л.Л. Травматическая эпилепсия. Москва: изд. Акад. мед. наук СССР, 1948. 271 с.
24. Рохлин Л.Л. Очерки психиатрии / Под ред. проф. Д.Д. Федотова // Всесос. науч. мед. о-во невропатологов и психиатров. М., 1967. 390 с.
25. Рохлин Л.Л. Жизнь и творчество выдающегося русского психиатра В.Х. Кандинского (1849–1889 гг.). М.: Медицина, 1975. 296 с.
26. Рохлин Л.Л. Современное состояние проблемы отношения эпилепсии и шизофрении. Материалы 5-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1969. № 2. С. 71–73.
27. Серейский М.Я. Новые пути диагностики и лечения эпилепсии. М., 1945. 92 с.
28. Сигидиненко Л.В. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1987. 24 с.
29. Сухарева Г.Е. Клиника эпилепсии у детей и подростков. Проблемы теоретической и практической медицины. М., 1938. С. 234–261.
30. Традиции Клиник и PsyHelp.ru>fedotov2.php
31. Эпилепсия: (Клиника, патогенез, лечение): Материалы конференции / Под ред. С.Ф. Семенова. М., 1972. 541 с.
32. Эфроимсон В.П. Введение в медицинскую генетику. М.: Медицина, 1964 (1-е изд.), 1968 (2-е изд.). 390 с.
33. Эфроимсон В.П., Блюмина М.Г. Генетика олигофрений, психозов и эпилепсий. М.: Медицина, 1978. 244 с.
34. Эфроимсон В.П. Генетика этики и эстетики. Часть 2. СПб.: Талисман, 1995. 288 с.
35. Харчевников Г.М. Сумеречные состояния при эпилепсии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук 1980. 24 с.
36. Хижняков В.И. Личность больного эпилепсией в семье: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1972. 24 с.
37. Яблонских П.М. Расстройства памяти при травматической эпилепсии (клинико-психол. исследование): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1970. - 20 с.

ВКЛАД УЧЕНЫХ МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ПСИХИАТРИИ В РАЗВИТИЕ ЭПИЛЕПТОЛОГИИ В РОССИИ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Т.А. Рогачева, Л.В. Соколова

В статье представлены данные о вкладе ученых Московского НИИ психиатрии в развитие знаний об эпилепсии и организации эпилептологической службы в России. При этом особое внимание уделено вопросам эпилептологии, разрабатываемым в широко известной как в нашей стране, так и за рубежом клинике эпилепсии. Освещены разносторонние направления ее научных изысканий,

начиная с периода образования. Отмечены главные направления современного этапа. Имена ученых совмещены с этапами и направлениями научного поиска, персонализирован их вклад в систему медицинских знаний.

Ключевые слова: история, Московский НИИ психиатрии, эпилепсия.

CONTRIBUTION OF THE MOSCOW RESEARCH INSTITUTE OF PSYCHIATRY RESEARCHERS TO DEVELOPMENT OF EPILEPTOLOGY IN RUSSIA: HISTORY AND CURRENT STATE

T.A. Rogachyova, L.V. Sokolova

This article reviews the contribution of researchers from the Moscow Research Institute of Psychiatry to development of epileptology and organization of epileptological care in Russia. Special attention is paid to achievements of the Institute's clinic of epilepsy known both inside the country and abroad. The author writes about directions of research through

history and specifies current research issues. The names of researchers are combined with the stages and directions of investigations, thus making their contributions to medical knowledge more personal.

Key words: history, the Moscow Research Institute of Psychiatry, epilepsy

Рогачева Татьяна Анатольевна – доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, заведующая отделением экзогенно-органических расстройств и эпилепсии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: 32316@mail.ru

Соколова Людмила Васильевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела экзогенно-органических расстройств и эпилепсии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: krilo_221260@mail.ru

ЭВОЛЮЦИОННО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ Г.Е.СУХАРЕВОЙ КАК ОСНОВА ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Ю.С. Шевченко¹, Е.В. Корень², Т.А. Куприянова²

*¹ ФГБОУДПО Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования*

*²Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

Оформление психиатрии детского возраста в самостоятельную научную дисциплину неразрывно связано с научной деятельностью Г.Е.Сухаревой, выдающегося ученого, одного из создателей сравнительно нового раздела психиатрии – психоневрологии детского возраста. Важной характеристикой научной и практической деятельности Груни Ефимовны является тесная связь между общей психиатрией и детской психоневрологией. Строящееся здание детской психиатрии в ее работах развивается как ветвь общей психиатрии, в неразрывной связи и на базе достижений передовой клинической психиатрии. Она руководила кафедрой психиатрии в Харькове, в последующие годы являлась консультантом и научным руководителем психиатрической больницы им. П.П.Кашенко.

Начав свою врачебную деятельность в Киевской психиатрической больнице, Г.Е.Сухарева продолжала ее в московских клинических учреждениях. В 1921 году она переезжает в Москву, где организовывала санаторные и психоневрологические лечебные учреждения для детей и подростков. С 1931 года руководила научной работой крупнейшего в СССР детского отделения при московской психиатрической больнице им. П.П.Кашенко, в последующем преобразованного в детскую психиатрическую больницу №6, а ныне, усилиями ее учеников и последователей – в носящий ее имя Центр психического здоровья детей и подростков. С 1935 по 1965 год Груня Ефимовна руководила подготовкой кадров на созданной ею кафедре психиатрии детского возраста Центрального института усовершенствования врачей, а с 1938 года организовала и возглавила клинику психозов детского и подросткового возраста Государственного научно-исследовательского института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР. Этот факт примечателен гениальным

прозрением Г.Е.Сухаревой, создавшей уникальное, не имеющее аналогов в мировом масштабе, подразделение детской психиатрии, поскольку в начале XX века детской психиатрии как науки не существовало, а немногочисленные научные работы, посвященные психозам детского возраста, основывались, главным образом, на казуистических наблюдениях. Это дало колоссальный импульс к систематическому изучению клиники психозов детского возраста.

Именно в стенах этих двух институтов, не раз-единяемых, а скорее, благодаря масштабу личности Груни Ефимовны, объединяемых высокой конкуренцией и дружеским соперничеством, появились на свет ее основные научные работы, в частности, «Клинические лекции по психиатрии детского возраста», был заложен фундамент, на котором базируется детская психиатрия, внесено много нового и оригинального в разработку теоретических вопросов клинической психиатрии и общей патологии. Было создано учение о роли возрастного фактора в клинике и патогенезе психических заболеваний у детей, разработано сравнительно-возрастное направление изучения психических заболеваний, которое способствовало выделению психиатрии детского возраста в относительно самостоятельный раздел современной психиатрии. Были разработаны основные клинические концепции отечественной детско-подростковой психиатрии, объясняющие закономерности формирования клинической картины психических расстройств на различных возрастных этапах (эволюционно-биологическая концепция Г.Е.Сухаревой и концепция психического дизонтогенеза В.В.Ковалева). Были выделены «преимущественные» клинические синдромы для детского и подросткового возраста, впервые описан ряд отдельных нозологических форм психических заболеваний в детском и подростковом возрасте,

включая описание расстройств аутистического спектра задолго до классических работ Л.Каннера и Г.Аспергера. Изучено влияние фактора возрастной реактивности на клинические проявления при различных психических заболеваниях у детей и подростков, выявлены закономерности динамики и типы течения шизофрении с учетом влияния остроты начала и темпа развития процесса. Установлено единство основных закономерностей шизофрении у детей и взрослых при наличии особенностей, определяемых возрастным фактором, изучены вопросы патоморфоза психических заболеваний в детском возрасте. Г.Е.Сухарева создала научную школу детских психиатров (М.С.Вроно, В.Н.Мамцева, М.И.Лапидес, В.В.Ковалев, О.Д.Сосюкало, К.С.Лебединская, А.А.Кашникова), плодотворно развивших данное научное направление, что обеспечило существенный вклад в становление и развитие отечественной детской психиатрии, включая клинко-динамический подход к диагностике, комплексный подход к лечению, реабилитации и профилактике психических расстройств в детском возрасте на основе учета возрастного фактора и фактора развития. В последующем отдел возглавляли ученики Г.Е.Сухаревой и продолжатели заложенных ею клинических традиций.

Ряд работ Г.Е.Сухаревой посвящен таким теоретическим вопросам психиатрии, как сущность психических болезней и закономерности их развития, принципы классификации и психиатрической диагностики, но главным детищем, несомненно, является сформулированная ею эволюционно-биологическая концепция психических расстройств применительно к детскому возрасту. Исходя из прогрессивной концепции развития болезни, созданной на основании исследований выдающихся отечественных ученых И.М.Сеченова, Н.Е.Введенского, И.П.Павлова, С.П.Боткина и разработок по общей патологии И.В.Давыдовского, Г.Е.Сухарева показала, что каждый болезненный процесс должен рассматриваться как динамическое явление, как постоянное взаимодействие больного организма с внешней средой. Она развивала свою «эволюционно-биологическую» концепцию психической болезни, которая заключается в признании того, что в каждом заболевании, наряду с деструктивным влиянием специфического болезнетворного агента, выступают неспецифические признаки, которые отражают приспособительные защитные реакции организма.

К чести Г.Е.Сухаревой, она достойно выдержала первый, «идеологический» удар в период, когда основные положения вынашиваемой ею с 30-х годов концепции еще только обретали законченный вид. В программном докладе 1951 года «Состояние психиатрии и ее задачи в свете учения И.П.Павлова» фамилия Сухаревой значилась в списке врачей-психиатров, обвиняемых в «идеалистических и эклектических концепциях», в том, что они не смогли

создать «ничего прогрессивного в детской психиатрии». Хуже того, как заявил в заключительном слове А.В.Снежневский, Сухарева и ее коллеги «не разоружились и продолжают оставаться на старых антипавловских позициях», и не испытывают «хотя бы проблесков сознания своей ответственности за тот тяжелый ущерб, который они нанесли советской научной и практической психиатрии» [9].

Наступившая эпоха постмодернизма, с присущей ей идеологией деконструкции, подвергла серьезному испытанию все исторические устои и достижения клинической психиатрии, не обходя и детскую психиатрию. «Размывание» клинического подхода, отказ от клинко-динамической оценки состояния, представления о диагностических категориях как об отдельно описанных симптомокомплексах, вытеснение этиологического (нозологического) диагноза с радикальным изменением подходов к классификации, признание недостаточности современной доказательной базы для создания этиопатогенетически ориентированной классификации отражает изменение глобальных тенденций в мировой психиатрии [6]. Представления о причинах развития и течении психических расстройств в данной парадигме используются в минимальной мере, что идет вразрез с накопленными клиническими данными и богатыми клиническими традициями отечественной детской психиатрии [7]. К тому же выросли целые поколения врачей, воспитанные на МКБ, с постулируемой ей атеоретичностью, потерявшие связь с научным наследием, или даже активно его отвергающие.

Когда состояние науки и опирающейся на нее практики претерпевает кризис, самым разумным является обращение по «герменевтическому кругу» к ее историческому прошлому и тем базисным идеям, положениям и принципам, которые были заложены ее основателями и корифеями.

Естественнонаучный подход, представленный «биологической психиатрией», основывается по определению академика М.Е.Вартаняна на достижениях генетики, биохимии, иммунологии, эндокринологии, нейроморфологии, нейрофизиологии, и психофармакологии [2]. Однако в нашей стране он почему-то до сих пор игнорирует социобиологию и ее составную часть – этологию, основоположники которой – К.Лоренц, Н.Инберген и К.фон Фриш в 1973 году получили Нобелевскую премию «за открытия, связанные с созданием и установлением моделей индивидуального и группового поведения животных» (к коим относится и *homo sapiens*). В ныне декларируемую био-психо-социальную модель почему-то не входит социально-биологическая составляющая [11]. Такие биологические категории, как индивидуальные, репродуктивные и социальные инстинкты отсутствуют и в обиходном психиатрическом лексиконе, и в Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10).

Детская психиатрия, в силу своей онтогенетической сущности, в лице Г.Е.Сухаревой (1955), предлагает филоонтогенетическую (эволюционно-биологическую) концепцию для построения интегративной теории всей психиатрии. В своих знаменитых «Лекциях...» [14] Г.Е.Сухарева пишет: «Приспособительные и защитные механизмы вырабатываются животными и человеком в процессе эволюционного развития во взаимодействии организма с внешней средой». Этология человека еще в 80-х годах прошлого века продолжала официально декларироваться в нашей стране в качестве «реакционного, антимарксистского направления» антропоморфизма и фактически находилась под запретом [20].

Готовя свои лекции к публикации еще при жизни Сталина, Г.Е.Сухарева вынуждена была ограничить иллюстрацию ключевого тезиса эволюционно-биологической концепции лишь физиологическими примерами, а врожденные механизмы поведения оставить за скобками. Сейчас же преодоление антропоцентризма и обращение к этологической и, в более широком смысле, к социобиологической парадигме психиатрии является и актуальным, и вполне возможным на пути к созданию «понимающей психопатологии», включающей и социальную психопатологию [12]. Развитие же психиатрии раннего возраста вообще немыслимо без этологического подхода, поскольку ребенок уже рождается с широким репертуаром филогенетически закрепленного поведения, наследственными программами и моделями его онтогенетического «очеловеченья» [5, 8, 9, 12, 16, 18].

Знание основного постулата этологии, гласящего, что любое поведение изначально в эволюционном (фило-онтогенетическом) смысле имеет защитный и/или приспособительный характер, позволяет более широко оценить следующее положение Г.Е.Сухаревой, касающееся природы психических и поведенческих расстройств. Ссылаясь на работы И.П.Павлова, Г.Е.Сухарева указывает на необходимость дифференциации симптомов ущерба и компенсации и учета возможной динамики последних из компенсаторных феноменов в гиперкомпенсаторные, а далее – в условно патологические и собственно психопатологические. Это важно при рассмотрении таких клинических форм как «синдром дефицита внимания с гиперактивностью», «расстройства аутистического спектра», «обсессивно-компульсивные расстройства», системные, психосоматические расстройства, патологически протекающий пубертатный криз, расстройства привычек и влечений, при анализе взаимоотношений в структурно-динамических диадах «фобии-мании», развития бреда («преследуемый-преследователь») и проч. [20].

Отсутствие такой дифференциации направляет усилия практического врача на борьбу с бросающимися в глаза симптомами компенсации, а не ущерба (например, на подавление двигательной расторможенности детей с СДВГ вместо повышения тонуса

их церебральной коры), а организаторов здравоохранения провоцирует концентрироваться на помощи детям с гиперкинетическими расстройствами поведения, забывая о том, что детей с дефицитом внимания без гиперактивности (т.е. лишенных собственных компенсаторных ресурсов) в три раза больше [15].

Говоря о симптомах «мало специфичных для данной болезни, отображающих характер приспособительных, защитных реакций организма» и ссылаясь на работы И.В.Давыдовского, Г.Е.Сухарева по сути говорит об адаптационном синдроме, как нозологически неспецифической реакции на стресс. Данное положение сегодня крайне ценно для разработки концепции психопатологического диатеза, в подходе к которой у отечественных исследователей обнаруживается масса «базальных» противоречий [19].

Подчеркивая, что «процесс приспособления организма к окружающей среде имеет место не только в нормальных, но и в патологических условиях существования организма» и называя его «приспособлением в патологии», Г.Е.Сухарева предвосхитила концепцию Н.П.Бехтерева об «устойчивом патологическом состоянии» (УПС) как ущербном, но адаптирующем гомеостазе, сменяющем стрессовую нестабильность, длительное нахождение в которой угрожает всей системной организации больного. Наличие УПС объясняет затруднения в лечении хронических расстройств, нестойкость чисто симптоматического лечения и обуславливает необходимость включения в терапевтическую стратегию, во-первых – холистического многоуровневого (биологического, психологического, социально-личностного) подхода к структуре «больной-болезнь», во-вторых – усилий, направленных на саногенные изменения в более общих системах, в которые данная структура входит в качестве подсистемы (семья, школа, референтная группа), в-третьих – реализацию на всех этих уровнях лечебно-стрессовых форм воздействия, способных разорвать инертные связи, поддерживающие УПС, дабы в результате эустресса (по Г.Селье) новая стабилизация оказалась качественно более нормативной. К сожалению, в этом смысле современное состояние нашей психиатрии представляется регрессивным. Отказавшись от таких активных терапевтических технологий, как инсулиновые шоки, ЭСТ, «ударные дозы», одномоментные отмены препаратов, лечебное голодание, холдинг-терапия, эмоционально-стрессовая психотерапия и проч., призванных резко изменить реактивность, мобилизовать защитные силы, современные протоколы лечения, в детской психиатрии, основанные на крайне низкой доказательной базе, не предлагают ничего взамен. Современные технологии интенсивной психофармакотерапии не получили пока достаточного признания и распространения [1], в том числе – в силу противоречия между провозглашаемым прогрессивным тезисом

о персонифицированной медицине и насаждаемой на местах практикой унификации синдромально ориентированных стандартов лечения.

«Основой эволюционно-биологической концепции о болезни является положение о диалектическом единстве организма с внешней средой». Отсюда — обоснованность более активного внедрения физиотерапии, курортологии (вместо закрытия санаторно-лесных школ и «нерентабельных» психоневрологических санаториев), гипербарической оксигенации, светолечения, фитотерапии в психиатрическую науку и практику. Это же можно сказать о социальной среде. Закрытие специализированных и коррекционных школ при необеспеченности полноценной инклюзивной модели воспитания (кстати, не безукоризненной с позиций социальной биологии, не говоря уже о неготовности к этой модели самого общества) лишило детей с проблемами в развитии перспектив как инклюзии (принятия), так и социальной интеграции.

«При изучении причины (этиологии) психического заболевания клиницисту всегда приходится учитывать два факта, имеющих противоположное значение для происхождения и предотвращения болезни:

1) повышенную реактивность высших отделов нервной системы в отношении различных воздействий и 2) высокую пластичность, функциональную подвижность нервных процессов в коре полушарий».

Данный тезис подтверждается высокой эффективностью современного отечественного метода нейропсихологической коррекции [13] в отношении детей с дизнейроонтогенетической (по И.А.Скворцову) почвой психических расстройств и нарушений развития. Это же касается технологий, основанных на концепции онтогенетически-ориентированной психотерапии [18, 21], включая перинатальную психологию и психотерапию [3], а также коррекционной воспитательно-педагогической помощи. Необходима их дальнейшая разработка и широкое внедрение в службу детского психического здоровья. Общая же теория психиатрии должна строиться из понимания того, что она является не только естественно-научной, но и гуманитарной дисциплиной [4, 10, 12]. Следующий тезис Г.Е.Сухаревой полностью предвосхищает это положение.

«Детерминированность физиологических функций социальными факторами в клинике психических заболеваний выступает еще более отчетливо, чем в соматической. Изменение социальной среды, общественных взаимоотношений, трудовых установок человека, его социальной направленности является одним из важных факторов для профилактики и лечения психических заболеваний». Это делает профессию психиатра наиболее социально активной как в плане реабилитации пациентов, так и в плане первичной профилактики химических и нехимических зависимостей, суицидального и

девиантного поведения (включая стихийные формы подростковой инициации и социального иждивенчества), школьной дизадаптации и проч. [2, 3].

Далее Г.Е.Сухарева пишет: «Исходя из эволюционного принципа, можно сказать, что всякое патогенное воздействие на ранних стадиях развития нервной системы нарушает ее дальнейший онтогенез, меняет тип реакции на раздражители. Если эта перестройка типа реагирования нервной системы идет в патологическом направлении и снижает ее приспособительные функции, то создается так называемое «приобретенное предрасположение» к заболеванию». Иными словами, любая ранняя, тяжелая или длительная вредность, даже не вызвавшая заболевание, обуславливает дизнейроонтогенетическое изменение реактивности, создающее собственный или искажающее конституциональный диатез и формирующее патологически измененную (неполноценную) почву. Это делает атипичным конституциональный ответ на специфический или неспецифический стресс. Существующие же и создаваемые клинические «стандарты» не учитывают ни диатез, ни измененную «почву», ни даже пол пациента.

По этому поводу Г.Е.Сухарева пишет: «Первые два положения, устанавливающие специфичность действия патогенного агента и диалектическое единство этиологии и патогенеза болезни могут служить теоретической основой для создания нозологической классификации». Согласно этиопатогенетическому подходу, специфические этиологические факторы обуславливают следующие нозологические группы: 1) психогенные, 2) соматогенные, 3) энцефалопатические (внешние или внутренние повреждения мозга), 4) социогенные, 5) наследственные (эндогенно-процессуальные заболевания и синдромы-болезни). Они проявляются соответствующими приспособительными, филогенетически детерминированными и конституционально оформленными психопатологическими ответами (психотического или пограничного уровня) на экзогенную или эндогенную вредность и соответствующей ей динамикой (прогредиентной, регредиентной, ситуационно-возрастной). Неспецифические стрессогенные факторы вызывают преимущественно конституциональные ответы — реактивно-диатетические (эндо-реактивные) — «конституциональные типы реакций» по П.Б.Ганнушкину. Крайние носители диатетической (аномальной) конституции (сами провоцирующие психогенные стрессы и легко декомпенсирующиеся в ответ на любую вредность) представлены психопатиями. Этиологически неспецифические вредности, нарушающие эволютивные или инволютивные механизмы онтогенеза формируют соответствующие продуктивно и негативно-дизонтогенетические «возрастные» нозологии — дизонтогенетические расстройства: специфические для детского возраста; специфические для возраста обратного развития [17].

Прозорливо предвидя сегодняшний редукционизм в нашей специальности Г.Е.Сухарева подчеркивала: «Последовательное проведение нозологического принципа при группировке психических заболеваний следует рассматривать как прогресс психиатрической науки и практики. В синдромологической концепции отображены реакционные идеи метафизического представления о болезни, выдвигающие на первый план статику отдельных синдромов и не учитывающие тип течения болезни (острота начала и темп ее дальнейшего течения)». Кстати, более полувека назад взгляды Г.Е.Сухаревой на динамику психических расстройств послужили основой для отечественной классификации шизофрении по типам течения. Сейчас это «забытое старое» предлагается в качестве «новой» идеи о проведении анализа геномных ассоциаций в зависимости от динамики заболевания, а не его происхождения [22].

Последовательно отстаивая динамический подход, основоположник отечественной детской психиатрии указывала: «Каждый болезненный процесс имеет свою функциональную стадию развития, когда преобладают защитные механизмы, только на последующих этапах болезни деструктивные явления становятся преобладающими и могут приобрести более стойкий, необратимый характер в виде морфологических, структурных нарушений. Поэтому так важно раннее распознавание болезни и своевременное ее лечение». Раннее распознавание предполагает приближенность психиатрической службы к населению и активную диспансеризацию, начиная с раннего возраста, что невозможно без развития микропсихиатрии, как в организационном, так и в образовательном и научном плане, включая диагностический и терапевтический аспекты (с перспективой появления онтогенетически ориентированной психофармакотерапии). Уместно напомнить, что любая врачебная специальность, не имеющая своей «детской» параллели или субспециальности априори работает с «нуля», то есть с рождения потенциального пациента. То есть те, кто исключил детскую психиатрию (равно как детскую неврологию и ряд других педиатрических специальностей) из списка врачебных специальностей в 1995 году, видимо думали о чем угодно, кроме будущего страны – подрастающего поколения У тех, от кого это будущее зависит сейчас, есть два варианта: либо восстановить специальность, назвав ее как, например, в Германии – «детская психиатрия-психотерапия»; либо официально обязать всех общих психиатров работать «с нуля».

Нельзя не остановиться на следующем положении эволюционно-биологической концепции: «При распознавании формы заболевания и его патогенеза врач всегда строит предположение о характере патологического процесса, лежащего в основе болезни,

его морфологических особенностях, его распространении в тех или других органах... явствует необходимость разрешения еще более сложной задачи, а именно: распознать на основе клинических и экспериментальных данных функциональное состояние данного больного органа или, вернее, данной физиологической системы». Иными словами, чтобы лечить конкретную болезнь у конкретного больного нужен функциональный диагноз (который структурирован в неиспользуемом многоосевом подходе, предлагаемом МКБ-10 – пожалуй, единственном бесспорном позитиве действующей номенклатуры). «Стандарты», ориентированные на синдромы, не предлагают лечить больного и не обязуют врача быть исследователем, к чему призывала Г.Е.Сухарева. Отсутствие же общей теории психиатрии не направляет мышление даже думающего профессионала на раскрытие патогенеза. А если практика не ставит вопросов, то и наука не слишком озабочивается, чтобы на них ответить. Так формируется «*circulus vitiosus*» нашей науки и практики.

Заключая представление своей концепции, Г.Е.Сухарева пишет: «Не ограничиваясь только изложением клиники и терапии психических заболеваний у детей, мы уделяем большое внимание рассмотрению принципиальных вопросов общей психиатрии – проблеме сущности психических болезней, принципов их группировки и диагностики». К сожалению, организаторами здравоохранения забыт следующий тезис великого мэтра: «Каждый психиатр, независимо от того, работает ли он в области детской или общей психиатрии, должен твердо помнить, что правильная постановка детской психиатрии есть один из важных путей профилактики психической заболеваемости взрослого населения». Сегодня детская психиатрия уже сама обогащает свою *alma mater* эволюционно-динамическим подходом, а это – безусловный критерий самостоятельной специальности. В то же время, вместо восстановления клинической специальности «детская психиатрия» происходит ее тихая деградация как в научном, так и в профессиональном и организационном плане. К сожалению, это соответствует принципу упомянутого выше печально известного исторического лидера: «Нет человека – нет проблемы».

Приведенные положения эволюционно-биологического подхода к пониманию природы психических расстройств, звучат вполне современно и имеют самые широкие перспективы. Общеизвестно, что нет ничего более практичного, чем хорошая теория. В этом смысле творческое обращение к концепции Г.Е.Сухаревой – прекрасная альтернатива атеоретическому и застойному состоянию современной психиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боев И.В., Ахвердова О.А., Волоскова Н.Н. Дети-органики: клиника, психодиагностика, психокоррекция. М.: Национальный книжный центр, 2015. 376 с.
2. Вартамян М.Е. Биологические основы психических заболеваний // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В.Снежного. М.: Медицина, 1983. Т. 1. С. 97–158.
3. Добряков И.В. Перинатальная психотерапии // Детская психиатрия: Учебник / Под ред. Э.Г.Эйдемиллера. СПб.: Питер, 2005. С. 795–806.
4. Зислин И. Опыт разработки филологических аналогий для психиатрии. // Независимый психиатрический журнал. 2016. № 2. С. 58–69.
5. Клинов В.Н. Обряды инициации и эволюция подростковой психопатологии // Acta Psychiatria, Psychother., et Ethologica Tavrica № 3, 1995. С. 131–137.
6. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Концепция психического здоровья и психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. 2012. № 3. С. 4–12.
7. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Актуальные вопросы классификации в детской психиатрии в перспективе принятия МКБ-11 // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018. Т. 18. № 1. С. 27–34.
8. Корнеева В.А., Шевченко Ю.С. Нейропсихологическая коррекция пограничных состояний у детей и подростков (теория и практика). М.: ИД «ТАКТ», 2010. 154 с.
9. Микиргумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психология раннего детского возраста. СПб.: Питер, 2001. 256 с.
10. Савенко Ю.С. Михаил Осипович (Иосифович) Гуревич, 1878–1953 // Независимый психиатрический журнал. 2009. № 3. С. 7–8.
11. Самохвалов В.П., Гильбурд О.А., Егоров В.И. Социобиология в психиатрии. М.: Изд-й дом Видар-М, 2011. 336 с.
12. Самохвалов В.П. Социальная психология и психиатрия – основы социальной психопатологии // Социальная психопатология / Под ред. В.П.Самохвалова. М.: Издательский дом Видар-М, 2018. С. 15–39.
13. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: Издательский центр «Академия», 2002. 232 с.
14. Сухарева Г.Е. Эволюционно-биологическая концепция о развитии болезни в применении к психиатрии // Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1955. Т. 1. С. 21–38.
15. Сухотина Н.К. Гиперкинетические расстройства у детей и подростков. // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю.С.Шевченко. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2017. С. 532–552.
16. Хайретдинов О.З. Диагностика и дифференциальная диагностика аутистических расстройств у детей на основе клинико-этологической оценки невербального поведения // Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Под ред. проф. Ю.С.Шевченко. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. С. 117–138.
17. Шевченко Ю.С. Систематизация психических расстройств // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю.С. Шевченко. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. С. 72–95.
18. Шевченко Ю.С. Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия детей и подростков // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю.С.Шевченко. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. С. 981–996.
19. Шевченко Ю.С., Баздырев Е.И. Природа и проявления психопатологического диатеза (эволюционно-биологический взгляд). // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов. / Под ред. Ю.С.Шевченко. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. С. 34–59.
20. Шевченко Ю.С. Этологические и социобиологические механизмы психопатологических расстройств; ключевые понятия // Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Под ред. проф. Ю.С.Шевченко. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. С. 12–55.
21. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. СПб.: Речь, 2003. 336 с.
22. Schulze T. «Генетика психических заболеваний 21 века: вызовы и возможности». Доклад на Международной конференции «Генетика и эпигенетика психических заболеваний», Москва 21–22 ноября 2017.

ЭВОЛЮЦИОННО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ Г.Е.СУХАРЕВОЙ КАК ОСНОВА ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Ю.С. Шевченко, Е.В. Корень, Т.А. Куприянова

Статья посвящена эволюционно-биологической концепции Г.Е.Сухаревой как основе отечественной детской психиатрии. В ней последовательно критически рассматриваются основные положения концепции применительно к современной теории и клинической прак-

тике в детской психиатрии.

Ключевые слова: эволюционно-биологическая концепция, Г.Е.Сухарева, детская психиатрия.

EVOLUTIONARY AND BIOLOGICAL CONCEPT OF G.E. SUKHAREVA AS THE BASIS OF RUSSIAN CHILD PSYCHIATRY

Y.S. Shevchenko, E.V. Koren, T.A. Kupriyanova

The article looks at the evolutionary and biological concept of G.E. Sukhareva as the basis of Russian child psychiatry. It consistently and critically examines the main provisions of the concept as applied to modern

theory and clinical practice in child psychiatry.

Keywords: evolutionary and biological concept, G.E.Sukhareva, child psychiatry.

Шевченко Юрий Степанович – профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии ФГБОУДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования; e-mail: europsy@mail.ru

Корень Евгений Владимирович – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: evkoren@yandex.ru

Куприянова Татьяна Анатольевна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: anna_gorbunova@list.ru

РАЗВИТИЕ ИДЕЙ Д.Е.МЕЛЕХОВА О РОЛИ ДУХОВНОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Ю.И. Полищук, З.В. Летникова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» Минздрава России

В связи с процессом дальнейшей гуманизации российской психиатрии в современных условиях идеологического и философского плюрализма возникла необходимость более активной разработки гуманитарных аспектов этой отрасли медицинской науки и здравоохранения. В современной психиатрии всё более необходимым становится целостный, интегративный и персонализированный подход к больному не только как объекту, но и как субъекту со сложным внутренним миром переживаний. Однако, до настоящего времени большинством российских психиатров гуманитарные аспекты исследования и лечения психически больных в соответствии с биопсихосоциальной парадигмой продолжают недооцениваться и часто игнорироваться. Психиатрами, в том числе геронтопсихиатрами, почти не учитываются и не изучаются такие базисные свойства личности больных как мировоззрение, убеждения, идеалы, духовные ценности и потребности, состояние морального, эстетического и религиозного сознания. Не анализируются их возможная роль и значение в возникновении и развитии психических расстройств, их лечении и профилактике. Инерция биологического (клинического) редукционизма прошлого времени тормозит дальнейшее развитие социальной и профилактической психиатрии, психосоциальной реабилитации психически больных. Необходимым становится целостный подход к изучению психически больного человека во всём разнообразии его связей и отношений с окружающей действительностью и его возрастными изменениями. Большое значение в геронтопсихиатрии приобретает принцип личностно-центрированной психиатрии [29], который позволяет понять истоки и причины развития многих психических расстройств через призму уникальности и неповторимости каждой личности пациента. Духовность, как светская, так и религиозная, является идеальным свойством человека, ядром его личности. Она проявляется в духовной культуре, в противостоянии природному, социальному и психологиче-

скому. Духовность противостоит повседневности и обыденности, возвышая человека над ними [8, 9]. Понятие духовного здоровья давно вошло в обиход профессионального языка и научных понятий в гуманитарных науках. В психиатрии, которая является не только медико-биологической, но и гуманитарной наукой [12, 15, 24], это понятие не используется, за исключением повышенного внимания к нему со стороны представителей экзистенциального направления в психиатрии [21, 24]. Главной задачей представители этого направления считают проникновенный анализ состояний сознания и самосознания пациента, особенностей духовной сферы его личности, способов его субъективного существования. Целостное представление о больном нельзя свести к болезненным симптомам и синдромам. Целенаправленное изменение сознания и самосознания, всей духовной сферы пациента должны сопровождать и дополнять биологические методы лечения. Из российских психиатров особое внимание к вопросам духовной и религиозной жизни здорового и больного человека проявлял выдающийся психиатр Дмитрий Евгеньевич Мелехов. В настоящее время растёт интерес к его идеям и творческому наследию.

Д.Е.Мелехов был выдающимся клиницистом, учеником и сотрудником П.Б.Ганнушкина, одним из основоположников российской социальной психиатрии и социально-трудовой реабилитации психически больных. В 1951–1956 годах он работал директором московского НИИ психиатрии, несмотря на то, что всю жизнь был глубоко религиозно верующим человеком, православным христианином. В своей незавершённой работе «Психиатрия и проблемы духовной жизни» [10] он стремился к сочетанию научно-медицинского и религиозного понимания причин психических расстройств и роли духовных качеств личности больных в их развитии и их преодолении. Психиатр, считал Д.Е.Мелехов, исходя из трихотомии дух-душа-тело должен, прежде всего, поставить «духовный диагноз» и определить, что в

переживаниях пациента имеет духовную причину и подлежит духовному лечению, а что обусловлено нарушениями мозговой деятельности и изменениями в телесном организме. Психиатру необходимо определить соотношение и взаимовлияния духовных и душевных переживаний, прежде всего, при аффективных и невротических расстройствах, а также при других психических нарушениях. Д.Е.Мелехов считал, что религиозные убеждения и переживания могут помогать сопротивляться психической болезни, приспосабливаться к ней и компенсировать её проявления и последствия, удовлетворяя потребность пациента в поиске более прочной жизненной ориентации и реального или воображаемого для него авторитета (Бога). Вместе с тем, он указывал на то, что «христианский подход не заменяет и не подменяет медико-биологический подход, а лишь его дополняет и обогащает».

Эти взгляды Д.Е.Мелехова по идеологическим причинам не могли распространяться и разделяться в официальной советской психиатрии, несмотря на высокий профессиональный статус учёного. После распада СССР, возрождения религиозного мировоззрения, повышения авторитета и духовного влияния Русской православной церкви идеи Д.Е.Мелехова получили своё дальнейшее развитие. За последние 20 лет произошло идейное и организационное оформление православной медицины, в том числе православной психиатрии, историческими корнями которой была монастырская психиатрия средних веков. Прозвучали призывы вернуться к православным традициям и соединить медицину с христианством. Было создано Московское общество православных врачей, образован церковно-общественный Совет по биомедицинской этике. При многих медицинских, в том числе психиатрических, учреждениях были построены церковные храмы и часовни, в которых проводятся богослужения для больных людей. В 1992 году патриарх Алексий освятил храм иконы Божией матери при НИИ клинической психиатрии НЦПЗ РАМН, в котором было создано отделение православной психиатрии. При ГНЦ судебной и социальной психиатрии имени В.П.Сербского был построен храм иконы Божией матери «Умиление». В Твери при областном ПНД была построена церковь во имя иконы Божией матери «Нечаянная радость». Церковные храмы при психиатрических больницах были построены и функционируют в Екатеринбурге, Ростове-на-Дону и в других городах России. Священники стали принимать участие в лечении и психосоциальной реабилитации психически больных, о чём мечтал Д.Е.Мелехов. Православным обществом «Радонеж» была организована работа семинара «Психиатрия и религия», целью которого явилась выработка православного взгляда на психические заболевания и методы их лечения. Утверждалось мнение о том, что понимание сущности психического заболевания невозможно без знания основ

христианской антропологии, так как первопричина психических расстройств заключена, якобы, в грехопадении человека. Высказывалась мысль о том, что православное понимание психической болезни значительно шире, чем в научной психиатрии, которая не учитывает взаимовлияния духовных и психических факторов [1, 5, 23]. С точки зрения православных психиатров, неверующий психиатр часто рискует «залечить» психофармакологическими средствами психически больного человека, повреждённого духовно и нуждающегося в религиозно-духовной психотерапии посредством регулярных молитв, церковных обрядов и ритуалов. Понятие и характеристика религиозной психотерапии были отражены в Психотерапевтической энциклопедии под редакцией Б.Д.Карвасарского [16]. На основе курса лекций по психиатрии для студентов Свято-Филаретовского православно-христианского института был издан учебник по психиатрии, в котором рассмотрены вопросы взаимоотношений духа, души и тела и особенности взаимодействия между психиатром, психологом и священником [6]. Психологами были разработаны основы православной христианской психологии [4, 20].

Необходимо отметить, что возможность лечебного влияния религиозной веры признавал В.М.Бехтерев. Целебными факторами, по его мнению, могут быть религиозное воодушевление, внушения и самовнушения на фоне религиозной экзальтации [3]. Американский исследователь Г.Оллпорт выражал уверенность в том, что глубокая религиозная вера способствует сохранению и укреплению психического здоровья. По его мнению, психиатры ещё не осознали большого психотерапевтического потенциала религиозной веры. Человек в условиях переживания разочарованности, безнадёжности, отчаяния, жизненного тупика испытывает потребность опереться на более прочную реальную или воображаемую в образе Бога основу своего существования. Религиозная интерпретация психотравмирующих событий и отношения к ним позволяет рассматривать их с позиций высшего смысла и высокой перспективы жизни [11, 25]. Зарубежными психиатрами было показано, что религиозная вера положительно коррелирует с психическим здоровьем и имеет большое значение для его поддержания [27, 30]. Было установлено, что риск развития большой депрессии уменьшается при использовании религиозных способов и приёмов преодоления психологических трудностей путём усердной молитвы и исполнения церковных ритуалов [28]. С использованием статистических методов количественной оценки психопатологических симптомов было доказано, что религиозная вера способствует уменьшению депрессивной симптоматики у больных позднего возраста [26]. Было установлено, что пребывание больных с шизоаффективным расстройством на стадии формирования ремиссии в православной общине закрытого

типа сопровождалось улучшением их психического состояния [17].

По данным академика П.И.Сидорова, до 50–60% психически больных при обращении к религии испытывают ослабление чувства тревоги, беспокойства, депрессии, болевых ощущений. По его мнению, религиозная вера является самым древним и универсальным защитно-компенсаторным ресурсом человека, который должен быть использован психиатрами [18, 19]. Высказывается мнение, что религиозная вера является лучшей психотерапией страха смерти, так как она обещает вечную загробную жизнь после земной жизни [7]. В 2016 году в Научном центре психического здоровья РАН под председательством академика А.С.Тиганова состоялась научная конференция с международным участием на тему «Проблемы психосоциальной реабилитации психически больных с религиозным мировоззрением». На ней была подчеркнута и обоснована необходимость изучения духовного и религиозного ресурса личности при психических расстройствах. С докладом «Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных» выступил заместитель директора НЦПЗ РАН по научной работе Г.И.Копейко. Анализ соотношения религиозности и суицидальности был посвящён доклад В.Э.Пашковского. Несколько докладов зарубежных специалистов из Сербии и Хорватии были посвящены анализу и положительной оценке роли религиозной веры при лечении и реабилитации больных алкоголизмом.

Важнейшим событием на пути дальнейшего развития идей Д.Е.Мелехова о роли и значении духовных факторов при психических заболеваниях явилась Международная московская конференция на тему «Религиозность и клиническая психиатрия», которая состоялась в апреле 2017 года [13, 17]. Она была подготовлена и организована Научным Центром психического здоровья РАН совместно с секцией Всемирной психиатрической ассоциации «Психиатрия и религия», Российским обществом психиатров и Союзом охраны психического здоровья России. В ней приняли участие психиатры и психологи из Великобритании, Нидерландов, Швейцарии, Израйля, а также из ряда городов России: Москвы, Санкт-Петербурга, Ростова-на-Дону, Саранска, Архангельска, Иваново, Тулы, Новороссийска. На конференции были заслушаны доклады: «Мозг, душа и сознание» (Г.Глас, Нидерланды); «Религиозные копинг-стратегии при психических расстройствах (научные исследования и клиническая практика)» (Р.Хефти, Швейцария); «Отношение к психическим болезням населения различных религиозных конфессий» (З.И.Кекелидзе, Россия); «Клинико-психопатологические особенности бреда одержимости при шизофрении» (Г.И.Копейко, Россия); «Клинические особенности патологической религиозности у больных с эндогенными психическими заболеваниями» (О.А.Борисова, Россия); «Рели-

гиозно-архаический бредовой комплекс - клинические и социальные аспекты» (В.Э.Пашковский, Россия); «Религиозная стратегия совладания с патологическими реакциями горя в позднем возрасте» (Ю.И.Полищук, Россия); «Онейроидно-кататонические состояния с религиозным содержанием при шизофрении» (А.Г.Алексеева, Россия); «Психотерапия и духовная жизнь» (П.Ферхаген, Нидерланды); «Религиозность и психическое здоровье» (С.Дейн, Великобритания); «Иерусалимские психозы в рамках транскультуральной психиатрии» (И.Зислин, Израиль); «Религиозная вера и религиозный бред» (В.Г.Остроглазов, Россия); «Аксиосемантические особенности больных с религиозным мировоззрением» (В.В.Гусев, Россия); «Некоторые клинические аспекты проблемы психиатрии и религии» (Б.А.Воскресенский, Россия). Вклад отечественных психиатров в разработку проблемы соотношения религии и психического здоровья был рассмотрен в докладе В.Г.Каледы (Россия). Особое внимание в этом докладе было уделено творческим идеям и деятельности Д.Е.Мелехова, его представлениям о пастырской духовной психиатрии. В представленных докладах было показано распространение религиозной стратегии совладания с психическими расстройствами, прежде всего с депрессивными расстройствами, в странах Западной Европы. Доказывалось, что религиозная вера обладает протективным влиянием по отношению к депрессивным расстройствам и улучшает прогноз их течения и исходов. Был подтверждён вывод Д.Е.Мелехова о необходимости взаимодействия психиатров и священников при лечении и реабилитации религиозно верующих психически больных. В нескольких докладах были проанализированы тесные соотношения между психопатологическими и религиозными переживаниями, которые необходимо учитывать в лечебном и реабилитационном процессе. Психиатрам и психотерапевтам нужно больше вникать в духовную жизнь пациентов и оказывать на неё и через неё позитивное влияние на психическое состояние. Освещался накопленный положительный опыт участия священников в составе лечебно-реабилитационных психиатрических бригад.

В перерывах между заседаниями на конференции проходила постерная сессия. На ней были представлены содержательные сообщения российских психиатров: «Интеграция психиатрии и религии в оказании помощи гражданам старшего поколения» (Л.Е.Пищикова); «Русскоязычная версия опросника MI-RSWB – многофакторный опросник религиозного духовного благополучия» (В.А.Агарков, Ю.И.Александров, С.А.Бронфман); «Особенности проведения психосоциальной реабилитации религиозных больных с эндогенными психическими расстройствами» (Е.А.Казьмина); «Психопатологические особенности эндогенных приступов в юношеском возрасте с бредовыми идеями рели-

гиозного содержания» (В.Г.Каледа, У.О.Попович, Н.В.Романенко, Г.И.Копейко); «Клинико-психопатологическая характеристика бреда одержимости» (В.Э.Пашковский, А.П.Савельев); «Православная психотерапия: запрос общества или мода» (А.В.Худяков, А.В.Урсу, А.Е.Сурина); «Опыт межведомственного взаимодействия психиатрической службы и Русской Православной Церкви в профилактике суицидального поведения у несовершеннолетних» (А.Н.Золотова); «Эпилепсия и нравственные ценности» (Н.Г.Токарева, Е.В. Железнова); «Особенности религиозного поведения у больных шизофренией с религиозно-мистическими переживаниями» (К.Ю.Бровченко); «Социально-психологическое (религиозное) пространство (А.Г.Соловьёв, Р.А.Бабкин, игумен Феодосий). Конференция ярко продемонстрировала развивающееся взаимопроникновение психиатрии и религии, возрастание интереса психиатров к духовности и религиозности при развитии и лечении психических расстройств. В настоящее время важной задачей становится выяснение реальных возможностей положительного влияния религиозной веры при лечении и реабилитации верующих психически больных, особенно больных позднего возраста, у которых возможности применения биологических методов лечения являются ограниченными в силу возрастных изменений метаболизма в организме, изменений его реактивности.

Изучение в условиях Центров социального обслуживания влияния религиозной веры на возникновение и развитие непсихотических депрессивных и тревожных расстройств в позднем возрасте позволило выявить её протективное и сдерживающее влияние на развитие этих расстройств. У глубоко верующих пациенток позднего возраста депрес-

сивные и тревожные расстройства непсихотического уровня оказались менее выраженными и менее продолжительными, чем у неверующих пациенток [14]. Было показано психотерапевтическое влияние религиозной веры при затяжных патологических реакциях горя, развивающихся в позднем возрасте после смерти близкого человека [2, 15]. Религиозные представления о бессмертии души человека и вечной загробной жизни усопших, представления о предстоящей встрече с их душами после собственной физической смерти смягчают психическую боль и уменьшают депрессивные переживания, вызванные невозвратимой утратой близкого человека. Обращение к религии, по мнению современных психологов, является естественным состоянием, при котором восстанавливается целостность психики, редуцируются или устраняются такие деструктивные состояния как уныние, подавленное настроение, отчаяние [9, 20].

Таким образом, в настоящее время накоплено большое количество данных, свидетельствующих о важности изучения и анализа состояния духовной сферы личности психически больных, в особенности больных позднего возраста, при определении причин и условий развития психических расстройств, а также при осуществлении лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий. Становится более понятной необходимость уделять внимание выявлению интимных связей между психическими расстройствами и изменениями в духовной сфере человека. Приведенные данные свидетельствуют о том, что биопсихосоциальная парадигма в психиатрии должна быть расширена и дополнена до понятия биопсихосоциодуховной парадигмы. В этом заключается дальнейшее творческое развитие идей Д.Е.Мелехова.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев Д.А., Невярович В.К. Нервность, её духовные причины и проявления. М.: 1999.
2. Баранская И.В. Патологические реакции горя в позднем возрасте: Дисс. ... канд. мед. наук. М.: 2003.
3. Бехтерев В.М. Внушение и его роль в общественной жизни // Мозг, структура, функция, патология, психика. М., 1994. Т. 2. С. 501–678.
4. Братусь Б.С., Воейков В.П., Воробьев С.Л. и другие Начала христианской психологии. М.: Наука, 1995. 234 с.
5. Воскресенский Б.А. Оживление религиозности в России и проблема психического здоровья населения // Социальная и судебная психиатрия. М., 1996. С. 20–23.
6. Воскресенский Б.А. Основы психиатрии. Часть 1. М.: Свято-Филаретовский православно-христианский институт, 2016. 224 с.
7. Гнездилов А.В. Актуальность духовных аспектов в службе «Хосписа» // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 2. С. 132–137.
8. Гусейнов А.А., Апресян Р.Г. Этика. М.: Гардарики, 2005. 472 с.
9. Кондратьев Ф.В. Старость должна стать светлым этапом жизни // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2019. № 4. С. 6–12.
10. Мелехов Д.Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни // Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни. М.: Свято-Филаретовская Московская высшая православно-христианская школа, 1997. С. 5–61.
11. Оллпорт Г. Личность в психологии. М.-СПб, 1998.
12. Полищук Ю.И. Духовное измерение в психиатрии. М.: «Цифровичок», 2010. 142 с.
13. Полищук Ю.И. Международная московская конференция «Религиозность и клиническая психиатрия» // Российский психиатрический журнал. 2017. № 3. С. 66–69.
14. Полищук Ю.И., Летникова З.В. Психопрофилактическое и психотерапевтическое значение религиозной веры в позднем возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28. № 4. С. 71–74.
15. Полищук Ю.И., Федотов Д.Д. Гуманитарные основы психиатрии. Смоленск: Свиток, 2017. 112 с.
16. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д.Карвасарского. СПб.: Питер Ком, 1988. 745 с.
17. Религиозность и клиническая психиатрия // Материалы Первой Московской Международной конференции 20–21 апреля 2017. М.: «Бахрах-М», 2017. 278 с.
18. Сидоров П.И. Духовно-нравственные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Психическое здоровье. 2014. № 6. С. 22–39.
19. Сидоров П.И. Религиозные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Психическое здоровье. 2014. № 12. С. 65–76.
20. Смирнова Е.Т. Введение в религиозную психологию. Самара: «Бахрах-М», 2003. 160 с.
21. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. 368 с.
22. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. М.: Медицина, 1996. 304 с.
23. Юнг К.Г. Воспоминания, сновидения, размышления. Минск: Харвест, 2003. 496 с.
24. Ясперс К. Общая психопатология. М.: 1997, 1056 с.

25. Allport G.W. The individual and his religion. NY: Macmillan, 1950.
26. Braam A.W., Sonnenberg C.M. et al. Religious denomination as a symptom-formation factor of depression in older Dutch citizens // Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2000. Vol.15. N 5. P. 458–466.
27. Koenig H.G. Aging and God, spiritual pathway to mental health in midlife and later years. Binghamton, New York, 1994.
28. Koenig H.G., George L.K., Seigler I.C. The use of religion and other emotion regulating coping strategies among older adults // The Gerontologist. 1998. Vol. 28. P. 303–310.
29. Mezzich I.E. Psychiatry for the Person: articulating medicine science and humanism // World Psychiatry. 2007. N 6. P. 2–3.
30. Tepper L., Rogers S., Coleman E. and al. The prevalence of religious coping among patients with persistent mental illness // Psychiatr. Serv. 2001. N 52. P. 660–665.

РАЗВИТИЕ ИДЕЙ Д.Е.МЕЛЕХОВА О РОЛИ ДУХОВНОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Ю.И. Полищук, З.В. Летникова

В современной геронтопсихиатрии необходим целостный и персонализированный подход к психически больным с анализом состояния их духовной сферы. Д.Е.Мелехов большое значение придавал «духовному диагнозу» и его соотношению с медицинским диагнозом. Он считал, что в основе психических расстройств часто лежат резкие изме-

нения в духовной сфере человека. Авторы статьи приводят большое число современных данных, подтверждающих обоснованность и дальнейшее развитие идей Д.Е.Мелехова в соответствии с биопсихосоциодуховной концепцией в психиатрии.

Ключевые слова: геронтопсихиатрия, Д.Е.Мелехов

THE DEVELOPMENT OF MELEKHOV'S IDEAS ABOUT THE ROLE OF THE SPIRITUAL SPHERE OF PERSONALITY IN MENTAL DISORDERS AT LATER AGE

Yu.I. Polischuk, Z.V. Letnikova

In modern gerontopsychiatry a holistic and personalized approach to the mentally ill with an analysis of the state of their spiritual sphere is necessary. D.E.Melevhov attached great importance to the "spiritual diagnosis" and its relation to the medical diagnosis. He believed that the basis of mental disorders often lies in sharp changes in the spiritual sphere

of man. The authors of the article cite a large number of modern data confirming the validity and further development of the representations and ideas of D.E.Melevhov in accordance with the biopsychosociospiritual concept in psychiatry.

Key words: gerontopsychiatry, D.E.Melevhov

Полищук Юрий Иосифович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения профилактической геронтопсихиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: yu.polischuk@mail.ru

Летникова Зинаида Владимировна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения профилактической геронтопсихиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: z.letnikova@mail.ru

ПРОБЛЕМЫ НАРКОЛОГИИ В РАБОТАХ УЧЕНЫХ МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ПСИХИАТРИИ

А.Г. Гофман, Т.А. Кожина, И.А. Носатовский

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

В Московском научно-исследовательском институте, начиная с первых лет его существования, работали виднейшие психиатры, внесшие большой вклад в разработку различных проблем наркологии: Ф.Е.Рыбаков, А.М.Раппопорт, С.Г.Жислин, И.И.Лукомский, В.В.Бориневич, Б.В.Зейгарник, А.А.Портнов, Г.М.Энтин. Особенно значимы исследования С.Г.Жислина [49–51], посвященные клинике алкоголизма. Он первый указал на диагностическое значение алкогольного абстинентного синдрома (ААС) и подчеркнул его роль в течении заболевания, опередив представления западных исследователей на несколько десятков лет.

Сотрудники института занимались проблемами клиники, терапии, профилактики наркологических заболеваний, а также вопросами сочетания психических расстройств с болезнями зависимости [56, 94]. Это было бы невозможно без организации наркологической клиники, которую создал в 1960 году и которой руководил в течение ряда лет профессор И.И.Лукомский. В 70-х годах XX века в институте организован отдел наркологии (руководитель – В.А.Галкин), объединивший три подразделения: отделение алкогольной зависимости с группой иммунологических исследований (руководитель – проф. А.Г.Гофман), отделение наркоманий и токсикоманий (руководитель – Е.А.Брюн) и отделение социальной наркологии и организации наркологической помощи (руководитель – И.А.Носатовский). В связи с реорганизацией в конце 90-х годов наркологическое подразделение института было преобразовано в отделение психических расстройств, осложненных патологическими формами зависимости (руководитель – А.Г.Гофман).

Значительное количество исследований было посвящено изучению ААС. С.Г.Жислин и А.Г.Гофман выяснили, что ААС является частным случаем синдрома отнятия, что существуют специфические и общие симптомы при абстинентных состояниях в рамках любой зависимости, что специфику абстинентного синдрома в основном создает комбинация

симптомов и степень их выраженности [27, 49]. В дальнейшем, изучая взаимоотношения алкоголизма и эндогенных депрессий, И.А.Ойфе установил возможность возникновения синдрома отнятия, близкого по проявлениям к ААС, у лиц, не страдающих алкоголизмом, но злоупотребляющих большими дозами алкоголя на протяжении многих дней [78]. Была разработана оригинальная квантификационная шкала тяжести ААС, в которой впервые было учтено значение скорости появления абстинентной симптоматики после прекращения пьянства [34]. А.Ю.Магалиф и Е.Н.Крылов усовершенствовали шкалу, разработали количественную оценку тяжести ААС [38]. Это позволило объективно оценить эффективность ряда препаратов и показать, что ни одно из средств не может укоротить время существования ААС, но ряд препаратов уменьшают его тяжесть. Изменения электроэнцефалограммы (ЭЭГ) во время ААС были подробно изучены В.М.Кушнаревым [43]. Особенности изменения электроволновой активности на ЭЭГ под влиянием ряда препаратов в период существования ААС исследованы Т.А.Кожиневой, Т.С.Мельниковой, К.И.Кудаевой [57]. С.Г.Свининников одним из первых в стране показал характер изменения катехоламинов во время похмельного синдрома [95]. В дальнейшем изменению обмена катехоламинов у больных алкоголизмом на различных этапах его развития были посвящены исследования Э.Ю.Мисионжника [72].

Т.И.Нижниченко и М.Г.Саванюк установили, что в молодом возрасте у лиц, перенесших алкогольные психозы, ААС не сопровождается появлением выраженных неврологических нарушений, грубых нарушений сна и аппетита. Ими же были тщательно описаны особенности алкогольных психозов в подростковом возрасте, предложены способы повышения эффективности лечения этой группы больных [76, 92]. П.Н.Литвинов, Г.М.Энтин, Г.Н.Соцевич, А.Ю.Магалиф, П.Н.Лавренова, А.С.Пахтер [98, 106, 107] изучали микросоциально-средовые факторы, способствующие формированию раннего алкого-

лизма, в том числе – отрицательное влияние референтных групп сверстников или старших лиц. В картине формирования раннего алкоголизма, а также алкоголизма в юношеском и молодом возрасте, выявлена высокая исходная толерантность, быстрая утрата защитного рвотного рефлекса, дисфорические формы опьянения, практически изначальное отсутствие количественного и ситуационного контроля, часто злокачественное течение заболевания. В работах А.Г.Гофмана, Т.И.Нижниченко, М.Г.Саванюк, А.Ю.Магалифа, Л.Н.Виноградовой, Е.Н.Крылова, В.П.Данилина [37, 46, 76, 92] удалось не только описать закономерности формирования алкоголизма в подростковом возрасте, его особенности, но и установить взаимосвязь симптомов, роль факторов, способствующих формированию заболевания при систематическом потреблении алкоголя в любом возрасте. В.С.Глебовым, Н.Н.Поповой и др. разработана концепция металкогольного токсикоза на всех стадиях развития алкогольной болезни с точки зрения их патогенетического единства [24].

Особенности ААС в третьей стадии алкоголизма описывались О.М.Калиной и Е.Г.Минковым [43, 55, 70]. В.М.Соловьева исследовала изменения психики во время ААС и установила особенности нарушений памяти, внимания, эмоциональной сферы, ассоциативной деятельности, самооценки [43]. А.Г.Гофманом и В.В.Бориневичем [43] были описаны разные формы запоев и многодневного потребления алкоголя в зависимости от стадии алкоголизма.

Изучению клиники алкоголизма были посвящены статьи и монографии И.И.Лукомского, в которых описывались симптоматика и динамика алкоголизма [63–65]. Особое значение И.И.Лукомский придавал аффективным нарушениям. Развитие клинических концепций алкоголизма отражено в монографиях и руководствах Г.М.Энтина [105, 109, 112]. Им выделены и описаны переходные стадии алкоголизма – I–II и II–III, дано описание наиболее часто встречающихся типов течения алкоголизма, показано влияние терапии, микросоциальных личностных факторов, а также общегосударственных противоалкогольных мероприятий на течение заболевания. Г.М.Энтиным, О.Н.Кузнецовым и П.Н.Лавреновой установлены взаимосвязи типов течения с клиническими проявлениями алкоголизма [107]. Они подтвердили представления И.И.Лукомского о более злокачественном течении алкоголизма при сочетании его с аффективными расстройствами. Течению алкоголизма, взаимосвязи симптомов и синдромов, особенностям влечения, аверсии к алкоголю, уровню социально-трудовой адаптации были посвящены исследования В.Л.Минутко [71], разработавшего оригинальные квантификационные шкалы для всех проявлений алкоголизма.

В работах А.Г.Гофмана, Е.Г.Минкова удалось установить наличие этапа регрессионного течения алкоголизма в возрасте инволюции, что послужило

основанием для выделения IV стадии заболевания. Е.Г.Минков доказал, что третья стадия алкоголизма включает ряд отличающихся друг от друга вариантов сочетания симптомов, разную степень их выраженности, различный уровень социально-трудовой и семейной адаптации.

И.И.Лукомский, Г.М.Этин, Е.Н.Крылов выявили неблагоприятное течение алкоголизма у ряда больных в пожилом возрасте, сопровождающееся депрессивными состояниями, суицидальными тенденциями, алкогольными психозами, быстрым одряхлением [64, 110]. Эта форма характерна для позднего начала алкоголизма («пенсионный алкоголизм»). У другой группы больных алкоголизм, сформировавшийся в молодом или среднем возрасте, в пожилом приобретает регрессионное течение [43].

Особое место в отечественной наркологии занимают работы Б.В.Зейгарник и Б.С.Братуся, установивших генез изменений личности у больных алкоголизмом [52]. Этими исследованиями было доказано, что в основе изменений личности лежит патологическое влечение к алкоголю, изменение иерархии ценностей, что нельзя изменения психики при алкоголизме связывать только с органическим (токсическим) поражением мозга. П.А.Понизовским изучен феномен соматической анозогнозии у пациентов алкогольной зависимостью. Показано, что не критичность к соматической патологии прямо коррелирует со степенью выраженности алкогольной анозогнозии и, как правило, определяется не наличием выраженного когнитивного дефекта, а психологическими защитными механизмами [83].

Влечение к алкоголю изучалось рядом сотрудников [34, 37, 59]. Была создана оригинальная классификация первичного патологического влечения к алкоголю, установлена взаимосвязь влечения с остальными симптомами заболевания [59]. Испытание ряда препаратов показало, что терапия должна учитывать особенности аффективных нарушений, сочетающихся с влечением к опьянению [46].

Неврологические нарушения при алкоголизме изучал А.П. Демичев, который установил наличие полисиндромности неврологической патологии [47]. Ю.Н.Савельев подробно исследовал алкогольные полиневропатии, в том числе наблюдавшиеся в рамках абстинентного синдрома [93].

Важное место в изучении патогенеза алкоголизма занимают работы В.С.Глебова и его сотрудников, которым удалось доказать значение иммунологических нарушений в патогенезе заболевания. Доказано, что уже в начальной стадии алкоголизма имеются признаки органического поражения мозга, о чем свидетельствует появление в крови противомозговых антител. С этих позиций абстинентный синдром может рассматриваться как состояние, характеризующееся наличием иммунологического конфликта. Морфологические изменения при алкоголизме изучали В.С.Глебов [23, 24], Н.Т.Хохрина,

П.Б.Казакова, Л.В.Динерштейн [100]. Они показали важную роль абстинентного синдрома в патогенезе алкогольной энцефалопатии.

Много внимания сотрудники института уделяли изучению рецидивов и ремиссий при алкоголизме. Я.К.Авербах [1, 2] подробно описал особенности рецидивов, причины возобновления пьянства после ремиссий и клинику последних. Он ввел в отечественную наркологию термин «критическая доза алкоголя», под которой подразумевалась та доза, после употребления которой возникает влечение к спиртному и неспособность контролировать количество потребляемого этанола. Клинику ремиссий у больных алкоголизмом с выделением этапов подробно описал Я.Г.Гальперин [22].

Н.В.Александрова впервые в отечественной наркологии установила закономерности наступления «спонтанных» ремиссий у больных алкоголизмом, роль личностных особенностей и ряда иных факторов, определяющих прекращение на годы потребления спиртных напитков [6]. Было сформулировано понятие «пререцидив», подтвердилось наличие этапа контролируемого потребления алкоголя, предшествующего возобновлению прежней формы злоупотребления спиртным. А.С.Мелекситян установила, что при ремиссионном течении алкоголизма отмечается достаточно высокий уровень социальной адаптации и личностной сохранности [69]. Я.К.Авербахом, Я.Г.Гальпериным, Н.В.Александровой были предложены дифференцированные методы терапии больных, способствующие удлинению ремиссии и предотвращению рецидивов [2, 6, 7, 22]. Система предупреждения рецидивов в форме сочетания социальных мероприятий с медикаментозной терапией разработана Г.М.Энтиным и Т.Я.Макагоном [108].

Купированию рецидивов и профилактике их возникновения в амбулаторных условиях посвящены исследования А.Т.Куприянова, который показал эффективность использования гиперпиретиков и других препаратов [62].

В течение многих лет в институте изучались алкогольные психозы. Классификация алкогольных психозов, разработанная А.Г.Гофманом [31], вошла в руководства и учебники. Ряд исследований был посвящен установлению роли факторов, определяющих частоту возникновения алкогольных психозов и их форму. Удалось доказать роль душевого потребления населением спиртных напитков и тяжести потребления алкоголя для возникновения делириев и галлюцинозов [32]. Была создана классификация острых психотических состояний алкогольной этиологии, в основу которой был положен учет глубины помрачения сознания [9,31]. Клиника и психопатология алкогольного делирия, описание стадий его течения, выделение различных вариантов с учетом глубины помрачения сознания и структуры психоза были предметом изучения А.Г.Гофмана и В.И. Бегунова [9, 27, 31]. Начальный этап развития белой

горячки исследовал Ф.С.Подольный [43], который выделил синдром гипнагогического вербального галлюциноза. Клиника различных форм алкогольных галлюцинозов и алкогольных параноидов изучалась А.Г.Гофманом [27, 31], А.С.Бобровым [12, 13], Е.П.Соколовой [97]. Были разработаны принципы дифференциальной диагностики этих психозов [27, 43], выявлены закономерности их повторного возникновения. Т.И.Немковой удалось установить, что за последние 50 лет изменилась клиника острого алкогольного галлюциноза: стали преобладать abortивные формы; намного чаще стали встречаться вербальные галлюцинации, лишенные экстрапроекции; сократилась длительность острого алкогольного галлюциноза [73].

Существенное значение для дифференциальной диагностики имело установление особенностей синдрома Кандинского-Клерамбо, особенности течения алкоголизма, связи развития психоза с характером злоупотребления алкоголем и синдромом похмелья [12, 13, 27]. Клиника тяжелых форм белой горячки и факторов, способствующих ее возникновению, изучались А.Г.Гофманом, В.И.Бегуновым, В.П.Дягилевой [9, 27, 32]. Установлена роль давности алкоголизма, формы потребления алкоголя, тяжести абстинентного синдрома. Было показано, что терапия должна носить комплексный характер и иметь целью, прежде всего, нормализацию гомеостаза [9, 30].

А.П. Демичев подробно описал неврологическую картину острой формы энцефалопатии Гайе-Вернике [48], В.П.Дягилева – психопатологическую картину заболевания [32], Е.П.Соколова – особенности течения энцефалопатии Гайе-Вернике у женщин [97]. Ц.В.Кузнецова показала видоизменение клиники алкогольных энцефалопатий за последние годы [43].

А.Г.Гофману и Т.И.Нижиценко удалось установить различное влияние острых и хронических соматических заболеваний на течение алкогольных психозов [76]. Структура и динамика алкогольных психозов изучались Т.И.Нижиценко, В.П.Гончаренко, А.Г.Гофманом и А.З.Шамотой [40, 45]. Установлено, что в годы увеличения душевого потребления спиртных напитков возрастает число острых алкогольных психозов, увеличивается доля делириев, корсаковского психоза, энцефалопатии Гайе-Вернике, возрастает летальность.

Г.М.Энтиным изучены особенности клиники и терапии алкогольных психозов в пожилом возрасте. Им выявлено преобладание бредовых синдромов как в остром периоде, так и после угасания делириозно-галлюцинаторной симптоматики [109, 110].

Наличие дефицита витаминов комплекса В установлено М.А.Рыбалко [91]. Особенности мозгового кровообращения при различных формах делирия изучала Т.И.Букановская, которая описала характерные изменения реоэнцефалограммы при тяжело протекающих белогорячных состояниях [17]. Морфология алкогольного делирия со смертельным

исходом изучалась Л.Б.Динерштейном, Н.Т.Хохриной, П.Б.Казаковой, А.Г.Гофманом [43, 100].

Изучение клиники алкогольных психозов шло параллельно с разработкой терапии. Наиболее существенное значение имела разработка комплексной терапии больных алкогольным делирием, терапии нейролептиками галлюцинаторных и бредовых психозов [12, 31]. М.А.Рыбалко и В.Н.Петров показали эффективность применения витаминов, что имело особое значение в терапии больных тяжело протекающим делирием [81, 91]. Купирование делириев с помощью финлепсина разрабатывали И.И.Лукомский и Е.А.Чуркин [65, 102]. Противопоказано лечение больных, перенесших острые алкогольные психозы, разработано Г.М.Энтиным, который доказал возможность наряду с психотерапией использовать и активные методы лечения непосредственно после исчезновения психотической симптоматики [105, 109]. Место психофармакотерапии в комплексном лечении хронического алкоголизма отражено в работах Г.Я.Авруцкого, А.А.Недуды [4,5].

Значительный вклад был внесен сотрудниками института в разработку методов лечения больных алкоголизмом. Разработкой психотерапевтических методик в комплексном лечении больных алкоголизмом занимались И.И.Лукомский, Г.М.Энтин, В.А.Галкин, А.Е.Бобров, А.Ю.Магалиф, Е.Н.Крылов [11, 21, 39, 65, 109–111].

Лечению тетурамом, разработке методики его применения в амбулаторной практике посвящены исследования А.Г.Гофмана и Я.К.Авербаха [28]. Были подробно описаны осложнения при лечении тетурамом, способы их предупреждения, клиника тетурамовых психозов. В дальнейшем внедрением в практику других сенситизирующих к алкоголю препаратов (циамид) занимались Б.М.Сегал, Я.К.Авербах и Г.М.Энтин [2, 96, 105]. Г.М.Энтиным разработаны и внедрены в практику оригинальные методики применения препаратов из группы нитрофуранов – фуразолидона и фурадонины [111]. Он же предложил модификации условно-рефлекторной терапии с использованием больших доз апоморфина и солей тяжелых металлов [109].

Одновременно продолжалась разработка проблем клиники и терапии больных алкогольной зависимостью и наркоманиями. В отделении было апробировано более 25 препаратов, использовавшихся при купировании синдрома отмены алкоголя при лечении больных алкоголизмом. Среди них мексидол, миансерин (леривон), пропротен, различные нейролептические препараты, антидепрессанты, транквилизаторы, препараты метаболитического действия (лимонтар, биотредин, алкоголь). Изучением этих препаратов занималась большая группа исследователей [42–44, 46]. Сотрудники института, совместно с клиникой «Мединар», активно участвовали в разработке и применении

биорезонансной терапии для лечения больных алкоголизмом и наркоманиями [15].

Особое место в трудах сотрудников института занимают работы, посвященные проблеме наркомании. Важным этапом в изучении наркоманий в нашей стране явилась публикация монографии В.В.Бориневича, посвященной опиной наркомании [14]. Обобщив все имеющиеся литературные данные, В.В.Бориневич не только обогатил описание симптоматики опиомании, но и установил ряд важных закономерностей ее формирования, течения, роли личности. Он первым в России описал абстинентный синдром у новорожденных от матерей, злоупотребляющих опиатами, характерные изменения крови в интоксикации и во время абстиненции. Им были высказаны принципиальные положения о взаимосвязи симптомов интоксикации и абстиненции, предложены новые методики диагностики опиомании, способы купирования абстинентного синдрома. В дальнейшем удалось сформулировать понятие о полинаркомании, политоксикомании [33]. И.Ф.Рамхеном была разработана методика купирования морфийной абстиненции с помощью холинолитиков и курареподобных препаратов, реактиватора холинэстеразы – дипироксима [87]. Еще более эффективной оказалась методика М.Т.Кочмалы и А.С.Пинаева купирования опиной абстиненции с помощью больших доз атропина [60]. Затем была разработана комплексная методика лечения больных опиной наркоманией с использованием трициклических антидепрессантов и других препаратов [43]. Для продления ремиссии использовались дипироксим, антидепрессанты, игло-рефлексотерапия [60, 61].

Изучению опиной наркомании были посвящены исследования Т.И.Букановской [17, 18]. Удалось показать закономерности изменения стрессовых реакций на разных этапах и в разных состояниях у больных опиной наркоманией. С.Э.Гольдриным [26] установлены закономерности наступления длительных ремиссий у больных опиной наркоманией и факторы, способствующие их становлению. Н.А.Пономарева [84] показала сравнительную эффективность купирования опиного абстинентного синдрома разными методиками.

А.Г.Гофманом и Е.С.Лошаковым установлена возможность наступления спонтанных ремиссий, закономерности их формирования, наибольшая частота возникновения при гашишизме по сравнению с другими видами зависимости [43].

Г.М.Энтиным была подтверждена недопустимость одномоментного отнятия наркотика или быстрого снижения дозировок препаратов при барбитуровых наркоманиях ввиду опасности возникновения острых дисциркуляторных церебральных расстройств при злоупотреблении большими дозами барбитуратов [112].

В результате многолетнего изучения И.А.Носатовским закономерностей формирования фенилпро-

паноламиновой наркомании удалось установить не только особенности формирования неврологической и психопатологической симптоматики, но и предложить новый способ оценки качества ремиссии, новые методики лечения этой категории больных. Выделен МРТ-маркер марганцевой интоксикации, отражающий тяжесть симптоматики, время его воздействия и мозговую локализацию [77].

Значительное место в исследованиях занимали вопросы сочетания алкоголизма и наркомании с эндогенными заболеваниями. Начало этим исследованиям было положено публикациями С.Г.Жислина и И.В.Павловой [49, 80]. В дальнейшем, Л.М.Шейниным было установлено, что шизофрения сочетается с алкоголизмом в 10–15% всех случаев [103]. Были описаны закономерности сочетания различных форм шизофрении с алкоголизмом или хронической алкогольной интоксикацией [20, 36, 41, 103], изучены наиболее характерные психотические состояния, установлена частота различных синдромов, встречающихся при сочетании двух заболеваний. Оказалось, что с присоединением шизофрении учащается наступление инвалидности, что алкоголизм не смягчает течение шизофрении, а присоединяется к относительно благоприятно текущему эндогенному заболеванию [103].

Значительное место занимают исследования, направленные на установление взаимоотношения шизофрении и заболеваний шизофренического спектра с хронической алкогольной интоксикацией и алкоголизмом [29, 67].

Показано, что при сочетании шизотипического расстройства с алкоголизмом или хронической алкогольной интоксикацией преобладают аффективные расстройства, реже встречаются психопатоподобные и неврозоподобные нарушения. В экспериментально-психологическом исследовании установлены закономерности нарушения мышления, памяти при сочетанном течении двух заболеваний. Изменения личности, характерные для алкоголизма, не возникают [68, 104].

М.А.Орловой удалось установить, что при сочетании шизофрении и заболеваний шизофренического спектра со злоупотреблением алкоголем чаще в течение жизни возникают эндоформные психозы, но и психозы экзогенной структуры встречаются достаточно часто [79]. В результате проведенной работы впервые за последние 80 лет удалось установить закономерности возникновения эндоформных и алкогольных психозов у больных, страдающих шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра.

Исходя из концепции И.И.Лукомского о вторичном алкоголизме Г.М.Энтин выделил вторичный симптоматический алкоголизм, являющийся симптомом эндогенного заболевания, и вторичный истинный алкоголизм, как бы оторвавшийся от первичного заболевания и протекающий по своим закономерностям [107].

Изучением сочетания эндогенных депрессий с алкоголизмом занимался И.А.Ойфе [78]. Он установил значение формы депрессии для ее сочетания с потреблением алкоголя, особенности формирования алкоголизма, характер взаимовлияния алкоголизма и эндогенного заболевания. Ю.Е.Варфоломеева внесла существенный вклад в изучение клиники панических расстройств и тревожных состояний, возникающих у больных алкогольной зависимостью. Было установлено, что панические атаки и тревожные расстройства достаточно часто возникают при сочетании алкоголизма с эндогенными психическими заболеваниями [19].

Алкоголизм, сочетающийся с сосудистыми и различными органическими поражениями головного мозга, нередко протекающий с судорожными припадками, изучался Е.А.Чуркиным [101, 102], Г.М.Энтиным [105, 109], Р.Г.Голодец и Я.К.Авербахом [25].

Изучением личностных особенностей, предположительно определяющих предрасположенность к алкоголизму, занимались Ф.Е.Рыбаков [90], С.Г.Жислин [49, 51], Т.А.Кожина [58]. Особенности патологического развития личности при хроническом алкоголизме описаны Б.С.Братусь, Б.В.Зейгарник, Э.А.Бехтелем, А.Г.Гофманом, Г.М.Энтиным, А.Е.Бобровым [11, 16, 43, 52, 110].

Значительное место в работах отдела занимали исследования по проблемам социальной наркологии и организации наркологической помощи. Традиции этой деятельности восходят к 20–30 годам и связаны с именами Л.М.Розенштейна, А.С.Шоломовича, И.А.Бергера, И.С.Иоловича [54, 88, 89].

В послевоенный период, когда появился интерес к социальным проблемам пьянства и алкоголизма, в эту проблематику включились В.М.Банщиков, И.И.Лукомский, В.В.Бориневич, А.Г.Гофман, Я.К.Авербах, Г.М.Энтин, С.Г.Свининников [8, 14, 41, 64]. Г.М.Энтиным и В.В.Рябковым была организована модель наркологической службы на промпредприятии, позволившая выявить и привлечь к лечению лиц в начальных стадиях заболевания и проводить активную профилактику алкоголизма. В.Н.Тихонов [99], используя социально-психологические методики, показал значение распространенности алкоголизма на производстве для формирования и течения заболевания. Оригинальную систему раннего выявления больных алкоголизмом и привлечения их к лечению в условиях крупного города разработал и доказал ее эффективность О.В.Зыков [53]. Разработке и внедрению в практику организации наркологической помощи сельскому населению и населению небольших городов, райцентров посвящены работы Г.М.Энтина, В.М.Фомичевой, З.А.Матвеевой и Г.А.Шашеро [108].

Значительное внимание уделялось проблеме принудительного лечения больных алкоголизмом. Впервые опыт принудительного лечения был

обобщен Э.Е.Бехтелем [10]. В 90-е годы XX столетия проблемы принудительного лечения нашли отражение в работах Г.М.Энтина, В.А.Галкина, И.А.Носатовского, Н.Р.Динеевой, Ф.Г.Мухарлямовой, К.Н.Беляевой, В.М.Новака, А.С.Овчинской [21, 113].

Анализ наркологической ситуации в России проводился В.М.Банщиковым, И.И.Лукомским, В.В.Бориневичем, Д.А.Зайцевым, В.А.Галкиным, Я.К.Авербахом, А.Г.Гофманом, А.З.Шамотой, Г.М.Энтиным, А.В.Немцовым [3, 8, 14, 21, 43, 64, 74, 75]. Г.М.Энтиным, Э.А.Матвеевой, Г.А.Шашеро [110] установлено, что вследствие проведения активных противоалкогольных мероприятий отмечается значительное изменение типов течения алкоголизма с

преобладанием более благоприятных и переходом злокачественного прогрессирующего течения в ремитирующее или стационарное.

За время существования наркологического подразделения института его сотрудниками и под руководством сотрудников института выполнено более 60 кандидатских и докторских диссертаций. За последние 15 лет опубликовано более 150 статей и книг, в том числе 4 монографии, справочник практического врача, коллективная монография «психиатрия» (посл. переизд. в 2019 г.), 2 статьи в большой российской энциклопедии, получен 1 патент на изобретение, защищено 14 диссертаций, в том числе 3 докторских.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербах Я.К. Причины рецидива при алкоголизме // Алкоголизм и алкогольные психозы: Труды МНИИП МЗ РСФСР. 1963. Т. 38. С. 113–114.
2. Авербах Я.К. Рецидивы хронического алкоголизма: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. Л., 1964. 16 с.
3. Авербах Я.К., Шамота А.З. Потребление алкоголя и некоторые показатели алкоголизации населения // Вопр. наркологии, 1992. № 2. С. 32–37.
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М.: Медицина, 1988. 528 с.
5. Авруцкий Г.Я. Место психофармакотерапии в комплексном лечении хронического алкоголизма // Актуальные вопросы наркологии: Тезисы докладов Всесоюзного симпозиума психиатров. Душанбе, 1984. С. 184–186.
6. Александрова Н.В. Спонтанные и длительные терапевтические ремиссии при алкоголизме: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. 1985. 22 с.
7. Александрова Н.В., Гофман А.Г., Крылов Е.Н. и соавт. Аффективные эквиваленты первичного патологического влечения к алкоголю и их купирование // Современные методы биологической терапии психических заболеваний. М., 1994. С. 5.
8. Банщиков В. М. Алкоголизм и организация лечения алкогольных заболеваний // Алкоголизм и алкогольные психозы. М., 1963. С. 371.
9. Бегунов В.И. Клинические варианты белой горячки: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. Л., 1978. 20 с.
10. Бехтель Э.Е. Опыт принудительного лечения алкоголиков в условиях специализированного лечебно-трудового отделения закрытого типа: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Днепропетровск, 1966. 24 с.
11. Бобров А.Е. Патологическое развитие личности при хроническом алкоголизме: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1988. 43 с.
12. Бобров А.С. К особенностям течения и психопатологии острого алкогольного галлюциноза // Алкоголизм и алкогольные психозы. М., 1963. С. 158–165.
13. Бобров А.С. К психопатологии острого параноида у алкоголиков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1965. Том 65. Вып. 3. С. 406–412.
14. Бориневич В.В. Наркомании. Клиника, патогенез, лечение морфинизма и опиомании и других опийных наркоманий. М.: ГНИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1963. 275 с.
15. Браво О.С., Мошевитин С.Ю., Нижниченко Т.И., Фонин А.Е. Опыт применения БРТ-препаратов для лечения героинового абстинентного синдрома // Мат. IV международной конференции. Москва, 1998. С. 39–41.
16. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 301 с.
17. Букановская Т.И. Нарушения мозговой гемодинамики у больных алкогольным делирием (по данным реоэнцефалографии): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1986. 14 с.
18. Букановская Т.И. Адаптационный синдром и социально-психическая адаптация у больных опийной наркоманией: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1996. 40 с.
19. Варфоломеева Ю.Е. Коморбидность тревожных расстройств и алкоголизма – Независимый психиатрический журнал. 2017. № 1. С. 73–75.
20. Вишнякова Ю.С. Клиника и терапия шизофрении и хронического алкоголизма при их сочетании: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1972. 25 с.
21. Галкин В.А., Авербах Я.К., Шамота А.З. Наркологическая помощь населению Российской Федерации. М., 1992. 150 с.
22. Гальперин Я.Г. Некоторые клинические особенности периода терапевтической ремиссии больных хроническим алкоголизмом // Вопросы клиники и современной терапии психических заболеваний. М., 1971. С. 371–376.
23. Глебов В.С. Плазмоклеточная реакция костного мозга у больных алкоголизмом // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1979. № 8. С. 1083–1086.
24. Глебов В.С., Попова Н.Н. Структурно-динамический анализ 1–2 стадии алкогольной болезни с точки зрения их патогенетического единства // Биологические и социальные аспекты клиники и патогенеза психических заболеваний. М., 1986. С. 51–61.
25. Голодец Р.Г., Авербах Я.К., Максимова А.Л. К вопросу о взаимовлиянии алкоголизма и других заболеваний экзогенно-органической природы // Патогенез, клиника и лечение алкоголизма. М., 1976. С. 92–95.
26. Гольдрин С.Э. Особенности аффективных расстройств у больных опийной наркоманией: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003. 25 с.
27. Гофман А.Г. Клиника и дифференциальная диагностика алкогольных параноидов: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1960. 180 с.
28. Гофман А.Г., Авербах Я.К. Длительная поддерживающая терапия антабусом в поликлинических условиях. Методическое письмо. М.: МЗ РСФСР, 1963. 17 с.
29. Гофман А.Г. О некоторых особенностях синдрома вербального галлюциноза при разных формах шизофрении, осложненной хроническим алкоголизмом // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1965. С. 130–139.
30. Гофман А.Г. Клиника и лечение тяжелых форм белой горячки. Метод. письмо. М., 1966. 28 с.
31. Гофман А.Г. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение алкогольных галлюцинозов: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1968. 38 с.
32. Гофман А.Г. Бегунов В.И. Дягилева В.П. Клиника и лечение алкогольного делирия. Методические рекомендации. М., 1978. 34 с.
33. Гофман А.Г., Бориневич В.В., Черняховский Д.А. и соавт. Наркомании, токсикомании и их лечение. Методические рекомендации МЗ СССР, М., 1979. 48 с.
34. Гофман А.Г., Графова И.В. К вопросу о квантификации симптоматики при алкогольном абстинентном синдроме // Актуальные вопросы клинической и социальной реабилитации больных алкоголизмом. 1979. С. 82–91.
35. Гофман А.Г., Бегунов В.И. Роль различных факторов в возникновении и течении белой горячки // Вопросы клиники, патогенеза и лечения алкоголизма. М., 1980. С. 61–71.
36. Гофман А.Г., Лошаков Е.С. К вопросу о сочетании алкоголизма и шизофрении // Актуальные проблемы психиатрии. М., 1981. С. 70–74.
37. Гофман А.Г., Виноградова Л.Н., Данилин В.П. и др. Анализ взаимосвязей основных проявлений злоупотребления алкоголем в подростковом возрасте // Проблемы наркологии–90 / Под ред. проф. В.В.Ковалева. М.: Московский НИИ психиатрии, 1990. С. 36–42.
38. Гофман А.Г., Магалиф А.Ю., Крылов Е.Н., Минутко В.Л., Виноградова Л.Н. Глоссарий по квантифицированной оценке основных проявлений алкоголизма / Методическое пособие. М., МНИИП Минздрава РФ, 1991. 28 с.

39. Гофман А.Г., Магалиф А.Ю. Опосредованная психотерапия в системе лечения больных алкоголизмом // Социальная и клиническая психиатрия, 1991. № 1. С. 71–74.
40. Гофман А.Г., Шамота А.З. Структура и динамика алкогольных психозов в Москве // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. Т. 4. № 4. С. 51–57.
41. Гофман А.Г., Паничева Е.В. К вопросу об организации психиатрической помощи больным эндогенными заболеваниями, сочетающимися с алкоголизмом // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 2. С. 95–99.
42. Гофман А.Г., Музыченко А.П., Граженский А.В., Крылов Е.Н. и соавт. Применение антидепрессантов при лечении больных эндогенными психическими расстройствами, сочетающимися с наркотическими заболеваниями. Пособие для врачей. М., 2001. 21 с.
43. Гофман А.Г. Клиническая наркология. 2-е изд. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2017. 464 с.
44. Гофман А.Г., Кожина Т.А. Хронический алкоголизм. Психиатрия: справочник практического врача / Под ред. проф. А.Г.Гофмана. М.: МЕДпресс-информ, 2017. С. 504–519.
45. Гофман А.Г. Алкогольный галлюциноз. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. 376 с.
46. Данилин В.П., Крылов Е.Н., Магалиф А.Ю. Ночной сон больных алкогольным абстинентным синдромом // Журн. невроп. и психиатрии. 1981. Т. 81, № 11. С. 1711–1714.
47. Демичев А.П. К клинике острых и хронических форм алкогольной энцефалопатии // Вопросы психиатрии. Вологда, 1968. С. 155–164.
48. Демичев А.П. Алкогольная энцефалопатия (болезнь Гайе-Вернике-Корсакова). Методическое письмо. М.: МЗ РСФСР, 1970. 45 с.
49. Жислин С.Г. Об алкогольных расстройствах. Воронеж, 1935. 139 с.
50. Жислин С.Г. О галлюцинозах // Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. 1935. № 7. С. 31–46.
51. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. М.: Медицина, 1965. 320 с.
52. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. М.: 1980. С. 84–91.
53. Рыков О.В. Модель оптимизации раннего выявления наркологического контингента в условиях района крупного города: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1993. 23 с.
54. Иолович И.С. Динамика заболеваний хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами по данным психоневрологических учреждений РСФСР // Вопросы профилактики и лечения алкоголизма и алкогольных заболеваний. М., 1960. С. 16.
55. Калина О.М., Крылов Е.Н. Сравнение эффективности производных ГАМК при алкогольном абстинентном синдроме // Вопросы реабилитации в психиатрии и наркологии. 1988. С. 62–64.
56. Ковалев В.В. Вклад Московского научно-исследовательского института психиатрии МЗ РСФСР в психиатрическую науку и практику за 60 лет и перспективные задачи – Актуальные проблемы психиатрии (клиника, патогенез, лечение, социальная реабилитация). М.: ЦНИИТЭИ Минзгоса СССР, 1981. С. 3–5.
57. Кожина Т.А. Применение различных фармакологических препаратов для купирования алкогольного абстинентного синдрома: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1998. 223 с.
58. Кожина Т.А. Особенности формирования и течения алкоголизма у лиц с различными характерологическими акцентуациями и личностными расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28. № 3. С. 45–53.
59. Колодный В.М. Структурно-динамические особенности первичного патологического влечения к алкоголю: Дисс. канд. мед. наук. М., 1993. 225 с.
60. Кочмала М.Т., Пинаев А.С. Купирование морфийной абстиненции атропином: методические указания / Под ред. А.Г.Гофмана. М., 1973. 15 с.
61. Кочмала М.Т. Лечение больных опийной наркоманией и некоторыми полинаркоманиями в стационаре: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Л., 1978. 19 с.
62. Куприянов А.Т. Профилактика и купирование рецидивов хронического алкоголизма в условиях диспансера: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1975. 26 с.
63. Лукомский И.И. Взаимоотношения между алкоголизмом и другими психическими заболеваниями // Вопросы клинической и современной терапии психических заболеваний. М., 1970. С. 116–120.
64. Лукомский И.И., Энтин Г.М. Вопросы организации борьбы с алкоголизмом. М.: Медицина, 1973. С. 79.
65. Лукомский И.И. Лечение психических расстройств при алкоголизме. Киев: Здоровье, 1977. 160 с.
66. Макагон Б.Я. Ремиссии при алкоголизме (клинико-социальные аспекты у жителей города и сельского района): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1985. 19 с.
67. Малков К.Д. Клинико-динамические особенности расстройств шизофренического спектра и сочетающегося с ними алкоголизма: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2001. 20 с.
68. Малков К.Д., Паничева Е.В. Особенности синдромальной динамики шизофренического расстройства, сочетанного с алкоголизмом // Вопросы наркологии. 1999. № 4. С. 23–29.
69. Меликсетян А.С. Роль аффективных нарушений и других факторов в развитии рецидивов хронического алкоголизма: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2011. 25 с.
70. Минков Е.Г. Клиника и динамика алкоголизма в исходной стадии заболевания: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1991. 23 с.
71. Минутко В.Л. Взаимосвязь основных проявлений алкоголизма: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1995. 45 с.
72. Мисионжик Э.Ю. Материалы к экскреции катехоламинов при алкогольном абстинентном синдроме: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1970. 27 с.
73. Немкова Т.Т. Клинические особенности острых алкогольных галлюцинозов в условиях современной терапии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2012. 24 с.
74. Немцов А.В., Нечаев А.К. Потребление алкоголя и насильственные смерти // Вопросы наркологии. 1991. № 1. С. 34–36.
75. Немцов А.В., Шельгин А.К. Потребление алкоголя в России 1956–2012 гг. // Вопросы наркологии. – 2014. – № 5. – С. 3–12.
76. Нижниченко Т.И. Клиника алкоголизма у больных острыми алкогольными психозами: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1983. 16 с.
77. Носатовский И.А. Фенилпропаноламиновая наркомания (вопросы клиники, патогенеза, лечения): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2007. 42 с.
78. Ойфе И.А. Злоупотребление алкоголем и эндогенные депрессии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1990. 21 с.
79. Орлова М.А. Психозы, возникающие при сочетании шизофрении и расстройств шизофренического спектра со злоупотреблением алкоголем: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2012. 24 с.
80. Павлова И.В. Клинические особенности шизофрении, осложненной хроническим алкоголизмом // Вопросы клиники, патогенеза и лечения шизофрении. М., 1957. С. 147–170.
81. Петров В.Н. Комплексное лечение больных алкогольным делирием с применением пантотената кальция и пантетина: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1985. 23 с.
82. Пинаев А.С. Купирование морфийной абстиненции атропином: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Ярославль, 1975. 16 с.
83. Понизовский П.А. Соматическая анозогнозия у больных алкогольной зависимостью // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16. № 4. С. 15–20.
84. Пономарева Н.А. Сравнительная эффективность методов купирования героинового абстинентного синдрома: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003. 22 с.
85. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. Л.: Медицина, 1973. 368 с.
86. Посвянский П.Б. Итоги деятельности центрального института психиатрии за 25 лет и перспективы ее дальнейшего развития // Труды центрального института психиатрии МЗ РСФСР. М., 1947. Т. 3. С. 7–21.
87. Рамхен И.Ф. Купирование морфийной абстиненции холинолитическими и курареподобными препаратами: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1967. 19 с.
88. Розенштейн Л.М. Диспансеризация и психиатрия. Л., 1926. С. 633–637.
89. Розенштейн Л.М. Психиатрия и профилактика нервно-психического здоровья // Труды Первого всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М.-Л.: Гос. медиздат, 1929. С. 180–197.
90. Рыбаков Ф.Е. Душевные болезни. М.: Изд-во М.М.Аникина и А.С.Мокроусова, 1917. 523 с.
91. Рыбалко М.А. Обеспеченность витаминами В1 организма больных острыми алкогольными психозами // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. 1973. № 1. С. 282–286.
92. Саванюк М.Г. Острые алкогольные психозы у лиц молодого возраста (клинический аспект проблемы): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1984. 20 с.
93. Савельев Ю.М. Клиника алкогольной полиневропатии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1974. 22 с.
94. Сборник «Московский научно-исследовательский институт психиатрии». М. Полиграфское объединение «Печатник», 1988. 55 с.
95. Свининников С.Г. К вопросу о характеристике алкогольного абстинентного синдрома (клинические и лабораторные исследования): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1965. 24 с.
96. Сегал Б.М., Авербах Я.К. Лечение лиц, страдающих алкоголизмом циамином (цитратом карбамида кальция) в стационаре и внебольничных условиях. Методическое письмо. М.: Гос. НИИ психиатрии, 1964. 8 с.
97. Соколова Е.П. Особенности алкогольных психозов у женщин: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1974. 23 с.

98. Соцевич Г.Н., Магалиф А.Ю., Крылов Е.Н. Роль наследственного, средового и соматического факторов в формировании начальных проявлений алкоголизма у подростков // *Алкоголизм и наследственность*. М., 1987. С. 144–146.
99. Тихонов В.Н. Влияние социально-производственных факторов на течение алкоголизма: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1983. 24 с.
100. Хохрина Н.Т., Казакова П.Б., Динерштейн Л.В. и соавт. Клинико-анатомический анализ алкогольного делирия со смертельным исходом // *Проблемы клиники, терапии, патогенеза алкоголизма* / Под ред. В.В. Ковалева. М.: Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1988. С. 168–170.
101. Чуркин Е.А. Судорожные синдромы в клинике хронического алкоголизма // *Вопросы социальной и клинической психоневрологии*. М., 1970. С. 228–234.
102. Чуркин Е.А. К вопросу о клинике и течении алкогольного делирия, протекающего с судорожным синдромом // *Вопросы клиники, систематики, патогенеза и терапии алкоголизма*. Вологда, 1972. С. 215–220.
103. Шейнин Л.М. Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1984. 23 с.
104. Шлемина И.В. Клиника шизотипического расстройства (мало-прогредиентной шизофрении), сочетающегося с алкоголизмом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009. 22 с.
105. Энтин, Г.М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи. М.: Медицина, 1979. 288 с.
106. Энтин Г.М., Дроздов Э.С., Пахтер А.С., Методы активного выявления больных в начальных стадиях алкоголизма // 4-й Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. 1980. Т. 2. С. 310–312.
107. Энтин Г.М., Кузнецов О.Н., Лавренова П.Н. Корреляция типов течения и клинических проявлений алкоголизма // *Вопросы клиники, патогенеза и лечения алкоголизма*. М., 1980. С. 7–21.
108. Энтин Г.М., Макагон Т.Я. Организация наркологического лечения сельского населения. Методические рекомендации МЗ РСФСР. М., 1987. 20 с.
109. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма. М.: Медицина, 1990. 416 с.
110. Энтин Г.М., Крылов Е.Н. Клиника и терапия алкогольных заболеваний. М.: Медицина, 1994. 143 с.
111. Энтин Г.М. Опосредованная психотерапия больных алкоголизмом: Пособие для врачей наркологов и психотерапевтов - М.: Медпрактика, 1997. – 100 с.
112. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость (Практическое р-во для врачей) – М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2002 – 327 с.
113. Энтин Г.М., Носатовский И.А., Мухарлямова Ф.Г. Принцип добровольности при лечении больных алкоголизмом // *Вопросы наркологии*, 1993. № 2. С. 83.

ПРОБЛЕМЫ НАРКОЛОГИИ В РАБОТАХ УЧЕНЫХ МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ПСИХИАТРИИ

А.Г. Гофман, Т.А. Кожина, И.А. Носатовский

Статья посвящена празднованию 100-летнего юбилея Московского НИИ психиатрии. Представляет собой изложение основных научных достижений и направлений научной деятельности отдела психических расстройств, осложненных патологическими видами зависимостей с момента основания МНИИП. Представлены основные результаты исследований видных ученых, в т. ч. Ф.Е. Рыбакова, С.Г. Жислина, И.И. Луком-

ского, В.В. Бориневича, Б.В. Зейгарник, Г.М. Энтина, А.Г. Гофмана, внесших большой вклад в наркологическую практику. Показаны основные достижения в терапии больных алкоголизмом и наркоманией, позволяющие значительно повысить эффективность лечебных мероприятий.

Ключевые слова: юбилей, Московский НИИ психиатрии, достижения в терапии алкоголизма и наркомании.

PROBLEMS OF NARCOLOGY IN THE WORKS OF SCIENTISTS MOSCOW RESEARCH INSTITUTE OF PSYCHIATRY

A.G. Gofman, T.A. Kozhinova, I.A. Nosatovsky

The article is dedicated to the celebration of the 100th anniversary of the Moscow Research Institute of Psychiatry. It is an account of the main scientific achievements and areas of scientific activity of the department of mental disorders, complicated by pathological types of dependencies since the foundation of MNIIP. The main research results of prominent scientists, including F.E. Rybakov S.G. Zhislin, I.I. Lukomsky, V.V. Borinevich, B.V.

Zeigarnik, G.M. Entin, A.G. Gofman, who made a great contribution to necrological practice. The main achievements in the treatment of patients with alcoholism and drug addiction are shown, which can significantly increase the efficiency of therapeutic measures.

Key words: anniversary, Moscow Research Institute of Psychiatry, achievements in the treatment of alcoholism and drug addiction.

Гофман Александр Генрихович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением терапии психических расстройств, осложненных болезнями зависимости Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-mail: gofman27@list.ru

Кожина Татьяна Анатольевна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения терапии психических расстройств, осложненных болезнями зависимости Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-mail: sonata07.07@mail.ru

Носатовский Игорь Антонович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения терапии психических расстройств, осложненных болезнями зависимости Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-mail: igor964@mail.ru

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СЕКСОЛОГИИ В МОСКОВСКОМ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ ИНСТИТУТЕ ПСИХИАТРИИ

Н.Д. Кибрик, М.И. Ягубов

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России*

Вторая половина прошедшего столетия ознаменовала себя, в том числе, становлением отечественной сексологии и сексопатологии как научной дисциплины и самостоятельной специальности, где важную роль сыграли сотрудники Московского научно-исследовательского института психиатрии. В 22 ноября 1963 году Президиум Ученого Медицинского Совета Министерства Здравоохранения РСФСР заслушал доклады проф. И.М.Порудоминского и проф. П.Б.Посвянского «О состоянии научных исследований в учреждениях здравоохранения РСФСР по вопросу о расстройствах половых функций и о мерах по улучшению лечебно-профилактической помощи населению в отношении этих заболеваний». Это сыграло важную роль в развитии научных исследований в области сексопатологии, организации службы, подготовке кадров сексопатологов (сексологов) и развертывании помощи многочисленным пациентам с нарушениями сексуальной функции. Распоряжением заместителя Министра здравоохранения тов. А.В. Сергеева от 29 июня 1965 г. было организовано отделение сексопатологии, которое возглавил П.Б. Посвянский. Решением Госкомитета по науке и технике Советов Министра СССР отделение было значительно расширено до 12 штатных единиц. Разворачивание отделения сексопатологии в научно-исследовательском институте психиатрии явилось первым опытом в истории отечественной медицины и потребовало специальной организации, четких принципиальных установок, исходящих из уровня состояния медицинской науки и практических задач здравоохранения. Перед отделением был поставлен ряд задач, касающихся исследования проблем клиники, диагностики и лечения половых нарушений:

1. Уточнение диагностики на основе всестороннего обследования больных (психоневрологического, урологического, эндокринологического и др.). Изыскание патогенетической терапии на основе точного диагноза. Создание патогенетической классификации и номенклатуры основных сексуальных нарушений.

2. Изучение гормонального профиля, нейрофизиологических закономерностей в особенности в отношении больных, страдающих затяжными формами половых нарушений, не поддающихся лечению общеизвестными методами.

3. Разработка специальных методик психотерапии в отношении наиболее частых форм психогенно-невротических сексуальных нарушений.

4. Изучение современных фармакологических препаратов с точки зрения эффективности их при различных формах сексуальных расстройств.

В задачи организационно-методического характера входило:

1. Педагогическая работа по подготовке квалифицированных специализированных медицинских кадров для оказания помощи больным с различными формами половых нарушений.

2. Организация сети специализированных сексологических учреждений (кабинетов, отделений) в стране.

3. Подготовка и выпуск специальной литературы по различным аспектам сексологии и сексопатологии.

4. Оказание консультативной лечебно-диагностической помощи населению СССР

На отделение возлагались обязанности организации и проведение научных исследований, подготовки кадров и оказания помощи. В 1963, 1964 и 1966 годах в г. Горьком (ныне Н.Новгород) и в 1967 году в Москве проводились специальные семинары при участии ряда научных учреждений – Московского института психиатрии, психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, Центрального кожно-венерологического института, института акушерства и гинекологии, психиатрической клиники Горьковского медицинского института. На этих семинарах читали лекции и проводили практические занятия по диагностике, клинике и лечению сексуальных нарушений целый ряд крупных ученых и специалистов: профессор П.Б.Посвянский, Г.С.Васильченко, В.Н.Мясищев, Н.В.Иванов, И.М.Порудоминский,

М.С.Лебединский, С.С.Добротин, И.И.Лукомский, Л.Л.Рохлин, И.З.Вельвовский, В.И.Здравомыслов, С.С.Либих, Р.А.Зачепиский, Б.М.Сегал, Ю.К.Тарасов, В.Д.Кочетков, С.А.Артемьев, Б.С.Бамдас и др. В результате подготовку по сексопатологии получило более 200 врачей (психиатров, невропатологов, урологов и других специалистов), которые в дальнейшем работали в целом ряде диспансеров крупнейших городов России и союзных Республик. К 1970 году было организовано и функционировало свыше 178 сексологических кабинетов; во всех союзных республиках была организована сексологическая служба, а в России, Украине, Литве, Латвии, Белоруссии, Грузии и Казахстане созданы республиканские центры.

В достигнутых результатах имеется большая заслуга П.Б.Посвянского, сумевшего организовать сексологическую помощь населению, подготовив специалистов-сексопатологов, создать творческую атмосферу в коллективе, организовав научные исследования и тем самым создать школу профессионалов – сексологов. Круг научных интересов П.Б.Посвянского в области сексологии был широк: организация сексологической помощи, классификация сексуальных расстройств, перверзии, нарушения половой идентификации, особенности сексуальных нарушений при различных психических болезнях, влияние фармакологических средств на сексуальную функцию, вопросы терапии сексуальных расстройств [2, 11]. Созданная им классификация полового бессилия (1957) по принципу структурного подхода, где выделяются кортикальная, спинальная, нейрорецепторная, эндокринная и механическая импотенция, являлось определенным шагом в развитии отечественной сексопатологии. Под руководством П.Б.Посвянского были защищены 3 диссертации, опубликованы 2 книги со статьями специалистов по различным вопросам сексопатологии [2, 11]. В период руководства П.Б.Посвянского в отделении работали А.И.Белкин, О.З.Лившиц, Г.С.Васильченко, И.А.Лансберг, В.Ф.Андрианов, Н.Д.Кибрик. В соответствии с представлениями о полисистемном регулировании половой функции были и привлечены специалисты различных специальностей – психиатры, неврологи, эндокринологи, урологи для проведения разнонаправленных исследований и оказания комплексной помощи.

В 1973 году на отделение сексопатологии Московского института психиатрии были возложены функции Всесоюзного научно-методического Центра по вопросам медицинской сексологии и сексопатологии. С этого момента и до 1992 г. отделение возглавлял профессор Г.С.Васильченко. Первой современной монографией по вопросам сексопатологии явилась книга Г.С.Васильченко «Патогенетические механизмы импотенции» (1956) на основе его кандидатской диссертации, целью которой было осветить неврологические механизмы патогенеза

импотенции [3]. Г.С.Васильченко стоял на позиции выработки единой парадигмы в сексологии, то есть его междисциплинарности и системности. Весь этот период ознаменовался противоборством «органотрической» тенденции И.Ф.Юнды (киевская школа сексологов) и междисциплинарным подходом российской школы сексологов, поддерживаемое харьковской школой (В.В.Кришталь). Г.С.Васильченко была предпринята также попытка периодизации истории сексологии в виде трех концепций: редукционистской, комплексного обслуживания и интегрально-системной [8, 12]. Им была предложена концепция стадий и составляющих копулятивного цикла, структурный анализ половых расстройств, концепция сексуального онтогенеза и дизонтогенеза, являющаяся центральной в отечественной сексологии на протяжении многих лет [8, 12]. Классификация сексуальных нарушений, первоначально задуманная им как анатомическая, превратилась в анатомо-физиологическую с акцентом на физиологический принцип, где были выделены синдромы нейрогуморальной, психической, эрекционной и эякуляторной составляющей. Г.С.Васильченко была разработана шкала векторного определения половой конституции и квалифицированная шкала СФМ (сексуальная функция мужская), являющаяся модификацией, составленной Й.Мелланом шкалы [8, 12]. Данные шкалы широко используются в научных исследованиях, так как позволяют получить цифровые выражения параметров сексуальности для статистической обработки. Под редакцией Г.С.Васильченко были изданы 3 руководства по сексопатологии (общая и 2 тома частной сексопатологии) [8, 13] и справочник [12], составленные преимущественно сотрудниками отделения сексопатологии. Данные издания и в настоящее время являются одним из основных учебных пособий по сексологии. Безусловно, роль Г.С.Васильченко в развитии отечественной сексологии трудно переоценить. Именно он интегрировал в созданную им концепцию практически все значительные достижения отечественной медицины, имеющие хоть какое-то отношение к сексологии. В период руководства Г.С.Васильченко в отделении работали Ю.А.Решетняк, И.Л.Ботнева, В.М.Маслов, А.П.Журавель, С.Т.Агарков, С.А.Овсянников и др. Ю.А.Решетняком в 1971 году была защищена кандидатская диссертация, посвященная клинике, патогенезу и терапии сексуальных расстройств у мужчин с патологией верхних дыхательных путей и обонятельного анализатора. По его данным, среди обращающихся за сексологической помощью жалобы на нарушение функции носа были выявлены у 34% больных. Им было установлено, что существует значимая сопряженность между нарушениями обоняния и поражением нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла. И.Л.Ботнева занималась изучением особенностей сексуальных расстройств у женщин, совместно с Г.С.Васильченко составляла

шкалу векторного определения половой конституции женщин и СФЖ (сексуальная функция женская) [8, 12]. В.М.Маслов участвовал в составлении руководств и справочника по сексопатологии под редакцией Г.С.Васильченко [12, 13], в частности им написаны разделы, посвященные этапам психосексуального развития и анэякуляторным расстройствам. А.П.Журавель также принял участие в написании разделов, посвященных сексуальным расстройствам обусловленным поражением спинного мозга и патологии гипоталамуса в указанных монографиях [12]. С.Т.Агарков был соавтором разделов, посвященных особенностям психопатологического обследования женщин с сексуальными расстройствами и организации сексологической помощи [8, 12]. С.А.Овсянников составил методические рекомендации по описанию психического статуса у сексологических больных [9]. При изучении особенностей сексуальных расстройств у больных с мало-прогредиентной шизофренией им было установлено, что в допубертатном или пубертатном периоде эндогенный процесс «приводит иногда к задержке сексуального компонента влечения или к полному его отсутствию», тогда как при более позднем начале шизофрении либидо пробуждается необычайно рано (в 5–7 лет) [10]. В.В.Андрианов защитил в 1974 году кандидатскую диссертацию по разрабатываемой им проблеме по применению аутогенной тренировки в лечении психогенных сексуальных расстройств.

С 1992 г. по настоящее время отделением руководить профессор Н.Д.Кибрик. В отделении работают М.И.Ягубов, И.Ю.Кан, И.Р.Айрияц, Н.В.Добаева, Ю.П.Прокопенко, В.И.Шигапова, Г.Н.Алексеева, Б.Г.Драницына.

Основным направлением научных исследований отделения является: изучение патогенетических механизмов и новых аспектов клинических проявлений сексуальных дисфункций у больных с психическими расстройствами. Разработка эффективных методов терапии. Установление критериев прогноза сексуальных дисфункций и сексуальных дисгармоний в паре у пациентов с психическими расстройствами. За данный период по указанным направлениям исследований были защищены 16 кандидатских диссертаций и 2 докторские. Получено 9 патентов на изобретение. Издано 22 методических рекомендаций, 5 пособий для врачей, 6 глав в коллективных руководствах по психиатрии, 19 научно-популярных книг по профилактике сексуальных расстройств.

Н.Д.Кибриком в 1974 году была защищена кандидатская диссертация на тему «Варианты ипохондрического синдрома сексуального содержания при шизофрении» [6]. Им были выделены три варианта ипохондрического синдрома у больных с сексуальными расстройствами: 1) сенесто-ипохондрический, 2) обсессивно-фобический, 3) паранояльно-ипохондрический. В 1999 году Н.Д.Кибрик защитил докторскую диссертацию, посвященную возрастным

особенностям сексуальных расстройств у мужчин [7]. Проведенное исследование позволило ему выделить три основных патогенетических механизма формирования сексуальных дисфункций у мужчин: психогенный, соматогенный и инволюционный. Различие касается не только механизма возникновения сексуального расстройства, но и особенностей клинической картины и возраста пациентов.

М.И.Ягубовым в 1997 году была защищена кандидатская диссертация на тему психопатологических аспектов сексуальных расстройств у мужчин позднего возраста [14]. В результате проведенного им исследования было установлено, что сексуальные дисфункции у мужчин позднего возраста, возникающие вследствие возрастных, соматогенных и психогенных факторов, в большинстве случаев сопровождаются невротическими и аффективными нарушениями в виде депрессивных, тревожно-фобических, ипохондрических и астенических расстройств. В 2006 году М.И.Ягубов защитил докторскую диссертацию [15], которая была посвящена клинико-динамическим особенностям и комплексной терапии сексуальных дисфункций у мужчин с психическими расстройствами непсихотического уровня. Им с позиции междисциплинарного сексологического подхода проведено клинико-динамическое исследование (до и в процессе терапии) сексуальных дисфункций у больных с психическими расстройствами непсихотического уровня в рамках 3-х групп: 1) пациентов с сексуальными дисфункциями, обусловленными невротическими и соматоформными расстройствами (расстройством адаптации, диссоциативным расстройством ощущений, неврастенией, соматизированным и ипохондрическим расстройством), декомпенсацией специфических расстройств личности, шизотипическим расстройством и другими органическими расстройствами личности и поведения; 2) пациентов с ситуационно обусловленными, соматогенными сексуальными дисфункциями и семейно-сексуальной дисгармонией, сопровождающимися невротическими расстройствами; 3) у пациентов с ситуационно обусловленными, соматогенными сексуальными дисфункциями и семейно-сексуальной дисгармонией, сопровождающимися психологическими реакциями. В результате клинико-динамического исследования и статистической обработки полученных данных установлена взаимосвязь особенностей структуры сексуальных и психических расстройств и определена роль личностных, конституциональных, возрастных и социальных факторов в их формировании. Разработаны принципы построения дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий при сексуальных дисфункциях.

В 1999 году на основе анализа данных комплексного исследования сексуальных нарушений у мужчин при соматизированных расстройствах И.Ю.Каном была защищена кандидатская диссертация [5].

Им рассмотрены характерные нарушения параметров сексуальной активности и доминирующие типы телесных ощущений в рамках невротических, личностных и шизотипических расстройств. Определены основные факторы (личностные особенности, длительное влияние психотравмирующих ситуаций семейно-сексуального характера, андрогенная недостаточность), способствующие формированию и превалированию сексуальных дисфункций в клинической картине соматизированного расстройства. Установлено, что психопатологическая и нозологическая неоднородность соматизированных расстройств проявляется существенными отличиями в клинической картине встречающихся при этом сексуальных нарушений.

Айриянц И.Р. в своей кандидатской диссертационной работе (2000 г.) изучала алгические сексуальные дисфункции – вагинизма и диспареунии [1]. Исследование позволило выявить, что сексуальные дисфункции с преобладанием гениталгий, помимо болевых и/или спазматических проявлений включают в себя идеаторные и аффективные расстройства, наблюдающиеся при различных видах психической патологии: невротических расстройствах (среди которых тревожно-депрессивные, тревожно-фобические расстройства и неврастения); специфических расстройствах личности: шизоидных, истерических и тревожных и шизотипическом расстройстве в псевдоневротической и псевдопсихопатической формах. Как показало исследование, у лиц, страдающих вагинизмом, преобладают невротические расстройства, пациентки же, страдающие диспареунией, чаще имеют шизотипическое расстройство личности. Возникновение сексуальных расстройств с преобладанием гениталгий у женщин следует рассматривать, как сексуальную дезадаптацию, связанную с такими особенностями их сексуальных партнеров, как средняя или слабая половая конституция, наличие шизоидных, психастенических и сензитивных черт личности; гиполибидемия и психогенная эректильная дисфункция. Особенности сексуального влечения пациенток с гениталгиями являются скрытые мазохистические, гомосексуальные тенденции, и склонность к искусственным приемам в сексе. Их сексуальные партнеры обнаруживали латентные садистические, гомосексуальные тенденции, а также склонность к искусственным приемам в сексе.

Актуальность изучения сексуальных дисфункций у больных хроническими дерматозами диктовалась потребностями практической медицины: несмотря на достаточные данные о том, что коморбидность кожных и психических заболеваний достаточно высокая, но недооценка сексологического состояния дерматологических больных заметно снижает эффективность их лечения и продолжительность ремиссий. Последние годы растет удельный вес психосоматических расстройств в общей структуре

психических заболеваний с вовлечением сексуальной сферы.

Н.В.Добаевой в ходе диссертационного исследования (2003) выявлены и описаны клинические проявления сексуальных дисфункций у лиц, страдающих хроническими дерматозами [4]. Больные связывали свои проблемы с частыми обострениями дерматоза и связанными с ними вынужденным лечением в стационаре, снижением трудоспособности, наличием проблем в сфере межличностных и профессиональных отношений. Исследуемые пациенты предъявляли жалобы прежде всего на собственную непривлекательность вследствие поражения кожных покровов, осознанное стремление избежать предстоящего сексуального контакта, который представлялся нежелательным из-за невозможности обнажаться. При этом наблюдалось нарушение оргастической функции, снижение сексуального влечения и у 50% больных была отмечена задержка психосексуального развития. На первом месте из психотравмирующих ситуаций стояли семейно-сексуальные проблемы, которые приводили к началу кожного заболевания в 25%, к рецидиву – в 69%.

Помимо вышеуказанных работ, в отделение проводились и защитились следующие диссертационные исследования: клинко-психопатологические аспекты формирования гомосексуальных предпочтений у мужчин (И.А.Панюкова); клинко-психологические аспекты семейно-сексуальных дисгармоний (О.А.Проховник); клиника и терапия нарушений половой идентификации (Т.Н.Григорьева); клинко-психопатологические особенности лиц с сексуальными дисфункциями и методы контрацепции (Н.Н.Стеняева); гендерные различия сексуальной функции у больных эпилепсией (А.В.Калинина); суицидальное поведение при семейно-сексуальных дисгармониях (Т.В.Буткова); сексуальные расстройства у мужчин с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы (Б.Г.Драницына); тревожно-фобические расстройства сексуального содержания у мужчин (М.Л.Аркус); комбинированная терапия психогенных эректильных расстройств (С.А.Фарафонов); сексуальные дисфункции у мужчин с расстройствами шизофренического спектра в процессе терапии атипичными антипсихотиками (Л.Н.Штарк); особенности сексуальных дисфункций у мужчин во второй стадии хронического алкоголизма (А.А. Королева); роль урогенитальной инфекции в возникновении сексуальных дисфункций у мужчин (О.Ф.Филон).

В настоящее время задачами отделения сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского НИИ психиатрии являются следующие:

1. Изучение патогенетических механизмов формирования сексуальных дисфункций и сексуальных дисгармоний.

2. Исследование взаимного влияния аффективных, психогенных, личностных, социальных,

соматических, эндокринных, конституциональных, возрастных и лекарственных факторов на формирование и развитие сексуальных нарушений с привлечением как клинических, так и параклинических методов.

3. Изучение клинических и структурно-динамических особенностей сексуальных дисфункций и сексуальных дисгармоний, в том числе у больных с психическими расстройствами.

4. Изучение клинических особенностей расстройств половой идентификации, в том числе при других психических расстройствах и разработка этапов оказания помощи пациентам с данной патологией.

5. Разработка и оптимизация эффективных методов терапии половых дисфункций, коррекции сексуальных дисгармоний и внутрисемейной дезадаптации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айриянц И.Р. Сексуальные дисфункции с преобладанием гени-талгий у женщин: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2000. 144с.
2. Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1967. С. 369–374.
3. Васильченко Г.С. Патогенетические механизмы импотенции. М.: Медгиз, 1956. 172 с.
4. Добаева Н.В. Клинико-психопатологические особенности сексуальных дисфункций у лиц, страдающих хроническими дерматозами (псориазом и atopическим дерматитом): Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003. 164 с.
5. Кан И.Ю. Сексуальные нарушения при соматизированных расстройствах у мужчин: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1999. 120 с.
6. Кибрик Н.Д. Ипохондрические расстройства с преобладанием сексуальной тематики в клинике шизофрении: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1974. 36 с.
7. Кибрик Н.Д. Возрастные особенности развития сексуальных дисфункций у мужчин: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1999. 55 с.
8. Общая сексопатология / Под. ред. Г.С.Васильченко. М.: Медицина, 1977. 488 с.
9. Овсянников С.А. Психический статус и его особенности у сексо-логических больных. Методические рекомендации. М., 1976. 21 с.
10. Овсянников С.А. К дифференциальной диагностике малопро-гредиентной шизофрении и пограничных состояний с половыми нарушениями при системном подходе // Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств. М., 1978. С. 33–37.
11. Проблемы современной сексопатологии. М., 1972. С. 296–323.
12. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С.Васильченко. М.: Медицина, 1990. 576 с.
13. Частная сексопатология. / Под ред. Г.С.Васильченко. М.: Меди-цина, 1983. Т. 1. 304 с. Т.2. 352 с.
14. Ягубов М.И. Психопатологические аспекты сексуальных расстройств у мужчин позднего возраста: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1997. 148 с.
15. Ягубов М.И. Клинико-динамические особенности и комплексная патогенетическая терапия сексуальных дисфункций у мужчин с психическими расстройствами непсихотического уровня: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 2006. 500 с.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СЕКСОЛОГИИ В МОСКОВСКОМ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ ИНСТИТУТЕ ПСИХИАТРИИ

Н.Д. Кибрик, М.И. Ягубов

В статье авторами излагаются сведения о вкладе сотрудников московского научно-исследовательского института в отечественную сексологию и сексопатологию. Проводится последовательный анализ ряда опубликованных ими научных исследований и работ, которые

велись во всех областях сексопатологии.

Ключевые слова: Московский научно-исследовательский институт психиатрии, сексология и сексопатология, история, дости-жения.

HISTORY OF DEVELOPMENT OF RUSSIAN SEXOLOGY IN THE MOSCOW RESEARCH INSTITUTE OF PSYCHIATRY

N.D. Kibrik, M.I. Yagubov

In this article the authors write about contribution of the researchers of the Moscow Research Institute of Psychiatry to Russian sexology and sexopathology. The article offers an overview and analysis of key

publications and investigations dealing with all areas of sexology.

Key words: Moscow Research Institute of Psychiatry, sexology and sexopathology, history, achievements

Кибрик Николай Давидович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Мин-здрава России, e-mail: doc-kibric@mail.ru

Ягубов Михаил Ибрагимович – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения сексологии и терапии сексу-альных дисфункций Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, e-mail: yagubov@mail.ru

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ПСИХИАТРИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АВАРИИ И ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ВСЛЕДСТВИЕ АВАРИИ НА ЧАЭС

В.В. Крюков

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России

Оценка психического здоровья пострадавших вследствие Чернобыльской аварии представляет собой социально значимую медицинскую проблему, связанную не только с диагностическими и терапевтическими, но и с социально-реабилитационными задачами органов здравоохранения и социальной защиты [2, 3, 15, 22, 37].

Целью проводимого в Московском научно-исследовательском институте психиатрии (МНИИП) с 1990 года и по настоящее время исследования являлось изучение феноменологической и синдромологической структуры психических расстройств у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, установление особенностей их развития с попыткой выделения факторов, определяющих или опосредующих их возникновение и течение с формированием на этой базе данных эффективных терапевтических приемов коррекции психопатологических нарушений, соматопсихических и личностных расстройств [2, 15, 18–25, 28, 29, 37]. Наряду с плановыми исследованиями институт участвовал в межведомственных программах по темам следующих НИР: «Обоснование необходимости психоневрологического мониторинга лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС», 1991; «Разработка и клинико-патогенетическое обоснование принципов диагностики, прогноза и врачебно-трудовой экспертизы при нервно-психических расстройствах, связанных с аварией на Чернобыльской АЭС» 1992–1993 [15, 21, 22, 24, 28, 38], фрагмент договора №47-92-2 РНЭЦ и НИИ общей и судебной психиатрии им. В.П.Сербского «Разработка и совершенствование способов и приемов выявления нервно-психических заболеваний, в том числе психосоматических нарушений среди жителей регионов России, пострадавших от аварии на ЧАЭС» (1994–1995) [2, 4, 6, 7, 19, 20, 25].

За время работы, начиная с конца 1980-х годов и по настоящее время, медицинская помощь была оказала более 7 000 ликвидаторов, из них 1 538 человек прошли стационарное обследование и лечение в клинике МНИИП и на базе отделения пограничных расстройств МНИИП и поликлинического отделения Российского научного центра рентгенорадиологии МЗ РФ (до 2010) [10, 11, 26, 27].

За медицинской помощью обращались жители г.Москвы, Московской, Тульской, Ивановской, Тверской, Костромской, Белгородской, Смоленской, Калужской и Орловской областей, а также, в меньшей мере, жители Сибири. За прошедший период были разработаны оригинальные отечественные методы терапии непсихотических психических расстройств, которые в ряде случаев не имеют зарубежных аналогов [12, 23, 26, 27]. Полученные результаты были отражены в 2 методических рекомендациях, разработанных сотрудниками отдела [4, 5].

Оформлены 4 изобретения [1, 8, 9, 34]. Как отражение итогов работы было опубликовано 2 монографии [2, 16]. Результаты проведенной работы представлены в многочисленных выступлениях на международных, всероссийских и межрегиональных конференциях. По теме проведенной работы было опубликовано более 30 статей и более 60 тезисов, защищено 7 кандидатских диссертации (6 по специальности «психиатрия», одна по специальности «медицинская психология»).

Проводимые в Московском научно-исследовательском институте психиатрии исследования состояния психических функций у ликвидаторов последствий аварии получили широкую известность, неоднократно являлись предметом дискуссий среди специалистов разного профиля и инициировали исследования в смежных областях психиатрии (таких как диагностика и лечение органических заболеваний

ЦНС сосудистого генеза, а также в теоретических и терапевтических подходах при оказании помощи больным со стрессовыми расстройствами) [2, 3, 14, 16, 17, 31–33, 35, 36].

В настоящее время институт располагает эффективными возможностями по оказанию диагностической и лечебной помощи ликвидаторам последствий аварии на ЧАЭС. В отделении пограничной патологии развернуто 11 койко-мест, имеются высокотехнологические инструментальные и лабораторные возможности, достигнут высокий уровень ремиссий при применении современных нейропротективных препаратов, тимо- и вегетостабилизирующих средств [3, 11–13, 16, 18, 20, 23, 27, 36–38].

Длительный катамнестический период наблюдения за ЛПА на ЧАЭС позволяет использовать прогностические методы и приемы проведения текущей терапии и формирования последующих амбулаторных курсов лечения [37, 38].

Проведенная в течение многих лет исследовательская работа позволила сформулировать ряд принципиальных положений, касающихся фармакотерапии психических и психосоматических расстройств,

развивающихся у ликвидаторов аварии на ЧАЭС в отдаленном периоде. Среди основных – целесообразность выстраивания терапии по принципам ориентации на общебиологическом действии лекарственных средств; следование щадящей тактике терапии с минимизацией побочных эффектов и предпочтительное использование средств с церебро- и соматопротективными свойствами [2, 3, 13, 16, 37, 38].

Многолетний опыт лечения психических и психосоматических расстройств у ликвидаторов дает основания говорить об определенных возможностях компенсации болезненных состояний, приостановке прогрессивного течения заболеваний, редукции наиболее тягостных астенических, алгических, дистимических и тревожных проявлений. При этом особое значение имеет систематический характер лечебных и реабилитационных мероприятий с повторными курсами терапии. Существенную роль играют приемы, позволяющие сформировать терапевтическое партнерство с соблюдением пациентами предложенных терапевтических рекомендаций на длительный период времени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермакова Н.Г., Краснов В.Н., Крюков В.В. «Способ прогнозирования эффективности лечения нейропротекторами непереносимых вариантов психоорганического синдрома». Патент №2352946. Приоритет: 15.11.2007г. Зарегистрировано в Госреестре изобретений 10.04.2009г. Бюллетень №11.
2. Коханов В.П., Краснов В.Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций. Теория и практика. М.: Практическая медицина, 2008. 447 с.
3. Краснов В.Н., Литвинцев С.В. и соавт. Психические и психосоматические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // Медицинские последствия Чернобыльской катастрофы в отдаленном периоде. М., 2001. С. 37–46.
4. Краснов В.Н. и соавт. Структура нервно-психических расстройств у лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. Метод. рекомендации. М.: Изд. МЗ РФ, 1992. 19 с.
5. Краснов В.Н. и соавт. Принципы терапии психических и психосоматических расстройств у участников ЛПА на ЧАЭС. Метод. Рекомендации. 1996.
6. Краснов В.Н. Организация психолого-психиатрической помощи населению и специалистам аварийно-спасательных формирований при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций // Безопасность России. Правовые, социально-экономические и научно-технические аспекты. Медицина катастроф и реабилитация. М.: МГФ «Знание», 1999. С. 97–160.
7. Краснов В.Н. Экологическая психиатрия: методология, предмет исследования и ближайшие практические задачи // Материалы XII съезда психиатров России. Москва, 1995. С. 158–160.
8. Краснов В.Н., Ермакова Н.Г., Крюков В.В. Способ прогнозирования эффективности лечения непереносимых вариантов психоорганического синдрома: пат. на изобретение 2465603 /; заявитель и правообладатель Московский науч.-исслед. ин-т психиатрии; приоритет 15.06.2011 // Реестр изобретений Российской Федерации. 2012. № 30. С. 3.
9. Краснов В.Н., Ермакова Н.Г., Крюков В.В. Способ прогнозирования эффективности лечения непереносимых вариантов психоорганического синдрома: пат. на изобретение №2455648; заявитель и правообладатель Московский НИИ психиатрии; приоритет 15.06.2011 // Реестр изобретений Российской Федерации. 2012. № 19. С. 4.
10. Краснов В.Н., Крюков В.В., Костерина Э.Ю. и соавт. Психоорганический синдром: современные возможности терапии // IV Международный симпозиум: Церебролизин, фармакологические эффекты и место в клинической практике. М., 2002. С. 96–106.
11. Краснов В.Н., Крюков В.В., Костерина Э.Ю. и соавт. Терапия психических и психосоматических расстройств у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // Медицинские последствия Чернобыльской катастрофы в отдаленном периоде / Под ред. П.Н. Любченко. М., 2001. С. 37–46.
12. Краснов В.Н., Крюков В.В., Емельянова И.Н. и соавт. Долговременная терапия полиморфных психических расстройств у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012. № 2. С. 65–70.
13. Краснов В.Н., Крюков В.В., Емельянова И.Н. и соавт. Долговременная терапия полиморфных психических расстройств у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012. № 2. С. 65–70.
14. Краснов В.Н., Мельникова Т.С., Лапин И.А., Юркин М.М. Закономерности организации кортикальных взаимосвязей у ликвидаторов аварии на ЧАЭС с непереносимыми психическими расстройствами // Ж. Вестник радиологии и рентгенологии, 2008. № 6. С. 10–15.
15. Краснов В.Н., Петренко Б.Е., Юркин М.М. и соавт. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Сообщение 2 // Социальная и клиническая психиатрия. 1993. Т. 3, № 4. С. 6–19.
16. Краснов В.Н., Резник А.М., Коханов В.П. Психические и психосоматические расстройства у участников ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции. М.: ВЦМК «Защита», 2003. 108 с.
17. Краснов В.Н., Тушмалова Н.А., Рамендик Д.М. и соавт. Сравнительный анализ патологии памяти разного генеза на примере больных эпилепсией и ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова, 2001. Т. 51, № 3. С. 320–323.
18. Краснов В.Н., Хомская Е.Д., Костерина Э.Ю., Крюков В.В. и соавт. «Клинические и нейропсихологические аспекты терапевтической динамики психоорганического синдрома» // Конф. «Экзогенно-органические и соматогенные психические расстройства», Москва, 5–7 октября, 1999.
19. Краснов В.Н., Юркин М.М., Петренко Б.Е., Войцех В.Ф. и соавт. Многофакторность патогенетических механизмов психических расстройств у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. В сб. «Сочетанные формы психической патологии». Барнаул, 1995. С. 14–18.
20. Краснов В.Н., Юркин М.М., Петренко Б.Е., Курмышева Н.Я. и соавт. Клинико-патогенетическая оценка нервно-психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС и подходы к терапии // Ликвидаторы последствий аварии на ЧАЭС. Состояние здоровья. М., 1995. С. 98–107.

21. Краснов В.Н., Юркин М.М., Войцех В.Ф. и соавт. Психические и психосоматические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС (структурная динамика) // Чернобыльский след. Медико-психологические последствия радиационного воздействия. Ч. 1. М: Вотум-Ψ, 1992. С. 76–82.
22. Краснов В.Н., Юркин М.М., Войцех В.Ф. и соавт. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Сообщение 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 1993. Т. 3. № 1. С. 5–10.
23. Краснов В.Н., Юркин М.М., Крюков В.В., Курмышева Н.Я. Терапия психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС // (Ж. Мед.-биологические и соц.-психолог. Проблемы безопасности в чрезв. ситуациях. 2010. № 2. С. 15–21.
24. Краснов В.Н., Юркин М.М., Петренко Б.Е. и соавт. Психические расстройства у участников ликвидации последствий Чернобыльской аварии: структура, патогенез и подходы к терапии // Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле. Матер. конф. Киев, 1995. С. 102–103.
25. Краснов В.Н., Юркин М.М., Петренко Б.Е. и соавт. Клинико-патогенетическая оценка нервно-психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС и подходы к терапии. Ликвидаторы последствий аварии на ЧАЭС. Состояние здоровья // Журн. мед. радиологии и радиац. безопасность. М., 1995. С. 98–107.
26. Крюков В.В. и соавт. Клиническая эффективность нового отечественного ноотропа и актопротектора «Фенотропил» у пациентов, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // Мат. XIV съезда психиатров России, 2005.
27. Крюков В.В. и соавт. Терапия психических и психосоматических расстройств у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. Труды 2-ой научно-практической региональной конференции // Медицинские последствия Чернобыльской катастрофы в отдаленном регионе. М., 2001. С. 37–46.
28. Крюков В.В. К характеристике синдрома повышения либидо у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Сочетанные формы психической патологии / Под ред. Б.Н.Пивеня. Барнаул, 1995. С. 52–54.
29. Крюков В.В., Самедова Э.Ф., Краснов В.Н. Когнитивные нарушения при недементном психоорганическом синдроме цереброваскулярной природы // Доктор.Ру. 2013. № 5. С. 92–98.
30. Крюков В.В., Юркин М.М., Емельянова И.Н., Курмышева Н.Я. «Состояние вегетативной нервной системы у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС» // Сб. материалов XIII съезда психиатров России. (10-13 октября 2000).
31. Мельникова Т.С., Краснов В.Н., Юркин М.М., Лапин И.А., Крюков В.В. Динамика параметров когерентности ЭЭГ на разных стадиях формирования психоорганического синдрома // Жур. неврол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2010. Т. 110. № 2. С. 19–23.
32. Мельникова Т.С., Краснов В.Н., Юркин М.М., Лапин И.А., Крюков В.В. Динамика параметров когерентности ЭЭГ на разных стадиях формирования психоорганического синдрома // Ж. функц. диагностика. 2009. № 1. С. 36–41.
33. Мельникова Т.С., Краснов В.Н., Андрушквичус С.И. Дневная динамика характеристик энцефалограмм при циркулярных депрессивных расстройствах // Ж. Психическое здоровье. 2009. № 12. С. 25–29.
34. Мельникова Т.С., Лапин И.А., Краснов В.Н. и соавт. «Способ оценки тяжести течения непсихотических вариантов психоорганического синдрома». Патент №2372841. Приоритет: 15.05.2008г. Зарегистрировано в Госреестре изобретений 20.11.2009г. Бюллетень №32.
35. Мельникова Т.С., Лапин И.А., Митрофанов А.А., Юркин М.М., Краснов В.Н. Закономерности организации кортикальных взаимосвязей у ликвидаторов аварии на ЧАЭС с непсихотическими психическими расстройствами // Вестник радиологии и рентгенологии. 2009. № 6. С. 10–15.
36. Мельникова Т.С., Лапин И.А., Юркин М.М., Митрофанов А.А., Краснов В.Н., Крюков В.В. Динамика когерентных взаимосвязей на разных стадиях формирования психоорганического синдрома // Функциональная диагностика. 2009. Т. 23, № 1. С. 36–40.
37. Krasnov V., Kryukov V., Emelianova I. et al. Psychopathological consequences of the Chernobyl disaster: long-term observation, treatment and rehabilitation of the clean-up workers cohort // Disasters: Mental Health Context and Responses: monograph / G.N. Christodoulou et al. (Eds.). Cambridge. 2016. P. 189–202.
38. Krasnov V.N., Kryukov V.V., Samedova E.F. et al. Early Aging in Chernobyl Clean-Up Workers: Long-Term Study // BioMed Research International. 2015. Vol. 2015. P. 5.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ПСИХИАТРИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АВАРИИ И ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ВСЛЕДСТВИЕ АВАРИИ НА ЧАЭС

В.В. Крюков

В статье представлены результаты деятельности Московского НИИ психиатрии МЗ РФ по изучению характера психопатологических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, описаны цели проводившихся исследований и привлеченные для этого средства. Указывается на значительный объем проведенной работы (осмотрено более 7000 человек, из них 1538 пациента прошли стационарное обследование) и работы, отражающие полу-

ченные данные, в том числе клинико-патогенетические, клинико-психопатологические, терапевтические и социо-медицинские результаты проведенных исследований. Представлен обширный список литературных источников и данные о патентах на изобретения.

Ключевые слова: Авария на ЧАЭС, ликвидаторы, психические расстройства у ликвидаторов, медицинская помощь ликвидаторам.

ACTIVITIES OF THE MOSCOW RESEARCH INSTITUTE OF PSYCHIATRY ON STUDYING THE PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC IMPACT OF THE CHERNOBYL DISASTER AND HELPING THE PEOPLE AFFECTED

V.V. Kryukov

The article presents the results of research done in the Moscow Research Institute of Psychiatry in the aftermath of the Chernobyl Nuclear Station Disaster, specifically, dealing with studying psychopathological disorders in rescue workers. The author describes the goals of investigations and resources involved, and emphasizes the scope of investigation (more than 7.000 persons examined and 1.538 of them had an in-patient

examination). Results of research covering clinical-pathogenetic, clinical-psychopathological, therapeutic and socio-medical aspects of the problem have been published. The article provides an extensive list of literature and information about patents registered.

Key words: the Chernobyl Disaster, rescue workers, mental problems in rescue workers, health care for rescue workers

Крюков Вадим Викторович – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения расстройств аффективного спектра Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: vkryukov@yandex.ru

БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Р.Ф. Гасанов¹, И.В. Макаров^{1,2}, Д.А. Емелина¹

¹ *Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева,*

² *Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова*

Гиперкинетическое расстройство детского возраста (ГР), относящееся к смешанному/комбинированному варианту синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ-к), – это распространенное психическое заболевание детского и подросткового возраста, характеризующееся хроническим, не процессуальным течением и тенденцией к переносу части симптомов во взрослый возраст. Прогноз расстройства с точки зрения социальной адаптации относительно благоприятный, но проблема высокой коморбидности с некоторыми психическими расстройствами (тревожные, тикозные, расстройства настроения и другие) по мере взросления ребенка становится более острой. И если основные симптомы ГР (нарушение внимания, импульсивность, гиперактивность) по мере взросления отчасти компенсируются, отчасти редуцируются, то сопутствующие расстройства, напротив, постепенно выступают на первый план в клинической картине.

Одним из наиболее часто встречаемых коморбидных состояний при ГР являются тревожные расстройства (ТР), включающие генерализованное тревожное расстройство (ГТР), социальное тревожное расстройство (СТР) и фобическое тревожное расстройство (ФТР). В связи с этим понимание механизмов формирования коморбидных ТР у детей с ГР относится к ключевым этапам в построении алгоритмов медикаментозного лечения.

В настоящем исследовании предпринята попытка выделения биохимических маркеров ТР у детей с ГР. Работы по поиску биохимических маркеров ТР ранее предпринимались в середине 90-х годов М. J. Garvey и соавт. [4, 5], однако выделения коморбидных состояний не проводилось. В этих исследованиях у 45 человек, страдающих ГТР, были измерены показатели моноаминов, их предшественников и продуктов метаболизма. Авторы обнаружили устойчивое и статистически достоверное повышение показателей метаболизма норадреналина (гомованилиновая кислота) и серотонина (5-гидроксииндолуксусная

кислота) и отнесли их к биохимическим маркерам тревоги. Иных работ по поведению моноаминов у детей с ТР в мировой литературе обнаружено не было, также как и работ, отражающих особенности метаболизма моноаминов у детей с СТР и ФТР. Более того, отсутствуют данные о биохимических механизмах тревоги у детей в условиях коморбидности тревожных состояний и ГР.

Целью исследования явилась оценка влияния основных симптомов ГР на формирование тревожных расстройств и выделение биохимических маркеров тревожных состояний в условиях коморбидности гиперкинетического и тревожного расстройств у детей.

Материалы и методы исследования

Были обследованы дети с ГР в возрасте 6–10 лет, находящиеся на лечении в НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева: 182 ребенка (128 мальчиков и 54 девочки) с ГР. По клиническим характеристикам группа обследуемых была отобрана в соответствии с диагностическими критериями следующих рубрик МКБ-10: F90.0 (гиперкинетическое расстройство детского возраста), F91.1 (фобическое расстройство в детском возрасте), F91.2 (социальное тревожное расстройство в детском возрасте) и F41.1 (генерализованное тревожное расстройство). Все пациенты основной группы на момент исследования не получали медикаментозную терапию в течение 1 месяца. Оценка степени тяжести ГР проводилась по шкале SNAP-IV. Шкала предназначена для родителей детей с ГР и состоит из 43 вопросов, позволяющих в баллах оценить степень невнимательности, гиперактивности и импульсивности [13]. Степень тяжести определялась по шкале SNAP-IV, позволяющей измерить уровни невнимательности, гиперактивности и импульсивности. Вычисляемые по шкале SNAP-IV референтные пределы показателей нормы составляют: для невнимательности – до 2,13, для гиперактивности – до 1,89 и для импульсивности – до 1,95 условных единиц.

Кроме того, определялись биохимические параметры в суточной моче: содержание дофамина (ДА), норадреналина (НА), адреналина (А) и серотонина (Сер), их метаболитов – гомованилиновой кислоты (ГВК – метаболит ДА), ванилилминдальной кислоты (ВМК – метаболит НА), 5-гидрокситриптофана (5-НТР – метаболит триптофана) и 5-оксииндолуксусной кислоты (5-ОУИК – метаболит серотонина), а также их предшественников – триптофана (Три – предшественник серотонина) и тирозина (Тир – предшественник катехоламинов). Перечисленные биохимические параметры изучались в суточной моче в Независимых лабораториях Северо-Западного центра доказательной медицины методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) с электрохимической детекцией (ЭХД) с учетом возраста пациента и анализом соответствию референтных значений [2, 16]. С целью косвенной оценки состояния ферментных систем обмена моноаминов были рассчитаны величины соотношения продуктов реакции к их предшественникам – ДА/Тир, ГВК/ДА, НА/ДА, А/НА и ВМК/(НА+А) и 5-НТР/Тир. Анализ данных проводился с помощью стандартного пакета прикладных программ «Statistica».

Результаты и их обсуждение

При анализе частоты и структуры тревожных расстройств были получены следующие результаты. Наиболее часто у детей с ГР наблюдалось ГТР (15%), что почти вдвое превышает указанную С. Mancini и соавт. [6] частоту тревожных расстройств (25%) при ГР, но не соответствует довольно высоким показателям частоты коморбидных ГР расстройств (49%), сообщаемой М. Уйсе и соавт. [18]. Некоторые авторы [1] отмечают, что чаще всего при ГР встречаются ГТР, что соответствует нашим данным. СТР и ФТР встречались достоверно реже (по 7%, $p=0,018$) и составили, включая ГТР, в общей сложности 29%.

Оценивая поведение основных симптомов ГР в условиях коморбидности с тревожными расстройствами, мы сравнивали показатели невнимательности, гиперактивности и импульсивности при ГТР, СТР и ФТР. Оказалось, что при ГТР уровень невнимательности достоверно выше, чем уровень гиперактивности ($2,6 \pm 0,35$; $1,86 \pm 0,56$, $p < 0,001$), а уровень гиперактивности, в свою очередь, ниже уровня импульсивности ($1,86 \pm 0,56$; $2,36 \pm 0,59$, $p < 0,005$). При СТР уровень невнимательности, также как и при ГТР, оказался достоверно выше, чем уровень гиперактивности ($2,68 \pm 0,28$; $2,09 \pm 0,51$, $p < 0,001$), а уровень гиперактивности также был ниже уровня импульсивности ($2,09 \pm 0,51$; $2,67 \pm 0,3$, $p < 0,005$). При ФТР мы обнаружили подобную ГТР и СТР картину: уровень невнимательности достоверно выше, чем уровень гиперактивности ($2,63 \pm 0,28$; $1,95 \pm 0,27$, $p < 0,001$), а уровень гиперактивности, в свою очередь, ниже уровня импульсивности ($1,95 \pm 0,27$; $2,75 \pm 0,3$, $p < 0,005$). Таким образом, во всех случаях комор-

бидных тревожных состояний при ГР преобладает уровень импульсивности над невнимательностью и гиперактивностью.

Влияние параметрических показателей основных симптомов ГР (невнимательность, импульсивность, гиперактивность) на формирование тревожных расстройств изучалось методом дисперсионного анализа (табл. 1).

Таблица 1

Влияние уровней невнимательности, импульсивности и гиперактивности на формирование тревожных расстройств основной группы

	ГТР		СТР		ФТР	
	F	p	F	p	F	p
Уровень невнимательности	1,41	0,24	0,23	0,63	1,72	0,19
Уровень гиперактивности	3,51	0,06	0,36	0,55	0,01	0,99
Уровень импульсивности	0,06	0,81	3,09	0,08	6,09	0,01*

Примечания: ГТР – генерализованное тревожное расстройство, СТР – социальное тревожное расстройство, ФТР – фобическое тревожное расстройство, * – $p < 0,05$.

Из табл. 1 видно, что достоверным можно назвать только влияние уровня импульсивности у детей основной группы на формирование фобического тревожного расстройства. Непараметрический метод статистики (Spearman Rank Order Correlations), выполненный для выявления корреляций между повышенными уровнями невнимательности, гиперактивности и импульсивности (относительно референтных возрасту ребенка показателей) и частотой генерализованного, социального и фобического тревожных расстройств выявил достоверную и отрицательную корреляцию с повышенным уровнем невнимательности при ГТР ($R = -0,25$, $p < 0,05$). Таким образом, можно сделать вывод, что повышенный уровень невнимательности снижает вероятность формирования ГТР.

Обобщая полученные данные, можно прийти к следующему умозаключению: импульсивность у детей с ГР способствует формированию только фобического тревожного расстройства, а повышенная невнимательность снижает вероятность формирования генерализованного тревожного расстройства. Промежуточные результаты исследования, безусловно, требуют дополнительного изучения с привлечением более обширного клинического материала и методов. Однако в литературе также нет единого мнения о влиянии основных симптомов ГР на формирование тревожных состояний. Так, в некоторых источниках подчеркивается связь когнитивных нарушений, особенно избирательного внимания и рабочей памяти, с клиникой генерализованного тревожного расстройства [17], когда в результате дефицита базовой когнитивной обработки страдает, прежде всего, переключаемость внимания. Это не

противоречит данным М.Е.Ренна и соавт. [11], относящим дефицит регуляции внимания к центральным механизмам когнитивной дисфункции при ГТР. Относительно роли импульсивности и гиперактивности в формировании тревожных состояний нет единого мнения. К примеру, А.Риго [9] склоняется к тому, что только моторный компонент импульсивности напрямую связан с клинической тяжестью симптомов ГТР, в то время как сам уровень импульсивности определяется влиянием дофаминовой и норадреналиновой систем и зависит от «слабости характера» индивида. Представляет интерес исследование К.Могг и соавт. [7], в котором изучались тревожные состояния у детей. Среди 860 человек сплошной выборки было выделено 67 пациентов с тревожными расстройствами. Обнаружено, что во всех случаях в группе детей с тревожными расстройствами (за исключением специфических фобий или фобических тревожных расстройств) наблюдалось снижение функции внимания по сравнению с остальными обследуемыми – группой детей с ГР и детьми без психической патологии. Некоторые авторы подчеркивают связь специфических фобий с импульсивностью, обращаясь к случаям, когда воздействие основного в патогенезе фобий фрустрирующего стимула вызывает яркие и выраженные реакции в виде импульсивной агрессии [12].

Для понимания механизмов, обеспечивающих подобную своеобразную картину основных симптомов ГР в условиях коморбидности с ТР анализировались биохимические показатели. Анализируемые средние биохимические показатели, выраженные в мкг/сут, следующие: А – 9,11±5,78,

НА – 13,06±6,03, ДА – 118,08±68,63, Сер – 0,16±0,21, Тир – 16,82±7,44, Три – 11,37±5,3, 5-НТР – 0,11±0,24, 5-ОИУК – 3,76±1,51, ГВК – 3,17±1,54, ВМК – 2,23±0,84.

Мы рассматривали корреляционные связи между выраженностью основных симптомов ГР (невнимательности, гиперактивности и импульсивности) и биохимическими параметрами (уровень моноаминов, их предшественников и продуктов метаболизма) при сопутствующих генерализованных, социальных и фобических тревожных расстройствах. Полученные результаты представлены в табл. 2.

Из табл. 2 видно, что при ГТР образуется наибольшее количество достоверных корреляционных зависимостей, которые, в основном, связаны с уровнями гиперактивности и импульсивности и, в меньшей степени, с показателями невнимательности. Уровни невнимательности, гиперактивности и импульсивности положительно коррелируют с 5-ОИУК (продукт обмена серотонина) и отрицательно с отношением ВМК/(А+НА), отражающим активность метаболизма катехоламинов. Чем выше метаболизм серотонина и ниже адреналина/норадреналина, тем выше показатели основных симптомов ГР. Уровень невнимательности при ГТР отрицательно коррелирует с уровнем дофамина, что можно объяснить результатом компенсации биохимического равновесия моноаминовых систем. Дополнительно необходимо отметить отрицательные корреляции между выраженностью гиперактивности и импульсивности и показателями уровня адреналина и норадреналина, отрицательную корреляцию между уровнем триптофана (предшественник тирозина) и

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа между показателями моноаминов, их предшественников и продуктов метаболизма и основными симптомами ГР при генерализованном, социальном и фобическом тревожными расстройствами

Показатели моноаминов, их предшественников и продуктов метаболизма	Генерализованное тревожное расстройство			Социальное тревожное расстройство			Фобическое тревожное расстройство		
	Нев	Гип	Имп	Нев	Гип	Имп	Нев	Гип	Имп
А	-0,31	-0,62*	-0,54*	0,33	0,07	-0,43	0,45	-0,54	0,17
НА	-0,36	-0,38*	-0,30	-0,15	0,10	0,43	0,15	0,08	0,16
ДА	-0,40*	0,01	-0,04	-0,28	-0,04	0,40	0,05	-0,04	-0,05
Сер	0,23	0,21	0,10	-0,37	0,12	0,52	0,02	-0,15	0,57
ВМК	0,13	0,10	0,28	0,49	0,46	0,05	0,41	-0,45	-0,39
Тир	-0,34	-0,46*	-0,48*	0,56	0,40	0,12	0,39	-0,67	-0,67
5-ОИУК	-0,57*	-0,61*	-0,57*	0,35	0,36	-0,01	0,37	-0,32	0,01
ГВК	-0,35	-0,55*	-0,50*	0,17	-0,01	0,37	0,29	-0,16	-0,53
5-НТР	0,23	0,24	0,16	-0,01	0,22	0,36	-0,12	0,44	-0,11
Три	-0,32	-0,61*	-0,59*	-0,17	0,34	0,31	0,58	-0,75*	-0,50
ДА/Тир	-0,08	0,41*	0,56*	-0,88*	-0,40	0,34	-0,13	0,27	0,32
НА/Тир	-0,01	0,09	0,16	-0,97*	-0,41	0,28	-0,15	0,48	0,61
5-НТ/Три	0,28	0,25	0,18	-0,30	0,11	0,53	-0,36	0,72*	0,09
ГВК/ДА	0,12	-0,29	-0,16	0,45	0,17	-0,08	-0,01	0,25	-0,14
НА/ДА	0,04	-0,29	-0,21	0,59	0,48	-0,34	-0,10	0,48	0,51
А/НА	-0,28	-0,45*	-0,41*	0,35	0,11	-0,45	0,47	-0,76*	-0,33
ВМК/(А+НА)	0,51*	0,45*	0,51*	0,31	0,32	0,10	0,02	-0,11	-0,36

Примечания: Нев – показатель невнимательности, Гип – показатель гиперактивности, Имп – показатель импульсивности, * – p<0,05.

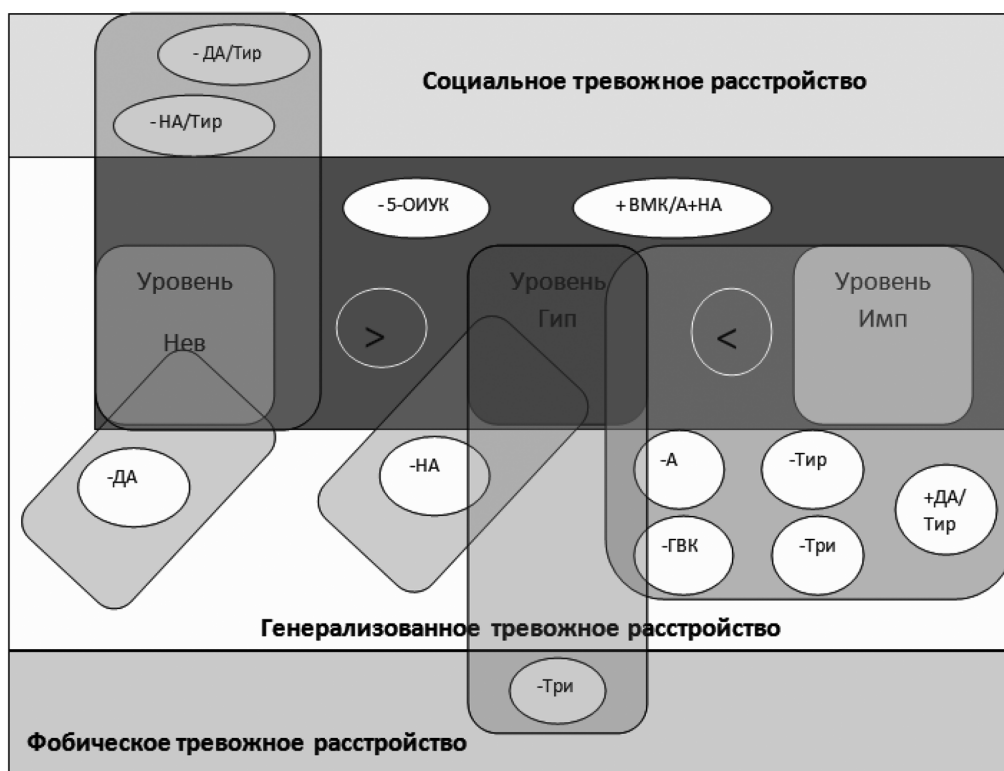


Схема поведения моноаминов при генерализованном, социальном и фобическом тревожных расстройствах у детей с гиперкинетическим расстройством и их связь с невнимательностью, гиперактивностью и импульсивностью

уровнем гиперактивности, а также положительную корреляцию между отношением ДА/Тир и уровнем импульсивности, что свидетельствует в пользу ведущей роли ферментативных систем метаболизма и катаболизма дофамина и норадренергической систем в патогенезе ГТР.

При СТР и ФТР выявлены немногочисленные достоверные корреляционные зависимости (схема). Для СТР они связаны с показателями невнимательности и обратно коррелируют с отношениями ДА/Тир и НА/Тир, что свидетельствует в пользу того, что чем ниже активность ферментативной системы метаболизма норадреналина и дофамина, тем выше показатель невнимательности у детей с ГР. Достоверной связи основных показателей ГР с активностью серотониновой системы при СТР не обнаружено. Для ФТР достоверные корреляции обнаружены с показателем гиперактивности: отрицательные корреляции с предшественником серотонина триптофаном и отношением А/НА, косвенно отражающими активность ферментов преобразования катехоламинов, и положительные — с отношением 5-НТ/Три, косвенно отражающим активность ферментов образования серотонина.

Выводы

У детей с гиперкинетическим расстройством в условиях коморбидности с тревожными состояниями повышение уровней невнимательности и/или гиперактивности с импульсивностью снижают вероят-

ность формирования тревожных расстройств. Таким образом, складывается впечатление, что не только гиперкинетическое расстройство создает предпосылки для формирования тревожных расстройств, но и сами сопутствующие тревожные расстройства ослабляют основные симптомы ГР. И во всех случаях условием формирования тревожных расстройств у детей с гиперкинетическим расстройством является достоверно высокий относительно других симптомов уровень импульсивности, что свидетельствует в пользу центральной роли импульсивности в патогенезе рассматриваемых коморбидных состояний.

По данным литературы, симптомы тревоги часто наблюдаются у пациентов с другими психическими расстройствами. Эпидемиологические исследования среди населения в целом показывают, что тревожные расстройства вне зависимости от возраста имеют распространенность примерно 21%, и значительное число пациентов с тревожными расстройствами не полностью отвечают на лечение [8]. Беспокойство и импульсивность являются двумя основными факторами риска суицидальности [9]. Импульсивность играет важную роль во многих психопатологических состояниях, она не является унитарным явлением и влияет на патогенез, течение, клиническую тяжесть многих психических расстройств [9, 13]. По мнению некоторых авторов, импульсивность может быть результатом взаимодействия нескольких компонентов. Традиционно указывалось, что импульсивность демонстрирует отрицательную связь с тревогой.

Такой подход основывался на теоретическом предположении, что тревога ориентирует человека на потенциальную опасность и способствует подавлению поведения в условиях повышенной угрозы [10]. На практике же, напротив, выявляется высокая частота коморбидности между тревожными расстройствами и расстройствами импульсного контроля [10]. Необходимы дальнейшие исследования для диагностики уровня импульсивности при тревожных расстройствах, а также для оценки влияния импульсивности на исходы тревожных расстройств [9]. Следует установить, может ли снижение импульсивности привести к снижению тревожности или, наоборот, может ли снижение тревожности привести к снижению импульсивности [15].

Ключевую роль в этом процессе играет серотониновая система, ослабление влияния которой, вероятно, способствует формированию сопутствующих тревожных расстройств: в большей степени – генера-

лизованного тревожного расстройства, в меньшей – социального тревожного. Во всех случаях отмечается изменение обмена моноаминов, чья роль выражается больше в ослаблении ферментативных систем, осуществляющих функцию катаболизма и метаболизма катехоламинов и выражающейся, если можно максимально обобщить, в ослаблении энергетической системы биосинтеза звеньев дофаминовой и норадренергической систем. Выявленные биохимические особенности у детей с ГР в условиях сочетания с тревожными состояниями могут объяснить феномен «подострой алекситимии», отмеченный R. Donfrancesco и соавт. [3], который возникает в условиях присоединения тревожных расстройств и характеризуется негрубым снижением способности к восприятию собственных эмоций и чувств, что косвенным образом подтверждает гипотезу об истощении компенсаторных механизмов при ГР, приводящем к присоединению тревожных состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чутко Л.С., Айкбеков К.А., Лапшина О.В., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С., Яковенко Е.А., Анисимова Т.И. Коморбидные тревожные расстройства при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью // Журн. неврол. и психиатр. 2008. Т. 108, № 3. С. 34–39.
2. Энциклопедия клинических лабораторных тестов. М.: ЮНИМЕД-пресс, 2003.
3. Donfrancesco R., Di Trani M., Gregori P., Auggiano G., Melegari M.G., Zaninotto S., Luby J. Attention-deficit/hyperactivity disorder and alexithymia: a pilot study // Atten. Defic. Hyperact. Dis. 2013. Vol. 5, N 4. P. 361–367.
4. Garvey M.J., Noyes R.J., Woodman C., Laukes C. Relationship of generalized anxiety symptoms to urinary 5-hydroxyindoleacetic acid and vanillylmandelic acid // Psychiatry Res. 1995. Vol. 29, N 1. P. 1–5.
5. Garvey M.J., Noyes R.J., Woodman C., Laukes C. The association of urinary 5-hydroxyindoleacetic acid and vanillylmandelic acid in patients with generalized anxiety // Neuropsychobiology. 1995. Vol. 31, N 1. P. 6–9.
6. Mancini C., Van Ameringen M., Oakman J.M., Figueiredo D. Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders // Psychol. Med. 1999. Vol. 29, N 3. P. 515–525.
7. Mogg K., Salum G.A., Bradley B.P., Gadelha A., Pan P., Alvarenga P., Rohde L.A., Pine D.S., Manfro G.G. (2015). Attention network functioning in children with anxiety disorders, attention-deficit/hyperactivity disorder and non-clinical anxiety // Psychol. Med. 1999. Vol. 45, N 12. P. 2633–2646.
8. Nutt D., Ballenger J. Anxiety Disord: Wiley-Blackwell, 2005.
9. Piero A. Personality correlates of impulsivity in subjects with generalized anxiety disorders // Comprehen. Psych. 2010. Vol. 51. P. 538–545.
10. Preve M., Mula M., Maltini E., Pini S. Panic-agoraphobic spectrum symptoms are associated with impulsivity in bipolar disorder // Ann. Depress Anxiety. 2014. N 1. P. 1016.
11. Renna M.E., Seeley S.H., Heimberg R.G. et al. Increased Attention Regulation from Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder // Cogn. Ther. Res. 2018. Vol. 42. P. 121–134.
12. Schröder A., Vulink N., Denys D. Misophonia: Diagnostic Criteria for a New Psychiatric Disorder. PLoS ONE 8(1): e54706.
13. Swann A., Pazzaglia P., Nicholls A., Dougherty D.M., Moeller F.G. Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder // J. Affect. Dis. 2003. Vol. 73. P. 105–111.
14. Swanson J.M. School-based assessments and interventions for ADD students. Irvine: K.C. Publishing, 1992.
15. Taylor C.T., Hirshfeldt-Becker D.R., Ostacher M.J., Chow C.W., LeBeau R.T., Pollack M.H., Nierenberg A.A., Simon N.M. Anxiety is associated with impulsivity in bipolar disorder // J. Anxiety Dis. 2008. Vol. 22. P. 868–876.
16. Textbook of Clinical Chemistry and Molecular Diagnostics. 4 ed. Elsevier: New Delhi; 2006.
17. Yang Y., Zhang X., Zhu Y., Dai Y., Liu T., Wang Y. Cognitive impairment in generalized anxiety disorder revealed by event-related potential N270[J] // Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2015. Vol. 11. P. 1405–1411.
18. Yüce M., Zoroglu S., Ceylan F., Kandemir H., Karabekiroglu K. Psychiatric comorbidity distribution and diversities in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder: a study from Turkey // Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2013. Vol. 9. P. 1791–1799.

БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Р.Ф. Гасанов, И.В. Макаров, Д.А. Емелина

Биохимические маркеры тревожных состояний у детей с гиперкинетическим расстройством (ГР) практически не исследованы, хотя для терапевтического вмешательства в условиях коморбидности ГР и тревожных расстройств чрезвычайно необходимы эти данные. Целью проведенного исследования явилась оценка влияния основных симптомов гиперкинетического расстройства на формирование тревожных расстройств, а также выделение биохимических маркеров тревожных состояний в условиях коморбидности гиперкинетического и тревожного расстройств у детей.

Материалы и методы. Нами было обследовано 182 ребенка с ГР в возрасте 6–10 лет. Выделялись сопутствующие генерализованное, социальное и фобическое тревожные расстройства. Оценивалась выраженность основных симптомов ГР, изучалось содержание моноаминов, их предшественников и продуктов метаболизма в суточной моче. Оценка основных клинических симптомов (невнимательности, гиперактивности, импульсивности) проводилась по шкале SNAP-IV.

Результаты исследования поддерживают гипотезу о повышении уровня импульсивности в условиях коморбидности гиперкинетического и тревожных расстройств у детей. Ключевую роль в этом процессе играет серотониновая система, ослабление влияния которой, вероятно, способствует формированию сопутствующих тревожных расстройств, в большей степени, – генерализованного тревожного расстройства, в меньшей, – социального тревожного. Роль катехоламинов выражается в ослаблении ферментативных систем, осуществляющих функцию их катаболизма и метаболизма, таким образом ослабляя энергетическую систему биосинтеза звеньев дофаминовой и норадренергической систем.

Ключевые слова: гиперкинетическое расстройство, синдром дефицита внимания, импульсивность, генерализованное тревожное расстройство, социальное тревожное расстройство, фобическое тревожное расстройство, дофаминергическая система, норадренергическая система, серотониновая система, невнимательность, гиперактивность, импульсивность.

BIOCHEMICAL MARKERS OF ANXIETY DISORDERS IN CHILDREN WITH HYPERKINETIC DISORDER

R.F. Gasanov, I.V. Makarov, D.A. Emelina

Biochemical markers of anxiety states in children with hyperkinetic disorder (HD) has not been fully studied, although these data are extremely important for therapeutic intervention in conditions of comorbidity of HD and anxiety disorders. The aim of the study was to assess the influence of the main symptoms of HD on the formation of anxiety disorders and to allocate the biochemical markers of anxiety conditions in cases of HD and anxiety comorbidity in children.

Materials and methods. We examined 182 children with HD at the age of 6–10 years. Concomitant generalized, social, and phobic anxiety disorders were distinguished. We evaluated severity of the main symptoms of HD, studied the content of monoamines, their precursors and metabolic products in daily urine. Assessment of the main clinical symptoms (inattention, hyperactivity, impulsivity) was carried out on the SNAP-IV scale.

The results of the study support the hypothesis that comorbidity of HD and anxiety disorders in children increases level of impulsiveness. The key role in this process is played by the serotonin system, the weakening of which probably contributes to the formation of concomitant anxiety disorders: to a greater extent - generalized anxiety disorder, and to a lesser extent - social anxiety disorder. The role of catecholamines is expressed by a weakening of enzymatic systems responsible for their catabolism and metabolism and also expressed by a decrease of biosynthesis of dopamine and noradrenergic system units.

Key words: hyperkinetic disorder, attention deficit disorder, impulsivity, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, phobic anxiety disorder, dopaminergic system, noradrenergic system, serotonin system, carelessness, hyperactivity, impulsivity.

Гасанов Рауф Фаикович – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения детской психиатрии НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева; e-mail: raufgasanov@mail.ru

Макаров Игорь Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения детской психиатрии НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева, профессор кафедры психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И.И.Мечникова, главный детский специалист психиатр Минздрава России в СЗФО, председатель секции детской психиатрии РОП; e-mail: ppsy@list.ru

Емелина Дарья Андреевна – кандидат медицинских наук, младший научный сотрудник отделения детской психиатрии НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева; e-mail: dashaberkos@mail.ru

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ТРЕВОГИ И АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ

И.В. Прощенко, Н.Е. Максимова, А.О. Римашевская, Л.А. Мурашова

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Тревога изо дня в день становится неотъемлемым компонентом современной жизни. Ее можно наблюдать в совершенно различных жизненных ситуациях. Она характеризует собой эмоциональный процесс средней продолжительности, который отражает субъективный, непосредственный, оценочный и бессознательный анализ данной ситуации и выражается в ощущении неопределённости наступления в будущем неблагоприятных событий. Рассматривая тревогу с позиции стресса Г.Селье, можно говорить об относительной пользе данного состояния, так как тревога, будучи первым этапом адаптации, мобилизует защитные силы организма и помогает справиться с кратковременными сверхинтенсивными воздействиями на психику [9].

Впервые тревогу, как психологический феномен, выделил Зигмунд Фрейд. Согласно его учению, тревога является присущим «Эго» механизмом, сигнализирующем личности о грядущих опасностях и вследствие, вынуждающего «Эго» реагировать адекватными способами адаптации к новым условиям, выбирая приемлемый в данном случае. Но как быть подросткам, механизмы эмоционального реагирования которых на стресс еще находятся на стадии формирования и несовершенны? Зачастую им не хватает ресурсов. Поэтому применяя даже достаточно конструктивные стратегии психологической защиты не всегда удается достичь желаемого эффекта [5].

Помимо непосредственно тревоги, можно выделить тревожность, как черту личности. Эти понятия употребляются в разных ситуациях. Если тревога, это негативно окрашенное чувство неопределенности, дискомфорта, неуверенности, ожидания приближения катастрофы, то тревожность можно рассматривать, как относительно устойчивую и неизменную во времени черту личности индивида. Ее также можно использовать в качестве одного из основных параметров индивидуальных различий. В некоторых случаях можно говорить о сочетании тревожного расстройства и черт личности.

Тревога, как неспецифический синдром, встречается в составе практически всего спектра психических, неврологических и некоторых соматических расстройств, а также у здоровых людей, переживающих последствия психической травмы, у лиц с отклоняющимся поведением [4]. Также тревога входит в состав одного из самых распространенных в психиатрии синдромов – тревожно-депрессивного. Согласно данным ВОЗ за 2018 год, депрессия является одной из ведущих причин заболеваемости и инвалидности среди подростков во всем мире.

На данный момент принято выделять ситуативную и личностную тревожность [8]. Ситуативная возникает, когда благополучию и спокойствию непосредственно угрожает некое неприятное событие, к примеру экзамен. По прошествии экзамена – прекратится и тревога. В подростковом возрасте тревожность начинает опосредоваться Я-концепцией ребенка, превращаясь в черту характера [7]. У подростков Я-концепция очень часто бывает противоречивой, им трудно воспринимать и адекватно оценивать позитивные и негативные события своей жизни. Неуверенность в этом случае подкрепляет отрицательный эмоциональный опыт и приводит к устойчивому формированию личностной тревожности [6].

Еще одной причиной повышения тревожности можно назвать формирование у подростков психастенической акцентуации характера, основной чертой которой являются тревожно-мнительные реакции. В свою очередь подобная стратегия поведения приводит к неуверенности в своих силах и мешает подросткам в обучении и налаживании межличностных связей.

При обследовании подростков-школьников можно выделить особый собирательный тип тревожности – школьная тревожность. Ее можно рассмотреть, как специфический вид тревожности, характерный для определенного класса ситуаций – ситуаций взаимодействия ученика с различными компонентами образовательной среды школы [3]. Чрезмерно высокий уровень тревожности, который характеризуется повышением частоты переживания состо-

яния тревоги, указывает на дезадаптивную реакцию, которая проявляется в общей дезорганизации поведения и деятельности подростка. Подобное интенсивное, дезорганизующее учебную деятельность переживание тревожности рассматривается как системообразующий признак школьной дезадаптации и как характеристика неконструктивного протекания процесса адаптации.

Наиболее лабильные к эмоциональным перепадам и воздействию психологического стресса – группа школьников среднего и старшего звена. Подростковый возраст – поистине уникальный момент формирования зрелой личности. На него приходится как «кризис семи лет», так и период полового созревания [10]. Именно в эти годы происходит столкновение с множеством неблагоприятных факторов, влияющих на психическое здоровье. К ним можно отнести как социально-экономические, так и внутрисемейные. Сталкиваясь с жестоким обращением или насилием, подростки закрепляют эмоциональный механизм реагирования, что в дальнейшем ведет к проблемам в рамках межличностного общения и невозможности контролировать свои эмоциональные переживания. Утрата эмоционального самоконтроля ведет к риску увеличения агрессивного и аутоагрессивного поведения. По данным ВОЗ, самоубийства являются третьей по значимости ведущей причиной смертности в возрастной группе 15–19 лет.

Очень часто одним из способов «замаскировать» школьную тревожность являются агрессивные тенденции. Наиболее распространёнными проявлениями агрессивности можно назвать: повышение голоса, злословие, оскорбления, принуждение, физическое воздействие [2]. Среди форм агрессивного поведения выделяют такие как: вербальная агрессия (ВА) – человек вербально выражает свое агрессивное отношение к другому человеку, использует словесные оскорбления; физическая агрессия (ФА) – человек выражает свою агрессию по отношению к другому человеку с применением физической силы; предметная агрессия (ПА) – человек срывает свою агрессию на окружающих его предметах; эмоциональная агрессия (ЭА) – у человека возникает эмоциональное отчуждение при общении с другим человеком, сопровождаемое подозрительностью, враждебностью, неприязнью или недоброжелательностью по отношению к нему; самоагрессия (СА) – человек не находится в мире и согласии с собой; у него отсутствуют или ослаблены механизмы психологической защиты; он оказывается беззащитным в агрессивной среде [1].

Цель: исследование взаимосвязи тревоги и агрессивного поведения у учеников старшей школы.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие учащиеся 10 и 11 классов МБОУ СОШ №4 (42 чел.); средний возраст $16,0 \pm 0,3$.

Психодиагностическое исследование выполнено с помощью аппаратно-диагностического комплекса «Мультипсихометр-05» на базе лаборатории психодиагностики Тверского государственного медицинского университета. В качестве диагностического инструментария использовался опросник Л.Г.Почебут, применяемый для оценки агрессивного поведения. Количественно оценивались такие показатели как вербальная агрессия (ВА), физическая агрессия (ФА), предметная агрессия (ПА), эмоциональная агрессия (ЭА) и самоагрессия (СА). Показатели каждой шкалы варьируют от 0 и до 7 баллов. Если сумма баллов по шкале выше 5 баллов, это означает высокую степень агрессивности и низкую степень адаптивности. Сумма баллов от 3 до 4 соответствует средней степени агрессии и адаптированности. Сумма баллов от 0 до 2 означает низкую степень агрессивности и высокую степень адаптированности по данному типу поведения. Затем суммируются баллы по всем шкалам. Если сумма превышает 25 баллов, это означает высокую степень агрессивности человека, его низкие адаптационные возможности. Сумма баллов от 11 до 24 соответствует среднему уровню агрессивности и адаптированности. Сумма баллов от 0 до 10 означает низкую степень агрессивности и высокую степень адаптированного поведения [8].

Для диагностики тревожности использовалась методика Спилбергера-Ханина, которая оценивает два параметра: ситуативная и личностная тревожность. Отдельно интерпретируются суммы баллов по обоим шкалам. Сумма баллов до 30 говорит о низком показателе тревожности, от 31 до 44 – умеренном и сумма равная 45 и более – приравнивается к высокому показателю тревожности.

Обработка данных осуществлялась при помощи компьютерной программы для статистической обработки SPSS Statistics 22.

Результаты и обсуждение

Наиболее выраженными формами агрессивного поведения (табл. 1) являлись самоагрессия ($3,4 \pm 1,8$) и вербальная агрессия ($3,2 \pm 1,9$). Такие формы как физическая агрессия ($2,9 \pm 1,8$), предметная агрессия ($2,9 \pm 1,8$), эмоциональная агрессия ($2,0 \pm 1,3$) были менее выражены.

Высокая степень выраженности самоагрессии была выявлена у 30% школьников (рис. 1); эмоциональной агрессии – у 5%; предметной агрессии – у 23%; физической агрессии – у 16%; вербальной агрессии – у 23%.

Личностная тревожность преобладала над ситуационной: $40,0 \pm 13,6$ против $37,1 \pm 11,1$ (табл. 2).

Высокая степень выраженности личностной тревожности была выявлена у 41% школьников, ситуационной тревожности – у 21% (рис. 2).

Ситуативная и личностная тревожность были связаны с предметной, эмоциональной и аутоагрессией (табл. 3).

Таблица 1

Формы агрессии у школьников

	Среднее значение	Стандартное отклонение
Вербальная агрессия	3,24	±1,92
Физическая агрессия	2,95	±1,9
Предметная агрессия	2,93	±1,81
Эмоциональная агрессия	2,07	±1,37
Самоагрессия	3,45	±1,81

Таблица 2

Формы тревожности у школьников

	Среднее значение	Стандартное отклонение
Ситуативная тревожность	37,14	±11,1
Личностная тревожность	40,02	±13,59

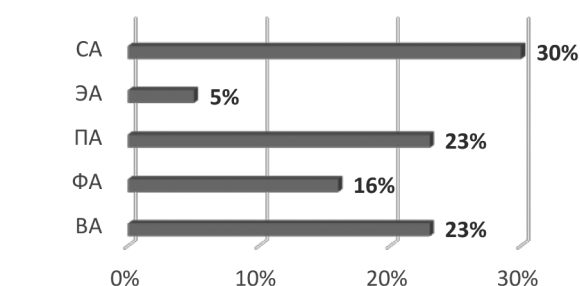


Рис. 1. Высокая степень выраженности форм агрессии у школьников

Примечания: СА – самоагрессия, ЭА – эмоциональная агрессия, ПА – предметная агрессия, ФА – физическая агрессия, ВА – вербальная агрессия.

Таблица 3

Корреляции параметров тревожности и агрессии

	ВА	ФА	ПА	ЭА	СА
СТ	$r = 0,288$ $p = 0,065$	$r = 0,024$ $p = 0,879$	$r = 0,392^*$ $p = 0,01$	$r = 0,666^{**}$ $p = 0,0001$	$r = 0,452^{**}$ $p = 0,003$
ЛТ	$r = 0,274$ $p = 0,079$	$r = -0,186$ $p = 0,239$	$r = 0,515^{**}$ $p = 0,0001$	$r = 0,538^{**}$ $p = 0,0001$	$r = 0,599^{**}$ $p = 0,0001$

Примечания: r – коэффициент корреляции Спирмена; p – уровень значимости.

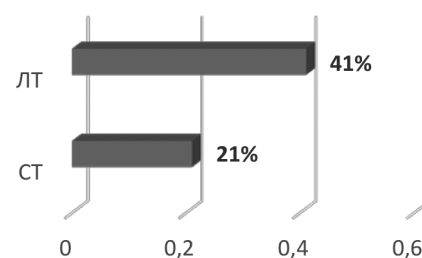


Рис. 2. Высокая степень выраженности форм тревожности у школьников

Примечания: ЛТ – личностная тревожность, СТ – ситуативная тревожность

Выводы

При исследовании уровня тревожности у школьников, выявлено, что преобладающим типом является личностная тревожность, высокую степень выраженности которой продемонстрировал 41% опрошенных.

У старшеклассников с 10 по 11 классы преобладает самоагрессия, которой подвержен каждый третий школьник. Второй значимой формой агрессии является вербальная агрессия, использует оскорбления и нецензурную лексику и предметная агрессия, направленная на окружающие предметы.

С ростом тревожности коррелирует агрессивное поведение. Подростки во всех ситуациях, вызывающих тревогу, проявляют сразу три вида агрессии: предметную, эмоциональную и аутоагрессию.

Таким образом, психологическое состояние старшеклассников неудовлетворительное. Интеллектуальные и эмоциональные нагрузки, боязнь будущего, необходимость принимать важные решения, связанные с учебой и дальнейшей жизнью, способствуют истощению психологической защиты и состоянию хронического стресса, приводящего к возрастанию тревожности и агрессии, справиться с которыми самостоятельно подростки уже не могут.

Обязательны профилактические мероприятия, направленные на девиантное поведение и суицидальное поведение (преимущественно у подростков, с повышенной личностной тревожностью).

ЛИТЕРАТУРА

- Бобровникова, Н. С. Исследование проявлений агрессивности первокурсников колледжа // Молодой ученый. 2016. № 1. С. 621–624.
- Калашникова Ю.М., Новикова Ю.А., Проценко И.В., Максимова Н.Е. Формирование смысловых ориентаций у студентов, как ведущий фактор становления личности // Верхневолжский медицинский журнал. 2018. Т. 17. № 4. С. 22–24.
- Касьянова Е.И. Теоретический анализ коммуникативной толерантности / Е.И. Касьянова Н.И., Р.Н.Виноградова // Ученые записки ЗабГУ. Серия: Философия, социология, культурология, социальная работа. 2014. № 4. С. 28–34.
- Литвиненко Н.В. Школьная тревожность как показатель нарушения адаптации школьников к образовательной среде // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 5. С. 627–631.
- Максимова Н.Е., Маринкова М.А., Проценко И.В., Тревожность, как фактор развития обсессивно-компульсивного расстройства у студентов / Верхневолжский медицинский журнал. 2017. Т. 16. № 3. С. 26–28.
- Максимова Н.Е., Карасева Е.А., Гусева Э.Т. Сравнительный анализ суицидальной готовности на основе применения аппарата психофизиологической диагностики «sms» у подростков группы суицидального риска // Психиатрия: современные тенденции охраны психического здоровья Сборник научных трудов / Под ред. Е.В. Руженской. Иваново, 2017. С. 104–108.
- Маленова А.Ю., Малога К.В. Школьные трудности и способы их преодоления в подростковом возрасте // Вестник Омского университета. Серия «Психология». 2016. № 3. С. 39–45.

8. Малкова Е.Е. Возрастная динамика проявлений тревожности у школьников // Вопросы Психологии. 2009. № 4. С. 24–32.
9. Микляева А.В., Румянцева П.В. Школьная тревожность: диагностика, профилактика, коррекция. СПб.: Речь, 2004. 248 с.
10. Прихожан, А. М. Причины, профилактика и преодоление тревожности // Психологическая наука и образование / Ред. В.В.Рубцов, А. А.Марголис, В.А.Гуружапов. 1998. № 2. С. 11–18.
11. Прихожан, А. М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. СПб.: Питер, 2009. 192 с.
12. Проценко И.В., Максимова Н.Е. Основные принципы работы координаторного центра суицидальной превенции по Тверской области // Верхневолжский медицинский журнал. 2018. Т. 17. № 4. С. 15–17.
13. Римашевская А.О., Проценко И.В. Распространенность депрессивных расстройств среди жителей города Твери // Молодёжь и медицинская наука Материалы V Межвузовской научно-практической конференции молодых ученых. 2018. С. 367–371.
14. Сальников С.В., Проценко И.В. Депрессия и обструктивное апноэ сна // Молодёжь и медицинская наука Статьи VI Всероссийской межвузовской научно-практической конференции молодых ученых с международным участием. Тверь, 2019. С. 375–379.
15. Селье Г. Стресс без дистресса / [Пер. с англ. А.Н. Лука и И.С. Хоролы] / Под ред. М. Крепса. М.: Прогресс, 1979. 124 с.
16. Селянина М.Н., Максимова Н.Е. Бригадный метод оказания специализированной помощи детям раннего возраста // Психиатрия. 2018. № 2. С. 55–63.
17. Соловьева, С.Л. Тревога и тревожность: теория и практика // Медицинская психология в России. 2012. № 6 (17).

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ТРЕВОГИ И АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ

И.В. Проценко, Н.Е. Максимова, А.О. Римашевская, Л.А. Мурашова

Тревожные состояния все чаще стали регистрироваться у детей школьного возраста. Тревога, являясь мультифакторным состоянием, оказывает влияние на все сферы деятельности подростка. В статье представлены результаты исследования психологического состояния школьников старших классов. Методом анкетирования исследовалась распространенность тревожных расстройств и агрессивных

тенденций. Между этими состояниями обнаружена двусторонняя корреляция. Высокую степень выраженности имели такие параметры, как личностная тревожность и самоагрессия.

Ключевые слова: школьники старших классов, тревожные состояния, стресс, агрессивное поведение.

RESEARCH OF THE RELATIONSHIP OF ALARM AND AGGRESSIVE BEHAVIOR IN SENIOR SCHOOLCHILDREN

I.V. Prochshenko, N.E. Maksimova, A.O. Rimashevskaya, L.A. Murashova

Anxiety disorders are increasingly beginning to be registered in school-age teenagers. Anxiety, as a multifactorial condition, has an impact on all spheres of activity of the teenager. The article presents the results of a study of the psychological state of high school students. The questionnaire was used to

study the prevalence of anxiety disorders and aggressive tendencies. Bilateral correlation was found between these states. A high degree of severity had such parameters as personal anxiety and self-aggression.

Key words: high school students, anxiety, stress, aggressive behavior.

Проценко Ирина Валерьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет»; e-mail: proshenko78@inbox.ru

Максимова Наталья Евгеньевна – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет».

Мурашова Лада Анатольевна – кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии и философии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет».

ставимы с таковыми в общей популяции, в то время как у мужчин выявляется более низкий уровень маскулинности. M.R.Heare и соавт. [7] описали случай, когда у молодого гомосексуального мужчины с коморбидным злоупотреблением амфетаминами в маниакальном эпизоде на фоне гиперсексуальности возникло желание быть женщиной, что было купировано терапией вальпроевой кислотой и нейролептиками. Следует отметить, что как в отечественных, так и в большинстве зарубежных исследований РПИ БАР диагностировалось редко, что, возможно, связано с общей с проблемой гиподиагностики БАР и, в целом, методологическими упущениями, приводящими к гиподиагностике сопутствующей РПИ психопатологии. К подобным методологическим ошибкам можно отнести отсутствие объективного анамнеза при сборе информации о пациенте, имплицитную установку специалистов по психическому здоровью на работу с жалобами пациентов и недостаточное внимание к особенностям невербального и вербального поведения и др. [2].

Цель исследования – анализ взаимовлияния эндогенных аффективных расстройств и половой дисфории.

Материал и методы исследования

Обследовано 50 пациентов (24 муж. и 26 жен.), обратившихся с запросом на смену пола, из них 38 (20 муж., 18 жен.) с шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра (F20–F29), 12 (4 муж. и 8 жен.) с БАР (3 чел. – БАР I типа, 5 чел. – БАР II, 4 чел. – с циклотимией) (F31, F34.0).

Критерии исключения из исследования: наличие психогенных депрессивных расстройств, очевидно связанных с полоролевым конфликтом.

Основной метод исследования – клинико-психопатологический.

Результаты

В результате анализа удалось выделить наиболее часто встречающиеся варианты взаимовлияния половой дисфории и аффективных расстройств.

Вариант 1. Отсутствие связи между аффективными состояниями и половой дисфорией. В этих случаях больные отмечали (напр., случай М., БАР II) периоды, длящиеся недели и месяцы, крайне подавленного настроения, слезливости, низкой самооценки, ненависти к себе, и состояния с выраженной активностью, когда веселое настроение сопровождается беспричинной радостью и эйфорией. Дискомфорт от своего пола временами то усиливается, то ослабевает, при этом больные утверждают, что это никак не связано с депрессией, или, наоборот, подъемом настроения. М. сообщала, что в 12–13 лет ей хотелось быть «женственной», позже хотелось выглядеть «бесполом», а в 14–15 лет нравилось, когда принимали за мальчика, причем связь с настроением здесь также не прослеживалась. Через

полгода терапии стала приходить на приемы к врачу с женской прической «каре», на лице появился макияж (неяркая губная помада, подведены глаза), на пальцах рук маникюр. Говорит о себе в женском роде, не испытывает дискомфорта от обращения к ней по паспортному имени. За время наблюдения наблюдался один гипоманиакальный эпизод. В это время также не высказывала жалоб на гендерное несоответствие, идей смены пола не высказывала. О том, что желала сменить пол, в настоящее время вспоминает как о тяжком периоде своей жизни.

В некоторых случаях отмечают только поведенческие признаки без субъективного описания аффективных состояний. Так, больная К. (шизотипическое расстройство), рассказывает, что с 23-х лет наблюдает за собой «перекося в мужскую сторону», объясняет это тем, что появилась компания, в которой можно вести себя как мужчина, стала носить мужские рубашки, галстуки, «надевала бы пиджаки, да грудь не позволяет». В 27–28 лет стала появляться «женская сторона, поняла, что «могу быть красивой женщиной и вряд ли смогу быть чисто мужчиной». В эти периоды надевает «женское с рюшами и кружевами». «В социальных взаимодействиях могу быть женщиной: например, в автосервисе женщине проще договориться». Иногда бывают состояния, когда чувствует себя «ровненько», при этом никаких мыслей о своей половой принадлежности нет. В то же время отрицает связь настроения с мыслями о той или иной половой принадлежности.

Вариант 2. Связь маниакального состояния с женской идентификацией у биологических женщин и мужчин. В случае больной Б. (БАР I) в детстве наблюдалось состояние, которое можно было бы квалифицировать как гипоманию: с «патологической тягой к общению», когда, например, могла подойти на улице к незнакомым детям и «с лету» сказать «я Маша, давай дружить», отпугивала их этим. Была «гиперактивной», ко всем приставала, в магазине, автобусе и пр. В садике нравился мальчик, говорила «зацелую его», на реплику матери, что вызовут милицию, отвечала «милицию тоже зацелую». Могла несколько дней подряд писать одну и ту же дату в тетради «интересно, заметит учитель или нет?». Пыталась часто обратить на себя внимание: все сажали растения – она выдергивала их обратно; рисовали стенгазету – она портила ее; свой телефон спрятала в сумку учительницы – «интересно, как поведет себя, когда все ищут его?!». В 12–13 лет изменилось поведение, стала закрытой, часто отмечалось подавленное настроение, царапала себе предплечье. Сначала ходила в стиле «эмо», потом – в стиле «гот». Публично, демонстративно страдала, рассуждала о несправедливости мира – «все глупо и несправедливо, поэтому буду страдать». Суицидальных мыслей не высказывала, но в письмах, в переписке с подругами говорила о теме суицида. В 14–15 лет состояние меняется: настроение стано-

вится приподнятым, появляется оптимизм и желание рисковать, проявляется «нарочито женское поведение» – носила косы, подчеркнуто женскую одежду, как «гламурная Барби», слишком высокие сапоги, мини юбку, использовала помаду. Затем появились депрессивные состояния, «жизнь не нравилась», актуализировались переживания несоответствия пола.

В данном случае очевидно, что развитие гипомании в период до полового созревания не сопровождается симптомами половой дисфории, а такие же состояния после пубертата сопровождаются утрированно женским поведением.

В случае больного М. (параноидная шизофрения) в течение последних 2-х лет отмечалось апатичное, депрессивное состояние, снижение массы тела, обращался к психологу. На приеме: одет в мужскую одежду, говорит о себе в мужском роде, представляется как «Максим». Преобладают «позные» движения, мимика обеднена. Речь быстрая, захлебывается словами. Настроение приподнятое. Мышление непоследовательное, ускоренного темпа, с «соскальзываниями». Последнее время отмечает легкое, веселое расположение духа, позиционирует себя «тихой, милой, улыбающейся барышней». Хорошее самочувствие объясняет решением стать женщиной.

Случай больной К. с диагнозом «диссоциативное расстройство множественной личности, БАР» представляется наиболее интересным. В возрасте 12 лет из интернета узнала о «трансгендерности», тогда ей представилось, что «будущего нет, что никто не будет любить, если узнает, кто я такой». Возникло желание покончить жизнь, броситься под машину или поезд, но мысли о суициде прошли сразу после того, как появился человек (педагог по аккордеону), который ее понял. В возрасте 18–19 лет почувствовала спад настроения, смутное беспокойство, тревогу, которая сопровождалась потерей ощущения своей половой принадлежности, «не знала, кто я, какого пола». По окончании этого периода вдруг ощутила, что является девушкой («в зеркале вместо своего отражения увидела девушку»). Испытала радостное чувство, подъём настроения и воодушевление. В течение двух лет жила в женском образе: стала носить бюстгальтер, отпустила длинные волосы, стали нравиться парни («но не так сильно, как девушки до этого»). В возрасте 20 лет после еще одного эпизода, когда в течение некоторого времени испытывала эмоциональный дискомфорт, подавленность и неопределенность своей половой принадлежности, снова стала ощущать себя мужчиной. С этого времени по настоящее время постоянно носит мужскую одежду и отзывается на мужское имя. В дальнейшем события двухлетнего периода женской роли вспоминала как некую чужую жизнь, причем ее обстоятельства помнила нечетко, смутно. Встречи, дела и пр., которые имела «Катя», не относил к себе, «не

идентифицировал с собой». О периоде, когда жила в женском поле, говорит в третьем лице, «она жила и совершала поступки, о которых я узнаю от окружающих», «очень смутно помню все, что связано с ней, с Катей». На вопрос, желала бы она возвращения этой ее ипостаси отвечает, что «я не она, не Катя, я бы дала ей шанс, но хочется быть собой». Этим летом вдруг «начал скучать по ней как по дороговому, родному человеку». В последние дни до обращения в МГПЭЦ временами возвращалось чувство подавленности, тревожности и неопределенности своего пола. В дневниках отмечала, что «22 и 23 апреля статус менялся с крайне необычной для меня скоростью и частотой. Так еще не бывало. Я в зеркале видел Катю несколько раз. Поэтому пока избегаю смотреть в отражение. Успел прийти в отчаяние от мысли, что придется опять менять все, опять объясняться, чувствовать страх, что не примут: «Я примерно минуты 3–4 смотрел на все глазами Кати и двигался как она. Совершенно произвольно. И говорил как она. При этом я был собой. Ведь я никогда не был девушкой. Это тоже напугало».

Вариант 3. Связь депрессивного состояния с мужской идентификацией. Обращение по поводу выраженной половой дисфорией в состоянии депрессии – часто встречающийся вариант у биологических женщин. В некоторых случаях больные описывают глубокие депрессивные переживания, которые, однако, сначала не связаны с идеей полового несоответствия (больная В., БАР II): «всегда было стыдно за то, что мне так плохо, хотя на самом деле не было никаких особых причин для страданий»), которая проявляется достаточно внезапно, в виде «озарения», после чего выраженность депрессии резко ослабевает (больная Б.: «в 17 лет осознал, что я – мужчина и стало легче»). Больные как бы находят объяснение причин своего состояния в виде принадлежности к мужскому полу. Выше были также приведены примеры переживаний «бесплодности», связанной с депрессией. Больная В., (БАР I), например, отчетливо помнит состояния значительных подъемов настроения, состояния возбуждения, чрезмерной активности и эйфории, когда мысли о смене пола не было.

В некоторых случаях депрессивное состояние до пубертата может проявляться как «психологический дискомфорт». Так, больная О. (шизотипическое расстройство) сообщала, что в 9 лет появилось «непонимание ситуации» – не знала, как проявить себя в обществе, в это время нарушился сон. Затем настроение выровнялось, училась в музыкальной школе (в классе фортепиано, скрипки, вокала). Внешне была привлекательна, женственна, участвовала в конкурсах одежды, шила игрушки, пела, выступала на городских мероприятиях, в нее влюблялись мальчики (возможно гипоманиакальное состояние). В 8-м классе сообщила, что стало скучно в школе, что ее не понимают окружающие, жаловалась на чувство одиночества,

«все люди недалекие». В 14 лет полюбила одного героя комиксов из мультипликационного сериала. Однажды заявила матери, что этот герой умер. Остро переживала, «хотела оживить его». Стала перенимать его манеры, образ (стрижка и одежда), появилось ощущение, что она перевоплощается в него. В 15 лет возникло депрессивное состояние длительностью в полгода, в этот период чаще думала о своих проблемах с полом. Однако при этом сама же отмечает, что подавленное настроение и неудовлетворённость полом напрямую не зависят друг от друга и что смена пола не вылечит депрессию.

В случае больной К. (циклотимия) в депрессивных состояниях с паническими атаками возникало недовольство своим телом, хотелось, чтобы муж называл хотя бы в моменты сексуальной близости обращался к ней в мужском роде, стала писать имя и фамилию с маленькой буквы, имя не нравилось. Не хочет

менять пол, просит облегчить ее состояние, чтобы не было такого сильного ощущения неадекватности, приступов тоски.

Выводы

Таким образом, актуализация полоролевого конфликта при расстройствах половой идентификации часто связана с аффективными колебаниями, при которых обнаруживаются различные взаимовлияния с половой дисфорией: выявляется определенная тенденция к взаимосвязи маниакальных состояний с женской идентификацией, а депрессивных – с мужской, что следует учитывать при работе с такими пациентами. Адекватная диагностика во многих случаях также требует достаточно длительного наблюдения за больными с аффективными состояниями до начала инициирования процесса смены паспортного пола.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко Л.М. Психические нарушения у лиц с транссексуализмом, принципы лечения и реабилитации: Автореф. дисс. канд. мед. наук. М, 1995. С. 6–7.
2. Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола). М., МИА, 2012.
3. Chakrabarti N., Sinha V.K., Parial A. Secondary gender identity disorder – a case report // Indian J. Psychiatry. 1999. Vol. 41, N 3. P. 257–259.
4. Cole C.M., O'Boyle M., Emory L.E., Meyer W.J. Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses // Arch. Sexual Behavior. 1997. Vol. 26, N 1. P. 13–26.
5. Dhejne C., Van Vlerken R., Heylens G., Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature // Int. Rev. Psychiatry. 2016. Vol. 28. P. 44–57.
6. Habermeyer E., Kamps I., Kawohl W. A case of bipolar psychosis and transsexualism // Psychopathology. 2003. Vol. 36, N 3. P. 168–170.
7. Heare M.R., Barsky M., Faziola L.R., A Case of Mania Presenting with Hypersexual Behavior and Gender Dysphoria that Resolved with Valproic Acid // Ment. Illn. 2016. Vol. 23. N 8. P. 6546.
8. Ibrahim C., Haddad R., Richa S. Psychiatric comorbidities in transsexualism: Study of a Lebanese transgender population // Encephale. 2016. Vol. 42, N 6. P. 517–522.
9. Lindsay J.A., Keo-Meier C., Hudson S., Walder A., Martin L.A., Kauth M.R.. Mental Health of Transgender Veterans of the Iraq and Afghanistan Conflicts Who Experienced Military Sexual Trauma). Mental Health of Transgender Veterans of the Iraq and Afghanistan Conflicts Who Experienced Military Sexual Trauma // J. Traumatic Stress. 2016.
10. Mayer C., Kapfhammer H.P. Coincidence of transsexuality and psychosis // Der Nervenarzt. 1995. Vol. 66.
11. Meijer J.H., Eekhout G.M., van Vlerken R.H., de Vries ALLGBT Health. Gender Dysphoria and Co-Existing Psychosis: Review and Four Case Examples of Successful Gender Affirmative Treatment. 2017 Feb 7. doi: 10.1089/lgbt.2016.0133.
12. Sajatovic M., Micula-Gondek W., Tatsuoka C., Bialko C. The relationship of gender and gender identity to treatment adherence among individuals with bipolar disorder // Gend. Med. 2011. Vol. 8. P. 261–218.
13. Zucker K., Lawrence A., Kreukels B. Gender Dysphoria in Adults // Ann. Rev. Clin. Psychol. 2016. Vol. 12. P. 1–20.

РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ И АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

С.Н. Матевосян, Г.Е. Введенский

В статье приводится обзор литературы о психопатологической коморбидности расстройств половой идентификации (РПИ), где наиболее частыми являются аффективные расстройства. Анализируется взаимовлияние эндогенных аффективных расстройств и РПИ. Обнаружено, что актуализация полоролевого конфликта при расстройствах половой идентификации часто связана с аффективными колебаниями пациентов, при которых обнаруживаются различные взаимовлияния с половой дисфорией: выявляется определенная тенденция к

взаимосвязи маниакальных состояний с женской идентификацией, а депрессивных – с мужской, что следует учитывать при работе с такими пациентами. Адекватная диагностика во многих случаях также требует достаточно длительного наблюдения за больными с аффективными состояниями до начала инициирования процесса смены паспортного пола.

Ключевые слова: расстройства половой идентификации, эндогенные аффективные расстройства, смена пола.

GENDER IDENTITY DISORDERS AND AFFECTIVE DISORDERS

S.N. Matevosjan, G.E. Vvedensky

This is a review of literature on psychopathological comorbidity in gender identity disorders (GID), with affective disorders being the most common of mental health problems in this population. The authors analyse interactions between endogenous affective disorders and GID. The gender-related discomfort in GID appears to be associated among others with affective fluctuations, which interact with gender dysphoria. Specifically, the authors point to a tendency to associations between manic

conditions and female identification, and depressive conditions and male identification, which should be taken into regard in practical work with such patients. Appropriate diagnosis also implies relatively long-term observation of patients with affective disorders before starting the procedure of changing their officially registered sexual assignment.

Key words: gender identity disorders, endogenous affective disorders, change of officially registered sexual assignment

Матевосян Степан Нарбеевич – доктор медицинских наук, генеральный директор ООО «Городской психонейроэндокринологический Центр»; e-mail: s.matevosjan@gmail.com

Введенский Георгий Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель лаборатории судебной сексологии, ФБГУ «НИИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: vvedenski.g@serbsky.ru

К ВОПРОСУ О ГЕТЕРОГЕННОСТИ НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Н.Н. Петрова

*Санкт-Петербургский государственный университет,
кафедра психиатрии и наркологии*

Проблема диагностической оценки психических расстройств, имеющей определяющее значение для выбора терапии, остается одной из наиболее актуальных в современной психиатрии и обусловлена, в частности, различиями в трактовке психопатологических состояний и содержательной стороны терминов, что в том числе относится к понятию негативных расстройств при шизофрении. Такие термины, как «негативные расстройства», «дефект», «дефицитарные состояния» нередко используют как синонимичные [7, 11, 12]. Представления о дефицитарной и негативной симптоматике варьировали в широких рамках от рассмотрения ее с позиции неспецифических симптомов при различных состояниях до выделения синдрома дефицита как главного признака эндогенного шизофренического процесса [1, 11, 35, 49]. В отечественной психиатрии было предложено выделять два типа дефекта: «фершробен», сопровождающийся «патологической аутистической активностью», и простой дефицит с явлениями «астенического аутизма» [9], а для верификации дефицитарных нарушений использовать хронодинамический критерий, который подразумевает стойкость симптоматики в период ремиссии шизофрении. В то же время, по мнению С.Н. Мосолова, критерии стойкости и необратимости дефицитарных расстройств, а также специфичности исходных состояний не являются сегодня общепринятыми и под дефицитарной симптоматикой следует понимать относительно стойкие специфические нарушения, сохраняющиеся на протяжении всего заболевания от преморбида до ремиссии и демонстрирующие резистентность к терапии [2]. Подчеркивая важность дифференциации негативной симптоматики и резидуальных проявлений болезни, в качестве резидуальных расстройств рассматривали относительно стойкие состояния, представляющие собой сосуществование остаточной продуктивной психопатологической симптоматики и процессуально измененной личности, претерпевающей динамику в виде шизофренических реакций, фаз и постпроцессуальных развитий [8].

В 1980-х годах Т.С. Crow [24] предложил дихотомический подход к классификации шизофрении, выделив

тип 1, для которого было характерно наличие позитивных симптомов (галлюцинации и бред), благоприятное реагирование на медикаментозное антипсихотическое лечение, сохранение хорошего когнитивного функционирования и повышение активности дофаминовых рецепторов D₂; и тип 2, где отмечалась негативная симптоматика (притупленный аффект, бедность речи и потеря контроля), для которого характерна слабая реакция на антипсихотики, когнитивные нарушения и нейроанатомические патологии. Однако дихотомический подход ограничен диагностической нестабильностью и низким прогностическим значением, несовместимостью с факторным анализом психопатологии шизофрении, который стабильно демонстрирует более чем два фактора [50].

В настоящее время достигнут консенсус о включении в понятие негативной симптоматики пяти составляющих: уплощенный аффект, обеднение речи (алогия), ослабление социальных контактов (асоциальность), ангедонию и абулию [41]. Эта переструктуризация учитывает феноменологический перекрест негативных симптомов с когнитивными, депрессивными симптомами и симптомами дезорганизации.

Негативные симптомы встречаются у пациентов с расстройствами шизофренического спектра с такой же частотой, как галлюцинации (60%) [18]. Высокий удельный вес быстро прогрессирующих форм с формированием негативных изменений среди лиц молодого возраста уже после первых приступов [44]. Негативные симптомы ассоциированы со снижением социального функционирования и качества жизни [27], со снижением позитивного эмоционального ответа на общение и ухудшением навыков социального взаимодействия независимо от наличия депрессии или позитивных симптомов (особенно симптомы, связанные с мотивацией и чувством удовольствия) [17, 51].

Целесообразно разделять негативные симптомы на первичные и вторичные [21, 22, 35, 36]. Первичные негативные симптомы – проявления собственно шизофренического процесса, присутствующие длительно или постоянно. Они могут возникать еще до начала терапии, в раннем допсихотическом периоде, а с наступлением стабилизации состояния

после манифестации психоза сохраняются и становятся составляющей ремиссии. Первичные негативные симптомы оцениваются больными и их близкими в большей степени как изменения характера, а не признаки болезни; проявляются преимущественно снижением мотивации, инициативности, способности принимать решения, планировать; обнаруживают слабый ответ на лечение, торпидность или резистентность к антипсихотической терапии.

Первичные негативные симптомы характеризуются устойчивой структурой, которая сохраняется не менее года при исключении таких расстройств, как депрессия, тревога, бред и галлюцинации или побочные эффекты лечения [21]. Однако необратимая симптоматика, соответствующая классическим представлениям о шизофреническом дефекте как о необратимом «рубце», обнаруживается лишь у небольшой части больных.

Вторичная негативная симптоматика не является частью собственно шизофренического процесса, а позиционируется как следствие лечения или вторичный эффект заболевания; может быть следствием остаточных продуктивных симптомов, депрессии, побочных эффектов антипсихотиков (экстрапирамидные расстройства), госпитализма и нарушения социальных контактов. Характерно снижение скорости эмоциональных реакций, моторная заторможенность, замедленная речь, социальная отгороженность. Эти симптомы транзиторные, могут исчезать при нивелировании вызвавших их факторов, проведении адекватной терапии. Например, негативные симптомы, вторичные по отношению к позитивной симптоматике могут ответить на эффективную антипсихотическую терапию.

H.Moller [54], N.Andreasen [11, 12] к первичным негативным симптомам относили стойкие изменения в виде необратимой дезинтеграции различных областей психической деятельности: аффективно-побудительной, когнитивной, эмоционально-волевой, личностной; к вторичным — подвижные, транзиторные расстройства, такие как тимопатии и нарушения, обусловленные влиянием психофармакотерапии и социальной депривацией больных.

Для того чтобы определить, являются ли негативные симптомы первичными, клиницисты должны исключить 4 наиболее частые причины вторичных негативных симптомов: (1) депрессия, (2) психотические симптомы, (3) побочные эффекты фармакотерапии (4) злоупотребление психоактивными веществами [4, 43].

Дифференциальная диагностика негативных, когнитивных, депрессивных и паркинсонических симптомов — ключевая задача научной и практической психиатрии [3]. Следует учитывать, что на этапе ремиссии такие психопатологические проявления, как аутистическое поведение, эмоциональная сглаженность, снижение инициативности и пр. могут служить выражением позитивных расстройств, в

частности, депрессии, тревоги, акинезии, бреда [20]. В МКБ-11 указано, что негативные симптомы, такие как эмоциональное уплощение, обеднение речи, абулия, социальная отгороженность или ангедония, могут быть диагностированы, если очевидно, что симптомы не связаны с аффективным расстройством, применением психоактивных веществ или лекарственных средств. По нашим данным, имеется взаимосвязь уровня протеина S100B и постшизофренической депрессии ($r=0,047$, $p<0,001$) [6], что согласуется с данными литературы о повышении концентрации протеина S100B при аффективных расстройствах различной степени тяжести [10, 26]. При этом не обнаружено связи между уровнем протеина S100B и выраженностью негативной симптоматики, что позволяет расценивать повышение уровня протеина S100B как один из параметров дифференциальной диагностики негативной симптоматики и депрессии в структуре шизофрении [6].

Первичные и вторичные негативные симптомы имеют общие внешние признаки (скудность речи, обедненность мимики), что затрудняет их дифференцировку в клинической практике. С точки зрения W. Carpenter, способность к обратимости — основной дискриминирующий фактор первичных и вторичных негативных расстройств [20].

Согласно исследованию V.Bambole и соавт. [15], негативные симптомы выявляются у 87,5% пациентов (по результатам SANS), в том числе первичные — у 47%, и вторичные — у 40%. Наиболее распространенным симптомом оказалось эмоциональное притупление (72% случаев). У пациентов с негативными симптомами был отмечен низкий уровень социального функционирования и значительный уровень депрессии.

По нашим данным, первичные негативные симптомы разной степени выраженности отмечались более чем за год до манифестного приступа у 52% пациентов и преобладали у пациентов мужского пола с первым эпизодом шизофрении [5].

Первичные и вторичные негативные симптомы могут быть постоянными и транзиторными, хотя отличить первичные и транзиторные негативные симптомы от вторичных негативных симптомов не всегда возможно. Первичные постоянные негативные симптомы в зарубежной литературе называются дефицитарными симптомами и рассматриваются как составляющая синдрома дефицита, на основе чего выделяются дефицитарная и недефицитарная подгруппы шизофрении, различающиеся по клинической картине, нейровизуализационным, нейропсихологическим и неврологическим характеристикам, факторам риска и профилям фармакологического ответа [13, 21]. Основываясь на разделении первичных/вторичных негативных симптомов, Carpenter с соавт. [21] ввели понятие дефицитарной шизофрении для определения относительно однородной подгруппы пациентов, которым было свой-

ственно наличие первичных и стойких негативных симптомов с начала болезни, плохое преморбидное функционирование и слабый ответ на лечение. Согласно концепции W.T.Carpenter, синдром дефицита включает следующие симптомы: уплощенный аффект, ограничение диапазона эмоциональных реакций, бедность речи, утрата интересов, сниженное целеполагание, ограничение социального взаимодействия. Последующие исследования подтвердили гипотезу, что дефицитарная шизофрения является особой формой болезни [50].

Понятия негативных симптомов, первичных негативных симптомов, вторичных негативных симптомов, дефицитарных негативных симптомов и синдрома дефицита можно рассмотреть с позиции специфичности и ранжировать от более общего (негативные симптомы) к более специфическому (синдром дефицита). В целом, негативные симптомы представляют собой редукцию разнообразных поведенческих характеристик, включая выразительность мимических реакций, речь, деятельность, направленную на получение удовольствия, целенаправленную активность. Термин «негативные симптомы» не подразумевает механизмов развития симптомов. На следующем уровне негативные симптомы разделяются на первичные и вторичные. Следующий уровень специфичности достигается путем разделения первичных стабильных во времени в течение минимум 1 года и первичных непостоянных негативных симптомов. Первичные постоянные симптомы являются дефицитарными симптомами. Дальнейшая спецификация дефицитарных симптомов представляет собой синдром дефицита, который включает два или более из шести симптомов (по Schedule for the Deficit Syndrome, SDS) [40]. Иллюстрацией различий между дефицитарными симптомами и синдромом дефицита может служить следующий пример: пациент с шизофренией, демонстрирующий первичный постоянный уплощенный аффект и обедненность социальных контактов, входящие в SDS, отвечает критериям синдрома дефицита. Однако пациент с шизофренией, обнаруживающий первичные постоянные симптомы двигательной заторможенности и эмоциональной отгороженности, не входящие в состав SDS, не будет соответствовать критериям синдрома дефицита, хотя эти симптомы и являются дефицитарными. Исследования синдрома дефицита обычно сравнивают пациентов, отвечающих критериям SDS и не соответствующих критериям синдрома дефицита. Больных, не отвечающих критериям SDS, обозначают как недефицитарных пациентов, при этом группа может включать пациентов без негативных симптомов, со вторичными и первичными постоянными негативными симптомами [20]. В настоящее время большинство исследований негативных симптомов сосредоточены или на изучении на наиболее общем уровне специфичности (негативные симптомы), или на уровне синдрома дефицита.

Попытки идентифицировать пациентов с постоянными первичными или вторичными негативными симптомами для изучения патофизиологических основ терапии негативной симптоматики шизофрении привели к созданию дополнительных концептуальных моделей негативных симптомов, наиболее важными из которых являются концепции преобладающих и персистирующих симптомов [31, 57]. Оба конструкта вели к выделению популяции пациентов с шизофренией с инвалидизирующими (disabling) негативными симптомами, которая заметно больше, чем популяция пациентов с дефицитарной шизофренией. Пациенты с преобладанием негативных симптомов характеризовались умеренными или тяжелыми негативными симптомами, более выраженными по сравнению с сосуществующими позитивными симптомами, но не ограничивающими абсолютную тяжесть доменов позитивных или других симптомов. Напротив, пациенты с персистирующими негативными симптомами также характеризовались умеренными или тяжелыми негативными симптомами, но их верхние границы определяются выраженностью позитивных, аффективных и экстрапирамидных симптомов [19].

С помощью клинко-шкальной оценки случаи с преобладающими негативными симптомами определяются по следующим критериям:

1. Исходный уровень ≥ 4 или как минимум 3 или ≥ 5 по меньшей мере 2 из 7 пунктов негативной подшкалы PANSS и позитивный показатель PANSS < 19 ;
2. PANSS негативный балл ≥ 6 баллов по сравнению с позитивным баллом PANSS;
3. Негативный балл PANSS как минимум 21 и по меньшей мере на 1 балл выше позитивного показателя PANSS;
4. Балл по негативной субшкале выше, чем по позитивной субшкале PANSS.

Персистирующие негативные симптомы по PANSS определяются как наличие по меньшей мере одного негативного симптома умеренной и значительной выраженности, не обусловленного депрессией или паркинсонизмом, исходно или спустя 1 год лечения. Отдельно выделены клинко-шкальные критерии для выраженных (Prominent) негативных симптомов, которые определяются по следующим критериям:

1. Исходный уровень ≥ 4 как минимум по 3, или ≥ 5 как минимум по 2 пунктам негативной подшкалы PANSS;
2. Показатель по негативной подшкале PANSS > 3 по пунктам 1 и 6 и как минимум один третий показатель > 3 баллов и максимум два пункта > 3 баллов по позитивной субшкале [16].

Опрос 206 канадских психиатров, которые занимались в своей рутинной практике лечением психозов, установил, что 83% считают, что распространенность персистирующих негативных симптомов, которые не отвечают на терапию, высока. 76% психиатров высказали мнение, что в клинической практике можно отличать проявления негативных симптомов,

депрессии и ЭПС. Подавляющее большинство специалистов (96,5%) уверены, что негативные симптомы амплифицируют функциональный прогноз и наносят ущерб семье. 43% опрошенных считают важной формализованную оценку постоянных негативных симптомов, и около трети указали, что это является составляющей их обычной практики. Половина психиатров убеждены, что главной мишенью терапии являются позитивные симптомы, а их выраженность и отсутствие лечения непосредственно связаны с формированием негативных симптомов. Результаты исследования продемонстрировали актуальность и сложность терапии персистирующих негативных симптомов шизофрении в клинической практике [48].

С учетом гетерогенности негативной симптоматики к ней может быть применен и категориальный, и дименсиональный подход. Обсуждается вопрос, является ли негативная симптоматика при шизофрении монолитным конструктом или мультидименсиональной структурой [31]. Уточнение понимания негативных симптомов в большей степени как дименсии или категории позволит глубже оценить их взаимосвязь с другими клиническими и поведенческими параметрами, включая ответ на антипсихотики и сниженное эмоциональное реагирование [25]. Современная концептуализация негативной симптоматики при шизофрении предполагает выделение в структуре негативной симптоматики двух факторов, или двух доменов (дименсий), состоящих из симптомов, связанных со сниженной мотивацией, и симптомов, связанных со сниженной экспрессией [38, 50, 58, 60]. К сниженной экспрессии относят уплощенный аффект и алогию, а мотивационная дименсия [46, 63], или амотивация/ангедония включает ангедонию, абулию, асоциальность [30, 34, 62]. Предполагают разные патофизиологические механизмы этих дименсий негативных симптомов [29, 41, 53, 56].

Ряд работ подтверждают справедливость факторной концепции негативной симптоматики. Результаты исследования S.Galderisi и соавт. [32] свидетельствуют в пользу выделения в структуре негативных симптомов двух доменов: абулии («Avolition») и бедной эмоциональной экспрессии («Poor Emotional Expression»), которые обнаруживают различную взаимосвязь с функционированием больных: именно абулия является предиктором реального функционирования пациентов с шизофренией независимо от когнитивного функционирования, включая социальные когнитивные функции.

В 5-летнем исследовании было показано, что пациенты с дефицитарной шизофренией демонстрируют более выраженные негативные симптомы и социальную дисфункцию, чем с недефицитарной. В шкале оценки дефицитарного синдрома (The Schedule for the Deficit Syndrome, SDS) лидировали два фактора – недостаток эмоциональной выразительности и абулия, которые были ассоциированы с

повседневным функционированием и социальными исходами, соответственно. Психосоциальные исходы детерминировались факторами SDS, но не зависели от наличия дефицитарной/недефицитарной шизофрении, что говорит о преимуществах дименсионального подхода по сравнению с категориальным [29].

В рамках исследования гетерогенности негативных симптомов G.P.Strauss и соавт. [61] были изучены 2 группы пациентов: 199 пациентов со стандартно оцениваемыми негативными симптомами и 169 – соответствовавшие критериям дефицитарной шизофрении (т.е. наличие первичных постоянных негативных симптомов), выявленные с помощью специального инструментария для дефицитарных симптомов. С помощью кластерного анализа определяли возможность дифференциации пациентов с различным профилем негативных симптомов. Были выделены две подгруппы больных: с доминирующими симптомами абулии/апатии (Avolition-Apathy, AA) и уплощенным аффектом (Diminished Expression, DE). Дискриминантный анализ подтвердил валидность этих профилей, выделенные группы различались по клиническим проявлениям (включая параметры функционального исхода и преморбидную адаптацию) течению заболевания, симптомам дезорганизации, социальной когниции, половым и этническим характеристикам. Было показано, что подгруппа AA была ассоциирована с худшими исходами, чем DE, что предполагает большую тяжесть заболевания в этих случаях [61]. В национальном исследовании первичных и постоянных негативных симптомов у хронических стабилизированных больных шизофренией было выявлено, что абулия и уплощенный аффект, оцененные с помощью шкалы дефицитарных симптомов (Schedule for the Deficit Syndrome), по-разному влияют на функциональный исход заболевания: именно абулия значительно снижает социальные показатели, в то время как уплощенный аффект лишь частично ограничивает домашнюю активность. В большом многоцентровом итальянском исследовании психозов оценивали влияние на функциональный исход таких психопатологических дименсий, как депрессия, когнитивная дисфункция, личностный потенциал и средовые факторы. Для оценки двух дименсий негативной симптоматики была применена краткая шкала негативных симптомов. На примере 921 пациента с шизофренией, проживающих в сообществе, было продемонстрировано, что абулия, но не уплощенный аффект, ассоциирована с функционированием больных. Таким образом, было показано, что абулия имеет более высокий предиктивный потенциал в отношении функционального исхода у хронических стабилизированных пациентов с шизофренией, чем уплощенный аффект [33, 55].

Этиологическая модель негативных симптомов была разработана для хронической шизофрении и возможность ее транснозологического применения не рассматривалась. Однако то, что различные меха-

низмы могут приводить к одинаковым клиническим (поведенческим) проявлениям в рамках расстройств шизофренического спектра и других заболеваний, позволяет говорить об эквивалентности негативных расстройств [34]. Негативные симптомы часто наблюдаются при разных диагностических категориях и в настоящее время не считаются патогномичными для шизофрении, они могут быть частью диагностических критериев для других расстройств шизофренического спектра, расстройств с коморбидными психозами, расстройств, не относящихся к шизофреническому спектру, встречаться в здоровой популяции. Они наблюдаются в рамках шизоаффективного и шизотипического, биполярного аффективного расстройства, рекуррентной депрессии, нейрокогнитивных расстройств с коморбидным психозом и др. Отдельные расстройства могут различаться по признаку постоянных/транзиторных или первичных/вторичных негативных симптомов. При этом существует необходимость разделения дименсий волевых и эмоциональных симптомов.

Трансдиагностическая модель негативных симптомов, основанная на изучении механизмов, лежащих в основе эмоциональной и волевой патологии, рассматривается как основа для разработки принципиально новых препаратов, для прогресса в лечении шизофрении. Эта новая этиологическая модель базируется на концепции исследовательских критериев (Research Domain Criteria, RDoC). Имеются убедительные доказательства, что гедонистический (первичная чувствительность к вознаграждению – опиоидная и/или ГАМК-ергическая система в базальных ганглиях) и когнитивный (дефицит когнитивного контроля – префронтальная кора) механизмы в равной степени могут приводить как к волевой, так и экспрессивной патологии. При расстройствах, в которых превалирует гедонистический дефицит (например, депрессия), нарушение первичной чувствительности к вознаграждению выходит на первый план клинической картины, что приводит к уменьшению выразительности эмоций. В противоположность этому, при расстройствах, в которых превалирует когнитивный дефицит, патология эмоциональной сферы может быть результатом сложной координации многих когнитивных процессов, необходимых для создания контекст-зависимой вербальной и невербальной коммуникации. Аналогичным образом, нарушения мотивации могут возникать из-за дефицита когнитивного контроля, что влияет на способность образовывать, обновлять и поддерживать представления о ценности того или иного предмета, необходимые для оценки усилий и формирования плана действий. Для повышения эффективности лечения негативных симптомов будущие трансдиагностические исследования должны подробно изучить механизмы формирования волевой и экспрессивной патологии [59].

Низкий уровень социального функционирования, симптомы дезорганизации и диагноз шизофрении

являются основными факторами, которые можно использовать для выявления пациентов с первым эпизодом, у которых есть риск развития негативных симптомов [14]. Риск развития негативной симптоматики также повышается при длительном нелеченом психозе [30], поэтому предполагается, что программы, направленные на сокращение нелеченого психоза, могут снизить преобладание негативных симптомов и улучшить прогноз первого эпизода психоза [52].

Результаты метаанализа свидетельствуют, что первым шагом к предупреждению или уменьшению первичных негативных симптомов является ранняя идентификация и терапия психозов. С учетом того, что высокие дозировки антипсихотиков могут обусловить развитие вторичных негативных симптомов, важно применять минимальные эффективные дозы антипсихотиков и предупредить явления нейролептического паркинсонизма [64].

Специализированная ранняя интервенция на начальном этапе заболевания эффективна в отношении редукции негативных симптомов, траектория развития которых обуславливает необходимость систематического ведения. Результаты рандомизированного контролируемого исследования продемонстрировали, что негативные симптомы значительно улучшаются в первые 2 года раннего вмешательства, преимущественно за счет экспрессивности, при этом продленное раннее вмешательство не обнаружило преимуществ по сравнению с регулярной терапией [47].

Превалирование позитивных или негативных симптомов не является значимым фактором, определяющим выбор депо-препаратов, однако именно инъекционные антипсихотики второй генерации пролонгированного действия рекомендованы в качестве варианта терапии для случаев шизофрении с преобладанием негативных симптомов [46]. Последние исследования свидетельствуют, что эти препараты могут быть эффективны в терапии пациентов на ранней стадии шизофрении. В исследовании, направленном на оценку клинических и психосоциальных исходов у недавно диагностированных и длительно болеющих амбулаторных пациентов с шизофренией на фоне терапии инъекционными антипсихотиками-пролонгами второй генерации в течение 12 месяцев, недавно диагностированные пациенты продемонстрировали более выраженное улучшение по сравнению с болеющими более 5 лет по показателям функционирования (GAF), негативным и депрессивным симптомам по PANSS, выраженности и интенсивности суицидальных мыслей. Полученные результаты поддерживают гипотезу, что инъекционные антипсихотики-пролонги второй генерации могут положительно влиять на течение заболевания, включая негативную симптоматику, при применении на начальном этапе заболевания [23].

Идет поиск новых средств, влияющих на негативную симптоматику. Например, добавление к схеме терапии галантамина, ингибитора ацетилхо-

линэстеразы, приводит к улучшению показателей алогии, измеренных по SANS. Частичный агонист $\alpha 7$ -никотиновых рецепторов 3-2,4-диметоксибензилиден анабазеин (3-2,4-dimethoxybenzylidene anabaseine, DMXB-A) существенно улучшал общую оценку негативной симптоматики по SANS за счет подшквал алогии и ангедонии [39].

Большие надежды связывают с применением небиологических методов терапии негативных симптомов (когнитивно-поведенческой терапии, тренинга социальных навыков, музыкотерапии) [28, 37, 50, 63].

Негативные симптомы представляют собой гетерогенную группу симптомов, различающихся по клиническим проявлениям, причинам, лонгитудинальному течению и терапии [21]. Основываясь на этой гетерогенности, можно достичь прогресса в изучении нейробиологического субстрата и лечении первичных негативных симптомов. Улучшение диагностики и рутинной терапии негативных симптомов является инструментом для правильного ведения вторичных негативных симптомов, доступных коррекции [31, 42]. В то же время без дальнейшей, более четкой формулировки понятия негативной симптоматики,

попытки разработать эффективные мероприятия, скорее всего, будут требовать приложения огромных усилий с минимальной отдачей [50]. С изучением негативных симптомов связано решение проблемы течения и прогноза шизофрении в психиатрической науке, которая приобрела особую актуальность с появлением антипсихотиков нового поколения. В своем выступлении на XXI Конгрессе Европейской психиатрической ассоциации (ЕПА) (Ницца, 6–9 апреля 2013 г.) «Улучшение исхода при шизофрении» профессор S. Galderisi отметила, что при оценке долгосрочной динамики целесообразно в первую очередь уделить внимание улучшению повседневного функционирования и подчеркнула, что «Прежнее, весьма расплывчатое представление о шизофрении как о хроническом и прогрессирующем заболевании с крайне неблагоприятным исходом, основывавшееся на наблюдениях таких авторов, как Морель и Крепелин, претерпело значительные изменения в течение последнего десятилетия. Старое представление меняется. Не только исследователи, но и многие клиницисты, следящие за современными тенденциями, придерживаются более оптимистичной позиции» [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. СПб., 2008. 288 с.
2. Мосолов С.Н., Потапов А.В., Ушаков Ю.В. и соавт. Стандартизированные клиничко-функциональные критерии терапевтической ремиссии при шизофрении: разработка и валидизация // Психиатрия и психофармакотерапия Журн. им. П.Б.Ганнушкина. 2012. Т. 14, № 2. С. 9–19.
3. Овсянян А.А., Алфимов П.В., Сюняков Т.С. Современные проблемы диагностики и терапии негативных и когнитивных симптомов и исходные состояния при шизофрении Обзор материалов XXI Конгресса Европейской психиатрической ассоциации (6–9 апреля, Ницца, Франция) // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б.Ганнушкина. 2013. № 4. С. 87–91.
4. Павличенко А.В. Негативные симптомы шизофрении: современные зарубежные концепции и патофизиологические механизмы. Ч.1 // психиатрия. 2018. № 1. С. 86–96.
5. Петрова Н.Н., Воинкова Е.Е., Дорофейкова М.В. Половые особенности первого эпизода шизофрении // Психическое здоровье. 2018. № 5. С. 43–50.
6. Петрова Н.Н., Дорофейков В.В., Воинкова Е.Е. Динамика биохимических показателей у пациентов с первым психотическим эпизодом // Современная терапия психических расстройств. 2017. № 3. С. 2–6.
7. Смулевич А.Б., Андрищенко А.В., Бескова Д.А. Проблема ремиссий при шизофрении: клиничко-эпидемиологическое исследование // Журн. неврол. и психиат. им. С.С.Корсакова. 2007. Т. 107, № 5. С. 4–15.
8. Смулевич А.Б. Психические расстройства в клинической практике. М.: МЕД пресс-информ, 2011. 720 с.
9. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии: в 2 т. М: МИА, 2014.
10. Ambree O., Bergink V., Grosse L. et al. S100B serum levels predict treatment response in patients with melancholic depression // Int. J. Neuropsychopharmacol. 2015. doi: 10.1093/ijnp/pyv103
11. Andreasen N.C. Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability // Arch. Gen. Psychiatry. 1982. Vol. 39. P. 784–789.
12. Andreasen N.C., Olsen S. Negative and positive schizophrenia. Definition and validation // Arch. Gen. Psychiatry. 1990. Vol. 47. P. 615–621.
13. Arango C., Buchanan R.W., Kirkpatrick B., Carpenter W.T. The deficit syndrome in schizophrenia: implications for the treatment of negative symptoms // Eur. Psychiatry. 2004. N 19. Vol. 1. P. 21–26.
14. Austin S.F., Mors O., Budtz-Jorgensen E. et al. Long-term trajectories of positive and negative symptoms in first episode psychosis: a 10 year follow-up study in the OPUS cohort // Schizophr. Res. 2015. Vol. 168. P. 84–91.
15. Bambole V. et al. Study of negatives symptoms in first episode schizophrenia // Open J. Psychiatry. 2013. N 3. P. 323–328.
16. Barabassy A., Szatmari B., Laszlovszky I., Németh G. Negative Symptoms of Schizophrenia: Constructs, Burden, and Management. DOI: 10.5772/intechopen.73300
17. Blanchard J.J., Park S.G., Catalano L., Bennett M.E. Social affiliation and negative symptoms in schizophrenia: Examining the role of behavioral skills and subjective responding // Schizophr. Res. 2015. Vol. 168, N 1–2. P. 491–497.
18. Bobes J., Arango C., Garcia-Garcia M., Rejas J. and CLAMORS Study Collaborative Group. Prevalence of negative symptoms in outpatients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice: findings from the CLAMORS study // J. Clin. Psychiatry. 2010. N 71. P. 280–286.
19. Buchanan R.W. Persistent negative symptoms in schizophrenia: an overview // Schizophr. Bull. 2007. N 33. P. 1013–1022.
20. Carpenter W.T., Schodler N., Wise S. et al. Treatment service and environmental factors // Schizophr. Bull. 1988. N 3. P. 427–438.
21. Carpenter W.T., Heinrichs D.W., Wagman A.M.I. Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: The concept // Am. J. Psychiatry. 1988. Vol. 145. P. 578–583.
22. Carpenter W.T., Arango C., Buchanan R.W., Kirkpatrick B. Deficit psychopathology and a paradigm shift in schizophrenia research // Biol. Psychiatry. 1999. P. 545–548.
23. Corigliano V., Comparelli A., Mancinelli I. et al. Long-Acting Injectable Second-Generation Antipsychotics Improve Negative Symptoms and Suicidal Ideation in Recent Diagnosed Schizophrenia Patients: A 1-Year Follow-up Pilot Study // Schizophrenia Research and Treatment. Vol. 2018, Article ID 4834135, 7 pages <https://doi.org/10.1155/2018/4834135>
24. Crow T.J. Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? // BMJ. 1980. Vol. 280. P. 66–68.
25. Earnst K.S., Kring A.M. Construct validity of negative symptoms: an empirical and conceptual review // Clin. Psychol. Rev. 1997. Vol. 17, N 2. P. 167–189.
26. Fang Y., Xiao S.F., Zhang S.Y. Increased Plasma S100 β Level in Patients with Major Depressive Disorder // CNS Neurosci. Ther. 2016. Vol. 22, N 3. P. 248–250.
27. Fervaha G., Foussias G., Agid O., Remington G. Impact of primary negative symptoms on functional outcomes in schizophrenia // Eur. Psychiatry. 2014. N 29. P. 449–455.
28. Fusar-Poli P., Papanastasiou E., Stahl D. et al. Treatments of negative symptoms in schizophrenia: Meta-analysis of 168 randomized placebo-controlled trials // Schizophr. Bull. 2015. Vol. 41, N 4. P. 892–899.
29. Galderisi S., Bucci P., Mucci A. et al. Categorical and dimensional approaches to negative symptoms of schizophrenia: focus on long-term stability and functional outcome // Schizophr. Res. 2013. N 147. P. 157–162.
30. Galderisi S., Mucci A., Bitter I. et al. Persistent negative symptoms in first episode patients with schizophrenia: results from the European

- First Episode Schizophrenia Trial // *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2013. N 23. P. 196–204.
31. Galderisi S., Mucci A., Buchanan R.W., Arango C. Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions // *Lancet Psychiatry.* 2018. N 5. P. 664–677.
 32. Galderisi S., Mucci A., Rossi A. et al. Modeling Relationships Between Negative Symptoms, Neurocognition and Social Cognition // *Eur. Psychiatry.* 2015. Vol. 30, Suppl. 1. P. 28–140.
 33. Galderisi S., Rossi A., Rocca, P. et al. Italian Network for Research on Psychoses. The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia // *J. World Psychiatr. Assoc.* 2014. WPA 13, 275–287. <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20167>.
 34. Gerbaldo H., Helisch A., Schneider B. et al. Subtypes of negative symptoms: The primary subtype in schizophrenic and non-schizophrenic patients // *Progress Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiatry.* 1994. Vol. 18, Issue 2. P. 311–320.
 35. Goldberg S.C. Negative and deficit symptoms in schizophrenia do respond to neuroleptics // *Schizophr. Bull.* 1985. N 11. P. 453–456.
 36. Goldberg T.E. Course of schizophrenia: neuropsychological evidence for a static encephalopathy // *Schizophr. Bull.* 1993. Vol. 19. P. 497–804.
 37. Kaiser S., Lyne J., Agartz I. et al. Individual negative symptoms and domains—Relevance for assessment, pathomechanisms and treatment // *Schizophr. Res.* 2017. N 186. P. 39–45.
 38. Kirkpatrick B. Developing concepts in negative symptoms: primary vs secondary and apathy vs expression // *J. Clin. Psychiatry.* 2014. Vol. 75, Suppl. 1. P. 3–7.
 39. Kirkpatrick B. Recognizing Primary Vs Secondary Negative Symptoms and Apathy Vs Expression Domains // *J. Clin. Psychiatry.* 2020. Vol. 1, N 21.
 40. Kirkpatrick B., Buchanan R.W., McKinney P.D., Alphas, L.D., Carpenter, W.T. The Schedule for the Deficit Syndrome: An instrument for research in schizophrenia // *Psychiatry Res.* 1989. Vol. 30. P. 119–123.
 41. Kirkpatrick B., Fenton W.S., Carpenter W.T., Marder S.R. The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms // *Schizophr. Bull.* 2006. N 32. P. 214–219.
 42. Kirkpatrick B., Mucci A., Galderisi S. Primary, Enduring Negative Symptoms: An Update on Research // *Schizophr. Bull.* 2017. Vol. 43. P. 730–736.
 43. Kirschner M., Aleman A., Kaiser S. Secondary negative symptoms — A review of mechanisms, assessment and treatment // *Schizophr. Res.* 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2016.05.003>.
 44. Leeson V.C. The Relationship Between IQ, Memory, Executive Function, and Processing Speed in Recent -Onset Psychosis: 1-Year Stability and Clinical Outcome // *Schizophr. Bull.* 2010. Vol. 36, N 2. P. 400–409.
 45. Liemburg E., Castelein S., Stewart R. et al. Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) Investigators, 2013. Two subdomains of negative symptoms in psychotic disorders: established and confirmed in two large cohorts // *J. Psychiatr. Res.* 2013. N 47. P. 718–725.
 46. Llorca P.M. et al. Guidelines for the use and management of long-acting injectable antipsychotics in serious mental illness // *BMC Psychiatry.* 2013. N 13. P. 340.
 47. Lutgens D., Joob R., Iyer S. et al. Progress of negative symptoms over the initial 5 years of a first episode of psychosis // *Psychol Med.* 2019. Vol. 49, N 1. P. 66–74.
 48. Lutgens D., Lepage M., Manchanda R., Malla A. Persistent negative symptoms in schizophrenia: survey of Canadian psychiatrists // *Int Psychiatry.* 2013. Vol. 10, N 3. P. 69–72.
 49. Lyne J., Joob R., Schmitz N. et al. Duration of active psychosis and first-episode psychosis negative symptoms // *Early Interv. Psychiatry.* 2015. Vol. 13. P. 1–9.
 50. Marder S.R., Galderisi S. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia // *World Psychiatry.* 2017. Vol. 16, N 1. P. 14–24.
 51. McCarthy J.M., Bradshaw K.R., Catalano L.T. et al. Negative symptoms and the formation of social affiliative bonds in schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2018. Vol. 193. P. 225–231.
 52. Melle I., Larsen T.K., Haahr U. et al. Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia: two-year effects of reducing the duration of untreated psychosis // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2008. N 65. P. 634–640.
 53. Messinger J.W., Trémeau F., Antonius D. et al. Avolition and expressive deficits capture negative symptom phenomenology: implications for DSM-5 and schizophrenia research // *Clin. Psychol. Rev.* 2011. N 31. P. 161–168.
 54. Moller H. J. Neuroleptic treatment of negative symptoms in schizophrenic patients: efficacy problems and methodological difficulties // *Eur. Neuropsychopharmacol.* 1993. Vol. 3. P. 1–11.
 55. Mucci A., Galderisi S., Rocca P. et al. Negative symptoms domains: pathways to functional outcome in schizophrenia. 29th ECNP Congress, Vienna, 2016. S.09.01.
 56. Mucci A., Galderisi S., Merlotti E. et al. Italian Network for Research on Psychoses. The Brief Negative Symptom Scale (BNSS): Independent validation in a large sample of Italian patients with schizophrenia // *Eur Psychiatry.* 2015. Vol. 30. P. 641–647.
 57. Mucci A., Merlotti E., Ukok A., Aleman A., Galderisi S. Primary and persistent negative symptoms: concepts, assessments and neurobiological bases // *Schizophr. Res.* 2017. N 186. P. 19–28.
 58. Richter J., Hesse K., Schreiber L. et al. Evidence for two distinct domains of negative symptoms: Confirming the factorial structure of the CAINS // *Psychiatry Res.* 2019. N 271. P. 693–701.
 59. Strauss G.P., Cohen A.S. A Transdiagnostic Review of Negative Symptom Phenomenology and Etiology // *Schizophr. Bull.* 2017. Vol. 43, N 4. P. 712–729.
 60. Strauss G.P., Hong L.E., Gold J. M. et al. Factor structure of the Brief Negative Symptom Scale // *Schizophr. Res.* 2012. Vol. 142. P. 96–98.
 61. Strauss G.P., Horan W.P., Kirkpatrick B. et al. Deconstructing negative symptoms of schizophrenia: avolition-apathy and diminished expression clusters predict clinical presentation and functional outcome // *J. Psychiatr. Res.* 2013. Vol. 47, N 6. P. 783–790.
 62. Strauss G.P., Waltz J.A., Gold J.M. A review of reward processing and motivational impairment in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2014. N 40. P. 107–116.
 63. Turner D.T., McGlanaghy E., Cuijpers P. et al. A meta-analysis of social skills training and related interventions for psychosis // *Schizophr. Bull.* 2018. Vol. 44, N 3. P. 475–491.
 64. Veerman S. R. T., Schulte P.F.J., de Haan L. Treatment for Negative Symptoms in Schizophrenia: A Comprehensive Review // *Treatment for Negative Symptoms in Schizophrenia*. Springer International Publishing AG. 2017. DOI 10.1007/s40265-017-0789-y

К ВОПРОСУ О ГЕТЕРОГЕННОСТИ НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Н.Н. Петрова

В статье представлен обзор современных представлений о систематизации, диагностике и прогностическом значении негативной симптоматики при шизофрении. Рассматриваются понятия первичных и вторичных негативных симптомов, синдрома дефицита, преобладающих и персистирующих негативных симптомов. Приводятся данные

о выделении дименсий негативных симптомов и дифференцированная оценка их роли для социального функционирования больных шизофренией. Описана трансдиагностическая модель негативных симптомов на основе Research Domain Criteria (RDoC).

Ключевые слова: шизофрения; негативные симптомы

ON THE HETEROGENEITY OF NEGATIVE SYMPTOMS IN SCHIZOPHRENIA

N.N. Petrova

The article presents a review of current ideas about the systematization, diagnosis, and prognostic value of negative symptoms in schizophrenia. The concepts of primary and secondary negative symptoms, deficit syndrome, predominant and persistent negative symptoms are considered. Data on the allocation of dementia negative symptoms and a differentiated assessment

of their role for the social functioning of patients with schizophrenia are presented. A transdiagnostic model of negative symptoms based on scientific domain criteria (RDoC documentation) is described.

Keywords: schizophrenia, negative symptoms.

Петрова Наталия Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет»; e-mail: petrova_nn@mail.ru

СИНДРОМООБРАЗОВАНИЕ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ: ДИНАМИКА ИЛИ КОМОРБИДНОСТЬ?

Т.Г. Гадисов, А.А. Ткаченко

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России

Сложность диагностики расстройств личности (РЛ) обусловлена многими факторами. Например, трудности возникают в случаях смешанного расстройства личности, когда наблюдается сочетание различных патохарактерологических типов. Критикуя характерологические классификации, К. Jaspers говорил, что они «существенным образом отличаются друг от друга в зависимости от того, каков образовательный уровень автора, насколько развито его воображение и, в особенности, насколько глубока та метафизика, с которой связываются исходные предпосылки его суждений о человеческой природе» [35]. Существование чистых личностных типов подвергал сомнению и сам основоположник типологической классификации К. Schneider [30]. Он подчеркивал необходимость «несистемного учения о типах», чтобы не возникло искусственного противопоставления личностных черт, так как у одного психопата с, казалось бы, очевидной, врожденной личностной особенностью зачастую обнаруживаются и свойственные совсем другому типу личностные черты. Отрицал существование идеальных типов и П.Б.Ганнушкин [3]. Неслучайно в проекте МКБ-11 типы личности полностью исключены [69].

Помимо этого, уже в самом проявлении личностных черт, то есть в своей «статике», РЛ соприкасаются с некоторыми другими диагностическими категориями. Наиболее наглядной является неоднозначная их связь с расстройствами шизофренического спектра. Если в классификации МКБ-10 шизотипическое личностное расстройство относится к «шизофреническому спектру» [70], то в DSM-IV и DSM-V это – вариант РЛ [36, 37]. Подобные классификационные разночтения отражают другую проблему – трудностей проведения четкой границы между только аномальным и уже болезненным.

Но, конечно, наибольшим клиническим полиморфизмом характеризуется динамика психопатий, что создает особые проблемы отграничения РЛ от других психических расстройств. П.Б.Ганнушкин [3] отмечал, что в рамках динамики психопатий возможно развитие широкого спектра психо-

патологических феноменов. Б.В.Шостакович [32] указывал на возможность развития аффективных, тревожно-фобических, бредоподобных и «эксплозивных» симптомокомплексов при РЛ. Ю.А.Александровский [1] показал возможность развития «неврозов», а Т.Б.Дмитриева [7] описывала состояния психотического уровня при РЛ.

Современная систематика предоставляет, по сути, возможность альтернативных подходов к диагностике динамических сдвигов РЛ. С одной стороны, в МКБ-10 проявления динамики РЛ могут учитываться в качестве самостоятельных расстройств, относящихся к иным диагностическим рубрикам, что порождает особое направление исследований коморбидности РЛ с другой психопатологией. Показано, например, что у лиц с РЛ не только выявляется большая уязвимость к развитию аффективной и невротической симптоматики, но также отмечается значительное их взаимовлияние на структуру, динамику, степень выраженности и клиническую картину как с утяжелением клинической картины, так и с ухудшением эффекта от терапии [23, 52, 56].

С другой стороны, в адаптированном варианте МКБ-10 указано, что в раздел «Расстройств личности и поведения в зрелом возрасте» включены «состояния декомпенсации (динамики) психопатии, возникающие под воздействием психотравмирующих факторов в виде реакций, которые проявляются временным заострением психопатических черт личности, а также патологическим развитием личности». Там же указывается, что «декомпенсации (реакции) – кратковременные обострения психопатической симптоматики или развития с длительным усилением присущих данной личности патохарактерологических черт...». По сути, данные дефиниции представляют собой итог многолетней истории изучения динамических сдвигов РЛ.

Становление и развитие концепции динамики расстройств личности

П.Б.Ганнушкин подчеркивал прямую зависимость «статики» и «динамики» друг от друга. Он указывал,

что динамика дополняет статику, и ее можно описывать «широко», как всю «жизненную кривую психопатов», или «узко», как основные динамические моменты в их «патологической жизни». Им выделялись четыре «основных динамических момента»: фаза, шок, реакция, развитие [3].

Существенно, что понятие «реакции», которой П.Б.Ганнушкин отводит значительное место в концепции динамики, отличается от термина «реакция», который использовался для описания психопатической статики. П.Б.Ганнушкин [3] вкладывал в определение «реакций» качественно новый, более сложный психопатологический смысл психических симптомокомплексов, являющихся ответом на те или иные внешние раздражители, тогда как ранее они рассматривались как простая форма реагирования в ответ на внешний или внутренний стимул. Так, Р.Пинел в своем труде «Медико-философский трактат о мании» впервые описывает психопатию как психическое расстройство, характеризующееся несоответственностью реакций в широком смысле: «выглядели нормальными, без нарушений в понимании, восприятии, рассуждении и памяти..., но склонные к импульсивному насилию и даже убийствам в ответ на малейшую фрустрацию» [38].

При этом, однако, не осталась незамеченной «уязвимость», «предрасположение» психопатических личностей к развитию других психических расстройств. Как указывает Н.Ю.Пятницкий [19], V.Magnan и P.Legrain, продолжая разрабатывать концепцию В.А.Мореля о «дегенерации» и «невропатических» аномалиях, описывали «дисгармоничный» тип личности как «почву» для развития ряда психозов. К.Шнейдер [30] описывал уязвимость к развитию других форм психопатологии как одно из основных свойств психопатических личностей. Е.Кретшмер [14] в рамках своей «конституциональной теории» также относил расстройства личности к состояниям, «колеблющимся между здоровьем и болезнью» и определял их как почву для развития бредовых расстройств и специфических психопатических реакций в зависимости от конституциональных типов. К.Сонрад в своей конституциональной типологии также отмечал тропность того или иного типа к развитию психопатологии [20]. Несмотря на то, что основные теории психопатических конституций значительно отличались в понимании этиологических аспектов (в рамках концепций «дегенерации» ли, «теории слоев» или «конституции» в работах Н.Шюеле, Р.Крафт-Эбинга, В.Магнана, Н.Хоффмана, С.Ломброзо, В.Гризингера и Е.Кретшмера), прослеживается сходство в одном: они описывали «такие личности» именно как склонных к развитию соматической и психической патологии [19].

Определенные итоги сложившихся к середине XX века представлений были подведены Н.Биндер [40], который указывал, что для стойких психопатических аномалий характерны временные психопатологи-

ческие состояния: реакции и развития. Он подчеркивал, что они развиваются только на почве уязвимой психопатической конституции и являются признаком внутренней дезинтеграции, что клинически проявляется в виде «аномальной реакции» или «развития» в ответ на острое или хроническое психотравмирующее действие среды. При этом Н.Биндер [40] отмечал, что достаточной для аномальной реакции психотравмой может быть даже обычное, повседневное событие, которое, по объективной оценке, кажется незначительным. Такой парциальной уязвимостью он отличал аномальные реакции от психогенных состояний, подчеркивая, что дезинтеграция психических функций является причиной развития реакций и развитий у лиц с РЛ.

На первых подступах к объяснению механизмов

Проводя исторический анализ концепции динамики психопатий, М.Г.Ревенко [22] утверждал, что, несмотря на большое количество различных описаний и систематизаций динамики РЛ, не были описаны механизмы возникновения динамических сдвигов. Однако, на самом деле выделение П.Б.Ганнушкиным вариантов динамики было основано именно на механизмах их синдромообразования, которые были разработаны в результате совмещения двух концепций: феноменологической и физиологической. Тем самым им было предугадано их сближение уже в наше время в рамках парадигмы энативизма, который являлся проектом натурализации философской феноменологии с попыткой внедрить в нее новейшие достижения нейронауки и когнитивной науки, подвести под феномены когнитивной активности сознания биологическую основу, что, по сути, привело к созданию нейрофеноменологии [11].

Из феноменологического подхода П.Б.Ганнушкин [3] взял критерии «психологической понятности» К.Ясперса [34]. Он указывал, что при формировании того или иного динамического сдвига имеется рациональная, «психологически понятная» связь представлений, намерений и поступков с «болезненными предпосылками». Не проводя четкого разделения между условно короткими реакциями, фазами и относительно продолжительными состояниями, он подчеркивал их континуальность через категорию «развитие» в силу единых механизмов их формирования. Таким образом, развитие в общем виде включало в себя реакции/состояния без какого-либо противопоставления друг другу по длительности. В то же время фазы отличались тем, что возникали «аутохтонно», то есть отсутствовала понятная связь между «внешним толчком» и клиническим проявлением. Однако и здесь П.Б.Ганнушкиным [3] было подмечено, что, возможно, имеют место «какие-нибудь еще неизвестные нам пока факторы», и такая «аутохтонность» на деле условна, как и разделение фаз и реакций.

«Развитие» он делил на два типа также согласно «психологической понятности»: «конституцио-

нальное» и «ситуационное». Конституциональное развитие – подчиненное и обусловленное характерологическими чертами самой личности, где реакции и состояния психопата «понятны» и вытекают из самой личности (параноик – параноическая реакция, шизоид – шизоидная). Ситуационное развитие характеризовалось изменениями во внутренней структуре личностных черт, психопатологические феномены обуславливались качественными сдвигами, возникающими на фоне внешних «ситуационных» воздействий, с возможным обрастанием личности новыми, несвойственными ей ранее чертами, или возникновением психопатических реакций, не характерных ее типу.

Прилагая критерий «понятности» к конституциональному типу развития, он говорил: «понятной будет реакция бегства в болезнь или ухода из действительности, когда малоустойчивая личность, стремясь освободиться от невыносимой тяжести ситуации... попросту выключает эту ситуацию из сознания или ускользает из нее более хитрым путем». Критерий «понятности» также использовался им для описания «попыток компенсации», когда начинают выявляться латентные, вторичные черты личности при ситуационном развитии. Критерий понятности применялся П.Б.Ганнушкиным и при описании частных видов развитий, то есть связанных с формированием их психопатологических вариантов. Например, характеризуя «развитие с выявлением obsessions», он наибольшее внимание уделял именно «психологически понятным механизмам их образования». Он указывал, что в основе генеза таких состояний лежат психопатические особенности личности, которые могут привести к ритуалам, и они только на первый взгляд кажутся не вполне «психологически понятными» [3].

Второй принцип механизмов динамики в концепции П.Б.Ганнушкина базировался на господствующей в начале XX века рефлекторной теории И.П.Павлова. По мнению П.Б.Ганнушкина [3], чередующиеся реакции имеют тенденцию фиксироваться на основе механизма закрепления условного рефлекса, что, «вероятно», объясняет как закрепление и утяжеление клинических проявлений в рамках конституционального развития, так и объясняет «появление чуждых наслоений» при развитии ситуационном. При этом к определяющим факторам в формировании и закреплении условного рефлекса он относил саму психопатическую конституцию, объясняя это тем, что некоторые ее типы характеризуются длительностью реагирования и «застываемостью».

Раскрывая образование психопатических реакций, П.Б.Ганнушкин [3] указывал, что механизмы их формирования соответствуют общим механизмам «нормальной психической жизни», а физиологически они определяются безусловными и условными рефлексами. Он отмечал, что травма не повреж-

дает всю личность целиком, а действует лишь на отдельные «ингредиенты», и что именно эта «частичность и избирательность» травмы отражается на характере, контексте реакции. При этом соотношение ситуационного и конституционального отражается в клинической форме реакции. То есть, при попадании внешнего «раздражителя» на нужный «ингредиент» психопатической личности получится «рефлекторная» реакция, где контекст и внутреннее содержание зависит от уязвимой для этих обстоятельств «личностной черты», а клиническая форма, внешнее ее проявление будет зависеть от того, что преобладает в данных обстоятельствах – конституциональное или ситуационное. При этом П.Б.Ганнушкин подчеркивал их обратное соотношение – чем больше ситуационного, тем меньше конституционального.

В заключение своей работы П.Б.Ганнушкин подводит итог: «Степень, сила, жизненное проявление конституциональных психопатий зависят от внешних факторов в полном объеме этого слова», и, как было отмечено выше, качественное содержание психопатической реакции им определялось именно «ингредиентом личности», на который воздействовала травма [3].

Внешнее и внутреннее в генезе декомпенсаций

В 1938 году два ученика П.Б.Ганнушкина, М.О.Гуревич и Е.К.Краснушкин выступали с диаметрально противоположными взглядами на динамику психопатий [9]. М.О.Гуревич говорил о психопатиях как о стойкой, утратившей способность к компенсации дисгармонии психики. Е.К.Краснушкин же отстаивал позицию динамики и полагал, что под силой внешних воздействий может быть порождена и сама психопатия и ее тип, самым важным считая именно внешнее воздействие и его влияние на типы внутри личности [13]. Он указывал, что психопата нельзя ограничить одной типологической формой и что нужно учитывать в каждой сочетание трех уровней: социального, психологического и конституционально-биологического. Каждый уровень обладает своей изменчивостью, и под влиянием психической травмы возможны различные психопатические реакции: «Один и тот же психопат при одних обстоятельствах – патологический ревнивец, при других он превращается в сутягу, при третьих – в рентного невротика». Введением изменчивых «уровней» Е.К.Краснушкин объяснял клиническое многообразие динамических сдвигов у психопатических личностей, при этом он придавал «пусковому стимулу» решающее значение не только в поведении, но и в формировании психопата в целом.

В 1934 году для обозначения временного обострения личностных черт у психопатов И.Н. Введенский ввел понятие «декомпенсация» [32], смысл которого в дальнейшем неоднократно видоизменялся. Если в самом начале понятие декомпенсации носило в основном описательный характер и представляло собой скорее

удобный шаблон для описания преимущественно конституциональных реакций и состояний, то в дальнейшем оно значительно усложнилось, и ее определение склонилось к объяснениям причин развития патологического состояния.

Так, О.Е.Фрейеровым [29] декомпенсация понималась как заострение личностных черт, приводившее к социальной дезадаптации. Н.И.Фелинская, Н.К.Шубина [28] определяли декомпенсацию уже как срыв компенсаторных приспособлений личности. Н.К.Шубина [33] называла декомпенсацию «этапом динамики», где решающее значение в «поломке компенсаторных механизмов» отводится внешним причинам. Клинические варианты развития декомпенсации также объяснялись внешними причинами и их соотношением со вторичными личностными чертами. То есть компенсаторные механизмы трактовались как развитие вторичных характерологических черт, которые «помогали» и «ограничивали» уязвимости первичных, облигатных психопатических черт к внешним воздействиям [28, 33]. В связи с этим декомпенсация могла проявляться обострением как облигатных, так и вторичных личностных черт (гиперкомпенсация), или как срыв (псевдокомпенсация) вторичных личностных черт. Описанный принцип формирования декомпенсаций, которым объяснялся клинический полиморфизм динамических сдвигов, отталкивался от учения П.Б.Ганнушкина, где «попытки компенсации» также увязывались со вторичными личностными чертами [3].

Схожих взглядов на декомпенсацию придерживался О.В.Кербиков [10], однако, несколько иначе рассматривая само понятие динамики. Он понимал под «развитием» и «динамикой» скорее процесс «становления психопатом», выделяя «ядерные» психопатии; психопатические развития личности (конституциональное и ситуационное); невротические развития; неврозы. Им была предложена триада критериев, основанная на «клинических признаках, указанных Ганнушкиным»: выраженность психопатических свойств личности, доходящая до степени нарушения адаптации; тотальность и малая обратимость. Данные критерии предназначались для «ядерных» психопатий и поздней стадии «психопатических развитий». О.В.Кербиков, по сути, противопоставлял «ядерные», стабильные в его понимании психопатии и психопатическое развитие, отмечая, что диагностировать психопатию можно только в случае соответствия вышеуказанным критериям. Само же развитие, по его мнению, может протекать в виде конституционального, формирующегося по принципу порочного круга, где «психопатическая личность в силу своих особенностей создает конфликтную ситуацию», или ситуационному, где ситуации задаются внешней средой.

Б.В.Шостаковичем [31] были выделены острая характерологическая реакция; характерологическое развитие с формированием сверхценных идей;

характерологические и ситуационные развития, причем он отмечал условный характер выделенных вариантов, так как один мог легко переходить в другой. Н.А.Опря [18] были описаны три формы динамики: реакции, декомпенсации и развития. При этом отмечались как «характерные реакции» в виде заострения психопатических особенностей (например, «взрывной» синдром у РЛ возбудимого круга), так и «нехарактерные реакции» (взрывы аффекта у лиц тормозимого круга). М.Г.Ревенко [22] выделил два варианта: психопатические реакции, характерные для определенного вида психопатий, и психопатические реакции, общие для различных их типов. Было отмечено, что возможно развитие и того, и другого варианта у одной психопатической личности. А.Л.Косачев [12], исследуя паранойяльные психопатии и варианты их динамики, также указывал на значительный полиморфизм клинических проявлений, который он объяснял зависимостью от преобладания внешнего/внутреннего, «компенсаторных» вторичных личностных черт и степени/способа воздействия экзогенных факторов.

В конце концов, клинические факты о возможности возникновения психопатологических состояний – как конгруэнтных изначальным личностным свойствам, так и не соответствующих им – привели к разделению психопатических реакций на однозначные (гомономные) и неоднозначные (гетерономные) [32]. При гомономных реакциях их содержание совпадает со стержневым комплексом (типом) расстройства личности, например, реакции «взрывного типа у возбудимых» или «обессивные, фобические реакции у зависимых». Гетерономные реакции возникают на фоне более выраженных стрессовых раздражителей и протекают более скоротечно. При всех формах психопатии могут наблюдаться истерические, паранойяльные и депрессивные реакции. Отдельно в структуре гетерономных реакций были описаны инверсные, контрастные реакции, например, астенические реакции у возбудимых личностей. Нетрудно заметить, что в данной дихотомии неявным образом нашел отражение использованный П.Б.Ганнушкиным критерий «понятности», сущность которого заключается в невыводимости переживаний и поведения из личности в ее конкретной жизненной ситуации и который неразрывно связан с феноменологическим подходом, подразумевая концентрацию на субъективном опыте, т.е. является результатом «методологии от первого лица».

Понятие коморбидности как альтернатива динамике расстройств личности

Компромиссной представляется позиция А.Б.Смулевича [25], который допустил, что влияние РЛ на психопатологические проявления в рамках динамики с позиций предрасположения и патопластических отношений допускает и концепция, положенная в основу МКБ-10 и DSM-IV-TR. Он

попытался охватить сложное многообразие взаимоотношений личностных качеств и психопатологических образований, выделив три типа динамики РЛ: в форме развития личности (психопатологические симптомокомплексы, связанные со стрессом, развиваются изолированно от РЛ с последующим «амальгамированием» позитивных симптомокомплексов в структуру личности); в форме ассоциированных с РЛ квазипсихозов (позитивные расстройства, связанные со стрессом, первичны, они интегрируются в структуру психогений при расстройствах личности); в форме трансформации патохарактерологических расстройств в психопатологические (позитивные расстройства вторичны, формируются по механизму «отщепления») [24].

Перекликающимся с данной систематикой выглядит рассмотрение коморбидности РЛ с другой психопатологией в трех видах: патопластический (взаимное влияние на вид или выражение друг друга), отношения спектра (расстройство и личностные черты в общем спектре функционирования) и этиологический [65]. Р.Тугер [62] отмечает, что именно такой подход к пониманию коморбидности расстройств личности является правильным. Он же указывает, что концепция уязвимости личности к развитию другой психопатологии является необходимой интегрирующей гипотезой [61].

В рамках DSM-5 была представлена новая, «альтернативная» нетипологическая классификация РЛ, где для описания характерологических черт используются домены, соотносящиеся с Пятифакторной моделью личности [63]. Последняя на данный момент доминирует во взглядах на РЛ, представляя собой диспозиционную модель, характеризующую человека при помощи пяти доменов, выделенных в результате многолетних эмпирических исследований личностных черт [2, 42]. «Большая Пятерка» («Big Five») включает следующие диспозиции: нейротизм, открытость опыту, доброжелательность («сотрудничество»), добросовестность («контролирование») и экстраверсию [2, 42]. Нейротизм отражает тенденцию к переживанию негативных эмоций, таких как печаль, тревога, злость, утрата, фрустрация [67]. Экстраверсия характеризуется тенденцией личности к открытому проявлению эмоций, напористому поведению, «решительному» мышлению и желанию получить социальное внимание [68]. Открытость опыту характеризуется широтой и глубиной взглядов индивидуума, его стремлением получать новые знания и опыт. Добросовестность показывает, как человек выполняет свои обязанности, его целеустремленность, организованность и мотивированность. Доброжелательность отражает мотивацию личности к поддержанию хороших отношений с другими людьми [2].

МКБ-11 также придерживается дименсионального подхода для оценки степени тяжести РЛ. Для описания их структуры было выделено также пять

доменов и дополнительный «пограничный паттерн». Выбор доменов был обусловлен масштабными психологическими исследованиями и в результате оказался соотносим с Пятифакторной моделью личности [5, 63]. РЛ предлагается определять как крайний, «неадаптивный вариант» проявления личностных черт из «Большой пятерки» [66].

Одновременно предпринимались попытки объяснить механизм образования психопатологических феноменов через уязвимость, обусловленную выраженностью определенных личностных черт «Большой пятерки». Так, нейротизм Т.Видигер [67] рассматривает как «предрасполагающий к таким негативным эмоциям, как гнев, тревога, эмоциональная лабильность, депрессия и обеспечивающий уязвимость к широкому спектру различных форм психопатологии». Он же [65] указывает, что анорексия и булимия имеют тенденцию возникать «возможно, отчасти по причине высокого уровня нейротизма». При этом обнаруживается выраженная корреляция доменов Пятифакторной модели личности с психопатологией и социальной адаптацией, например, низкий уровень экстраверсии коррелирует с тревожными и депрессивными расстройствами [64]; у детей с высоким уровнем доброжелательности меньше проблем с поведением и вниманием, а у взрослых – меньшее количество арестов, проблем с алкогольными напитками, реже встречалось депрессивное расстройство, описывалась большая стабильность в профессиональной сфере [50]; высокий уровень добросовестности достоверно коррелирует с обсессивно-компульсивным расстройством [57].

Однако, Пятифакторная модель личности оставляет в стороне существенный вопрос – отражает ли данная диспозиционная модель причинно-следственную связь? Например, конструкт «нейротизма», полученный в результате описания переживаний и выражения негативных эмоций и их последующей статистической обработки, скорее констатирует факт «склонности к переживанию негативных эмоций», а не то, как высокий уровень нейротизма объясняет уязвимость личности к гневу и другим негативным эмоциям. То есть патогенетическую, объяснительную связь в концепции «динамики» П.Б.Ганнушкина подменяет связь статистически-корреляционная.

Существуют и другие подходы к исследованию РЛ и развивающихся на их почве психопатологических феноменов, в принципе отказывающиеся от объяснительных конструкций и ориентирующиеся исключительно на фенотипические связи. Так, Консорциум HiTOP (The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology) пытается разработать эмпирическую классификационную систему на основании количественных исследований в структуре психопатологии [47, 49]. Коллектив разработчиков исследует связи между психопатологическими феноменами и строит их иерархическую таксономию. В настоящий момент предлагается 6 спектров: соматоформный,

интернализация, расстройства мышления, обособленность, расторможенная экстернализация и антагонистическая экстернализация. Каждый из предложенных спектров включает в себя синдромокомплексы/расстройства, состоящие из компонентов и симптомов. Полученные спектры, по заявлению разработчиков, также соотносятся с Пятифакторной моделью личности [47].

Предполагается, что определенные клинические проявления (психопатологические фенотипы) могут быть вызваны вариациями различных этиологических элементов. То есть один и тот же психопатологический фенотип может быть обусловлен совершенно различными причинами. Таким же образом один синдромокомплекс/расстройство в концепции HiTOP может относиться к различным спектрам, как, например, пограничное РЛ, которое ассоциируется и со спектром интернализации, и со спектром антагонистической экстернализации. Шизоидное РЛ ассоциируется со спектрами расстройства мышления и обособленности, при этом отдельные симптомы, такие как сниженная способность получать удовольствие, ассоциируются с интернализацией [49]. Таким образом, ассоциации одного типа РЛ с различными спектрами в концепции HiTOP могут объяснить клиническое многообразие динамических сдвигов.

Если модель, предлагаемая разработчиками HiTOP, является фенотипической, не затрагивающей этиологию психопатологии, то другой проект, разрабатывающий альтернативную классификацию – RDoC, напротив, претендует на разработку «систем», основанных на этиологии психопатологических феноменов [43]. Выделяемые в проекте RDoC на основании нейробиологических исследований «системы» также показали хорошее сочетание с доменами Пятифакторной модели личности [66]. Была предпринята попытка сопоставления «систем» проекта RDoC с диагностическими критериями РЛ. В результате был сделан вывод, что симптомы одного типа РЛ могут относиться к разным этиологическим «системам». При этом было отмечено, что использование «систем» RDoC может позволить в будущем выявить процессы, которые связывают РЛ с другими психическими расстройствами [48].

Описанные системы определяют и специфику подхода к диагностике. Так, в рамках классификации DSM возможно диагностировать РЛ, коморбидное с расстройством шизофренического спектра [60]. Особым случаем может стать коморбидность одного РЛ с другим, что является показателем «высокой степени тяжести» [51]. То есть у одного пациента возможно, по мнению некоторых исследователей, сосуществование сразу нескольких РЛ [71]. Оценка степени тяжести РЛ, введенная в МКБ-11, не совсем отражает глубину непосредственно расстройства, не указывает на регулятивные нарушения, то есть не касается механизма их формирования. Она скорее исходит из результата, выраженного через оценку

степени нарушения социальной адаптации и опасности для себя и окружающих [63, 69], что выглядит в определенной мере отходом от чисто клинических подходов к диагностике.

Заключение

Концепция динамики является ключевой для судебно-психиатрической оценки РЛ.

В судебно-психиатрической практике США, казалось бы, РЛ исключены из «группы психических заболеваний, снижающих ответственность» [46]. Схожая тенденция наблюдается и в судебной психиатрии Канады, где психопаты практически всегда признаются вменяемыми [54]. В Англии и Шотландии лицо, совершившее преступление, также не будет освобождено от уголовной ответственности на основании наличия у него РЛ [59]. Однако, несмотря на негласное правило «психопат вменяем», S.C. Johnson и E.B. Elbogen [45] указывали, что при оценке РЛ наибольшее внимание уделяется степени выраженности личностных особенностей на протяжении жизни и их коморбидности с другими психическими расстройствами. Необходимость одновременного указания как самого РЛ, так и сопутствующего ему расстройства обязывает эксперта учитывать коморбидность, которая тем самым приобретает большое значение. Однако, диагностика, основанная на коморбидности РЛ, создает в уголовном судопроизводстве большие сложности, так как в правовом поле такое сочетание затрудняет понимание причинно-следственной связи деликта и расстройства [45].

Обращение к концепции динамики в отечественной традиции предполагает более гибкую позицию. Сложившиеся здесь представления о судебно-психиатрической оценке РЛ подразумевают, что юридически значимые нарушения саморегуляции отмечаются преимущественно при клинически выраженных динамических сдвигах. При этом различные варианты динамики обнаруживают неодинаковую степень выраженности регуляторных нарушений [4]. Такой подход создает предпосылки для дифференцированных экспертных оценок регуляции произвольной деятельности, которая понимается как многоуровневая динамическая система с разделением на два блока: мотивационный (смысловой) и операционально-технический [27], чья работа обеспечивается более частными механизмами, которые могут быть соотнесены с юридическими критериями формулы вменяемости (в виде способностей «осознавать фактический характер», «осознавать общественную опасность» и «регулировать» свои действия).

Так, выделены регулятивные нарушения, влияющие на ограничение вменяемости лиц с РЛ и связанные с нарушением регуляторной и прогностической функций [6]; гибкостью/ригидностью когнитивного контроля, толерантностью к неопределенности [21]; способностью к анализу и учету

ситуации выбора, недостаточностью социального опыта, особенностями ценностной системы, опорой на возможности достижения цели [17]; способностью к планированию своей деятельности, выбору средств достижения целей, коррекции своего поведения [16]. На примере сверхценных состояний в рамках динамики расстройства личности описаны нарушения саморегуляции в операционально-техническом блоке [8]. При этом наиболее выраженное влияние на способность психопатических личностей к произвольной регуляции оказывали стрессовые факторы и возникающие на их фоне динамические сдвиги, причем наиболее глубокая дезорганизация психической деятельности выявлялась при «утяжелённом психопатическом аффекте» на фоне «неоднозначной» психопатической реакции, когда в ответ на субъективно значимые хронические психотравмирующие события возникала чужеродная для личности картина аффективной реакции [15]. Как не исключаяющие вменяемости состояния преимущественно рассматриваются гомонимные психопатические реакции, а при неоднозначных реакциях «предпочтительнее речь шла о невменяемости» [32].

Основной консенсус состоит в том, что динамические сдвиги возникают на аномальной почве под влиянием психотравмирующего события, на что указывал еще П.Б.Ганнушкин [3]. Современные достижения нейронаук позволяют подступиться к раскрытию тех интимных нейробиологических механизмов «уязвимости» и «предрасположенности», которые при взаимодействии с неблагоприятными средовыми воздействиями определяют синдромообразование, составляющее клиническую суть динамических сдвигов.

Так, исследования свидетельствуют о функциональных изменениях в областях мозга, вовлеченных

в эмоциональное реагирование [58]. Были обнаружены и морфологические изменения головного мозга при РЛ: А.Райне и соавт. [55], используя магнитно-резонансную томографию, обнаружили, что у лиц с антисоциальным РЛ отмечается существенное снижение количества серого вещества в префронтальных областях головного мозга. J.Pemmet [53] отмечает, что при таком снижении серого вещества неудивительно наличие функциональных изменений в рабочей памяти и в исполнительных функциях. R.J.R.Blair [41] указывает, что при нейрофизиологических обследованиях было обнаружено снижение активности миндалевидного тела при тестах с аверсивной стимуляцией, с использованием эмоциональной памяти и при методиках с распознаванием эмоциональной экспрессии.

К.Бертсх и соавт. [39] было обнаружено, что у лиц с РЛ снижена активность в областях срединных корковых структур, которые отвечают за отнесение информации к себе, саморефлексию, распознавание мотивов и эмоций других лиц. Психофизиологические исследования показали, что личностные черты также влияют на глазодвигательную активность, которая имеет существенную роль в процессе восприятия [44].

Таким образом, аномальная почва может быть обусловлена разнообразными нарушениями в различных звеньях многоуровневой системы саморегуляции, которые задействованы и в патогенезе психопатологических феноменов [26]. Поэтому изучение механизмов образования синдромов при РЛ позволит более объективно оценивать нарушения саморегуляции, а также лучше понять как соотношение конституционального и ситуационного в рамках динамики, так и взаимовлияние психопатической почвы с другими психическими расстройствами в рамках концепции коморбидности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: ГЭОТАР-Медиа 2007. 720 с.
2. Воронкова Я.Ю., Радюк О.М., Басинская И.В. «Большая пятёрка», или пятифакторная модель личности. Хабаровск: Изд-во Тихоокеан. гос. ун-та, 2017. С. 39–45.
3. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика. Н.Новгород., Медкнига, 2000. 124 с.
4. Горинов В.В., Корзун Д.Н., Васюков С.А., Илюшина Е.А., Шеховцова Е.А. Клинические и судебно-психиатрические аспекты смешанного расстройства личности // Российский психиатрический журнал. 2017. № 2. С. 17–22.
5. Горинов В.В., Корзун Д.Н., Васюков С.А. Классификация и диагностика расстройств личности в свете положений пересмотра Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем // Российский психиатрический журнал. 2018. № 2. С. 50–55.
6. Гульдан В.В. Исследование некоторых механизмов регуляции поведения при психопатиях: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 1975. 17 с.
7. Дмитриева Т.Б. Патобиологические аспекты динамики психопатий. М., 1998. 161 с.
8. Илюшина Е.А., Ткаченко А.А. Особенности механизмов синдромообразования бредовых и бредоподобных состояний // Российский психиатрический журнал. 2013. № 1. С. 36–44.
9. Кербилов О.В. Клиническая динамика психопатий и неврозов. Актовая речь. М., 1962. 19 с.
10. Кербилов О.В. Избранные труды. М.: Медицина, 1971. 313 с.
11. Князева Е.Н. Энактивизм: новая форма конструктивизма в эпистемологии. М.: СПб:Центр гуманитарных инициатив; Университетская книга, 2014. 352 с.
12. Косачев А.Л. Клиника и судебно-психиатрическая оценка паранойальной психопатии: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1973. 183 с.
13. Краснушкин Е.К. Избранные труды. М.: Медгиз, 1960. 608 с.
14. Кречмер Э. Строение тела и характер. М.: Педагогика-Пресс, 1995. 608 с.
15. Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1999. 497 с.
16. Кудрявцев И.А., Лапшина Е.Н. Психологические механизмы и эффекты влияния патологии характера на саморегуляцию общественно опасных действий // Российский психиатрический журнал. 2008. № 3. С. 29–35.
17. Лапшина Е.Н. Особенности саморегуляции лиц, признанных ограниченно вменяемыми: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2006. 265 с.
18. Опрят Н.А. Судебно-психиатрическая оценка различных форм динамики психопатий: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1966.
19. Пятницкий Н.Ю. Учение о предрасположенности к психическим расстройствам и понимание «Психопатического» в концепциях J.L.A.Koch, R.Von Kraft-Ebing и C.Lombroso // Психическое здоровье. 2011. Т.9. № 12 (67). С. 74–80.
20. Пятницкий Н.Ю. Учение о психопатиях: концепция конституциональных типов К. Конрада // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2019. № 5 (119). С. 98–106.

21. Ратинова Н.А. Саморегуляция поведения при совершении агрессивно-насильственных преступлений: Дисс... канд. психол. наук М., 1998. 229 с.
22. Ревенко М.Г. К вопросу о психопатических реакциях в судебно-психиатрической практике: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1967. 333 с.
23. Симуткин Г.Г., Яковлева А.Л., Бохан Н.А. Проблема коморбидности аффективных расстройств и расстройств личности // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24. № 2. С. 91–97.
24. Смуглевич А.Б. Психогении и невротические расстройства, выступающие в рамках динамики психопатий // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. № 4 (2). С. 99–101.
25. Смуглевич А.Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. М.: Медицинское информационное агенство, 2012. 336 с.
26. Ткаченко А.А., Демидова Л.Ю. Построение общей модели саморегуляции в судебной психиатрии. Сообщение 1. Принцип изоморфизма // Российский психиатрический журнал. 2018. № 6. С. 19–28.
27. Ткаченко А.А., Корзун Д.Н. Судебно-психиатрическая экспертиза. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 672 с.
28. Фелинская Н.И., Шубина Н.К. Закономерность формирования психопатических личностей и пути ее компенсации и адаптации // Проблемы личности. Материалы симпозиума. Т.2 М., 1970. 248–260 с.
29. Фрейеров О.Е. О клинических вариантах динамики психопатий. М., 1961. 187–200 с.
30. Шнайдер К. Клиническая психопатология. Киев., Сфера, 1999. 296 с.
31. Шостакович Б.В. Судебно-психиатрическое значение некоторых вариантов динамики психопатий возбуждимого круга. Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1963.
32. Шостакович Б.В. Расстройства личности (психопатии) в судебно-психиатрической практике. М.: МБА, 2006. 372 с.
33. Шубина Н.К. Клинические особенности компенсаций и декомпенсаций при психопатиях тормозимого типа: автореф. Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1966. 16 с.
34. Яспер К. Бред ревности. К вопросу: “развитие личности” или “процесс”? Перевод А.В. Бруенка // Независимый психиатрический журнал. 1996. (2). С. 5–13.
35. Яспер К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. 1056 с.
36. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Arlington. American Psychiatric Association Publ., 2000.
37. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington. American Psychiatric Association Publ., 2013.
38. Berrios G.E. The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge University Press, 1996. 565 p.
39. Bertsch K. et al. Brain volumes differ between diagnostic groups of violent criminal offenders // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2013. N 7. P. 593–606.
40. Binder Н. Психопатии, неврозы, патологические реакции // Клиническая психиатрия / Под ред. Г. Груле М.: Книга по Требованию, 2012. 832 с.
41. Blair R.J.R. Neuroimaging of psychopathy and antisocial behavior: A targeted review // Curr. Psychiatry Rep. 2010. N 1 (12). P. 76–82.
42. Costa P.T., McCrae R.R. The Five-Factor Model, Five-Factor Theory, and Interpersonal Psychology // Handbook of Interpersonal Psychology: Theory, Research, Assessment, and Therapeutic Interventions. 2012. P. 91–104.
43. Cuthbert B.N. Research Domain Criteria: toward future psychiatric nosologies. // Dial. Clin. Neurosci. 2015. N 1 (17). P. 89–97.
44. Hoppe S. et al. Eye movements during everyday behavior predict personality traits // Frontiers Human Neurosci. 2018. N 12. P. 1–8.
45. Johnson S.C., Elbogen E.B. Personality disorders at the interface of psychiatry and the law: legal use and clinical classification. // Dial. Clin. Neurosci. 2013. N 2 (15). P. 203–211.
46. Kinscherff R. Proposition: A personality disorder may nullify responsibility for a criminal act // J. Law, Med. Ethics. 2010. N 4 (38). P. 745–759.
47. Kotov R. et al. The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies // J. Abnorm. Psychol. 2017. N 4 (126). P. 454–477.
48. Koudys J.W. et al. The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Initiative and Its Implications for Research on Personality Disorder // Curr. Psychiatry Rep. 2019. № 6 (21).
49. Krueger R.F. et al. Progress in achieving quantitative classification of psychopathology // World Psychiatry. 2018. N 3 (17). P. 282–293.
50. Laursen B., Pulkkinen L., Adams R. The antecedents and correlates of agreeableness in adulthood. // Developmental Psychol. 2002. N 4 (38). P. 591–603.
51. Lenzenweger M.F. et al. DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Biol. Psychiatry. 2007. N 6 (62). P. 553–564.
52. Matthies S., A. Philipsen Comorbidity of personality disorders and adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) – Review of recent findings // Curr. Psychiatry Rep. 2016. N 4 (18). P. 91–97.
53. Pemment J. The neurobiology of antisocial personality disorder: The quest for rehabilitation and treatment // Aggression Violent Behav. 2013. N 1 (18). P. 79–82.
54. Power J.P. Perceptions of Psychopathy and Criminal Responsibility [dissertation] Ontario, Department of Psychology Brock University St. Catharines, 2017. 81 p.
55. Raine A. et al. Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder // Arch. Gen. Psychiatr. 2000. N 2. P. 119–127.
56. Riminger B. Depression and personality disorders: mutual influences // Encephale. 2010. P. 123–126.
57. Samuel D.B., Widiger T.A. Conscientiousness and obsessive-compulsive personality disorder // Person. y Dis: Theory, Research, Treatment. 2011. N 3 (2). P. 161–174.
58. Schulze L. et al. Neuronal correlates of cognitive reappraisal in borderline patients with affective instability // Biol. Psychiatry. 2011. N 6 (69). P. 564–573.
59. Shaw E. Psychopathy, Moral Understanding and Criminal Responsibility // Eur. J. Curr. Legal Issues. 2016. N 2 (22). P. 1–25.
60. Simonsen E., Newton-Howes G. Personality pathology and schizophrenia // Schizophr. Bull. 2018. N 6 (44). P. 1180–1184.
61. Tyrer P. Personality diatheses: a superior explanation than disorder. // Psychol. Med. 2007. T. 37. N 11. P. 1521–1525.
62. Tyrer P. Personality diathesis explains the interrelationships between personality disorder and other mental conditions. // World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA). 2011. N 2 (10). P. 108–109.
63. Tyrer P. et al. The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics. // Ann. Rev. Clin. Psychol. 2019. (15). P. 481–502.
64. Watson D., Gamez W., Simms L.J. Basic dimensions of temperament and their relation to anxiety and depression: A symptom-based perspective // J.f Res. Personality. 2005. N 1 SPEC. ISS. (39). P. 46–66.
65. Widiger T. Personality and psychopathology // World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA). 2011. № 2 (10). P. 103–106.
66. Widiger T.A. et al. Measures to assess maladaptive variants of the five-factor model // J. Personal. Asses.. 2012. N 5 (94). P. 450–455.
67. Widiger T.A., Oltmanns J.R. Neuroticism is a fundamental domain of personality with enormous public health implications // World Psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA). 2017. T. 16. N 2. P. 144–145.
68. Wilt J., Revelle W. Extraversion // Handbook of individual differences in social behavior (Eds.) M.R.Leary, R.H.Hoyle, The Guilford Press, 2009. P. 27–45.
69. World Health Organization The ICD-11 Classification of Mental, Behavioral Disorders and Neurodevelopment Disorders. Geneva., 2018. World Health Organization.,
70. World Health Organization The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva., 1992.
71. Zimmerman M. et al. Does the diagnosis of multiple Axis II disorders have clinical significance? // Ann. Clin. Psychiatry : official journal of the Am. Acad. Clin. Psychiatrists. 2012. N 3 (24). P. 195–201.

СИНДРОМООБРАЗОВАНИЕ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ: ДИНАМИКА ИЛИ КОМОРБИДНОСТЬ?

Т.Г. Гадисов, А.А. Ткаченко

В научном обзоре с целью обоснования необходимости комплексного междисциплинарного изучения механизмов формирования патологических сдвигов расстройств личности проанализировано развитие и становление концепции их динамики. Освещаются проблемы диагностики расстройств личности, взаимосвязи личностных черт и психопатологических синдромов. Приводятся современные представления о коморбидности расстройств личности с психопатологическими

состояниями. Рассматривается место динамики в альтернативных классификациях психических расстройств. Утверждается необходимость многоуровневого анализа механизмов формирования динамических сдвигов в судебно-психиатрической практике.

Ключевые слова: расстройства личности, динамика расстройств личности, коморбидность, механизмы синдрообразования, RDoC, HiTOP.

SYNDROMES FORMATION IN PERSONALITY DISORDERS: DYNAMICS OR COMORBIDITY?

T.G. Gadisov, A.A. Tkachenko

In a scientific review to justify the need for a comprehensive multidisciplinary research the formation of syndromes in personality disorders, the development of the concept of dynamics are analyzed. Information is presented about the problems and difficulties in diagnosing personality disorders, the relationship of personality traits and psychopathological conditions. Modern representations about the

comorbidity of personality disorders with psychopathological conditions are given. The place of the dynamic in alternative classifications of mental disorders is considered. The need for multilevel analysis in the formation of dynamic shifts in forensic psychiatric practice is argued.

Key words: personality disorder, personality disorder dynamics, comorbidity, RDoC, HiTOP.

Гадисов Тимур Гамидович – аспирант Отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: gadisovtmr@gmail.com

Ткаченко Андрей Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России; профессор кафедры социальной и судебной психиатрии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова» Минздрава России; e-mail: tkatchenko_gnc@mail.ru

МЕТАКОГНИТИВНЫЙ ТРЕНИНГ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ, ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ

С.Ю. Кузнецов², М.В. Афян², М.Ю. Кожевникова³, Л.Г. Мовина¹

¹Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России

²ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ»

³ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»

Шизофрения характеризуется высоким процентом инвалидизации и является экономически затратным заболеванием, что обуславливает ее социальную значимость [4, 5, 8, 10]. Для шизофрении характерны, с одной стороны, повторяющиеся обострения продуктивной психопатологической симптоматики или ее персистирование, а с другой стороны, нарушения социальной адаптации, которые проявляются во всех сферах жизни больных – работа, обучение, независимое проживание, взаимодействие с окружением [2, 22]. Важной особенностью этого заболевания является недостаточная эффективность психофармакотерапии как в отношении редукции позитивных симптомов (прежде всего бреда и галлюцинаций), так и в отношении нарушений социальной адаптации. Так, по данным Н.Elkis около 20-30% пациентов, страдающих шизофренией, обнаруживают резистентность к антипсихотикам [17]. Н.Keltzer, А.Kostacoglu указывают, что количество пациентов, в отношении которых терапевтические возможности ограничены, доходит до 60% [27]. Высока частота самостоятельной отмены антипсихотиков из-за таких факторов, как побочные эффекты, непонимание пациентом механизма действия препарата и отсутствие терапевтического альянса [15]. Даже когда антипсихотические препараты принимаются в соответствии с рекомендациями врача, их эффективность в отношении позитивных симптомов достигает лишь умеренных значений [29], а полного выздоровления удается достичь редко [24]. Вызывают настороженность данные о вероятном (но пока малоизученном) нейродегенеративном действии антипсихотических препаратов [23]. Кроме того, терапия, основанная исключительно на фармакологическом лечении, не позволяет значимо улучшить социальное функционирование пациентов [24].

Известно, что с течением заболевания позитивные симптомы могут ослабевать, в то время как на первый план выступают расстройства, лежащие в основе социальной дезадаптации, к которым относят

нарушения мотивации, нейрокогнитивный и социально-когнитивный дефицит. Социальные когниции, определяемые многими авторами как набор способностей, необходимых для социального взаимодействия, играют в этом процессе одну из ключевых ролей [3]. М.Vechi и соавт. указывают на то, что нарушения социальных когниций в значительно большей степени, чем психопатологическая симптоматика или дефицит базовых когнитивных функций, обуславливают социальную дезадаптацию больных шизофренией [13]. При этом по данным Т.Wykes и соавт. когнитивная реабилитация уменьшает когнитивную дисфункцию при шизофрении [41].

Исследования социально-когнитивных нарушений в настоящее время представлены изучением их роли в процессах психотической декомпенсации и стабилизации состояния, а также разработкой методов социальной реадaptации. Принято выделять четыре основных домена социальных когниций (познавательных процессов), такие как: 1) эмоциональный процессинг; 2) внутренняя модель сознания другого (ВМСД); 3) атрибутивный стиль; 4) социальная перцепция [1, 3]. Нарушения в каждом из представленных доменов могут приводить к ухудшению социального функционирования, что требует включения в программу комплексной (медикаментозной и психосоциальной) терапии вмешательств, направленных на восполнение данного дефицита [7, 9]. К вмешательствам такого рода относится, в частности, метакогнитивный тренинг, в основе которого лежат теоретические представления когнитивно-поведенческой модели шизофрении [6, 21, 30].

Когнитивно-поведенческий подход в терапии пациентов с шизофренией

В когнитивной модели психических расстройств психотические симптомы (бред и галлюцинации) возникают благодаря когнитивным искажениям. Считается, что жизненное событие, являющееся

триггером, запускает у предрасположенной личности механизм нарушения когнитивного процесса, что выражается двумя путями: нарушением переноса прошлого опыта на настоящие события и трудностями контроля над намерениями и действиями. В сознание пациента проникает неструктурированный поток сенсорной информации и несвязанного материала из памяти, что приводит к возникновению намерений и действий, которые человек воспринимает как чужеродные по происхождению. Особенно подчеркивается, что нарушение когнитивного процесса приводит к аномальным сознательным переживаниям (например, нейтральные действия воспринимаются как преднамеренные, мысли кажутся вложенными, устанавливается причинная связь между двумя несвязанными событиями) [21]. Литературные данные указывают на то, что основные черты бреда (такие как убежденность в бредовой идее, некорректируемость и поспешное принятие решений) не ограничиваются только бредовыми переживаниями, а представляют собой стили мышления, которые проявляются у пациентов и в нейтральных ситуациях. Хотя эти когнитивные искажения связаны с психозом, они рассматриваются когнитивной психологией как расширение нормальных стилей мышления, которые могут быть скорректированы с использованием стандартных психологических подходов [19]. Таким образом, бредовые идеи, возможно, являются лишь видимой «вершиной айсберга» [32].

В когнитивной модели галлюцинаций R.Bentall подчеркивается роль нарушения процесса атрибуции, при котором когнитивные операции, связанные с генерацией внутренних мыслей, оказываются необъективными. Из-за искажения операции мониторинга источника, необходимого для определения контекста, собственные мысли воспринимаются как чуждые собственной психике. Происходит экстернализация внутренних когнитивных событий во внешний источник [31]. Также показано, что когнитивные искажения играют роль в образовании бреда из-за способности пациентов надлежащим образом оценивать факты [26]. От 40 до 70% пациентов с диагнозом шизофрении собирают недостаточно информации для принятия решения, прежде чем делают выводы. Более того, показано, что данное когнитивное искажение, называемое «преждевременными выводами», сохраняется у пациентов и в ремиссии [31]. Поскольку бредовый синдром является одним из ключевых симптомов шизофрении и других психотических расстройств, и может привести к опасным последствиям, в том числе к агрессии или суициду, работа в рамках когнитивной модели направлена, прежде всего, на редукцию данного синдрома [20].

В рамках когнитивно-поведенческого подхода существует два направления работы. Одно из них – когнитивно-бихевиоральная терапия психозов (КБТп). В КБТп предметом терапевтической работы

являются убеждения пациента в отношении реальности, как бредовые, так и небредовые, которые могут способствовать поддержанию симптомов. Второе направление – это работа с метакогнициями, которая направлена на когнитивные убеждения, лежащие в основе психотических переживаний [37]. Одним из методов, основанных на этом подходе, и является метакогнитивный тренинг (МКТ), разработанный S.Moritz и соавт. [35, 36].

Характеристика метакогнитивного тренинга

Метакогнитивный тренинг (МКТ) – это форма психосоциального вмешательства, целью которого является коррекция специфических когнитивных нарушений при шизофрении, связанных с особенностями восприятия окружающих и с недостатками в социальном познании, которые могут приводить к ошибочным выводам, заблуждениям, бредообразованию и психотической декомпенсации. В процессе тренинга происходит повышение осведомленности пациентов о когнитивных отклонениях и искажениях, лежащих в основе формирования и поддержания бреда, обогащение и изменение набора стратегий решения проблем и побуждение пациентов к критическому осмыслению последствий когнитивных искажений в повседневной жизни [6, 36]. Данная программа сочетает в себе элементы психообразования, когнитивной реабилитации и когнитивно-поведенческой терапии. В МКТ пациентам предъявляются многочисленные когнитивные задачи (например, запоминание деталей на картинке, восстановление рисунка по его части), при этом основное внимание уделяется уменьшению чрезмерной уверенности в ошибках, а не точности выводов. Подобно когнитивной терапии психозов (КБТп), МКТ нацелен на позитивные симптомы, но прежде обращается к когнитивным процессам в целом, а затем переходит к уровню симптомов. Этот подход считается более мягким и подходит для пациентов, которые не могут дистанцироваться от своих заблуждений, как например, пациенты с преимущественно параноидными переживаниями [38]. Кроме того, МКТ также направлен на повышение самооценки, поскольку пациенты с шизофренией имеют сниженную самооценку по сравнению со здоровыми лицами [34].

МКТ может проводиться в групповом формате, что является предпочтительным, рекомендуемое количество участников в группе – 3–10 человек, продолжительность занятия – 45–60 минут, 8 или 16 занятий в цикле. Также существует индивидуальный формат метакогнитивного тренинга (МКТ+), который, по данным S. Moritz и соавт., особенно эффективен в снижении выраженности продуктивных симптомов, когнитивных искажений, а также в повышении приверженности лечению для пациентов, имеющих противопоказания к участию в группе [32].

В процессе МКТ обсуждаются конкретные когнитивные искажения, их влияние на развитие психоза

и социальное функционирование. Каждое занятие посвящено определенной теме и состоит из теоретической части, в которой пациенты знакомятся, например, со стилями атрибуции, поспешными выводами, внутренней моделью сознания другого (ВМСД), депрессивными схемами, и практической, в которой представлены специально разработанные упражнения [36]. Для того, чтобы подчеркнуть актуальность тренинга для пациентов и обеспечить пролонгированный эффект в отношении улучшения социального познания, в каждом модуле подчеркивается связь когнитивных искажений с формированием и поддержанием психоза, что сопровождается доступными «жизненными» примерами [35]. Различные модули МКТ демонстрируют пациентам, что сложные события могут иметь очень разные объяснения и редко определяются отдельными причинами, что доказательства могут меняться со временем, и что не следует спешить с выводами или быть слишком уверенными в суждениях, особенно в ситуациях с потенциально важными результатами.

Эффективность метакогнитивного тренинга

В настоящее время проводятся исследования эффективности метакогнитивного тренинга при лечении пациентов с расстройствами шизофренического спектра в отношении уменьшения выраженности продуктивных симптомов и когнитивных искажений. Результаты и выводы отдельных эмпирических исследований, мета-анализов и обзоров довольно противоречивы. Величина влияния МКТ на продуктивные симптомы, нейрокогнитивные функции, общий уровень психологического, социального и профессионального функционирования у различных исследователей колеблется от незначительной [30], средней [14], до выраженной [28]. Разница в величине эффекта объясняется различиями в дизайне исследований, а также в критериях включения и исключения исследований в мета-анализы.

D.Pankowski и соавт. [37] проанализировали 14 исследований, опубликованных с 2009 по 2015 годы (11 рандомизированных контролируемых и 3 нерандомизированных контролируемых исследования) и показали удовлетворительную эффективность МКТ в отношении позитивных симптомов. Примечательно, что выявленный эффект сохранялся не менее полугода после участия в тренинге. Одно из рассматриваемых исследований продемонстрировало устойчивое улучшение после трехлетнего периода наблюдения [33]. Наилучший результат был показан в отношении бреда и вызванного им дистресса. Некоторые исследования также показали уменьшение тяжести галлюцинаторных расстройств [14], однако размер эффекта в отношении данной категории расстройств был меньше. Авторы обзора предполагают, что разница в величине влияния соотносится с тем, что вмешательства МКТ направлены, в первую очередь, на когнитивные искажения, связанные с бредом (например,

преждевременные выводы), а не с нарушениями восприятия. Не все полученные результаты были статистически значимыми, несмотря на то, что во всех исследованиях отмечался хотя бы небольшой положительный эффект.

Мета-анализ B.Van Oosterhout и соавт. был направлен на изучение влияния МКТ на позитивные симптомы (9 исследований, 436 участников), бред (7 исследований, 500 участников) и когнитивные искажения (3 исследования, 219 участников) [39]. Данный мета-анализ имел очень строгие критерии включения, а именно: МКТ как экспериментальное воздействие, исследование должно быть сравнительным, с рандомизацией или без нее, быть опубликованным в рецензируемом журнале, иметь измерения до и после воздействия, не менее 75% респондентов должны были иметь расстройства шизофренического спектра. Все исследования показали небольшие, незначимые эффекты, что говорит об отсутствии эффективности МКТ в отношении продуктивных симптомов, бреда и когнитивных искажений. Поправки на систематическую ошибку публикации методом «обрезки и заполнения» привели к еще большему снижению эффекта. B.Van Oosterhout и соавт. делают вывод о том, что, несмотря на уменьшение симптомов в обеих группах и улучшение состояния в целом, улучшение в экспериментальной группе нельзя отнести к влиянию МКТ. Кроме того, автор отмечает, что МКТ не влияет на субъективное переживание когнитивных искажений, дисфункциональные когнитивные убеждения и критику.

S.Eichner, F.Berna в мета-анализе, посвященном эффективности метакогнитивного тренинга в отношении позитивных симптомов и бреда для пациентов с шизофренией [16] выступили с критикой мета-анализа B.Van Oosterhout. В качестве аргумента авторы приводят статистические недостатки данного мета-анализа, особенно в отношении избирательного исключения положительных исследований. По их мнению B.Van Oosterhout и соавт. не включили три исследования с положительными результатами ввиду использования чрезмерно консервативных критериев исключения, что значительно исказило результат, особенно при рассмотрении небольшого числа доступных исследований. Таким образом, были исключены два исследования, в которых были недоступны значения пре- и пост-тестирования, несмотря на то, что были приведены данные о различии показателей до и после, и существуют статистические методы для определения величины эффекта в таких случаях. Одно исследование было исключено из-за того, что в нем были представлены результаты по отдельным шкалам, хотя полные данные были доступны при обращении к авторам исследования. S.Eichner, F.Berna представили результаты собственного мета-анализа, в котором выявлено положительное влияние МКТ на позитивные симптомы с малыми и средними значениями размера эффекта. Аналогичные данные

приведены в систематическом обзоре J.Jiang и соавт., включающем четыре исследования [25].

В 2014 году S.Moritz и коллеги представили обзор эмпирических исследований, посвященных применению МКТ при психозах. После пилотного исследования, проведенного в Германии самими авторами [35], в нескольких последующих исследованиях была подтверждена безопасность и применимость МКТ. Все исследования, в которых оценивалось отношение пациентов к тренингу (с помощью опросника из 10 пунктов), показали, что МКТ хорошо воспринимается пациентами [10, 12]. Три четверти пациентов оценивали тренинг как «интересный». Также большинство участников рекомендуют его другим людям с диагнозом шизофрении. Авторы подчеркивают, что, несмотря на то, что удовольствие и субъективная выгода являются вторичными параметрами результата, они играют важную роль ввиду частого «выпадения» из лечения, недостаточной мотивации и аффективного «уплощения» в данной группе пациентов. Также авторы обращают внимание на ограничения, связанные с тем, что не все пациенты с шизофренией обладают одинаковым профилем когнитивных искажений, поэтому не все модули МКТ несут одинаковую пользу для всех пациентов. Что касается влияния МКТ на выраженность бреда и других позитивных симптомов, результаты оказались следующими: контролируемые исследования показали величину изменений от малой и средней до большой. Кроме того, неконтролируемые исследования обнаружили сильное влияние на позитивные симптомы [18]. Среди факторов, влияющих на разницу в величине эффекта, авторы выделяют различия в методиках оценки. Так, в некоторых исследованиях [30], шкала оценки психотических симптомов (PSYRATS) была более чувствительной, чем шкала оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), в нескольких исследованиях было верно обратное [14]. По мнению авторов, эти расхождения могут быть связаны с тонкими различиями между двумя рейтинговыми шкалами, а также с желанием пациентов диссимулировать симптомы из-за недостатка доверия или понимания. В большинстве исследований был обнаружен низкий или умеренный эффект МКТ в отношении уменьшения частоты «преждевременных выводов» [32].

Заключение

Метакогнитивный тренинг основывается на теоретических представлениях когнитивно-поведенческой модели шизофрении, но использует несколько иные терапевтические подходы. Данный тренинг представляет собой структурированную программу для пациентов с шизофренией, которая базируется на принципах когнитивной ремедиации в сочетании с тренировкой навыков в условиях повседневной реальности. Коррекция социально-когнитивных нарушений, которая осуществляется в рамках МКТ, направлена на уменьшение выраженности бреда, предупреждение обострений психопатологической симптоматики и улучшение социального функционирования пациентов.

Данные большинства исследований говорят об эффективности МКТ в отношении коррекции когнитивных искажений, а также о положительном влиянии тренинга на позитивные симптомы, прежде всего, бред и связанный с ним дистресс. Величина эффекта колеблется от незначительной до выраженной, наряду с этим, в одном мета-анализе, отмечается отсутствие влияния МКТ на уменьшение симптомов и на дисфункциональные когнитивные убеждения. Разброс результатов объясняется различиями в организации исследований, методах оценки, требованиях, предъявляемых к включению и исключению пациентов. Также необходимо учитывать особенности профиля когнитивных искажений у разных пациентов, что может снижать эффективность тех или иных модулей МКТ. Таким образом, необходимо дальнейшее изучение эффективности метакогнитивного тренинга с использованием унифицированных методик оценки, рандомизации и контроля. С учетом развития внебольничного звена психиатрической помощи, включения медико-реабилитационных отделений в структуру психиатрических учреждений представляется особенно важным определение эффективности данного вида когнитивной реабилитации на разных этапах оказания психиатрической помощи (отделения круглосуточного пребывания, полустационарные формы, амбулаторное звено), а также дифференцированная оценка показаний для участия в метакогнитивном тренинге в зависимости от параметров социально-когнитивного функционирования и клинических особенностей пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., А.Б. Шмуклер. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. Практическое руководство / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера М.: «Медпрактика-М», 2015. 420 с.
2. Гурович И.Я., Папсуев О.О. Дифференциация подходов к изучению нарушений социального функционирования у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и инструментарий для его оценки // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. № 2. С. 9–18.
3. Гурович И.Я., Папсуев О.О., Миняйчева М.В., Мовина Л.Г. Социальные когнитии при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра // Доктор.Ру. 2014. № 6–1. С. 81–87.
4. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. М.: Весь Мир, 2001. 215 с.
5. Дорофеева М.В., Петрова Н.Н. Нарушения когнитивных функций при шизофрении и их коррекция // Современная терапия психических расстройств. 2015. № 1. С. 2–9.
6. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В. Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24. № 3. С. 33–36.
7. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Семенова Н.Д., Миняйчева М.В., Сторожакова Я.А., Лиманкин О.В., Нарышкин А.В., Шейфер М.С., Арбузова Л.А., Буянцева И.Н., Железнякова А.А., Моргунова Ю.Г., Мязина О.Б., Палин А.В. Комплексный подход к социально-когнитивным вмешательствам при работе с больными шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25. № 1. С. 36–44.
8. Софронов А.Г., Спикина А.А., Савельев А.П. Нейрокогнитивный дефицит и социальное функционирование при шизофрении: комплексная оценка и возможная коррекция // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 1. С. 33–37.

9. Холмогорова А.Б., Н.Г. Гаранян, А.А. Долныкова, А.Б. Шмуклер. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. № 1. С. 67–77.
10. Aghotor J. et al. Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT): feasibility and preliminary evidence for its efficacy // J. Behav. Therapy Exp. Psychiatry. 2010. Vol. 41. N 3. P. 207–211.
11. Andreasen N.C. Assessment issues and the cost of schizophrenia // Schizophr. Bull. 1991. Vol. 17, N 3. P. 475–481.
12. Balzan R.P. et al. Metacognitive training for patients with schizophrenia: preliminary evidence for a targeted, single-module programme // Aust. N.Z. J. Psychiatry. 2014. Vol. 48. N 12. P. 1126–1136.
13. Bechi M. et al. Theory of mind and emotion processing training for patients with schizophrenia: preliminary findings // Psychiatry Res. 2012. Vol. 198. N 3. P. 371–377.
14. Briki M. et al. Metacognitive training for schizophrenia: a multicentre randomised controlled trial // Schizophr. Res. 2014. Vol. 157. N 1–3. P. 99–106.
15. Byerly M.J., Nakonezny P.A., Lescouffair E. Antipsychotic medication adherence in schizophrenia // Psychiatr. Clin. North Am. 2007. Vol. 30. N 3. P. 437–452.
16. Eichner C., Berna F. Acceptance and efficacy of metacognitive training (MCT) on positive symptoms and delusions in patients with schizophrenia: a meta-analysis taking into account important moderators // Schizophr. Bull. 2016. Vol. 42. N 4. P. 952–962.
17. Elkins H. Treatment-resistant schizophrenia // Psychiatr. Clin. North Am. 2007. Vol. 30. N 3. P. 511–533.
18. Favrod J. et al. Improving insight into delusions: a pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia // J. Adv. Nursing. 2011. Vol. 67. N 2. P. 401–407.
19. Freeman D. Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions // Clin. Psychol. Rev. 2007. Vol. 27. N 4. P. 425–457.
20. Freeman D., Garety P. Advances in understanding and treating persecutory delusions: a review // Soc. Psychiatr. Psychiatric Epidemiol. 2014. Vol. 49. N 8. P. 1179–1189.
21. Garety P. A. et al. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis // Psychol. Med. 2001. Vol. 31. N 2. P. 189–195.
22. Gurovich I.Y., Papsuev O.O., Shmukler A.B., Movina L.G., Storozhakova Y.A., Kiryanova E.M. Cognitive bias salience in patients with schizophrenia in relation to social functioning: a four-case observation study // PsyCh. J. 2016. Vol. 5. N 1. P. 36–47.
23. Ho B.C. et al. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatry. 2011. Vol. 68. N 2. P. 128–137.
24. Jääskeläinen E. et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia // Schizophr. Bull. 2012. Vol. 39. N 6. P. 1296–1306.
25. Jiang J. et al. Metacognitive training for schizophrenia: a systematic review // Shanghai Arch. Psychiatry. 2015. Vol. 27. N 3. P. 149.
26. Kaney S., Bentall R.P. Persecutory delusions and attributional style // Br. J. Med. Psychol. 1989. Vol. 62. N 2. C. 191–198.
27. Keltzer H., Kostacoglu A. Treatment-resistant schizophrenia // Comprehensive care of schizophrenia: a textbook of clinical management / J.Lieberman, R.Murray (Eds.). London (UK): Martin Dunitz, 2001. P. 181–203.
28. Kumar D. et al. Effect of meta-cognitive training in the reduction of positive symptoms in schizophrenia // Eur. J. Psychother. Counselling. 2010. Vol. 12. N 2. P. 149–158.
29. Leucht S. et al. How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials // Molecular Psychiatry. 2009. Vol. 14. N 4. P. 429.
30. Moritz S. et al. Complementary group Metacognitive Training (MCT) reduces delusional ideation in schizophrenia // Schizophr. Res. 2013. Vol. 151. N 1–3. P. 61–69.
31. Moritz S. et al. Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia // Curr. Opin. Psychiatry. 2010. Vol. 23. N 6. P. 561–569.
32. Moritz S. et al. Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia // Clin. Psychol. Rev. 2014. Vol. 34. N 4. C. 358–366.
33. Moritz S. et al. Sustained and “sleeping” effects of group metacognitive training for schizophrenia: a randomized clinical trial // Jama Psychiatry. 2014. Vol. 71. N 10. C. 1103–1111.
34. Moritz S., Werner R., Collani G. The inferiority complex in paranoia readdressed: a study with the Implicit Association Test // Cogn. Neuropsychiatr. 2006. Vol. 11. N 4. P. 402–415.
35. Moritz S., Woodward T. S. Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): a pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy // Germ. J. Psychiatry. 2007. Vol. 10. N 3. P. 69–78.
36. Moritz S., Woodward T. S., Burlon M. Metacognitive skill training for patients with schizophrenia (MCT) // Manual. Hamburg: VanHam Campus Verlag, 2005.
37. Pankowski D., Kowalski J., Gawęda L. The effectiveness of metacognitive training for patients with schizophrenia: a narrative systematic review of studies published between 2009 and 2015 // Psychiatria Polska. 2016. Vol. 50. N 4. P. 787–803.
38. Sundag S. Viel Feind – viel Ehr? Eine Untersuchung zum Zusammenhang von Selbstwert und Paranoia bei Schizophrenie [The more enemy, the more honor? An investigation into the relationship between self-esteem and paranoia in schizophrenia]. 2012.
39. Van Oosterhout B. et al. Metacognitive training for schizophrenia spectrum patients: a meta-analysis on outcome studies // Psychol. Med. 2016. Vol. 46. N 1. P. 47–57.
40. Woodward T.S., Menon M. Misattribution models (ii): source monitoring in hallucinating schizophrenia subjects // Neurosci. Hallucinat. Springer, New York, NY, 2013. P. 169–184.
41. Wykes T. et al. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor // Schizophr. Bull. 2008. Vol. 34. N 3. P. 523–537.

МЕТАКОГНИТИВНЫЙ ТРЕНИНГ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ, ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ

С.Ю. Кузнецов, М.В. Афан, М.Ю. Кожевникова, Л.Г. Мовина

В настоящем обзоре проведен анализ российских и зарубежных публикаций, посвященных метакогнитивному тренингу в структуре комплексной психосоциальной терапии пациентов с шизофренией. Обозначена актуальность и эффективность подхода, делающего акцент в

терапии на улучшении социального функционирования, нарушенного в результате дефицита социальных когнитивных функций и метапознания.

Ключевые слова: шизофрения, психосоциальная реабилитация, метакогнитивный тренинг.

METACOGNITIVE TRAINING: THEORY, PRACTICES, EFFICACY

S.Yu. Kuznetsov, M.V. Afyan, M.Yu. Kozhevnikova, L.G. Movina

This paper focuses on Russian and international publications on metacognitive training as a part of complex psychosocial treatment of patients with schizophrenia. Outlined the value and efficiency of the

approach aiming to improve social functioning deficit via social cognitive and metacognitive enhancement.

Key words: schizophrenia, psychosocial rehabilitation, metacognitive training.

Кузнецов Сергей Юрьевич – заочный аспирант учебно-методического отдела при ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России, врач психиатр, сотрудник ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б.Ганнушкина ДЗ г. Москвы»; e-mail: sergey_y_kuznetsov@mail.ru

Афан Мария Валентиновна – медицинский психолог ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б.Ганнушкина ДЗ г. Москвы»; e-mail: ostmariamsu@gmail.com

Кожевникова Марина Юрьевна – врач психиатр ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева ДЗ г. Москвы»; e-mail: kozh_marina@mail.ru

Мовина Лариса Георгиевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения клинко-социальных и биологических исследований расстройств психотического спектра МНИИП – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: movina_larisa@bk.ru

ТЕЛЕПСИХИАТРИЯ: ИСТОРИЯ, НАПРАВЛЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ (ПО МАТЕРИАЛАМ ЗАРУБЕЖНОГО НАУЧНОГО АРХИВА)

И.Б. Карпухин, В.М. Леванов

*ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Минздрава России, Нижний Новгород, Россия*

В настоящее время состояние психического здоровья населения является серьезной проблемой для всего мира. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2020 году психические расстройства войдут в первую пятерку болезней человечества.

Однако, согласно данным популяционных исследований, значительная доля людей с психическими расстройствами не получает медицинской помощи [13, 14]. Даже в развитых странах лечение не проводится в 36–50% серьезных случаев, в то время как в развивающихся странах ситуация значительно хуже: 76–86% случаев остаются без лечения [38].

Очевидно, что имеющиеся проблемы требуют разработки комплекса мер по их решению, поиска новых моделей организации психиатрической помощи. Одним из таких направлений является использование информационно-телекоммуникационных технологий (ИКТ) – телепсихиатрия.

Считается, что термин «телепсихиатрия» был введен в научную литературу Томасом Двайером (Thomas Dwyer) в 70-х годах XX века [22]. Однако де-факто история телепсихиатрии началась ещё ранее – в середине 50-х годов в Институте психиатрии штата Небраска (США) были реализованы первые работы в этой области. Так, С. Wittson и R. Dutton использовали локальную телевизионную систему для трансляции сеансов психотерапии в учебных целях [73]. В 1959 году была проведена первая консультация пациента с расстройством психики с использованием кабельного телевидения [74], а в 1964 году был организован телемедицинский проект между Институтом психиатрии и Городской больницей г. Норфолк. В те же годы был начат телемедицинский проект с участием Массачусетской больницы и медпункта в аэропорту г. Бостон. В телемедицинской системе использовались телевизионные камеры, дистанционно управляемые врачом-консультантом, при проведении экстренных психиатрических консультаций пассажиров и персонала аэропорта. Впервые были получены результаты,

свидетельствующие о преимуществах телеконсультаций по сравнению с обычными методами оказания медицинской помощи. В этом проекте определилась и ведущая для телепсихиатрии телекоммуникационная технология – двухсторонняя видеосвязь на основе аналогового телевидения [67].

В 70-х годах XX века был опубликован первый обзор D. Lester, содержащий сравнительный анализ использования альтернативных способов для коммуникаций в психотерапии – телефона, телевидения, различных регистраторов, передачи по электронной почте учебных пособий [44].

ВКС в целях психиатрии и психотерапии начала применяться в Австралии, Германии, Индии, Пакистане, Швеции, ЮАР [15, 32, 40, 55, 70].

В специализированном библиографическом справочнике США «Telemedicine: Past, Present, Future» [62], содержащем сведения о статьях по телемедицине с 1966 по 1995 год, имеются 36 публикаций по телепсихиатрии.

В обзорах, посвящённых описанию телемедицинских проектов XX века, телепсихиатрия занимала четвёртое место среди направлений использования ИКТ наряду с телекардиологией, телерадиологией, теледерматологией [5, 58]. До сих пор в мировой практике телепсихиатрия входит в пятёрку наиболее востребованных субдисциплин телемедицины.

Нужно отметить, что в отечественной медицинской практике во втором десятилетии XXI века отмечается заметный рост внимания к использованию телемедицинских технологий в психологии, психотерапии, психиатрии, наркологии, что нашло отражение и в научной литературе [1, 2, 4, 7, 9]. Это связано, прежде всего, с совершенствованием правовой базы оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий [1, 9], разработкой нормативных документов в области телепсихиатрии [7] и приобретением практического опыта реализации телепсихиатрических и теленаркологических проектов [7–9].

Под термином «телепсихиатрия» в настоящее время большинством авторов понимается применение телемедицины в системе охраны психического здоровья [7], в частности, для оказания психиатрической помощи и поддержки для пациентов, отделенных расстоянием от поставщиков медицинских услуг, через посредство электронной и других видов связи и информационных технологий [52].

Более детальное определение дано А.В.Владимирским [1]: «телепсихиатрия – клиническая субдисциплина, изучающая дистанционную профилактику, диагностику и лечение психических болезней, а также организационные аспекты специализированной помощи посредством использования информационно-телекоммуникационных систем».

Технологии дистанционной психиатрической помощи

В отличие от некоторых других направлений телемедицины, в которых основной объём медицинской информации передавался по электронной почте в виде текстовых и визуальных документов, в телепсихиатрии уже в ранних проектах основу составило прямое общение между врачами и их пациентами. Вначале оно осуществлялось с помощью интерактивного телевидения [57, 77]. Сеансы телепсихотерапии успешно проводились с помощью кабельной системы в г.Бирмингем (Великобритания) с 1965 года [60].

В последующем, с появлением Интернета, основной технологией стала цифровая видеоконференцсвязь (ВКС), связывающая врача-консультанта, лечащего врача и пациента. Синхронные телеконсультации посредством ВКС эффективно применялись и применяются для диагностики, определения тактики лечения и контроля его результативности у больных с расстройствами поведения, шизофренией, депрессией, анорексией, фобиями, различными видами зависимости, у детей с гиперактивностью и т.д. [53, 54, 76].

Базовая телепсихиатрическая система включает видеокамеру, микрофон, аудиокolonки, наушники, мониторы по обе стороны системы [30].

При этом важным условием общения между врачом и пациентом является обеспечение высокого качества изображения и звука, позволяющего уловить интонации, паузы, темп речи, мимику, жестикуляцию и другие признаки, значимые в психиатрии [47]. Именно недостаточное качество связи через каналы сети Интернет примерно до середины 90-х годов XX века лимитировало развитие телепсихиатрии [21, 24], заставляя обращаться к более дорогим технологиям (ISDN, спутниковой связи) [47].

В последующем, с развитием высокоскоростных каналов связи в телепсихиатрических проектах стала превалировать связь по протоколу TCP/IP (Transmission Control Protocol/Internet Protocol), что дополнилось появлением общедоступных интерактивных программ видеосвязи типа Skype и других [2].

Как показал анализ научного архива, большинство авторов считают, что современные видеоконсультации достаточно полноценно заменяют очные приёмы психиатра при многих психических заболеваниях [71, 76].

Разновидностью методологии, позволяющей в известной мере преодолеть недостатки видеообмена информацией, является так называемая «асинхронная телепсихиатрия», при которой медицинская информация передаётся для последующего просмотра с помощью электронной почты или веб-приложений. Так, ученые из Школы медицины Калифорнийского университета установили, что, просмотрев видеозапись присланного интервью пациента, психиатры могут провести консультацию и дать рекомендации по лечению [28]. Исследование с целью определения эффективности асинхронной телепсихиатрии было проведено у 60 пациентов с расстройствами психического здоровья в возрасте от 27 до 64 лет, проживающих в сельской местности. В больнице первичной медико-санитарной помощи проводилась 20–30-минутная видеозапись структурированного интервью, которое потом направлялось для консультации. В 95% случаев были даны рекомендации для лечения пациентов, составлены планы лечения, включая психотерапию [75].

Как и в других разделах телемедицины, наряду с ВКС в телепсихиатрии используются электронная почта, WWW-сервис, что позволяет пересылать выписки из истории болезни, визуальные материалы, заключения консультантов, размещать методические и профилактические материалы [18, 37, 56].

Даже использование обычных мобильных телефонов позволяет получить медицинский эффект. G.E.Simon и соавт. провели рандомизированное контролируемое исследование по оценке эффективности дистанционной психологической поддержки пациентов, страдающих депрессией. Сочетание медицинской помощи с контролем, осуществляемым по телефону, значительно повышало результативность лечения больных [66].

В развивающихся странах также имеются проекты в области телепсихиатрии, основанные на использовании мобильных телефонов для связи с врачами-психиатрами, которые также отчасти компенсируют низкую доступность медицинской помощи. Так, в Бангладеш при поддержке ВОЗ с 2016 года действуют телепсихиатрическая служба 24/7 [64]. Жители могут бесплатно войти в контакт с психиатром в любое время и получить психологическую поддержку и скорую помощь после психической травмы, сексуального нападения и в других ситуациях. Люди готовы более открыто вести разговор по телефону с врачом о сексуальной дисфункции и других проблемах, которые не могут быть разделены с друзьями или родственниками, не смущаясь, как при беседе «лицом к лицу» [64].

Мобильная служба Индии охватывает 156 сельских населённых пункта с населением около 300 000 че-

людей. Основное внимание уделяется больным с серьезными психическими расстройствами. Мобильный телемедицинский комплекс SCARF устанавливается на специальном автобусе. С помощью беспроводного подключения к Интернету в консультативном помещении пациент по ВКС общается с психиатром, находящимся в госпитале [70].

Основные направления, проблемы и перспективы телепсихиатрии

Судя по числу публикаций, наибольшее число телепсихиатрических проектов реализовано в США, однако имеются сообщения из Бразилии, Германии, Италии, Канады, Норвегии, Японии и других стран [29, 68, 69, 72].

По данным научного архива, в ходе реализованных за несколько десятилетий проектов в области телепсихиатрии, решался широкий спектр клинических, образовательных, организационных задач:

- оказание консультативной помощи психиатрическим пациентам, находящимся в больницах общего профиля [11, 63];
- консультация психиатром амбулаторных больных с помощью ВКС [46];
- совместный осмотр со специалистами первичного звена: обследование с помощью видеосвязи, когда психиатр находится в одном месте, а специалист общей практики со своим пациентом – в другом [47];
- планирование выписки пациента из специализированного стационара при участии специалистов первичного звена [49];
- дистанционное психиатрическое обследование больных, находящихся в местах заключения [45, 61];
- связь между психиатрическими отделениями для лечения острых психозов при решении вопросов перевода пациентов из других больниц [36];
- различные методы психотерапии [16, 19, 27];
- проведение мероприятий по психогигиене, профилактике психических расстройств и предотвращению их обострений [41].

Целый ряд авторов отмечают, что не зарегистрировано никаких различий в результатах наблюдения или удовлетворенности пациентов, получающих психиатрические услуги в традиционном («лицом к лицу») формате или с использованием телепсихиатрических сервисов [63, 66, 67].

В то же время, несмотря на продолжительный период реализации телепсихиатрических проектов, остаются определённые проблемы для её широкого внедрения в практику здравоохранения.

Наиболее часто обсуждаются психологические барьеры, возникающие у врачей и пациентов, что свойственно внедрению любой значимой инновации, сопряжённой с изменением стереотипа поведения и навыков. При проведении социологических исследований врачами чаще всего высказывались опасения и тревога, что замена очных консультаций на использование ИКТ не позволит создать необходимый уровень

взаимодействия с больным и зафиксировать важные невербальные сигналы. Пациенты также испытывали тревогу при переходе на заочное общение, априорно не доверяя дистанционным консультациям [47].

Однако проведённые рандомизированные исследования показали, что только в 1–2% случаев телеконсультаций были расхождения в диагнозах [63].

Результаты изучения особенностей взаимоотношений между психиатром и пациентом при дистанционном консультировании показали, что его предполагаемые отрицательные эффекты существенно преувеличены – около 75% пациентов и 85% врачей не возражали против дистанционных сеансов и не видели значительных отличий от очного приёма [24].

Другая группа проблем связана с возможными нарушениями принципа конфиденциальности информации, защиты персональных данных. Действительно, такая проблема существует, и в психиатрии она особенно значима в силу целого ряда правовых, социальных и иных вопросов, сопутствующих характеру заболеваний. Однако сейчас в большинстве стран имеется законодательство, направленное на обеспечение сохранности персональных данных, а также технологические и организационные стандарты, позволяющие минимизировать риски несанкционированного доступа к информации [50].

Как упоминалось выше, серьёзным негативным фактором в ранних телепсихиатрических проектах было недостаточное качество ВКС при проведении консультаций. С совершенствованием каналов связи, пропускной способности сетей проблема во многом нивелирована, хотя может оставаться существенной в некоторых сельских районах и отдалённых территориях.

Известно, что для психиатрической помощи актуальны такие проблемы, как невыполнение назначений психиатров после очного приёма, пропуск повторных консультаций и некритическое отношение к своему здоровью. Поэтому телеконсультации, телемониторинг и дистанционная диагностика еще и помогают преодолеть нежелание пациентов обращаться в больницу из-за высокой стоимости такого лечения или затрат времени [10].

За последние годы круг услуг, выполняемых с использованием ИКТ, расширяется. Ряд крупных организаций США – MDLive, Teladoc, American Well – внедряют приложения для дистанционного общения с врачами-психиатрами. С помощью аналогичной программы Teladoc ежегодно проводятся миллионы телепсихиатрических консультаций, в 2016 году была запущена версия «телепсихиатрии» компании American Well.

В качестве перспективных направлений телепсихиатрии можно выделить попытки получить объективную информацию о пациенте с помощью аппаратных комплексов, используемых при общении пациента с врачом, включая системы интеллектуального анализа характеристик речи.

Сегодня в мобильных телефонах могут присутствовать различные датчики: GPS, гироскопы, акселерометры, данные с которых могут обрабатываться с применением технологии BigData. Например, специалисты Школы Фейнберга разработали приложение, которое по информации с датчиков телефона распознает и оценивает актуальное состояние пациента (настроение, характер деятельности) с использованием методов интеллектуального анализа на основе самообучения системы [1].

Важную информацию о психическом здоровье несёт изучение предпочтений человека при использовании ресурсами интернета, социальными сетями, что актуально в связи с ростом интернет-зависимости [9, 12, 26, 42].

Основным преимуществом телепсихиатрии признаётся возможность преодоления географической разобщённости между пациентом и специалистом. Появляется реальная возможность выбора врача, дистанционной поддержки врачей первичного звена специалистами.

Исследования, проведенные для оценки результатов использования ИКТ в области психиатрии, включая рандомизированные, показали высокую эффективность телеконсультаций, причём в различных группах больных правильные диагнозы были установлены в 83–98% случаев [17, 25, 33, 63].

Телепсихиатрия является методом выбора при невозможности очного общения с врачом в силу тяжёлого состояния как по основному заболеванию, так и по сопутствующей патологии или социальной опасности пациента (например, в тюремной медицине), а также при транспортных, бытовых или финансовых проблемах, препятствующих выезду на очную консультацию.

Кроме того, телепсихиатрия позволяет лучше организовать время врача и пациента, сокращая потери на переезды, ожидание в очереди и т.д. Достигается оперативность получения медицинской помощи, в том числе в кризисных ситуациях, появляется возможность долговременного мониторинга состояния пациента, проведения своевременной коррекции лечения.

Получен опыт применения методов телепсихиатрии при различных нарушениях ментального здоровья в разных возрастных и социальных группах – от детей до инвалидов, от жителей сельских районов до изолированных групп (исправительные учреждения, воинские контингенты).

Разумеется, как и в телемедицине в целом, нужно понимать границы применимости методов телепсихиатрии и иметь возможность перехода к обычным формам амбулаторной и стационарной специализированной помощи. Это прежде всего относится к тяжёлым формам заболеваний, включая соматические, экстренным критическим ситуациям, отсутствию эффекта от дистанционного общения с врачом. Поэтому телепсихиатрия должна использоваться в комплексе с другими медицинскими службами [31].

Анализ опыта телепсихиатрических проектов позволили ряду исследователей сделать концептуальный вывод о том, что «телепсихиатрия перераспределяет ресурсы, но не обязательно создает их» [32].

В течение нескольких десятилетий ведутся дискуссии об экономической эффективности телепсихиатрии. Известно, что практически все ранние телемедицинские проекты 80-х годов XX века прекратили существование с прекращением внешнего финансирования, так как были основаны на чрезмерно дорогих (интерактивное телевидение) и недостаточно надёжных технологиях. Соответственно, в первых исследованиях, посвящённых экономическим аспектам телепсихиатрии, результаты показывали сравнимую или даже более высокую стоимость при применении телепсихиатрических методик по сравнению с «очной» психиатрией [50], что помимо высокой стоимости оборудования и услуг связи могло объясняться выбором технологий, особенностями контингентов больных и заболеваний.

Однако, за два последних десятилетия прогресс в области информатики и телекоммуникаций привёл к значительному снижению цен на компьютерную технику, мобильные устройства, тарифы услуг операторов связи при одновременном повышении качества телекоммуникаций и появлением новых сетевых сервисов, ориентированных на пользователя [59].

Отмечается, что повышение доступности компьютерного оборудования, высокоскоростной связи открывают новые возможности для домашнего телемониторинга пациентов – детей раннего возраста, школьников, инвалидов, пожилых людей, имеющих проблемы с ментальным здоровьем различной этиологии и выраженности [23, 35, 39, 48, 51].

Ряд авторов привели в статьях численные данные по экономии средств.

Наиболее выражен экономический эффект для жителей отдалённых сельских районов [34]. В ряде исследований показано, что применение телепсихиатрии привело к снижению затрат на психиатрическую помощь на 40–70% [20, 65].

Обзор зарубежных исследований выявил основные области и проблемы применения современных информационно-коммуникационных технологий в психотерапевтической и психологической практике. Приведены сильные и слабые стороны изучения контингента, обращающихся за психологической помощью онлайн, показана необходимость адаптации разработанных онлайн программ и определения эквивалентности бумажного варианта опросника машинно-генерируемой версии [3].

Различными авторами особо отмечается достоверность отношений при использовании «виртуального пространства» для консультации и повышение уровня удовлетворенности пациентов [9]. Психиатрическая и наркологическая практика в

ближайшие годы может измениться за счет использования более удобных мобильных устройств, асинхронных консультаций.

Процессы становления в последние годы происходят и в отечественной телепсихиатрии, что во многом связано с совершенствованием правовой базы российской телемедицины и развитием Единой государственной информационной системы в области здравоохранения [7].

Современным документом, регламентирующим оказание телемедицинских услуг, является Концепция построения и функционирования телемедицинской консультативной системы Минздрава России (2015). В ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России в 2016 году было разработано Положение о телемедицинских услугах, и с этого времени он является одним из 21 медицинских центров, оказывающих консультативную телемедицинскую помощь на федеральном уровне. В Положении разработан алгоритм оказания телемедицинской консультации, подробно изложены вопросы получения информированного согласия пациента, условий сохранения конфиденциальности, соблюдение прав интеллектуальной собственности при использовании телемедицинских технологий в образовательном процессе [7].

Перспективным направлением в современной телепсихиатрии является онлайн-психотерапия, при которой ввиду аудиовизуального формата виртуальность и удаленность взаимодействия способствуют проявлению психологической составляющей отношений обратившегося и специалиста.

Примером успешной практической телемедицинской деятельности также является проект, начатый в 2018 году федеральным телемедицинским консультативным центром, организованным на базе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева» Минздрава России, оказывающего телемедицинские консультации по профилям «психиатрия» и «психиатрия-наркология». Менее чем за год в Центр поступило 239 запросов. У врачей отдаленных регионов появилась уникальная возможность оперативно получить «второе мнение» специалиста, работающего в консультативном центре. Анализ данных по Приволжскому федеральному округу показал, что примерно две трети консультаций проведены по психиатрии, а треть — по психиатрии-наркологии. Наибольшее количество диагнозов пришлось на шизофрению, шизотипические и бредовые расстройства (36,7%), на втором месте — психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (21,3%), на третьем — органические, включая симптоматические, психические расстройства (12,5%) [8].

Опыт работы ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии» Департамента здравоохранения г.Москвы по информационному консультиро-

ванию на сайте www.narkonet.ru лиц, употребляющих наркотические средства, позволил сформулировать представление об информационных потребностях людей, сталкивающихся с проблемой наркомании и желающих получить ответ удаленно и анонимно.. Телепсихиатрия обеспечивает больше открытости и откровенности со стороны обратившегося, чем очная консультация у врача [9].

Предложена модель телепсихиатрии в последипломном высшем медицинском образовании, которая может способствовать повышению его качества. Она включает консультативную и непосредственно оказываемую помощь, в том числе дистанционное ведение больных в режиме реального времени, и, вероятно, способна конкурировать с применением симуляционных технологий в педагогическом процессе [6, 10].

Таким образом, применение телемедицины в системе охраны психического здоровья охватывает экстренную и плановую медицинскую помощь, включает сферы психопрофилактики, психодиагностики, психотерапии, психиатрии, наркологии, сексологии, суицидологии, а также вопросы организации психиатрической помощи и помощи при чрезвычайных ситуациях.

Среди обсуждаемых в научной литературе задач это, прежде всего — обследование и консультация психиатром амбулаторных пациентов на расстоянии; совместный осмотр со специалистами первичного звена; дистанционное психиатрическое обследование на расстоянии пациентов, которые находятся в местах заключения; оказание помощи на расстоянии психиатрическим пациентам, находящимся в больницах общего профиля, дистанционное наблюдение, телемониторинг и телепатронаж пациентов в домашних условиях.

Разумеется, процесс становления телепсихиатрии требует времени и последовательной детальной проработки существующих и вновь возникающих вопросов, среди которых выделяют стандартизацию работ и услуг, дальнейшее совершенствование и детализацию нормативной базы, решение вопросов финансирования телемедицинской деятельности в психотерапии, психиатрии и наркологии, возможно — с диверсификацией её источников.

Выводы

1. Телепсихиатрия имеет историю, насчитывающую около 60 лет, за это время реализованы, по меньшей мере, десятки телемедицинских проектов, что позволило на основе успешных практик выработать оптимальную методологию в организации и реализации телепсихиатрических услуг применительно к различным заболеваниям, ситуациям, возрастным и социальным группам.

2. Современная телепсихиатрия содержит комплекс медицинских услуг, включающий психиатрическое, психологическое и социальное консультирование; мониторинг состояния пациента на

протяжении определенного отрезка времени; периодическое сопровождение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения; дистанционные профилактические мероприятия по охране и улучшению психического здоровья населения с использованием ИКТ.

3. Использование современного оборудования, каналов связи и программного обеспечения позволяют оказывать психиатрическую медицинскую помощь с использованием телемедицинских технологий с приемлемой медицинской и социальной эффективностью, а снижение затрат по сравнению с традиционными формами делает её экономически выгодной.

4. Проводимые социологические исследования показывают, что имеющиеся психологические

проблемы внедрения методов телепсихиатрии преодолеваются при получении опыта практической деятельности; при этом для значительной части пациентов, особенно молодых, дистанционный метод общения с врачом является более комфортным по сравнению с очным.

5. Развитие телепсихиатрии подразумевает дальнейшее развитие её технологической и методологической базы, прежде всего – пациент-центрированной телемедицины с элементами автоматизированного сбора и интеллектуальной обработки медицинской информации, интеграцию телепсихиатрического сегмента в систему оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в общей инфраструктуре здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимирский А.В., Телемедицина: Curatio Sine Tempora et Distantia. М., 2016. 663 с.
2. Денисенко М. Телепсихиатрия, телепсихотерапия и консультирование по Skype [Электронный ресурс] URL: <http://psyhelp-nn.ru/articles>
3. Иванов В.Г., Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Применение современных информационно-коммуникационных технологий в психотерапевтической и психологической практике (обзор зарубежных исследований) // Проблемы современного педагогического образования. 2017. № 57. С. 321–329.
4. Жовнерчук Е.В., Жовнерчук И.Ю., Абриталин Е.Ю., Федоров Н.В. Телепсихиатрия как новая система психиатрической помощи при использовании современных технологий // Психическое здоровье. 2016. Т. 14, № 11. С. 15–21.
5. Кербиков О.Б. 189 телемедицинских проектов по всему миру // Компьютерные технологии в медицине. 1997. № 3. С. 74–79.
6. Павличенко А.В. Программа по обучению психиатрии UEMS как модель для усовершенствования преподавания психиатрии в России // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». 2015. С. 609.
7. Панченко Е.А., Данилова С.В., Макушкин Е.В. Создание и тренды телемедицинских услуг в России // Российский психиатрический журнал. 2016. № 4. С. 4–12.
8. Скрипов В.С., Чехонадский И.И., Кочорова Л.В., Шведова А.А., Семенова Н.В. Результаты взаимодействия с региональными службами в рамках телемедицинских консультаций по психиатрии и наркологии // Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2019. № 3. С. 73–77.
9. Тетенова Е.Ю. Тенденции и опыт внедрения электронного здравоохранения. Определение перспектив его развития в психиатрии-наркологии // Медицина. 2017. Т. 5. № 1. С. 44–55.
10. Титиевский С.В., Бабюк И.А., Черепков В.Н., Гашкова Л.А., Побережная Н.В., Фирсова Г.М., Ракитянская Е.А. Модель телепсихиатрии в последипломном высшем медицинском образовании. Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования // Сб. материалов Международной научно-практической конференции, посвященной 80-летию Чеченского государственного университета. ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет». 2018. С. 375–391.
11. Buck S. Nine Human Factors Contributing to the User Acceptance of Telemedicine Applications: A Cognitive-Emotional Approach // J. Telemedicine Telecare. 2009. N 2, Vol. 15. P. 55–58.
12. Carli V., Durkee T., Wasserman D. et al. The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: A systematic review // Psychopathology. 2013. Vol. 46, N 1. P. 1–13.
13. Collins P.Y., Saxena S. Action on mental health needs global cooperation // Nature. 2016. Vol. 532. P. 25–27.
14. Collins P.Y., Patel S., Joestl S.S. et al. Grand challenges in global mental health // Nature. 2011. N 475. P. 27–30.
15. Chipps J., Ramlall S., Mars M. A telepsychiatry model to support psychiatric outreach in the public sector in South Africa // Afr. J. Psychiatry (Johannesburg). 2012. N 15. P. 264–270.
16. Crisp D., Griffiths K., Mackinnon A. et al. An online intervention for reducing depressive symptoms: secondary benefits for self-esteem, empowerment and quality of life // Psychiatry Research. 2014. N 216. P. 60–66.
17. De Las Cuevas C., Arrendondo M.T., Cabrera M.F. et al., Randomized Clinical Trial of Telepsychiatry through Videoconferencing versus Face-to-Face Conventional Psychiatric Treatment.” // Telemedicine e-Health. 2006. N 3, Vol. 12. P. 341–350.
18. Deslich S., Stec B., Tomblin S., Coustasse A. Telepsychiatry in the 21st Century: Transforming Healthcare with Technology. Perspectives in Health Information Management // AHIMA, American Health Information Management Association. 2013. N 10. P. 17.
19. Donker T., Batterham P.J., Warmerdam A. et al. Predictors and moderators of response to internet-delivered Interpersonal Psychotherapy and Cognitive Behavior Therapy for depression // J. Affect. Dis. 2013. N 151. P. 343–351.
20. Doolittle G.C., Spaulding A.O., Williams A.R. The Decreasing Cost of Telemedicine and Telehealth // Telemedicine e-Health. 2011. N 9, Vol. 17. P. 671–675.
21. D’Souza R. Telemedicine for intensive support of psychiatric inpatients admitted to local hospitals // J. Telemedicine Telecare. 2000. N 6. P. 26–28.
22. Dwyer T.F. Telepsychiatry: Psychiatric Consultation by Interactive Television // Am. J. Psychiatry. 1973. N 130. P. 865–869.
23. Elford D.R., White H., John St. et al. A prospective satisfaction study and cot analysis of a pilot child telepsychiatry service in Newfoundland // J. Telemedicine Telecare. 2001. N 7. P. 73–81.
24. Elford R., White H., Ghandi A. et al. A randomised controlled trial of child psychiatric assessment conducted by videoconferencing // J. Telemedicine Telecare. 2000. N 6. P. 73–82.
25. Egede L.E., Frueh C.B., Richardson L.K. et al. Rationale and Design: Telepsychology Service Delivery for Depressed Elderly Veterans // Trials. 2009. N 22. Vol. 10. P. 1–14.
26. Evren C., Dalbudak E., Evren B. et al. High risk of Internet addiction and its relationship with lifetime substance use, psychological and behavioral problems among 10(th) grade adolescents // Psychiatr. Danub. 2014. Vol. 26, N 4. P. 330–339.
27. Falconer C.J., Rovira A., King J.A. et al., Embodying self-compassion within virtual reality and its effects on patients with depression // Br. J. Psychiatry Open. 2016. N 2. P. 74–80.
28. Frueh B.C. et al. Procedural and methodological issues in telepsychiatry research and program development // Psychiatric Serv. 2000. Vol. 51, N 12. P. 1522–1527.
29. Ganapathy K. Distribution of neurologists and neurosurgeons in India and its relevance to the adoption of telemedicine // Neurol. India. 2015. N 63. P. 142–154.
30. Gantenbein R.E., Robinson B.J. Decoding CODECs // J. Telemedicine Telecare. 2008. N 2. P. 59–61.
31. Garcia-Lizana F., Munoz-Mayorga I. What about Telepsychiatry? A Systematic Review // Primary Care Companion to the J. Clin. Psychiatry. 2010. N 2. Vol. 12. P. 831–841.
32. Grady B. Promises and limitations of telepsychiatry in rural adult mental health care // World Psychiatry. 2012. N 11. P. 199–201.
33. Grady B., Singleton M. Telepsychiatry ‘Coverage’ to a Rural Inpatient Psychiatric Unit. // Telemedicine e-Health 2011. N. 8, Vol. 17. P. 603–608.
34. Grady B.J. A Comparative Cost Analysis of an Integrated Military Telemental Healthcare Service // Telemedicine e-Health. 2002. N 3, Vol. 8. P. 293–300.
35. Greene C.J., Morland L.A., Macdonald A. et al. How Does Tele-Mental Health Affect Group Therapy Process? Secondary Analysis of

- a Noninferiority Trial // J. Consulting Clin. Psychol. 2010. N 5, Vol. 78. P. 746–750.
36. Haslam R., McLaren P.M. Interactive television for an urban adult mental health service: the Guy's psychiatric intensive care unit telepsychiatry project. // J. Telemedicine Telecare. 2000. N 6. P. 50–52.
 37. Hilty D., Ferrer D., Parish M. et al. The Effectiveness of Telemental Health: A 2013 Review // Telemedicine J. e-Health. 2013. N 19. P. 444–454.
 38. Jorm A.F., Patten S.B., Brugha T.S., Mojtabai R. Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries // World Psychiatry. 2017. N 1. P. 90–99.
 39. Kanapaux W. Telepsychiatry's Untapped Potential: When Will It Pay to Deliver? // Psychiatric Times. 2005. N 1. P. 4–6.
 40. Kavanagh S.J., Yellowlees P.M. Telemedicine: clinical applications in mental health // Austr. Family Physician. 1995. N 24. P. 1242–1247.
 41. Kirkwood K.T., Peck D.F., Bennie L. The consistency of neuropsychological assessments performed via telecommunication and face to face // J. Telemedicine Telecare. 2000. N 6. P. 147–151.
 42. Ko C.H., Yen J.Y., Chen C.S. et al., Psychiatric comorbidity of internet addiction in college students: an interview study // CNS Spectr. 2008. Vol. 13, N 2. P. 147–153.
 43. Lauckner C., Whitten P. Barriers and Contributors to Success in Telemedicine: A Qualitative Study of a Struggling Telepsychiatry Project and a Sampling of Highly Successful Programs // J. Int. Soc. Telemedicine eHealth. 2014. Vol. 2. N 1. e66.
 44. Lester D. The use of alternative modes for communication in psychotherapy: the computer, the book, the telephone, the television, the tape recorder. Springfield (IL): Thomas, 1977. 112 p.
 45. Magaletta P.R., Fagan T.J., Peyrot M.F. Telehealth in the Federal Bureau of Prisons: Inmates' Perceptions // Prof. Psychol. 2000. N 5, Vol. 31. P. 497–502.
 46. May C., Cask L., Ellis N. et al. Telepsychiatry evaluation in the north-west of England: preliminary results of a qualitative study // J. Telemedicine Telecare. 2000. N 6. P. 20–22.
 47. McLaren P. Telemedicine and telecare: what can it offer mental health services? // Adv. Psychiatr. Treatment. 2003. Vol. 9. P. 54–61. [Электронный ресурс] URL: <http://www.psychosor.org/1998/22/2-1.php>
 48. Mearian L. Web-based Counseling – Telepsychiatry – Is Taking Off // Computerworld. 2012, February N 9. URL: http://www.computerworld.com/s/article/9224091/Web_based_counseling_Telepsychiatry_is_taking_off?taxonomyId=132&pageNumber=1
 49. Mielonen M.L., Ohinmaa A., Moring J. et al. Psychiatric inpatient care planning via telemedicine // J. Telemedicine Telecare. 2000. N 6. P. 152–157.
 50. Modai I., Jabarin M., Kurs R. et al. Cost Effectiveness, Safety, and Satisfaction with Video Telepsychiatry versus Face-to-Face Care in Ambulatory Settings // Telemedicine e-Health, 2006. DOI: 10.1089/tmj.2006.12.515.
 51. Morland L.A., Hynes A.K., Mackintosh M. et al. Group Cognitive Processing Therapy Delivered to Veterans via Telehealth: A Pilot Cohort // J. Traum. Stress 2011. N 4, Vol. 24. P. 465–469.
 52. O'Reilly R., Bishop J., Maddox K. et al. Is Telepsychiatry Equivalent to Face-to-Face Psychiatry? Results from a Randomized Controlled Equivalence Trial // Psychiatric Serv. 2007. N 6. P. 836–843.
 53. Pesämaa L., Ebeling H., Kuusimäki M.L. et al. Videoconferencing in child and adolescent telepsychiatry: a systematic review of the literature // J. Telemed. Telecare. 2004. N 10. P. 187–192.
 54. Puskin P.E. A study of telepsychiatry for the treatment of depression // Maryland Psychiatrist Newsletter Archive. 1998. N 25. P. 20–22.
 55. Quigley J.T. Pakistan: The Most Heroin-Addicted Country in the World. 2014. URL: <http://thediplomat.com/2014/03/pakistan-the-most-heroin-addicted-country-in-the-world/>
 56. Rabinowitz T., Murphy K.M., Amour J.L. et al. Benefits of a Telepsychiatry Consultation Service for Rural Nursing Home Residents // Telemedicine e-Health. 2010. N 16. P. 34–40.
 57. Rohland B.M., Saleh S.S., Rohrer J.E. Acceptability of telepsychiatry to a rural population // Psychiatric Services. 2000. N51. P. 672–674.
 58. Ryu S. History of telemedicine: evolution, context, and transformation // Healthcare Inform Res. 2010. N 16. P. 65–66.
 59. Saeed S.A., Johnson T.L., Bagga M., Glass O. Training Residents in the Use of Telepsychiatry: Review of the Literature and a Proposed Elective // Psychiatric Quarterly. 2017. Vol. 88. N 2. P. 271–283.
 60. Sanborn C.J., Seibert D.J., Sanborn D.E. et al. Speech therapy by interactive television // Comm. Health (Bristol). 1974. N6. P. 134–137.
 61. Seidel R.W., Kilgus M.D. Agreement between telepsychiatry assessment and face-to-face assessment for Emergency Department psychiatry patients // Telemed. Telecare. 2014. N 20. P. 59.
 62. Scannell K.M., Perednia D.A., Kissman H.M. Telemedicine: past, present, future: January 1966 through March 1995: 1634 citations prepared [Электронный ресурс] URL: <http://www.psychosor.org/1998/22/2-1.php>
 63. Singh S.P., Arya D., Peters T. Accuracy of Telepsychiatric Assessment of New Routine Outpatient Referrals // BioMed. Psychiatry. 2007. N 55, Vol. 7. P. 1–13.
 64. Soron T.R. Telepsychiatry – From a Dream to Reality in Bangladesh // J. Int. Soc. Telemedicine eHealth. 2017. Vol. 5.
 65. Spaulding R., Belz N., DeLurgio S., Williams A.R. Cost Savings of Telemedicine Utilization for Child Psychiatry in a Rural Kansas Community. // Telemedicine e-Health. 2010. N 8, Vol. 16. P. 867–871.
 66. Simon G.E., Von Korff M., Rutter C. et al. Randomised trial of monitoring, feedback and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care // BMJ. 2000. Vol. 320. P. 550–554.
 67. Sundin K., Wengraf U. Closed-circuit television in health services and nursing care // Tidsskr. Sjukvårdspedagog. 1974. N 21. P. 87–90.
 68. Takahashi T. The present and future of Telemedicine in Japan // Int. J. Med. Inform. 2011. N 61. P. 131–137.
 69. Thaker D.A., Monypenny R., Olver I., Sabesan S. Cost savings from a telemedicine model of care in northern Queensland, Australia // Med. J. Aust. 2013 Vol. 199. P. 414–417.
 70. Thara R., Sujit J. Mobile telepsychiatry in India // Schizophr. Res. Foundation, Chennai, India. URL: <http://t-patient.ru/wp-content/uploads/2015/02/WPA12-12013.pdf>
 71. Torkamani M., McDonald L., Saez A.I. et al. A randomized controlled pilot study to evaluate a technology platform for the assisted living of people with dementia and their carers // J. Alzheimers. Dis. 2014. N 41. P. 515–523.
 72. Walderhaug S. et al. Telemedicine Services in Arctic Environments -Challenges for Successful Implementation // Proc. 13th Scand. Conf Health Inform, June 15–17, 2015, Tromsø, Norway. P. 98–101. URL: <http://www.ep.liu.se/ecp/115/016/ecp11515016.pdf>
 73. Wittson C.L., Dutton R. A new tool in psychiatric education // Mental Hospitals. 1956. N 11. P. 35–38.
 74. Wittson C.L. Nebraska initiates cross-country TV psychiatry // Educ. Screen Audi-ovisual Guide. 1965. N 44. P. 22–23.
 75. Yellowlees P. The use of telemedicine to perform psychiatric assessments under the Mental Health // Act. J. Telemedicine Telecare. 1997. N 3. P. 224–226.
 76. Young L.B. Telemedicine interventions for substance-use disorder: a literature review // J. Telemed Telecare. 2012. N 18. P. 47–53.
 77. Zaylor C. Clinical outcomes in telepsychiatry // J. Telemedicine Telecare. 1999. N 5. P. 59–60.

ТЕЛЕПСИХИАТРИЯ: ИСТОРИЯ, НАПРАВЛЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ (ПО МАТЕРИАЛАМ ЗАРУБЕЖНОГО НАУЧНОГО АРХИВА)

И.Б. Карпунин, В.М. Леванов

Применение информационно-телекоммуникационных технологий в системе охраны психического здоровья, специализированной психиатрической помощи населению является перспективной, но во многом не раскрытой проблемой для российского здравоохранения.

В мировой практике психиатрия была одной из первых областей, в которой были апробированы дистанционные технологии медицинской помощи, и в течение нескольких десятилетий телепсихиатрия устойчиво входит в число наиболее распространенных направлений телемедицины.

В статье представлены сведения о проектах, реализованных в различных странах в 1950–2010-х годах. Рассмотрены основные направления телепсихиатрии – от дистанционной психотерапии до телеконсультаций и дистанционного наблюдения психиатрических больных.

В числе направлений телемедицины телепсихиатрия имеет ряд особенностей, обусловленных характером патологии, контентом

консультаций, нормативным регулированием психиатрической помощи, особенностями коммуникаций, что порождает определенные проблемы.

Вместе с тем, большинство публикаций, как зарубежных, так и отечественных, содержат позитивные выводы об эффективности применения телемедицинских технологий в психиатрии, в частности, за счёт преодоления географической разобщённости между пациентом и врачом, повышения доступности и оперативности получения медицинской помощи, как альтернативы при невозможности проведения очного приёма в силу тяжёлого состояния пациента, транспортных или финансовых проблем, сокращения затрат на оказание медицинской помощи.

Ключевые слова: психиатрия, телемедицина, телепсихиатрия, телеконсультация, видеоконференцсвязь, информационно-коммуникационные технологии.

TELEPSYCHIATRY: HISTORY, DIRECTIONS AND PERSPECTIVES (BASED ON INTERNATIONAL RESEARCH)

I.B. Karpoukhin, V.M. Levanov

Use of digital technologies in mental health protection and specialized psychiatric care appear to be promising though largely missed opportunity in Russian health care system. Globally, psychiatry became one of the first medical disciplines to test distant health care technologies, and telepsychiatry belongs to most common directions of telemedicine. This article provides an overview of various relevant projects implemented in different countries in 1950–2010. The author describes principal directions of telepsychiatry, from psychotherapy online to e-consultations and distant monitoring of psychiatric patients. The article also draws attention to specific features of telepsychiatry that have to do with characteristics of the disorder, contents

of consultations, current regulations concerning mental health care, and technical communication characteristics that can cause problems.

However, majority of international and Russian publications are positive about efficacy of the telemedicine technologies in psychiatry. Specifically, they help to bridge the geographic distance between the patient and his therapist, facilitate accessibility of health care in shorter time as an alternative to unavailable face-to-face contact because of patients' severe condition, transportation or financial problems, reduced budget of the medical care system etc.

Key words: psychiatry, telemedicine, telepsychiatry, teleconsultation, online conference, digital technologies

Карпухин Иван Борисович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород; e-mail: karpuchin@rambler.ru

Леванов Владимир Михайлович – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры социальной медицины и организации здравоохранения ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород; e-mail: levanov51@mail.ru

КАРИПРАЗИН (РЕАГИЛА) – НОВЫЙ АТИПИЧНЫЙ АНТИПСИХОТИК С УНИКАЛЬНЫМ СПЕКТРОМ ПСИХОТРОПНОЙ АКТИВНОСТИ

Новый антипсихотик карипразин (реагила) в марте 2019 года был зарегистрирован в Российской Федерации для лечения шизофрении у взрослых пациентов. Ранее было получено разрешение FDA (Федерального агентства по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов) на использование карипразина для лечения шизофрении и биполярного расстройства (депрессивной, маниакальной фаз и смешанных состояний). Препарат вышел на рынок США под торговым названием влайлар (Vlaylar). Положительное заключение о регистрации карипразина также было выдано Комитетом по лекарственным препаратам для медицинского применения Европейского агентства лекарственных средств (ЕМА). Как и в России, в странах ЕС препарат доступен для применения под торговым названием реагила (Reagila).

Карипразин обладает частичным агонизмом к D2 и D3-рецепторам с преимущественным воздействием на D3 и частичным агонизмом к 5-HT1A-рецепторам, что отличает его от других антипсихотиков [3]. Профиль его рецепторной активности является в определенной степени уникальным: сродство карипразина к D3-рецепторам до 10 раз выше, чем у других атипичных антипсихотических препаратов. Данная особенность позволяет говорить о специфическом спектре психотропной активности данного лекарственного средства, который дает возможность не только купировать позитивную психопатологическую симптоматику, но и воздействовать на негативные расстройства и когнитивный дефицит [1–3]. Использование карипразина (реагила) в клинической практике открывает перспективы влияния на всю гамму клинических нарушений при шизофрении: помимо

галлюцинаторно-бредовых расстройств, также на аффективные проявления в рамках сложных психопатологических образований (тем более, учитывая исследования, позволившие в США зарегистрировать препарат для лечения биполярного расстройства), нарушения базовых когнитивных функций (память, внимание, скорость обработки информации, вербальная беглость, исполнительная функция) и негативную симптоматику (апато-абулические расстройства, снижение экспрессивности). Последняя терапевтическая цель (купирование негативных расстройств), достижение которой для карипразина имеет доказанную эффективность, во многом специфична для данного лекарственного средства, делая его препаратом выбора у больных шизофренией с выраженной и доминирующей негативной симптоматикой [2, 3].

Карипразин в большинстве случаев хорошо переносится [1]. Из побочных эффектов клиническое значение имеют экстрапирамидная симптоматика (ЭПС) и акатизия, причем их выраженность, как правило, меньше или, по крайней мере, не превышает уровня данных побочных эффектов у других антипсихотиков второго поколения. Частота регистрации метаболических нарушений, увеличения уровня пролактина или удлинения интервала QT при применении карипразина, согласно данным проведенных клинических исследований, невелика, а в случаях развития – их выраженность не достигает клинической значимости.

В целом появление в арсенале психиатров нового атипичного антипсихотика карипразина (реагила) создает дополнительные возможности терапии пациентов с шизофренией в том числе с выраженной и доминирующей негативной симптоматикой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Citrome L. Cariprazine in schizophrenia: clinical efficacy, tolerability, and place in therapy // Adv. Ther. 2013. Vol. 30, N 2. P. 114–126.
2. Krause M, Zhu Y, Huhn M, Schneider-Thoma J, Bighelli I, Nikolakopoulou A, Leucht S. Antipsychotic drugs for patients with schizophrenia and predominant or prominent negative symptoms: a systematic review and meta-analysis // Eur. Arch. Psychiatry Clin Neurosci. 2018. Vol. 268, N 7. P. 625–639.
3. Németh G, Laszlovszky I, Czobor P, Szalai E, Szatmári B, Harsányi J, Barabácssy Á, Debele M, Durgam S, Bitter I, Marder S, Fleischhacker WW. Cariprazine versus risperidone monotherapy for treatment of predominant negative symptoms in patients with schizophrenia: a randomised, double-blind, controlled trial // Lancet. 2017. Vol. 389, N 10074. P. 1103–1113.

*Шмуклер А.Б.,
доктор медицинских наук, профессор*

УДК 616.89(092)

ВАЛЕРИЙ НИКОЛАЕВИЧ КРАСНОВ **к 75-летию со дня рождения**



14 января 2020 г. исполнилось 75 лет крупному учёному и организатору психиатрической науки, доктору медицинских наук, профессору Валерию Николаевичу Краснову.

Практически вся научная жизнь Валерия Николаевича связана с Московским научно-исследовательским институтом психиатрии. Начав свою научную карьеру в институте в 1971 году в качестве заочного аспиранта (в этот период он работал в Подольской городской психиатрической больнице), уже через 16 лет он стал заместителем директора по научной работе, а с 1993 года – директором института, проработав в этой должности 25 лет. Под его руководством Институт успешно развивался как ведущее научное учреждение страны, осуществляя большое количество оригинальных научных исследований и оказывая неоценимую организационно-методи-

ческую помощь психиатрическим учреждениям Российской Федерации.

В течении 15 лет В.Н.Краснов возглавлял правление Российского общества психиатров (1995–2010 гг.), являлся зональным представителем Всемирной Психиатрической Ассоциации (ВПА) по Восточной Европе (1999–2005 гг.), членом правления Европейской психиатрической ассоциации (2003–2006 гг.), был президентом Психиатрической ассоциации Восточной Европы и Балкан (2012–2015 гг.). Профессор В.Н.Краснов – Почётный член ВПА.

В настоящее время Валерий Николаевич продолжает активную научную работу, возглавляя отдел клинко-патогенетических исследований в психиатрии, основным направлением которого является изучение расстройств аффективного спектра. Он автор более 450 научных публикаций, широко цитируемых в России и за рубежом.

Профессор В.Н.Краснов – заведующий кафедрой психиатрии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России. Под его руководством подготовлено 11 докторов наук и 20 кандидатов наук.

В.Н.Краснов – главный редактор журнала «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология» и «Доктор.Ру», заместитель главного редактора журнала «Социальная и клиническая психиатрия», член редколлегии «Журнала неврологии и психиатрии имени С.С.Корсакова», «Российского психиатрического журнала», «Психиатрия и психофармакотерапия», «Психические расстройства в общей медицине».

Сердечно поздравляем Валерия Николаевича с Юбилеем и желаем ему крепкого здоровья, дальнейших творческих успехов и новых достижений.