

ПСИХИАТРИЯ

научно-практический журнал

psychiatry

**Главный редактор****А.С. Тиганов**, академик РАН, проф., д. м. н. (Москва, Россия)
E-mail: ncpz@ncpz.ru**Зам. гл. редактора****Н.М. Михайлова**, д. м. н. (Москва, Россия)
E-mail: mikhaylovanm@yandex.ru**Отв. секретарь****Л.И. Абрамова**, д. м. н. (Москва, Россия)
E-mail: L_Abramova@rambler.ru**Редакционная коллегия****Н.А. Бохан**, академик РАН, проф., д. м. н. (Томск, Россия)
О.С. Брусов, к. б. н. (Москва, Россия)
С.И. Гаврилова, проф., д. м. н. (Москва, Россия)
С.Н. Ениколопов, к. п. н. (Москва, Россия)
О.С. Зайцев, д. м. н. (Москва, Россия)
М.В. Иванов, проф., д. м. н. (Санкт-Петербург, Россия)
А.Ф. Изнак, проф., д. б. н. (Москва, Россия)
В.В. Калинин, проф., д. м. н. (Москва, Россия)
А.С. Карпов, к. м. н. (Москва, Россия)
Д.И. Кича, проф., д. м. н. (Москва, Россия)
Т.П. Ключник, проф., д. м. н. (Москва, Россия)
Г.И. Копейко, к. м. н. (Москва, Россия)
Г.П. Костюк, проф., д. м. н. (Москва, Россия)
Н.А. Мазаева, проф., д. м. н. (Москва, Россия)
Е.В. Макушкин, проф., д. м. н. (Москва, Россия)
М.А. Морозова, д. м. н. (Москва, Россия)
Н.Г. Незнанов, проф., д. м. н. (Санкт-Петербург, Россия)
Г.П. Пантелеева, проф., д. м. н. (Москва, Россия)
С.Б. Середенин, академик РАН, проф., д. м. н. (Москва, Россия)
Н.В. Симашкова, д. м. н. (Москва, Россия)
А.Б. Смудевич, академик РАН, проф., д. м. н. (Москва, Россия)
Т.А. Солохина, д. м. н. (Москва, Россия)
В.К. Шамрей, проф., д. м. н. (Санкт-Петербург, Россия)
К.К. Якин, проф., д. м. н. (Респ. Татарстан, Россия)**Иностранные члены****Н.А. Алиев**, проф., д. м. н. (Баку, Азербайджан)
А.Ю. Клинцева, проф., к. б. н. (Делавэр, США)
В. Мачюлис, д. м. н. (Вильнюс, Литва)
О.А. Скугаревский, проф., д. м. н. (Минск, Белоруссия)
А.А. Шюркоте, к. м. н. (Вильнюс, Литва)**Editor-in-Chief****A.S. Tiganov**, Academician of RAS, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
E-mail: ncpz@ncpz.ru**Deputy Editor-in-Chief****N.M. Mikhaylova**, Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
E-mail: mikhaylovanm@yandex.ru**Executive Secretary****L.I. Abramova**, Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
E-mail: L_Abramova@rambler.ru**Editorial Board****N.A. Bokhan**, Academician of RAS, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Tomsk, Russia)
O.S. Brusov, Cand. of Sci. (Biol.) (Moscow, Russia)
S.I. Gavrilova, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
S.N. Enikolopov, Cand. of Sci. (Psychol.) (Moscow, Russia)
O.S. Zaitsev, Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
M.V. Ivanov, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (St. Petersburg, Russia)
A.F. Iznak, Prof., Dr. of Sci. (Biol.) (Moscow, Russia)
V.V. Kalinin, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
A.S. Karpov, Cand. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
D.I. Kicha, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
T.P. Klyushnik, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
G.I. Kopeyko, Cand. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
G.P. Kostyuk, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
E.V. Makushkin, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
N.A. Masayeva, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
M.A. Morozova, Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
N.G. Neznanov, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (St. Petersburg, Russia)
G.P. Panteleyeva, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
S.B. Seredenin, Academician of RAS, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
N.V. Simashkova, Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
A.B. Smulevich, Academician of RAS, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
T.A. Solokhina, Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
V.K. Shamrey, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (St. Petersburg, Russia)
K.K. Yakhin, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Tatarstan Rep., Russia)**Foreign Members of Editorial Board****N.A. Aliyev**, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Baku, Azerbaijan)
A.Yu. Klintsova, Prof., Cand. of Sci. (Biol.) (Delaware, USA)
V. Matchulis, Dr. of Sci. (Med.) (Vilnius, Lithuania)
O.A. Skugarevsky, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Minsk, Byelorussia)
A.A. Shurkute, Cand. of Sci. (Med.) (Vilnius, Lithuania)

Psychiatry: scientific and practical journal

Founders:

**FSBSI «Mental Health Research Centre»
«Medical Informational Agency»**

The journal is registered by Federal Service for Supervision in the Sphere of Telecom, Information Technologies and Mass Communications
Certificate of registration: PI № ФС77-50953 27.08.12.

The journal was founded in 2003 on the initiative of Academician of RAS A.S. Tiganov
Issued 4 times a year.
The articles are reviewed.

The journal is included in the List of periodic scientific and technical publications of the Russian Federation, recommended for doctoral thesis publications of State Commission for Academic Degrees and Titles at the Ministry of Education and Science of the Russian Federation.

Publisher

«Medical Informational Agency»

Science editor

Alexey S. Petrov

Executive editor

Olga L. Demidova

Director of Development

Elena A. Chereskova

Executive director

Svetlana V. Parkhomenko

Address of Publisher House:

108811, Moscow, Mosrentgen, Kievskoye highway,
21st km, 3, bld. 1
Phone: (499) 245-45-55
Website: www.medagency.ru
E-mail: medjournal@mail.ru

Address of Editorial Department:

115522, Moscow, Kashirskoye sh, 34
Phone: (495) 109-03-97
Website: www.psychiatry.ru
E-mail: L_Abramova@rambler.ru; mikhaylovanm@yandex.ru

Site of the journal: <http://www.journalpsychiatry.com>

You can buy the journal:

- at the Publishing House at:
Moscow, Mosrentgen, Kievskoe highway, 21st km, 3, bld. 1;
- either by making an application by e-mail:
miapubl@mail.ru or by phone: (499) 245-45-55.

Subscription for the 2nd half of 2019

The subscription index in the united catalog «Press of Russia» is 91790.

The journal is in the Russian Science Citation Index (www.elibrary.ru).

You can order the electronic version of the journal's archive on the website of the Scientific Electronic Library — www.e-library.ru.

The journal is member of CrossRef.

Reproduction of materials is allowed only with the written permission of the publisher.

The point of view of Editorial board may not coincide with opinion of articles' authors.

Advertisers carry responsibility for the content of their advertisements.

ISSN 1683-8319



9 771683 831007

07004>



Психиатрия: научно-практический журнал

Учредители:

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
ООО «Издательство «Медицинское
информационное агентство»

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе
по надзору в сфере связи, информационных
технологий и массовых коммуникаций.
Свидетельство о регистрации СМИ: ПИ № ФС77-50953
от 27.08.12.

Журнал основан в 2003 г. по инициативе академика РАН
А.С. Тиганова.
Выходит 4 раза в год.
Все статьи рецензируются.

Журнал включен в перечень научных и научно-
технических изданий РФ, рекомендованных для
публикации результатов докторских диссертационных
исследований.

Издатель

ООО «Издательство «Медицинское информационное
агентство»

Научный редактор

Петров Алексей Станиславович

Выпускающий редактор

Демидова Ольга Леонидовна

Директор по развитию

Черешкова Елена Анатольевна

Руководитель рекламных проектов

Пархоменко Светлана Владимировна

Адрес издательства:

108811, г. Москва, п. Мосрентген, Киевское ш., 21-й км,
д. 3, стр. 1
Телефон: (499)245-45-55
Сайт: www.medagency.ru
E-mail: medjournal@mail.ru

Адрес редакции:

115522, Москва, Каширское шоссе, д. 34
Телефон: (495)109-03-97
Сайт: www.psychiatry.ru
E-mail: L_Abramova@rambler.ru; mikhaylovanm@yandex.ru

Сайт журнала: <http://www.journalpsychiatry.com>

Приобрести журнал вы можете:

- в издательстве по адресу:
Москва, п. Мосрентген, Киевское ш., 21-й км, д. 3,
стр. 1;
- либо сделав заявку по e-mail: miapubl@mail.ru
или по телефону: (499)245-45-55.

Подписка на 2-е полугодие 2019 г.

Подписной индекс в объединенном каталоге «Пресса
России» — 91790.

Журнал представлен в Российском индексе научного
цитирования (www.e-library.ru).

Электронную версию архива журнала вы можете
заказать на сайте Научной электронной библиотеки —
www.e-library.ru.

Журнал участвует в проекте CrossRef.

Воспроизведение материалов, содержащихся
в настоящем издании, допускается только
с письменного разрешения редакции.

Мнение редакции журнала может не совпадать
с точкой зрения авторов.

Ответственность за содержание рекламы несут
рекламодатели.

Подписано в печать 21.05.2019

Формат 60×90/8

Бумага мелованная

ISSN 1683-8319

07004>



9 771683 831007

contents



Problems of Psychopathology, Clinical and Biological Psychiatry

_ Neurotic depression: the problem of nosological qualification _ Sorokina O.Yu., Volel B.A.	6
_ Prognostic value of the diagnostic parameters of endogenous diseases with delusional depressions _ Yumatova P.E.	20
_ Psychopathology in adults with child diagnosis of autism spectrum disorders _ Borodina L.G.	30
_ Schizophrenia in patients with hysterical personality disorder (aspects of negative symptoms and labour disadaptation) _ Zhilin V.O., Lobanova V.M., Voronova E.I.	39
_ The significance of severity of neurologic symptoms in differential diagnostics of schizophrenia and schizotypal disorder in children _ Goryunova A.V., Danilova L.Yu., Goryunov A.V.	49
_ Evaluation of texts written by patients with endogenous mental disorders _ Enikolopov S.N., Medvedeva T.I., Vorontsova O.Yu., Ivanova P.O.	56



Scientific Reviews

_ Prospects for the study of «social cognition» for the diagnosis of late-life neurodegenerative diseases. Part 2. Results of empirical studies _ Gornushenkov I.D., Pluzhnikov I.V.	65
_ Mental disorders in pulmonary hypertension _ Samushiya M.A., Rozhkova Yu.I.	69
_ E. Kahn's stratification concept of psychopathic personalities and W. Stern's concept of normality _ Pyatnitskiy N.Yu. ...	82
_ Prevention of professional burning at nurses of psychiatric hospitals: Balint method _ Gaboyan Ya.S., Makaryan A.S., Kicha D.I., Savelyev D.V., Avagymyan A.A.	95
_ Late-onset schizophrenia _ Sheshenin V.S., Pochueva V.V.	101



Obituary

_ Alexandre Sergeevich Tiganov (10.05.1931–04.03.2019)	111
-------------------------------------------------------------	-----



Information

_ 19th Congress of the Section of Epidemiology and Social Psychiatry of the European Psychiatric Association (EPA), Vienna, April 4–7, 2018 _ Ivanov M.V.	113
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

СОДЕРЖАНИЕ



Вопросы психопатологии, клинической и биологической психиатрии

_ Невротическая депрессия: проблема нозологической квалификации _ Сорокина О.Ю., Волель Б.А.	6
_ Прогностическое значение диагностических параметров эндогенных заболеваний, протекающих с картиной бредовых депрессий _ Юматова П. Е.	20
_ Особенности психопатологии у взрослых с диагнозом расстройств аутистического спектра в детстве _ Бородина Л.Г.	30
_ Истерошизофрения (аспекты дефицитарных расстройств и трудовой дезадаптации) _ Жилин В.О., Лобанова В.М., Воронова Е.И.	39
_ Значение выраженности неврологических симптомов при дифференциальной диагностике шизофрении и шизотипических расстройств в детском возрасте _ Горюнова А.В., Данилова Л.Ю., Горюнов А.В.	49
_ Оценка текстов, написанных больными эндогенными психическими заболеваниями _ Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Иванова П.О.	56



Научные обзоры

_ Перспективы исследования «социального познания» для диагностики нейродегенеративных заболеваний позднего возраста. Часть 2. Результаты эмпирических исследований _ Горнушенков И.Д., Плужников И.В.	65
_ Психические расстройства при легочной гипертензии _ Самушия М.А., Рожкова Ю.И.	69
_ Стратификационная концепция психопатических личностей E. Kahn и концепция «нормы» W. Stern _ Пятницкий Н.Ю.	82
_ Профилактика профессионального выгорания у медицинских сестер психиатрических больниц: балинтовский метод _ Габоян Я.С., Макарян А.С., Кича Д.И., Савельев Д.В., Авагимян А.А.	95
_ Поздняя шизофрения _ Шешенин В.С., Почуева В.В.	101



Некролог

_ Александр Сергеевич Тиганов (10.05.1931–04.03.2019)	111
------------------------------------------------------------	-----



Информация

_ 19-й Конгресс секции по эпидемиологии и социальной психиатрии Европейской психиатрической ассоциации (EPA), Вена, 4–7 апреля 2018 _ Иванов М.В.	113
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

УДК 616.89

Невротическая депрессия: проблема нозологической квалификации**Neurotic depression: the problem of nosological qualification**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-81-6-19>Сорокина О.Ю.¹, Волель Б.А.^{1,2}¹ ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия² ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, РоссияSorokina O.Yu.¹, Volel B.A.^{1,2}¹ FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia² FSAEI HE I.M. Sechenov First MSMU MOH Russia (Sechenovskiy University), Moscow, Russia

Цель работы: исследование клинических характеристик, динамики нозологической квалификации и факторов, соучаствующих в формировании невротической депрессии.

Материал и методы: обследованы 60 пациентов (женщин — 55, мужчин — 5), средний возраст которых составлял 36,9 ± 10,8 года, средняя длительность депрессивных фаз — 18,1 ± 10,8 мес. Исследование проводилось с использованием клинического, катамнестического, патопсихологического, статистического методов. Применялись психометрические методики (HAM-D, MFI-20, SANS, PANSS) и опросники (ОЧХ-В, SPQ-A, SCL-90, опросник Холмса–Рея).

Результаты: объединяемые термином «невротическая депрессия» состояния клинически неоднородны (депрессии с явлениями виктимизации со страхом сепарации и депрессии с привязанностью, формирующейся при явлениях эротомании), в первую очередь по содержанию кататимного комплекса (тревожно-фобический и сверхценный кататимный комплекс). Различия в структуре денотата соотносились с гетерогенностью клинических проявлений и динамики депрессий. Клиническая картина невротических депрессий у пациентов первой группы подвергалась трансформации: происходила смена первоначально доминировавшей тревоги явлениями негативной аффективности (апатия, ангедония), а также приобретение эндоформных черт (тоска, патологический суточный ритм). Помимо выявляемой у 38,2% аффективной патологии, у 61,8% пациентов данной группы установлен диагноз расстройств шизофренического спектра. При этом невротические депрессии с явлениями эротомании со сверхценной привязанностью в большинстве своем (76,9%) не выходили за рамки аффективных фаз невротического регистра, реализующихся на траектории расстройств личности. Установлено, что основной для всех пациентов личностной дименсией, соучаствующей в формировании невротической депрессии, являлся феномен виктимизации, характеризующий способность пациентов оказываться и длительно пребывать в психотравмирующей (фрустрирующей) обстановке. Помимо этого, выявлено, что наряду с характерологическими особенностями кластеров В и С (DSM-5), у 83,3% пациентов определяются преморбидные черты, присущие кластеру А.

Выводы: неоднородность денотата невротической депрессии определяла различия в клинической картине, динамике (с разным социальным и трудовым прогнозом). Установлена нозологическая гетерогенность состояний, объединяемых термином «невротическая депрессия»: наравне с аффективной патологией выявлялся диагноз расстройства личности и заболеваний шизофренического спектра. Структура кататимного комплекса также взаимосвязана с разной личностной предиспозицией с чувствительностью к определенным стрессорным триггерам.

Ключевые слова: невротическая депрессия; виктимизация; фрустрация; нозологическая гетерогенность; кататимный комплекс.

Для цитирования: Сорокина О.Ю., Волель Б.А. Невротическая депрессия: проблема нозологической квалификации. *Психиатрия*. 2019;81(1):6–19.

Конфликт интересов отсутствует

Objective: to study the clinical characteristics, dynamics, nosological qualifications and factors involved in the formation of neurotic depression.

Material and methods: 60 patients (women — 55, men — 5) with an average age 36,9 ± 10,8 years were examined, the average duration of depressive phases was 18,1 ± 10,8 months. The study was conducted with using clinical, catamnestic, pathopsychological, statistical methods. Psychometric scales (HAM-D, MFI-20, SANS, PANSS) and questionnaires (Questionnaire of personality traits of an adult, SPQ-A, SCL-90, Holmes–Ray Stress Inventory) were used.

Results: the states combined by the term «neurotic depression» are clinically heterogeneous (depressions with victimization phenomena with the separation anxiety and depressions with love addiction — erotomania), primarily in the content of the catathymic complexes (anxiety-phobic and overvalued catathymic complexes). The differences in the structure of the denotation correlated with the heterogeneity of clinical manifestations and the dynamics of depression. The clinical picture of neurotic depressions in patients of the first group transformed: the initially dominant anxiety was replaced by negative affectivity (apathy, anhedonia), and there was an acquisition of endoform traits. In addition to affective pathology, which was detected in

38,2%, 61,8% of patients in this group had diagnosis of schizophrenic spectrum disorders. At the same time, most of the neurotic depressions with erotomania with overvalued attachment (76,9%) did not go beyond the affective phases of the neurotic register, which are realized on the trajectory of personality disorders. It has been established that the main personality dimension for all patients participating in the formation of neurotic depression was the phenomenon of victimization, which characterizes the ability of patients to get into and stay in a psycho-traumatic (frustrating) environment for a long time. In addition, it was found that 83,3% of patients had premorbid traits of cluster A (DSM-5), along with the characteristic features of clusters B and C.

Conclusions: the heterogeneity of denotation of neurotic depression determined the differences in the clinical picture, dynamics (with different social and labor prognosis). The nosological heterogeneity of the conditions combined by the term «neurotic depression» was established: along with affective pathology, the diagnosis of personality disorder and diseases of the schizophrenic spectrum was detected. The structure of the catathymic complexes is also interconnected with different personal predispositions with sensitivity to certain stressful triggers.

Keywords: neurotic depression; victimization; frustration; nosological heterogeneity; catathymic complexes.

For citation: Sorokina O.Yu., Volel B.A. Neurotic depression: the problem of nosological qualification. *Psychiatry*. 2019;81(1):6–19. *There is no conflict of interest*

ВВЕДЕНИЕ

По результатам многочисленных исследований в последние десятилетия отмечается увеличение частоты встречаемости депрессивных состояний, связанных с перманентным воздействием фрустрирующих обстоятельств [1–3]. Данный факт обуславливает рост интереса к группе психических расстройств, ранее объединяемых термином «невротическая депрессия»/«депрессивный невроз» (МКБ-9).

Несмотря на то что показатели распространенности невротических депрессий в общей популяции разнятся (в том числе по причине исключения данной нозологии из современных классификаций¹), можно констатировать тот факт, что встречаемость депрессивного невроза в среднем высока (от 0,5 до 4,6%) [4–8]. Также рядом авторов подчеркивается, что существенную часть аффективных расстройств (от 5 до 15%) составляют именно так называемые «подпороговые» депрессивные состояния (имеющие, по мнению исследователей, сходство по клинической картине с невротическими депрессиями), возникновение которых связано с низким уровнем дохода, одиночеством, болезнью родственника, разрывом отношений со значимым другим и пр. [7–9].

Следует также отметить, что, несмотря на достаточно большое число работ, посвященных изучению невротической депрессии, по настоящее время нет единого мнения касательно клинической картины и особенностей динамики данного состояния. В большинстве случаев авторы лишь указывают на гетерогенность включаемых в понятие невротической депрессии состояний и их диагностическую нестабильность (по результатам катамнестических исследований) [10–12]².

Согласно данным публикаций, наравне с внешними фрустрирующими обстоятельствами (длительно

существующие внутрисемейные неурядицы с наличием психического и/или физического насилия со стороны родственника/супруга, алкоголизм значимого другого, одиночество, конфликты на рабочем месте и пр.) немаловажный вклад в развитие заболевания вносит и личностный фактор. Так, с одной стороны, авторы выявляют конституциональные черты, присущие ананкастным и тревожно-мнительным личностям [13–15], с другой — наличие в преморбиде аномалий истерического [16, 17] или пограничного круга [17, 18]. Вместе с тем выявляется некий общий личностный паттерн, свойственный пациентам, уязвимым к возникновению такого рода состояний, — позиция «жертвы» длительно существующих психотравмирующих обстоятельств или «виктимизация»³ [17, 19–21]. При этом важно подчеркнуть, что в доступной литературе в большинстве случаев речь идет о личностной predisпозиции пациентов с невротической депрессией, соответствующей кластерам В и С (DSM-5), в то время как данные касательно возможности развития невротических депрессий у пациентов с аномалиями кластера А (шизоидное, а также шизотипическое РЛ) крайне ограничены [22, 23].

Аспекты динамики невротической депрессии также представляют предмет дискуссии. Так, ряд исследователей рассматривают невротическую депрессию в качестве психогении в рамках траектории расстройств личности⁴, где депрессивный невроз является (нередко) начальным этапом невротического развития [16, 18, 24]. Другие авторы указывают на возможность перехода депрессивного невроза в эндогенное аффективное заболевание (рекуррентную/биполярную депрессию) [10, 12]. Стоит отдельно отметить, что в тех же катамнестических исследованиях Н.С. Акискал и соавт. [1978], Л.В. Кессинг [2004] у 2–5,3% пациентов с невротической депрессией при повторном обращении была диагностирована эндогенно-процессуальная патология («шизофрения»).

¹ Затяжные депрессивные состояния, ранее входившие в понятие «невротической депрессии», после выхода DSM-III [1980] были включены в рубрику хронических аффективных расстройств, объединенных термином «дистимия» [Spitzer R., 1980].

² Еще Н. Völkel [1959] указывает на возможность приобретения невротическими депрессиями черт эндогенности с течением времени, что указывает на сходство в некоторых случаях депрессивного невроза с эндореактивными депрессиями.

³ Термин «виктимность» берет начало из криминологии [Франк Л.В., 1977].

⁴ М. Roth, С.О. Mountjoy [1997] предложен термин «personal depression» с целью подчеркнуть ведущую роль личностной predisпозиции в развитии депрессивного невроза.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью настоящего исследования является изучение особенностей клинической структуры, закономерностей течения и факторов, соучаствующих в формировании невротической депрессии, а также оценка социального и трудового прогноза для этого контингента пациентов.

В соответствии с целью были сформулированы следующие задачи:

- а) исследование клинической структуры невротической депрессии;
- б) анализ динамики невротической депрессии с определением социального и трудового прогноза (на основании клинико-катамнестических данных);
- в) определение роли личностного фактора, соучаствующего в формировании невротических депрессий (в том числе и с помощью патопсихологических методик);
- г) изучение значимых психотравмирующих факторов, влияющих на формирование невротической депрессии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование выполнено в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель — академик РАН, проф. А.Б. Смулевич) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор — проф., д.м.н. Т.П. Ключник).

На момент обследования все пациенты проходили лечение в ФГБНУ НЦПЗ (директор — проф., д.м.н. Т.П. Ключник) и в психотерапевтическом отделении (зав. отделением — д.м.н. Б.А. Волель) Университетской клинической больницы №3 (гл. врач — к.м.н., заслуженный врач РФ В.В. Панасюк) Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (ректор — академик РАН, проф. П.В. Глыбочко).

С целью более подробного изучения невротических депрессий на основании общих признаков заболевания по МКБ-8, МКБ-9 и клинических характеристик в исследованиях, посвященных данной проблематике, разработаны следующие критерии включения:

- возраст пациентов от 18 до 65 лет;
 - непосредственная связь психического неблагополучия с длительно воздействующим стрессогенным фактором;
 - наличие на момент обследования депрессивного состояния, соответствующего признакам невротической депрессии, включающего в себя персистирующий денотативный комплекс, астено-невротические проявления и соматизированные расстройства на фоне гипотимии;
 - длительность депрессий не менее шести месяцев.
- Критерии невключения:
- признаки манифестного шизофренического/шизоаффективного психоза;

- органическое психическое расстройство (F00–F09, МКБ-10);
- психические и поведенческие нарушения вследствие употребления психоактивных веществ (F10–F19, МКБ-10);
- умственная отсталость (F70–F79, МКБ-10);
- наличие симптомов тяжелой соматической патологии в стадии декомпенсации;
- депрессивные эпизоды тяжелой степени (F32.2, F32.3); витальные симптомы депрессии на момент первичного обследования (тоска, патологический циркадный ритм, суицидальные идеации).

От каждого пациента было получено добровольное информированное согласие об участии в исследовании. Исследование проводилось в соответствии с Хельсинкской декларацией 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г., одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ.

Ведущим методом исследования являлся клинический с использованием психометрических методик. Обязательным условием диагностической процедуры было обсуждение каждого наблюдения на расширенной консультации под председательством академика РАН, проф. А.Б. Смулевича.

Необходимым являлось привлечение катамнестического подхода (средняя длительность катамнеза составляла $17,6 \pm 5,2$ мес.) для оценки динамики невротической депрессии (катамнестические данные получены у 48 пациентов).

Для оценки структуры и выраженности депрессивных проявлений в ходе исследования использовались следующие психометрические шкалы: HAM-D — Hamilton Rating Scale for Depression/шкала Гамильтона для оценки депрессии; MFI-20 — Multidimensional Fatigue Inventory/субъективная шкала оценки астении⁵; SANS — Scale for the Assessment of Negative Symptoms/шкала оценки негативной симптоматики; PANSS — The Positive and Negative Syndrome Scale/шкала оценки позитивных и негативных синдромов⁶.

В связи с необходимостью оценки личностного вклада в развитие заболевания также проведено патопсихологическое обследование⁷ пациентов с применением блока психологических методик: ОЧХ-В — опросник черт характера взрослого человека; SP-A —

⁵ MFI-20 — Multidimensional Fatigue Inventory/субъективная шкала оценки астении [Smets E.M. et al., 1994], включает в себя оценку 5 основных показателей (общая астения, пониженная активность, снижение мотивации, физическая и психическая астения) по 20 пунктам с 5-балльной системой. Наивысший балл отражает самую высокую тяжесть астении.

⁶ Шкалы MFI-20, SANS [Andreasen N., 1983] и PANSS [Kay S. et al., 1989] использовались в связи с имеющимися в литературе данными о возможности возникновения депрессивного невроза в рамках расстройств шизофренического спектра [22, 23], его диагностической нестабильности с переходом в эндогенно-процессуальную патологию [10, 12], а также планируемым включением в выборку пациентов с различной личностной предрасположенностью (в том числе с характерологическими девиациями кластера А (DSM-5)).

⁷ Патопсихологическое обследование пациентов проводилось клиническим психологом, м.н.с. ФГБНУ НЦПЗ В.М. Лобановой.

Таблица 1/Table 1

Социально-демографическая характеристика выборки (n = 60)/Social and demographic characteristics of the sample (n = 60)

Показатель/Characteristics		Число больных/Number of patients	
		абс.	%
Образование/Education	Высшее/Higher education	39	65,0
	Неоконченное высшее/Uncompleted higher education	10	16,7
	Среднее специальное/Special secondary education	11	18,3
Трудовой статус/ Employment status	Работают/Working	26	43,3
	Не работают/Not working	34	56,7
	Из них инвалиды по психическому заболеванию/Disabled due to mental disease	0	–
Семейный статус/Marital status	В браке/Married	37	61,7
	Холосты/Single	13	21,6
	Разведены/Divorced	10	16,7
	Вдовцы/Widows	0	–
Социальный статус/ Social status	Студенты/Students	8	13,3
	Служащие/Employees	16	26,7
	Предприниматели/Business	10	16,7
	Иждивенцы/Dependent	26	43,3

Schizotypal Personality Questionnaire для оценки шизотипических черт личности; SCL-90 — Symptom Checklist-90⁸.

Для оценки стрессогенных событий использовался опросник Холмса–Рея⁹.

В настоящем исследовании применялись статистические методы обработки данных. Статистический анализ осуществлялся при помощи программы Statistica 10.0. Использовались данные описательной статистики (средние значения стандартного отклонения), для выявления межгрупповых различий применялись точный критерий Фишера, а также непараметрические методы (U-критерий Манна–Уитни). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Выборку составили 60 пациентов (женщин — 55, мужчин — 5). Средний возраст пациентов составлял $36,9 \pm 10,8$ года, среднее время начала заболевания — $34,2 \pm 9,9$ года, средняя длительность аффективных фаз — $18,1 \pm 10,8$ мес.

⁸ ОЧХ-В — опросник черт характера взрослого человека [Русалов В.М., Манолова О.Н.; 2003] содержит 80 утверждений, в которых используется 4-балльная система ответов, что позволяет получить личностный профиль, состоящий из «дезацентуаций», «нормы» и «акцентуаций» по 10 основным шкалам; SPQ-A — Schizotypal Personality Questionnaire [Raine A., 1991] для оценки шизотипических черт личности; SCL-90 — Symptom Checklist-90 [Derogatis L.R. et al., 1974] включает в себя 90 утверждений для 12 шкал («соматизация», «обсессивно-компульсивные расстройства», «интерперсональная чувствительность», «депрессия», «тревожность», «враждебность», «навязчивые страхи», «паранойдность», «психотизм», «общий индекс тяжести», «индекс тяжести наличного дистресса», «число беспокоящих симптомов»). Выраженность симптомов оценивается по 5-балльной системе (от 0 до 4 баллов).

⁹ Опросник Холмса–Рея [The Holmes–Rahe Life Stress Inventory, 1967] состоит из 43 пунктов. Количество баллов определяет вероятность развития психосоматического заболевания: так, при сумме 150–300 баллов вероятность равна 50%, а в случае выявления более 300 баллов приближается к 80%.

Гендерное распределение пациентов изученной выборки характеризовалось значительным преобладанием лиц женского пола (91,7%), что согласуется с данными литературы о большей распространенности невротических депрессий у женщин [25, 26].

Социодемографические показатели выборки представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, примерно у 1/2 пациентов имеются признаки социальной дезадаптации: так, несмотря на отсутствие инвалидности по психическому заболеванию, 56,7% на момент первичного осмотра длительно не работали (в то время как средние показатели безработицы среди населения составляют 5,2%¹⁰), а 43,3% пациентов находились на иждивении у родственников (при имеющемся у подавляющего большинства высшем образовании). Выявленные показатели вступают в противоречие с имеющимися данными касательно благоприятных социальных аспектов невротической депрессии [27, 28].

Стоит отметить, что нормальный (при сравнении с общепопуляционными показателями [2010]¹¹) уровень адаптации в семейной сфере (61,7% пациентов состоят в браке) контрастирует с относительно низким трудовым статусом.

В качестве триггеров невротической депрессии выступают длительно существующие психотравмирующие ситуации, в которых пациент является «жертвой» сложившихся обстоятельств. При этом наиболее частые стрессоры, способствующие возникновению депрессии, можно объединить в несколько условных

¹⁰ По данным Росстата (февраль 2018).

¹¹ По данным Всероссийской переписи населения (2010), в браке состоят 66,5% лиц обоего пола.

групп, выделенных на основании перечня стрессогенных событий шкалы Холмса–Рея (табл. 2).

Таблица 2/Table 2

Распределение стрессогенных факторов в клинической выборке согласно шкале Холмса–Рея/Distribution of stress factors in the clinical sample according to the Holmes–Ray Stress Inventory

Стрессовый фактор/Stress factor	Пациенты/Patients	
	абс.	%
Фрустрирующие отношения со значимым другим (внутрисемейные конфликты, разочарование в объекте привязанности)/Frustrated interrelationships	58	96,7
Длительная болезнь родственника, изменение в его поведении/Parent's disease, abnormal behavior	28	46,7
Неурядицы, связанные с конфликтами на работе, начальством, и низкий уровень дохода/Turmoil due to labour conflict, low outcome	20	33,3

Можно отметить, что фрустрирующие отношения со значимым другим являются ведущим триггерным фактором и встречаются практически в 100% случаев. Помимо этого, среди стрессогенных событий у 1/2 пациентов выявляются болезнь объекта привязанности и/или изменения в его поведении, а также в 33,3% обстоятельства, лишаящие социальной поддержки (конфликты на работе, низкий уровень дохода и др.). В ряде случаев (43,3%) невротические депрессии спровоцированы констелляцией неблагоприятных факторов. Полученные данные сопоставимы с приводимыми в исследованиях ведущими категориями триггеров [13, 16, 21].

Важным патогенетическим фактором наряду с внешними фрустрирующими обстоятельствами является вклад личностной predisпозиции. Пациенты попадают в психотравмирующую обстановку и длительно в ней пребывают в том числе и в силу конституциональных особенностей, что лежит в основе формирования виктимности. Следует отметить, что феномен виктимизации, выступающей в рамках кататимного комплекса, более точно определяет механизмы формирования психогенно-провоцированных депрессий, нежели чем термин «фрустрация», поскольку предусматривает более широкую базу факторов, провоцирующих депрессию (объединяет в себе значимую роль личностной predisпозиции и вклад внешних стрессогенных воздействий).

При этом, несмотря на общий для всех пациентов паттерн виктимизации со способностью становиться «жертвой» обстоятельств, преморбидные особенности лиц, вошедших в клиническую выборку, оказались неоднородными.

Так, среди 60 пациентов у большинства (81,7%) выявлены характерологические черты, присущие кластеру А (DSM-5): шизоидное расстройство личности («шизоидные невротики» [29]) — 6,7%, шизотипиче-

ское расстройство личности — 25%, а также особенности комплексной структуры — шизоидные истерики [30] — 12 (20,0%), истеропаранойяльные [31] — 18 (30,0%). В то же время, в отличие от приводимых в литературе данных касательно преморбидных особенностей [16, 18], пациенты с личностными чертами кластеров В и С составляли лишь 18,3% (11 пациентов).

Нозологическое распределение диагнозов клинической выборки подтверждает данные ранних исследований [10–12] касательно гетерогенности включаемых в понятие невротической депрессии состояний (табл. 3).

Согласно полученным данным, состояния, соответствующие критериям невротической депрессии, могут формироваться не только в рамках аффективных заболеваний. Так, наряду с «рекуррентным депрессивным расстройством», «депрессивным эпизодом» и «дистимией» выявляется и неаффективная патология («шизотипическое расстройство», «расстройство личности»). При достаточно однородном распределении диагнозов в клинической выборке все же следует отметить, что в 1/3 случаев выявляется психическая патология круга расстройств шизофренического спектра (35,0%), что контрастирует с данными, имеющимися в доступной литературе [10, 12, 16], и требует дальнейшего более детального рассмотрения.

Невротические депрессии во всех случаях имели тенденцию к затяжному течению. Средняя продолжительность депрессивных фаз в клинической выборке составляла $18,1 \pm 10,8$ мес. Подобные показатели длительности сопоставимы с критериями затяжных состояний современных классификаций (МКБ-10), таких как дистимия (более 24 мес.), затяжная реакция адаптации (до 24 мес.) и проч.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На основании проведенного комплексного обследования пациентов установлено, что состояния, объединяемые термином «невротическая депрессия», гетерогенны по структуре и дифференциация между выделенными группами базируется на особенностях психопатологического комплекса.

В соответствии с чем все рассматриваемые наблюдения распределяются на две группы:

- первая — невротические депрессии с виктимизацией со страхом сепарации (тревожно-фобический кататимный комплекс);
- вторая — невротические депрессии с привязанностью, формирующейся при явлениях эротомании (сверхценный кататимный комплекс).

Обратимся к рассмотрению распределения диагнозов в двух выделенных группах клинической выборки (рис. 1).

Межгрупповая гетерогенность депрессий соотносится с неоднородностью в распределении диагнозов между группами. Так, в группе пациентов с невротическими депрессиями с явлениями виктимизации обна-

Таблица 3/Table 3

Долевое распределение пациентов в соответствии с нозологией и диагнозом по МКБ-10, DSM-5/The proportion of patients in accordance with the nosology and diagnosis of ICD-10, DSM-5

Нозологический диагноз/Diagnosis	Диагноз согласно критериям МКБ-10, DSM-5/Diagnosis according criteria ICD-10, DSM-5	Пациенты/Patients		Всего/Total	
		абс.	%	абс.	%
Аффективная патология/ Affective Disorders	Депрессивный эпизод/Depressive episode (F32.1)	4	6,7	19	31,7
	Рекуррентное депрессивное расстройство/Recurrent depressive disorder (F33.1)	8	13,3		
	Dysthymia (F34.1)	7	11,7		
Расстройство личности ^a / Personality disorders	Истерическое расстройство личности/Histrionic personality disorder (F60.4)	20	33,3	20	33,3
Расстройства шизофренического спектра/Schizophrenia spectrum disorders	Шизотипическое расстройство личности/Schizotypal personality disorder (DSM-5, 301.22)	10	16,7	21	35,0
	Шизотипическое расстройство/Schizotypal disorder (F21)	11	18,3		

Примечание: ^a – диагноз «расстройство личности» выставлялся в соответствии с ведущей личностной дименсией.

ружено преобладание расстройств шизофренического спектра (61,8%; $p < 0,01$), а также в $1/3$ случаев аффективной патологии. В то время как в группе пациентов с невротическими депрессиями с явлениями пограничной эротомании наиболее частым (76,9%; $p < 0,01$) был диагноз расстройства личности.

Невротические депрессии с виктимизацией со страхом сепарации

В группу вошли 34 пациента (29 женщины, 5 мужчин), средний возраст — $39,6 \pm 10,1$ года. Средний возраст начала заболевания — $37,3 \pm 9,8$ года. Средняя длительность депрессивных состояний составляла $19,9 \pm 9,1$ мес.

Депрессии у пациентов данной группы были спровоцированы психотравмирующими ситуациями в виде

длительных внутрисемейных неурядиц (наркомания/алкоголизм/гэмблинг значимого другого, бытовые ссоры), конфликтов на рабочем месте. При этом облигатным условием являлась неспособность пациента покинуть психотравмирующую ситуацию: целая совокупность неблагоприятно складывающихся обстоятельств представлялась неразрешимой (финансовая зависимость, невозможность преодолеть культуральные устои семьи и пр.) (табл. 4).

В клинической картине на первый план выступал сниженный аффект с преобладанием подавленности, слезливости (средний балл HAM-D — $20,6 \pm 4,5$) на фоне персистирующего кататимного комплекса, определяющегося страхом сепарации [32–34]. Пациенты, испытывая желание покинуть длительно суще-



Рис. 1/ Fig. 1. Сравнение распределения диагнозов в группах клинической выборки ($n = 60$)/Comparison of the distribution of diagnoses in a clinical sample groups ($n = 60$)

Таблица 4/Table 4

Сравнительная характеристика стрессогенных факторов шкалы Холмса–Рея при невротической депрессии/Comparative characteristics of stress factors of the Holmes–Ray Stress Inventory in neurotic depression

Стрессовый фактор/Stress factors	% пациентов/Patients (%)	
	Группа с невротическими депрессиями с виктимизацией со страхом сепарации/Neurotic depression with victimization and anxiety separation	Группа с невротическими депрессиями со сверхценной привязанностью при явлениях эротомании/Neurotic depression with overvalued attachment and erotomanie
Усиление конфликтности в отношениях с супругом/Increasing marital conflicts	84,4	100
Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв отношений/Breakup	81,2	83,3
Улаживание брачных конфликтов/Settling of marital conflicts	78,1	62,5
Изменение в состоянии здоровья или в поведении члена семьи/Health disorders or behavioural disturbances of family member	71,9	–
Проблемы с родственниками мужа (жены)/Problems with parents-in-law	68,7	–
Сексуальные проблемы/Sexual problems	68,7	–
Изменение условий или часов работы/Change of conditions or hours of work	37,5	–
Изменение числа живущих вместе членов семьи/Change of family members	34,4	–
Изменение финансового положения/Change of financial status	31,2	–
Повышение служебной ответственности (продвижение по службе, понижение, перевод)/Increasing of responsibility in work	28,1	–
Изменение условий жизни/Change of accommodation	25,0	–
Серьезные изменения в бизнесе (реорганизация на работе, банкротство)/Changes in business	18,7	–
Супруг бросает работу (находит новую)/Spouse throws job	18,7	–
Проблемы с начальством/Problems with boss	15,6	–
Уход сына или дочери из дома/Withdrawal of son or daughter from home	15,6	–
Уход на пенсию/Retirement	9,4	–

ствующую психотравмирующую ситуацию, но сомневаясь в своих способностях самостоятельно обеспечить собственное существование, продолжали пребывать в стрессогенной обстановке. Любые обстоятельства, требовавшие даже непродолжительной по времени разлуки с родственниками с необходимостью проявления собственной самостоятельности, непременно приводили к усилению тревоги. В связи с чем денотат депрессии составляли тревожные руминации с идеями неудовлетворенности собственной жизнью (в семейной, профессиональной сферах), вынужденной зависимости от членов семьи.

Среди ведущих симптомов невротической депрессии наряду с гипотимным аффектом и тревожно-фобическим кататимным комплексом выявлялись астено-невротические проявления. В клинической картине определялись признаки гиперестетической астении с обостренной чувствительностью к внешним раздражителям с непереносимостью звуков, света с преобладанием физической (с вялостью, пассивностью, снижением жизненного тонуса) над психической (в виде ухудшения памяти, концентрации внимания) астенией (со средним значением выраженности асте-

нии по шкале MFI-20 — $46,5 \pm 11,3$; средний балл подшкалы «апатия–абулия» SANS — $0,9 \pm 0,2$) [35].

В ряду других клинических особенностей невротических депрессий данной группы — соматизированные проявления (определявшиеся в 82,4% случаев) в виде сердечно-сосудистых, гастроинтестинальных, дыхательных феноменов («этап соматических жалоб» по Н.Д. Лакосиной, М.М. Труновой [1994]), а также разнообразных телесных ощущений (внутренний тремор, приливы жара и озноба, парестезии, чувство дурноты, тошноты) [18].

Суточный ритм депрессивных состояний был инвертирован, что в первую очередь определялось большей выраженностью в вечерние часы астенических проявлений.

Выявлялись нарушения сна (у 88,2% пациентов) по типу ранней инсомнии, что было обусловлено наплывами тревожных руминаций о собственной нерешительности, неустроенности жизни, зависимости от родственников.

Несмотря на то что 91,2% пациентов отмечали снижение аппетита, не определялось выраженной потери массы тела.

По результатам катamnестического обследования (в среднем через $15,6 \pm 3,5$ мес. от первичного осмотра) происходило утяжеление выраженности депрессивной симптоматики (что находит отражение в среднем балле HAM-D — $26,3 \pm 6,4$), а также изменение структуры депрессивных состояний. Так, вместо гипотимного аффекта с преобладанием тревожных руминаций на первый план выходила апатия (средний балл «апатия–абулия» SANS — $1,4 \pm 0,3$) в виде неспособности к проявлению инициативы, замедления и затруднения психических актов, что сопровождалось ощущением беспомощности, ангедонией [36]. Отмечалось дальнейшее усугубление астенических проявлений (с отражением в показателях MFI-20 — $55,5 \pm 12,1$), которые, сочетаясь с апатией, формировали комплекс «витальной астении» [37, 38].

Изменения претерпевал и денотат депрессии: в то время как происходило его расширение, на первый план выходили жалобы на тоску, лишённую свойств физикальности (преимущественно идеаторного содержания с размышлениями о собственной малоценности, бесперспективности, с негативным отношением к окружающему [39]), ранее существовавший кататимный комплекс с тревожными руминациями инкапсулировался и более не являлся ведущим в состоянии. При этом доминирующими являлись упреки в собственной неудачливости, неспособности выйти из длительно существующей стрессогенной ситуации (направленный на себя «вектор вины» по W. Scheid [1954]).

Отмечалось появление патологического циркадианного ритма, который, однако, был в первую очередь ассоциирован с утяжелением в утренние часы астено-апатических проявлений.

Выявлялись симптомы депрессивной девитализации в виде ослабления соматочувственных влечений [24]. Снижение аппетита сопровождалось потерей массы тела. Нарушения сна проявлялись его прерывистостью и ранними пробуждениями.

Следует особо выделить когорту пациентов (32,4%), для которых в клинической картине помимо ранее приведенных общих черт невротической депрессии было характерно наличие и иных симптомокомплексов. Так, уже на момент первичного осмотра в данной группе отмечались явления типа avolition — апатия и абулия (средний балл «апатия–абулия» SANS — $3,5 \pm 0,3$, «волевые нарушения» PANSS — $4,5 \pm 1,3$), сочетающиеся с астеническими проявлениями от средней до тяжелой степени выраженности (средний показатель шкалы MFI-20 — $65,0 \pm 13,1$), а также с нарушениями когнитивных функций в виде резонерства, амбивалентности, шперрунгов.

По результатам катamnестического обследования у данной когорты (а также у 8,8%¹² с установленным при первичном осмотре диагнозом «шизотипическое расстройство личности») выявлялось сохранение/по-

явление симптомов типа avolition (со средним баллом по шкале «апатия–абулия» SANS — $3,8 \pm 0,4$, а также в пункте «волевые нарушения» PANSS — $5,1 \pm 1,0$), усилением выраженности астенических проявлений (MFI-20 — $70,0 \pm 13,5$). При этом астения носила характер гипестетической с отчуждением осознания собственной физической активности. У пациентов при повторном обследовании отмечалось снижение общего уровня психофизической активности и волевого потенциала психической деятельности (что отражается в пунктах «снижение уровня физической и психической активности» SANS — $3,2 \pm 0,3$, $p < 0,01$ ¹³, и «снижение коммуникабельности» PANSS — $5,0 \pm 1,2$ балла, $p < 0,01$ и «пассивная социальная самоизоляция» PANSS — $4,9 \pm 0,7$ балла, $p < 0,01$), снижение профессиональной и обеднение бытовой продуктивности (средний балл в пункте «снижение активности в работе/быту» SANS — $3,4 \pm 0,2$, $p < 0,01$), субъективное ощущение общего оскудения энергетического потенциала психики (что соотносится со средним баллом в пункте «субъективная оценка апатоабулических расстройств» SANS — $2,9 \pm 1,1$, $p < 0,01$).

Депрессивные фазы в подавляющем большинстве случаев (94,1%) были разделены симптоматическими ремиссиями. Уменьшение выраженности/редукция депрессивной симптоматики (средний балл HAM-D — $6,8 \pm 3,1$) выявлялись при «выходе» из психотравмирующей ситуации (непродолжительная стабилизация семейной обстановки, нахождение вне дома/работы, временное отдельное проживание и проч.).

Следует отметить, что данные патопсихологического исследования на момент обратного развития депрессивной фазы у пациентов с диагнозом «шизотипическое расстройство» обнаруживали сохранение апатоабулических (с преобладанием астенической симптоматики) проявлений при достоверном снижении степени выраженности симптомов: средний балл подшкалы апатоабулических расстройств SANS — $2,9 \pm 0,6$ ($p < 0,05$); среднее значение в пункте «волевые нарушения» PANSS — $3,9 \pm 0,9$ ($p < 0,05$); средний балл по шкале MFI-20 — $50,1 \pm 16,4$ ($p < 0,01$).

О тяжести психического состояния свидетельствует степень социальной и профессиональной дезадаптации пациентов. Так, на момент повторного осмотра 67,6% лиц не работали (средняя продолжительность отсутствия трудовой занятости составляла $7,3 \pm 3,5$ мес.), у 70,6% пациентов отмечались явления аутизации с сужением круга контактов.

У большинства пациентов в преморбиде были выявлены личностные девиации, присущие кластеру А: шизоидное/шизотипическое расстройство личности [F60.1, МКБ-10/301.22, DSM-5] (55,9% пациентов), а также характерологические особенности комплексной структуры (шизоидные истерики [30]) — 11,8%. Так, выявлялись достаточно высокие баллы в опроснике

¹² У оставшихся 14,7% пациентов с диагнозом «шизотипическое расстройство личности» на момент повторного обследования выявлены ремиссии.

¹³ Коэффициент достоверности отражает показатели статистического сравнения достоверности различия усредненных значений по пунктам шкал между двумя группами.

для оценки шизотипических черт личности — SPQ-A ($44,1 \pm 7,2$, $p < 0,01$) с наивысшим средним баллом в подшкале «избыточная социальная тревожность» ($5,9 \pm 0,9$, $p < 0,01$). У 1/3 пациентов (32,3%) определялись конституциональные черты кластеров В и С (тревожные истерики [40] — 17,6%, а также пациенты с зависимым расстройством личности — 14,7%) (DSM-5). Лица данной группы отличались конформностью, повышенной тревожностью, несамостоятельностью в принятии решений, склонностью к самокопаниям и рефлексии, что подтверждается средними показателями по шкале «межперсональная тревожность» в опроснике SCL-90 — $1,7 \pm 0,3$ балла ($p < 0,01$), а также ОЧХ-В: выраженная акцентуация по шкалам эмотивности ($8,3 \pm 1,6$, $p < 0,01$), тревожности ($7,4 \pm 0,6$, $p < 0,01$), дистимности ($8,4 \pm 0,5$, $p < 0,01$) и дезакцентуации по шкалам гипертимности ($2,1 \pm 1,2$, $p < 0,01$) и циклотимности ($3,2 \pm 0,4$, $p < 0,01$), возбудимости ($1,7 \pm 1,6$, $p < 0,01$) и демонстративности ($4,5 \pm 0,5$, $p < 0,01$).

Таким образом, можно отметить, что облигатным личностным паттерном для всех пациентов являлась акцентуация психастенических свойств (с нерешительностью, боязливостью, повышенной тревожностью, склонностью к сомнениям и избеганию ситуаций, подразумевающих необходимость принятия решений, взятия на себя ответственности).

Вышеперечисленные характерологические особенности ассоциировались с длительным пребыванием пациентов в стрессовой ситуации с невозможностью ее изменить, покинуть психотравмирующую обстановку. В большинстве случаев пациенты приобретали черты, подобные «моральным мазохистам» (82,4% пациентов) [41] и, по существу, являлись жертвами собственной беспомощности и зависимости.

Невротические депрессии с привязанностью, формирующейся при явлениях эротомании

Вторую группу составили 26 пациентов (все женщины), средний возраст — $32,9 \pm 7,8$ года. Средний возраст начала заболевания — $30,1 \pm 5,4$ года. Средняя длительность депрессивных фаз — $14,6 \pm 8,3$ мес.

Триггерным фактором для депрессий у пациентов данной группы являлся конфликт с объектом сверхценной привязанности (см. табл. 4).

Денотат депрессии, в отличие от первой группы, определялся кататимным комплексом, ассоциированным с неспособностью разорвать нескладывающиеся отношения с избранником в силу патологической любви, что вело в итоге к длительному (подчас многолетнему) пребыванию в психотравмирующей обстановке¹⁴. Доминирующее место занимали идеи недовольства объектом привязанности с обвинением в незаинтере-

сованности, выставлением значимого другого в качестве виновника неблагополучия, несоответствии партнера романтическим ожиданиям пациента («вектор вины» по W. Scheid [1954] направлен на окружение). При этом в связи со страхом потери объекта сверхценной привязанности, модус поведения определялся грубыми манипуляциями, шантажом.

Депрессивная симптоматика возникала в первые же сутки после воздействия психотравмирующего фактора и, в отличие от первой группы, соответствовала клинической картине истеродепрессии с преобладанием демонстративных проявлений в виде плаксивости (подчас вплоть до рыданий), склонности к трагедизации своего состояния с чувством жалости к себе, раздражительности при условии недостаточного внимания со стороны окружающих (в первую очередь, объекта сверхценной привязанности) к их неблагополучию. При этом уровень аффективных расстройств был достаточно неглубоким по сравнению с первой группой (со средним баллом HAM-D — $11,6 \pm 4,4$, $p < 0,01$).

В структуре депрессивных состояний выявлялись расстройства истероконверсионного (в виде чувства кома в горле, тремора, анестезий в различных участках тела, явлений астазии-абазии, а также истероалгий), органоневротического (в виде гипервентиляционного и кардионевротического синдромов) психопатологических регистров.

Важно отметить, что достоверных клинических признаков астении в данной группе в самом начале заболевания (по сравнению с группой пациентов с невротическими депрессиями с виктимизацией со страхом сепарации) не обнаруживалось (средний балл по шкале MFI-20 — $17,3 \pm 9,1$, $p < 0,01$); выявляемые показатели легкой степени выраженности апатоабулических расстройств (SANS — $1,8 \pm 0,2$, $p < 0,01$; PANSS — $2,2 \pm 0,7$, $p < 0,01$) определялись преимущественной фиксацией общей жизнедеятельности пациента на поддержании эротоманических контактов.

Нарушения сна по типу поверхностного с кошмарными сновидениями и ранней инсомнией отмечались у 84,6% пациентов, нарушения аппетита со значимой потерей в весе — у 42,3%.

Динамика невротических депрессий с явлениями эротомании отличалась нарастанием среди аффективных проявлений раздражительности, несдержанности в кругу близких, что контрастировало с умением проявить самообладание при субъективно важных социальных взаимодействиях, на рабочем месте. Также по мере динамики состояния выявлялось усиление выраженности астении, которая носила гротескно-демонстративный характер и имела вид истерической конверсии [35]. Пациенты жаловались на «тяжесть» в теле и конечностях, «нестерпимую» усталость, утомляемость от «эмоциональных переживаний». При этом, несмотря на декларируемую субъективную тяжесть астенических проявлений, снижения работоспособности и существенного изменения уклада жизни не выявлялось. Расширялся полиморфизм конверсионных и органо-

¹⁴ Следует подчеркнуть необходимость дифференциации пациентов с невротическими депрессиями со сверхценной привязанностью и лиц с явлениями дефектной эротомании [42]. Так, отличительной чертой последних является дефицитарный характер любовной аддикции с утратой чувственной насыщенности привязанностей и недостатком эмпатии, что проявляется неразборчивостью в выборе и частой, подчас прагматичной сменой партнеров, что не сопровождается возникновением фрустрации и эпизодами длительного снижения настроения.

невротических проявлений, что приводило к формированию в ряде случаев (46,1%) выраженной ипохондрической фиксации на собственном состоянии.

По результатам катamnестического обследования у пациентов выявлялось возникновение клишированных депрессивных фаз, непосредственно связанных с сохраняющимися неурядицами с объектом сверхценной привязанности. В отличие от группы пациентов с явлениями виктимизации, эндогенизации депрессивных состояний не происходило.

Однако стоит отметить, что у 23,1% пациентов выявлялось амальгамирование аффективных и личностных расстройств, когда симптомы депрессии в виде раздражительности, тревоги начинали восприниматься пациентами в качестве приобретенной черты характера («характерологическая дистимия» по Е.В. Колюцкой [1993]).

Следует отдельно подчеркнуть, что для $\frac{1}{3}$ пациентов был характерен близкий к биполярному тип течения заболевания с обусловленной внешними событиями инверсией аффективных фаз (гипомания/смешанное состояние с «экстатической влюбленностью» и депрессия, ассоциированная с конфликтом с объектом привязанности) [18]. При этом на всем протяжении заболевания аутохтонно возникающих аффективных фаз не выявлено.

Пациенты данной группы, несмотря на нескладывающиеся любовные отношения, сохраняли (в отличие от пациентов первой группы) достаточно высокий уровень социальной адаптации: справлялись с рабочими обязанностями (на момент обращения 84,6% пациентов работали), поддерживали многочисленные межличностные контакты и пр.

В отличие от группы пациентов с депрессиями с явлениями виктимизации, пациенты второй группы, отличавшиеся демонстративностью, стеничностью, напористостью (что подтверждается акцентуацией в ОЧХ-В по шкалам демонстративности — $7,7 \pm 1,2$, $p < 0,01$, возбудимости — $6,5 \pm 1,5$, $p < 0,01$, педантичности — $6,4 \pm 0,4$, $p < 0,01$, а также по шкале «враждебность» SCL-90 — $1,9 \pm 0,3$, $p < 0,01$), имели отношение к носителям сверхценных образований — «фанатикам чувств» [43]. Им были присущи личностные девиации комплексной структуры с ведущей истерической дименсией: истеро-паранойяльные [31] (18 пациентов, 69,2%), шизоидные истерики [30] (8 пациентов, 30,8%). Все пациенты имели конституциональные характеристики, делающие их схожими со «страстными идеалистами» [44, 45], склонными к установлению болезненно интенсивной, односторонней привязанности, подчиняющей себе всю их жизнь.

Для пациентов данной группы свойственным являлось формирование сверхценных эротоманических фиксаций, которыми ограничивался круг эмоционально-насыщенных межперсональных интеракций, «экстатической влюбленности» со склонностью к идеализации объекта любви без учета в силу недостаточности эмпатии объективных обстоятельств, таких

как отрицательные личностные качества, алкоголизм, неверность значимого другого («небреговая патологическая любовь» [46]). Профиль фиксации определялся наличием у пациентов склонности к формированию аффективно-заряженных устойчивых идей, что сочеталось с общей экзальтацией эмоциональных реакций, присутствием «застреваемости» и ригидности как одних из основных дименсий их когнитивного типа (по данным ОЧХ-В: акцентуация по шкалам застреваемости $7,7 \pm 1,2$, $p < 0,01$, экзальтации — $6,1 \pm 1,9$, $p < 0,01$, циклотимности — $6,6 \pm 0,8$, $p < 0,01$).

Хотя пациенты данной группы нередко сами являлись инициаторами конфликтных ситуаций (в силу присущей им эгоцентричности, капризности, при неспособности к поддержанию и строительству эмоционально глубоких отношений), при этом сами принимали экстрапунитивную позицию, рассматривая себя в роли жертвы несправедливого отношения значимого другого или внешних обстоятельств (с формированием псевдовиктимной позиции).

Выводы

Комплексное изучение выборки, проведенное с привлечением данных катamnеза, позволило установить следующее.

Объединяемые термином «невротическая депрессия» состояния клинически неоднородны (депрессии с явлениями виктимизации со страхом сепарации и депрессии с привязанностью, формирующейся при явлениях эротомании) в первую очередь по содержанию кататимного комплекса (тревожно-фобический и сверхценный кататимный комплекс соответственно). При этом гетерогенность структуры денотата связана с различиями в конституциональной уязвимости к разного рода стрессорным воздействиям, а также с разнородностью в клинических проявлениях (психопатологическая структура, динамика) невротических депрессий выделенных групп.

По данным катamnестического исследования в группе пациентов с невротическими депрессиями с виктимизацией со страхом сепарации происходит «замещение» первоначально доминировавшей в клинической картине тревоги явлениями негативной аффективности (в виде апатии, ангедонии), а также приобретение депрессией эндоформных черт (тоска идеаторного содержания, патологический циркадный ритм). При этом у 23,3% пациентов выявляются клинические особенности, характерные для эндогенной патологии неаффективного круга (когорты пациентов, имеющая по данным катamnеза диагноз «шизотипическое расстройство»). Наряду с чем депрессии с явлениями эротомании со сверхценной привязанностью в большинстве своем (76,9%) не выходят за рамки аффективных фаз невротического регистра, реализующихся на траектории расстройства личности.

Клинико-динамические особенности соотносятся с показателями социального и трудового прогноза:

в первой группе пациентов выявлен больший процент дезадаптации, в то время как пациенты с невротическими депрессиями со сверхценной привязанностью в рамках пограничной эротомании, наоборот, сохраняют присущий ранее уровень социальной активности и работоспособности.

Среди наиболее первостепенных факторов, соучаствовавших в формировании невротической депрессии, в качестве основной личностной дименсии, общей для всех пациентов, выступает феномен виктимизации, характеризующий способность пациентов оказываться и длительно пребывать в психотравмирующей обстановке. Также важно отметить, что наряду с характерологическими особенностями кластеров В и С (DSM-5),

у 83,3% пациентов определяются преморбидные черты, присущие кластеру А.

Помимо установленного у всех пациентов явления виктимизации, способствующими формированию невротических депрессий являются разного рода длительно существующие стрессорные факторы. При этом для пациентов с невротическими депрессиями с явлениями виктимизации со страхом сепарации не выявлено специфического стрессогенного триггера. В противоположность чему в группе пациентов с явлениями пограничной эротомании со сверхценной привязанностью круг психотравмирующих обстоятельств ограничивается неудачами в личной сфере, взаимоотношениях с объектом «экстатической влюбленности».

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Bartolomucci A., Leopardi R. Stress and depression: preclinical research and clinical implications. *PLoS One*. 2009;4(1):e4265. January 30, 2009. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0004265> Accessed January 7, 2009. <https://DOI.org/10.1371/journal.pone.0004265>
2. Baune B. Conceptual challenges of a tentative model of stress-induced depression. *PLoS One*. 2009;4(1):e4266. January 30, 2009. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0004266> Accessed January 5, 2009. <https://DOI.org/10.1371/journal.pone.0004266>
3. Tinland A., Boyer L., Loubière S., Greacen T., Girard V., Boucekine M., Fond G., Auquier P. Victimization and posttraumatic stress disorder in homeless women with mental illness are associated with depression, suicide, and quality of life. *Neuropsychiatr Dis. Treat.* 2018;14:2269–2279. <https://DOI.org/10.2147/ndt.s161377>
4. Kapoor R., Singh G. An epidemiological study of prevalence of depressive illness in rural punjab. *Indian J. Psychiatry*. 1983;25(2):110–114.
5. Lehtinen V., Joukamaa M., Lahtela K., Raitasalo R., Jyrkinen E., Maatela J., Aromaa A. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatr. Scand.* 1990;81(5):418–425. <https://DOI.org/10.1111/j.1600-0447.1990.tb05474.x>
6. Niemi P.M., Vainiomäki P.T. Medical students' distress-quality, continuity and gender differences during a six-year medical programme. *Med. Teach.* 2006;28(2):136–41. <https://DOI.org/10.1080/01421590600607088>
7. Chiu E. Epidemiology of depression in the Asia Pacific region. *Australas Psychiatry*. 2004;12 Suppl:S4–10. <https://DOI.org/10.1111/j.1039-8562.2004.02097.x-i1>
8. Tuithof M., Ten Have M., van Dorsselaer S., Kleinjan M., Beekman A., de Graaf R. Course of subthreshold depression into a depressive disorder and its risk factors. *J. Affect Disord.* 2018;241:206–215. <https://DOI.org/10.1016/j.jad.2018.08.010>

9. Chong M.Y., Tsang H.Y., Chen C.S., Tang T.C., Chen C.C., Yeh T.L., Lee Y.H., Lo H.Y. Community study of depression in old age in Taiwan: prevalence, life events and socio-demographic correlates. *Br. J. Psychiatry.* 2001;178(1):29–35. <https://DOI.org/10.1192/bjp.178.1.29>
10. Akiskal H.S., Bitar A.H., Puzantian V.R., Rosenthal T.L., Walker P.W. The nosological status of neurotic depression: a prospective three- to four-year follow-up examination in light of the primary-secondary and unipolar-bipolar dichotomies. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1978;35(6):756–766. <https://DOI.org/10.1001/archpsyc.1978.01770300098011>
11. May M. A Critical Reappraisal of the Concept of Neurotic Depression. In: Akiskal H.S., Cassano G.B., eds. *Dysthymia and the spectrum of chronic depressions.* New York: Guilford press; 1997:130–147.
12. Kessing L.V. Endogenous, reactive and neurotic depression — diagnostic and long-term outcome. *Psychopathol.* 2004;37:124–130. <https://DOI.org/10.1159/000078611>
13. Völkel H. *Neurotische Depression.* Stuttgart: Theme-Verlag; 1959.
14. Лакосина Н.Д. Клинические варианты невротического развития. М.: Медицина; 1970.
15. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Медицина; 1978.
16. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности и психопатии: клиника и лечение. М.: Медицина; 1994.
17. Малкина-Пых И.Г. *Виктимология.* Санкт-Петербург: Питер; 2018.
18. Roth M., Mountjoy C.Q. The need for the concept of neurotic depression. In: Akiskal H.S., Cassano G.B., eds. *Dysthymia and the spectrum of chronic depressions.* New York: Guilford press; 1997:96–129.
19. Porcerelli J.H., Cogan R., West P.P., Rose E.A., Lambrecht D., Wilson K.E., Severson R.K., Karana D. Violent victimization of women and men: physical and psychiatric symptoms. *J. Am. Board Fam. Pract.* 2003;16(1):32–39. <https://DOI.org/10.3122/jabfm.16.1.32>
20. Joy A.B., Hudes M. High risk of depression among low-income women raises awareness about treatment options. *California Agriculture.* 2010;61(1):22–25. <https://DOI.org/10.3733/ca.v064n01p22>
21. Foran H.M., Vivian D., O’Leary K.D., Klein D.N., Rothbaum B.O., Manber R., Keller M.B., Kocsis J.H., Thase M.E., Trivedi M.H. Risk for Partner Victimization and Marital Dissatisfaction Among Chronically Depressed Patients. *J. Fam. Viol.* 2012;27:75–85. <https://DOI.org/10.1007/s10896-011-9404-2>
22. Chiapelli J., Kochunov P., DeRiso K., Thangavelu K., Sampath H., Muellerklein F., Nugent K.L., Postolache T.T., Carpenter W.T., Hong L.E. Testing trait depression as a potential clinical domain in schizophrenia. *Schizophrenia Research.* 2014;159(1):243–248. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2014.08.003>
- Chong M.Y., Tsang H.Y., Chen C.S., Tang T.C., Chen C.C., Yeh T.L., Lee Y.H., Lo H.Y. Community study of depression in old age in Taiwan: prevalence, life events and socio-demographic correlates. *Br. J. Psychiatry.* 2001;178(1):29–35. <https://DOI.org/10.1192/bjp.178.1.29>
- Akiskal H.S., Bitar A.H., Puzantian V.R., Rosenthal T.L., Walker P.W. The nosological status of neurotic depression: a prospective three- to four-year follow-up examination in light of the primary-secondary and unipolar-bipolar dichotomies. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1978;35(6):756–766. <https://DOI.org/10.1001/archpsyc.1978.01770300098011>
- May M. A Critical Reappraisal of the Concept of Neurotic Depression. In: Akiskal H.S., Cassano G.B., eds. *Dysthymia and the spectrum of chronic depressions.* New York: Guilford press; 1997:130–147.
- Kessing L.V. Endogenous, reactive and neurotic depression — diagnostic and long-term outcome. *Psychopathol.* 2004;37:124–130. <https://DOI.org/10.1159/000078611>
- Völkel H. *Neurotische Depression.* Stuttgart: Theme-Verlag; 1959.
- Lakosina N.D. *Klinicheskie varianty nevroticheskogo razvitiya.* M.: Meditsina; 1970. (In Russ.).
- Ushakov G.K. *Pogranichnye nervno-psichicheskie rasstroistva.* M.: Meditsina; 1978. (In Russ.).
- Lakosina N.D., Trunova M.M. *Nevrozy, nevroticheskie razvitiya lichnosti i psikhopatii: klinika i lechenie.* M.: Meditsina; 1994. (In Russ.).
- Malkina-Pykh I.G. *Viktimologiya.* Sankt-Peterburg: Piter; 2018. (In Russ.).
- Roth M., Mountjoy C.Q. The need for the concept of neurotic depression. In: Akiskal H.S., Cassano G.B., eds. *Dysthymia and the spectrum of chronic depressions.* New York: Guilford press; 1997:96–129.
- Porcerelli J.H., Cogan R., West P.P., Rose E.A., Lambrecht D., Wilson K.E., Severson R.K., Karana D. Violent victimization of women and men: physical and psychiatric symptoms. *J. Am. Board Fam. Pract.* 2003;16(1):32–39. <https://DOI.org/10.3122/jabfm.16.1.32>
- Joy A.B., Hudes M. High risk of depression among low-income women raises awareness about treatment options. *California Agriculture.* 2010;61(1):22–25. <https://DOI.org/10.3733/ca.v064n01p22>
- Foran H.M., Vivian D., O’Leary K.D., Klein D.N., Rothbaum B.O., Manber R., Keller M.B., Kocsis J.H., Thase M.E., Trivedi M.H. Risk for Partner Victimization and Marital Dissatisfaction Among Chronically Depressed Patients. *J. Fam. Viol.* 2012;27:75–85. <https://DOI.org/10.1007/s10896-011-9404-2>
- Chiapelli J., Kochunov P., DeRiso K., Thangavelu K., Sampath H., Muellerklein F., Nugent K.L., Postolache T.T., Carpenter W.T., Hong L.E. Testing trait depression as a potential clinical domain in schizophrenia. *Schizophrenia Research.* 2014;159(1):243–248. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2014.08.003>

23. Harvey P.D., Twamley E.W., Pinkham A.E., Depp C.A., Patterson T.L. Depression in schizophrenia: association with cognition, functional capacity, everyday functioning, and self-assessment. *Schizophr. Bulletin*. 2016;43(3):575–582. <https://DOI.org/10.1093/schbul/sbw103>
24. Смуглевич А.Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство; 2015.
25. Brodaty H., Luscombe G., Peisah C., Anstey K., Andrews G. A 25-year longitudinal comparison study of the outcome of depression. *Psychol. Med.* 2001;31(8):1347–1359. <https://DOI.org/10.1017/s0033291701004743>
26. Vetter P.H., von Pritzbuer J., Jungmann K., Kropp P., Köller O. The validity of the ICD-10 classification of recurrent affective disorders: do endogenous and psychogenic depressions form a homogeneous diagnostic group? *Psychopathology*. 2001;34(1):36–42. <https://DOI.org/10.1159/000049278>
27. Ghaemi S.N., Vöhringer P.A. The heterogeneity of depression: an old debate renewed. *Acta Psychiat. Scand.* 2011;124:497. <https://DOI.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01746.x>
28. Ghaemi S.N., Vöhringer P.A., Vergne D.E. The varieties of depressive Experience: diagnosing mood disorders. *Psychiat. Clin. N. Am.* 2012;35:73–86. <https://DOI.org/10.1016/j.psc.2011.11.008>
29. Бунеев А.Н. О шизоидных невротиках. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1923;23(11):198–211.
30. Симпсон Т.П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. М.: Медицина; 1958.
31. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина; 1977.
32. Manicavasagar V., Silove D. Is there an adult form of separation anxiety disorder? A brief clinical report. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1997;31(2):299–303. <https://DOI.org/10.3109/00048679709073835>
33. Варга А.Я. Введение в системную семейную психотерапию. М.: Когито-Центр; 2009.
34. Соколовская Л.В. Типология астенических состояний (реакции, фазы) при психопатиях. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1989;11:110–114.
35. Сорокин С.А. Типология и клинико-динамические особенности эндогенных апатических депрессий. *Психиатрия*. 2010;5(47):25–31.
36. Ануфриев А.К. Патология общего чувства и аффективные расстройства с эквивалентами. Психосоматические расстройства при циклотимных и циклотимоподобных состояниях. М.:1979.
37. Колюцкая Е.В. К проблеме дистимических состояний. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 1993;1:96–98.
38. Степанова Е.А., Андриященко А.В. Проблема депрессий, коморбидных соматическим заболеваниям (на модели ишемической болезни сердца). *Психические расстройства в общей медицине*. 2010;4:4–10.
39. Millon T. Disorders of Personality: DSM-III: Axis II. New York: Wiley; 1981. <https://DOI.org/10.1176/ps.33.11.943>
- Harvey P.D., Twamley E.W., Pinkham A.E., Depp C.A., Patterson T.L. Depression in schizophrenia: association with cognition, functional capacity, everyday functioning, and self-assessment. *Schizophr. Bulletin*. 2016;43(3):575–582. <https://DOI.org/10.1093/schbul/sbw103>
- Smulevich A.B. Depression in psychiatric and medical practices. M.: Medical informational agency; 2015. (In Russ.).
- Brodaty H., Luscombe G., Peisah C., Anstey K., Andrews G. A 25-year longitudinal comparison study of the outcome of depression. *Psychol. Med.* 2001;31(8):1347–1359. <https://DOI.org/10.1017/s0033291701004743>
- Vetter P.H., von Pritzbuer J., Jungmann K., Kropp P., Köller O. The validity of the ICD-10 classification of recurrent affective disorders: do endogenous and psychogenic depressions form a homogeneous diagnostic group? *Psychopathology*. 2001;34(1):36–42. <https://DOI.org/10.1159/000049278>
- Ghaemi S.N., Vöhringer P.A. The heterogeneity of depression: an old debate renewed. *Acta Psychiat. Scand.* 2011;124:497. <https://DOI.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01746.x>
- Ghaemi S.N., Vöhringer P.A., Vergne D.E. The varieties of depressive Experience: diagnosing mood disorders. *Psychiat. Clin. N. Am.* 2012;35:73–86. <https://DOI.org/10.1016/j.psc.2011.11.008>
- Buneev A.N. O shizoidnykh nevrotikakh. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 1923;23(11):198–211. (In Russ.).
- Simpson T.P. Nevrozy u detei, ikh preduprezhdenie i lechenie. M.: Meditsina; 1958. (In Russ.).
- Lichko A.E. Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov. L.: Meditsina; 1977. (In Russ.).
- Manicavasagar V., Silove D. Is there an adult form of separation anxiety disorder? A brief clinical report. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1997;31(2):299–303. <https://DOI.org/10.3109/00048679709073835>
- Varga A.Ya. *Vvedenie v sistemnyuyu semeinuyu psikhoterapiyu*. M.: Kogito-Tsentr; 2009. (In Russ.).
- Sokolovskaya L.V. Tipologiya astenicheskikh sostoyanii (reaktsii, fazy) pri psikhopatiyakh. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 1989;11:110–114. (In Russ.).
- Sorokin S.A. Tipologiya i kliniko-dinamicheskie osobennosti endogennykh apaticheskikh depressii. *Psikiatriya*. 2010;5(47):25–31. (In Russ.).
- Anufriev A.K. Patologiya obshchego chuvstva i affektivnye rasstroistva s ekvivalentami. *Psikhosomaticheskie rasstroistva pri tsiklotimnykh i tsiklotimopodobnykh sostoyaniyakh*. M.:1979. (In Russ.).
- Kolyutskaya E.V. K probleme distimicheskikh sostoyanii. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 1993; 1:96–98. (In Russ.).
- Stepanova E.A., Andriushchenko A.V. Problema depressiy, comorbidnyh somaticheskim zabolevaniyam (na modeli ishemicheskoy bolezni serdtsa). *Psichicheskiye rasstroystva v obshchey meditsine*. 2010;4:4–10. (In Russ.).
- Millon T. Disorders of Personality: DSM-III: Axis II. New York: Wiley; 1981. <https://DOI.org/10.1176/ps.33.11.943>

40. Kernberg O.F. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. Yale University: New Haven; 1984.
41. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Лобанова В.М., Воронова Е.И., Жилин В.О., Колюцкая Е.В., Самойлова Е.Д., Сорокина О.Ю. Расстройства личности и шизофренический дефект (проблема коморбидности). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2018;11:4–14.
42. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика и систематика. М.; 1933.
43. Dide M., Guiraud P. Psychiatrie du medecin praticien. Paris; 1929.
44. Воронова Е.И. К проблеме систематики психогенных депрессий (реакции осложненного горя). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016;12:31–39.
45. Пинаева Е.В. К проблеме эротомании. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2001;11:8–12.
- Kernberg O.F. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. Yale University: New Haven; 1984.
- Smulevich A.B., Dubnitskaya E.B., Lobanova V.M., Voronova E.I., Zhylin V.O., Kolyutskaya E.V., Samoilova E.D., Sorokina O.Yu. Personality disorders and schizophrenic defect (problem of comorbidity). *Zhurnal neurologii i psikhatrii im. S.S. Korsakova*. 2018;11:4–14. <https://DOI.org/10.17116/jnevro2018118114> (In Russ.).
- Gannushkin P.B. Klinika psikhopatii: ikh statika, dinamika i sistematika. M.; 1933. (In Russ.).
- Dide M., Guiraud P. Psychiatrie du medecin praticien. Paris; 1929.
- Voronova E.I. The systematics of psychogenic depressions (reactions of complicated grief). *Zhurnal neurologii i psikhatrii im. S.S. Korsakova*. 2016;12:31–39. <https://DOI.org/10.17116/jnevro201511511231-39> (In Russ.).
- Pinaeva E.V. K probleme erotomanii. *Zhurnal neurologii i psikhatrii im. S.S. Korsakova*. 2001;11:8–12. (In Russ.).

Сорокина Ольга Юрьевна, аспирант ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

E-mail: msolgasorokina@mail.ru

Волель Беатриса Альбертовна, доктор медицинских наук, профессор, старший научный сотрудник ФГБНУ НЦПЗ, заведующая психотерапевтическим отделением УКБ№3 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

E-mail: beatrice.volel@gmail.com

Olga Yu. Sorokina, graduate student, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

E-mail: msolgasorokina@mail.ru

Beatrisa A. Volel, Dr. of Sci. (Med.), professor, senior researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», chief of psychotherapeutic unit, FSAEI HE I.M. Sechenov First MSMU MOH, Moscow, Russia

E-mail: beatrice.volel@gmail.com

Дата поступления 25.11.2018

Date of receipt 25.11.2018

Дата принятия 25.12.2018

Accepted for publication 25.12.2018

УДК 616.89; 616.895.4; 616.89-008.444.1

Прогностическое значение диагностических параметров эндогенных заболеваний, протекающих с картиной бредовых депрессий**Prognostic value of the diagnostic parameters of endogenous diseases with delusional depressions**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-81-20-29>**Юматова П.Е.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Yumatova P.E.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia



20

Цель исследования: проанализировать прогностическую роль психопатологических и клинических показателей бредовых депрессий с учетом особенностей бредообразования депрессивных идей и оценки диагностических параметров заболевания.

Материал и методы: клинико-психопатологическим и клинико-катамнестическим методами обследована 91 больная (средний возраст 31,3 года), в динамике эндогенных заболеваний у них диагностировалась бредовая депрессия, фабулу депрессивного бреда составляли идеи самоуничтожения, малоценности, самообвинения и вины. По МКБ-10 состояние больных соответствовало рубрикам F31.5; F32.3 и F33.3. Всего проанализировано 194 бредовые депрессии в картине первых манифестных и повторных эпизодов. Одни больные наблюдались непосредственно в период бредовой депрессии (48,8% больных), другие обследовались ретроспективно (51,6%) с последующим личным катамнестическим наблюдением автора, у 40,7% длительность катамнеза от 5 до 10 лет и больше.

Результаты: при сопоставлении диагностических параметров на разных этапах заболевания установлены клинические показатели, которые на уровне статистической достоверности коррелируют с нозологической оценкой заболевания, формой его течения и степенью прогрессивности и являются прогностически наиболее значимыми. В манифестном периоде на 100% уровне совпадений лидирует показатель типологии бредовых депрессий, разработанный с учетом их психопатологической структуры и механизмов бредообразования депрессивных идей. Как прогностически значимый выступает показатель долевого участия аффекта (маниакального и депрессивного) в формировании структуры бредового компонента аффективно-бредовых состояний, его максимальная представленность (от 100 до 85,1%) сопряжена с непрогрессирующим или относительно благоприятным течением в рамках аффективного психоза, рекуррентной и циркулярной шизофрении. Уровень негативных личностных изменений, отражающий степень прогрессивности заболевания, определяемый до развития бредовой депрессии, находит прямое отражение в показателях тяжести негативного сдвига в картине последующей ремиссии и определяет прогноз ее качества. На доманифестном этапе достоверные признаки прогноза имеют клинические особенности и частота аффективных расстройств (в виде реактивной или аутохтонной аффективной лабильности), а также глубина нарушения шизоидного личностного склада до степени акцентуации, психопатии или псевдопсихопатии.

Заключение: среди клинических параметров параметров доманифестного и манифестного этапов, прогнозирующих механизм бредообразования депрессивных идей в структуре психопатологических типов бредовых депрессий, сопряженных с нозологической оценкой заболевания в целом, доманифестные показатели личностных и аффективных расстройств, а также предшествующий развитию бредовой депрессии уровень социально-трудового функционирования, определяющий картину последующих ремиссий, правомерно также рассматривать как клинико-патогенетические характеристики, отражающие нозологический диагноз, его прогноз и качество ремиссий.

Ключевые слова: бредовая депрессия; бредообразование депрессивных идей; нозология; диагностика; прогноз.

Для цитирования: Юматова П.Е. Прогностическое значение диагностических параметров эндогенных заболеваний, протекающих с картиной бредовых депрессий. *Психиатрия*. 2019;81(1):20–29.

Конфликт интересов отсутствует

The aim of the study: was to analyze the prognostic value of psychopathological and clinical indices of delusional depressions, taking into consideration the specificities of delusion formation of depressive ideas and evaluation of diagnostic parameters of the disease.

Material and methods: a total 91 females (average age was 31,3 yrs.) were examined by using the clinical-psychopathological and clinical and follow up methods. In the dynamics of the endogenous diseases delusional depressions were diagnosed in them, with ideas of self-humiliation, of little value, self-accusation and guilt constituting the content of depressive delusion. According to ICD-10 mental status of the patients corresponded to F31.5; F32.3 and F33.3 items. In all 194 delusional depressions were analyzed in the clinical pictures of first manifest and repeat episodes. Some patients were examined directly during the period of

the delusional depression (48% of patients), others were examined retrospectively (51,6%) with the following personal author's follow-up, in 40,7% the duration of follow up observation was from 5 to 10 and more years.

Results: during comparison of diagnostic parameters at various stages of the disease clinical indices were established, which at the level of statistic reliability correlated with nosological evaluation of the disease, its course, and the degree of its progression, and are prognostically the most significant. In manifest period at the 100%-level of concurrence the index of the typology of delusional depressions was in the lead, which was developed taking into consideration their psychopathological structure and mechanisms of delusion formation of depressive ideas. The index of share holding of affect (manic and depressive) is prognostically significant in the formation of structure of delusional component of affective-delusional states, its maximum presentation (from 100 to 85%) is conjugated with non-progressive, or relatively favorable course within the framework of affective psychosis, recurrent and cyclothymia schizophrenia. The level of negative personality changes, reflecting the degree of the disease progression being detected before the development of delusional depression, is directly embodied in the indices of negative shift in the clinical picture of the subsequent remission and determines the prognosis of its quality. At pre-manifest stage the reliable signs of the prognosis have clinical specificities and the frequency of affective disorders (in the form of reactive, or autochthonous affective lability), as well as the depth of impairment of schizoid personality disposition up to the degree of accentuation, psychopathy, pseudopsycopathy.

Keywords: delusional depression; depressive delusion formation; nosology; diagnostics; prognosis.

For citation: Yumatova P.E. Prognostic value of the diagnostic parameters of endogenous diseases with delusional depressions. *Psychiatry*. 2019;81(1):20–29.

There is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

Проблема диагностики и клинического изучения депрессий составляет одну из актуальных задач современной психиатрии и медицины в целом. По данным ВОЗ (2017), депрессии, включая все их разновидности, диагностируются у 300 млн человек, что составляет 4,4% населения земного шара, в РФ их распространенность доходит до 5,5%. Сопровождающие депрессии высокий суицидальный риск и значительные негативные последствия, утяжеляющие социально-трудовое функционирование больных, в 2–6 раз превышают таковые при другой психической патологии и увеличивают экономические затраты на содержание больных. По данным проведенного в пяти европейских странах исследования, 19% диагностированных в популяции населения депрессий были расценены как психотические (в том числе бредовые), показатель их распространенности составил 0,4% [1].

Депрессивный бред описывался как отечественными, так и зарубежными психиатрами уже в работах конца XIX — начала XX века в рамках простой меланхолии и циклотимной эндогенной депрессии и расценивался как голотимный и наиболее «характерный бредовой феномен» депрессивного расстройства [2–6]. В последующем депрессивные бредовые идеи стали определяться в качестве одного из облигатных признаков эмоционального компонента в триаде депрессивного синдрома (меланхолии) [7–10], другие авторы относили депрессивный бред к дополнительным признакам обязательных эмоциональных симптомов [11–12]. В рамках научной дискуссии, длящейся почти полтора столетия, обсуждался приоритет и «первичность» интеллектуальной или аффективной сфер в генезе депрессивного бреда и его тематического содержания. Большинство как зарубежных, так и отечественных авторов депрессивный бред традиционно рассматривали как «вторичное» образование по отношению к первичному, депрессивному аффекту, который напрямую влияет на содержание депрессивных

бредовых идей (на конгруэнтность фабулы аффекту) и «как бы определяет дальнейшую динамику бредовых идей вплоть до меланхолической парафрени» [13–14]. Бредовые расстройства, которые в структуре депрессивно-бредовых состояний лишь усложняют проявления собственно депрессии, не являясь конгруэнтными ей симптомами ни по содержанию, ни по механизмам бредообразования, расценивались как «первичные» бредовые расстройства [15–17]. В психопатологических описаниях бредовых депрессивных идей авторы обращали внимание на характеристику конкретной фабулы депрессивного бреда и ее взаимоотношения с особенностями депрессивных симптомов [18–20]. Между тем анализу синдромальной структуры бредовых депрессий, особенностям бредообразования депрессивных идей и их клинической и нозологической оценке уделялось незаслуженно мало внимания.

Постепенный отказ от клинических принципов в диагностике бредовых депрессий нашел отражение в современных действующих статистических классификациях психических болезней МКБ-10 (1994) и DSM-5 (2014), где бредовая депрессия рассматривается как подтип синдромально и нозологически неопределенного «депрессивного расстройства с психотическими симптомами». В его рамках лишь «при необходимости» предлагается разделять симптомы психоза (в том числе и бредового) на конгруэнтные и не конгруэнтные полюсу аффекта, не обсуждая диагностического значения такой дифференциации. В то же время при разработке версии DSM-5 широко обсуждался вопрос о вынесении психотической депрессии в отдельную диагностическую категорию, но не на основе ее психопатологических или клинических показателей, а лишь с учетом дополнительных биологических (нейроэндокринологических, биохимических), генетических и психологических характеристик («доменов»), сочетая такой подход к оценке бредовых депрессий с данными психоанализа и психометрии [21–25]. Эти показатели, имея важное патогенетическое значение в оценке бредовых депрессий, могут рассматриваться лишь как дополнительные

по отношению к клиническим показателям, определяющим диагностику и прогноз бредовых депрессивных идей в картине эндогенных депрессий.

Таким образом, на современном этапе развития психиатрической науки как теоретические, так и практические аспекты изучения депрессивных бредовых идей в картине эндогенных бредовых депрессий, включая их клинико-психопатологическую дифференциацию, понимание механизмов развития и его динамики, остаются малоизученными и сохраняют актуальность при разработке персонализированных параметров диагностической и прогностической оценки заболевания.

Цель исследования: проанализировать клинико-психопатологические особенности диагностических параметров на разных этапах динамики эндогенного заболевания, протекающего с картиной бредовых депрессий, и определить их прогностическую роль в оценке его нозологической природы и степени прогредиентности.

Материал и методы исследования: обследована 91 больная, в динамике эндогенного заболевания у них клинически диагностировалась бредовая депрессия, фабулу депрессивного бреда в ее общей картине составляли идеи самоуничтожения, малоценности, самообвинения и вины.

От каждой пациентки было получено добровольное информированное согласие об участии в исследовании. Исследование проведено в соответствии с принципами и правилами Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г., одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ.

По МКБ-10 состояние больных соответствовало рубрикам F31.5; F32.3 и F33.3 и определялось как «тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами». Возраст больных на момент обследования был от 18 до 55 лет (средний возраст — 31,3 года), большинство больных (81,3%) наблюдались в возрастном диапазоне 21–40 лет, в этом же возрасте у них впервые в динамике заболевания диагностировалась бредовая депрессия. Исследование проводилось в двух группах больных. Одну группу составили 44 больных (48,8%), которые наблюдались непосредственно во время их стационарирования в клинику НЦПЗ по поводу бредовой депрессии в период 2007–2009 и 2013–2017 гг., из них у 21 депрессивный бред в структуре бредовой депрессии формировался в картине первого манифестного состояния, у 23 — впервые в повторных состояниях. Другая группа включала 47 больных (51,6%), впервые госпитализированных в клинику НЦПЗ в период 2000–2006 гг. по поводу бредовой депрессии, которая анализировалась ретроспективно по данным архивных историй болезни. Больные обеих групп обследовались катamnестически автором лично. Длительность катamnеза составила от 1 до 10 лет и больше, у 40,7% больных — 5 лет. Всего клинико-психопатологическим методом проанализировано 194 бредовых депрессий. У 40 больных (43,9%) они формировались в картине первых манифестных состояний, у 51 (56,1%) — впер-

вые только в повторных эпизодах, 37 больных (40,7%) в динамике заболевания перенесли по несколько повторных бредовых депрессий. Исследование проводилось клинико-психопатологическим, клинико-катamnестическим и клинико-психометрическим (с использованием международной шкалы оценки глобального функционирования GAF) методами. Статистическая достоверность результатов оценивалась с помощью критерия *t* Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В соответствии с целью исследования проанализированы клинические характеристики разных этапов заболевания — доманифестного, манифестного и в ремиссиях после бредовой депрессии. Среди клинических показателей заболевания рассматривались типологические разновидности депрессивного бреда в картине бредовой депрессии, полярность аффекта в динамике заболевания, степень участия аффекта в формировании бредового компонента в структуре аффективно-бредовых психозов.

Проведенный нами ранее (2014) анализ клинико-психопатологической структуры бредовых депрессий и механизмов бредообразования депрессивных идей показал неоднозначность указанных параметров у разных больных. На основе этих параметров было выделено четыре типа бредовых депрессий, различающихся условиями формирования фабулы депрессивного бреда, степенью реальности событий, включенных в содержание депрессивных идей, и характером реального участия в них больных. Бредообразование голотимных депрессивных идей происходило по типу интеллектуального бреда воображения (I тип), по типу наглядно-образного бреда воображения (II тип), по механизмам несистематизированного интерпретативного бреда с усложнением нестойкими персекуторными идеями (III тип) или по смешанным механизмам бредообразования с картиной интеллектуального бреда воображения и его видоизменением до острого чувственного бреда с картиной эмоционального бреда воображения с вторичными персекуторными идеями (IV тип).

Установлено, что разработанная типология депрессивного бреда находится в тесной взаимосвязи с клиническими особенностями заболевания в целом. Сопоставление диагноза эндогенного заболевания, его нозологической оценки и форм течения с описанными типами бредовых депрессий на 100% достоверном уровне показало прямое соотношение описанных механизмов бредообразования депрессивных идей в картине их типологических разновидностей с нозологическим диагнозом заболевания, отражающим и степень его прогредиентности. Обнаружено, что разные по психопатологической структуре типы бредовых депрессий несут в себе прогностическую информацию о нозологической природе и форме течения заболевания, в рамках которого они развиваются

Таблица 1/Table 1

Соотношение психопатологических типов депрессивного бреда в картине эндогенной депрессии с нозологической оценкой заболевания (абс./%)/Correlation of psychopathological types of depressive delusion in endogenous depression with nosological evaluation of the disease (abs./%)

Тип депрессивного бреда/Type of depressive delusion	Нозологическая оценка и формы течения заболевания/Nosological evaluation of the disease			
	Аффективный психоз/Affective disorder	Шизофрения приступообразная, рекуррентная форма/Recurrent schizophrenia	Шизофрения приступообразно-прогредиентная, шубообразная форма/Shift-like schizophrenia	Шизофрения приступообразная, циркулярная форма/Circular schizophrenia
I	100	–	–	–
II	–	100	–	–
III	–	–	100	–
IV	–	–	–	100

Таблица 2/Table 2

Показатели социально-трудовой адаптации больных в ремиссиях после разных типов бредовых депрессий (по среднему баллу шкалы GAF)/Indices of social and labor adjustment of patients in remission after various types of delusional depressions (according to average GAF score)

Место бредовых депрессий в динамике заболевания/Delusional depression and disease stadium		Тип бредовых депрессий/GAF score and type of depressive delusion			
		I	II	III	IV
При первой манифестации заболевания/In the first manifested episode	До/Before	94,8	90,5	–	92
	После/After	91,5	86,7	–	78
Впервые в повторных эпизодах/For the first time in recurrent episodes	До/Before	89	84	48,8	66
	После/After	87,6	81	47,5	66
В картине повторных бредовых депрессий/In recurrent delusional depressions	До/Before	82	78	–	66
	После/After	80,1	75,3	–	61

и наблюдались в разных группах больных. Так, I тип депрессивного бреда развивался в рамках фазовой динамики аффективного психоза (1-я группа больных); II тип депрессивного бреда наблюдался в динамике рекуррентной шизофрении с повторным формированием приступов по типу «клише» (2-я группа); III тип депрессивного бреда развивался в структуре приступов шубообразной шизофрении с тенденцией к усложнению их психопатологической картины (3-я группа); IV тип депрессивного бреда наблюдался в рамках приступообразной циркулярной шизофрении (4-я группа) (табл. 1).

Прогностическая значимость типа эндогенной депрессии для оценки степени прогредиентности заболевания в нозологически разных группах больных нашла прямое отражение в показателях качества ремиссий, следующих после завершения разных типов бредовых депрессий. Оценка индивидуальных параметров ремиссий определялась по показателям степени личностных негативных изменений, включая характеристики социально-трудовой адаптации больных. Они служили дополнительным диагностическим критерием оценки степени прогредиентности заболевания и его прогноза в целом и анализировались психометрически с использованием шкалы, включающей суммарную

оценку трудовой и профессиональной деятельности больных в динамике и показатели уровня их социального функционирования в целом. Было установлено, что как впервые развившиеся, так и повторные бредовые депрессии развивались на фоне разной глубины негативных расстройств, сформировавшихся в результате предшествующей динамики заболевания. Поэтому тяжесть диагностированных негативных изменений в ремиссиях сопоставлялась с тяжестью негативных расстройств, непосредственно предшествующих развитию как первых, так и повторных бредовых депрессий (табл. 2).

Данные табл. 2 показали разное качество ремиссий после бредовых депрессий с разными типами бредообразования депрессивных идей, отражающее степень тяжести негативных изменений личности и уровень социально-трудовой адаптации больных в разных группах больных.

Было установлено, что сам по себе уровень социального функционирования больных в ремиссиях по сравнению с предшествующими показателями снижался незначительно, в среднем на 3,3–1,4 балла по шкале GAF. Наиболее благоприятное качество ремиссий было после I типа эндогенной депрессии в 1-й группе больных, независимо от порядкового номера ее в динамике

Таблица 3/Table 3

Частота аффективно-бредовых состояний, формирующихся с участием (или без) аффективного компонента в структуре бреда (абс./%)/The frequency of affective-delusional states, forming with (or without) participation of affective component in delusion structure (abs./%)

Группы больных/ Patients groups	Аффективно-бредовое состояние/Affective-delusional states					
	Всего состояний/Total number of episodes		Без участия аффекта/Without participation of affective component in delusion structure		С участием аффекта/With participation of affective component in delusion structure	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1-я группа	105	100%	–	–	105	100%*
2-я группа	67	100%	10	14,9%	57	85,1%*
3-я группа	38	100%	29	76,3%*	9	23,7%
4-я группа	39	100%	1	2,6%	38	97,4%**

* Достоверность различий при $t = 0,01$.

** Достоверность различий при $t = 0,001$.

заболевания и оставался в пределах изначально довольно высокого уровня оценки — в диапазоне 100–81 баллов. II и IV типы бредовой депрессии занимали как бы промежуточное положение между I и III типами по качеству ремиссий. При III типе бредовой депрессии, которая развивалась только в повторных приступах, качество ремиссий достигало в целом более глубоких степеней снижения социально-трудового функционирования больных по GAF, до уровня 50–41 балла, сопровождался инвалидизацией больных. Он изначально предшествовал развитию бредовой депрессии в 3-й группе больных и свидетельствовал о развитии бредовой депрессии III типа в условиях уже достигнутой большей прогрессивности заболевания. В результате перенесенной бредовой депрессии III типа качество ремиссий практически оставалось в том же невысоком уровне диапазоне, хотя средний балл GAF снижался незначительно с 48,8 до 47,5 (на 1,3 балла).

Приведенные данные об особенностях качества ремиссий в разных группах больных отражают разную степень прогрессивности заболевания и могли бы рассматриваться как один из прогностических параметров его нозологической оценки. Вместе с тем, поскольку сама по себе степень снижения социально-трудового функционирования больных в результате непосредственного завершения разных типов бредовой депрессии при выходе в ремиссию незначительна, а фактический уровень ее обусловлен диапазоном социального функционирования больных и степенью прогрессивности заболевания, уже сформировавшихся на его предыдущих этапах, то диагностические характеристики качества ремиссий после бредовой депрессии можно рассматривать как лишь опосредованные нозологической природой заболевания в разных группах больных и формой его течения, которые в первую очередь «запрограммированы» прогностической значимостью параметра синдромальной оценки (типа) бредовой депрессии. Таким образом, показатель синдромальной характеристики, отражающий типологические особенности и механизм бредообразования в картине бредовых депрессий, обнаружил высокодо-

стоверные и значимые различия при оценке его как основного диагностического параметра в разных нозологических группах больных, определяющего прогноз, нозологическую оценку и соответствующую ей степень прогрессивности эндогенного заболевания, в рамках которого он развивался. Эти данные находятся в соответствии с положением о клинических закономерностях формирования форм течения эндогенных психозов, отражающих единство психопатологической структуры синдрома, нозологической оценки и степени прогрессивности заболевания [26].

Анализ диагностической значимости степени показателей полярности аффекта в динамике заболевания (монополярно-депрессивного или биполярного) не обнаружил статистически достоверных различий ни с типологической характеристикой бредовых депрессий в динамике эндогенного заболевания, ни с его нозологической оценкой.

Во всех четырех клинических группах больных имел место как би-, так и монополярный характер аффективных расстройств, формирующийся в ходе динамики заболевания. Статистически достоверно можно было говорить о преобладании монополярно-депрессивного аффекта только в группах больных с диагнозом рекуррентной и циркулярной шизофрении (2-я и 4-я группы) (статистическая достоверность на 5% и 1% уровне соответственно), т.е. в рамках наиболее благоприятных по степени прогрессивности форм течения шизофрении. Однако монополярно-депрессивный тип аффекта может рассматриваться как прогностически благоприятный в динамике форм течения только шизофрении. Тогда как в рамках непрогрессивного аффективного психоза (1-я группа больных) имеется лишь тенденция к достоверности различий ($t = 1,71$) и преобладанию по частоте биполярного аффекта. Эти данные позволяют лишь условно рассматривать признак полярности аффекта как определяющий прогностический параметр степени прогрессивности эндогенного заболевания.

Прогностически более значимым оказался показатель частоты (долевого участия) как маниакального, так и депрессивного аффекта в психопатологической

Таблица 4/Table 4

Распределение больных по уровню (глубине) нарушений личностных шизоидных свойств на доманифестном этапе (абс./%)/Distribution of patients according to the level (depth) of personality schizoid properties impairments at pre-manifest stage (abs./%)

Группы больных/ Patients groups	Уровень личностных свойств/Personality characteristics						Всего/Total	
	Акцентуированный/ Accentuation		Психопатический/ Psychopathic		Псевдопсихопатический/ Pseudopsychopathic			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
I тип	33	75,0*	11	25,0*	-		44	100,0
II тип	14	60,1	9	39,9	-		23	100,0
III тип	1	11,1	3	33,3	5	55,6	9	100,0
IV тип	2	13,3*	13	86,7*	-		15	100,0

* $t = 0,01$.

картине заболевания в четырех группах больных. При этом учитывались аффективные расстройства не столько в картине «чисто» аффективных синдромов в динамике заболевания, сколько степень участия (конгруэнтность) аффекта в психопатологической структуре и механизмах формирования психотических (бредовых) расстройств в картине сложных аффективно-бредовых психозов.

Обнаружено, что «чисто» аффективные синдромы в динамике заболеваний в 1-й, 2-й, 3-й и 4-й группах больных по частоте значительно уступали аффективно-бредовым и наблюдались соответственно в 13,9; 5,6; 26,9 и 40,9%, тогда как преобладающими были аффективно-бредовые состояния. Доля аффекта в формировании психопатологической структуры аффективно-бредовых синдромов в 1-й, 2-й, 3-й и 4-й группах больных составляла соответственно 100; 85,1; 23,7 и 97,4%.

То есть больший процент участия аффекта в психопатологической картине бредового компонента аффективно-бредовых расстройств наблюдался при МДП (1-я группа) и при циркулярной шизофрении (4-я группа) и был высокодостоверным при $t = 0,01$ и $0,001$. Эти показатели характеризовали наибольшую степень благоприятности прогноза заболевания в этих группах больных и определяли его нозологический диагноз и форму течения (табл. 3).

Анализ клинических характеристик заболевания в доманифестном периоде его развития позволил выделить ряд прогностически значимых диагностических показателей. В первую очередь они включали особенности личностного склада в группах больных, различающихся нозологической оценкой заболевания.

У больных всех четырех групп преморбидные личностные свойства обнаружили главенство шизоидного радикала в их структуре. Его общими особенностями являлись склонность к аутистическим фантазиям в сочетании с чертами «образцовости» в поведении, нивелировки эмоциональных реакций с рациональной оценкой событий и отношений с окружающими. Общие шизоидные особенности в картине личностных характеристик у больных разных групп различались

не только по степени выраженности, но и наблюдались в типологически разных картинах шизоидного склада.

Основным параметром их разделения было наличие астенического или стенического радикала в структуре шизоидных свойств, которые соответственно включали типологические разновидности с психастеническими чертами и сенситивных шизоидов или шизоидов с гипертимными чертами и экспансивных шизоидов.

Однако распределение по частоте типологических особенностей шизоидных преморбидных свойств и по преобладающему их полюсу не установило статистически значимых различий по этим параметрам у больных четырех групп. Лишь во 2-й группе больных с рекуррентным течением шизофрении установлены статистически значимые различия по преобладанию сенситивных шизоидов над шизоидами с гипертимными чертами и по частоте астенического радикала личностных свойств над стеническим ($t = 0,01$). Поэтому эти параметры оценки личностных свойств не могли рассматриваться как прогностические для всех больных.

Прогностически значимыми у больных всех четырех клинических групп оказались личностные показатели, отражающие качество и глубину нарушения шизоидных свойств, дифференцированных как акцентуация, психопатия или псевдопсихопатия (дефицитарные шизоиды) (табл. 4).

Распределение больных по этому показателю показало, что в 1-й группе больных, где заболевание нозологически оценивалось в рамках непрогредиентного аффективного психоза, а бредовая депрессия в его динамике развивалась по I типу бредообразования депрессивных идей, уровень нарушения шизоидных личностных особенностей был относительно неглубоким и у 75% соответствовал акцентуации характера. У больных 2-й группы, где в динамике рекуррентной шизофрении имело место формирование II типа бредовых депрессий, склад личности на доманифестном этапе в 1,5 раза чаще (в 60,1% случаев) также определялся как акцентуация характера по сравнению с психопатическим. В 3-й группе больных, у которых заболевание диагностировалось как более прогредиентное,

Таблица 5/Table 5

Распределение больных по частоте симптомов реактивной и аффективной лабильности на доманифестном этапе заболевания (абс./%)/Distribution of patients according the frequency of symptoms of reactive and affective lability at pre-manifest stage of the disease (abs./%)

Группы больных/ Patients groups	Реактивная лабильность/ Reactive lability abs./%	Аутохтонная аффективная лабильность/ Autochtone affective lability abs./%	Не было/Was absent abs./%	Всего больных/ Total abs./%
I	19/43%	17/38%	8/19%	44/100%
II	14/61%*	8/35%*	1/4%*	23/100%
III	1/11%*	8/89%*	–	9/100%
IV	12/80%*	–	3/20%*	15/100%

* Статистические различия на 5% уровне, $t = 0,05$.

в рамках шубообразной шизофрении, и проявлялось III типом бредовой депрессии с бредообразованием депрессивных идей как несистематизированных интерпретативных, на доманифестном этапе более чем в половине случаев наблюдалась наибольшая глубина личностных нарушений, доходящая до уровня псевдопсихопатии (55,6%) и психопатии (у 33,3%). У больных 4-й группы, где в динамике заболевания картина бредовых депрессий характеризовалась сложным бредообразованием депрессивных идей (по IV типу), а само заболевание развивалось по закономерностям циркулярной формы шизофрении, на доманифестном этапе обнаруживалось преобладание шизоидных свойств на уровне психопатических (у 86,7% больных). Таким образом, параметр глубины нарушения шизоидных личностных свойств на доманифестном этапе по уровню статистической достоверности различий между величинами частоты их встречаемости на доманифестном этапе заболевания в четырех группах больных может рассматриваться как прогностически значимый для нозологической диагностики заболевания и формы его течения, включая степень его прогрессивности и оценку типа бредовой депрессии в его динамике.

В качестве прогностических показателей доманифестного периода у большинства больных проанализированы клинические особенности аффективных нарушений, диагностированных в рамках реактивной или аутохтонной аффективной лабильности. Они различались частотой встречаемости на доманифестном этапе и имели свои особенности динамики перед манифестацией заболевания у больных всех четырех нозологических групп.

Было характерно, что по мере приближения к манифестации заболевания в картине аффективных нарушений доманифестного этапа постепенно утрачивалась связь депрессивного настроения с психогенным воздействием (провокацией), происходила «эндогенизация» картин аффективной лабильности до аутохтонных биполярных проявлений и их углублением до фазовых состояний.

Так, в 1-й группе больных аффективным психозом аффективные нарушения на доманифестном этапе имели место у большинства больных (93%) и по видам распределялись практически равномерно: в 38%

случаев имела место аутохтонная аффективная лабильность, а у 43% пациентов — реактивная лабильность с последующим видоизменением в аутохтонную аффективную лабильность и «эндогенизацией» аффективных расстройств. На доманифестном этапе заболевания во 2-й группе больных преобладали почти в 2 раза явления нажитой реактивной лабильности (у 61% против 35%) с незначительной «эндогенизацией» аффективных расстройств в последующей динамике. У больных 3-й группы на всем протяжении доманифестного этапа явления аутохтонной аффективной лабильности были преобладающими и наблюдались у 89% больных. На всем протяжении доманифестного периода у 80% больных 4-й группы диагностировалась только нажитая реактивная лабильность, но в динамике ее доманифестные психопатологические проявления могли углубляться до уровня клинически очерченных эпизодов эндореактивных депрессий (табл. 5).

Приведенные дифференцированные данные о достоверности различий в клинических характеристиках глубины личностных и аффективных расстройств на доманифестном этапе в разных группах больных (см. табл. 4, 5), находясь в прямом соответствии с особенностями клинических характеристик манифестного периода и определяя их диагностику и прогноз в целом, могут также рассматриваться как значимые клинико-патогенетические параметры, обуславливающие характер развития заболевания при его манифестации, его нозологическую оценку, форму течения, степень прогрессивности и психопатологический тип бредовой депрессии в его динамике.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клинико-психопатологический анализ диагностических параметров на разных этапах эндогенного заболевания, протекающего с картиной бредовой депрессии в его динамике, определяющих прогноз в целом, показал, что наибольшую прогностическую значимость в манифестном периоде обнаруживают механизмы бредообразования депрессивных идей в картине бредовой депрессии, которые определяют ее типологические особенности и обнаруживают достоверное совпадение с нозологической оценкой заболевания, формой

его течения и степенью прогрессивности в соответствующих нозологических группах больных.

В качестве статистически достоверного диагностического параметра, определяющего прогноз и степень прогрессивности заболевания, клинически значимым выступает также показатель долевого участия аффекта (как депрессивного, так и маниакального) в механизмах формирования бредовых расстройств в структуре аффективно-бредовых состояний, формирующихся в динамике заболевания в нозологически разных группах больных. Максимально представленная частота участия аффекта (на уровне 85,1–100%) указывала на непрогрессивное (в рамках аффективного психоза) или относительно благоприятное (при рекуррентной и циркулярной шизофрении) течение, тогда как в группе больных с наиболее прогрессивной динамикой шизообразной шизофрении участие аффекта в формировании структуры психотических расстройств было наименьшим, всего в картине 23,7% состояний.

Диагностический параметр негативного сдвига, формирующегося непосредственно в результате перенесенных разных типов бредовых депрессий, оценивается как незначительный, но в картине ремиссий фактически он определяется уровнем негативных изменений и нарушением социально-трудового функционирования, уже достигнутых до развития бредовой депрессии и опосредованных разной нозологической

природой заболевания и формой его течения, и может рассматриваться как прогностически значимый показатель степени прогрессивности в целом, но не самого синдромального типа.

Характеристика глубины и тяжести нарушений в структуре шизоидного склада личности на доманифестном этапе, диагностированных в рамках акцентуации, психопатии или псевдопсихопатии, а также диагностическая оценка доманифестных аффективных расстройств, выступающих в рамках реактивной и аффективной лабильности, напрямую достоверно соотносятся с диагностическими параметрами манифестного периода, с психопатологическими типами бредовых депрессий, нозологической оценкой заболевания в целом и степенью его прогрессивности, выступая в качестве персонализированных параметров их прогноза.

Приведенные как прогностически значимые диагностические параметры аффективных расстройств и глубины нарушения личностных шизоидных свойств на доманифестном этапе, а также уровень негативных изменений на манифестном этапе заболевания, сформированных до развития бредовых депрессий, который определяет картину и качество последующих после них ремиссий, одновременно могут быть обозначены как клинко-патогенетические характеристики манифестного этапа заболевания, отражающие его нозологический диагноз, степень прогрессивности и прогноз качества ремиссий.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Ohayon M.M., Schatzberg A.F. Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *Am. J. Psychiatry*. 2002;159(11):1855–1861. [https://DOI: 10.1176/appi.ajp.159.11.1855](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.11.1855)
- Корсаков С.С. Избранные произведения. М.: Государственное издательство медицинской литературы МЕДГИЗ; 1954.
- Каннабих Ю.В. История психиатрии. М.: Академический проект; 2012.
- Griesinger W. Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, für Aerzte und Studierende, Zweite Auflage. Stuttgart: Verlag von Adolph Krabbe; 1861.
- Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов. М.: Изд-во А.А. Карцева; 1910.
- Блейлер Е. Руководство по психиатрии. М.: Изд-во Независимой психиатрической ассоциации; 1993.
- Морозов В.М. Маниакально-депрессивный психоз (циркулярная депрессия). Лекция. Избранные труды. М., Медиа Медика; 2007:207–223.
- Снежневский А.В. Бред. Руководство по психиатрии в 2 томах. Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина; 1983;(I):29–35.
- Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). Н. Новгород: Изд-во НГМА; 1998:79–80.
- Ohayon M.M., Schatzberg A.F. Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *Am. J. Psychiatry*. 2002;159(11):1855–1861. [https://DOI:10.1176/appi.ajp.159.11.1855](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.11.1855)
- Korsakov S.S. Izbrannyye proizvedeniya. M.: Gosudarstvennoe izdatel'stvo medicinskoj literatury MEDGIZ; 1954. (In Russ.).
- Kannabih Yu.V. Istoriya psixiatrii. M.: Akademicheskij projekt; 2012. (In Russ.).
- Griesinger W. Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studierende, Zweite Auflage. Stuttgart: Verlag von Adolph Krabbe; 1861.
- Krepelin E.H. Uchebnik psixiatrii dlya vrachej i studentov. M.: Izd-vo A.A. Karceva; 1910. (In Russ.).
- Blejler E. Rukovodstvo po psixiatrii. M.: Izd-vo Nezavisimoj psixiatricheskoj asociacii; 1993. (In Russ.).
- Morozov V.M. Maniakal'no-depressivnyj psihoz (cirkulyarnaya depressiya). Lekciya. Izbrannyye Trudy. M., Media Medika; 2007:207–223. (In Russ.).
- Snezhnvskij A.V. Bred. Rukovodstvo po psixiatrii v 2 tomah. Pod red. A.V. Snezhnevskogo. M. Medicina; 1983;(I):29–35. (In Russ.).
- Morozov G.V., Shumskij N.G. Vvedenie v klinicheskuyu psixiatriyu (propedevtika v psixiatrii). N. Novgorod: Izd-vo NGMA; 1998:79–80. (In Russ.).

10. Goodwin F.K., Jamison K.R. Manic-depressive Illness, Bipolar Disorders and recurrent Depression. 2nd ed. Oxford University Press. (March 20, 2007).
11. Тиганов А.С. Депрессивный синдром. В кн.: Общая психопатология. Курс лекций. М.: МИА; 2008;(3):57–68.
12. Смудевич А.Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. 4-е изд. М.: МИА; 2015;5:132–153.
13. Пападопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы. М.: Медицина; 1975.
14. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. Л.: Медицина; 1988:32–40.
15. Тиганов А.С. Рекуррентная периодическая шизофрения. Руководство по психиатрии. Под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина; 1999;(2):428–432.
16. Портнов В.В. Типологическая дифференциация депрессивно-параноидных состояний при шизофрении. *Психиатрия*. 2006;3:7–12
17. Вайтбрехт Х.Й. Клиническая психиатрия. Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. Пер. с нем. М.; 1967:59–66.
18. Ey H. La melancolie. In: Etudes psychiatriques, Paris desclee de Brauwer. 1954;III(22):117–200.
19. Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart Georg Thime Verlag; 1976.
20. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. Патология эмоций (аффективности). В кн.: Психиатрия, основы клинической психопатологии. Учебник для вузов. М.: Медицина; 2007;66:191–193.
21. Tsuang M.T., Taylor L., Faraone S.V. An overview of the genetics of psychotic mood disorders. *J. Psychiatric Research*. 2004;38:3–15. PMID: 14690766
22. Gomez R.G., Fleming S.H., Keller J., Flores B., Kenna H., DeBattista C., Solvason B., Schatzberg A.F. The Neuropsychological profile of psychotic major depression and its relation to cortisol. *Biol. Psychiatry* 2006;60:472–478. <https://DOI:10.1016/j.biopsych.2005.11.010>
23. Keller J., Schatzberg A.F., Maj M. Current Issues in the Classification of Psychotic Major Depression. *Schizophr. Bull.* 2007;33(4):877–885. <https://DOI:10.1093/schbul/sbm065>
24. Bremaud N. Mélancolie délirante et paranoïa: diagnostic différentiel. *L'Évolution Psychiatrique*. 2014;79(2):273–285. <https://DOI:10.1016/j.evopsy.2014.01.006>
25. Reininghaus U., Böhnke J.R., Chavez-Baldini U., Gibbons R., Ivleva E., Clementz B.A., Pearlson G.D., Keshavan M.S., Sweeney J.A., Tamminga C.A. Transdiagnostic dimension of psychosis in the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). *World Psychiatry*. 2019;18(1):67–76. <https://DOI:10.1002/wps.20607>
26. Снежневский А.В. Симптоматология и нозология. В кн.: Шизофрения, клиника и патогенез. Под ред. А.В.Снежневского. М.: Изд-во «Медицина»; 1969:5–28.
- Goodwin F.K., Jamison K.R. Manic-depressive Illness, Bipolar Disorders and recurrent Depression. 2nd ed. Oxford University Press. (March 20, 2007).
- Tiganov A.S. Depressivnyj sindrom. V kn.: Obshchaya psihopatologiya. Kurslekcij. M.: MIA; 2008;(3):57–68 (In Russ.).
- Smulevich A.B. Depressii pri psihicheskikh i somaticheskikh zabolevaniyah, 4-e izd. M.: MIA; 2015;5:132–153. (In Russ.).
- Papadopulos T.F. Ostrye `e `ndogenny`e psixozy`. M.: Medicina; 1975. (In Russ.).
- Nuller Yu.L., Mihalenko I.M. Affektivnye psihozy. L.: Medicina; 1988:32–40. (In Russ.).
- Tiganov A.S. Rekurrentnaya periodicheskaya shizofreniya. Rukovodstvo po psixiatrii. Pod red. A.S. Tiganova. M.: Medicina; 1999;2:428–432. (In Russ.).
- Portnov V.V. Tipologicheskaya differenciaciya depressivno-paranoidnyh sostoyanij pri shizofrenii. *Psixiatriya*. 2006;3:7–12. (In Russ.).
- Weitbrecht H.J. Klinicheskaya psixiatriya. Pod red. G. Grule, R. Yunga, V. Majer-Grossa, M. Myullera. Per. s nem. M.; 1967:59–66. (In Russ.).
- Ey H. La melancolie. In: Etudes psychiatriques, Paris desclee de Brauwer. 1954;III(22):117–200.
- Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart Georg Thime Verlag; 1976.
- Cyganov B.D., Ovsyannikov S.A. Patologiya ehmcij (affektivnosti). V kn.: Psixiatriya, osnovy klinicheskoy psihopatologii. Uchebnik dlya vuzov. M.: Medicina; 2007;66:191–193. (In Russ.).
- Tsuang M.T., Taylor L., Faraone S.V. An overview of the genetics of psychotic mood disorders. *J. Psychiatric Research*. 2004;38:3–15. PMID:14690766
- Gomez R.G., Fleming S.H., Keller J., Flores B., Kenna H., DeBattista C., Solvason B., Schatzberg A.F. The Neuropsychological profile of psychotic major depression and its relation to cortisol. *Biol. Psychiatry* 2006;60:472–478. <https://DOI:10.1016/j.biopsych.2005.11.010>
- Keller J., Schatzberg A.F., Maj M. Current Issues in the Classification of Psychotic Major Depression. *Schizophr. Bull.* 2007;33(4):877–885. <https://DOI:10.1093/schbul/sbm065>
- Bremaud N. Mélancolie délirante et paranoïa: diagnostic différentiel. *L'Évolution Psychiatrique*. 2014;79(2):273–285. <https://DOI:10.1016/j.evopsy.2014.01.006>
- Reininghaus U., Böhnke J.R., Chavez-Baldini U., Gibbons R., Ivleva E., Clementz B.A., Pearlson G.D., Keshavan M.S., Sweeney J.A., Tamminga C.A. Transdiagnostic dimension of psychosis in the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). *World Psychiatry*. 2019;18(1):67–76. <https://DOI: 10.1002/wps.20607>
- Snezhnevskij A.V. Simptomatologiya i nozologiya. V kn.: Shizofreniya, klinika i patogenez. Pod red. A.V. Snezhnevskogo. M.: Izd-vo Medicina; 1969:5–28. (In Russ.).

Юматова Полина Евгеньевна, младший научный сотрудник, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия
E-mail: polyum@mail.ru

Polina Ye. Yumatova, junior researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia
E-mail: polyum@mail.ru

Дата поступления 05.02.2019
Date of receipt 05.02.2019

Дата принятия 26.02.2019
Accepted for publication 26.02.2019

УДК 616.89-008.1

Особенности психопатологии у взрослых с диагнозом расстройств аутистического спектра в детстве**Psychopathology in adults with child diagnosis of autism spectrum disorders**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-81-30-38>**Бородина Л.Г.**

ВГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» Минобрнауки России, Москва, Россия

Borodina L.G.

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia



30

Резюме: аутизм считается расстройством детского возраста, которое сохраняется у многих больных и во взрослом периоде жизни. Однако динамика этого состояния по минованию детского и юношеского возраста остается мало изученной.

Цель: изучить психическое состояние и социальный статус взрослых, имевших в детстве диагноз «расстройство аутистического спектра».

Пациенты — 70 взрослых с диагнозом расстройств аутистического спектра в детстве.

Методы: клиничко-психопатологический, катamnестический.

Результаты: определена частота и психопатологические особенности стойких расстройств аутистического спектра. Выделены фоновые и переменные психопатологические расстройства, характерные для взрослого возраста, описаны их клинические особенности и течение.

Выводы: вопросы постановки диагноза и терапевтической тактики во взрослом возрасте у больных расстройствами аутистического спектра имеют значение для прогноза в клинической практике и продолжения научных исследований.

Ключевые слова: аутизм; взрослые; дисфория; депрессия; агрессия; психоз.

Для цитирования: Бородина Л.Г. Особенности психопатологии у взрослых с диагнозом расстройств аутистического спектра в детстве. *Психиатрия*. 2019;81(1):30–38.

Конфликт интересов отсутствует

Abstract: the aim: to study a follow-up of child autism spectrum disorders in adults.

Patients: in the original research 70 adults with child diagnoses of autism spectrum disorders were examined for the assessment of their mental and social status.

Methods: psychopathological, clinical and follow-up.

Results: Background and variable symptoms, typical for adults are defined, their clinical features and course are described.

Conclusion: Some questions of diagnostics and treatment in adults are significant for prognosis in clinical practice and future scientific research.

Keywords: autism; adults; symptoms; dysphoria; depression; aggression; psychosis.

For citation: Borodina L.G. Psychopathology in adults with child diagnosis of autism spectrum disorders. *Psychiatry*. 2019;81(1): 30–38.

There is no conflict of interest

В то время как аутизм привычно считается расстройством детского возраста, его драматически растущая распространённость при отсутствии эффективной терапии означает то, что он достаточно часто становится расстройством взрослого периода жизни. При этом, как указывают L.E. Smith и соавт., менее 2% исследований приходится на изучение взрослых с расстройствами аутистического спектра (РАС) [1].

По данным обзора С.М. Murphy, взрослые люди с РАС демонстрируют значительную частоту коморбидных депрессии, тревоги, биполярного аффективного и обсессивно-компульсивного расстройств, психозов, самоповреждений и соматических проблем [2].

A. Russel и соавт. (2015) приводят частоту 58% диагностированных коморбидных психических расстройств (обычно тревожных), а также обсессивно-компульсивного расстройства, синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Они считают психотические расстройства нехарактерными для РАС [3].

Напротив, британские исследователи F.V. Larson и соавт. (2017), опросив семьи 116 пациентов с сочетанием аутизма и психоза, оценили частоту таких сочетаний в 28% и выделили такие особенности психозов при РАС, как атипичность, меньшая, чем необходимая для диагноза «шизофрения», продолжительность, более острое и транзиторное течение и наличие аффек-

тивных расстройств. У 42% обследованных произошло незаметное, в течение более 6 мес., снижение уровня функционирования. 32% обследованных был выставлен диагноз «психоз неуточнённый», 21% — диагноз «шизофрения». По мнению этих исследователей, расстройства аутистического спектра и шизофрения имеют значительную область перекрытия [4].

Вопрос соотношения аутизма и кататонии также является предметом споров исследователей. Согласно принятой в англоязычных странах точке зрения, кататония, понимаемая только как кататонический ступор или возбуждение, развивается у 17% подростков и молодых взрослых с РАС [5]. D.M. Dhossche (2004) также обращает внимание на значительную область перекрытия проявлений аутизма и кататонии и предлагает гипотезу, согласно которой в части случаев аутизм является детским проявлением периодической кататонии. D.M. Dhossche считает, что сходство двигательных расстройств при аутизме и кататонии поразительно, и заново обращается к традиционной для российской психиатрической школы, но высказываемой психиатрами и других стран [6], идее об определяющем значении возраста в формировании проявлений одного и того же расстройства: «Время поражения или дисфункции может оказать влияние, в некоторых случаях необратимое, на последующее развитие и на симптоматику расстройства» [7, пер. автора]. Некоторые исследователи обращают внимание на малое количество исследований агрессивного поведения у взрослых с РАС [8]. В исследовании G. Bronsard и соавт. (2010) частота агрессивного поведения среди низкофункциональных подростков с РАС составила 58% (со слов ухаживающих лиц) и 38% (со слов родителей). Авторы отмечают связь агрессии с тревогой у подростков с аутизмом и важность поведенческих предвестников агрессии: ажитации, побледнения, потоотделения, криков, возбуждения (даже радостного) [9].

Цель настоящего исследования — оценка психического состояния и выявление психопатологических расстройств, характерных для взрослого возраста, у лиц, имевших в детстве диагноз из группы расстройств аутистического спектра.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

78 родителям, имеющим взрослого (18 лет и старше) сына/дочь с установленным в детстве диагнозом расстройства аутистического спектра (далее — РАС), в период с января по сентябрь 2018 г. было предложено заполнить онлайн-анкету из 10 вопросов.

1. Пол, возраст.
2. Сообщает ли их сын (дочь) о неотвязных (навязчивых) мыслях и/или повторяет одни и те же действия типа перепроверок, повторных мер по соблюдению порядка?
3. Бывают ли у него/неё эпизоды немотивированной злости?
4. Физической агрессии?

5. Периоды беспричинно сниженного или повышенного настроения?
6. Сообщал ли он/она когда-либо о том, что его/ее кто-то преследует или воздействует на него/нее?
7. Сообщал ли он/она о слуховых или зрительных обманах?
8. Бывали ли у него/нее эпизоды хаотического возбуждения или застываний длительностью более суток?
9. Были ли судорожные припадки?
10. Какой диагноз был выставлен вашему сыну/дочери в детстве?

На анкету ответили родители 68 взрослых с детским диагнозом РАС и двое самих взрослых с таким диагнозом. 8 человек отказались отвечать на вопросы анкеты. Всего были получены сведения о 70 пациентах — 56 мужчинах и 14 женщинах. Средний возраст пациентов составил 24,6 года. Детские диагнозы были представлены: детским аутизмом ($n = 41$), атипичным аутизмом ($n = 19$) и синдромом Аспергера ($n = 10$), наличие которых и было критерием включения. Данные диагнозы были выставлены в психиатрических стационарах, в том числе и в ФГБНУ НЦПЗ, при госпитализациях или амбулаторном обследовании по месту жительства. Среди вошедших в выборку семей преобладали жители Москвы (61 семья), 9 семей были иногородними. Всем родителям, а также самим пациентам была предложена очная консультация сына/дочери врачом-психиатром в медицинском центре неврологии и психотерапии «Гранат МЦ», в отдельных случаях переписка с целью уточнения особенностей состояния. 65,7% были обследованы очно, из них 32,9% наблюдались динамически с детского возраста. В 34,3% родители или взрослые пациенты ограничились участием в переписке, в которой отвечали на уточняющие вопросы. Все участники подписали информированное согласие на участие в исследовании. Исследование проводилось в соответствии с Хельсинкской декларацией 1975 года и ее пересмотренного варианта 2000 года, одобрено Локальным этическим комитетом ВГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» Минобрнауки России.

Методы: анкетирование, клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический, клиничко-катамнестический, статистический (критерий χ^2 Пирсона).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе социального статуса оказалось, что более трети обследованных (37,1%) находились дома, не работали и не учились. Одна пятая часть (20%) учились в колледжах, в том числе на отделениях для лиц с ментальными нарушениями; 12,9% посещали центры занятости для лиц с ментальными нарушениями (например, мастерские); 11,4% предпринимали неуспешные попытки работать или учиться; 10% учились в вузах; 8,6% имели постоянную работу.

На момент обследования 5 взрослых пациентов (7,1%) имели диагноз «шизоидное личностное расстройство», выставленный в 18 лет по месту жительства, 12 человек (17,1%) получили диагноз «шизофреническое расстройство», 49 человек (70%) в возрасте 12–18 лет были признаны страдающими шизофренией. Двоим молодым людям (2,9%), ставшим совершеннолетними в 2017 г., по просьбе юридически грамотных матерей и согласии врачей-психиатров был оставлен диагноз «детский аутизм». Две матери (2,9%) не обращались с детьми в государственные психиатрические учреждения после подросткового возраста, с их слов, во избежание диагноза шизофрении и, таким образом, их дети не имели диагноза.

Обобщение и анализ ответов родителей, переписки и результатов очного консультирования позволил выделить два варианта психопатологических расстройств у взрослых, имевших в детстве диагноз РАС. С одной стороны, сохранялись присутствовавшие с раннего детства хронические нарушения, с другой стороны, появлялись временные симптомы и синдромы, возникавшие на фоне хронических. Первые расстройства были обозначены как фоновые: собственно синдром аутизма (82,9%), недоразвитие речи, в том числе ее импрессивного компонента (65,7%, при этом 22,9% оставались невербальными), психический инфантилизм (100%), эмоционально-волевой дефицит (91,4%), интеллектуальный дефицит (65,7%), хроническая кататония (25,7%).

Кроме стойких психопатологических фоновых нарушений, у обследованных пациентов возникали временные продуктивные психопатологические расстройства, для удобства обозначенные как переменные. К таковым относились обсессии и компульсии, психопатоподобные, аффективные расстройства (тревога, дисфории, депрессии, мании), сверхценные интересы и увлечения, бредоподобное фантазирование, психозы галлюцинаторно-бредовые и кататонические. Отдельно выделена физическая агрессия как особо дезадаптирующий поведенческий феномен.

Тревога в виде готовности к частым тревожным реакциям на изменение стереотипов (изменение распорядка дня, привычной последовательности событий, предстоящее незнакомое событие, вынужденное общение) отмечалась родителями всех без исключения пациентов. Некоторые молодые люди были в состоянии вербально описать тревогу: «Это как ад... не переношу праздников, дней рождения, потому что в этот день что-то предстоит, неважно что... любой звонок по телефону вызывает страх: как отвечать, что говорить... ожидание превращается в пытку, лучше бы проспать весь этот день... Чувство беспомощности постоянное, страшное, я не могу один». По описаниям матери, больной иногда доходил до исступления, с криком обвиняя мать в недостаточной поддержке его, угрожая ей и колотясь при этом спиной о стену.

У взрослых, не владеющих экспрессивной речью, тревога выражалась в смене интонации вокализаций

(они становились громче, резче), усилении двигательного беспокойства и стереотипий, стереотипных высказываниях (например, связанных с произошедшим много лет назад событием, вызвавшим тогда тревогу: «Куртку порвал...») и физической агрессии, направленной на близких. По словам одной матери, «тревога у сына не может остаться просто чувством, она обязательно должна перейти в агрессивное действие, тогда он разряжается».

Физическая агрессия среди взрослых с РАС встречалась почти в половине случаев (47,1%), чаще всего была направлена на родителей и сиблингов и представляла серьезную проблему для семей. Во время агрессивных эпизодов пациенты толкали родных, кусали, ударяли, щипали, вцеплялись в волосы. Часть агрессивных выпадов имела понятный повод (отказ в чем-то, запрет, повышение голоса, неожиданное изменение привычного стереотипа или что-то другое, вызвавшее тревогу), в других случаях агрессия производила впечатление немотивированной. В 72,7% случаев агрессия приводила к травмам жертв: кровоподтекам (подавляющее большинство случаев), укушенным ранам, переломам ребер (2 случая), разрыву связок (1 случай). «Когда отталкивает, мы летим кубарем», «Хватает пальцы и старается их сломать», «Вцепляется в волосы, сам пугается, но пальцы разжать невозможно», «Руки выкручивает», «Щиплет», «Хватает за щеки, грудь», «Когда у него это начинается, надо просто бежать» — такие примеры встречались в описаниях матерей. Нередко вместе с физической агрессией, направленной на людей, пациенты разрушали имущество: ломали мебель, разбивали стекла, срывали картины со стен.

Дисфории — эпизоды напряжённого мрачного, раздражительного или злобного настроения, часто с компонентом тревоги и с попытками отреагировать его вовне, — встречались более чем у трети (37,1%) обследованных пациентов. По словам многих родителей, дисфории у пациентов появились в пубертатном и постпубертатном периодах. Длительность дисфорий составляла от нескольких часов до 2–3 сут. Пациенты становились угрюмыми, улыбка исчезала, появлялось умеренное или выраженное двигательное беспокойство (например, ходьба туда-сюда), у вербальных взрослых дисфории сопровождались ворчанием, выкриками, ругательством и угрозами, в 61,5% случаев — физической агрессией. Один взрослый, владеющий беглой речью, комментировал подобное состояние словами «Хочу резать, убивать!», хотя и не брал в руки режущих предметов. Матери приходилось наваливаться на него всем телом, прижимая к кровати, чтобы обезопасить себя. У невербальных пациентов менялись интонации вокализаций: становились похожими на стон, рёв, крик страдания. Так, у одного невербального пациента дисфорическое состояние начиналось со стереотипного кручения ушной раковины и вокализаций, затем следовало нападение на любого оказавшегося рядом человека с ударами, разрушение мебели, разбивание стёкол. Состояние заканчивалось

спонтанно плачем и ноющими вокализациями. Судорожные припадки наблюдались примерно у пятой части (19,1%) взрослых с дисфориями.

Более чем у трети (35,7%) обследованных были выявлены своеобразные сверхценные интересы и увлечения, которые доминировали в сознании пациентов большую часть времени и которым они посвящали не менее нескольких часов в день. Наиболее характерным был интерес к движущимся механизмам, электронике, схемам. Нередко присутствовал компонент влечений — агрессивно-садистический, дромоманический и пироманический. Чаще всего это было увлечение поездами и их маршрутами (7 случаев), причем сложность предмета интереса непосредственно зависела от уровня интеллекта и продуктивности: некоторые молодые люди ездили в метро и электричках, другие изучали схемы железных дорог и метро в России и за рубежом, следили за появлением новых транспортных проектов. В единичных случаях встречались необычные, также с компонентом влечений, фабулы интересов: «интерес к орудиям мученичества святых», «просматривание роликов с поркой школьников».

Депрессии — состояния сниженного настроения и сниженной активности длительностью более двух недель — встречались в 17,1% случаев. Их тяжесть была различной: от субдепрессивных состояний с апатией и вялостью до агитированных и раптоидных меланхолических состояний с выкрикиванием суицидальных мыслей («Это состояние апатии и тревоги по поводу этой апатии», «Лежит и кричит: „Жить не хочу!“», «Он кричал, мог днем уйти в магазин и кричать там, как раненый зверь, ему было тошно, тоскливо, он был в отчаянии»).

Состояния приподнятого настроения (мании и гипомании) были выявлены у 11,4% пациентов. Гипомании были атипичными: на первом плане в них было двигательное и идеаторное оживление, уменьшалась продолжительность сна, усиливались моторные стереотипии, а собственно повышение настроения часто было не так заметно. То, что в обычном состоянии вызывало тревогу и отвержение, во время подъёмов настроения охотно принималось (прогулки в новые места, новая еда, новая одежда, коммуникация с людьми). Один музыкально одаренный пациент во время гипоманий прыгал, хлопал в ладоши, смеялся, «мог сесть и в один присест написать новую композицию». Часто аффект был смешанным, с тревожным и дисфорическим компонентом. случаев отчетливых биполярных смен аффекта было 5 (7,1%).

Неврозоподобные расстройства в виде obsessions и compulsions встречались у небольшого числа (10%) пациентов. Obsessions были представлены навязчивыми опасениями и сомнениями: как сделать выбор (3 случая), страх неожиданного события или перемены (3 случая), страх забыть что-то важное (1 случай). Тревога при obsessions практически всегда сопровождалась вовлечением в них близких с требованием помощи, поддержки и, нередко, агрессией к родным.

Компульсии были представлены утрированным перфекционизмом, расположением предметов по одной линии, строго посередине, симметрично, повторным закрыванием дверей. Как такового содержания в виде страхов или навязчивых мыслей под компульсивными действиями обычно не было, они были пусты по содержанию. Критика к ним была формальной, борьбы не отмечалось, но пациенты сообщали о них как о своей особенности, сопровождаемой тревогой: «Мне надо, чтобы тапочки стояли ровно, иначе непорядок, не засну».

Похожие расстройства, но при грубой неадекватности в их выражении (стереотипности, назойливости, неуместности) и отсутствии даже формальной критики, наблюдались у большего числа пациентов, однако стремление к клинической точности не позволило отнести их к obsessive-compulsive registry. Речь идет о стереотипных высказываниях и вопросах, отражающих тем не менее реальные переживания пациентов: «Папа ругать будет?», «Если этот тренер уйдет, другой найдется?», «Завтра сварим кофе?», «Как мне завести ребенка?». Иногда пациенты буквально «изводили» близких одними и теми же вопросами. Многократные ответы родных то успокаивали, то не удовлетворяли пациентов.

Психопатоподобные расстройства, выявленные как ведущие у 12,9% взрослых, выражались в конфликтности, манипулятивности, грубости, направленных обычно на близких. Оскорбления и физическая агрессия по отношению к родным могли быть реакцией на замечания последних, а могли быть и беспричинными. Молодые люди требовали денег, воровали деньги у родных, уходили из дома и бродяжничали, перепродавали вещи, заключали сделки по Интернету без надобности и учета возможностей, неумело лгали. Так, один молодой человек написал врачу письмо: «Эти голоса замучили, не знаю, что с ними делать! Они оттого, что я расстраиваюсь из-за денег! Скажите отцу, чтобы денег дал, а то голоса не пройдут!» При этом признаков наличия обманов восприятия в психическом статусе пациента не было. У одного молодого человека сформировалась алкогольная зависимость, и он скончался в 24 года от отравления этанолом. Очень характерной была нарочитая провокативность пациентов — неправильное поведение с целью вызвать негативную реакцию у близких: гнев, слезы, отчаяние.

Представляется заслуживающим внимание факт, что у 4 (5,7%) взрослых пациентов было выявлено бредоподобное фантазирование, традиционно считающееся детским синдромом. Одна молодая женщина говорила о вымышленных друзьях, появление которых вызывала произвольно, но при этом каждый раз боялась, что они не придут. Еще в одном случае описание матери оставило неясность в квалификации состояния: молодой человек, в общественных местах ведущий себя адекватно, дома надевал темные очки и погружался в «диалоги» с несуществующими персонажами. Произвольность начала и окончания «общения», дру-

жественный, желаемый его характер, адекватное в целом поведение, общая сохранность больного заставляли дифференцировать обманы восприятия в этом случае от бредоподобного фантазирования и, безусловно, требовали очного консультирования.

Психотические состояния возникали у 22 (31,5%) больных. По клинике это были чаще кататонические психозы (24,3%) и значительно реже — галлюцинаторно-бредовые (4,3%) и неуточненные (2,9%) психозы.

Если кататоническое возбуждение возникало у лиц с хронической многолетней кататонической симптоматикой, говорить об очерченных психозах было затруднительно: по существу, эти больные находились в хроническом психотическом состоянии, с временными его эксацербациями и послаблениями; такие случаи составляли четвертую часть обследованных (17 человек, 24,3%). Среди них у 6 (8,6%) больных более очерченные кататонические психозы длительностью не менее двух недель возникали во взрослом возрасте и у 10 (14,6%) больных — в пубертате, с последующей непрерывной превентивной антипсихотической терапией.

Вот как описала состояние периодически возникающего возбуждения пациентки ее мать: «Она становится гиперактивной (не ходит, а бегаёт, не может посидеть спокойно даже 5 минут), очень тревожной, перестает улыбаться и смеяться. Резко возрастает негативизм. Возрастает импульсивность. Раньше мы в периоды обострений не могли справиться с агрессией. Сейчас в обострении идет самоагрессия (бьётся головой, кусает руку, иногда прислоняется к раскаленной конфорке). Очень обостряется чувствительность к звукам и иногда к свету — они ее раздражают. Усиливаются стереотипии и появляются новые». Другой пациент, молодой человек, развил картину кататонического ступора, на протяжении дней или недель не выходя из ванной комнаты и стоя там даже ночами почти неподвижно, на попытки вывести его отвечая сопротивлением.

Иногда кататонические обострения носили стертый и атипичный характер, сильно не контрастируя с обычным состоянием, в котором всегда присутствовала микрокататония. Их выявление и диагностика в таких случаях могли быть затруднены. Внимательные родители при этом обращались за помощью со смутной тревогой за состояние сына/дочери. Нельзя исключить, однако, и определённую долю просмотренных стертых кататонических психозов.

Так, два стертых кататонических психоза были диагностированы у молодого человека 19 лет, студента колледжа для лиц с ментальными нарушениями (детский диагноз — «атипичный аутизм с интеллектом на уровне легкой умственной отсталости»). Во взрослом возрасте у пациента сохранялось недоразвитие речи с обилием эхолалий, значительный эмоционально-волевой дефицит, формальность и недостаточная продуктивность контакта. Отдыхая с матерью за границей, внезапно стал тревожным, начал ходить на мысках, пальцы рук приняли вытянутое положение. Темпера-

тура тела поднялась до 38 °С. Был госпитализирован в соматическое отделение, получил дезинтоксикационную и седативную терапию, выписан через 3 дня с улучшением, однако по возвращении домой сохранялась тревога, отказывался ходить в колледж. При осмотре: выражение лица испуганное, эхомимия, продуктивный контакт затруднен. На вопрос, где был, отвечает: «В Турции». На остальные вопросы ответы непродуктивные («не знаю», «не помню») или эхолалические. Спустя месяц антипсихотической терапии тревога редуцировалась, вернулась обычная активность, пошел в колледж. Перенесенное состояние никак не объяснял и не описывал. Катамнез: через 2 года, снова после отдыха в стране с жарким климатом, у пациента возросла активность, ночами не спал, лежал с открытыми глазами, на прогулках неожиданно мог перейти на бег, ответы на вопросы стали более развернутыми, чем обычно. При осмотре: гипомимичен, тревожен, преобладают эхолалии и ответы невпопад. Задаёт матери стереотипные вопросы и произносит реплики тревожного и агрессивного содержания, не связанные с текущей ситуацией («А если куртку порвал, накажут?», «Хочу живот папе проткнуть»), при этом царапает себя. На фоне антипсихотической терапии (клопиксол, тизерцин) в течение месяца стал спокойнее, адекватнее, нормализовался сон. Пугающие высказывания ушли.

Наличие или отсутствие галлюцинаторно-бредовой симптоматики под кататоническим «фасадом» у человека с аутизмом остается в таком случае под вопросом. Однако, учитывая неразвитость вербального мышления у пациентов без речи с хронической кататонией, можно ожидать скорее отсутствие у них вербальных галлюцинаций и оформленных бредовых идей, чем их наличие. В одном случае с преобладанием гебефрентной симптоматики можно было предположить зрительные обманы восприятия.

В одном случае повторно возникавшие психозы с преобладанием аффективных и кататоно-гебефрентных расстройств развились у пациента с детским диагнозом «Атипичный аутизм без умственной отсталости». К подростковому возрасту пациент достиг высокого уровня функционирования, учился, проявлял способности к математике, был относительно самостоятельным, один передвигался по городу, любил ездить на электричках в другие города, поддерживая связь с матерью по телефону. Первый психоз развился в 14 лет, в нем преобладала кататоно-гебефрентная симптоматика (возбуждение, нелепое поведение (собираение мусора)). Следующее психотическое состояние двухлетней длительности возникло в 18 лет, было полиморфным, ближе к кататоно-бредовому, текло волнообразно, постепенно достигнув остроты, с резкими аффективными колебаниями даже в течение дня от возбуждения с болтливостью, смехом и назойливостью до тревожно-тоскливого настроения, частым аффектом злости, напряженностью, дурашливостью, нелепыми поступками (разломал социальную карту и проглотил), отдельными высказываниями, свидетельствовавшими

об отрывочных бредовых идеях самоуничтожения и нигилистического бреда, элементами символического мышления, кататонической симптоматикой (стереотипные высказывания, гримасы). Психический статус в 24 года: контакту доступен. Охотно входит в кабинет, громко здоровается с врачом. Парамимичен, таращит глаза. Моторика своеобразная: руки согнуты в локтях и запястьях, живот выпячен вперед, походка детская. Голос громкий, многословен, говорит почти постоянно, перебивает, комментирует, хотя смысл комментариев часто не имеет отношения к ситуации и вопросам. Так, на вопрос «Кто такой Валера?» отвечает: «Это... когда Олимпиада-80 была». При этом рисует эмблему Олимпиады, назойливо привлекает внимание к ней. Продуктивный диалог затруднен. Настроение с эйфорическим оттенком. Эмоционально нивелирован, с однообразным напором. Мышление близко к разорванному. Интеллект сохранен. Легко оперирует числами в уме. Предлагает написать календарь мая 2020 года и легко пишет его, с указанием дней недели. Память не нарушена. Обманов восприятия, бредовых идей на момент осмотра не выявляется.

Следует особо подчеркнуть, что у больных с доминирующей в проявлениях хронической кататонией и кратковременными эпизодами кататонического возбуждения, нередко с агрессией, могли иметь и обычные ситуационные реакции на фрустрацию или изменения стереотипов, что могло потенциально быть источником неверной терапевтической тактики: длительной госпитализации с назначением высоких доз антипсихотиков с целью добиться редукции резистентной кататонической симптоматики. Пребывание в незнакомой обстановке отделения вызывало ещё большее усиление тревоги и грубых поведенческих расстройств. Более необходимыми в таких случаях представляется недлительная госпитализация с кратковременной седацией и подбор оптимальной и наиболее щадящей схемы для многолетней амбулаторной терапии.

Три случая галлюцинаторно-бредовых психозов были представлены: хроническим псевдогаллюцинозом ($n = 1$) и хронической галлюцинаторно-бредовой симптоматикой ($n = 2$). Хронический псевдогаллюциноз у 22-летнего молодого человека (детский диагноз — «синдром Аспергера») и предлагаемые способы совладания с ним были детально описаны его матерью: «Я говорила: “Подними правую руку, десять раз опусти, подыши пять раз, посчитай до десяти, а теперь обратно. Еще остается? Тогда расскажи стихотворение”. Очень часто это помогало, сын говорил: “О, спасибо, теперь я могу дальше думать”. Я говорю ему, что это просто кусочек его запутавшихся мыслей, вот они сплелись в клубок, запутались и называют себя “голосом”».

За время существования психотической симптоматики у двух пациентов произошло заметное эмоционально-волевое снижение, третий сохранял продуктивность.

В других случаях родители замечали лишь ситуационно возникающие эпизоды опасений бредового

характера: идеи отравления отмечены в трех случаях, бредовый страх деперсонализационного характера («надевала шапку Пети, спросила, а не будет ли у нее после этого голова, как у Пети»). Эти страхи были лишены аффективной заряженности, их актуальность, по-видимому, была невысока, они быстро редуцировались в данный момент времени при простом разубеждении близких.

Кроме того, один случай психоза резко отличался по клинической картине наличием истинных зрительных галлюцинаций и соответствующего им поведения, что позволяло предполагать его возможный органический (эпилептический) генез. В настоящий момент пациентка проходит обследование.

Присутствие в картине психоза аффективных расстройств было отмечено в четверти случаев психозов (7 больных, 26,9%).

Судорожные припадки наблюдались у 12,9% обследованных взрослых. У одного пациента младенческие судорожные припадки в рамках синдрома Веста предшествовали формированию синдрома аутизма.

ОБСУЖДЕНИЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью настоящего исследования было выявление особенностей психопатологических нарушений взрослых пациентов с детским диагнозом «расстройство аутистического спектра». Были опрошены родители 70 взрослых, из которых большинство (65,7%) пациентов были обследовано очно. Выделены фоновые и переменные психопатологические расстройства, характерные для взрослого возраста. Среди фоновых расстройств преобладали собственно синдром аутизма, психический инфантилизм, недоразвитие речи и эмоционально-волевой дефицит. Психический инфантилизм накладывал заметный отпечаток и на фазу болезненных переживаний больных, детские и подростковые синдромы оказались «сдвинуты» во взрослый возраст. В целом больные даже в психотических состояниях часто демонстрировали детскую зависимость от близких и, при наличии речи, высокую степень внушаемости.

Психозы развились у трети пациентов, по клинике они были преимущественно кататоническими (в части случаев кататонно-гебефреничными) и в единичных случаях — галлюцинаторно-бредовыми. Неуточненные психозы носили предположительно органическую окраску. В целом психопатология РАС у взрослых тяготела к смешанному аффективно-кататоническому регистру.

Диагностическая квалификация различных психопатологических состояний у взрослых с РАС и некоторые моменты терапии вызывают множество вопросов и нуждаются в дальнейшей разработке.

Анализ фоновых психопатологических расстройств показал сохранение на протяжении жизни синдрома аутизма у большинства пациентов, тотальность проявлений психического инфантилизма, частоту недоразвития речи и хронической кататонии.

В целом у трети (31,4%) больных состояние было стабильным с детства, исчерпываясь редуцированным синдромом аутизма, без присоединения новой психопатологии (за исключением дисфорий) или явного углубления эмоционально-волевого дефицита. Представляется, что именно таким пациентам оставление диагноза «аутизм» во взрослом возрасте является наиболее оправданным. Среди этих больных было несколько случаев ($n = 4$), сходных по фенотипическим и клиническим проявлениям: гипертелоризм, относительно широкий рот, высокий лоб, массивная нижняя челюсть; серьезное, хмуроватое выражение лица, педантизм, громкая, иногда со скандированностью, речь, общая напряженность, резкий дефицит положительного спектра эмоций, отсутствие характерного для многих других пациентов вяло-апатического или дурашливо-эйфорического фона, гиперстеничность в области специфического интереса (рисование, математика), в беседе серьезность, старательность и напряженные усилия дать правильный ответ или осмыслить вопрос. Малое количество таких пациентов ставит под вопрос возможность выделения их в отдельную группу, несмотря на яркое своеобразие, делающее узнавание описанных особенностей практически мгновенным.

У остальных же пациентов клиническая картина осложнялась продуктивными синдромами с различной динамикой, чаще всего аффективно-кататонического круга. Вопрос о соотношении синдрома аутизма и возникающих на его фоне продуктивных психопатологических расстройств оказывается в поле столкновения точек зрения различных авторов и школ. С традиционной отечественной и немецкой клинико-нозологическими школами [12] сосуществует англо-американская точка зрения о коморбидности и нозологической неспецифичности различных расстройств: кататонии, аффективных, психотических [5, 11, 13], с отказом от нозологий. Однако и среди зарубежных исследователей встречаются авторы, высказывающие совпадающие с российскими точки зрения [4, 7, 12] о единстве психопатологических расстройств в рамках одной нозологии.

Согласно отечественным представлениям, доказательством правомочности диагноза «шизофрения» является обнаружение признаков течения заболевания, с нарастанием эмоционально-волевого дефицита и появлением типичных шизофренических расстройств мышления. Именно в этой части диагностики у пациентов с РАС возникают неизбежные трудности, связанные с ранним началом расстройства, наложением возможного течения заболевания на позитивную динамику детского развития, медленным, незаметным для родных нарастанием негативной симптоматики и невербальностью или маловербальностью большого процента обследованных, делающей клиническую оценку мышления крайне затруднительной. Лишь в единичных случаях родители сами отмечали значительное нарастание безразличия и бездеятельности. Изучение же формальных расстройств мышления у вербальных

взрослых с аутизмом, с возможным обнаружением или необнаружением типичных шизофренических нарушений, требует дальнейшего пристального изучения. В данном исследовании разорванность и паралогичность мышления отчётливо присутствовали в психическом статусе 6 из 13 вербальных пациентов, обследованных очно.

Такие же трудности возникают и с оценкой места хронической кататонической симптоматики в плане ее отграничения от клиники детского аутизма как такового.

Несмотря на указанные диагностические затруднения, оценка динамики синдрома аутизма во взрослом возрасте с частым присоединением всего спектра «эндогенных» расстройств в традициях отечественной школы неизбежно вызывает предположение о принадлежности синдрома аутизма к шизофреническому кругу расстройств в большинстве случаев (в данном исследовании — минимум двух третей обследованных), а в четверти случаев обуславливают диагноз кататонической шизофрении вполне правомочным. Случаи параноидной шизофрении также присутствовали, но оказались редки.

В то же время наличие судорожных припадков у части пациентов, явные «органические» черты в психическом складе сближают аутизм с эпилепсией. Действительно, характерологически многие взрослые с высокофункциональными формами РАС производили впечатление шизоэпилептоидов. Старая клиническая концепция «шизоэпилепсии», вызывавшая споры в прошлом, может получить новое, обогащённое тонкими нейрофизиологическими исследованиями, развитие.

Вопрос об оптимальной тактике ведения больных при обострениях заболевания заслуживает особого внимания. Наличие резистентной к терапии симптоматики собственно аутизма и хронической кататонии является, на наш взгляд, свидетельством нецелесообразности назначения лечения, заранее обречённого на неуспех. Взрослые со стабильной фоновой картиной расстройства больше нуждаются в грамотной социализации и пожизненном социальном сопровождении, чем в фармакологическом вмешательстве. Госпитализация пациентов должна осуществляться при действительном наличии социальных показаний и неэффективности амбулаторного лечения, а её длительность желательно свести к возможному минимуму. Сбор анамнеза, особенно выяснение триггеров ухудшения, в таких случаях поможет клиницистам отличить действительное обострение от ситуационной реакции хронического психотического пациента.

Нельзя не отметить определенные технические трудности, возникавшие во время исследования и способные повлиять на результаты. Далеко не все респонденты согласились прийти на очную консультацию по разным причинам (территориальная удаленность, нежелание посещать психиатра во избежание стигматизации и «прописывания таблеток»). Описания родителей в одних случаях отражали наблюдательность

и объективность, в других — напротив, стремление отрицать возможные расстройства и представить состояние сына/дочери в более благополучном свете. Несмотря на то что данные родителей, касающиеся

психического статуса пациентов, подвергались коррекции после уточнений, часто многократных, полной уверенности в их клинической точности без очного консультирования быть не может.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Smith L.E., Greenberg J.S., Mailick M.R. Adults with Autism: Outcomes, Family Effects, and the Multi-Family Group Psychoeducation Model. *Current psychiatry reports*. 2012;14(6):732–738. <https://DOI.org/10.1007/s11920-012-0328-1>
- Murphy C.M., Wilson C.E., Robertson D.M. et al. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis, management, and health services development. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016;12:1669–1686. <https://DOI.org/10.2147/NDT.S65455>
- Russell A., Murphy C.M., Wilson C.E. et al. The mental health of individuals referred for assessment of autism spectrum disorder (ASD) in adulthood: a clinic report. *Autism*. 2016;20(5):623–627. <https://DOI.org/10.1177/1362361315604271>
- Larson F.V., Wagner A.P., Jones P.B. et al. Psychosis in autism: comparison of the features of both conditions in a dually affected cohort. *The British Journal of Psychiatry*. 2017;210(4):269–275. <https://DOI.org/10.1192/bjp.bp.116.187682>
- Wing L., Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders. *Br. J. Psychiatry*. 2000;176(4):357–362. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10827884>
- Breen J., Hare D.J. The nature and prevalence of catatonic symptoms in young people with autism. *J. Intellect Disabil. Res*. 2017;61(6):580–593.
- Kolvin I. Studies in the childhood psychoses. I Diagnostic criteria and classification. *Br. J. Psychiatry*. 1971;118:381–384.
- Dhossche D.M. Autism as early expression of catatonia. *Med. Sci. Monit*. 2004;10:RA31–9.
- Matson J.L., Sipes M., Fodstad J.C., Fitzgerald M.E. Issues in the management of challenging behaviours of adults with autism spectrum disorder. *CNS Drugs*. 2011;25(7):597–606. <https://DOI.org/10.2165/11591700-000000000-00000>
- Bronsard G., Botbol M., Tordjman S. Aggression in low functioning children and adolescents with autistic disorder. *PloS one*. 2010;5(12):e14358. <https://DOI.org/10.1371/journal.pone.0014358>
- Tsai L.Y. Asperger's disorder will be back. *J. Autism Dev. Disord*. 2013;43(12):2914–2942. <https://dx.DOI.org/10.1007/s10803-013-1839-2>
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013:992.
- Dell'Osso L., Luche R.D., Gesi C. et al. From Asperger's Autistischen Psychopathen to DSM–5 Autism Spectrum Disorder and Beyond: A Subthreshold Autism Spectrum Model. *Clin. Pract. Epidemiol. Mental Health*. 2016;12:120–31. <https://DOI.org/10.2174/1745017901612010120>
- Smith L.E., Greenberg J.S., Mailick M.R. Adults with Autism: Outcomes, Family Effects, and the Multi-Family Group Psychoeducation Model. *Current psychiatry reports*. 2012;14(6):732–738. <https://DOI.org/10.1007/s11920-012-0328-1>
- Murphy C.M., Wilson C.E., Robertson D.M. et al. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis, management, and health services development. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016;12:1669–1686. <https://DOI.org/10.2147/NDT.S65455>
- Russell A., Murphy C.M., Wilson C.E. et al. The mental health of individuals referred for assessment of autism spectrum disorder (ASD) in adulthood: a clinic report. *Autism*. 2016;20(5):623–627. <https://DOI.org/10.1177/1362361315604271>
- Larson F.V., Wagner A.P., Jones P.B. et al. Psychosis in autism: comparison of the features of both conditions in a dually affected cohort. *The British Journal of Psychiatry*. 2017;210(4):269–275. <https://DOI.org/10.1192/bjp.bp.116.187682>
- Wing L., Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders. *Br. J. Psychiatry*. 2000;176(4):357–362. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10827884>
- Breen J., Hare D.J. The nature and prevalence of catatonic symptoms in young people with autism. *J. Intellect Disabil. Res*. 2017;61(6):580–593.
- Kolvin I. Studies in the childhood psychoses. I Diagnostic criteria and classification. *Br. J. Psychiatry*. 1971;118:381–384.
- Dhossche D.M. Autism as early expression of catatonia. *Med. Sci. Monit*. 2004;10:RA31–9.
- Matson J.L., Sipes M., Fodstad J.C., Fitzgerald M.E. Issues in the management of challenging behaviours of adults with autism spectrum disorder. *CNS Drugs*. 2011;25(7):597–606. <https://DOI.org/10.2165/11591700-000000000-00000>
- Bronsard G., Botbol M., Tordjman S. Aggression in low functioning children and adolescents with autistic disorder. *PloS one*. 2010;5(12):e14358. <https://DOI.org/10.1371/journal.pone.0014358>
- Tsai L.Y. Asperger's disorder will be back. *J. Autism Dev. Disord*. 2013;43(12):2914–2942. <https://dx.DOI.org/10.1007/s10803-013-1839-2>
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013:992.
- Dell'Osso L., Luche R.D., Gesi C. et al. From Asperger's Autistischen Psychopathen to DSM–5 Autism Spectrum Disorder and Beyond: A Subthreshold Autism Spectrum Model. *Clin. Pract. Epidemiol. Mental Health*. 2016;12:120–31. <https://DOI.org/10.2174/1745017901612010120>

14. Rutter M. Childhood schizophrenia reconsidered. *J. Autism Child Schizophr.* 1972; 2(4):315–337.

Rutter M. Childhood schizophrenia reconsidered. *J. Autism Child Schizophr.* 1972; 2(4):315–337.

Бородина Любовь Георгиевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической и судебной психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» Минобрнауки России, Москва, Россия

E-mail: bor111a@yandex.ru

Lubov G. Borodina, Cand. of Sci. (Med.), assistant professor, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia

E-mail: bor111a@yandex.ru

Дата поступления 17.11.2018

Date of receipt 17.11.2018

Дата принятия 25.12.2018

Accepted for publication 25.12.2018

УДК 616.895.8; 616.89-008.484

Истерошизофрения (аспекты дефицитарных расстройств и трудовой дезадаптации)**Schizophrenia in patients with hysterical personality disorder (aspects of negative symptoms and labour disadaptation)**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-81-39-48>Жилин В.О.¹, Лобанова В.М.¹, Воронова Е.И.^{1,2}¹ ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия² ФGAOУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, РоссияZhilin V.O.¹, Lobanova V.M.¹, Voronova E.I.^{1,2}¹ FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia² FSAEI HE I.M. Sechenov First MSU MOH Russia (Sechenovskiy University), Moscow, Russia

Обоснование: Первой предпосылкой к проведению настоящего исследования явилось основанное на анализе данных литературы предположение о возможности «парциальной» выраженности апатоабулических расстройств («лабильность волевого усилия» по Д.Е. Мелехову). Второй предпосылкой стало выделение зарубежными учеными конструкта «селективной» (по Marin, 1990) «апатии к работе» (Schmidt G. et al., 2015).

В свете описанных рассуждений особый интерес вызывает феномен апатии к работе при шизофрении, развивающейся на основе истерической конституции, что связано с очевидными трудностями диагностики между парциальной абулией по типу «апатии к работе» при истерошизофрении и динамикой истерической психопатии с формированием феномена «рентной установки».

Рабочей гипотезой выступило предположение о существовании особого вида дефицитарных расстройств у пациентов с истерическим преморбидом, в случае которых апатоабулические нарушения, «прорастая» в сферу конституциональных аномалий, выступают «под маской» углубляющихся патохарактерологических расстройств и сопровождаются парциальной (приоритетно-трудовой) дезадаптацией жизнедеятельности больных.

Целью настоящего исследования в соответствии с рабочей гипотезой выступило изучение дефекта при истерошизофрении, протекающей с преобладанием парциальных апатоабулических расстройств.

Материалы и методы: в работе обобщаются результаты наблюдения 10 пациенток с экзацербацией эндогенно-процессуальной патологии. Диагностический аппарат включал клинический и психометрический методы оценки.

Результаты: полученные в ходе исследования данные позволили выделить особый тип парциального шизофренического дефекта, обозначенный нами как «истероабулия». Формирующиеся негативные расстройства избирательно затрагивают произвольные формы деятельности, в первую очередь трудовую, в то время как развлекательная активность, будучи непроизвольной истерической потребностью, не нуждающейся в инициации усилия, может не обнаруживать апатоабулического дефицита.

Ключевые слова: истерошизофрения; негативные расстройства; истерическое расстройство личности; селективная апатия; «апатия к работе».

Для цитирования: Жилин В.О., Лобанова В.М., Воронова Е.И. Истерошизофрения (аспекты дефицитарных расстройств и трудовой дезадаптации). *Психиатрия*. 2019;81(1):39–48.

Конфликт интересов отсутствует

Background information: The first supposition for conducting this study was hypothesis based on the analysis of literature data according to which there is the possibility of «partial» character of apathoabulic disorders («lability of volitional effort» by D.E. Melekhov). The second presumption was the selection of the construct of «selective» (according to Marin, 1990) «job apathy» (Schmidt G. et al., 2015) by the foreign scientists.

In the light of reasons supplied, of special interest is apathy to work in patients with schizophrenia, proceeding on the basis of a hysterical constitution — which is associated with obvious difficulties in diagnosing between partial abulia («job apathy») within the hysterical form of schizophrenia and the dynamics of hysterical psychopathy with the phenomenon of «pension neurosis».

A current hypothesis was based on the assumption that there is a special type of deficit symptoms in schizophrenic patients with hysterical personality, according to which apathoabulic disorders «invade» into the sphere of constitutional anomalies, act «under the mask» of intensified pathocharacterological disorders and are accompanied by partial misadaptation of life and activities.

The purpose of this work was to study the negative symptoms in hysterical form of schizophrenia, proceeding with a predominance of partial apathoabulic disorders.

Materials and methods: the present study summarizes the results of observations of 10 patients who applied to the FSBSI NHRC due to exacerbation of schizophrenic process. The diagnostics included clinical and psychometric assessment techniques.

Results: the data obtained in the course of the study allowed us to figure out a special type of partial schizophrenic defect state, named as «hysteroabulia», according to which the negative symptoms affect voluntary activity (in particular — labour function), while recreational activity, being hysterical involuntary, doesn't need to be volitional initiated, so may not reveal an apathoabolic disorder.

Keywords: hysteric schizophrenia; negative symptoms; hysterical personality disorder; selective apathy; job apathy.

For citation: Zhilin V.O., Lobanova V.M., Voronova E.I. Schizophrenia in patients with hysterical personality disorder (aspects of negative symptoms and labour disadaptation). *Psychiatry*. 2019;81(1):39–48.

There is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

Согласно современной концепции шизофренического дефекта [1–3], негативные расстройства — мультидименсиональный конструкт [4–6], в пределах которого выделяются два основных домена: апатобулический (avolition: безволие, ангедония, аутизм) и эмоциональный (blunted affect: эмоциональное уплощение, бедность эмоциональной экспрессии, асоциальность).

Современные зарубежные и отечественные работы доказательно рассматривают апатобулические нарушения в качестве ключевой детерминанты тяжелого функционального исхода, представленного грубой социально-трудовой дезадаптацией [7–10]. При широком разнообразии тяжелых психопатологических явлений, определяющих течение эндогенно-процессуальной патологии, окончательное прекращение профессиональной активности в большинстве случаев оказывается связанным с нарастанием волевого дефекта [11–15].

Первой предпосылкой, определившей планирование и дизайн настоящего исследования, является предположение о возможности «парциальной» выраженности апатобулических расстройств.

Обоснованием правомерности подобных предположений выступает анализ литературы, посвященной влиянию дефекта на трудовую адаптацию больных шизофренией [16–21]. В клинической практике и по данным исследований выделяется группа больных с особым видом волевых нарушений, имеющих ограниченный характер на фоне формально сохранной социально-бытовой компенсации.

Д.Е. Мелехов [22] характеризует подобный «парциальный» дефицит термином «лабильность волевого усилия», подчеркивая, что «грубой ошибкой является понимание поведения этих больных как проявления каприза, злой воли или симуляции». В основе утраты ими способности к волевой регуляции лежат негативные расстройства — «классическое» для шизофренического дефекта «безволие». Именно абулия выступает причиной дезорганизации произвольных форм деятельности, что в первую очередь находит отражение в трудовой дезадаптации больных при сохранности произвольной активности. В данном случае речь идет о таком типе процессуальных изменений, при котором болезнь, по выраже-

нию Ф. Мауз [23]: «снижает личность, ослабляет ее, но приводит к бездеятельности лишь определенные ее структуры»¹.

Второй предпосылкой к проведению настоящего исследования стало описание особого вида расстройств мотивации и воли по типу «селективной апатии» [24]. В клиническом пространстве к ней может быть отнесен выделенный в наше время конструкт «апатия к работе» [25]. Он определяется «феноменом утраты заинтересованности в трудовой деятельности в отсутствие каких-либо значимых стрессовых событий, ассоциированных с ней», который, в соответствии с современным дименсиональным подходом, рассматривается вне связи с определенной клинической категорией, находясь в границах континуума (от невротических до процессуальных негативных изменений) патологий [26, 27].

Особый интерес в свете изучения парциальной абулии представляет феномен апатии к работе у пациентов, страдающих шизофренией, чей конституциональный склад определяется истерическим расстройством личности. Приоритетное значение эта тема приобретает в свете очевидных трудностей дифференциальной диагностики между истерошизофренией, протекающей с парциальными апатобулическими расстройствами, и динамикой истерической психопатии, сопровождающейся формированием феномена «рентной установки». Оба эти варианта в равной степени предполагают трудовую дезадаптацию пациентов при сохранении ими социально-бытовых форм активности.

Представленные данные позволяют выдвинуть в порядке рабочей гипотезы предположение о существовании особого вида дефицитарных изменений у пациентов с истерическим преморбидом. В этом случае апатобулические нарушения, «прорастая» в сферу конституциональных аномалий, выступают «под маской» углубляющихся патохарактерологических расстройств и сопровождаются парциальной дезадаптацией больных в повседневной жизни.

Основной целью настоящей работы явилось изучение особой формы дефекта при истерошизофрении, характеризующегося преобладанием парциальных апатобулических расстройств.

¹ Работа Ф. Мауз посвящена изучению простой формы шизофрении, что не соответствует течению эндогенной патологии в изучаемой нами выборке. Исползованная в работе цитата призвана подчеркнуть сходство негативных изменений больных исследованной нами группы с профилем дефицитарных изменений, описанным Ф. Мауз, при котором «типичное углубление психической дефицитарности контрастирует с внешней упорядоченностью больных».

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В настоящем исследовании обобщены полученные в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель — академик РАН, проф. А.Б. Смулевич) результаты наблюдений 10 больных (все женщины, средний возраст $40,2 \pm 3,9$ года) с установленным диагнозом шизофрении. В клинической картине заболевания преобладали парциальные абулические расстройства, а преморбид определялся истерическим складом личности. На момент обследования (период 2017–2018 гг.) все пациентки проходили стационарное лечение в клинике ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» по поводу экзацербации эндогенно-процессуальной патологии.

В соответствии с целью и задачами настоящего исследования был разработан комплексный блок диагностических критериев, позволивших добиться однородности клинического материала.

Критерии включения

- Верифицированный диагноз шизофрении и расстройств шизофренического спектра (шизотипическое расстройство (F21, МКБ-10), резидуальная шизофрения (F20.5, МКБ-10)).

- Парциальный характер апатоабулических расстройств, характеризующийся сохранностью социально-бытовой активности при полной трудовой дезадаптации, предварявшейся стабильным трудовым маршрутом и наступившей вследствие манифестации эндогенно-процессуальной патологии.

- Конституциональный склад, определяющийся истерическим РЛ.

- Отсутствие на попечении детей, страдающих тяжелыми соматическими или психическими расстройствами, детей-инвалидов и взрослых иждивенцев, требующих за собой ухода, несовместимого с сохранением трудовой активности пациенток.

- Длительность болезни не менее 5 лет, создающая условие для доказательной оценки структуры преморбидных аномальных свойств личности и динамики их видоизменения вследствие формирования и усугубления негативных процессуальных изменений.

- Доступность объективной информации о пациентах, достигших зрелого возраста, хотя бы у одного из их дееспособных родителей для верификации показателей динамики патохарактерологических изменений, сопутствующих нарастанию негативных расстройств.

- Наличие подписанного информированного согласия больных на участие в исследовании.

Критерии невключения

1. Признаки острой психической патологии (актуальные психотические эпизоды) и тяжелой когнитивной недостаточности (умственное снижение, достигающее уровня деменции; умственная отсталость).

2. Злоупотребление ПАВ (F10–19 по МКБ-10).

3. Наличие органического поражения ЦНС любой этиологии.

4. Декомпенсация тяжелого соматического заболевания, затрудняющая процесс диагностики или влияющая на его доказательность.

Психопатологическая оценка состояния больных проводилась в рамках клинических разборов, осуществлявшихся под руководством академика РАН, проф. А.Б. Смулевича, с участием сотрудников отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Исследование проведено с соблюдением принципов и правил Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г., одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ.

Основными методами исследования выступали психопатологический и психометрический.

Психометрическая оценка включала развернутое психологическое исследование: (1) структуры негативной симптоматики с применением специализированных клинических шкал: 1) Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) — клиническая рейтинговая шкала для оценки структуры и степени выраженности негативных психопатологических симптомов; 2) Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) — клиническая рейтинговая шкала для типологической и многомерной оценки психопатологической выраженности негативных и позитивных синдромов; 3) Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20) — клиническая пропорциональная шкала для оценки астенической симптоматики; (2) специфики поведения в болезни и отношения к ней: 1) Medical Outcomes Study-Short Form (MOS SF-36) — опросник для оценки качества жизни пациента, отражающий общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияет состояние здоровья; 2) методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) — клинический тестовый опросник, направленный на изучение поведения индивида в случае наличия у него заболевания; (3) профиля интеллектуальной продуктивности больных — шкала интеллекта взрослых Векслера (Wechsler Adult Intelligence Scale, WAIS) — основанный на иерархической модели Векслера тест, позволяющий диагностировать общий интеллект и его составляющие; (4) степени выраженности аффективной симптоматики (Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) — клиническая шкала оценки депрессивной симптоматики Гамильтона). Кластеризация полученных данных проводилась с применением метода k-средних.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Социально-демографические показатели исследованной выборки представлены в *табл. 1*.

На момент исследования все пациентки находятся в трудоспособном возрасте ($40,2 \pm 3,9$ года). У них отмечается высокий образовательный статус (7 (70%) больных имеют высшее образование; 3 (30%) — среднее специальное), что подтверждается превышением

Таблица 1/ Table 1

Социально-демографические показатели пациентов выборки/Social and demographic characteristics of patients

Показатель/Characteristics	Общая выборка/Total (n = 10)
Возраст (лет)/Age (years)	40,2 ± 3,9
Клиническая характеристика/Clinical characteristics	
Манифест (лет)/Age of onset (years)	29,1 ± 4,2
Длительность заболевания/Duration of disease	11,2 ± 2,9
Число госпитализаций/Number of hospitalizations	2,7 ± 1,5
Семейный статус/Marital status	
– в актуальном браке/married	5 (50%)
– разведены/divorced	
– никогда не состояли в браке/single	
– гражданский брак/civil marriage	5 (50%)
– вдовцы/widows	
Образование/Education	
– среднее специальное	3 (30%)
– высшее/higher	7 (70%)
Социальный статус/Social status	
– работают/working	0
– не работают/unemployment	10 (100%)
Из них	
– иждивенцы/dependent	10 (100%)
– инвалиды по соматическому заболеванию/disabled due to physical disease	0
– инвалиды по психическому заболеванию/disabled due to mental disease	0
Трудовой статус/Employment status	
Длительность работы (лет)/Duration of employment	6,1 ± 2,2
Окончание рабочего стажа (лет)/Age of employment end	31,7 ± 5,4
Профиль трудовой деятельности/Job	
– управленческая/management	–8 (80%)
– офисная/clerk	–1 (10%)
– творческая/creation	–1 (10%)
Продолжительность безработицы (лет)/Duration of unemployment	7,9 ± 2,9

показателей средней статистической нормы для населения России (высшее образование — 37,7%; среднее — 44,3% по данным Госкомстата, 2017).

На фоне этого особенно заметной становится грубая трудовая дезадаптация больных (100% выборки безработные²; 100% выборки не имеют дополнительных неофициальных путей заработка), не связанная с недостатком полученного ими образования, интеллектуальным дефицитом (средний балл по WAIS — 103,7 ± 7,3) или нетрудоспособным возрастом. При этом окончательное прекращение профессиональной деятельности (31,7 ± 5,4 года) очевидно происходило после манифестации эндогенно-процессуального заболевания (29,1 ± 4,2 года), что с учетом преморбидно стабильного трудового стажа (6,1 ± 2,2 года) на высоких профессиональных должностях отражает связь

трудовой дезадаптации больных с клиникой негативных изменений при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра (РШС).

О наличии дефицитарных расстройств позволяет судить в том числе средняя длительность заболевания (11,2 ± 2,9 года), частота госпитализаций в психиатрический стационар (2,7 ± 1,5) и средняя продолжительность безработицы на момент обращения (7,9 ± 2,9 года).

Переходя к анализу полученных результатов, в первую очередь стоит отметить заметный контраст между жалобами больных на тяжесть собственного психического недуга и очевидной сохранностью общей активности их жизнедеятельности, носящей развлекательный характер.

Так, пациентки субъективно отмечают снижение уровня психической и физической выносливости, появление склонности к манкированию деятельностью, требующей волевого напряжения. На первый план

² При средней норме безработицы в 5,2% от населения России, по данным Госкомстата (2017).

выходят жалобы на утрату прежней амбициозности и целеустремленности, появление черт безынициативности с кардинальной сменой жизненных приоритетов, в совокупности приведшим к принятию иждивенческой позиции. При этом внешне пациенты производят впечатление психопатических личностей, сохраняющих активность социально-развлекательной деятельности (регулярные многочасовые походы в торговые центры, активный уход за собственным внешним видом, посещение косметологов и стилистов, систематические зарубежные отпуска и т.д.). Подобный дисбаланс может вызывать опасения в отношении постановки этой группе больных диагноза шизофрении. Тем не менее тяжесть негативных изменений, подтверждающих процессуальный характер недуга, становится очевидной в ходе клинической и психометрической оценки, обнаруживающей у пациентов признаки абулического дефицита, являющегося первопричиной произошедшего «надлома профессионального стандарта» [28].

Преморбид больных (10 набл.) соответствует описаниям шизоидных истериков [29]. С раннего возраста им свойственны черты невропатии и вегетативной лабильности.

При этом задолго до дебюта шизофренического процесса их отличает наличие конституциональной волевой недостаточности, выявляемой исключительно в периоды активной нагрузки. Будучи настойчивыми в реализации собственных целей и интересов (упорство в достижении успехов на избранном профессиональном поприще, требовательность по отношению к окружающим в обеспечении себя дорогими нарядами и косметикой, путевками за рубеж и т.д.), пациентки обнаруживают склонность к психогенным реакциям истерического характера в периоды, требующие от них длительного, *субъективно незначимого*, волевого напряжения (повышенная нагрузка при подготовке к экзаменам или поступлению в университет и т.д.).

Подобные патохарактерологические особенности можно рассматривать в качестве «минус-радикалов» [30]³ — латентных, не определявших личностный профиль, патологических преморбидных характерологических дименсий, приобретающих в случае дебюта психических расстройств доминирующее положение в структуре клинического синдрома. Так, несмотря на свои личностные особенности, до момента манифестации заболевания слабость волевой регуляции пациенток не достигала клинического уровня и не затрагивала их социально-трудовой адаптации — они успешно оканчивали среднее и получали высшее образование, имели стабильный трудовой маршрут (трудовой стаж $6,1 \pm 2,2$ года), продуктивно адаптировались в условиях трудовых нагрузок, достигали руководящих должностей.

³ Согласно взглядам Н. Sjöbring, в преморбиде личности заложены так называемые «минус-радикалы», которые актуализируются в период болезни, становятся «осевыми» в структуре психического расстройства и определяют его клиническую картину. Таким образом, конституционально заложенные «минус-варианты» имеют не только патопластическое, но и патогенетическое значение.

Манифест заболевания приходится на возраст $29,1 \pm 4,2$ года и определяется картиной истеродепрессии, провокатором которой выступают так называемые «удары судьбы» [31] — увольнения, смерть значимого другого, развод. У некоторых больных (3 набл.) дебют эндогенного процесса ассоциирован с репродуктивным циклом женщин, соответствуя клинике послеродовых депрессий.

На первый план в структуре гипотимии выступает полиморфная грубая истероковерсионная (тремор, мышечные спазмы, ком в горле, астазия-абазия), алгическая и астеновегетативная симптоматика. Характерна постепенная трансформация истерической симптоматики («динамика от жеста к симптому» [32]) с нарастанием собственно аффективных расстройств и присоединением витального компонента (расстройства сна и аппетита, появление суточного ритма и т.д.). В этот период видоизменяется психогенный содержательный комплекс (денотат) — доминировавшая прежде тематика, как правило, сменяется ипохондрическими опасениями о собственном здоровье (переход депрессии, связанной с психореактивным поводом, к эндогенному течению [33]), ограничением жизнедеятельности «поведением в болезни» (illness behavior), уходом с работы, переключением на родственников бытовых обязанностей. Они упорно продолжают посещение интернистов, настойчиво требуют от близких поддержки, игнорируют уверения врачей в его нецелесообразности, ищут новые методы терапии, самостоятельно «назначают» себе препараты. В этот же период обычно происходит слом их трудового маршрута — больные увольняются, декларируя это потребностью во времени на лечение, однако более профессионального пути не продолжают.

Дальнейшее течение заболевания обнаруживает тенденцию к хронификации по типу шизоидной дистимии [34].

По миновании манифеста заболевания (в среднем $31,7 \pm 2,3$ года) на фоне редукции аффективной симптоматики становятся заметны проявления особого типа сформировавшихся процессуальных изменений, который мы обозначаем термином «истероабулия» и предлагаем рассматривать в качестве парциальной формы абулического дефицита у лиц с преморбидно истерическим складом.

Ключевой характеристикой описываемого типа шизофренического дефекта является парциальность апатоабулических расстройств, реализующихся редукцией энергетического потенциала [35] с нарастанием черт безволия, не сопровождающегося при этом грубым снижением психофизической выносливости и тяжелой астенией (показатели шкалы астении MFI-20 соответствуют легкой выраженности: $54,5 \pm 8,7$).

Связь утраты прежнего трудового стандарта с проявлениями дефицитарных расстройств подтверждается на психометрическом уровне: (1) данными оценки негативной симптоматики, выявляющей у 100% выборки наличие волевого дефекта (табл. 2); (2) показателями

Таблица 2/Table 2

Общие показатели опросника MFI-20, клинических шкал SANS, PANSS и HDRS по выборке/General data of the MFI-20 questionnaire, the SANS, PANSS and HDRS clinical scales for sampling

Шкалы/Scales	Оценка по данным обследования пациента/ Actual assessment	Оценка по данным объективного анамнеза и наблюдений/ Assessment due to case story	Общий показатель/ Total
Апатоабулические расстройства/Avolition-apathy	3,9 ± 0,3	3,9 ± 0,7	3,9 ± 0,5
Уход за собой/Grooming-Hygiene	0,7 ± 0,2	0,9 ± 0,2	0,8 ± 0,3
Снижение продуктивности в работе или учебе/Decreased productivity in work or school	4,9 ± 0,7	4,6 ± 0,6	4,7 ± 0,5
Снижение физического энергетического потенциала/ Physical Anergia	3,3 ± 0,2	3,5 ± 0,4	3,1 ± 0,3
Субъективная оценка/Global Rating	3,2 ± 0,1	–	3,2 ± 0,1
Ангедония-асоциальность/Anhedonia-asociality	1,4 ± 0,3	1,5 ± 0,2	1,4 ± 0,2
Активность свободного времени/Recreational Interests and Activity	0,2 ± 0,1	0,3 ± 0,1	0,2 ± 0,1
Сексуальные интересы/Sexual Interest and Activity	1,2 ± 0,4	1,4 ± 0,3	1,3 ± 0,3
Способность чувствовать интимность и близость/Ability to Feel Intimacy and Closeness	1,9 ± 0,6	2,1 ± 0,5	2,0 ± 0,5
Отношения с родными и коллегами/Relationships with Friends and Peers	2,2 ± 0,7	2,1 ± 0,6	2,1 ± 0,5
Субъективная оценка/Subjective health assessment	1,7 ± 0,5	–	1,7 ± 0,5
PANSS (шкала N/N scale)			
Упощенный аффект/Blunted affect	1,7 ± 0,3	1,3 ± 0,4	1,5 ± 0,5
Снижение эмоциональной вовлеченности/Emotional withdrawal	1,5 ± 0,7	1,7 ± 0,9	1,6 ± 0,9
Снижение коммуникабельности/Poor rapport	2,1 ± 0,4	2,2 ± 0,8	2,3 ± 0,7
Пассивная/апатическая социальная самоизоляция (NB: указаны показатели утраты побуждений и инициативы: к социальным видам активности/ трудовому процессу)/Passive/apathetic social withdrawal (NB: reduction of initiative and impulse to: social activities/labour process)	0,3 ± 0,2/5,4 ± 0,5	0,3 ± 0,4/5,8 ± 0,2	0,3 ± 0,3/ 5,6 ± 0,3
Нарушения абстрактного мышления/Abstract thinking disorder	2,1 ± 1,5	–	2,1 ± 1,5
Снижение спонтанности и речевой активности/Lack of spontaneity and flow of conversation	1,1 ± 0,2	1,4 ± 0,3	1,2 ± 0,5
Стереотипность мышления/Stereotyped thinking	0,8 ± 0,5	0,4 ± 0,7	0,6 ± 0,6
MFI-20			
Общий показатель астении (когнитивной и физической): в период экзacerbации/по ее минованию/Total score: exacerbatation/remission	72,1 ± 8,9/63,3 ± 9,3	69,2 ± 10,9/45,2 ± 8,1	70,7 ± 9,2/ 54,5 ± 8,7
HDRS			
Общий показатель по шкале: в период экзacerbации/по ее минованию/Total score: exacerbatation/remission	16 ± 2,1/3,7 ± 1,9	–	16 ± 2,1/ 3,7 ± 1,9

оценки влияния болезни на профиль жизнедеятельности больных с клиническим анализом их субъективных жалоб (табл. 3). Эндогенно-процессуальный характер абулических расстройств подтверждается также отсутствием по минованию экзacerbации субклинического аффективного снижения, имеющего влияние на волевую сферу больных (средние показатели шкалы Гамильтона: 3,7 ± 1,9).

Можно говорить о том, что нарастание негативных абулических расстройств в данной группе приводит к углублению заложенной в преморбиде волевой недо-

статочности, ранее не достигающей клинического уровня, т.е. актуализирует заложенный «минус-радикал». В соответствии с этим формирующиеся негативные расстройства затрагивают в первую очередь произвольные формы деятельности (в частности, трудовую сферу), в то время как развлекательная активность, будучи произвольной истерической потребностью, не нуждающейся в инициации усиления, не обнаруживает признаков апатоабулического дефицита.

Непродолжительные периоды вынужденной (требования родных восстановиться на работе, материаль-

Таблица 3/Table 3

Показатели качества жизни и активности ежедневной жизнедеятельности пациентов по данным подшкал опросника MOS SF-36/Quality of life and daily activity assessment (subscales of MOS SF-36)

Шкалы/Scales	Показатели выборки/Scores	Комментарии пациенток в клинической беседе/Patients' comments
Физическая нагрузка/ Physical Functioning	3,2 ± 0,6	«Я отмечаю, что стала ленивее, если долго напрягаюсь — начинает невероятно болеть голова»; «я могу заниматься ежедневными делами, но мне стало тяжело заставить себя выполнять обязанности, чего раньше не было»; «раньше я была активнее, сейчас я как-то болезненно обленилась»
Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности/Role-Physical Functioning	3,5	«Если я занимаюсь своими делами и не напрягаюсь, то все хорошо, но, если нужно себя заставить, голова и спина начинают нестерпимо болеть»; «я могу долго гулять, но на работе спину сводит — наверное, из-за остеохондроза, хотя врачи его не диагностируют»
Общее здоровье/Self-Health Assessment	2,1 (не соответствует объективным данным медицинской документации)	«Я, конечно, не инвалид, но я не могу работать, я больной человек, а не симулянтка, как считает моя семья»; «Если человек может жить, но не может работать, то он тяжело болен, это про меня»
Витальность/Vitality	3,2	«Я раньше была активнее, управляла людьми, сейчас я хочу вести спокойную жизнь, я уже перенапряглась за жизнь, и теперь хочу отдыхать»; «Вне работы я — здоровый человек, можете верить или нет, но я просто не могу работать — стоит начать, и вся моя депрессия возвращается обратно, как бы я ни пыталась»
Социальная развлекательная активность/Social Functioning	4,9	«Я, как и все, каждый год путешествую, люблю покупать вещи и обставлять квартиру, ходить по магазинам, для этого много усилий не нужно»; «Вне депрессии я занимаюсь фитнесом, встречаюсь с подругами, хожу по магазинам, занимаюсь домом — мне не дает жизни только депрессия»; «Я не устаю, потому что развлечения не требуют от меня сил физических и силы воли»
Социально-трудовая активность/Labor Functioning	1,2	«Я не могу работать, потому что как только начинаю заставлять себя — у меня появляются боли»; «я утомляюсь от тех дел, которые для меня неприятны, как будто я растеряла силу воли»; «я потеряла прежние амбиции, мне больше не хочется достигать чего-то, я стала какой-то пассивной»

ные трудности и т.д.) трудовой активности пациенток приводят к эскалации истеродепрессивной симптоматики, сопровождающейся клишированными ипохондрическими реакциями по типу «ухода в болезнь» («эгоцентрически-ипохондрический тип отношения к болезни» по данным опросника ТОБОЛ; общие данные по опроснику приведены на рис. 1). Настроение в эти

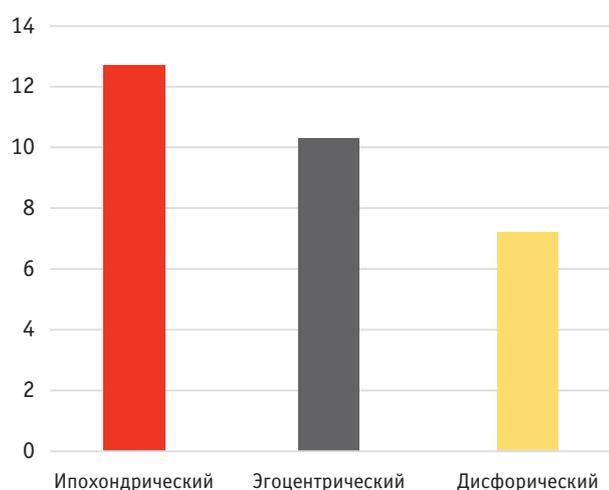


Рис. 1/ Fig. 1. Ведущие типы отношения пациенток к болезни по данным опросника ТОБОЛ (показатели > 7 баллов): красный — ипохондрический, синий — эгоцентрический, желтый — дисфорический/Main types of insight: red colour — hypochondriac; blue — egocentric; yellow — dysphoric

периоды характеризуется тревогой и подавленностью; больные становятся плаксивыми, раздражительными, утомляемыми. На фоне аффективного снижения вновь уходят с работы, стереотипно ограничивают свою жизнедеятельность многочисленными исследованиями у интернистов, добиваются болезненных (вплоть до инвазивных) диагностических процедур, в свободное время предпочитают залеживаться в постели. Длительность истеродепрессивных фаз обычно составляет от 6 до 12 мес.

Несмотря на явления «соматического эгоизма» [36], проявляющегося в периоды эскалации аффективной фазы утрированными жалобами на собственное состояние, оберегающим поведением, манипуляциями родными с требованием исключительной заботы о себе, у пациенток отсутствует характерный для «рентных установок» поиск вторичной выгоды от заболевания (средние показатели подшкалы «Установка на получение «вторичного выигрыша» от болезни» Опросника для изучения отношения к болезни и лечению: 2,2 ± 0,5), подтверждаемый жалобами больных на субъективно неблагоприятные, дезадаптирующие их в повседневной жизнедеятельности, последствия психического недуга: снижение социального и материального уровня жизни; отказ в период депрессии от прежде сохраняющейся развлекательной активности; появление семейных конфликтов, связанных с неприятием родными их болезни.

ОБСУЖДЕНИЕ

В завершение представляется важным отметить, что на современном этапе исследование дефицитарных расстройств при шизофрении напрямую связано с разработкой методов валидизированной оценки, в первую очередь представленных шкалами психометрической оценки (SANS, PANSS, BNSS и др.).

При этом подшкалы апатоабулических и эмоциональных расстройств не предполагают диагностики парциальных форм шизофренического дефицита, наблюдаемых в клинической практике.

В контексте этого особое значение приобретает разработка специализированного инструментария, позволяющего верифицировать наличие негативных изменений, имеющих ограниченный характер и не приводящих к грубой дезорганизации психической деятельности.

Исследование проведено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований. Проект № 19-07-01119.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Kirkpatrick B. Developing concepts in negative symptoms: primary vs secondary and apathy vs expression. *J. Clin. Psychiatry.* 2014;75(suppl.1):3-7. <https://DOI.org/10.4088/JCP.13049su1c.01>
- Marder S., Galderisi S. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry.* 2017;16(1):14-24. <https://DOI.org/10.1002/wps.20385>
- Galderisi S., Mucci A., Buchanan R., Arango C. Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *The Lancet Psychiatry.* 2018;5(8):664-677. [https://DOI.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30050-6](https://DOI.org/10.1016/S2215-0366(18)30050-6)
- Strauss G., Horan W., 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;47(6):783-790. <https://DOI.org/10.1016/j.jpsychires.2013.01.015>
- Azorin J., Belzeaux R., Adida M. Negative Symptoms in Schizophrenia: Where We have been and Where We are Heading. *CNS Neurosci. Ther.* 2014;20(9):801-808. <https://DOI.org/10.1111/cns.12292>
- Смулевич А.Б., Мухорина А.К., Воронова Е.И., Романов Д.В. Современные концепции негативных расстройств при шизофрении и заболеваниях шизофренического спектра. *Психиатрия.* 2016;(72):5-19.
- Foussias G., Remington G. Negative Symptoms in Schizophrenia: Avolition and Occam's Razor. *Schizophr. Bull.* 2008;36(2):359-369. <https://DOI.org/10.1093/schbul/sbn094>
- Фурсов Б.Б. Проблема мотивации и ее нарушений при шизофрении. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2012;22(4):91-100.
- Fervaha G., Foussias G., Agid O., Remington G. Motivational and neurocognitive deficits are central to the prediction of longitudinal functional outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 2014;130(4):290-299. <https://DOI.org/10.1111/acps.12289>
- Алфимова М.В., Лежейко Т.В., Болгов М.И., Тихонов Д.В., Голимбет В.Е. Самооценка гедонических и активационных аспектов мотивации при шизофрении и ее связь с негативными симптомами. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2017;3:10-18.
- Kirkpatrick B. Developing concepts in negative symptoms: primary vs secondary and apathy vs expression. *J. Clin. Psychiatry.* 2014;75(suppl.1):3-7. <https://DOI.org/10.4088/JCP.13049su1c.01>
- Marder S., Galderisi S. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry.* 2017;16(1):14-24. <https://DOI.org/10.1002/wps.20385>
- Galderisi S., Mucci A., Buchanan R., Arango C. Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *The Lancet Psychiatry.* 2018;5(8):664-677. [https://DOI.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30050-6](https://DOI.org/10.1016/S2215-0366(18)30050-6)
- Strauss G., Horan W., 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;47(6):783-790. <https://DOI.org/10.1016/j.jpsychires.2013.01.015>
- Azorin J., Belzeaux R., Adida M. Negative Symptoms in Schizophrenia: Where We have been and Where We are Heading. *CNS Neurosci. Ther.* 2014;20(9):801-808. <https://DOI.org/10.1111/cns.12292>
- Smulevich A.B., Mухorina A.K., Voronova E.I., Romanov D.V. Sovremennye konceptii negativnyh rasstrojstv pri shizofrenii i zabolevaniyah shizofrenicheskogo spektra. *Psihiatriya.* 2016;(72):5-19. (In Russ.).
- Foussias G., Remington G. Negative Symptoms in Schizophrenia: Avolition and Occam's Razor. *Schizophr. Bull.* 2008;36(2):359-369. <https://DOI.org/10.1093/schbul/sbn094>
- Fursov B.B. Problema motivacii i ee narushenij pri shizofrenii. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya.* 2012;22(4):91-100. (In Russ.).
- Fervaha G., Foussias G., Agid O., Remington G. Motivational and neurocognitive deficits are central to the prediction of longitudinal functional outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 2014;130(4):290-299. <https://DOI.org/10.1111/acps.12289>
- Alfimova M.V., Lezhejko T.V., Bolgov M.I., Tihonov D.V., Golimbet V.E. Samoocenka gedonicheskikh i aktivacionnykh aspektov motivacii pri shizofrenii i ee svyaz' s negativnymi simptomami. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya.* 2017;3:10-18. (In Russ.).

11. Milev P., Ho B., Arndt S., Andreasen N. Predictive Values of Neurocognition and Negative Symptoms on Functional Outcome in Schizophrenia: A Longitudinal First-Episode Study With 7-Year Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(3):495–506. <https://DOI.org/10.1176/appi.ajp.162.3.495>
12. Foussias G., Mann S., Zakzanis K., van Reekum R., Remington G. Motivational deficits as the central link to functioning in schizophrenia: A pilot study. *Schizophr. Res.* 2009;115(2–3):333–337. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2009.09.020>
13. 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;147(1):157–162. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2013.03.020>
14. Fervaha G., Foussias G., Agid O., Remington G. Motivational deficits in early schizophrenia: Prevalent, persistent, and key determinants of functional outcome. *Schizophr. Res.* 2015;166(1–3):9–16. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2015.04.040>
15. Reddy L., Llerena K., Kern R. Predictors of employment in schizophrenia: The importance of intrinsic and extrinsic motivation. *Schizophr. Res.* 2016;176(2–3):462–466. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2016.08.006>
16. Холзакова Н.Г. Частичная утрата (стойкое снижение) трудоспособности при шизофрении. В книге: Проблемы пограничной психиатрии. Москва; 1935:50–53.
17. Балашова Л.Н. Некоторые типы ремиссии и дефекты психики при шизофрении с благоприятным течением (в связи с задачами трудоустройства). В сб.: Вопросы клиники, патогенеза и лечения шизофрении. М.: Медгиз; 1958.
18. Поляков Ю.Ф., Критская В.П., Мелешко Т.К. Патология психической деятельности при шизофрении, мотивация, общение, познание. М.; 1991:168.
19. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах. Диагностика, клиника, терапия. СПб.: Научно-исследовательский психоневрологический им. В.М. Бехтерева; 2008:288.
20. Barch D., Treadway M., Schoen N. Effort, anhedonia, and function in schizophrenia: Reduced effort allocation predicts amotivation and functional impairment. *J. Abnorm. Psychol.* 2014;123(2):387–397. <https://DOI.org/10.1037/a0036299>
21. Treadway M., Peterman J., Zald D., Park S. Impaired effort allocation in patients with schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2015;161(2–3):382–385. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2014.11.024>
22. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М.; 1963:198.
23. Mauz F. Die prognostic der endogenen Psychosen. Leipzig: Thieme; 1930.
24. Marin R. Differential diagnosis and classification of apathy. *Am. J. Psychiatry*. 1990;147(1):22–30. <https://DOI.org/10.1176/ajp.147.1.22>
- Milev P., Ho B., Arndt S., Andreasen N. Predictive Values of Neurocognition and Negative Symptoms on Functional Outcome in Schizophrenia: A Longitudinal First-Episode Study With 7-Year Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(3):495–506. <https://DOI.org/10.1176/appi.ajp.162.3.495>
- Foussias G., Mann S., Zakzanis K., van Reekum R., Remington G. Motivational deficits as the central link to functioning in schizophrenia: A pilot study. *Schizophr. Res.* 2009;115(2–3):333–337. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2009.09.020>
- 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;147(1):157–162. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2013.03.020>
- Fervaha G., Foussias G., Agid O., Remington G. Motivational deficits in early schizophrenia: Prevalent, persistent, and key determinants of functional outcome. *Schizophr. Res.* 2015;166(1–3):9–16. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2015.04.040>
- Reddy L., Llerena K., Kern R. Predictors of employment in schizophrenia: The importance of intrinsic and extrinsic motivation. *Schizophr. Res.* 2016;176(2–3):462–466. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2016.08.006>
- Holzakova N.G. Chastichnaya utrata (stojkoe snizhenie) trudospobnosti pri shizofrenii. V knige: Problemy pograničnoj psihiatrii. Moskva; 1935:50–53. (In Russ.).
- Balashova L.N. Nekotorye tipy remissij i defekty psihiki pri shizofrenii s blagopriyatnym techeniem (v svyazi s zadachami trudoustrojstva). V sb.: Voprosy kliniki, patogeneza i lecheniya shizofrenii. M: Medgiz; 1958. (In Russ.).
- Polyakov Yu.F., Kritskaya V.P., Meleshko T.K. Patologiya psihicheskoj deyatel'nosti pri shizofrenii: motivaciya, obshchenie, poznanie. M.; 1991:168. (In Russ.).
- Ivanov M.V., Neznanov N.G. Negativnye i kognitivnye rasstrojstva pri ehndogennyh psihozah: Diagnostika, klinika, terapiya. SPb.: Sankt-Peterburgskij nauchno-issledovatel'skij psihonevrologicheskij institut im. V.M. Bekhtereva; 2008:288. (In Russ.).
- Barch D., Treadway M., Schoen N. Effort, anhedonia, and function in schizophrenia: Reduced effort allocation predicts amotivation and functional impairment. *J. Abnorm. Psychol.* 2014;123(2):387–397. <https://DOI.org/10.1037/a0036299>
- Treadway M., Peterman J., Zald D., Park S. Impaired effort allocation in patients with schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2015;161(2–3):382–385. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2014.11.024>
- Melekhov D.E. Klinicheskie osnovy prognoza trudospobnosti pri shizofrenii. M.; 1963:198. (In Russ.).
- Mauz F. Die prognostic der endogenen Psychosen. Leipzig: Thieme; 1930.
- Marin R. Differential diagnosis and classification of apathy. *Am. J. Psychiatry*. 1990;147(1):22–30. <https://DOI.org/10.1176/ajp.147.1.22>

25. Schmidt G., Park G., Keeney J., Ghuman S. Job Apathy: Scale Development and Initial Validation. *J. Career Assess.* 2015;25(3):484–501. <https://DOI.org/10.1177/1069072715599536>
26. Chase T. Apathy in Neuropsychiatric Disease: Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment. *Neurotox Res.* 2010;19(2):266–278. <https://DOI.org/10.1007/s12640-010-9196-9>
27. Radakovic R., Stephenson L., Colville S., Swingler R., Chandran S., Abrahams S. Multidimensional apathy in ALS: validation of the Dimensional Apathy Scale. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* 2015;87(6):663–669. <https://DOI.org/10.1136/jnnp-2015-310772>
28. Mündt Ch. Residual Apathiesyndrom der Schizophrenen. Ergebnisse einer psychopathologischen Langzeitstudie. *Nervenarzt.* 1983;54(3):131–138.
29. Симсон Т.П. О шизоидных истериках. В кн.: I Всероссийский съезд по психоневрологии. М.; 1923:9–15.
30. Sjöbring H. Personality structure and development: A model and its application. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1973;Suppl:204–244.
31. Schneider K. Die psychopatischen Persönlichkeiten. Wien; 1940:104.
32. Ernst K. Die Prognose der Neurosen. *Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie.* Berlin; 1959:118.
33. Weitbrecht H.U. Die chronische depression. *Wien Z. Nervenheilk.* 1967;24:265.
34. Смуглевич А.Б., Германова К.Н., Читлова В.В. Психогенные депрессии и эндогенный процесс (к проблеме реактивной шизофрении). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2016;116(5):4–12. <https://DOI.org/10.17116/jnevro2016116514-12>
35. Conrad K. Die Beginnende Schizophrenic: Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Thieme: Stuttgart; 1958:315.
- Schmidt G., Park G., Keeney J., Ghuman S. Job Apathy: Scale Development and Initial Validation. *J. Career Assess.* 2015;25(3):484–501. <https://DOI.org/10.1177/1069072715599536>
- Chase T. Apathy in Neuropsychiatric Disease: Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment. *Neurotox Res.* 2010;19(2):266–278. <https://DOI.org/10.1007/s12640-010-9196-9>
- Radakovic R., Stephenson L., Colville S., Swingler R., Chandran S., Abrahams S. Multidimensional apathy in ALS: validation of the Dimensional Apathy Scale. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* 2015;87(6):663–669. <https://DOI.org/10.1136/jnnp-2015-310772>
- Mündt Ch. Residual Apathiesyndrom der Schizophrenen. Ergebnisse einer psychopathologischen Langzeitstudie. *Nervenarzt.* 1983;54(3):131–138.
- Simson T.P. O shizoidnyh isterikah. Kn: I Vseross. s'ezd po psihonevr. M.; 1923:9–15. (In Russ.).
- Sjöbring H. Personality structure and development: A model and its application. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1973;Suppl:204–244.
- Schneider K. Die psychopatischen Persönlichkeiten. Wien; 1940:104.
- Ernst K. Die Prognose der Neurosen. *Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie.* Berlin; 1959:118.
- Weitbrecht H.U. Die chronische depression. *Wien Z. Nervenheilk.* 1967;24:265.
- Smulevich A.B., Germanova K.N., Chitlova V.V. Psihogennye depressii i ehndogennyi process (k probleme reaktivnoi shizofrenii). *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova.* 2016;116(5):4–12. <https://DOI.org/10.17116/jnevro2016116514-12> (In Russ.).
- Conrad K. Die Beginnende Schizophrenic: Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Thieme: Stuttgart; 1958:315.

Жилин Виктор Олегович, аспирант, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

Лобанова Вероника Маратовна, младший научный сотрудник, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

E-mail: l.o.b.a.n.o.v.a.n.i.k.a@gmail.com

Воронова Евгения Ивановна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник, доцент, ФГБНУ НЦПЗ; ГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», Москва, Россия

E-mail: voronova_e@mail.ru

Victor O. Zhilin, postgraduate student, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

Veronika M. Lobanova, junior researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

E-mail: l.o.b.a.n.o.v.a.n.i.k.a@gmail.com

Evgenia I. Voronova, Cand. of Sci. (Med.), leading researcher, assistant professor, FSBSI «Mental Health Research Centre»; FSAEI HE I.M. Sechenov First MSMU MOH, Moscow, Russia

E-mail: voronova_e@mail.ru

Дата поступления 29.01.2019

Date of receipt 29.01.2019

Дата принятия 26.02.2019

Accepted for publication 26.02.2019

УДК 616.895.8

Значение выраженности неврологических симптомов при дифференциальной диагностике шизофрении и шизотипических расстройств в детском возрасте

The significance of severity of neurologic symptoms in differential diagnostics of schizophrenia and schizotypal disorder in children

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-81-49-55>

Горюнова А.В.¹, Данилова Л.Ю.¹, Горюнов А.В.²

¹ ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ, Москва, Россия

² ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Goryunova A.V.¹, Danilova L.Yu.¹, Goryunov A.V.²

¹ Russian Medical Academy of Advanced Professional Education, Moscow, Russia

² FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia



49

Цель исследования: изучить неврологические симптомы и определить дифференциально-диагностическое значение их выраженности при шизотипическом расстройстве и на разных стадиях шизофрении у детей.

Материал и методы: В исследование было включено 80 детей в возрасте от 5 до 10 лет, которые наблюдались в течение 1–5 лет. Первую группу составили 38 больных с диагнозом шизофрения, детский тип (F20.8xx3 по МКБ-10). Во вторую группу были отобраны 42 ребенка с диагнозом шизотипическое расстройство (F.21 по МКБ-10). Использовались методы психопатологического, патопсихологического и неврологического обследования, катамнестический и статистический методы исследования.

Результаты и заключение: У детей обеих групп выделен большой круг неврологических симптомов, диффузность и топическая неоформленность которых указывают на дезинтеграцию многоуровневой системы двигательного анализатора. Топических различий неврологических симптомов между двумя группами детей не установлено, тогда как интенсивность и частота их коррелируют как с тяжестью заболевания, так и с этапом болезни (обострение/ремиссия). При шизотипическом расстройстве неврологические нарушения с высокой достоверностью встречаются реже, чем при шизофрении, и чем больше выражена острота психических расстройств, тем массивнее представлены неврологические симптомы. Выявленные неврологические симптомы можно рассматривать как топические маркеры морфологических изменений головного мозга и динамики эндогенного процесса. Транзиторный и лабильный характер этих симптомов на фоне дефицитарности экстрапирамидной и корковой регуляции вне обострения процесса указывает на недостаточность нейромедиаторных механизмов.

Ключевые слова: детский возраст; шизофрения; шизотипическое расстройство; неврологические симптомы.

Для цитирования: Горюнова А.В., Данилова Л.Ю., Горюнов А.В. Значение выраженности неврологических симптомов при дифференциальной диагностике шизофрении и шизотипических расстройств в детском возрасте. *Психиатрия*. 2019;81(1):49–55.

Конфликт интересов отсутствует

The aim of the study was to investigate neurologic symptoms and to determine differential-diagnostic significance/value of their severity in schizotypal disorder and at various stages of schizophrenia in children.

Material and methods: A total of 80 children at the age of 5–10 years were included in the study. The children were observed for 1–5 years. The first group consisted of 38 patients with the diagnosis: schizophrenia, children's type (F20.8xx3 according to ICD-10). The second group included 42 children with the diagnosis: schizotypal disorder (F.21 according to ICD-10). Methods of psychopathological, pathopsychological and neurologic examination, as well as follow-up and statistical methods of investigation were used.

Results and conclusion: In children of both groups a wide range of neurologic symptoms was revealed, the diffuseness and topical shapelessness of which point out disintegration of multilevel system of motor analyzer. No topical differences of neurologic symptoms between the two groups were detected, while their intensity and frequency correlate both with the severity of illness and the stage of the stage of the disease (exacerbation/remission). In schizotypal disorder neurologic impairments are found reliably more seldom, than in schizophrenia, and the more expressed is acuteness of mental disorders, the more neurologic symptoms are noticed. The revealed neurologic symptoms may be considered as topical markers of morphological changes of the brain and the dynamics of endogenous process. Transitory and labile character of these symptoms point out the insufficiency of neuromediator mechanisms against the background of deficiency of extrapyramidal and cortical regulation outside the exacerbation of process.

Keywords: children's age; schizophrenia; schizotypal disorder; neurologic symptoms.

For citation: Goryunova A.V., Danilova L.Yu., Goryunov A.V. The significance of severity of neurologic symptoms in differential diagnostics of schizophrenia and schizotypal disorder in children. *Psychiatry*. 2019;81(1):49–55.

There is no conflict of interest

Шизофрению в различные периоды относили то к органическим, то к функциональным психическим заболеваниям. Известно, что в клинической кар-

тине болезни нередко присутствуют отчетливо локализуемые неврологические симптомы, указывающие на поражение подкорковых ядер, такие как акинетико-

ригидный синдром, гипотонически-гиперкинетический и дискинетический синдромы, относимые в психиатрии к группе кататонических нарушений и дискинетических синдромов. Клинические наблюдения за больными зрелого возраста выявляют большое количество неврологических симптомов у больных шизофренией — от 65 до 80%, особенно выраженных в периоды обострения, тогда как у лиц без психической патологии аналогичные симптомы выявлены лишь у 5% [1, 2]. В последующих исследованиях [3–5, 7] показано, что у больных шизофренией неврологические нарушения коррелируют с большей тяжестью заболевания, аффективным уплощением и плохим прогнозом, т.е. с прогрессивностью процесса.

В клинической картине шизофрении, типичной для детей, различные психомоторные нарушения (тики, гримасничанье, гиперкинезы, двигательные стереотипии, изменение мышечного тонуса, нарушения движений глазных яблок) также занимают значительное место [8, 9, 11–13]. Подробный неврологический статус и его динамика у детей дошкольного возраста из группы высокого риска по шизофрении описан А.В. Горюновой [14].

Результаты долголетних исследований по нейронатоми шизофрении свидетельствуют о неспецифических морфологических изменениях нервной ткани головного мозга [15, 16]. Современные методы нейровизуализации (МРТ, ПЭТ, функциональные ЭЭГ) также показали, что у взрослых больных шизофренией выявляются различные нейроморфологические изменения [16, 17]. Обнаружены уменьшение объема серого вещества, снижение его плотности в левой лобной доле, премоторных областях, поясной извилине, мозжечке, пре- и постцентральной извилинах фронтального кортекса, хвостом ядра, таламусе, мозолистом теле, снижена активность различных отделов левого доминантного полушария. Как показали работы [15, 16, 18], выявленные изменения черной субстанции, хвостатого ядра, префронтальной коры имеют дистрофически-деструктивный характер и более выражены при непрерывно текущей шизофрении, чем при приступообразном течении заболевания.

Таким образом, наличие неврологических симптомов у больных шизофренией подтверждается обнаруженным нейроморфологическим субстратом. Тем не менее неврологические аспекты шизофрении, в том числе и детской, мало освещены в литературе.

Цель исследования: определить выраженность неврологических симптомов и их значение в дифференциальной диагностике шизотипического расстройства и на разных стадиях шизофрении у детей.

Материалы и методы: в клиническое исследование вошли 80 детей в возрасте от 5 до 10 лет, от родителей которых было получено информированное согласие на обследование. Большинство больных (72 чел.) находилось под динамическим наблюдением на протяжении 1–5 лет. Диагностика психических расстройств проводилась на основании критериев МКБ-10. Использовались методы клинического патопсихологического

и неврологического обследования, катанестический и статистический методы исследования. Статистическая обработка данных выполнена в лаборатории доказательной медицины и биостатистики ФГБНУ НЦПЗ и осуществлялась с помощью статистического пакета анализа Microsoft Excel 2010. Сравнение частот данных проводилось с помощью критерия χ^2 (хи-квадрат) Пирсона. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

В работе соблюдались этические принципы Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации и Правила клинической практики в Российской Федерации. Исследование одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ.

Результаты: больные были разделены на две группы. Первую группу составили 38 больных с диагнозом «шизофрения (детский тип)», шифр — F20.8xx3. Сюда включены случаи шизофрении с манифестом в раннем детстве, имеющие злокачественное течение с формированием выраженного олигофреноподобного дефекта с неравномерностью созревания психических функций.

Во вторую группу были отобраны 42 ребенка с диагнозом «шизотипическое расстройство» — F21.x, по критериям МКБ-10, с учетом закономерностей, специфичных для детского возраста. Определяющими синдромами являлись отчётливые нарушения коммуникативного и социального функционирования, особое мышление, речь с диссоциативностью и/или нарушением логического строя в сочетании с расстройствами неврозоподобного, психопатоподобного и аффективного (циклотимоподобный вариант) регистров. Нарушение развития детей этой группы проявлялось не столько в задержке, сколько в незрелости и искажении формирования личности и интеллекта.

У детей обеих групп выделен большой круг неврологических симптомов: зрительно-моторные феномены, экстрапирамидные расстройства, несовершенство произвольной моторики и др., отражающих поражение моторной сферы. Их диффузность, синдромальная незавершенность и преходящий характер указывают не только на топику поражения мозговых структур, но и на дезинтеграцию многоуровневой системы двигательного анализатора. Топических различий этих симптомов между двумя группами детей не установлено.

Следует указать на терминологические различия в обозначении ряда вышеприведенных синдромов в неврологии и психиатрии. Выделенные в *табл. 1* «синдромы экстрапирамидных нарушений», «корково-подкорковые нарушения», ряд «атактических расстройств» и другие в психиатрии принято квалифицировать как кататонические/кататоноподобные расстройства.

Вместе с тем частота и выраженность неврологических нарушений различалась не только между выделенными группами пациентов, но и у детей из группы шизофрении. Они коррелировали как с тяжестью заболевания, так и с этапом болезни (обострение/ремиссия). При более прогрессивном варианте про-

Таблица 1/Table 1

Синдромы экстрапирамидных и корковых нарушений моторики у больных шизофренией и шизотипическим расстройством/Syndromes of extrapyramidal and cortical violations of motility in patients with schizophrenia and schizotypal disorder

Неврологические симптомы и синдромы/Neurological signs and syndromes	1-я группа (шизофрения)/The 1 st group (schizophrenia), n = 38				2-я группа (шизотипическое расстройство)/The 2 nd group (schizotypal disorder), n = 42	
	Психоз/Psychosis		Ремиссия/Remission		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Расстройства регуляции мышечного тонуса						
Мышечная гипотония	10	26,3	21	55,3	28	67,2*
Повышение мышечного тонуса по экстрапирамидному типу	23*	60,5	5	13,2	0	0
Мышечная дистония	5	13,2	12	31,5	14	32,8*
Дисгармоничность/вычурность движений	38	100,0	32	84,2	21	50,0*
Двигательные стереотипии и навязчивости	35	92,1	30	78,4	22	52,2*
Гиперкинезы головы, конечностей	15	39,5	15	39,5	8	19,0
Лицевые гиперкинезы, тики	30	78,4	30	78,4	32	76,2
Гипомимия/парамимии	38	100,0	38	100,0	30	71,4
Рефлексы орального автоматизма	34	89,5	24	63,1	14	33,3*
Каталептические феномены	15	39,5	7	18,4	5	11,9*
Корковые нарушения движений						
Диспрактические нарушения	32	84,8	32	84,8	34	81*
Синкинезии, нарушение содружественности движений	34	87,6	34	87,6	30	72
Невыполнение заданий вследствие игнорирования инструкций	2	68,4	6	15,8	0	0*
Атактические расстройства						
Нарушения координации, дисметрия, дисдиадохокинез	28	73,7	21	55,3	32	76,2
Нарушения темпа и интонирования речи	38	100,0	32	84,8	26	61,8*
Сенсорная гипер- или парадоксальная чувствительность	38	100,0	30	78,4	16	38,0*

Примечание: (здесь и в табл. 2, 3) * — статистически значимое различие между группами ($p < 0,05$).

цесса, а также при обострении состояния (приступ) нарастали выраженность и количество неврологических нарушений.

Среди неврологических симптомов преобладали расстройства регуляции и интеграции движений в сочетании с разнообразными экстрапирамидными нарушениями, вследствие чего при отсутствии парезов и параличей изменялась не столько функция как таковая, сколько ее цельность, завершенность, согласованность с психическими актами. По сути, это можно расценить как неврологический эквивалент специфических для шизофрении схизиса и дискордантности психических функций. С позиций психопатологии эти феномены расцениваются как специфические для расстройств шизоидного спектра проявления своеобразия/вычурности, чудаковатости, нелепости мимики, движений и речевых построений; в ряде случаев, напротив, импульсивности двигательных актов и поведения.

Симптомы поражения экстрапирамидной системы в виде заторможенности/застывания, гиперкинезов (хореатических, баллических, атетоидных и др.), эхо-феноменов, обильных и вычурных моторных и речевых стереотипий обнаружены у всех больных шизофренией в период обострения (100%) и в период

ремиссии (84,2%), тогда как у детей с шизотипическим расстройством они выявлены лишь в половине наблюдений (48%). Наибольшие трудности для дифференциальной диагностики представляли случаи, когда экстрапирамидные нарушения сочетались с обсессивно-компульсивными расстройствами или с навязчивыми страхами и защитным поведением, образуя специфический «рисунок» психомоторных нарушений.

Одновременное наличие у ребенка синдромов коркового, подкоркового и мозжечкового поражения в необычных комбинациях и разной степени выраженности формировало особый двигательный статус, напоминавший синдром паркинсонизма или дегенеративного заболевания подкорковых ядер. Однако они не укладывались в рамки известных синдромов врожденных и приобретенных неврологических заболеваний и были характерны для обеих выделенных групп пациентов с равной частотой.

Особое место в моторной сфере больных 1-й и 2-й групп занимают качественные изменения двигательных актов, которые мы условно назвали корковой моторной диспраксией, понимая под этим интегративные нарушения связей коркового двигательного анализатора с другими анализаторами, а также с экстрапирамидной

Таблица 2/Table 2

**Патологические зрительные феномены у больных шизофренией и шизотипическим расстройством/
Pathological visual phenomena in patients with schizophrenia and schizotypal disorder**

Неврологические симптомы и синдромы/ Neurological signs and syndromes	1-я группа (шизофрения)/ The 1 st group (schizophrenia), n = 38				2-я группа (шизотипическое расстройство)/The 2 nd group (schizotypal disorder), n = 42	
	Психоз/psychosis		Ремиссия/remission		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Расстройства в системе иннервации зрения	35	92,1	31	81,2	26	61,8*
Слабость аккомодации, конвергенции	29	76,6	23	60,5	22	52,2
Нарушение плавного прослеживания предмета	32	84,2	25	65,8	21	50,0*
Нистагм, нистагмоид	26	68,4	23	60,5	11	26,2*

системой, мозжечком, лимбико-ретикулярным комплексом. Вне острого состояния у всех больных 1-й группы и у 34 больных 2-й группы (80,9%) обнаружены моторная неловкость, неуклюжесть, размашистость, нарушения содружественности и переключения движений, способности к выполнению тонких манипуляций (письмо, застегивание пуговиц, правильное пользование ложкой и др.), невозможность движений и действий по подражанию, что ранее обозначалось как «моторная дебилность» Г. Дюпре, характерная для больных шизофренией детей. Вместе с тем тонкие движения при лепке, составлении мозаики, пазлов, однообразном манипулировании были точны. Наши наблюдения согласуются с современными нейрофизиологическими представлениями о регуляции произвольных движений [19–21].

Согласно этим взглядам, премоторные отделы коры являются «аппаратом, приспособленным для интеграции и превращения отдельных двигательных импульсов в последовательные кинетические мелодии, обеспечивая необходимый аспект организации сложных движений и навыков», а «организованное протекание произвольного движения зависит от кинестетических афферентаций». Очевидно, нарушение этих взаимоотношений и приводит к диспрактическим расстройствам, «кинестетической апраксии», расстройствам произвольной регуляции движений и эхо-феноменам.

Обнаруженные неврологические симптомы можно рассматривать как клиническое проявление морфологических изменений высших моторных центров: префронтальной коры, мозжечка, подкорковых ядер и их связей и, возможно, указывать на прогрессивность эндогенного процесса. Транзиторный и лабильный характер этих симптомов отражает функциональные нарушения экстрапирамидной и корковой регуляции вследствие нейрофизиологических и нейрохимических изменений при обострении процесса (психотический период) и на начальных этапах болезни. С увеличением давности процесса они приобретают перманентный характер, отражая появление органических изменений в указанных структурах. Нельзя исключить возможность экстрапирамидных симптомов вследствие расстройства подкорковых ядер в связи со снижением коркового контроля.

Особую специфическую группу расстройств составили нарушения в системе иннервации зрения, которые встречались достаточно часто в обеих группах: у 31 ребенка (81,2%) с шизофренией и у 26 детей (61,8%) с шизотипическими расстройствами. К ним отнесены нарушения содружественности движений глазных яблок, возможность изолированных движений глазного яблока, слабость конвергенции и аккомодации, брадикинезия зрения (табл. 2). Характерным симптомом были нарушения плавного прослеживания предмета в виде усиления саккадических (толчкообразных) движений глазных яблок, а также неустойчивость зрения при слежении по типу «шатания» глазных яблок в стороны, которые выявлялись у 80% детей 1-й группы и у 65% детей второй группы. Выраженность патологических зрительных феноменов с возрастом уменьшалась, но они сохранялись у большинства детей с шизофренией и шизотипическими расстройствами. Наши результаты согласуются с данными [22–24], которые выявили два вида нарушений деятельности глаз у взрослых больных шизофренией. Во-первых, повышение скорости морганий, которая, как предполагается, отражает гипердофаминергическую активность ЦНС, во-вторых, увеличение скорости саккад. По данным этих авторов, от 50 до 80% больных шизофренией не в состоянии следить за движущимся в пространстве предметом плавными движениями глаз. У здоровых детей эти отклонения обнаруживаются в 8%, а у родственников больных шизофренией первой степени родства — в 40%.

Зрительно-моторные феномены оставались довольно стойкими независимо от возраста у больных обеих групп. По-видимому, эти феномены в сочетании с сенсорной гиперчувствительностью лежит в основе нарушений внимания у больных с расстройствами шизоидного спектра. При обострении психического состояния у детей больных шизофренией отмечалось усиление их интенсивности, присоединение брадикинезии зрения, что можно рассматривать как кататонические/кататоноподобные нарушения в мускулатуре глаз. У детей первой группы значительно чаще наблюдались симптомы нарушения симпатической иннервации глаза: анизокория, «игра зрачков», транзиторное изменение ширины глазных щелей, создающие впечатление птоза, часто асимметричного.

Таблица 3/Table 3

Симптомы поражения черепных нервов и пирамидной системы в группах наблюдений/Symptoms of damage of cranial nerves and pyramidal system in observation groups

Неврологические симптомы и синдромы/ Neurological signs and syndromes	1-я группа (шизофрения)/The 1 st group (schizophrenia), n = 38				2-я группа (шизотипическое расстройство)/The 2 nd group (schizotypal disorder), n = 42	
	Психоз/psychosis		Ремиссия/remission		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Очаговые поражения III, IV, VI, VII, XII п. и др. ЧН	13	34,2	13	34,2	12	28,6
Поражения VII, IX, X, XII ЧН по центральному типу	27	71	21	55,3	14	33,3*
Симптомы поражения пирамидной системы						
Парезы верхних и нижних конечностей	1	2,6	1	2,6	–	–
Асимметрия тонуса, сухожильных рефлексов	34	89,5	24	63,1	24	57,1
Патологические стопные знаки	15	39,5	14	36,9	15	35,7
Повышение сухожильных рефлексов	29	76,3	10	26,3	12	28,5*
Диссоциация сухожильных рефлексов с верхних и нижних конечностей	18	47,4	7	18,4	4	9,5*

У половины больных 1-й группы преимущественно дошкольного возраста (55%) выявлялись негрубые симптомы надъядерного поражения IX, X, XII пар черепных нервов, в виде слабости жевания, поперхивания, дисфагических явлений, рвоты, икоты, удерживания пищи во рту (табл. 3).

Как показало наше исследование, поражение пирамидной системы в виде парезов и параличей не типично для этих детей. Несмотря на то что у детей обеих групп выявлялись мягкие симптомы пирамидной недостаточности в виде повышения, асимметрии сухожильных рефлексов, патологических стопных знаков, они оставались стабильными на протяжении нескольких лет наблюдения, что указывает на их резидуальный характер. Вместе с тем характер, выраженность и асимметрия сухожильных рефлексов имели некоторую динамику и зависели от остроты эндогенного процесса. При обострении заболевания сухожильные рефлексы повышались сначала на руках, а спустя 7–10 дней оживлялись коленные рефлексы, появлялись патологические стопные знаки, асимметрия становилась отчетливой, больше справа, что свидетельствует о большем раздражении левого полушария головного мозга. При улучшении состояния наблюдалась обратная динамика активности сухожильных рефлексов: сначала снижались коленные рефлексы, а затем на руках. У большинства больных детей обеих групп вне обострения обнаружена мышечная гипотония и синдром соединительнотканной дисплазии.

Не менее специфичными у обследованных больных были и патологические речевые феномены (вычурность, эхолалии) в сочетании с нарушениями просодической стороны речи (особенности фонации, произношения, темпа речи, интонационная невыразительность), что отражает как недостаточность IX, X, XII пар черепных нервов, так и дезинтеграцию связей различных структур, участвующих в сложной многоуровневой системе речи.

Таким образом, у детей с шизофренией и шизотипическими расстройствами выделен большой круг неврологических симптомов, диффузность и топическая неопределенность которых указывают на дезинтеграцию многоуровневой системы двигательного анализатора. Топических различий этих расстройств у детей обеих групп не установлено. Вместе с тем интенсивность и частота неврологических нарушений различались не только в группах наблюдений, но и у детей с шизофренией. Эти показатели коррелируют как с тяжестью заболевания, так и с этапом болезни (обострение-ремиссия). При более прогрессивном варианте болезни, а также при нарастании остроты психических расстройств нарастает обилие и яркость неврологических нарушений. Среди неврологических симптомов преобладают расстройства регуляции и интеграции движений, разнообразные экстрапирамидные нарушения, вследствие чего при отсутствии парезов и параличей изменяется не столько функция как таковая, сколько ее согласованность с психическими актами, что, по сути, оказывается неврологическим эквивалентом специфичной для шизофрении разлаженности, дискордантности и схизиса психических функций. Неврологические симптомы у детей часто тесно переплетаются с собственно психопатологическими симптомами и составляют специфический «рисунок» психомоторных расстройств. Одновременное наличие у ребенка многих из перечисленных симптомов, их подчас необычные комбинации и разная степень выраженности создают в целом особый двигательный статус, не укладывающийся в рамки известных синдромов неврологических приобретенных или врожденных заболеваний. Патологическое влияние психической деятельности на двигательный анализатор в виде ненормального возбуждения, задержек, блокады одних и расторможения других систем лежат в основе разнообразных нейромоторных симптомов при заболеваниях шизофренического спектра.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Heinrichs D.W., Buchanan R.W. The significance and meaning of neurological signs in schizophrenia. *Am. J Psychiatry*. 1988;145:11–18. <https://DOI.org/10.1176/ajp.145.1.11>
2. Neelam K. A systematic review and meta-analysis of neurological soft signs in relatives of people with schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2011;11:139. <https://DOI.org/10.1186/1471-244X-11-139>
3. Hazil Zakaria, Nic Ruzyanei, Nik Jaafar, Azlin Baharudin, Normala Ibrahim, Marhani Midin. Motor Neurological soft signs Among Pacientes with Schizophrenia. *A Clinical Significance Sains Malaysiana*. 2013;42(3):381–388. Link active on 21.02.2019 <https://ukm.pure.elsevier.com/en/publications/motor-neurological-soft-signs-among-patients-with-schizophrenia-a>
4. Chan R.C., Gottesman I.I. Neurological signs soft as candidate endophenotypes for schizophrenia: A shooting star or Northern star? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2008;32:957–971. <https://DOI.org/10.1016/j.neubiorev.2008.01.005>
5. Tosato S., Dazzan P. The psychopathology of and the presence of neurological soft signs: a review. *Curr. Opin. Psychiatry*. 2005;18(3):285–288. <https://DOI.org/10.1097/01.yco.0000165599.90928.c7>
6. Boks M.P.M., Russo S., Knegtering R., Bosch van den R.J. The specificity of neurological signs in schizophrenia. *Rev. Schizophr. Res*. 2000;43:109–116. [https://DOI.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00145-0](https://DOI.org/10.1016/S0920-9964(99)00145-0)
7. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. М.: Медицина; 1971:127.
8. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения. М.: Медицина; 1989:254.
9. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М. 1959–1965;I:270;III:290.
10. Bender L. Schizophrenic spectrum disorders in the families of schizophrenic children. General results in psychiatry. London; 1975:125–134.
11. Fisch B., Marcus J., Hans S.L. et al. Infants at risk for schizophrenia Sequelae of genetic neurointegrative defect. *Arch. Gen Psychiatry*. 1992;49:221–235. DOI:10.1001/archpsyc.1992.01820030053007
12. Walker E.F., Savoie T., Davis D. Neuromotor precursors of schizophrenia. *Schizophr. Bull*. 1994;20:441–451. Link is active on 21.02.2019 <http://www.biomedsearch.com/nih/Neuromotor-precursors-schizophrenia/7526446.html>
13. Горюнова А.В. Двигательные нарушения у детей из группы высокого риска по шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1994;94(3):72–76.
14. Горюнова А.В., Данилова Л.Ю., Горюнов А.В. Особенности неврологического статуса у детей с шизофренией и шизотипическим расстройством. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015;115(5):14–20 (Вып. 2. Детская неврология и психиатрия). <https://DOI.org/10.17116/jnevro20151155214-20>
15. Востриков В.М., Орловская Д.Д., Уранова Н.А. Дефицит олигодендроцитов в префронтальной коре при эндогенных психозах (возрастной аспект). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии: научно-практический рецензируемый журнал*. 2013;1:17–22.
15. Heinrichs D.W., Buchanan R.W. The significance and meaning of neurological signs in schizophrenia. *Am. J Psychiatry*. 1988;145:11–18. <https://DOI.org/10.1176/ajp.145.1.11>
15. Neelam K. A systematic review and meta-analysis of neurological soft signs in relatives of people with schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2011;11:139. <https://DOI.org/10.1186/1471-244X-11-139>
15. Hazil Zakaria, Nic Ruzyanei, Nik Jaafar, Azlin Baharudin, Normala Ibrahim, Marhani Midin. Motor Neurological soft signs Among Pacientes with Schizophrenia. *A Clinical Significance Sains Malaysiana*. 2013;42(3):381–388. Link active on 21.02.2019 <https://ukm.pure.elsevier.com/en/publications/motor-neurological-soft-signs-among-patients-with-schizophrenia-a>
15. Chan R.C., Gottesman I.I. Neurological signs soft as candidate endophenotypes for schizophrenia: A shooting star or Northern star? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2008;32:957–971. <https://DOI.org/10.1016/j.neubiorev.2008.01.005>
15. Tosato S., Dazzan P. The psychopathology of and the presence of neurological soft signs: a review. *Curr. Opin. Psychiatry*. 2005;18(3):285–288. <https://DOI.org/10.1097/01.yco.0000165599.90928.c7>
15. Boks M.P.M., Russo S., Knegtering R., Bosch van den R.J. The specificity of neurological signs in schizophrenia. *Rev. Schizophr. Res*. 2000;43:109–116. [https://DOI.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00145-0](https://DOI.org/10.1016/S0920-9964(99)00145-0)
15. Vrono M.Sh. Shizofreniya u detej i podrostkov. M.: Medicina; 1971:127. (In Russ.).
15. Bashina V.M. Rannaya detskaya shizofreniya. M.: Medicina; 1989:254. (In Russ.).
15. Suhareva G.E. Klinicheskie lekicii po psihiatrii detskogo vozrasta. M. 1959–1965;I:270;III:290. (In Russ.).
15. Bender L. Schizophrenic spectrum disorders in the families of schizophrenic children. General results in psychiatry. London; 1975:125–134.
15. Fisch B., Marcus J., Hans S.L. et al. Infants at risk for schizophrenia Sequelae of genetic neurointegrative defect. *Arch. Gen Psychiatry*. 1992;49:221–235. <https://DOI:10.1001/archpsyc.1992.01820030053007>
15. Walker E.F., Savoie T., Davis D. Neuromotor precursors of schizophrenia. *Schizophr. Bull*. 1994;20:441–451. Link is active on 21.02.2019 <http://www.biomedsearch.com/nih/Neuromotor-precursors-schizophrenia/7526446.html>
15. Goryunova A.V. Dvigatel'nye narusheniya u detej iz gruppy vysokogo riska po shizofrenii. *Zhurnal неврологии i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1994;94(3):72–76. (In Russ.).
15. Goryunova A.V., Danilova L.Yu., Goryunov A.V. Osobennosti неврологического статуса u detej s shizofreniej i shizotipическим расстройством. *Zhurnal неврологии i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2015;115(5):14–20 (Вып. 2. Detskaya неврология i psihiatriya). (In Russ.). <https://DOI.org/10.17116/jnevro20151155214-20>
15. Vostrikov V.M., Orlovskaya D.D., Uranova N.A. Deficit oligodendrocytov v prefrontal'noj kore pri ehndogennyh psihozah (vozrastnoj aspekt). *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii: nauchno-prakticheskij recenziruemyj zhurnal*. 2013;1:17–22. (In Russ.).

16. Орлова В.А., Серикова Т.М., Чернищук Е.Н. К проблеме нейродегенерации при шизофрении: данные спектрально-динамического анализа. *Журн. соц. и клин. психиатрии*. 2010;20(2):67–78.
17. Fomito A., Zalesky A., Pantelis Ch., Bullmore E.T. Schizophrenia, neuroimaging and connectomics. *Neuroimage*. 2012;62(4):2296–2314. <https://DOI.org/10.1016/j.neuroimage.2011.12.090>
18. Уранова Н.А., Коломеец Н.С., Вихрева О.В., Зимина И.С., Рахманова В.И., Орловская Д.Д. Ультраструктурные изменения миелиновых волокон в головном мозге при непрерывнотекущей и приступообразной параноидной шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;117(2):104–109. <https://DOI.org/10.17116/jnevro201711721104-109>
19. Бернштейн Н.А. Физиология движений и активность. М.: Изд-во «Книга по требованию»; 2012:496.
20. Кукуев Л.А. О структурных основах корковой регуляции движений. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1986;86(7):961–965.
21. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Изд-во Московского университета. 1973:334.
22. Azarnow R.E., Azarnow I.R. Childhood-Onset schizophrenia: Editors Introduction. *Schizophr. bull.* 1994;2(4):591–598.
23. Hong L.E. Familial aggregation of eye-tracking endophenotypes in families of schizophrenic patients. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2006;63(3):259–264. PMID:16520430; <https://DOI.org/10.1001/archpsyc.63.3.259>
24. Bray T., Agius M. Soft Neurological signs and Schizophrenia — A looking glass into core pathology? *Psychiatria Danubina*. 2009;21(3):327–328. Medicinska naklada. Zagreb, Croatia; Link is active on 21.02.2019 <https://hrcak.srce.hr/49217>
- Orlova V.A., Serikova T.M., Chernishchuk E.N. K probleme nejrodegeneracii pri shizofrenii: dannye spektral'no-dinamicheskogo analiza. *Zh. soc. i klin. Psihiatriya*. 2010;20(2):67–78. (In Russ.).
- Fomito A., Zalesky A., Pantelis Ch., Bullmore E.T. Schizophrenia, neuroimaging and connectomics. *Neuroimage*. 2012;62(4):2296–2314. <https://DOI.org/10.1016/j.neuroimage.2011.12.090>
- Uranova N.A., Kolomeec N.S., Vihreva O.V., Zimina I.S., Rahmanova V.I., Orlovskaya D.D. Ul'trastrukturnye izmeneniya mielinovykh volokon v golovnom mozge pri nepreryvnotekushchej i pristupoobraznoj paranoidnoj shizofrenii. *Zhurnal neurologii i psikhatrii imeni S.S. Korsakova*. 2017;117(2):104–109. (In Russ.). <https://DOI.org/10.17116/jnevro201711721104-109>
- Bernshtejn N.A. Fiziologiya dvizhenij i aktivnost'. M.: Izd-vo «Kniga po trebovaniyu»; 2012:496. (In Russ.).
- Kukuev L.A. O strukturnyh osnovah korkovoj regulyacii dvizhenij. *Zhurnal neurolopatologii i psikhatrii imeni S.S. Korsakova*. 1986;86:7:961–965. (In Russ.).
- Luriya A.R. Osnovy nejropsihologii. M.: Izd-vo Moskovskogo universiteta. 1973:334. (In Russ.).
- Azarnow R.E., Azarnow I.R. Childhood-Onset schizophrenia: Editors Introduction. *Schizophr. bull.* 1994;2(4):591–598. (In Russ.).
- Hong L.E. Familial aggregation of eye-tracking endophenotypes in families of schizophrenic patients. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2006;63(3):259–264. PMID:16520430; <https://DOI.org/10.1001/archpsyc.63.3.259>
- Bray T., Agius M. Soft Neurological signs and Schizophrenia — A looking glass into core pathology? *Psychiatria Danubina*. 2009;21(3):327–328. Medicinska naklada. Zagreb, Croatia; Link is active on 21.02.2019 <https://hrcak.srce.hr/49217>

Горюнова Анна Викторовна, доктор медицинских наук, профессор, кафедра детской психиатрии и психотерапии, ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования МЗ РФ, Москва, Россия

E-mail: avgorjuvova@mail.ru

Данилова Людмила Юрьевна, кандидат медицинских наук, доцент, кафедра детской психиатрии и психотерапии, ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования МЗ РФ, Москва, Россия

Горюнов Александр Викторович, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник, отдел детской психиатрии, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

E-mail: alvgor21@yandex.ru

Anna V. Goryunova, Cand. of Sci. (Med.), professor, department of children's psychiatry and psychotherapy, Russian Medical Academy of Advanced Professional Education, Moscow, Russia

E-mail: avgorjuvova@mail.ru

Ludmila Yu. Danilova, Cand. of Sci. (Med.), associate professor, department of children's psychiatry and psychotherapy, Russian Medical Academy of Advanced Professional Education, Moscow, Russia

Alexander V. Goryunov, Cand. of Sci. (Med.), leading research, department of Child Psychiatry, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

E-mail: alvgor21@yandex.ru

Дата поступления 19.01.2019

Date of receipt 19.01.2019

Дата принятия 26.02.2019

Accepted for publication 26.02.2019

УДК 159.97

Оценка текстов, написанных больными эндогенными психическими заболеваниями**Evaluation of texts written by patients with endogenous mental disorders**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-81-56-64>**Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Иванова П.О.**
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия**Enikolopov S.N., Medvedeva T.I., Vorontsova O.Yu., Ivanova P.O.**
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

56

Обоснование: важность выявления особенностей текстов, написанных больными психическими заболеваниями эндогенного круга, обусловлена тем, что психологические и поведенческие нарушения при психических заболеваниях проявляются в речевой деятельности, в частности в письменной речи, и мало изучены на русскоязычной выборке.

Цель исследования: выявление особенностей текстов, характерных для расстройств шизофренического и аффективного спектра, и анализ связи выделенных параметров с клинической симптоматикой и личностными особенностями.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 29 больных эндогенными психическими расстройствами (у 14 больных диагноз F2 согласно МКБ-10, у 15 больных — F3) и 41 здоровый испытуемый. Использовались клиничко-психологические, психометрические методы и методы статистического анализа: все испытуемые написали эссе по теме «Я, другие, мир», заполнили Пятифакторный опросник личности, больные заполнили опросник SCL-90.

Результаты: показано, что больные больше сосредоточены на себе, в их текстах чаще проявляется амбивалентное или отрицательное отношение к себе, чувство изоляции от мира, ощущение неустойчивости «зыбкости» окружающего мира. Значимо чаще в группе больных встречались «вычурные» тексты, а «разорванные» тексты были специфичны только для больных. Представлено наличие корреляций «патологических характеристик» в тексте больных с выраженностью симптоматики по SCL-90 (шкалы депрессии, тревоги, психотизма, общим уровнем тяжести состояния, тяжести дистресса) и личностными особенностями (интроверсия, отделенность, естественность, эмоциональность).

Заключение: таким образом, предложенные параметры оценки текстов выявили особенности восприятия себя и других больными шизофренического и аффективного спектра, нарушение социальной направленности личности, снижение способности интегрировать противоречивые и амбивалентные явления в целостное представление о себе и мире. «Патологические характеристики» текста отражают наличие клинической симптоматики и связаны с личностными особенностями.

Ключевые слова: анализ текстов; эндогенные психические расстройства шизофренического и аффективного спектра; самовосприятие.

Для цитирования: Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Иванова П.О. Оценка текстов, написанных больными эндогенными психическими заболеваниями. *Психиатрия*. 2019;81(1):56–64.

Конфликт интересов отсутствует

Background: the importance of identifying characteristics of texts written by patients with mental diseases of the endogenous circle is due to the fact that psychological and behavioral disorders in mental diseases manifest themselves in speech activity, including writing, and are little studied in the Russian-language sample.

The aim: is to identify the parameters of the texts characteristic of disorders of schizophrenic and affective spectrum, the analysis of the relationship of the selected parameters with clinical symptoms and personality.

Materials and methods: the study involved 29 patients with endogenous mental disorders (14 patients diagnosed with F2 according to ICD-10, 15 patients with F3) and 41 healthy people. Clinico-psychological, psychometric methods and statistical analysis were used. Everyone wrote an essay on the topic «Me, others, the world», answered Big Five personality traits, patients filled out the questionnaire SCL-90.

Results: it is shown that patients are more focused on themselves, their texts often show an ambivalent or negative attitude toward themselves, a sense of isolation from the world, a sense of instability of the «fragility» of the surrounding world. «Torn» and «pretentious» texts were much more common in patients and «broken» texts were specific only for patients. It is shown that the presence of «pathological characteristics» in the text of patients is associated with the severity of clinical symptoms. Correlations of text «pathological» characteristics with clinical symptoms according to SCL-90 (scales of depression, anxiety, psychotism, general severity of the state, severity of distress) and personal characteristics (introversion, separation, naturalness, emotionality) are shown in patients.

Conclusion: thus, the proposed parameters for assessing the texts revealed the peculiarities of perception of oneself and other, a violation of the social orientation of the individual, a decrease in the ability to integrate contradictory and ambivalent

phenomena into a holistic view of oneself and the world in the text of patients. «Pathological characteristics» of the text reflect the presence of clinical symptoms and are associated with personality traits.

Keywords: text analysis; endogenous mental disorders; self-perception.

For citation: Enikolopov S.N., Medvedeva T.I., Vorontsova O.Yu., Ivanova P.O. Evaluation of texts written by patients with endogenous mental disorders. *Psychiatry*. 2019;81(1):56–64.

There is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

Психиатрический подход к исследованию речи в целом был заложен в работах таких классиков, как Э. Блейлер, К. Клейст, Э. Крепелин, П.И. Карпова, В.Н. Образцова, В.П. Осипова. К характерным признакам патологических состояний были отнесены такие явления, как «разорванная речь», соскальзывание и бессвязность речи, атаксия (отсутствие смысловых связей между словами и снижение направленности высказываний) [1]. В качестве средств оценки тех особенностей, которые характеризуют речь психиатрических больных, были предложены различные психолингвистические показатели: коэффициент Трейгера, коэффициент опредмеченности действия, показатель Готтшалка–Глезер, индекс прегнантности Эртеля, индекс Шлисмана, фог-индекс и др. Наряду с разработкой проблемы общей специфики патологической речи [2], выделяются и развиваются отдельные направления, связанные с исследованиями и систематизацией нарушений при различных видах неврозов [3]. Диагностическое значение лексико-семантических и морфологических особенностей речи больных неврозом подчеркивается в работах [4, 5]. Один из наиболее исследуемых в мировой психиатрии и психиатрической лингвистике предметов — различные речевые (прежде всего синтаксические и семантические) аномалии при шизофрении [6–9]. Выделяется выраженность специфических для шизофрении нарушений, таких как обеднение речи, ослабление целенаправленности, неустойчивость, нечеткий синтаксис, алогичность, персеверация, отвлекаемость, наличие неологизмов.

Наряду с изучением особенности психотической речи проводятся психолингвистические исследования невротических расстройств. Среди характерных для речи невротиков по сравнению со здоровыми людьми выделены такие показатели, как уровень выраженности в их речи состояний тревоги, депрессии, агрессии; частота употребления местоимений первого лица; показатели предметности и связности речи; средние коэффициенты пассивного залога, эмболии и словарного разнообразия; количество элементарных дискурсивных единиц, частотность некоторых дискурсивных отношений; многословие и снижение коэффициента словарного разнообразия; уменьшение по сравнению с группой здоровых в речи соотношения категорий «совершенные действия» и «несовершенные действия» [3].

При всем многообразии исследовательских подходов им присущ определенное рода редукционизм в отношении ряда феноменологических проявлений,

выделяемых в качестве значимых в клинической психологии, не учитывающий важность социального фактора в нормальном развитии психики, а также в возникновении, протекании, динамике и лечении психических расстройств. Последствия эндогенных психических заболеваний наиболее значимо отражаются в социальной сфере, нарушая социальное функционирование и снижая качество жизни [10]. Многочисленные зарубежные и отечественные исследования последних лет, посвященные изучению эмоционального и социального интеллекта [11], а также работы, проводимые в направлении theory of mind (внутренняя модель психического) [12], убедительно показывают, что снижение уровня социального функционирования при эндогенных психических расстройствах во многом обусловлено нарушением социального познания. В отечественной медицинской психологии [13] нарушение социальной перцепции и снижение социального интеллекта рассматриваются в рамках системного подхода, который «реализуется в понятии патопсихологического синдрома как структурированного образования, позволяющего вскрыть внутренние взаимосвязи между основными психическими характеристиками» [14]. При нормальном развитии «Я» переживается как активный субъект, обладающий идентичностью, учитывающий различия между собой и другими в ситуациях взаимодействия, способный к регуляции собственного образа и самооценки, к активной деятельности в социуме. Уровень структурной интеграции личности определяет способность обрабатывать внешние и внутренние конфликты, адекватно оценивать себя и других и в конечном итоге отвечает за уязвимость личности, возможную предрасположенность как к психическим, так и психосоматическим заболеваниям [15].

В данной статье представлено исследование особенностей текстов, написанных больными эндогенными заболеваниями шизофренического и аффективного спектра. Всем испытуемым было предложено написать небольшое эссе на тему «Я, другие, мир». Выбор темы был обусловлен стремлением попытаться на основе текста оценить адекватность оценки себя и других, социальную направленность личности испытуемого, способность интегрировать противоречивые и амбивалентные явления в целостное представление о себе и мире.

Исследование является апробацией возможности данного подхода к анализу текстов, написанных больными эндогенными психическими расстройствами, и может быть рассмотрено в качестве начального этапа, в продолжение которого предполагается провести сравнение текстов, созданных больными, и текстов,

созданных здоровыми, по семантико-синтаксическим параметрам, с дальнейшей возможностью машинного обучения, направленного на автоматическое распознавание признаков текста, характерных для психически больных. Также планируется выявление связи характеристик текстов с нозологической специфичностью, т.е. выявление особенностей текстов, характерных для больных шизофренией и больных с аффективными расстройствами.

Целью исследования является выявление особенностей текстов, характерных для психического заболевания шизофренического и аффективного спектра, анализ связи выделенных параметров с клинической симптоматикой и личностными особенностями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего в исследовании приняли участие 29 пациентов клиники ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (15 мужчин и 14 женщин, средний возраст 24,1), проходящих лечение в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (диагноз согласно МКБ-10 у 14 больных — F20.04, F20.05, у 15 больных — F31.3, F32.1, F33.10). Все больные наблюдались на этапе становления ремиссии. Диагнозы были верифицированы клиницистами центра. Критериями исключения были: наличие органического поражения и злоупотребление психоактивными веществами в анамнезе. Контрольную группу составили 41 здоровых испытуемых (22 мужчины и 19 женщин, средний возраст 23,4). Выборки были уравнены по социодемографическим показателям.

Все пациенты дали информированное согласие на участие в исследовании.

Исследование проведено в соответствии с принципами и правилами Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г., одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ.

Всем испытуемым было предложено написать небольшое эссе на тему «Я, другие, мир», ответить на вопросы Пятифакторного опросника личности, больные заполнили симптоматический опросник SCL-90.

Для оценки текстов были выработаны параметры, отражающие особенности восприятия себя и других, социальную направленность личности испытуемого, способность интегрировать противоречивые и амбивалентные явления в целостное представление о себе и мире. В выработке параметров принимали участие три клинических психолога. Тексты оценивались по выделенным параметрам также тремя клиническими психологами-экспертами, параметр считался значимым при условии совпадения оценки всех специалистов.

Для статистического анализа использовалась программа SPSS.

Результаты: ниже приводятся подробные описания параметров, выделенных психологами-экспертами, приведены характерные примеры высказываний для некоторых параметров. Изложены результаты сравнительных групп больных и здоровых испытуемых.

Характеристика текста в целом

Выделены следующие характеристики нормативного текста: «литературный» — текст на отвлеченную тему, с использованием литературных приемов; «стандартный» — текст, который не имеет выраженных особенностей; «защитный текст» — испытуемый предпочитает писать не о себе лично или конкретных людях, а о человечестве вообще. Кроме того, были выявлены характеристики «патологического» текста: «разорванный текст» — текст, в котором отсутствуют смысловые связи между словами, высказываниями, снижена направленность высказываний: «Мой мир покой и комфорт. Мне бы хотелось, чтобы подобрали без побочного действия таблетки. Мой мир это музыка»; «вычурный текст» или текст с элементами резонерства, например, «однако в этой форме все становится равнозначным за счет сведения некой ценности рассматриваемых объектов к нулю», «я — это стечение обстоятельств, результат слияния других я. Другие — это множество элементов жизни, включающее других я».

Результаты анализа показали (рис. 1), что группы здоровых и больных статистически значимо отличались по показателям «защитный текст» (10,7% больных и 39,5% здоровых). «Разорванный» и «вычурный»

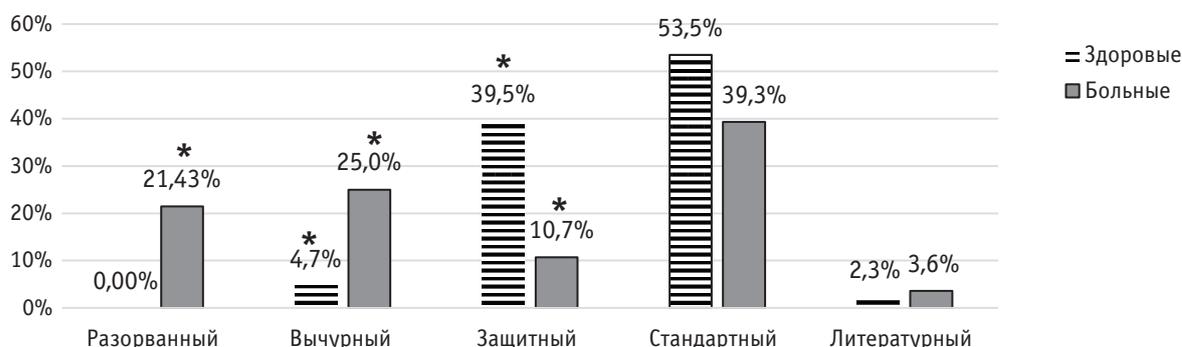


Рис. 1/ Fig. 1. Распределение «характеристик текстов» в группах больных и здоровых испытуемых (значимость различий между больными и здоровыми по $\chi^2 < 0,001$); * над столбцом означает, что для этих столбцов значимость различий на уровне $p < 0,05$ /Distribution of texts characteristics in patients compared control

тексты значимо чаще писали больные люди. (Здесь и далее приведены статистически значимые различия между группами больных и здоровых по критерию χ^2 Пирсона.)

Присутствие в тексте образов себя, других и мира.

По параметру «наличие Я» статистически значимых различий между здоровыми и больными выявлено не было, о себе писали 60,7% больных и 53,5% здоровых. Однако у больных было снижено по сравнению со здоровыми упоминание «других» (о других писали 21,4% больных и 51,2% здоровых) и «мира» (о мире писали 10,7% больных и 41,9% здоровых).

Характеристика образа Я

К нормативным вариантам оценки был отнесен «целостный гармоничный образ» — способность принимать разные стороны своей личности, готовность воспринимать новый опыт: «Стоит научиться понимать, что наша точка зрения — не единственная верная, и тогда мы проще будем понимать других и себя».

К «патологическим» оценкам себя были отнесены «отрицательный образ» — «Я слишком ленив, необщителен и безынициативен», а также «амбивалентный расщепленный образ» — например, «Я вижу себя... девочкой нимфеткой, с тараканами в голове», «Дело в том, что у меня раздвоение личности. И когда личности меняются, людям другая половина меня не так нравится, как первая».

Больные чаще дают себе отрицательные характеристики (рис. 2) (10,7% больных и 4,7% здоровых), меньше дают себе положительных характеристик (7,1% больных и 18,6% здоровых). Среди больных нет ни одного случая «целостной гармоничной оценки» себя, в то время как среди здоровых таких 16,3%. Больше половины больных (53,6% больных против 4,7% здоровых) демонстрируют амбивалентное отношение к себе.

Связь Я с другими и миром

При анализе использовались следующие нормативные критерии: «связан с миром» — испытуемые пишут

о связи всех явлений в мире, об ощущении себя частью мира: «человек существует не отдельно от других людей, он неразрывно связан с ними»; «наблюдатель активный, всемогущий» — испытуемый занимает позицию наблюдателя, которому понятна суть явлений, который может на них влиять: «Я постоянно наблюдаю за обществом, за его взлетами и падениями, за его развитием и деградацией»; «пассивный наблюдатель» — испытуемый отстраненно наблюдает за миром: «Я люблю издали наблюдать за людьми, за течением их жизни».

В качестве «патологической» характеристики рассматривалось «отделен, отвержен» — испытуемый чувствует себя в изоляции: «сижу в своем коконе, в который никому не пролезть».

Больные чаще чувствуют свою изоляцию (рис. 3), отвержение (28,6% больных и 0% здоровых). Здоровые значимо чаще ощущают свою связь с миром (7,1% больных против 30,2% здоровых). А если занимают позицию наблюдателя, то чувствуют свою власть над миром, способность менять мир (3,6% больных против 23,3% здоровых).

Характеристика мира

К нормативным характеристикам были отнесены «целостный гармоничный образ» — способность воспринимать и интегрировать и положительные, и отрицательные характеристики мира: «В мире нет плохого и хорошего, черного и белого, все равнозначно»; «положительный образ» — миру даются положительные характеристики.

Среди «патологических» характеристик были выделены «отрицательный образ»: «Мир снаружи страшный», «Жизнь — это ирония. Насмешка над нашим желанием жить»; «амбивалентный расщепленный образ» — переключение от положительных характеристик к отрицательным, без их интеграции, осознания их взаимосвязи: «Мир — прекрасное место, но люди на нем прогнили давно», «Человечество развивается и само себя загоняет в каменный век».

У больных значимо чаще отсутствовало целостное гармоничное восприятие мира (3,6% больных против

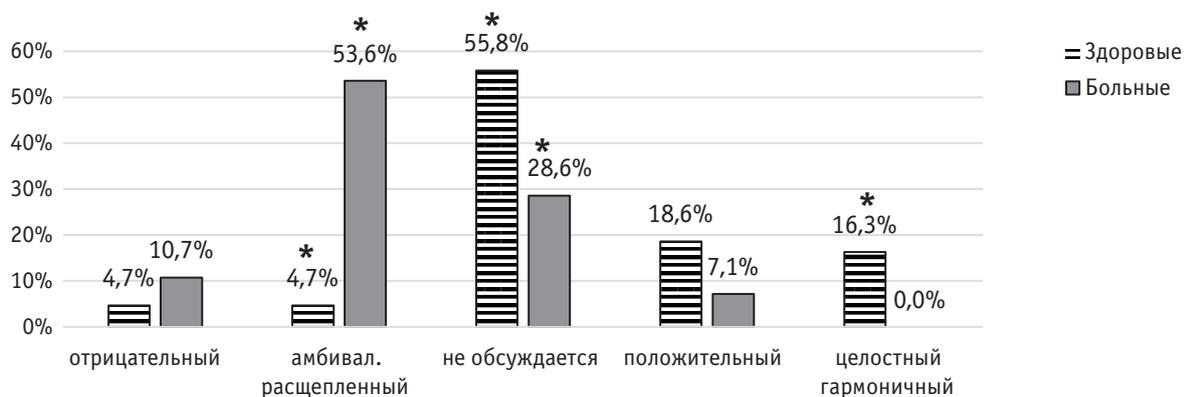


Рис. 2/ Fig. 2. Распределение «характеристик образа Я» в группах больных и здоровых испытуемых (значимость различий между больными и здоровыми по $\chi^2 < 0,001$); * над столбцом означает, что для этих столбцов значимость различий на уровне $p < 0,05$ /Distribution of «Me-image» characteristics in patients compared control

16,3% здоровых). Мир для больных представляется амбивалентным, образ мира расщеплен (14,3% больных против 0% здоровых).

Динамика образов других, мира

При анализе оценивались параметры «мир динамичен» — ощущение изменчивости мира, его развития: «Все меняется в этом мире, меняюсь я и другие».

К «патологическим» была отнесена характеристика «мир зыбок и неустойчив» — некоторые испытуемые ощущают зыбкость, неустойчивость, размытость границ мира: «Другие квартиры недостижимы, недоступны, даже малейшие образы не пробивают, а искривляют зеркало. Быть уверенным в том, что ты в нем видишь, невозможно», «Рушатся связи между людьми, и каждый, как может, пытается их вернуть».

Результаты показали, что об изменчивости мира пишут и больные, и здоровые. Однако для здоровых изменчивость мира связана с собственным развитием. Больные же люди чаще ощущают зыбкость, неустойчивость, размытость границ мира (50,0% больных и 4,7% здоровых).

Характеристика других

Включает в себя «целостный гармоничный образ» — способность принимать разные стороны других людей: «Все эти люди абсолютно разные... красота личности заключается в том, что каким бы грубым человек ни был здесь и сейчас — для кого-то он, наверняка, исключительно добр»; «положительный образ»; «отрицательный образ» — другие оцениваются отрицательно; «амбивалентный расщепленный образ» — например, «Других я разделила на две группы: те, которые причиняют боль мне, и те, которым я причиняю боль».

Сравнение групп по этому параметру показало отсутствие статистически значимой разницы.

Другие оценивают меня

Данный параметр отражал субъективное восприятие оценки себя другими людьми, в тексте выделялись «положительные» и «отрицательные оценки». В этом параметре статистически значимых отличий выявлено не было.

Сравнение с другими

Больные значимо чаще писали о том, что ощущают себя иными, не такими, как другие люди: «Никто не

понимал, как я мыслю и о чем переживаю», «Стараюсь об этом не распространяться, так как боюсь, что люди не поймут» (об ощущении себя иными писали 46,4% больных и 20,9% здоровых).

Оценка значимости различий в выраженности симптоматики по SCL-90 при «патологических» и «нормальных» характеристиках текстов приведена в *табл. 1*, показаны средние значения шкал опросника SCL-90. В таблице приведены только статистически значимые различия.

Из *табл. 1* видно, что усиление симптоматики в SCL-90 связано с характеристиками текста, которые отражают наличие психического неблагополучия. Так, если «Связь Я с другими и миром» оценивается как «отделен, отвержен», то среднее количество симптомов в SCL-90 — 47,1, а при отсутствии этой характеристики среднее количество симптомов — 28,56. При высоких показателях клинической симптоматики мир представляется расщепленным, зыбким и неустойчивым, себя больные воспринимают иными, отличными от других.

Для анализа связи «патологических» характеристик текстов и личностных особенностей был использован корреляционный анализ. Поскольку каждый из выделенных параметров имел две категории («патологическим» было присвоено отрицательное значение -1 , «нормальным» было присвоено значение $+1$), это позволило оценить связь с помощью коэффициента Спирмена.

В *табл. 2* приведены результаты корреляции значений параметров текстов и шкал Пятифакторного опросника личности.

Из *табл. 2* видно, что появление «патологических» характеристик в тексте связано с интроверсией — при усилении выраженности интроверсии повышается наличие «патологических» характеристик мира. Также выявлена связь «патологических» характеристик текстов с ощущением «отделенности» (параметр «привязанность–отделенность»), «отделенность» в Пятифакторном опроснике личности связана с чувством отверженности и изоляции от мира (параметр «связь с миром») и с ожиданием негативной оценки окружающих. Усиление «естественности» в Пятифакторном

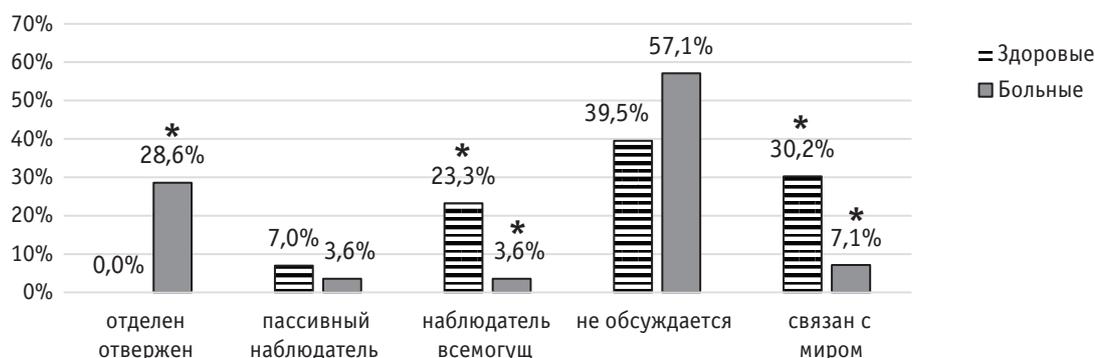


Рис. 3/ Fig. 3. Распределение параметра «связь с миром и другими» в группах больных и здоровых испытуемых (значимость различий между больными и здоровыми по $\chi^2 < 0,001$); * над столбцом означает, что для этих столбцов значимость различий на уровне $p < 0,05$ /Distribution of «Connection with World and Others» characteristics in patients compared control

Таблица 1/Table 1

Сравнение средних значений шкал опросника SCL-90 при «патологических» и «нормальных» значениях параметров оценки текстов/Comparison of means SCL-90 scores in «pathological» and «normal» assessed texts

Параметры текста/Subscales characteristics		Депрессия/Depression	Тревога/Anxiety	Психотизм/Psychoticism	Общий индекс тяжести/Total severity index	Число симптомов/Number of symptoms	Индекс тяжести дистресса/Stress severity index
Связь Я с другими и миром	Связан, наблюдатель, нейтрален	8,94	4,19	3,94	0,49	28,56	1,43
	Отвержен	21,14**	9,86*	12,43**	1,13*	47,14*	2,12**
Характеристика мира	Целостный, положительный, нейтральный	9,47	4,71	5,00	0,53	–	1,51
	Отрицательный расщепленный	21,67**	9,33*	10,83*	1,11*	–	2,03*
Динамика образа других и мира	Динамичен, нейтрален	8,46	3,77	3,77	0,45	26,69	1,45
	Зыбок, неустойчив	18,10*	8,70*	10,10*	0,99**	44,00*	1,89*
Сравнение с другими	Я такой же (или не обсуждается)	8,00	3,00	3,91	0,42	25,55	1,38
	Я иной	16,92*	8,58*	8,92*	0,92*	42,17*	1,88**

Уровень статистической значимости различий: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

опроснике личности связано с увеличением патологических характеристик текста, мира, себя, с ощущением зыбкости мира. Повышение «эмоциональности» связано с усилением патологических характеристик себя, с чувством изоляции от мира, чувством неустойчивости мира, ощущением себя иным.

ОБСУЖДЕНИЕ

Тексты больных людей статистически значимо отличались от текстов, написанных здоровыми, по показателям «защитный текст» (защитные тексты чаще писали здоровые испытуемые), «вычурный текст» (такие тексты характерны для больных) и «разорванный текст» (встречался только у больных). В клинической практике «вычурные тексты» соотносятся с таким феноменом, как резонерство — тип мышления, характеризующийся склонностью к пустому, бесплодному рассуждательству, основанному на поверхностных формальных аналогиях [16]. В отечественной патопсихологии резонерство классифицируется как нарушение мотивационного компонента мышления, специфичное для шизофрении.

У больных было снижено по сравнению со здоровыми упоминание «других» и «мира». Косвенно это подтверждается и другими исследованиями, в которых показано специфичное использование местоимений в речи пациентов с шизофренией: пациенты, как в устной, так и письменной речи, использовали больше личных местоимений и местоимений первого лица единственного числа и меньше — местоимений третьего лица [17, 18], а также пациентов с депрессией, у которых значимо повышено использование местоимения «я» [19]. Это показывает, что больные сосредоточены на себе, «мир» для них — это их внутренний мир, образы других отсутствуют или присутствуют только для

того, чтобы выразить их отношение к автору. Собственные потребности и аффекты затрудняют восприятие других как целостных отдельных личностей, со своей историей, сильными и слабыми сторонами. Анализ литературы показывает, что использование местоимений отличает пациентов с расстройствами шизофренического спектра от пациентов с аффективными расстройствами: в письменной речи пациенты с шизофренией использовали меньше «я», но больше «они», чем пациенты с расстройствами настроения [20], однако в нашем исследовании мы не проводили сравнение внутри группы больных в зависимости от нозологической принадлежности.

Больные чаще дают себе отрицательные характеристики, переживания себя определяются негативными аффектами, выраженными в неуважении. Больше половины больных демонстрируют амбивалентное отношение к себе. При этом, если говорить о выраженности этого феномена в патопсихологической практике, мы можем видеть, что: либо чувство идентичности недоступно и контрастные аспекты «Я» существуют диссоциированно друг от друга, либо значительное снижение уровня согласованности образа себя обусловлено «хрупкостью» самооценки, затруднением различения своего и чужого, вследствие чего рефлексивное самовосприятие не дает понятного индивидуального опыта. Даже если направленность на самоанализ существует, она не обеспечивает адекватность самооценки, поскольку не опосредована социальными факторами [14].

Больные чаще чувствуют свою изоляцию от мира и других, отвержение. Мир для них непонятен, амбивалентен, причем, даже если они упоминают и о положительных, и об отрицательных характеристиках мира, это никак не связанные друг с другом характеристики,

Таблица 2/Table 2

**Корреляция показателей Пятифакторного опросника личности и параметров оценки текстов/
Correlation of 5-Factors Personality Questionnaire scores and texts assessment values**

	Характеристика текста в целом/Text as a whole	Характеристика образа Я/Me-image	Связь Я с другими и миром/Connection of Me with Others and World	Характеристика мира/World image	Динамика образа других и мира/Dynamics of Others image and World image	Другие оценивают меня/Others assess Me	Сравнение с другими/Comparison with Others
Экстраверсия–интроверсия				0,430**			
Привязанность–отделенность			0,270*			0,350**	
Контролирование–естественность	0,256*	0,260*		0,283*	0,269*		
Эмоциональность–сдержанность		-0,426**	-0,543**		-0,368**	-0,417**	-0,473**
1.3. Общительность–замкнутость				0,385**			
1.5. Привлечение внимания–избегание				0,311*			0,291*
2.2. Сотрудничество–соперничество			0,294*	0,287*		0,280*	
2.3. Доверчивость–подозрительность			0,270*			0,371**	
2.4. Понимание–непонимание					0,306*		
2.5. Уважение других–самоуважение			0,271*			0,391**	0,262*
3.1. Аккуратность–неаккуратность				0,417**	0,308*		
3.2. Настойчивость–слабоволие				0,356**			0,309*
3.3. Ответственность–безответственность		0,354**	0,312*		0,279*		0,308*
3.4. Самоконтроль–импульсивность					0,255*		
4.1. Тревожность–беззаботность			-0,455**		-0,279*	-0,300*	-0,302*
4.2. Напряженность–расслабленность		-0,485**	-0,441**	-0,317*	-0,391**	-0,311*	-0,525**
4.3. Депрессивность–эмоциональная комфортность	-0,279*	-0,399**	-0,517**		-0,269*	-0,451**	-0,488**
4.4. Самокритика–самодостаточность		-0,432**	-0,510**		-0,378**	-0,321*	-0,433**
4.5. Эмоциональная лабильность–эмоциональная стабильность		-0,302*	-0,423**		-0,341**	-0,346**	-0,258*
5.3. Артистичность–неартистичность				0,258*			
5.4. Сенситивность–нечувствительность		0,274*			0,258*		

Уровень статистической значимости различий: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

как будто речь идет о двух разных мирах. Результаты показали, что об изменчивости мира пишут и больные, и здоровые. Однако для здоровых изменчивость мира связана с собственным развитием. Больные же люди чаще ощущают зыбкость, неустойчивость, размытость границ мира.

Предложенные параметры позволяют увидеть в текстах феномены, прямо связанные с выраженностью симптоматики. Появление «патологических» характеристик в тексте связано с констелляцией следующих параметров пятифакторного опросника: интроверсией и эмоциональностью. «Интроверсия» говорит об отсутствии уверенности в отношении правильности своего поведения и невнимании к происходящим вокруг событиям, предпочтении абстрактных идей конкретным явлениям действительности. При этом в тексте появляются «патологические» характеристики мира, испытуемый видит в мире либо отрицательные черты, либо идет переключение от положительных характеристик мира к отрицательным, без их интеграции, осознания их взаимосвязи. Фактор «эмоциональности» содержит

в себе характеристики аффективной сферы личности. По мере увеличения показателей тревожности, депрессивности, самокритики и напряженности отмечается нарастание патологических характеристик. Также выявлена связь «патологических» характеристик текстов с параметрами «отделенности», повышением показателей «естественности», которая проявляется в снижении волевых качеств. В целом показатели факторов «контролирование–естественность» и «эмоциональность–сдержанность» наиболее точно отражают представление о способности к регуляции. При этом регуляция понимается как интегративный аспект психического опыта, включающий адекватную оценку собственных возможностей, понимание ситуации, способность к прогнозированию, доступность ресурсов.

В настоящей работе мы не проводили сравнение внутри группы больных в зависимости от нозологической принадлежности. Множественные сравнения не проводились из-за небольшого объема выборки. Выявление этих различий в текстах может быть направлением дальнейших исследований.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Выделены характеристики текста, отражающие особенности восприятия себя и других, социальную направленность личности испытуемого, способность интегрировать противоречивые и амбивалентные явления в целостное представление о себе и мире.
- Показано, что больные больше сосредоточены на себе, в их текстах чаще проявляется амбивалентное или отрицательное отношение к себе, чувство изоля-

ции от мира, ощущение неустойчивости «зыбкости» окружающего мира. Значимо чаще в группе больных встречались «вычурные» тексты, а «разорванные» тексты были специфичны только для больных.

- Показано, что наличие «патологических характеристик» в тексте больных связано с выраженностью симптоматики и личностными особенностями.

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ №17-29-02305.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Микиртумов Б.Е., Завитаев П.Ю. Аутизм: история вопроса и современный взгляд. Санкт-Петербург: Н-Л; 2012.
2. Белянин В.П. Психолингвистика. М.: Флинта Моск. психол.-соц. ин-т; 2003.
3. Додонова Н.А. О возможности использования метода контент-анализа речевой продукции для диагностики больных неврозами. Проблемы совершенствования медицинской помощи населению г. Ленинграда. Л.:1988;164–165.
4. Микиртумов Б.Е., Ильичев А.Б. Клиническая семантика психопатологии. Санкт-Петербург: СПбГПМА; 2007.
5. Ремесло М., Назыров Р. Клинико-лингвистические характеристики больных неврозами и их динамика в процессе психотерапии. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2007;2:21–24.
6. Condray R., Steinhauer S.R., van Kammen D.P., Kasperek A. The language system in schizophrenia: effects of capacity and linguistic structure. *Schizophr. Bull.* 2002;28(3):475–490. <https://DOI:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006955>
7. Ketteler D., Theodoridou A., Ketteler S., Jäger M. High order linguistic features such as ambiguity processing as relevant diagnostic markers for schizophrenia. *Schizophr. Res. Treatment*. 2012;2012:825050. <https://DOI:10.1155/2012/825050>
8. Moro A., Bambini V., Bosia M., Anselmetti S., Riccaboni R., Cappa S., Smeraldi E., Cavallaro R. Detecting syntactic and semantic anomalies in schizophrenia. *Neuropsychologia*. 2015;79(PtA):147–157. <https://DOI:10.1016/j.neuropsychologia.2015.10.030>
9. Карякина М.В., Сидорова М.Ю., Шмуклер А.Б. Нарушения речи у больных шизофренией. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017;27(4):93–100.
10. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М; 2004.
11. Рычкова О.В., Сильчук Е.П. Нарушения социального интеллекта у больных шизофренией. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010;20(2):5–15.
12. Penn D.L., Sanna L.J., Roberts D.L. Social cognition in schizophrenia: an overview. *Schizophr. Bull.* 2008;34(3):408–411. <https://DOI:10.1093/schbul/sbn014>
13. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ; 1991.

Mikirtumov B.E., Zavitaev P.Yu. Autism: the history of the issue and the modern view. Sankt-Peterburg: N-L; 2012. (In Russ.).

Belyanin V.P. Psycholinguistics. M.: Flinta Mosk. psikhol.-sots. in-t; 2003. (In Russ.).

Dodonova N.A. O vozmozhnosti ispol'zovaniya metoda kontent-analiza rechevoj produkcii dlya diagnostiki bol'nyh nevrozami. Problemy sovershenstvovaniya medicinskoj pomoshchi naseleniyu g. Leningrada. L.:1988;164–165. (In Russ.).

Mikirtumov B.E., Il'ichev A.B. Clinical semantics of psychopathology. Sankt-Peterburg: SPbGPMa; 2007. (In Russ.).

Remeslo M., Nazyrov R. Kliniko-lingvisticheskie karakteristiki bol'nyh nevrozami i ih dinamika v processe psihoterapii. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2007;2:21–24. (In Russ.).

Condray R., Steinhauer S.R., van Kammen D.P., Kasperek A. The language system in schizophrenia: effects of capacity and linguistic structure. *Schizophr. Bull.* 2002;28(3):475–490. <https://DOI:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006955>

Ketteler D., Theodoridou A., Ketteler S., Jäger M. High order linguistic features such as ambiguity processing as relevant diagnostic markers for schizophrenia. *Schizophr. Res. Treatment*. 2012;2012:825050. <https://DOI:10.1155/2012/825050>

Moro A., Bambini V., Bosia M., Anselmetti S., Riccaboni R., Cappa S., Smeraldi E., Cavallaro R. Detecting syntactic and semantic anomalies in schizophrenia. *Neuropsychologia*. 2015;79(PtA):147–157. <https://DOI:10.1016/j.neuropsychologia.2015.10.030>

Karyakina M.V., Sidorova M.Yu., Shmukler A.B. Speech disorders in patients with schizophrenia. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2017;27(4):93–100. (In Russ.).

Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Storozhakova Ya.A. Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation in psychiatry. M.: Medpraktika-M; 2004. (In Russ.).

Rychkova O.V., Sil'chuk E.P. Disorders of social intelligence in patients with schizophrenia. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2010;20(2):5–15. (In Russ.).

Penn D.L., Sanna L.J., Roberts D.L. Social cognition in schizophrenia: an overview. *Schizophr. Bull.* 2008;34(3):408–411. <https://DOI:10.1093/schbul/sbn014>

Kritskaya V.P., Meleshko T.K., Polyakov Yu.F. Pathology of mental activity in schizophrenia: motivation, communication, knowledge. M.: Izd-vo MGU; 1991. (In Russ.).

14. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. М.: Ин-т психологии РАН; 2015.
Kritskaya V.P., Meleshko T.K. Pathopsychology of schizophrenia. M.: In-t psikhologii RAN; 2015. (In Russ.).
15. ОПД-2. Руководство по диагностике и планированию терапии. М.: Академический Проект; 2011.
OPD-2. Guide to diagnosis and therapy planning. M.: Akademicheskii Proekt; 2011. (In Russ.).
16. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. Т. 1. М.: Медицина; 1999.
Tiganov A.S. A guide to psychiatry. V. 1. M.: Meditsina; 1999. (In Russ.).
17. Buck B., Penn D.L. Lexical Characteristics of Emotional Narratives in Schizophrenia: Relationships With Symptoms, Functioning, and Social Cognition. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2015;203(9):702–708. <https://DOI:10.1097/NMD.0000000000000354>
Buck B., Penn D.L. Lexical Characteristics of Emotional Narratives in Schizophrenia: Relationships With Symptoms, Functioning, and Social Cognition. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2015;203(9):702–708. <https://DOI:10.1097/NMD.0000000000000354>
18. Strous R.D., Koppel M., Fine J., Nachliel S., Shaked G., Zivotofsky A. Automated characterization and identification of schizophrenia in writing. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2009;197(8):585–588. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181b09068
Strous R.D., Koppel M., Fine J., Nachliel S., Shaked G., Zivotofsky A. Automated characterization and identification of schizophrenia in writing. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2009;197(8):585–588. <https://DOI:10.1097/NMD.0b013e3181b09068>
19. Al-Mosaiwi M., Johnstone T. In an Absolute State: Elevated Use of Absolutist Words Is a Marker Specific to Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation. *Clinical Psychological Science.* 2018;6(4):529–542. <https://DOI:10.1177/2167702617747074>
Al-Mosaiwi M., Johnstone T. In an Absolute State: Elevated Use of Absolutist Words Is a Marker Specific to Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation. *Clinical Psychological Science.* 2018;6(4):529–542. <https://DOI:10.1177/2167702617747074>
20. Fineberg S., Deutsch-Link S., Ichinose M., McGuinness T. Word use in first-person accounts of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry.* 2015;206(1):32–38. <https://DOI:10.1192/bjp.bp.113.140046>
Fineberg S., Deutsch-Link S., Ichinose M., McGuinness T. Word use in first-person accounts of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry.* 2015;206(1):32–38. <https://DOI:10.1192/bjp.bp.113.140046>

Ениколопов Сергей Николаевич, кандидат психологических наук, заведующий отделом, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

E-mail: enikolopov@mail.ru

Медведева Татьяна Игоревна, младший научный сотрудник, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

E-mail: medvedeva.ti@gmail.com

Воронцова Оксана Юрьевна, научный сотрудник, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

E-mail: okvorontsova@inbox.ru

Иванова Полина Олеговна, младший научный сотрудник, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

E-mail: polisha.ms.ivanova@gmail.com

Sergey N. Enikolopov, Cand. Of Sci. (Psychol.), head of department, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

E-mail: enikolopov@mail.ru

Tatiana I. Medvedeva, junior researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

E-mail: medvedeva.ti@gmail.com

Oksana Yu. Vorontsova, researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

E-mail: okvorontsova@inbox.ru

Polina O. Ivanova, junior researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

E-mail: polisha.ms.ivanova@gmail.com

Дата поступления 19.01.2019

Date of receipt 19.01.2019

Дата принятия 26.02.2019

Accepted for publication 26.02.2019

УДК 616.894-053.8-07

Перспективы исследования «социального познания» для диагностики нейродегенеративных заболеваний позднего возраста. Часть 2. Результаты эмпирических исследований

Prospects for the study of «social cognition» for the diagnosis of late-life neurodegenerative diseases. Part 2. Results of empirical studies

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-81-65-68>

Горнушенков И.Д.¹, Плужников И.В.²

¹ МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

² ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Gornushenkov I.D.¹, Pluzhnikov I.V.²

¹ Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

² FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia



65

Цель работы: проанализировать перспективность исследования «социального познания» для решения диагностических задач геронтопсихиатрии.

Материалы и методы: по сочетанию ключевых слов «social cognition», «theory of mind» и «neurodegenerative diseases», «mild cognitive impairment» и др. в научных базах PubMed, ScienceDirect, PsycARTICLES и других отобраны и проанализированы публикации, выполненные за последнее десятилетие в формате обзоров, метаанализов и лонгитюдных исследований.

Результаты: нарушения модели психического (концепт, использующийся для оценки «социального познания», см. часть 1) отмечаются уже при мягком когнитивном снижении. Существуют данные о лучшей прогностической способности тестов модели психического по сравнению с имеющимися нейрокognитивными тестами для оценки рисков развития лобно-височной деменции. Ее нарушения могут иметь место до любых признаков заболевания, оцененных с помощью нейрокognитивного и нейровизуализационного исследований. Показана специфика данных нарушений при различных нейродегенеративных заболеваниях.

Выводы: выявленная чувствительность методик оценки модели психического, а также отмечаемая специфичность ее нарушения при разных нейродегенеративных заболеваниях свидетельствуют о перспективности данного направления исследований для решения задачи их ранней и дифференциальной диагностики. Результаты этих исследований требуют осмысления с точки зрения теоретико-методологических оснований отечественной психиатрии и клинической психологии.

Ключевые слова: социальное познание; модель психического; деменция; мягкое когнитивное снижение; диагностика.

Для цитирования: Горнушенков И.Д., Плужников И.В. Перспективы исследования «социального познания» для диагностики нейродегенеративных заболеваний позднего возраста. Часть 2. Результаты эмпирических исследований. *Психиатрия*. 2019;81(1):65–68.

Конфликт интересов отсутствует

The aim of the work: to analyze the prospects of the study of «social cognition» for solving diagnostic questions of geriatric psychiatry.

Materials and methods: By combining the key words «social cognition», «theory of mind» and «neurodegenerative diseases», «mild cognitive impairment», etc. in PubMed, ScienceDirect, PsycARTICLES databases was chosen and analyzed publications carried out in the last decades in the format of reviews, meta-analyses and longitudinal studies.

Results: Disturbance of the theory of mind (the concept used to evaluate «social cognition» see Part 1) is noted already with mild cognitive impairment. There are data on the better prognostic ability of the theory if mind tests compared to the available neurocognitive tests to assess the risks of developing frontal-temporal dementia. Its disturbances can occur before any signs of the neurodegenerative disease, estimated with the help of neurocognitive evaluation and neuroimaging study. Features of these disorders in different neurodegenerative diseases are shown.

Conclusion: The revealed sensitivity of the methods for assessing theory of mind, as well as the marked specificity of its disturbances in various neurodegenerative diseases, attests to the prospects of this research area for solving the problem of their early and differential diagnosis. Reviewed results require a comprehension from the point of view of the theoretical and methodological foundations of Russian psychiatry and clinical psychology.

Keywords: social cognition; theory of mind; dementia; mild cognitive impairment; diagnostics.

For citation: Gornushenkov I.D., Pluzhnikov I.V. Prospects for the study of «social cognition» for the diagnosis of late-life neurodegenerative diseases. Part 2. Results of empirical studies. *Psychiatry*. 2019;81(1):65–68.

There is no conflict of interest

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НДЗ И МОДЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОГО

Все существующие эмпирические исследования модели психического при нейродегенеративных заболеваниях (НДЗ) так или иначе ориентированы на уточнение ее роли для решения задач дифференциальной диагностики различных нозологических форм НДЗ, а также ранней диагностики нейродегенеративного процесса.

Оценить значимость исследования модели психического для ранней диагностики позволяют работы, сравнивающие ее состояние при развернутом нейродегенеративном процессе, мягком когнитивном снижении (МКС) и в условиях нормального физиологического старения, а также лонгитюдные исследования, дающие возможность выяснить роль ее «снижения» для дальнейших изменений психического функционирования пожилого человека.

В метааналитическом исследовании E. Vora и G. Yener [1] объединены данные 17 работ, посвященных изменению модели психического при МКС. В анализ включались исследования, представляющие межгрупповые сравнения пациентов с МКС и группой здорового контроля. После отбора публикаций, в исследуемую выборку вошли 513 пациентов с МКС и 693 условно здоровых испытуемых. Сравнение клинической и контрольной групп показало сниженные результаты по тестам модели психического в группе пациентов с МКС. В среднем степень данного снижения была умеренно выражена, не превышала 1,5 ст. отклонений и «у большинства пациентов с МКС была скорее вторичной по отношению к когнитивным нарушениям» (там же).

Вместе с тем в общей клинической выборке выделялась небольшая группа, которая имела значительно более низкий результат по тестам модели психического, чем другие пациенты. По предположению авторов значительная выраженность нарушений модели психического в данной группе может быть предиктором поведенческих нарушений в будущем или возможного развития лобно-височной деменции (ЛВД). Излагаемая ниже работа подтверждает верность такого предположения.

Лонгитюдное исследование Pardini с коллегами [2] на сегодняшний день, пожалуй, представляет наиболее убедительные доказательства большой перспективности и клинической значимости исследования модели психического у пожилых людей. Целью авторов было проверить предположение о том, что нарушение модели психического является диагностическим маркером, способным предсказать развитие лобно-височной деменции. Ими было обследовано 4150 здоровых пожилых людей в возрасте от 50 до 60 лет. Для оценки состояния модели психического использовался тест RME, также использовались стандартные когнитивные тесты: MMSE, батарея лобной дисфункции (FAB), тесты вербальной беглости, тесты копирования и воспроизведения комплексной фигуры Рея и др.

Испытуемые, имеющие снижения по стандартным когнитивным тестам, были исключены из исследования. Далее в выборке была выделена группа из 89 человек, имевших снижение более 2 ст. отклонений по тесту RME. Всем испытуемым данной группы было проведено МРТ-исследование, по результатам которого было исключено еще 6 человек с аномальными изменениями мозгового субстрата. Таким образом, экспериментальная группа состояла из 83 здоровых пожилых человека с нормативными показателями когнитивного нейропсихологического и МРТ-исследования, но имеющих снижение по тесту RME. Они были обследованы с использованием тех же исследовательских процедур через 2 года. В качестве группы контроля было привлечено 150 испытуемых из первоначальной выборки. При повторном исследовании в экспериментальной группе было обнаружено значимое снижение результатов нейрокогнитивного исследования, а также наличие признаков фронтальной атрофии. Результаты нейропсихологического, нейровизуализационного и «поведенческого» обследования 12 испытуемых из 83 человек экспериментальной группы были сопоставимы с диагностическими критериями «вероятной» лобно-височной деменции. В контрольной группе подобные изменения отсутствовали. На основании полученных данных авторы делают вывод о том, что изолированное нарушение модели психического в пожилом возрасте может рассматриваться как диагностический маркер высокого риска развития лобной дисфункции и когнитивного снижения в ближайшем будущем, а также рекомендуют включать тесты, оценивающие модель психического, в рутинную практику исследования пожилых пациентов.

Таким образом, мы видим значительную перспективность исследования модели психического для решения задачи ранней диагностики НДЗ. Для проведения такого исследования на российской популяции ближайшей целью может стать адаптация необходимого методического арсенала, его сопоставление с традиционными для отечественной клинической психологии методиками и выяснение целесообразности включения новых методик в принятую процедуру обследования пожилых пациентов.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НДЗ И МОДЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОГО

Второе направление исследований модели психического направлено на изучение ее роли для дифференциальной диагностики нозологически различных форм НДЗ. «Удельный вес» нарушений модели психического в общей структуре синдромов различен при разных нозологиях.

В табл. 1 представлена специфика нарушения модели психического на основании обобщения имеющихся обзоров и метааналитических исследований. Она носит приблизительный характер и нуждается в дальнейшем уточнении и исследовании.

Таблица 1/ Table 1

Специфика нарушения модели психического при различных НДЗ/Specificity of «theory of mind» in different neurodegenerative disease

	Болезнь Альцгеймера/ Alzheimer's disease	Лобно-височная деменция/Frontotemporal dementia	Болезнь Паркинсона/ Parkinson's disease	Деменция/Lewy bodies dementia
Время появления/Stage of onset	Уже на ранних стадиях (MMSE \geq 27)*/In early stage	До появления первых признаков заболевания/ Before first symptoms of disease	Уже на ранних стадиях (MMSE \geq 27)*/In early stage	Уже на ранних стадиях (MMSE \geq 27)*/In early stage
Скорость развития/Speed of progression	Постепенно, по мере прогрессирования когнитивной дисфункции/ Slowly	Быстро/Rapidly	Нет данных/ND	Нет данных/ND
Выраженность в картине нарушений других психических функций/Others mental disorders in clinical picture	Скорее вторично по отношению к когнитивным нарушениям/Secondary to cognitive dysfunction	Первично, до появления когнитивных нарушений/ Primary, but before cognitive dysfunction	Скорее одновременно с нарушением регуляторных функций/ In parallel with regulatory disorders	Нет данных/ND
Специфика нарушения, какой из компонентов оказывается нарушенным/Specificity of components disordered	Оба/Both	Оба, прежде всего эмоциональный компонент/Both, but emotional component first of all	Когнитивный компонент/Cognitive component	Оба/Both

* На основании исследования МКС E. Bora и G. Yener (2017).

Наиболее выраженные нарушения модели психического по сравнению с другими заболеваниями имеют место при ЛВД. Согласно имеющимся данным, они занимают центральное место в картине нарушений и проявляются до любых доступных для нейропсихологического, нейровизуализационного исследований признаков заболевания [2, 3].

По сравнению с этим при БА на ранних стадиях заболевания нарушения модели психического оказываются относительно невыраженными в сопоставлении со степенью нарушения других когнитивных нарушений и нарастают постепенно по мере развития заболевания [1, 3]. Также существуют некоторые качественные различия в характере выполнения тестовых заданий пациентами этих групп. Например, пациенты с ЛВД испытывают трудности с отграничением собственного взгляда на ситуацию от «ложных убеждений» (false belief task), а пациенты с БА — при совершении вывода об убеждениях другого в ситуациях, где убеждения протагониста соответствуют реальности (true belief task) [см. подробнее 4]. Это позволяет использовать данные исследования модели психического для дифференциации лобно-височной деменции и болезни Альцгеймера на ранних стадиях заболевания.

При болезни Паркинсона (БП) на начальных стадиях происходит нарушение когнитивного компонента модели психического [5, 6]. Эмоциональный компонент остается сохранным. В дальнейшем уточнении нуждается специфика нарушения когнитивного компонента, поскольку они в какой-то мере могут быть объяснены нарушением регуляторных функций (там же).

Исследований нарушений модели психического при деменции с тельцами Леви (ДТЛ) относительно немного. Показано, что имеет место нарушение обоих компонентов модели психического при ДТЛ, специфика нарушений требует дальнейшего уточнения [7].

Таким образом, существует определенная специфика нарушения модели психического при разных формах НДЗ. Включение оценки модели психического в традиционное нейропсихологическое обследование и анализ результатов посредством синдромного анализа А.Р. Лурия потенциально может помочь при поиске «двойных диссоциаций» и, следовательно, при квалификации нарушений на ранних стадиях заболевания. Например, сопоставление выраженности нарушения традиционно исследуемых познавательных функций и модели психического может помочь при прогнозе вероятности развития ЛВД, как было показано в уже процитированных нами исследованиях. Оценка этих возможностей должна стать предметом будущих исследований.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С учетом перспективности исследования социального познания при НДЗ для решения задач ранней и дифференциальной диагностики, а также требований современных классификаторов психических расстройств, встает необходимость его осмысления с точки зрения теоретико-методологических оснований отечественной психиатрии и клинической психологии, разработки или адаптации методического арсенала, который позволит включить исследование социального познания в практику обследования пожилых людей.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Bora E., Yener G.G. Meta-analysis of social cognition in mild cognitive impairment. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 2017;30(4):206–213. [https://DOI: 10.1177/0891988717710337](https://DOI:10.1177/0891988717710337)
2. Pardini M., Gialloreti L.E., Mascolo M., Benassi F., Abate L., Guida S., Viani E., Dal Monte O., Schintu S., Krueger F., Cocito L. Isolated theory of mind deficits and risk for frontotemporal dementia: a longitudinal pilot study. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 2013;84(7):818–821. [https://DOI: 10.1136/jnnp-2012-303684](https://DOI:10.1136/jnnp-2012-303684)
3. Bora E., Walterfang M., Velakoulis D. Theory of mind in behavioural-variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: a meta-analysis. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 2015;86(7):714–719. [https://DOI: 10.1136/jnnp-2014-309445](https://DOI:10.1136/jnnp-2014-309445)
4. Le Bouc R., Lenfant P., Delbeuck X., Ravasi L., Lebert F., Semah F., Pasquier F. My belief or yours? Differential theory of mind deficits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Brain*. 2012;35(10):3026–3038. [https://DOI: 10.1093/brain/aws237](https://DOI:10.1093/brain/aws237)
5. Poletti M., Enrici I., Bonuccelli U., Adenzato M. Theory of Mind in Parkinson's disease. *Behavioural. Brain Research*. 2011;219(2):342–350. [https://DOI: 10.1016/j.bbr.2011.01.010](https://DOI:10.1016/j.bbr.2011.01.010)
6. Bodden M.E., Dodel R., Kalbe E. Theory of mind in Parkinson's disease and related basal ganglia disorders: a systematic review. *Movement Disorders* 2010;25(1):13–27. [https://DOI: 10.1002/mds.22818](https://DOI:10.1002/mds.22818)
7. Heitz C., Noblet V., Phillipps C., Cretin B., Vogt N., Philipp N., Kemp J., de Petigny X., Bilger M., Demuynck C., Martin-Hunyadi C. Cognitive and affective theory of mind in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *Alzheimer's Research & Therapy*. 2016;8(1):10. <https://DOI:10.1186/s13195-016-0179-9>

Горнушенков Иван Денисович, студент, МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

E-mail: gornushenkov.i.d@gmail.com

Плужников Илья Валерьевич, кандидат психологических наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

E-mail: pluzhnikov.iv@gmail.com

Ivan D. Gornushenkov, student, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

E-mail: gornushenkov.i.d@gmail.com

Ilia V. Pluzhnikov, Cand. of Sci. (Psychol.), leading researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

E-mail: pluzhnikov.iv@gmail.com

Дата поступления 05.10.2018

Date of receipt 05.10.2018

Дата принятия 25.12.2018

Accepted for publication 25.12.2018

УДК 616.89:616.24

Психические расстройства при легочной гипертензии**Mental disorders in pulmonary hypertension**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-81-69-81>**Самушия М.А., Рожкова Ю.И.**

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

Samushiya M.A., Rozhkova Yu.I.

Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia



69

Цель работы: представить анализ современных публикаций по проблеме психических расстройств и конституционально-личностных особенностей пациентов с легочной гипертензией.

Материал и методы: по ключевым словам «легочная гипертензия», «легочная артериальная гипертензия» в научных базах PubMed, MEDLINE и других проведен отбор и анализ публикаций за последние два десятилетия.

Результаты: в настоящее время известно, что легочная гипертензия — тяжелое патологическое состояние, которое характеризуется прогрессирующим повышением легочного сосудистого сопротивления, что приводит к осложнениям, угрожающим жизни. Легочная гипертензия является мультидисциплинарной проблемой. Неуклонное нарастание выраженности основных симптомов сердечно-сосудистого заболевания приводит к значительным ограничениям в физической активности, ухудшению качества жизни, манифестации психопатологических нарушений. В настоящем обзоре приведен анализ имеющихся в литературе данных по распространенности и спектру психических расстройств у пациентов с разными формами легочной гипертензии, а также результаты исследований, направленных на изучение конституционально-личностных особенностей пациентов с легочной гипертензией, способы реагирования на болезнь и формирование определенных типов внутренней картины болезни.

Вывод: в наиболее разработанном виде в литературе представлена общая распространенность тревожных и депрессивных расстройств, однако недостаточно освещены вопросы психопатологической структуры расстройств, конституционально-личностного предрасположения, формирования внутренней картины болезни при легочной гипертензии.

Ключевые слова: легочная гипертензия; психические расстройства; качество жизни; личность; отношение к болезни.

Для цитирования: Самушия М.А., Рожкова Ю.И. Психические расстройства при легочной гипертензии. *Психиатрия*. 2019;81(1):69–81.

Конфликт интересов отсутствует

The aim of work: to present the analysis of modern scientific publications on the issue of mental disorders and constitutional-personality characteristics of patients with pulmonary hypertension.

Material and methods: according to the key words «pulmonary hypertension», «pulmonary arterial hypertension» publications over the past two decades were selected and analyzed in the scientific bases PubMed, MEDLINE and others resource.

Results: to date, it is known that pulmonary hypertension is a severe pathological condition which is characterized by a progressive increase of pulmonary vascular resistance and leading to life-threatening complications. Pulmonary hypertension is a multidisciplinary problem. The steady increase in the severity of the main symptoms results in decreased physical activity, quality of life and socio-psychological disorders manifestation. This review carries out the literature data about prevalence and spectrum of mental disorders in different groups of pulmonary hypertension patients. In addition, there were analyzed researches aimed to study constitutional-personality characteristics, coping styles and forming certain types of internal picture of disease.

Conclusion: the general prevalence of anxious and depressive disorders are presented in the literature in the most developed form, however, the issues of the psychopathological structure of disorders, the constitutional-personality predisposition, the formation of the internal picture of the disease in pulmonary hypertension are not covered adequately.

Keywords: pulmonary hypertension; mental disorders; quality of life; personality; attitude towards the disease.

For citation: Samushiya M.A., Rozhkova Yu.I. Mental disorders in pulmonary hypertension. *Psychiatry*. 2019;81(1):69–81.

There is no conflict of interest

Список сокращений:

ВПС	— врожденный порок сердца;
ЛГ	— легочная гипертензия;
ЛАГ	— легочная артериальная гипертензия;
ССД	— системная склеродермия;
ФП	— фибрилляция предсердий;
ХТЭЛГ	— хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия.

Легочная гипертензия (ЛГ) относится к патофизиологическим состояниям, осложняющим течение многих сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний. В основе ЛГ лежит повышение легочного сосудистого сопротивления различной этиологии [1]¹, что связано с высоким риском быстрой инвалидизации и приводит к развитию жизнеугрожающих осложнений в короткие сроки [2]. ЛГ в структуре заболеваемости населения сердечно-сосудистыми заболеваниями уступает ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии, находясь на третьем месте по распространенности, что, вероятно, связано с тем фактом, что ЛГ представляет собой сложное полиэтиологическое состояние.

Клиническая классификация ЛГ включает пять групп, объединенных общими патофизиологическими, клиническими, гемодинамическими характеристиками и стратегией лечения. Легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) составляет первую группу и включает в себя ряд гетерогенных заболеваний со схожей клинической, гемодинамической картиной и изменениями микроциркуляторного русла, а именно: идиопатическую, наследственную, индуцированную приемом лекарственных средств и ассоциированную с другими состояниями и заболеваниями ЛАГ [2]. Остальные четыре группы представлены ЛГ, ассоциированной с поражением левых отделов сердца; ЛГ, ассоциированной с заболеваниями легких и/или гипоксией; хроническая тромбоэмболическая ЛГ (и другие виды обструкции лёгочной артерии) и ЛГ с неизвестными и/или многофакторными механизмами (табл. 1).

Усовершенствование методов ведения, обследования и лечения больных с легочной гипертензией, в том числе широкое применение специфической терапии, привели к увеличению выживаемости пациентов. Общая смертность больных ЛАГ на фоне лечения, согласно данным метаанализа, уменьшилась на 43% [3]. Однако, несмотря на все достижения современной медицины в лечении различных форм ЛГ, проблема заболеваний этого круга остается актуальной и злободневной, что связано с неблагоприятным в целом

прогнозом, который заключается в неуклонном нарастании правожелудочковой сердечной недостаточности и смерти [4]. Симптомы развивающейся патологии оказывают значительное отрицательное влияние на физическую активность, приводя к существенным изменениям в привычном образе жизни, снижению толерантности к физическим нагрузкам, психоэмоциональным расстройствам, что отражается на качестве жизни больных [5–8].

Распространенность и спектр психопатологических расстройств при легочной гипертензии

В течение последних десятилетий психические расстройства в кардиологии приобретают статус одного из факторов, первоначально значимых для качества клинической и социальной реабилитации пациентов и прогнозирования выживаемости. Частота психических нарушений тревожно-депрессивного круга, выявляемых у пациентов с разными формами ЛГ, по оценкам разных авторов, составляет от 21 до 51% [8–13].

Согласно исследованию В. Löwe и соавт. (2004), примерно у 35,4% пациентов с ЛГ различной этиологии выявляется одно или несколько психических расстройств [9]. Спектр психической патологии, выявляемой у пациентов с ЛГ, по данным доступной литературы, представлен преимущественно тревожными и депрессивными расстройствами. Согласно приведенным показателям в ряде исследований, в 15,9–50,6% случаев у пациентов с ЛГ диагностируется депрессия, у 7,1–62% больных — расстройства тревожного спектра, при этом речь идет в том числе и о паническом расстройстве с явлениями гипервентиляции, возникновение которой ассоциировано с выраженностью объективных симптомов одышки [8–15]. При этом необходимо отметить зависимость приводимых оценок распространенности психических расстройств при ЛГ от характеристик изучаемых выборок: сравнительно высокие значения распространенности тревожно-депрессивных расстройств (до 61,9%) характерны для пациентов с клинической картиной тяжелой сердечно-сосудистой недостаточности [9, 10].

Учитывая то, что в структуре ЛГ одной из наиболее распространенных форм является легочная артериальная гипертензия (ЛАГ — первая группа в соответствии с классификацией), часть исследований направлена на изучение психических расстройств и среди этой категории больных. Спектр психической патологии, выявляемой у пациентов с различными формами ЛАГ (включая идиопатическую, семейную формы и ассоциированную с приемом лекарств и некоторыми патологическими состояниями), по данным доступной литературы, представлен прежде всего тревожными, тревожно-депрессивными и когнитивными нарушениями. По разным данным, от 7,5 до 55% пациентов с ЛАГ страдают расстройствами депрессивного круга, у 9–48% больных диагностируются тревожные расстройства [5–7, 16–18]. В 58% случаев у пациентов с ЛАГ по данным нейрокогнитивных исследований регистрируются нарушения когнитивных

¹ Согласно модифицированной классификации, принятой в 2013 г. на V Всемирном симпозиуме в Ницце, клиническая классификация легочной гипертензии включает в себя 5 групп и 27 подгрупп патологических состояний, которые объединены схожими патофизиологическими, гемодинамическими и клиническими характеристиками (легочная артериальная гипертензия, легочная гипертензия, связанная с патологией левых отделов сердца, связанная с заболеванием легких и/или гипоксией, легочная гипертензия в результате хронических тромбозов и/или эмболий, легочная гипертензия с неясными и/или многофакторными механизмами), также была разработана модифицированная функциональная классификация легочной гипертензии (NYHA) [1].

Таблица 1/Table 1

Клиническая классификация ЛГ согласно рекомендациям 2015 ESC/ERS*/Clinical classification of pulmonary hypertension on 2015 ESC/ERS

1. Легочная артериальная гипертензия	1'. Веноокклюзионная болезнь легких и/или легочный капиллярный гемангиоматоз	1". Персистирующая ЛГ новорожденных
1.1. Идиопатическая 1.2. Наследственная 1.3. Индуцированная приёмом лекарств или токсинов 1.4. Ассоциированная с: 1.4.1. Системными заболеваниями соединительной ткани 1.4.2. ВИЧ-инфекцией 1.4.3. Портальной гипертензией 1.4.4. Врожденными пороками сердца 1.4.5. Шистосомозом	1'.1. Идиопатическая 1'.2. Наследственная 1'.3. Индуцированная приёмом лекарств, токсинов, радиацией 1'.4. Ассоциированная с: 1'.4.1. Системными заболеваниями соединительной ткани 1'.4.2. ВИЧ-инфекцией	
2. ЛГ вследствие патологии левых камер сердца		
2.1. Систолическая дисфункция ЛЖ 2.2. Диастолическая дисфункция ЛЖ 2.3. Клапанные пороки 2.4. Врожденная/приобретенная обструкция входного/выходного тракта ЛЖ и врожденные кардиомиопатии 2.5. Врожденные/приобретенные стенозы легочных вен		
3. ЛГ вследствие патологии легких и/или гипоксии		
3.1. Хроническая обструктивная болезнь легких 3.2. Интерстициальная болезнь легких 3.3. Другие заболевания легких со смешанным рестриктивным и обструктивным компонентами 3.4. Нарушения дыхания во время сна 3.5. Альвеолярная гиповентиляция 3.6. Хроническое пребывание в условиях высокогорья 3.7. Пороки развития легких		
4. Хроническая тромбоэмболическая ЛГ и другие виды обструкции лёгочной артерии		
4.1. Хроническая тромбоэмболическая ЛГ 4.2. Другие виды обструкции легочной артерии: 4.2.1. Ангиосаркома 4.2.2. Другие внутрисосудистые опухоли 4.2.3. Артериит 4.2.4. Врожденные стенозы легочных артерий 4.2.5. Паразиты (гидатидиоз)		
5. ЛГ с неясными и/или множественными механизмами		
5.1. Гематологические нарушения: хроническая гемолитическая анемия, миелопролиферативные заболевания, спленэктомия 5.2. Системные заболевания: саркоидоз, легочный гистиоцитоз, лимфангиолейомиоматоз, нейрофиброматоз 5.3. Метаболические заболевания: болезнь накопления гликогена, болезнь Гоше, заболевания щитовидной железы 5.4. Другие: опухолевая тромботическая микроангиопатия лёгких, фиброзирующий медиастенит, хроническая почечная недостаточность, сегментарная лёгочная гипертензия		

* Galie N., Humbert M., Vachiery J.-L. et al., 2015. ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: The Joint Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS): Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT), European Heart Journal, Volume 37, Issue 1, 1 January 2016, Pages 67–119.

функций, в частности ухудшение вербальной и рабочей памяти [7].

В подгруппе ЛАГ, ассоциированной с различными состояниями, наиболее распространенной причиной развития нарушения гемодинамики являются системные заболевания соединительной ткани, преимущественно системная склеродермия (ССД) [19]. Системная склеродермия, или прогрессирующий системный склероз — полисиндромное воспалительное заболевание соединительной ткани аутоиммунного генеза с большим полиморфизмом клинической картины, проявляющееся характерными изменениями кожного покрова, опорно-двигательной системы, внутренних органов (сердца, легких, почек и пищеварительного тракта) и нарушениями микроциркуляции с вазоспастическими

проявлениями по типу синдрома Рейно, в основе которого лежит поражение соединительной ткани с преобладанием процессов воспаления и фиброза сосудов в виде облитерирующего эндартериита, что, в свою очередь, приводит к формированию ЛАГ [20–23].

В доступной литературе указывается на преобладание у большинства пациентов со склеродермией в психопатологической картине депрессивных, тревожных, обсессивно-компульсивных и ипохондрических расстройств, а также склонности к соматизации [24–30]. Несколько реже встречаются когнитивные нарушения и психотические симптомы, однако их распространенность выше по сравнению со соматически здоровой группой [31].

В работах L.M. Benrud-Larson и соавт. (2003) описываются случаи развития дисморфофобической

симптоматики в структуре тревожных расстройств. Развивающаяся на этапе первых клинических проявлений болезнь связана с поражением кожи: пациенты постепенно теряют тактильную чувствительность с последующим нарушением контакта с окружающим миром (ощущение «закованности в броню»), с течением болезни появляются деформации конечностей, существенно изменяется внешний облик пациентов, уменьшается объем привычных движений, что приводит к развитию неудовлетворенности своим телом, измененному самовосприятию, снижению самооценки [25, 32]. В дальнейшем, при нарастании в клинической картине системной склеродермии патологии внутренних органов, в частности возникновения проявлений ЛАГ, приводящих к значительным ограничениям в физической нагрузке и нарастанию хронической сердечной недостаточности, авторы указывают на трансформацию психопатологической симптоматики, которая претерпевает изменения в сторону расстройств депрессивного круга [26, 33, 34]. Подтверждением высокой частоты встречаемости депрессивных расстройств в группе больных с ССД являются данные анализа имеющихся на сегодняшний день исследований, свидетельствующих о распространенности депрессии среди больных склеродермией в пределах 36–81% [25, 26, 33, 34].

Исследования психических расстройств у пациентов с врожденными пороками сердца (ВПС), приводящими к развитию системно-легочного шунтирования как одной из частых причин развития легочной артериальной гипертензии, демонстрируют более низкие показатели распространенности депрессивных и тревожных расстройств, зачастую приближающихся к таковым в общей популяции [35, 36]. Так, в недавнем исследовании Р. Amedro и соавт. (2016) было показано, что снижение качества жизни у пациентов с ВПС оказалось менее значимым, чем при других формах ЛАГ, что, вероятно, связано с приспособлением пациентов к своему заболеванию, начиная с детского возраста [37]. Этот же факт отмечают отечественные исследователи А.Н. Алёхин, Е.В. Андреева и соавт. (2012) в сравнительном исследовании качества жизни у больных с ЛАГ и синдромом Эйзенменгера — редкой и тяжелой формой патологии, которая развивается при некоторых врожденных пороках сердца, сочетанных с высокой легочной гипертензией при наличии артериовенозного шунтирования. Авторы отмечают, что у больных с синдромом Эйзенменгера наблюдаются более высокие показатели качества жизни, удовлетворительная социально-психологическая и профессиональная адаптация. Исследователи связывают этот факт с постепенной адаптацией к болезни с детского возраста и несформированностью у этой группы больных собственных эталонов здоровья, так называемого «опыта здоровья» [38]. Т. Hogner и соавт. (2000) описывают механизм «отрицания» как способ преодоления болезни у пациентов с ВПС, с последующим развитием преимущественно диссоциативного варианта реагирования на соматическую патологию [39]. Однако в ряде

исследований имеются противоположные сведения касательно распространенности психических расстройств при ВПС. Так, по разным данным, у 9–38% больных выявляются расстройства депрессивного спектра, а у 9–30% — тревожные расстройства [39–46].

Хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия (ХТЭЛГ), наряду с другими обструкциями легочной артерии, относится к четвертой группе легочной гипертензии. В имеющейся на сегодняшний день литературе проблема распространенности психических нарушений при ХТЭЛГ освещена недостаточно полно. Существуют немногочисленные данные о распространенности депрессии и тревоги в смешанной группе пациентов с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией и легочной артериальной гипертензией. Так, тревожно-депрессивные расстройства были выявлены у 22,8–51% пациентов, депрессия была диагностирована у 20,3–41% пациентов, а тревога — у 10,7–58% [10, 12, 13, 47]. В исследованиях, включавших пациентов с ХТЭЛГ, в 37,5–56,5% случаев была выявлена депрессия, тревога — в 43,5% случаев, кроме того, в исследовании Е. Pfeuffer и соавт. (2017) было показано преобладание депрессии в группе пациентов с ХТЭЛГ по сравнению с ЛАГ [48, 49].

Таким образом, обобщая данные о распространенности психопатологических нарушений в группе больных с различными формами ЛГ, распределение психической патологии выглядит следующим образом (табл. 2).

Суммируя полученные результаты, необходимо отметить достаточно широкий разброс данных по распространенности психической патологии у больных ЛГ: депрессии диагностируются у 7,5–56,5% случаев, расстройства тревожного спектра — у 7,1–62%. Значительные расхождения в показателях распространенности связаны с существенными ограничениями представленных исследований: в большинстве работ изучались нозологически гетерогенные выборки в отношении легочной гипертензии, крайне редко учитывалась тяжесть течения соматической патологии на момент скрининга, а диагностические инструменты охватывали лишь ограниченный спектр психической патологии преимущественно депрессивного и тревожного круга, что объясняет противоречивость и разнородность приводимой информации.

Расстройства личности при легочной гипертензии

Легочная гипертензия, как уже обсуждалось ранее, относится к группе сердечно-сосудистых заболеваний, которые зачастую приводят к тяжелым жизнеугрожающим последствиям. Личностный фактор в этой группе больных рассматривался в трудах большого количества исследователей как важная составляющая при формировании «сознания болезни», главным образом в рамках психологических концепций — копинг-стиль, психологических феноменов «внутренней картины болезни» и качества жизни [50–58].

Так, в проведенном М. Kingman, В. Hinzmann и соавт. (2014) исследовании была предпринята попытка

Таблица 2/Table 2

Результаты исследований по распространенности психических расстройств у пациентов с легочной гипертензией/Prevalence of mental disorders in pulmonary hypertension (literature data)

Авторы	Группа пациентов с ЛГ	Шкалы и опросники	Результаты исследований по распространенности психической патологии
Löwe et al., 2004	164 пациента с ЛГ	PHQ	35,4% — одно или несколько психических расстройств 15,9% — большое депрессивное расстройство 10,4% — паническое расстройство распространенность психических расстройств связана с функциональным классом по NYHA: 17,7% (NYHA I), 31,7% (NYHA II), 32,5% (NYHA III), 61,9% (NYHA IV)
Somaini et al., 2016	131 пациент с ЛГ	HADS	40% — тревожно-депрессивные расстройства 33% — депрессия 34% — тревога тревожно-депрессивные расстройства связаны с функциональным классом по ВОЗ и чаще диагностируются у инцидентных пациентов по сравнению с превалентными пациентами
Larisch et al., 2014	187 пациентов с ЛГ	PHQ-9	50,6% — депрессивные расстройства различной степени тяжести 19,2% — большое депрессивное расстройство 7,1% — паническое расстройство
Looper et al., 2009	52 пациента с ЛГ	BDI	21% — депрессия средней тяжести и тяжелая
Tartavouille, 2015	166 пациентов с ЛГ	DASS-21	33% — депрессия 62% — тревога 40% — симптомы стресса
Harzheim et al., 2013	158 пациентов с ЛГ	PHQ-9 GAD-7	22,8% — депрессия или тревога средней тяжести и тяжелая 20,3% — депрессия средней тяжести и тяжелая 10,7% — тревога средней тяжести и тяжелая
Yorke J et al., 2018	185 пациентов с ЛГ	HADS	28% — депрессия средней тяжести и тяжелая 38% — тревога средней тяжести и тяжелая
McCollister et al., 2010	100 пациентов с ЛАГ	PHQ-8	55% — депрессивные расстройства разной степени тяжести: 15% — большое депрессивное расстройство, 40% — депрессия легкой и средней степени тяжести
Taichman et al., 2005	155 пациентов с ЛАГ	SF-36	10% — депрессия 9% — тревога
Vanhoof et al., 2014	101 пациент с ЛАГ	DASS-21	32,6% — депрессия разной степени тяжести 48% — тревога разной степени тяжести 27,6% — симптомы стресса разной степени тяжести
White et al., 2006	46 пациентов с ЛАГ	BDI BAI	26% — депрессия средней тяжести и тяжелая 19,6% — тревога средней тяжести и тяжелая 58% — нарушения когнитивных функций
Shafazand et al., 2004	53 пациента с ЛАГ	HADS	75% — депрессия средней тяжести и тяжелая 20,5% — тревога средней тяжести и тяжелая
Von Visger et al., 2018	108 пациентов с ЛАГ	PHQ-9	29,6% — распространенность психических расстройств 15,7% — большое депрессивное расстройство 9,3% — другие депрессивные расстройства 7,7 — паническое расстройство 3,8 — другие тревожные расстройства
Pfeuffer et al., 2017	70 пациентов с ЛАГ, 23 пациента с ХТЭЛГ	HADS	30% — депрессия в группе ЛАГ 32,9% — тревога в группе ЛАГ 56,5% — депрессия в группе ХТЭЛГ 43,5% — тревога в группе ХТЭЛГ
Aguirre-Camacho, Moreno-Jiménez, 2018	64 пациента с ЛАГ и ХТЭЛГ	HADS	50,50% — клинически значимая депрессия 56,50% — клинически значимая тревога
Halimi et al., 2018	55 пациентов с ЛАГ и ХТЭЛГ	HADS	51% — тревожно-депрессивные расстройства 41% — депрессия 58% — тревога
Funabashi et al., 2017	40 пациентов с ХТЭЛГ	QIDS-SR	37,5% — депрессия легкой, средней тяжести, тяжелая или крайне тяжелая

ЛГ — легочная гипертензия; ЛАГ — легочная артериальная гипертензия; ХТЭЛГ — хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия; PHQ — опросник здоровья пациента; PHQ-9, PHQ-8 — опросники здоровья пациента для диагностики депрессии; GAD-7 — опросник для оценки генерализованного тревожного расстройства; HADS — госпитальная шкала тревоги и депрессии; SF-36 — опросник оценки качества жизни; BDI — шкала депрессии Бека; BAI — шкала тревоги Бека; DASS-21 — шкала депрессии, беспокойства и стресса; QIDS-SR — краткий опросник самооценки депрессивной симптоматики.

выделения основных спектров защитных механизмов, наблюдаемых у пациентов, страдающих ЛГ. По результатам исследования определились две основные группы пациентов. Первая группа отличалась высокой

степенью социальной адаптации (были в меньшей степени зависимы от окружения, более мотивированы на социальную активность, трудоустроены), у пациентов преобладал проблемно-ориентированный (problem-

focused) копинг-стиль, в структуре которого на первый план выступали компенсация и рационализация (пациенты осознавали тяжесть своего состояния и брали на себя ответственность за выздоровление, рационально подходили к процессу лечения, как правило, не изменяли привычного образа жизни). Пациенты второй группы, напротив, отличались выраженной десоциализацией: в группе с высокой частотой выявлялись расстройства депрессивного спектра, преобладал субъективно-ориентированный копинг-стиль (emotion-focused), который не сопровождается целенаправленными и конкретными действиями, а проявляется эмоциональным реагированием в виде нежелания думать о проблеме, вовлечения окружающих в собственные переживания, желаний забыться, переключиться на другую деятельность и т.п. К сожалению, в проведенном исследовании не проведен анализ соотношения особенностей защитного репертуара и патохарактерологических особенностей пациентов [54].

В числе современных публикаций, освещающих проблему соотношения расстройств личности и ЛГ в рамках концепции «внутренней картины болезни», необходимо отметить целую серию работ отечественных исследователей — А.Н. Алёхина, Е.В. Андреевой и соавт. (2012). В соответствии с оценкой по методике ТОБОЛ² авторы не выявили статистически значимой разницы по распределению типов реагирования на болезнь в группах пациентов с ЛАГ и фибрилляцией предсердий (ФП), тем не менее у пациентов с ЛАГ преобладал эргопатический тип, при котором доминирует тенденция к минимизации тех аспектов болезни, которые имеют угрожающий смысл: исключается возможность летального исхода, формируются представления о «чудесном» исцелении, а тяжелые проявления болезни субъективно воспринимаются в большей мере как возможно устранимая проблема, несколько снижающая повседневную активность, а не как тягостное или крайне болезненное состояние. При этом авторы, проведя сравнительный анализ больных ЛАГ с пациентами с синдромом Эйзенгеймера, отмечают значимые межгрупповые различия: у пациентов с синдромом Эйзенгеймера в связи с неполным формированием эталонов здоровья отмечается более толерантное отношение к соматическому неблагополучию и одновременно более выраженная тенденция к отказу от борьбы с заболеванием [38, 49].

При сравнении типов отношения к болезни пациентов с ЛАГ и ФП (Алёхин А.Н., Чумакова И.О. и др., 2012) исследователями были выявлены достоверные различия в выраженности отдельных тенденций в структуре внутренней картины болезни. Несмотря на менее

благоприятный прогноз и большую обременительность болезни у больных ЛАГ, пациенты были менее склонны непродуктивно фиксироваться на неприятных ощущениях, менее раздражительны, конфликтны и тревожны, отмечалось формирование своеобразного «стоицизма» (озабоченность возможным обременением близких своим заболеванием, а также стремление скрывать от других людей факт болезни) в отличие от пациентов, страдающих ФП — распространенной, как правило, обратимой формой нарушения ритма, которая в большинстве случаев не представляет прямой угрозой для жизни больного, у которых психологическая адаптация к заболеванию была значительно нарушена. В группе больных с ФП были отмечены более явные тенденции к ипохондрической фиксации на ощущениях, раздражительная «усталость» от болезни, эмоциональная напряженность, дисфоричность [60].

В работе Е.В. Андреевой (2012) представлены результаты исследования отношения болезни у пациенток с ЛАГ на разных этапах прогрессирования соматической патологии. Автором установлена условная граница тяжести проявления ЛАГ (переход из второго функционального класса в третий), при достижении которой прослеживается выраженный качественный «сдвиг» адаптационных механизмов: усиление ситуационной и личностной тревожности, нарастание астенических проявлений, а также усиление ипохондрических, неврастенических, меланхолических и дисфорических тенденций [61].

Что касается литературы, посвященной личностной predisпозиции к ЛГ, необходимо отметить, что исследования (клинические и психологические) этого направления немногочисленны и до сих пор ограничиваются работами (преимущественно психологически ориентированными), проведенными на небольших выборках.

В упомянутом выше исследовании А.Н. Алёхина и соавт. (2012) при сравнении личностных особенностей пациентов с ЛАГ и ФП были выявлены высокие показатели по субшкале астенического компонента тревожности — 52,6% у больных с ЛАГ против 37,5% у больных ФП ($p < 0,05$). Значительная ситуационная и личностная тревожность у пациентов с ЛАГ также отмечалась в исследовании L. Halimi и соавт. (2018) — 60 и 64% соответственно, при этом большая выраженность наблюдалась у пациентов мужского пола [13]. Согласно японским исследователям S. Funabashi, M. Kataoka (2017), у пациентов с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией значительно преобладал депрессивный тип характера (у 70% пациентов) по сравнению со здоровой группой, при этом статистически значимой разницы по другим типам, включая гипертимный, возбудимый, тревожный, шизоидный и циклотимный, выявлено не было [60].

Существует ограниченное число исследований, описывающих личностные особенности пациентов с врожденными пороками сердца (ВПС), приводящими к развитию ЛГ. По данным исследования D. Schoormans и соавт. (2012), распространенность дистрессорного

² Клиническая тестовая методика ТОБОЛ (тип отношения к болезни) была разработана и опубликована в методических рекомендациях в 1987 г. коллективом авторов из лаборатории клинической психологии НИИ им. В.М. Бехтерева (Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Карпова Э.Б., Иовлев Б.В.) для диагностики типов отношения к болезни. При создании методики составители использовали предложенную А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым в 1980 г. клинико-психологическую типологию отношения к болезни [59].

типа личности³ среди пациентов с ВПС составляет примерно 20%, при этом у данных пациентов наблюдалось более низкое качество жизни и недостаточная приверженность лечению, ухудшение общего и функционального состояния [63]. В отечественном исследовании М.Л. Горбатовой (1989) особенностей характера больных с ВПС от 17 до 40 лет с помощью патохарактерологического диагностического опросника чаще определялись смешанные типы характера (73,4%), преимущественно астеноневротический. Различные типы характера пациентов с ВПС встречались с определенной частотой: лабильно-астеноневротический — в 43,8% случаев, лабильный — в 9,9% случаев, лабильно-истероидный и сенситивно-астеноневротический — по 6,6% соответственно, лабильно-сенситивный — в 9,9% случаев [64]. В другом отечественном исследовании И.В. Дроздовой и Е.М. Лысунец (2010) у 81,2% больных, оперированных по поводу врожденных аномалий сердечно-сосудистой системы, были выявлены акцентированные черты, среди которых преобладали демонстративная, эмотивная и циклотимическая, среди всех характерологических черт — эмотивная, циклотимическая и экзальтированная [65]. В другом исследовании тех же авторов (2010) больные с оперированными ВПС отличались ипохондрической фиксацией на своем соматическом состоянии, вытеснением тревоги, лабильностью эмоциональных реакций и демонстративным поведением [66].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итоги, следует отметить, что в литературе, посвященной изучению конституционально-характерологических особенностей у больных ЛГ, представлены различные, порой конкурирующие позиции. Нет информации, которая бы указывала на предпочтительное

³ Поведенческий тип личности Д (дистрессорный) при сердечно-сосудистых заболеваниях был впервые предложен в 1995 г. J. Denollet и характеризуется негативной возбудимостью, под которой понимается склонность человека испытывать отрицательные дистрессорные эмоции, и социальным ингибированием, которое связано с низкой самооценкой, со склонностью сдерживать экспрессию эмоций и меньшим числом персональных связей с окружающими. Сочетание названных двух компонентов повышает частоту неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (увеличение риска развития инфаркта миокарда и смертности) и является предиктором низкого качества жизни [61].

накопление конституционально-характерологических аномалий при различных типах ЛГ, а также недостаточное освещена проблема вклада расстройств личности как фактора формирования определенных типов внутренней картины болезни и психических расстройств у больных ЛГ.

Обращает на себя внимание отсутствие каких-либо исследований по оценке более широкого спектра психопатологических расстройств разных регистров от психогенных и невротических до эндоформных и эндогенных. Большинство работ по исследованию легочной гипертензии и коморбидной психической патологии связано лишь с общей оценкой распространенности тревожных и депрессивных расстройств, без описания их влияния на течение, динамику и прогноз основного заболевания, что гораздо более полно представлено в области изучения хронической сердечной недостаточности и сопутствующей психической патологии. Кроме того, данных о спектре психической патологии при некоторых формах легочной гипертензии, таких как хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия или легочная артериальная гипертензия при системных заболеваниях соединительной ткани, крайне мало или они отсутствуют как таковые. Краткие субъективные и объективные опросники и шкалы по тревоге и депрессии, которые часто используются для скрининга в существующих немногочисленных зарубежных исследованиях, такие как шкала тревоги и депрессии Бека, госпитальная шкала тревоги и депрессии, краткий опросник по симптомам депрессии (QIDS-SR), зачастую не выявляют клинически значимых психопатологических нарушений, особенностей психосоматических соотношений и целого ряда других характеристик, которые определяют клиническую картину и особенности динамики психических расстройств при данном виде сердечно-сосудистой патологии.

Соответственно, представляется целесообразным уточнение психопатологической структуры расстройств, манифестирующих в связи с развитием ЛГ, а также их оценка в динамике на разных этапах течения болезни, выявление особенностей и спектра накапливаемой психической патологии при различных клинических формах ЛГ и изучение роли конституционально-личностного предрасположения в формировании психопатологических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Simonneau G., Robbins I.M., Beghetti M., Channick R.N., Delcroix M., Denton C.P., Elliott C.G., Gaine S.P., Gladwin M.T., Jing Z., Krowka M.J., Langleben D., Nakanishi N., Souza R. Updated clinical classification of pulmonary hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*. 2009;54:43–54. <https://DOI:10.1016/j.jacc.2009.04.012>
- Simonneau G., Robbins I.M., Beghetti M., Channick R.N., Delcroix M., Denton C.P., Elliott C.G., Gaine S.P., Gladwin M.T., Jing Z., Krowka M.J., Langleben D., Nakanishi N., Souza R. Updated clinical classification of pulmonary hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*. 2009;54:43–54. <https://DOI:10.1016/j.jacc.2009.04.012>

2. Galìè N., Humbert M., Vachieri J., Gibbs S., Lang I., Torbicki A., Simonneau G., Peacock A., Noordegraaf A., Beghetti A., Ghofrani A., Gomez Sanchez M., Hansmann G., Klepetko W., Lancellotti P., Matucci M., McDonagh T., Pierard L., Trindade P., Zompatori M., Hoeper M. 2015 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: The Joint Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS): Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT). *Eur. Heart J.* 2016;37(1):67–119. <https://DOI:10.1093/eurheartj/ehv317>
3. Galìè N., Manes A., Negro L., Palazzini M., Bacchi-Reggiani M.L., Branzi A. A meta-analysis of randomized controlled trials in pulmonary arterial hypertension. *Eur. Heart J.* 2009;30(4):394–403. <https://DOI:10.1093/eurheartj/ehp022>
4. Barst R.J. Pulmonary hypertension: past, present and future. *Annals of Thoracic Medicine.* 2008;3(1):1–4. <https://DOI:10.4103/1817-1737.37832>
5. Shafazand S., Goldstein M.K., Doyle R.L., Hlatky M.A., Gould M.K. Health-related quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *Chest.* 2004;126(5):1452–1459. <https://DOI:10.1378/chest.126.5.1452>
6. Taichman D.B., Shin J., Hud L., Archer-Chicko C., Kaplan S., Sager J.S., Gallop R., Christie J., Hansen-Flaschen J., Palevsky H. Health-related quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *Respiratory Research.* 2005; 6:92–102. <https://DOI:10.1186/1465-9921-6-92>
7. White J., Hopkins R.O., Glissmeyer E.W., Kitterman N., Elliott C.G. Cognitive, emotional, and quality of life outcomes in patients with pulmonary arterial hypertension. *Respiratory Research.* 2006;7:55. <https://DOI:10.1186/1465-9921-7-55>
8. Looper K.J., Pierre A., Dunkley D.M., Sigal J.J., Langleben D. Depressive symptoms in relation to physical functioning in pulmonary hypertension. *J. Psychosomat. Res.* 2009;66(3):221–225. <https://DOI:10.1016/j.jpsychores.2008.09.014>
9. Löwe B., Gräfe K., Ufer C., Kroenke K., Grünig E., Herzog W., Borst M.M. Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension. *Psychosomatic Medicine.* 2004;66(6):831–836. <https://DOI:10.1097/01.psy.0000145593.37594.39>
10. Somaini G., Hasler E.D., Saxer S., Huber L.C., Lichtblau M., Speich R., Bloch K.E., Ulrich S. Prevalence of Anxiety and Depression in Pulmonary Hypertension and Changes during Therapy. *Respiration.* 2016;91(5):359–366. <https://DOI:10.1159/000445805>
11. Larisch A., Neeb C., Zwaan M. de, Pabst C., Tiede H., Ghofrani A., Olsson K., Hoeper M., Kruse J. Psychische Belastung und Psychosomatischer Behandlungswunsch von Patienten mit Pulmonaler Hypertonie. *Psychotherap. Psychosomat. Med. Psychologie.* 2014;64(9–10):384–389. <https://DOI:10.1055/s-0034-1377013>
- Galìè N., Humbert M., Vachieri J., Gibbs S., Lang I., Torbicki A., Simonneau G., Peacock A., Noordegraaf A., Beghetti A., Ghofrani A., Gomez Sanchez M., Hansmann G., Klepetko W., Lancellotti P., Matucci M., McDonagh T., Pierard L., Trindade P., Zompatori M., Hoeper M. 2015 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: The Joint Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS): Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT). *Eur. Heart J.* 2016;37(1):67–119. <https://DOI:10.1093/eurheartj/ehv317>
- Galìè N., Manes A., Negro L., Palazzini M., Bacchi-Reggiani M.L., Branzi A. A meta-analysis of randomized controlled trials in pulmonary arterial hypertension. *Eur. Heart J.* 2009;30(4):394–403. <https://DOI:10.1093/eurheartj/ehp022>
- Barst R.J. Pulmonary hypertension: past, present and future. *Annals of Thoracic Medicine.* 2008;3(1):1–4. <https://DOI:10.4103/1817-1737.37832>
- Shafazand S., Goldstein M.K., Doyle R.L., Hlatky M.A., Gould M.K. Health-related quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *Chest.* 2004;126(5):1452–1459. <https://DOI:10.1378/chest.126.5.1452>
- Taichman D.B., Shin J., Hud L., Archer-Chicko C., Kaplan S., Sager J.S., Gallop R., Christie J., Hansen-Flaschen J., Palevsky H. Health-related quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *Respiratory Research.* 2005; 6:92–102. <https://DOI:10.1186/1465-9921-6-92>
- White J., Hopkins R.O., Glissmeyer E.W., Kitterman N., Elliott C.G. Cognitive, emotional, and quality of life outcomes in patients with pulmonary arterial hypertension. *Respiratory Research.* 2006;7:55. <https://DOI:10.1186/1465-9921-7-55>
- Looper K.J., Pierre A., Dunkley D.M., Sigal J.J., Langleben D. Depressive symptoms in relation to physical functioning in pulmonary hypertension. *J. Psychosomat. Res.* 2009;66(3):221–225. <https://DOI:10.1016/j.jpsychores.2008.09.014>
- Löwe B., Gräfe K., Ufer C., Kroenke K., Grünig E., Herzog W., Borst M.M. Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension. *Psychosomatic Medicine.* 2004;66(6):831–836. <https://DOI:10.1097/01.psy.0000145593.37594.39>
- Somaini G., Hasler E.D., Saxer S., Huber L.C., Lichtblau M., Speich R., Bloch K.E., Ulrich S. Prevalence of Anxiety and Depression in Pulmonary Hypertension and Changes during Therapy. *Respiration.* 2016;91(5):359–366. <https://DOI:10.1159/000445805>
- Larisch A., Neeb C., Zwaan M. de, Pabst C., Tiede H., Ghofrani A., Olsson K., Hoeper M., Kruse J. Psychische Belastung und Psychosomatischer Behandlungswunsch von Patienten mit Pulmonaler Hypertonie. *Psychotherap. Psychosomat. Med. Psychologie.* 2014;64(9–10):384–389. <https://DOI:10.1055/s-0034-1377013>

12. Harzheim D., Klose H., Pinado F.P., Ehlken N., Nagel C., Fischer C., Ghofrani A., Rosenkranz S., Seyfarth H., Halank M., Mayer E., Grünig E., Guth S. Anxiety and depression disorders in patients with pulmonary arterial hypertension and chronic thromboembolic pulmonary hypertension. *Respiratory Research*. 2013;14:104. [https://DOI:10.1186/1465-9921-14-104](https://doi.org/10.1186/1465-9921-14-104)
13. Halimi L., Marin G., Molinari N., Gamez A.-S., Boissin C., Suehs Carey M., Vachier I., Bourdin A. Impact of psychological factors on the health-related quality of life of patients treated for pulmonary arterial hypertension. *J. Psychosomat. Res.* 2018;105:45–51. [https://DOI:10.1016/j.jpsychores.2017.12.003](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.12.003)
14. Tartavouille T.M. A predictive model of the effects of depression, anxiety, stress, 6-minute-walk distance, and social support on health-related quality of life in an adult pulmonary hypertension population. *Clinical Nurse Specialist*. 2015;29(1):22–28. [https://DOI:10.1097/NUR.0000000000000099](https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000099)
15. Yorke J., Deaton C., Campbell M., McGowen L., Sephton P., Kiely D.G., Armstrong I. Symptom severity and its effect on health-related quality of life over time in patients with pulmonary hypertension: a multisite longitudinal cohort study. *BMJ Open Resp. Res.* 2018;5(1):e000263. [https://DOI:10.1136/bmjresp-2017-000263](https://doi.org/10.1136/bmjresp-2017-000263)
16. McCollister D.H., Beutz M., McLaughlin V., Rumsfeld J., Masoudi F.A., Tripputi M., Yaeger T., Weintraub P., Badesch D.B. Depressive Symptoms in Pulmonary Arterial Hypertension: Prevalence and Association With Functional Status. *Psychosomatics*. 2010;51(4):339–339. [https://DOI:10.1016/S0033-3182\(10\)70706-4](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(10)70706-4)
17. Vanhoof J.M.M., Delcroix M., Vandeveld E., Denhaerynck K., Wuyts W., Belge C., Dobbels F. Emotional symptoms and quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *J. Heart Lung Transplantation*. 2014;33(8):800–808. [https://DOI:10.1016/j.healun.2014.04.003](https://doi.org/10.1016/j.healun.2014.04.003)
18. Von Visger T.T., Kuntz K.K., Phillips G.S., Yildiz V.O., Sood N. Quality of life and psychological symptoms in patients with pulmonary hypertension. *Heart & Lung*. 2018;47(2):115–121. [https://DOI:10.1016/j.hrtlng.2017.12.004](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.12.004)
19. Humbert M., Sitbon O., Chaouat A., Bertocchi M., Habib G., Gressin V., Yaici A., Weitzenblum E., Cordier J., Chabot F., Dromer C., Pison C., Reynaud-Gaubert M., Haloun A., Laurent M., Hachulla E., Simonneau G. Pulmonary arterial hypertension in France: Results from a national registry. *Am. J. Resp. Crit Care Med.* 2006;173(9):1023–1030. [https://DOI:10.1164/rccm.200510-16680C](https://doi.org/10.1164/rccm.200510-16680C)
20. Mukerjee D., St George D., Coleiro B., Knight C., Denton C.P., Davar J., Black C.M., Coghlan J.G. Prevalence and outcome in systemic sclerosis associated pulmonary arterial hypertension: application of a registry approach. *Ann. Rheumat. Dis.* 2003;62(11):1088–1093. [https://DOI:10.1136/ard.62.11.1088](https://doi.org/10.1136/ard.62.11.1088)
21. MacGregor A.J. Pulmonary hypertension in systemic sclerosis: Risk factors for progression and consequences for survival. *Rheumatology*. 2001;40(4):453–459. [https://DOI:10.1093/rheumatology/40.4.453](https://doi.org/10.1093/rheumatology/40.4.453)
- Harzheim D., Klose H., Pinado F.P., Ehlken N., Nagel C., Fischer C., Ghofrani A., Rosenkranz S., Seyfarth H., Halank M., Mayer E., Grünig E., Guth S. Anxiety and depression disorders in patients with pulmonary arterial hypertension and chronic thromboembolic pulmonary hypertension. *Respiratory Research*. 2013;14:104. [https://DOI:10.1186/1465-9921-14-104](https://doi.org/10.1186/1465-9921-14-104)
- Halimi L., Marin G., Molinari N., Gamez A.-S., Boissin C., Suehs Carey M., Vachier I., Bourdin A. Impact of psychological factors on the health-related quality of life of patients treated for pulmonary arterial hypertension. *J. Psychosomat. Res.* 2018;105:45–51. [https://DOI:10.1016/j.jpsychores.2017.12.003](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.12.003)
- Tartavouille T.M. A predictive model of the effects of depression, anxiety, stress, 6-minute-walk distance, and social support on health-related quality of life in an adult pulmonary hypertension population. *Clinical Nurse Specialist*. 2015;29(1):22–28. [https://DOI:10.1097/NUR.0000000000000099](https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000099)
- Yorke J., Deaton C., Campbell M., McGowen L., Sephton P., Kiely D.G., Armstrong I. Symptom severity and its effect on health-related quality of life over time in patients with pulmonary hypertension: a multisite longitudinal cohort study. *BMJ Open Resp. Res.* 2018;5(1):e000263. [https://DOI:10.1136/bmjresp-2017-000263](https://doi.org/10.1136/bmjresp-2017-000263)
- McCollister D.H., Beutz M., McLaughlin V., Rumsfeld J., Masoudi F.A., Tripputi M., Yaeger T., Weintraub P., Badesch D.B. Depressive Symptoms in Pulmonary Arterial Hypertension: Prevalence and Association With Functional Status. *Psychosomatics*. 2010;51(4):339–339. [https://DOI:10.1016/S0033-3182\(10\)70706-4](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(10)70706-4)
- Vanhoof J.M.M., Delcroix M., Vandeveld E., Denhaerynck K., Wuyts W., Belge C., Dobbels F. Emotional symptoms and quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *J. Heart Lung Transplantation*. 2014;33(8):800–808. [https://DOI:10.1016/j.healun.2014.04.003](https://doi.org/10.1016/j.healun.2014.04.003)
- Von Visger T.T., Kuntz K.K., Phillips G.S., Yildiz V.O., Sood N. Quality of life and psychological symptoms in patients with pulmonary hypertension. *Heart & Lung*. 2018;47(2):115–121. [https://DOI:10.1016/j.hrtlng.2017.12.004](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.12.004)
- Humbert M., Sitbon O., Chaouat A., Bertocchi M., Habib G., Gressin V., Yaici A., Weitzenblum E., Cordier J., Chabot F., Dromer C., Pison C., Reynaud-Gaubert M., Haloun A., Laurent M., Hachulla E., Simonneau G. Pulmonary arterial hypertension in France: Results from a national registry. *Am. J. Resp. Crit Care Med.* 2006;173(9):1023–1030. [https://DOI:10.1164/rccm.200510-16680C](https://doi.org/10.1164/rccm.200510-16680C)
- Mukerjee D., St George D., Coleiro B., Knight C., Denton C.P., Davar J., Black C.M., Coghlan J.G. Prevalence and outcome in systemic sclerosis associated pulmonary arterial hypertension: application of a registry approach. *Ann. Rheumat. Dis.* 2003;62(11):1088–1093. [https://DOI:10.1136/ard.62.11.1088](https://doi.org/10.1136/ard.62.11.1088)
- MacGregor A.J. Pulmonary hypertension in systemic sclerosis: Risk factors for progression and consequences for survival. *Rheumatology*. 2001;40(4):453–459. [https://DOI:10.1093/rheumatology/40.4.453](https://doi.org/10.1093/rheumatology/40.4.453)

22. Stupi A.M., Steen V.D., Owens G.R., Barnes E.L., Rodnan G.P., Medsger T.A. Pulmonary hypertension in the CREST syndrome variant of systemic sclerosis. *Arthritis and Rheumatism*. 1986;29(4):515–524. <https://DOI:10.1002/art.1780290409>
23. Koh E. Pulmonary hypertension in systemic sclerosis: An analysis of 17 patients. *Rheumatology*. 1996;35(10):989–993. <https://DOI:10.1093/rheumatology/35.10.989>
24. Аронов П.В., Старовойтова М.Н., Ковалевская О.Б., Серавина О.Ф., Вельтищев Д.Ю. Стресс и депрессия у больных системной склеродермией (обзор зарубежной литературы). *Психические расстройства в общей медицине*. 2009;4:17–19.
25. Mozzetta A., Antinone V., Alfani S., Neri P., Foglio Bonda P.G., Pasquini P., Puddu P., Picardi A. Mental health in patients with systemic sclerosis: a controlled investigation. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol*. 2008;22(3):336–340. <https://DOI:10.1111/j.1468-3083.2007.02426.x>
26. Thombs B.D., Hudson M., Taillefer S.S., Baron M. Prevalence and clinical correlates of symptoms of depression in patients with systemic sclerosis. *Arthritis and Rheumatism*. 2008;59(4):504–509. <https://DOI:10.1002/art.23524>
27. Vanhoof J.M.M., Delcroix M., Vandevelde E., Denhaerynck K., Wuyts W., Belge C., Dobbels F. Emotional symptoms and quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *J. Heart Lung Transplantation*. 2014;33(8):800–808. <https://DOI:10.1016/j.healun.2014.04.003>
28. Von Visger T.T., Kuntz K.K., Phillips G.S., Yildiz V.O., Sood N. Quality of life and psychological symptoms in patients with pulmonary hypertension. *Heart & Lung*. 2018;47(2):115–121. <https://DOI:10.1016/j.hrtlng.2017.12.004>
29. Humbert M., Sitbon O., Chaouat A., Bertocchi M., Habib G., Gressin V., Yaici A., Weitzenblum E., Cordier J., Chabot F., Dromer C., Pison C., Reynaud-Gaubert M., Haloun A., Laurent M., Hachulla E., Simonneau G. Pulmonary arterial hypertension in France: Results from a national registry. *Am. J. Resp. Crit. Care Med*. 2006;173(9):1023–1030. <https://DOI:10.1164/rccm.200510-16680C>
30. Сулейманова Г.П., Рамкхелавон М.Б. Психосоматические соотношения при системной склеродермии. *Фундаментальные исследования*. 2013;(7–2):407–411.
31. Angelopoulos N.V., Drosos A.A., Moutsopoulos H.M. Psychiatric symptoms associated with scleroderma. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2001;70(3):145–150. <https://DOI:10.1159/000056240>
32. Benrud-Larson L.M., Heinberg L.J., Boling C., Reed J., White B., Wigley F.M., Haythornthwaite J.A. Body image dissatisfaction among women with scleroderma: Extent and relationship to psychosocial function. *Health Psychology*. 2003;22(2):130–139. <https://DOI:10.1037/0278-6133.22.2.130>
33. Thombs B.D., Taillefer S.S., Hudson M., Baron M. Depression in patients with systemic sclerosis: a systematic review of the evidence. *Arthritis and Rheumatism*. 2007;57(6):1089–1097. <https://DOI:10.1002/art.22910>
34. Roca R.P., Wigley F.M., White B. Depressive symptoms associated with scleroderma. *Arthritis & Rheumatism*. 1996;39(6):1035–1040. <https://DOI:10.1002/art.1780390623>
- Stupi A.M., Steen V.D., Owens G.R., Barnes E.L., Rodnan G.P., Medsger T.A. Pulmonary hypertension in the CREST syndrome variant of systemic sclerosis. *Arthritis and Rheumatism*. 1986;29(4):515–524. <https://DOI:10.1002/art.1780290409>
- Koh E. Pulmonary hypertension in systemic sclerosis: An analysis of 17 patients. *Rheumatology*. 1996;35(10):989–993. <https://DOI:10.1093/rheumatology/35.10.989>
- Aronov P.V., Starovojtova M.N., Kovalevskaya O.B., Seravina O.F., Vel'tishchev D.Yu. Stress i depressiya u bol'nyh sistemnoj sklerodermiej (obzor zarubezhnoj literatury). *Psihicheskie rasstrojstva v obshchej medicine*. 2009;4:17–19. (In Russ.).
- Mozzetta A., Antinone V., Alfani S., Neri P., Foglio Bonda P.G., Pasquini P., Puddu P., Picardi A. Mental health in patients with systemic sclerosis: a controlled investigation. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol*. 2008;22(3):336–340. <https://DOI:10.1111/j.1468-3083.2007.02426.x>
- Thombs B.D., Hudson M., Taillefer S.S., Baron M. Prevalence and clinical correlates of symptoms of depression in patients with systemic sclerosis. *Arthritis and Rheumatism*. 2008;59(4):504–509. <https://DOI:10.1002/art.23524>
- Vanhoof J.M.M., Delcroix M., Vandevelde E., Denhaerynck K., Wuyts W., Belge C., Dobbels F. Emotional symptoms and quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *J. Heart Lung Transplantation*. 2014;33(8):800–808. <https://DOI:10.1016/j.healun.2014.04.003>
- Von Visger T.T., Kuntz K.K., Phillips G.S., Yildiz V.O., Sood N. Quality of life and psychological symptoms in patients with pulmonary hypertension. *Heart & Lung*. 2018;47(2):115–121. <https://DOI:10.1016/j.hrtlng.2017.12.004>
- Humbert M., Sitbon O., Chaouat A., Bertocchi M., Habib G., Gressin V., Yaici A., Weitzenblum E., Cordier J., Chabot F., Dromer C., Pison C., Reynaud-Gaubert M., Haloun A., Laurent M., Hachulla E., Simonneau G. Pulmonary arterial hypertension in France: Results from a national registry. *Am. J. Resp. Crit. Care Med*. 2006;173(9):1023–1030. <https://DOI:10.1164/rccm.200510-16680C>
- Sulejmanova G.P., Ramkkelavon M.B. Psihosomaticheskie sootnosheniya pri sistemnoj sklerodermii. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2013;(7–2):407–411. (In Russ.).
- Angelopoulos N.V., Drosos A.A., Moutsopoulos H.M. Psychiatric symptoms associated with scleroderma. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2001;70(3):145–150. <https://DOI:10.1159/000056240>
- Benrud-Larson L.M., Heinberg L.J., Boling C., Reed J., White B., Wigley F.M., Haythornthwaite J.A. Body image dissatisfaction among women with scleroderma: Extent and relationship to psychosocial function. *Health Psychology*. 2003;22(2):130–139. <https://DOI:10.1037/0278-6133.22.2.130>
- Thombs B.D., Taillefer S.S., Hudson M., Baron M. Depression in patients with systemic sclerosis: a systematic review of the evidence. *Arthritis and Rheumatism*. 2007;57(6):1089–1097. <https://DOI:10.1002/art.22910>
- Roca R.P., Wigley F.M., White B. Depressive symptoms associated with scleroderma. *Arthritis & Rheumatism*. 1996;39(6):1035–1040. <https://DOI:10.1002/art.1780390623>

35. Silva A.M., Vaz C., Areias M.E.G., Vieira D., Proença C., Viana V., Moura C., Areias J.C. Quality of life of patients with congenital heart diseases. *Cardiology in the Young*. 2011;21(6):670–676. <https://DOI:10.1017/S1047951111000576>
36. Müller J., Hess J., Hager A. Minor symptoms of depression in patients with congenital heart disease have a larger impact on quality of life than limited exercise capacity. *Int. J. Cardiol*. 2012;154(3):265–269. <https://DOI:10.1016/j.ijcard.2010.09.029>
37. Amedro P., Basquin A., Gressin V., Clerson P., Jais X., Thambo J., Guerin P., Cohen S., Bonnet D. Health-related quality of life of patients with pulmonary arterial hypertension associated with CHD: the multicentre cross-sectional ACHILLE study. *Cardiology in the Young*. 2016;26(7):1250–1259. <https://DOI:10.1017/S1047951116000056>
38. Алёхин А.Н., Андреева Е.В., Гончарова Н.С., Моисеева О.М., Трифонова Е.А. Качество жизни и отношение к болезни пациентов с тяжелыми формами хронической сердечной недостаточности (на примере легочной артериальной гипертензии и синдрома Эйзенменгера). В кн.: Будущее клинической психологии 2012. Материалы VI Всероссийской научно-практической заочной конференции. Под ред. Левченко Е.В., Деменевой А.Е. Пермь: ПГНИУ; 2012:24–38.
39. Horner T., Liberthson R., Jellinek M.S. Psychosocial profile of adults with complex congenital heart disease. *Mayo Clinic Proceedings*. 2000;75(1):31–36. <https://DOI:10.4065/75.1.31>
40. Westhoff-Bleck M., Briest J., Fraccarollo D., Hilfiker-Kleiner D., Winter L., Maske U., Busch M.A., Bleich S., Bauersachs J., Kahl K.G. Mental disorders in adults with congenital heart disease: Unmet needs and impact on quality of life. *J. Affect. Dis*. 2016;204:180–186. <https://DOI:10.1016/j.jad.2016.06.047>
41. Bang J.S., Jo S., Kim G.B., Kwon B.S., Bae E.J., Noh C.I., Choi J.Y. The mental health and quality of life of adult patients with congenital heart disease. *Int. J. Cardiol*. 2013;170(1):49–53. <https://DOI:10.1016/j.ijcard.2013.10.003>
42. Kovacs A.H., Saidi A.S., Kuhl E.A., Sears S.F., Silversides C., Harrison J.L., Ong L., Colman J., Oechslin E., Nolan R.P. Depression and anxiety in adult congenital heart disease predictors and prevalence. *Int. J. Cardiol*. 2009;137(2):158–164. <https://DOI:10.1016/j.ijcard.2008.06.042>
43. Wang Q., Hay M., Clarke D., Menahem S. The prevalence and predictors of anxiety and depression in adolescents with heart disease. *J. Pediatr*. 2012;161(5):943–946. <https://DOI:10.1016/j.jpeds.2012.04.010>
44. Bromberg J.I., Beasley P.J., D'Angelo E.J., Landzberg M., DeMaso D.R. Depression and anxiety in adults with congenital heart disease: a pilot study. *Heart & Lung*. 2003;32:105–110. <https://DOI:10.1067/mhl.2003.26>
45. O'Donovan C.E., Painter L., Lowe B., Robinson H., Broadbent E. The impact of illness perceptions and disease severity on quality of life in congenital heart disease. *Cardiology in the Young*. 2016;26(1):100–109. <https://DOI:10.1017/S1047951114002728>
- Silva A.M., Vaz C., Areias M.E.G., Vieira D., Proença C., Viana V., Moura C., Areias J.C. Quality of life of patients with congenital heart diseases. *Cardiology in the Young*. 2011;21(6):670–676. <https://DOI:10.1017/S1047951111000576>
- Müller J., Hess J., Hager A. Minor symptoms of depression in patients with congenital heart disease have a larger impact on quality of life than limited exercise capacity. *Int. J. Cardiol*. 2012;154(3):265–269. <https://DOI:10.1016/j.ijcard.2010.09.029>
- Amedro P., Basquin A., Gressin V., Clerson P., Jais X., Thambo J., Guerin P., Cohen S., Bonnet D. Health-related quality of life of patients with pulmonary arterial hypertension associated with CHD: the multicentre cross-sectional ACHILLE study. *Cardiology in the Young*. 2016;26(7):1250–1259. <https://DOI:10.1017/S1047951116000056>
- Alyohin A.N., Andreeva E.V., Goncharova N.S., Moiseeva O.M., Trifonova E.A. Kachestvo zhizni i otnoshenie k bolezni pacientov s tyazhelyimi formami hronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti (na primere legochnoy arterial'noj gipertenzii i sindroma Ejzenmengera). V kn.: Budushchee klinicheskoy psihologii 2012. Materialy VI Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy zaochnoy konferencii. Pod red. Levchenko E.V., Demenevoj A.E. Perm': PGNIU; 2012:24–38. (In Russ.).
- Horner T., Liberthson R., Jellinek M.S. Psychosocial profile of adults with complex congenital heart disease. *Mayo Clinic Proceedings*. 2000;75(1):31–36. <https://DOI:10.4065/75.1.31>
- Westhoff-Bleck M., Briest J., Fraccarollo D., Hilfiker-Kleiner D., Winter L., Maske U., Busch M.A., Bleich S., Bauersachs J., Kahl K.G. Mental disorders in adults with congenital heart disease: Unmet needs and impact on quality of life. *J. Affect. Dis*. 2016;204:180–186. <https://DOI:10.1016/j.jad.2016.06.047>
- Bang J.S., Jo S., Kim G.B., Kwon B.S., Bae E.J., Noh C.I., Choi J.Y. The mental health and quality of life of adult patients with congenital heart disease. *Int. J. Cardiol*. 2013;170(1):49–53. <https://DOI:10.1016/j.ijcard.2013.10.003>
- Kovacs A.H., Saidi A.S., Kuhl E.A., Sears S.F., Silversides C., Harrison J.L., Ong L., Colman J., Oechslin E., Nolan R.P. Depression and anxiety in adult congenital heart disease predictors and prevalence. *Int. J. Cardiol*. 2009;137(2):158–164. <https://DOI:10.1016/j.ijcard.2008.06.042>
- Wang Q., Hay M., Clarke D., Menahem S. The prevalence and predictors of anxiety and depression in adolescents with heart disease. *J. Pediatr*. 2012;161(5):943–946. <https://DOI:10.1016/j.jpeds.2012.04.010>
- Bromberg J.I., Beasley P.J., D'Angelo E.J., Landzberg M., DeMaso D.R. Depression and anxiety in adults with congenital heart disease: a pilot study. *Heart & Lung*. 2003;32:105–110. <https://DOI:10.1067/mhl.2003.26>
- O'Donovan C.E., Painter L., Lowe B., Robinson H., Broadbent E. The impact of illness perceptions and disease severity on quality of life in congenital heart disease. *Cardiology in the Young*. 2016;26(1):100–109. <https://DOI:10.1017/S1047951114002728>

46. Awaad M.I., Darahim K.E. Depression and anxiety in adolescents with congenital heart disease. *Middle East Current Psychiatry* 2015;22(1):2–8. <https://DOI.org/10.1097/01.XME.0000457325.90630.4f>
47. Aguirre-Camacho A., Moreno-Jiménez B. Depression and Anxiety in Patients With Pulmonary Hypertension: The Role of Life Satisfaction and Optimism. *Psychosomatics*. 2018. <https://DOI:10.1016/j.psym.2018.04.002>
48. Pfeuffer E., Krannich H., Halank M., Wilkens H., Kolb P., Jany B., Held M. Anxiety, Depression, and Health-Related QOL in Patients Diagnosed with PAH or CTEPH. *Lung*. 2017;195(6):759–768. <https://DOI:10.1007/s00408-017-0052-z>
49. Funabashi S., Kataoka M., Inami T., Kikuchi T., Yanagisawa R., Ishiguro C., Okamoto S., Yoshino H., Watanabe K., Satoh T. Depressive Status in Patients With Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension. *Circulation J*. 2017;81:1051–1053. <https://DOI:10.1253/circj.CJ-17-0197>
50. Рохлин Л.Л. «Сознание болезни» и его значение в клинической практике. *Клиническая медицина*. 1957;35(9):11–21.
51. Pieringer W. Psychosomatische und somatopsychische Aspekte der progressiv chronischen Polyarthrit. *Wien Klin. Wochenschr*. 1978;(94):17–20.
52. Смулевич А.Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. М.: Медицинское информационное агентство; 2012.
53. Wryobeck J.M., Lippo G., McLaughlin V., Riba M., Rubenfire M. Psychosocial aspects of pulmonary hypertension: a review. *Psychosomatics*. 2007;48(6):467–475. <https://DOI:10.1176/appi.psy.48.6.467>
54. Kingman M., Hinzmman B., Sweet O., Vachiéry J. Living with pulmonary hypertension: unique insights from an international ethnographic study. *BMJ Open*. 2014;4(5):e004735. <https://DOI:10.1136/bmjopen-2013-004735>
55. Gihl A.F. Health-related quality of life in pulmonary arterial hypertension. *Advances in Pulmonary Hypertension*. 2010;8(4):215–222, 55.
56. Guillevin L., Armstrong I., Aldrighetti R., Howard L.S., Ryfthenius H., Fischer A., Lombardi S., Studer S., Ferrari P. Understanding the impact of pulmonary arterial hypertension on patients' and carers' lives. *Eur. Resp. Rev*. 2013;22(130):535–542. <https://DOI:10.1183/09059180.00005713>
57. Flattery M.P., Pinson J.M., Savage L., Salyer J. Living with pulmonary artery hypertension: patients' experiences. *Heart & Lung*. 2005;34(2):99–107. <https://DOI:10.1016/j.hrtlng.2004.06.010>
58. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. 4-е изд. М.: Медицина; 1977.
59. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева; 2005.
60. Алёхин А.Н., Чумакова И.О., Андреева Е.В., Трифонова Е.А. Клинические факторы психической адаптации пациентов с сердечно-сосудистой патологией (на примере легочной артериальной гипертензии и фибрилляции предсердий). *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология*. 2012;6(265):66–72.
- Awaad M.I., Darahim K.E. Depression and anxiety in adolescents with congenital heart disease. *Middle East Current Psychiatry* 2015;22(1):2–8. <https://DOI.org/10.1097/01.XME.0000457325.90630.4f>
- Aguirre-Camacho A., Moreno-Jiménez B. Depression and Anxiety in Patients With Pulmonary Hypertension: The Role of Life Satisfaction and Optimism. *Psychosomatics*. 2018. <https://DOI:10.1016/j.psym.2018.04.002>
- Pfeuffer E., Krannich H., Halank M., Wilkens H., Kolb P., Jany B., Held M. Anxiety, Depression, and Health-Related QOL in Patients Diagnosed with PAH or CTEPH. *Lung*. 2017;195(6):759–768. <https://DOI:10.1007/s00408-017-0052-z>
- Funabashi S., Kataoka M., Inami T., Kikuchi T., Yanagisawa R., Ishiguro C., Okamoto S., Yoshino H., Watanabe K., Satoh T. Depressive Status in Patients With Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension. *Circulation J*. 2017;81:1051–1053. <https://DOI:10.1253/circj.CJ-17-0197>
- Rohlin L.L. «Soznanie bolezni» i ego znachenie v klinicheskoy praktike. *Klinicheskaya medicina*. 1957; 35(9):11–21. (In Russ.).
- Pieringer W. Psychosomatische und somatopsychische Aspekte der progressiv chronischen Polyarthrit. *Wien Klin. Wochenschr*. 1978;(94):17–20.
- Smulevich A.B. Rasstrojstvalichnosti. Traektoriya v prostranstve psihicheskoy i somaticheskoy patologii. M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo; 2012. (In Russ.).
- Wryobeck J.M., Lippo G., McLaughlin V., Riba M., Rubenfire M. Psychosocial aspects of pulmonary hypertension: a review. *Psychosomatics*. 2007;48(6):467–475. <https://DOI:10.1176/appi.psy.48.6.467>
- Kingman M., Hinzmman B., Sweet O., Vachiéry J. Living with pulmonary hypertension: unique insights from an international ethnographic study. *BMJ Open*. 2014;4(5):e004735. <https://DOI:10.1136/bmjopen-2013-004735>
- Gihl A.F. Health-related quality of life in pulmonary arterial hypertension. *Advances in Pulmonary Hypertension*. 2010;8(4):215–222, 55.
- Guillevin L., Armstrong I., Aldrighetti R., Howard L.S., Ryfthenius H., Fischer A., Lombardi S., Studer S., Ferrari P. Understanding the impact of pulmonary arterial hypertension on patients' and carers' lives. *Eur. Resp. Rev*. 2013;22(130):535–542. <https://DOI:10.1183/09059180.00005713>
- Flattery M.P., Pinson J.M., Savage L., Salyer J. Living with pulmonary artery hypertension: patients' experiences. *Heart & Lung*. 2005;34(2):99–107. <https://DOI:10.1016/j.hrtlng.2004.06.010>
- Luriya R.A. Vnutrennyaya kartina bolezni i yatrogennye zabolevaniya. 4-e izd. M.: Medicina; 1977. (In Russ.).
- Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuks A.Ya. Psihologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: posobie dlya vrachej. SPb.: NIPNI im. V.M. Bekhtereva; 2005. (In Russ.).
- Alyohin A.N., Chumakova I.O., Andreeva E.V., Trifonova E.A. Klinicheskie faktory psihicheskoy adaptacii pacientov s serdechno-sosudistoj patologiej (na primere legochnoj arterial'noj gipertenzii i fibrillyacii predserdij). *Vestnik YUzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psihologiya*. 2012;6(265):66–72. (In Russ.).

61. Андреева Е.В. Психологическая адаптация к болезни в клинической динамике легочной артериальной гипертензии у женщин. *Известия РГПУ им. А.И. Герцена*. 2012;159–164.
62. Martens E.J., Mols F., Burg M.M., Denollet J. Type D personality predicts clinical events after myocardial infarction, above and beyond disease severity and depression. *J. Clin. Psychiatry*. 2010;71(6):778–783. [https://DOI:10.1136/10.4088/JCP.08m04765blu](https://doi.org/10.1136/10.4088/JCP.08m04765blu)
63. Schoormans D., Mulder B.J., van Melle J.P., Pieper E.G., van Dijk A.P., Sieswerda G.T., Hulsbergen-Zwarts M.S., Plokker T.H., Brunninkhuis L.G., Vliegen H.W., Sprangers M.A. Patients with a congenital heart defect and type D personality feel functionally more impaired, report a poorer health status and quality of life, but useless healthcare. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs*. 2012;11(3):349–355. DOI:10.1177/1474515112437828
64. Горбатова М.Л. Патохарактерологические особенности инвалидов молодого возраста с врожденным пороком сердца. Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации: Сборник научных трудов. М.; 1989.
65. Дроздова И.В., Лысунец Е.М. Психологические особенности больных с оперированными врожденными аномалиями сердца. *Международный медицинский журнал*. 2010;16(3):6–11.
66. Дроздова И.В., Лысунец Е.М., Мороз С.М. Личностные особенности больных с оперированными врожденными пороками сердца. *Международный медицинский журнал*. 2010;16(4):8–10.
- Andreeva E.V. Psihologicheskaya adaptaciya k bolezni v klinicheskoy dinamike legochnoj arterial'noj gipertenzii u zhenshchin. *Izvestiya RGPU im. A.I. Gercena*. 2012:159–164. (In Russ.).
- Martens E.J., Mols F., Burg M.M., Denollet J. Type D personality predicts clinical events after myocardial infarction, above and beyond disease severity and depression. *J. Clin. Psychiatry*. 2010;71(6):778–783. [https://DOI:10.1136/10.4088/JCP.08m04765blu](https://doi.org/10.1136/10.4088/JCP.08m04765blu)
- Schoormans D., Mulder B.J., van Melle J.P., Pieper E.G., van Dijk A.P., Sieswerda G.T., Hulsbergen-Zwarts M.S., Plokker T.H., Brunninkhuis L.G., Vliegen H.W., Sprangers M.A. Patients with a congenital heart defect and type D personality feel functionally more impaired, report a poorer health status and quality of life, but use less healthcare. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs*. 2012;11(3):349–355. DOI:10.1177/1474515112437828
- Gorbatova M.L. Patoharakterologicheskie osobennosti invalidov molodogo vozrasta s vrozhdennym porokom serdca. Psihologicheskie issledovaniya v praktike vrachebno-trudovoj ekspertizy i social'no-trudovoj rehabilitacii: Sbornik nauchnyh trudov. M.; 1989. (In Russ.).
- Drozdova I.V., Lysunec E.M. Psihologicheskie osobennosti bol'nyh s operirovannymi vrozhdennymi anomalijami serdca. *Mezhdunarodnyj medicinskij zhurnal*. 2010;16(3):6–11. (In Russ.).
- Drozdova I.V., Lysunec E.M., Moroz S.M. Lichnostnye osobennosti bol'nyh s operirovannymi vrozhdennymi porokami serdca. *Mezhdunarodnyj medicinskij zhurnal*. 2010;16(4):8–10. (In Russ.).

Самушия Марина Антиповна, доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия
E-mail: sma-psychiatry@mail.ru

Рожкова Юлия Игоревна, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия
E-mail: yuliarozhkova92@gmail.com

Marina A. Samushiya, Dr. of Sci. (Med.), professor, Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

E-mail: sma-psychiatry@mail.ru

Yulia I. Rozhkova, Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

E-mail: yuliarozhkova92@gmail.com

Дата поступления 05.10.2018
Date of receipt 05.10.2018

Дата принятия 26.02.2019
Accepted for publication 26.02.2019

УДК 616.891.7; 616.89-008.486; 616.89-008.487

Стратификационная концепция психопатических личностей Е. Kahn и концепция «нормы» W. Stern**E. Kahn's stratification concept of psychopathic personalities and W. Stern's concept of normality**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-81-82-94>

Пятницкий Н.Ю.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Pyatnitskiy N.Yu.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia



82

Цель: провести анализ стратификационной концепции психопатических личностей Е. Kahn, основывающейся на несколько отличном представлении о норме, чем содержащееся в концепции психопатий К. Schneider, но сходной с ней на дескриптивно-описательном уровне. Е. Kahn в описании «психопатий характера» обратился к понятию психологической нормы личности W. Stern, исходящего из целеполагания личности и соответствующей приспособленности ее к целям окружающего общества. Понимание Е. Kahn «психопатий уровня темперамента» сопоставлено с концепцией темперамента G. Ewald, отмечены расширенное понимание темперамента у Е. Kahn, включающее и факторы эмоциональной реактивности, относимые G. Ewald к слою характера. Структурный подход Е. Kahn к психопатическим характерам как личностям с «фиктивными» целями обладает определенной общностью с принципами индивидуальной психологии А. Adler. В понятия «аутистов» и «амбитендентных» психопатов Е. Kahn вкладывает иное значение, нежели Е. Bleuler, подчеркивающий роль этих феноменов как основных симптомов шизофрении. Для Е. Kahn аутизм и амбивалентность являются психопатическими симптомами, и согласно его точке зрения, о шизоидной психопатии можно говорить только в случае доказательной генетической связи с шизофренией.

Ключевые слова: психопатические личности; теория слоев; систематика психопатий; понятие психологической нормы; Е. Kahn; W. Stern.

Для цитирования: Пятницкий Н.Ю. Стратификационная концепция психопатических личностей Е. Kahn и концепция «нормы» W. Stern. *Психиатрия*. 2019;81(1):82–94.

Конфликт интересов отсутствует

E. Kahn's stratification concept of psychopathic personalities based on the somewhat different view on norm that was used in Kurt Schneider's concept of psychopathies but very similar to it on descriptive level is analyzed. In his description of psychopathic characters E. Kahn turned to the notion of personality norm of W. Stern outgoing from the personality goal-setting and corresponding adaptation of personality to the goals of society. E. Kahn's understanding of temperament's stratum psychopathies is compared with G. Ewald's temperament concept, E. Kahn's extended notion of temperament including emotional reactivity factor that was related by G. Ewald to the stratum of character is marked. E. Kahn's structural approach to psychopathic characters as to personalities with «fictive» goals possesses certain similarity with some principles of A. Adler's individual psychology. To the notions of «autistic» and «ambitendent» psychopathies E. Kahn attached another meaning than E. Bleuler who emphasized autism and ambivalence as basic symptoms of schizophrenia. Autism and ambivalence are for E. Kahn psychopathic symptoms, and according to his point of view schizoid psychopathy may be diagnosed only with the evidence of genetical relation to schizophrenia.

Keywords: psychopathic personalities; stratum theory; systematics of psychopathies; psychological norm notion; E. Kahn; W. Stern

For citation: Pyatnitskiy N.Yu. E. Kahn's stratification concept of psychopathic personalities and W. Stern's concept of normality. *Psychiatry*. 2019;81(1):82–94.

There is no conflict of interest

А Kronfeld [1] в «Учебнике характерологии», вышедшем в 1932 г., то есть за год до публикации монографии П.Б. Ганнушкина «Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика» [2], отнес систематике характеров J. Bahnson [3] (чьи критерии подразделения характеров впоследствии частично видоизменит Е. Kretschmer [4, 5] для своего первого обобщения ха-

рактеров и психопатий по «ключевому переживанию»), так же как классификации К. Jaspers [6] и Е. Spranger [7, 8], к философским, вторую систематику характеров Е. Kretschmer [9] — к конституционально-биологическим, а «внеэстетическую» систематику К. Schneider [10, 11] и систематику психопатий Е. Kahn [12] — к дескриптивно-клинической типологии психопатов.

Второе, переработанное издание монографии «Психопатические личности» К. Schneider [11] и глава Е. Kahn [12] «Психопатические личности» в многотомном «Руководстве по психиатрии» под ред. О. Bumke были опубликованы в одном и том же 1928 г., после чего в Советской России В.А. Гиляровский [13, 14] апеллировал в первую очередь к систематике Е. Kahn [12], хотя и полагал, что его типы «маложизненны и чересчур отвлеченны» и во многом повторяют систематику психопатий Е. Kraepelin [15, 16]. Е. Kahn действительно был учеником Е. Kraepelin и даже два года (до назначения О. Bumke) после ухода Е. Kraepelin на пенсию временно возглавлял Мюнхенскую психиатрическую клинику, однако, в 1930 г. был приглашен в Йельский университет (США) на кафедру психиатрии и покинул Германию за несколько лет до прихода к власти нацистов.

Следует отметить, что систематика психопатий Е. Kahn [12] оказалась последней заметной своей оригинальностью германской клинической типологией психопатий первой половины XX в. и заслуживает отдельного рассмотрения. Ей предшествовали разработки Е. Kraepelin [15, 16], К. Wilmanns [17], К. Birnbaum [18], Th. Ziehen [19, 20], Н. Gruhle [21], Е. Kretschmer [4, 9], К. Schneider [10, 11], G. Ewald [22], J. Schultz [23, 24], Н. Hoffmann [25, 26], О. Bumke [27]. Систематика психопатий К. Schneider [10, 11] строилась по принципу выделяющейся отдельной черты и насчитывала 10 типов, все они были описаны уже до К. Schneider, произведшего лишь некоторые терминологические уточнения и объединения. К примеру, в работах Е. Kraepelin [15, 16] описания многих личностных типов находились вне рубрики «психопатические личности» [28].

Систематика психопатий Е. Kahn [12] строилась на «теории слоев» и в дименсиональности одной «выделяющейся» черты была вполне сопоставима с систематикой К. Schneider, хотя насчитывала уже 16 типов психопатических личностей. Однако, если Е. Spranger [7, 8] ввел в свою систематику 6 «базисных» характеров, за счет своей односторонности переходящих в психопатию, критерий области «ценностей» (мотивационно-содержательный), то Е. Kahn [12], выстраивая «многодименсиональную» (многослойную) систематику психопатий, обратился к дифференциальной психологии W. Stern [29]¹ и заимствовал из нее понятие «цели», восходящее еще к «энтелехии» Аристотеля [30]. Возможно, именно из-за своей сложности систематика Е. Kahn [12] в дальнейшем не получила такой распространенности, как «внеэпистемическая» систематика К. Schneider [10, 11]. Следует отметить, что и учение о «нормальности» психических свойств, связанное с «целесолаганием», в концепции W. Stern [29]

было также сложнее и отличалось от представлений о нормальности в концепции психопатий К. Schneider [10, 11], исходившего только из двух понятий нормы: «идеальной» и «средней», при этом «среднее» приравнивалось к «обычному» и соответствовало некоему среднему «образу нормы», существующему в ментальности психиатра.

W. Stern [29] подчеркивал, что «нормальное» и «аномальное» («ненормальное») обозначают самое общее образование вариаций, существующих внутри психики. И эти понятия принадлежат не только науке, а являются общеупотребительными и используются как самая удобная классификация практически каждым. Поскольку преобладает внимание к «ненормальному», позитивное понятие «нормального» недостаточно ограничивается, и проблема видится не в нормальном, а в отклонениях от него.

В концепции «нормальности» W. Stern [29] среднестатистическое представление о норме является лишь наиболее низкой ступенью ее количественного понимания. Такая формулировка, с точки зрения W. Stern [29], недостаточна, поскольку среднее значение представляет собой только точку в ряду возможных вариаций. Норма является не точкой, а «отрезком пути», частью, и в определенных обстоятельствах весьма значительной, охватывающей большое разнообразие вариаций. Любительское представление о том, что нормальное однозначно фиксируется отдельным значением, может наделать много вреда. Для психологического признака не существует нормальной «точки» (Punkt) значения. Но и частота, идентификация «нормального» с «обычным», преобладающим в большинстве случаев среднюю область вариации, к которой относится большинство людей, не является достаточным первичным признаком нормальности. Так, поведение большинства может оказаться и ненормальным. Но и в случаях примерного перекрытия максимальной частоты с «нормальностью» чистая статистика не содержит критерия отграничения нормы от «не нормы». Это было бы возможно лишь в том случае, если бы людей можно было разделить на три четко разделенные группы, средняя из которых была бы отделена от других провалами. Но в действительности варианты образуют континуальный, непрерывный ряд. Поэтому частота сама по себе не позволяет решить, брать ли за «норму» среднее в 50, 70 или 90% случаев. Таким образом, количественное определение приложимо не ко всему, где мы нуждаемся в понятии нормы. Измерением и вычислением определяются отдельные свойства, человек как целое из такого измерения выпадает, в то время как мы судим о нормальности и ненормальности не только по всем отдельным свойствам (парциальные вариации), но и по индивидууму в своем единстве (тотальная вариация).

Согласно W. Stern [29], количественно-статистическое понимание нормы не охватывает ее сути, а является важным подручным средством эмпирического исследования. Ядром понятия нормальности служит не статистическое, а телеологическое ее понимание.

¹ William Stern (1871–1938) — выдающийся германский психолог и философ (философия «персонализма») еврейского происхождения, на момент прихода нацистов к власти в 1933 г. занимал пост директора Психологического института в Университете Гамбурга, был изгнан из университета и вынужден эмигрировать в США. Он ввел концепцию IQ (коэффициент интеллекта) в тестирование интеллектуальных способностей, а в практику детской психологии — разделение возраста развития по хронологическому возрасту.

Под нормой понимается «требование, поставленное в целях осуществления объективных ценностей общепризнанным путем». Под требованием имеется в виду «движущая сила имманентного биологического и социального целеполагания», которая может действовать как вне сознательного намерения, так и сознательно. Для каждого человека существуют определенные целеполагания общего характера: самосохранение и саморазвитие. Человек, чье душевно-телесное функционирование в целом соответствует такому целеполаганию, является «нормальным» (нормальность как тотальная вариация). А если отдельная функция соответствует специальной цели, которую следует выполнить в рамках всего организма, то и она является «нормальной» (нормальность как парциальная вариация). Таким образом, основным качеством нормальности можно считать не абсолютный размер «производительности», а приспособленность к общей цели. Такая приспособленность достигается различными путями и весьма различными абсолютными уровнями производительности. Это обусловлено тем, что при совместном действии людей человек, находящийся в одном месте с особыми средствами, так же может служить общим целям, как и другой в другом месте и с иными средствами.

Конечно, границы «приспособленности» к норме нельзя провести резко, приспособленность может быть как сомнительной, так и частичной или же временной. В отношении таких случаев W. Stern [29] применяет термин «пограничные состояния» (Grenzzustaende). Неприспособленность к общим целям может иметь двойное значение: в случае, если диспозиция не соответствует общим задачам, она «малоценная», «ниже нормального». Если же диспозиция такова, что она превышает приспособленность к общим целям и «производит больше», то она «сверхнормальная». Приспособляемость сама по себе как консервативный принцип не могла бы обеспечить прогресс человечества, она является лишь реакцией на изменяющиеся условия внешнего мира, а не спонтанным движением, идущим изнутри. Поэтому общество нуждается в людях с такими свойствами, целеполагание которых состоит не в реактивной приспособляемости, а в создании нового, увеличении имеющегося. Такие люди также являются «аномальными», но они оказываются выше пределов нормы. Так, W. Stern [29] телеологически объясняет родство сверхнормальности и дегенерации («гения и сумасшествия»). Структура «сверхнормального» индивидуума не должна быть «слишком прочно окована требованиями нормального существования», иначе не останется силы для нового, которое следует еще создать. Подобная «расшатанность» (Lockerung) нормальных структурных форм приводит к тому, что «сверхнормальный» в некоторых аспектах отстает от производительности нормальных людей и, несмотря на свою неприспособленность, вынужден, как и нормальный, отвечать на требования ежедневной жизни, но реагирует на них уже нецелесообразным образом. Сверхнормальные черты в одной области тогда встре-

чаются вместе с патологическими чертами в другой, кажущейся весьма отдаленной области личности. Сниженная, не поднимающаяся до уровня нормы диспозиция означает не только «неполноценность», но и «патологичность» («психопатичность»). Патологичность, по W. Stern [29], означает неблагоприятное отклонение от нормы также в качественном смысле. Как снижение «ценности», так и состояние страдания отличаются «дистелеологическим» аспектом или «искажением целесообразности».

E. Kahn [12] отмечает, что клинический подход к психопатиям преимущественно ставит дескриптивный вопрос «как», в то время как глубинная психология S. Freud [31–35] упорно ставит в отношении психопатий вопрос «почему», пытаясь обосновать мотивацию психопатической позиции и связанных с ней невротических симптомов. В этом E. Kahn [12] видит и значение, и ограниченность глубинной психологии.

И клиницистам, и психоаналитикам не чужд третий вопрос: «для чего», затрагивающий целесообразность, «финальность» психопатического поведения. У клиницистов этот вопрос касался лишь истерических явлений. В «индивидуальной психологии» отошедшего от «классического» психоанализа венского врача A. Adler [36–38] вопрос «финальности» психического становится центральным (конфликт между волей к власти и чувством неполноценности ведет к психопатической манифестации). По мнению E. Kahn [12], в индивидуальной психологии психопатическое поведение является всего лишь «неправильно понятой целесообразностью», такое «чисто психологическое» понимание представляется ему слишком односторонним и упрощенным. Поэтому E. Kahn [12] обращается к телеологической системе W. Stern [29], выделявшего собственную целевую систему личности (аутотелию) и чужую целевую систему (гетеротелию) и рассматривающего их соотношение.

Примыкая к позициям клиницистов, E. Kahn [12] настаивает на телесно-душевном, статически-динамическом целостном понимании психопатической личности. При этом он и сам отмечает, что его «описательное» подразделение психопатий во многом соответствует систематике психопатий K. Schneider [11]. E. Kahn [12] на дескриптивно-клиническом уровне выделяет нервных, тревожных, чувствительных, с навязчивостями, возбудимых, гипертимных, депрессивных, эмоционально-лабильных, эмоционально холодных, слабовольных, людей влечений (такую группу выделял E. Kraepelin [16] в последнем прижизненном издании «Руководства по психиатрии»), сексуально перверзных, истерических, фантастических, «неразумно упорных» (Verbohrte) и психопатов-«фершробенов» (Verschrobene). K. Schneider [10, 11], в отличие от E. Kahn [12], не выделяет отдельные группы «тревожных», «людей влечений» и «фантастов», а E. Kahn рассматривает отдельно две подгруппы K. Schneider [10, 11] «неуверенных в себе», среди которых «чувствительные» и «с навязчивостями». Он разделяет «фанатиков» на типы «неразумно

упорных» и «фершробенов», а также рассматривает отдельно «сексуально перверзных». Группа «нервных» психопатов у E. Kahn [12] соответствует «астеническим» в систематике K. Schneider [10, 11]. До E. Kahn E. Kraepelin [16] описывал «тревожных» как вариант депрессивной конституции при маниакально-депрессивном психозе, так и в виде конституциональных особенностей, предрасполагающих к ряду невротических расстройств. Описание «гипертимов» E. Kahn [12] более соответствует «эйфорическим» личностям O. Bumke [27], нежели объемному понятию гипертимов K. Schneider [10, 11], а фантастов — описаниям одноименной группы у H. Gruhle [21]. Вместо введенного K. Schneider [11] термина «жаждущие признания» E. Kahn [12] возвращает этой группе психопатов прежнее название — «истерические», сохраняя в ней «псевдологов» и выделив из нее мечтательно-пассивных «фантастов». «Упорные» — это фиксированные на одной идее «фанатики» K. Birnbaum [18] и K. Schneider [10, 11], но у K. Schneider к «фанатикам» отнесена и часть «фершробенов». «Фершробены» E. Kahn [12] в целом соответствуют «фершробенам» в описании E. Kraepelin [16] и «параноидным» личностям в описании H. Gruhle [21]: клинически в этой группе собраны личности, отличающиеся несоответствиями, искажениями, странностями в речевом выражении, поведении, жестах, в психической позиции (мышлении, чувствах, стремлениях), во внешнем «оформлении» и социальной установке. В такой группировке подчеркиваются только выделяющиеся «типичные» черты, поэтому она в основных чертах и сопоставима с систематикой психопатий K. Schneider [10, 11].

Однако E. Kahn [12] полагает, что при «усиленной» установке на «чисто клиническое» описание человеческих личностей невозможно оставаться на уровне исключительно «внешних признаков». Систематика K. Schneider [10, 11] лишена строгого порядка, поскольку ей не достает объединяющей и направляющей точки зрения. Кроме того, типичные внешние признаки могут казаться сходными, но обладать разными значениями. W. Stern [29] утверждал, что из-за установленной аномальности отдельного свойства «мы не обладаем правом делать выводы об аномальности ее носителя как индивидуума»; справедливо и обратное: невозможно установленную аномальность личности основывать на единственном свойстве. Стремление определять психопатию по нескольким выделяющимся свойствам отражает не только затруднения клинической диагностики в «одном измерении», но и осознание необходимости «многомерного», «структурно-аналитического» подхода к психопатическим личностям. W. Stern [29] различал три основных вида «схемы» типов (прежде всего, нормальных): монотипическую, антитипическую и политипическую.

E. Kahn [12] полагает, что, хотя выделение типов с «комбинированными» свойствами делает их более пластичными, эти свойства могут собираться из разных плоскостей и с разных точек зрения, в результате чего

вместе они будут обладать лишь статической, средней величиной.

Конституциональные взгляды E. Kretschmer [9] — рассмотрение личности под углом психоза — E. Kahn [12] не разделяет, считая более правильным и целесообразным подход к психопатическим личностям с позиции личности.

Даже в систематиках психопатий по выделяющейся черте их можно разделить на две группы: проявляющих особенности в аффективной области (возбудимые, тревожные, эмоционально-лабильные, гипертимные, депрессивные, эмоционально холодные) и тех, у кого аномалии в аффективной области выражены мало (чувствительные, с навязчивостями, слабовольные, люди влечений, сексуально перверзные, истерические, фантасты, упорные и тип «фершробен»). Подобным образом, как считает E. Kahn [12], отличаются циклоиды и шизоиды E. Kretschmer [9], «синтонные» личности E. Bleuler [39] и «дистонные» A. Boestrem [40]. В этих двух рядах E. Kahn [12] видит проблему слоя темперамента и слоя характера, отраженную в критике G. Ewald [22] понятия шизоидной личности E. Kretschmer [9]. E. Kahn [12] предлагает рассматривать психику личности с трех сторон: интеллекта, темперамента и характера, подчеркивая, что такое разделение происходит только по точке зрения на личность, а не на различные области в самой личности (как, например, в концепциях личности E. Utitz [41] и E. Spranger [7, 8]). В своей конституциональной концепции E. Kretschmer [9] обращался с понятиями «темперамент» и «характер» как с синонимами.

Для дальнейшей систематизации психопатий E. Kahn [12] заимствует у W. Stern [29] понятие характера как «системы установки целей». Собственные цели личности (аутотелия) направлены на саморазвитие и самосохранение. Согласно «дифференциальной психологии» W. Stern [29], темперамент, характер и интеллект являются выражениями «диспозиций», обладающими «хроническим» и «потенциальным» качеством. В циклоидах E. Kretschmer [9] заметнее выступает в общей картине личности темперамент, в шизоидах — характер.

E. Kahn [12] понимает темперамент более широко, нежели G. Ewald [22]: для него темперамент не только основное настроение (*Grundstimmung*), витальные чувства [42] и биотонус [22], но и «эмоциональность»: ее возбудимость, внутренние процессы (аффективность) и внешние проявления. Влечения — «животные, витальные стремления к удовлетворению потребностей» — E. Kahn [12] не относит ни к характеру (в отличие от G. Ewald [22]), ни к темпераменту. Слой влечений у него является самым нижним, тесно связанным с телесным. Как и влечения, темперамент коренится в телесном, но в значительно большей степени, нежели влечения, его проявления провоцируются и продуцируются психическим, поскольку следующий за темпераментом верхний слой характера также на него воздействует контролирующе. Такая последовательность «слоев» личности

повторяет, по сути, теорию слоев Платона [43]. Характер E. Kahn определяет как «целевую систему управления личностью». Иными словами, характер является «одновременно и кораблем, и лоцманом, управляющим личностью в ее движении в мире». При этом характер, независимо от его каузально-биологической основы, формируется окружающей средой и судьбой. Ценность личности извне — объективная оценка — происходит из области целеполагания, т.е. из характера. Суждение о плохом или хорошем характере содержит оценку «ценности» его для целей общества, если цели общества и индивидуума противоположны, то характер считается плохим. E. Utitz [41] разделял «эндогенные» характеры и «характеры, сформированные судьбой» (Schicksalcharaktere), поскольку характер содержит в себе много потенциального. Каузальность действует в слоях личности снизу вверх, финальность — сверху вниз.

E. Kahn [12] вводит понятия «конкордантные» и «дискордантные» личности (термины, заимствованные из генетики). Под конкордантной личностью он подразумевает такую, которая в своем построении (телесности, влечениях, темпераменте и характере) хорошо «настроена», у которой во всех направлениях и слоях динамика протекает без трений. Так, например, конкордантная личность будет считаться при здоровой телесности средней силы, средней выраженности влечений, среднем темпераменте и прямом уверенном в цели характере. Так же конкордантной будет личность со здоровым нежным сложением и соответствующими влечениями, темпераментом и характером. Под дискордантной личностью E. Kahn [12] понимает такую личность, чье построение в телесности, влечениях, темпераменте и характере не так хорошо «настроено», возникают трения во внутриличностных процессах: торможения, заторы, замедления и «короткие замыкания» как в направлении к верхним слоям, так и к нижним. То, что при конкордантности находится в стабильном равновесии, при дискордантности — в лабильном. Так, например, повышенная сила влечений в нижнем слое уже обеспечивает дискордантность в верхних слоях. Однако и дискордантная личность может быть вторично сбалансированной, почему E. Kahn [12] и не говорит просто о гармонических и дисгармонических личностях. Тогда такая личность относится к диапазону здоровых. Причем, с точки зрения E. Kahn [12], о конкордантности и дискордантности можно говорить не только у взрослых, но и у детей и подростков, поскольку эти характеристики независимы от сознательной установки целевой системы, а являются наследственными.

В практическом определении психопатических личностей K. Schneider [10, 11] E. Kahn [12] видит недостаточно завершенную «аутотелию» — собственную систему целей личности (иначе бы личность не страдала от своей аномальности) и недостаточную встроенность в «гетеротелию»: систему целей общества (если бы это включение было полным, то от этой личности не стра-

дало бы общество). При этом E. Kahn [12] отмечает, что телеологическое рассмотрение личности невозможно без учета значения целей. Такой подход позволяет отнести понимание психопатий E. Kahn не только с концепцией W. Stern [29], но и с «базисными» типами индивидуальности E. Spranger [7, 8], дифференцированными по показателю «ценности». Система собственных целей личности соответствует самооценке личности. Чужой целевой системе соответствует чужая оценка, которая благодаря интроцепции может отражаться на полноте самооценки. E. Kahn [12] исходит из того, что личность стремится к равновесию между собственной и чужой оценкой и тем самым к равновесию между собственными и чужими целями. Конкордантные личности и нормальные дискордантные отличаются уравновешенной собственной системой целей и стремятся к повышению полноты самооценки за счет интроспекции (самооценка и оценка других у них верная). Но другая, аномальная, часть дискордантных личностей отличается ошибочной самооценкой, из которой следуют ошибочные оценки других и искажения в стремлении к повышению самооценки. Недооценка или переоценка себя (фактическая или кажущаяся) приводит к отклонениям в интроцепции и расстройству системы собственных целей, к обращению к «кажущимся» ценностям: обманчивой самооценке и неверным постановкам целей. Включение ложных оценок в систему ценностей не приводит к фактическому обогащению полноты самооценки и мешает общему развитию личности. При этом следует учитывать, что разница в действительных и обманчивых оценках является не качественной и абсолютной, а количественной и относительной, тем более что происходит «переоценка ценностей». То, что раньше обладало лишь кажущейся ценностью, может благодаря естественному развитию стать действительной, и наоборот.

Если K. Schneider [10, 11] предпочел дать свое знаменитое «практическое» определение психопатических личностей («как либо самих страдающих от своей ненормальности, либо от нее страдает общество») в начале своей монографии, то E. Kahn [12] создает его постепенно, и в конце общей части, посвященной пониманию психопатий, определяет их как «дискордантные» личности, характеризующиеся в каузальном смысле количественными особенностями в слоях влечений, темперамента и характера и поврежденные в своей единой целевой деятельности (в финальном смысле) количественными отклонениями в оценке себя и других.

Как и Kurt Schneider [10, 11], E. Kahn [12] не относит психопатов к болезненным личностям, а определяет их «нейтрально» — отклоняющиеся — и так же подчеркивает, что психопатическое отличается от нормально-психологического лишь количественно.

При этом он группирует психопатических личностей в зависимости от точки зрения на преобладания отклонений в «слоях»: психопатические личности с преобладанием отклонений в области влечений, в области темперамента и в слое характера.

С точки зрения отклонений в слое влечений Е. Kahn [12] выделяет: 1) импульсивных психопатов (соответствующих группе «людей влечений» у Е. Kraepelin [16, 28] и пониманию группы «эмоционально-лабильных» у К. Schneider [11]); 2) психопатов «со слабыми влечениями» (Е. Kretschmer [9] такую особенность связывал с шизоидной психопатической конституцией), которые не обязательно бывают инфантильно-астеническими личностями, поскольку существуют и очень активные типы со слабыми влечениями, среди последних встречаются и «аскеты», превращающие свои слабые влечения в добродетель; 3) «сексуальных» психопатов. Е. Kahn [12] подчеркивает, что преувеличенные сексуальные желания и деятельность (тип «Дон Жуанов» и «Мессалин») так же отклоняются от рамок нормы, как и «скромность» сексуальных потребностей и сексуальной практики. Сексуальные извращения, у многих проявляющиеся лишь в содержании сексуальных фантазий при мастурбировании, обычно связаны с психопатическим отклонением во всем строе личности, поскольку сексуальность — одна из основных его структурных составляющих. Так, например, педофилов Е. Kahn [12] относит к неуверенным в себе и стеснительным; гомосексуалистов, так же как и Е. Kretschmer [9], — к шизоидным или шизотимным личностям, в геронтофилах (предпочитающих партнеров существенно старше себя по возрасту) видит фиксацию на отношениях ребенок–родитель. Среди многочисленных вариантов фетишизма Е. Kahn [12] выделяет особо «негативный» фетишизм: очерченное эротическое отвращение к определенным личным свойствам, предметам туалета и обихода. Среди эксгибиционистов встречаются различные психопатические типы: от инфантильных и робких до склонных к нападению, с садистическими чертами, причем с эксгибиционизмом может быть связан и триолизм: склонность вступать в сексуальную близость одновременно более чем с одним партнером.

В садизме и мазохизме Е. Kahn [12] обращает внимание на расширенный подход Н. Apfelbach [44], который освободил эти понятия от собственно сексуального содержания и представил как полярные типы в одной из пяти дименсий характера, «психомодальности»: власти и подчиняемости. Согласно Н. Apfelbach [44], «садист» энергичен, отважен, предприимчив, агрессивен и полон витальности. Мазохист сдержан, подчиняем, робок. Все завоеватели и практические вожди являются садистами, а мазохисты наблюдаются среди поэтов и композиторов. В науке, по Н. Apfelbach [44], «садист» склонен к описаниям, «мазохист» — к объяснениям, первый очень внимателен к деталям и случайному, второй — мастер обобщений. Е. Kahn [12] понимает садизм и мазохизм не так широко, как Н. Apfelbach [44], но отмечает, что они коренятся в общей жизни влечений, в агрессивности и подчинении, «отдаче себя» и плавно переходят как склонность мучить и «позволять себя мучить» в психопатическое. Садизм у женщины, как и мазохизм у мужчины, Е. Kahn [12] оценивает как ролевой протест. Стремящийся подчинится

женщине мужчина проявляет фемининные черты, «госпожа с кнутом» — вирильные. Как садизм, так и мазохизм могут развиваться и вторично из неуверенности в себе и чувства неполноценности. Телесно-сексуальные проявления садизма и мазохизма Е. Kahn [12] предлагал назвать «импульсивной алголагией», вырастающей непосредственно из влечений, а не имеющие отношения к телесно-сексуальному мучительству и мученичеству — к «дистонной алголагии», образующейся «финально» из преформированной психопатической установки. Между сексуальными перверзиями наблюдаются и различные сочетания, особенно часто встречаются садистические и мазохистические черты при других извращениях. Так, садизм нередко сочетается с педофилией, алголагния обоих типов — у эксгибиционистов, фетишистов, гомосексуалистов и лесбиянок. Часто при сексуальных отклонениях наблюдается и психосексуальный инфантилизм, что подтверждает значение задержек развития в их происхождении.

Следует отметить, что крайнего взгляда на сексуальные извращения придерживался Th. Ziehen [20], полагавший их центральным симптомом «дегенеративной» психопатической конституции. К. Birnbaum [18], как и Е. Kahn [12], также выделявший группу «сексуальных» психопатов, учитывал возможность и практически изолированного сексуального извращения без каких-либо еще расстройств характера. О. Bumke [27], хотя и выделял «сексуально перверзных» психопатов, находил, что сексуальные аномалии обнаруживаются при всех типах психопатий, а не только при шизоидном, как полагал Е. Kretschmer [9].

Если G. Ewald [22] признавал лишь три типа темперамента: сангвинический, меланхолический и сбалансированный (отмечая и возможность смешанных сангвинически-меланхолических типов), то Е. Kahn [12], обозначив в целом психопатические типы темперамента «дистимиками», выделил среди них «гипертимиков», к которым отнес оживленных («тахитимиков»), возбудимых, эксплозивных, раздражительных (включающих «жаждущих споров») и веселых («эйфоричных»). Возбудимых и эксплозивных Е. Kahn [12] разделил на основе того, что первые, отличаясь повышенной эмоциональной реактивностью, могут находиться в стойком состоянии «заряженности», некоторые из возбудимых способны хорошо контролировать свое внешнее поведение, а вторые (эксплозивные) отличаются тенденцией к внезапной, немедленной разрядке на внешние раздражители, напоминающей «раздувание и лопание мыльного пузыря».

Вторую большую группу психопатических темпераментов Е. Kahn [12] назвал «гипотимиками» и разделил ее на «атимиков» (флегматики, эмоционально тупые, эмоционально бедные, «бездушные») и «дисфориков» (тревожные, недовольные и печальные). Третью группу он обозначил «пойкилотимиками» и отнес к ней как аутохтонно эмоционально-лабильных (в понимании эмоционально-лабильных психопатов К. Schneider [11]) и реактивно эмоционально-лабильных (в понимании

эмоционально-лабильных К. Wilmanns [17]). Эксплозивные, возбудимые и раздражительные были отнесены Е. Kahn в «гипертимическую» группу на основе повышения различных компонентов темперамента по сравнению со «средним» (так, например, само строение у возбудимых чаще бывает безразличным), в «гипотимики» объединялись психопатические темпераменты по «негативному» отклонению от среднего. По наблюдениям Е. Kahn [12], многие аtimiки стараются демонстрировать внешнюю оживленность, которая в действительности им чужда, но возможны и комбинации эмоционально бедных и бездушных с гипертимиками. В подгруппе «дисфориков» Е. Kahn [12] разделил «тревожных» на «робких» (с отчетливой тревожностью во всех переживаниях, с «первичным» страхом) и «фобиков» (с «вторичным» страхом), реактивно тревожных в определенных ситуациях).

Так же как и К. Schneider [10, 11] в отношении выделяющихся черт личности, Е. Kahn [12] говорил о возможностях разнообразных сочетаний психопатических темпераментов: так, например, он отмечает ближайшее отношение реактивно лабильных к возбудимым, эксплозивным и раздражительным.

С точки зрения «психопатов темперамента» Е. Kahn [12] рассматривал и чувствительных психопатов. Ближе всего к ним расположены реактивно лабильные, при этом чувствительные более склонны к печальным реакциям, что связывает их и с группой дистимиков. При этом чувствительные не являются конституционально-депрессивными, поскольку порой их даже можно определить как сангвиников (что отмечал и Е. Kretschmer [4]). По наблюдениям Е. Kahn [12], чувствительные также могут не выделяться своим настроением, хотя часто бывают тревожными, печальными или недовольными. От варианта «тихих» чувствительных существует переход через «тревожных» чувствительных к «прохладным» чувствительным. Последние имеют отношение к шизоидам Е. Kretschmer [9]. Однако, с точки зрения Е. Kahn [12], о шизоидах можно говорить лишь в случае генеалогической связи психопатии с шизофренией. Таким образом, согласно Е. Kahn [12], реактивная лабильность аффекта и склонность к его «заставлению» (*Verhaltung*) без способности к «разрядке» (*Entladung*) (кардинальное свойство чувствительных за счет сочетания с гипертимными, гипотимными и реже атимическими чертами) позволяет говорить о соответствующих подгруппах чувствительных психопатов. Е. Kahn [12] не поддерживает «прототипические» идеи Е. Kretschmer [9] с подразделением всех людей на шизотимные и циклотимные конституциональные биотипы, имеющие отношение к двум основным психиатрическим болезням (к маниакально-депрессивному кругу Е. Kahn [12] относит лишь тип «оживленных» гипертимов) и не видит отношения ни возбудимых, ни эксплозивных, ни раздражительных к определенному кругу психической болезни (хотя часть раздражительных и рассматривается им как преморбидная конституция маниакально-депрессивных больных [15]). С учетом высокой распространенности

и других типов «психопатов темперамента»: веселых, тревожных, недовольных, реактивно эмоционально-лабильных Е. Kahn [12] не склонен их рассматривать примыкающими к определенному клиническому кругу болезней.

При сопоставлении «слоя» темперамента и «слоя» влечений выясняется, что влечения в среднем бывают повышены у гипертимиков (реже у них наблюдается сила влечений ниже среднего). У гипотимиков, к которым Е. Kahn [12] причислил и «бездушных» (*gemuetlose*), в среднем встречается умеренная или малая сила влечений, но наблюдается и повышенная сила влечений, в особенности у бездушных, что может быть обусловлено и недостаточностью «торможений». Следует также учитывать колебания настроения у пойкилотимиков и волнообразные движения в жизни влечений; при эйфории сила влечений чаще усиливается, при депрессии снижается, но и здесь нет прочной связи, поскольку бывает печальное настроение с мощной заряженностью влечениями и «безмятежная» эйфория.

Психопатические личности, рассматриваемые с точки зрения третьего слоя характера, или «психопатические типы характера», «дистонные», Е. Kahn [12] разделяет на три большие группы в соответствии с вышеизложенными особенностями «целесолагания» и «самооценки»: «переоценивающие себя», «недооценивающие себя» и «амбитендентные» типы. Необходимо отметить, что такой форме подразделения характеров предшествовали типологии эмоциональной жизни Th. Ribot [45] и R. Mueller-Freienfels [46]². Так, Th. Ribot [45] говорил о двух типах чувств, производных от «Я», позитивной и негативной формы; при этом нормальное позитивное чувство «Я», связанное с чувством силы и превосходства, и такое же нормальное негативное чувство «Я», связанное с чувством собственной смиренности и слабости, в своих крайних патологических формах выражаются в бреде величия и суицидальной тенденции соответственно (Th. Ribot [45], как и многие французские психиатры [47–49] придерживался позиции «континуальности» психологических и психопатологических феноменов, выражающейся в известном высказывании В. Morel [47] о том, что «безумие является лишь преувеличением обычного характера»). R. Mueller-Freienfels [46] среди пяти типов эмоциональной жизни выделяет типы людей с «повышенным» и «пониженным» чувством «Я».

Е. Kahn в группе переоценивающих себя выделяет типы активных аутистов и эгоцентриков, в группе недооценивающих себя — пассивных аутистов и ищущих

² Richard Mueller-Freienfels (1882–1849), как и автор другой известной в то время в Германии типологии личности Е. Spranger, был психологом, философом и педагогом. В Педагогической академии Щецина (в настоящее время польский Щецин) преподавал «психологическую педагогику». В 1933 г. он вступил в национал-социалистическую партию, но в 1939 г. из-за установленных еврейских корней своего происхождения был преждевременно отправлен на пенсию. После войны был восстановлен и несколько лет преподавал психологию и философию в Берлинском университете.

себя, а в группе амбигуэнтных — преимущественно стенические и астенические типы.

Переоценивающие себя типы характера отличаются излишним акцентом на самоутверждении, «отнесению к «Я»» и их система оценок и целеполагания центрируется соответствующим образом. Оценка «Я» завышается, а оценка окружающей среды занижается, включая и чужие цели и ценности. Обращенность к собственному «Я» обычно сопровождается определенным «отворачиванием» от окружающего мира. Общая цель этого типа: повышение признания собственной личности. Но тип активных аутистов движим волей к власти «против» своей среды, а эгоцентриков — значением себя самого «перед» этой средой.

Для чувства и сознания активных аутистов свойственно сознание силы, своей особенности, придающее им активную, стеничную роль в отношении среды. Для них характерно неприятие «хороших дипломатических отношений» со своей средой, активный аутист отличается постоянной борьбой своего «Я» с тем, что его «Я» не является. Цель активного аутиста — повышение собственной власти. К этому типу Е. Kahn [12] относит бездушных и эмоционально холодных тиранов, прохладных «тахитимных» «борцов» и некоторых «врожденных преступников» [50]. Для общества обычно неважны производительность, ценность и целеполагание личности, основной интерес общества по отношению к личности вертится вокруг вопроса, что из существования этой личности можно получить для целей общества. Но психопатические личности активно-аутистического типа, по мнению Е. Kahn [12], вносят в общество много беспокойства, как в близкое, так и в отдаленное окружение, действуют «толчками» и «взрывами», и способны вызывать перевороты и революции³.

Эгоцентрики отличаются от активных аутистов относительной слабостью «Я», недостатком чувства уверенности и силы. Им свойственна «претензия» к окружающему миру, их вопрос: «Как мне превзойти в значении других в этом мире?», а производительность и объективные ценности отступают на второй план. Завышенная оценка себя сопровождается обесцениванием других. Многие эгоцентрики видят в других исключительно убогость, теневые стороны, дефекты. Их фиктивная цель — возвышение собственной личности, они живут, как будто играют роль в театре и наблюдают со сцены, насколько замечает и восхищается ими публика (причем в зависимости от их одаренности и упорности воли публика может быть к ним очень расположена). Воля к власти у эгоцентриков вторична по отношению к стремлению к признанию, честолюбию. Повышенная способность некоторых жаждущих

признания эгоцентриков идентифицироваться на какое-то время с другой личностью является сутью их актерской одаренности и является сама по себе также «отклонением». Эгоцентричные типы текуче переходят в нормальных эгоистов. Аутистические коллекционеры-фершробены также отличаются своеобразной, «фершробенизированной» жадностью признания, проявляющейся в потребности продемонстрировать порой свои «сокровища» или услышать, как их обсуждают. Хотя то, что является результатом «фиктивной» производительности из жажды признания, может освободиться от ложной ценности и стать действительной фактической ценностью общества.

Поскольку человек не только живет, но и «проживает» жизнь, в жизни обычного человека всегда есть аспекты не только активности и самоутверждения, но пассивности и самоотдачи. «Отдавание себя» предполагает превышение ценности другого и недооценку собственной. Если у «недооценивающих себя» психопатических типов характера страх предшествует самоотдаче, Е. Kahn [12] называет их пассивными аутистами, если же речь идет лишь о своеобразной «преувеличенной» самоотдаче — «ищущими себя».

Пассивные аутисты отличаются большим центрированием на «Я» из-за страха за свое «Я». Из этого страха производны сознание слабости «Я» и неуверенность в себе. Личность находится в защитной позиции к окружающему миру, а порой даже бежит от него. Мир представляется сильнее и кажется опасным и враждебным. Позиция пассивного аутиста приводит его к изоляции собственного «Я». Стремление к окружающим и обречено на неудачу, поскольку слишком велик страх и недостаточен элемент активно-стенического порыва. Пассивный аутист преследует одну цель — безопасность своего «Я». Направление его цели — рессентимент — бессильное, тягостное чувство враждебности к окружающему миру, виноватому в его неудачах. Он «предпочел бы жить вне борьбы на необитаемом острове». К заниженной самооценке его приводит переживаемое чувство собственной слабости.

Ищущим себя также присуща слабость «Я», но в отличие от испытывающих страх пассивных аутистов, они «отворачиваются от собственного «Я»». Они не враждебно настроены к миру, а находятся в пассивно-астенической к нему обращенности, их отношение к миру — подчинение. В норме отдача себя является только средством для достижения определенной общественной производительности, но у ищущих себя это конечная цель и ценность. Но это не истинная отдача себя другому, поскольку в каждом переживании «вместе с «Ты»» происходит поиск только себя. Фиктивная цель ищущих себя — собственное «Я» в особой форме переживания, как и у пассивных аутистов, символизирующее бессилие. За их подчинением окружающему стоит запрятанная жажда признания. Своим поведением личность их как будто говорит: «Я нестоящий человек, поэтому я жертвую собой, посмо-

³ Следует отметить, что Е. Kahn вместе с Е. Kraepelin участвовал в 1919 г. в психиатрической экспертизе лидеров Баварской Советской Республики, являющейся результатом волны революционного движения в Германии и подавление которой вооруженным путем привело к тому, что в Баварии окрепло национально-консервативное движение, ставшее колыбелью национал-социализма. Е. Kahn засвидетельствовал, что все три лидера Мюнхенской Республики являются психопатами.

трите на меня». Склонность к обесцениванию себя и завышенной оценке других, как более умных, успешных, счастливых, лучших, у ищущих себя более выражена, чем у пассивных аутистов, и часто соседствует со стремлением к признанию. Нередко ищущим себя бывает свойственна и страсть к подчинению и страданию. Чтобы не принимать собственные решения, они готовы подчиниться. Их стремление подчиниться иногда доходит до переживания принадлежности кому-либо, как собственности, «личной зависимости», рабской покорности (Hoerigkeit), имеющей прямое отношение к мазохизму. В противоположность «воли к власти» активных аутистов их цель — «воля к бессилию». Ищущие себя способны к экзатическим переживаниям в кажущейся «растворенности в “Ты”», но в «Ты» они ищут лишь собственное «Я», поэтому это переживание обманчиво. Поскольку самоуничтожение является также формой «саморастворения», то и самоубийцы, отчаявшиеся в цели и ценности собственной жизни, также могут иметь отношение к этому типу. Если для эгоцентриков публика необходима для переживания собственной ценности, то ищущие себя нуждаются в ней для демонстрации своей малоценности.

«Чистые» типы пассивных и активных аутистов, эгоцентриков и ищущих себя встречаются редко. В «малой концентрации» они присутствуют в каждом человеке, в большой — обуславливают характерологически-психопатическую особенность. Однако, если такие противоположные установки в «большой концентрации» встречаются у одной и той же личности, они являются основой для психопатической амбитендентности.

Типы с завышенной и пониженной самооценкой устроены «монополярно», их конфликты и обусловлены монополярностью, а амбитендентные типы колеблются между этими двумя установками. Они разрываются между двумя полюсами, и каждая их попытка ясного целеполагания приводит к конфликту, поскольку цель одобряется благодаря повышенной самооценке и одновременно отрицается за счет сниженной, и наоборот. Именно такую двойственную установку целеполагания E. Kahn [12] называет амбитендентностью. Из нее рождается сомнение. Такая установка не чужда и нормальным, но у них она имеет второстепенное, подчиненное значение. Амбитендентная личность обладает сильной и слабой стороной «Я», из первой исходит стеническая позиция, из второй — астеническая. Для нахождения компромиссов амбитендентная личность прибегает к вытеснению и к установлению

«псевдоцелей» (Pseudotelien), «фикций» [36–38]. Происхождение неврозов E. Kahn [12] также объясняет «псевдотелией». Невроз каузально возникает из неуравновешенного строения личности, а финально означает попытку изолировать и сделать недействующей психопатическую общую систему целей, в которой «Я» видит для себя опасность (невроз, в понимании E. Kahn [12], неотделим от психопатии). В сущности, к стенически-амбитендентным типам E. Kahn [12] относит комбинации из активных аутистов с чертами эгоцентриков, с чертами пассивных аутистов, пассивные черты могут комбинироваться и с преимущественно эгоцентрическим характером; возможны также последовательные смены полюсов с активно аутистического на ищущего себя у одного и того же индивидуума. У астенически-амбитендентных типов наблюдается обратная пропорция комбинированных черт.

В отечественной литературе определенную новизну E. Kahn [12] в систематике «характерологических» психопатов отмечал Г.К. Ушаков [51]. Однако оригинальность систематики E. Kahn состоит не только в выделении четырех типов в слое характера: активных аутистов, эгоцентриков, пассивных аутистов и ищущих себя. На уровне влечений он выделил тип психопатов с их сниженностью, на уровне темперамента отдельно описал группу тревожных психопатов и включил в нее два подтипа: отличающихся биологически обусловленной склонностью к общей тревожности и «фобиков» (парциально тревожных). На уровне «характерологических» психопатов E. Kahn [12] придал несколько иное значение блейлеровским терминам «амбивалентность» и «амбитендентность» [52], рассматривая их не как основные симптомы шизофрении, а как существенные психопатические характеристики (впрочем, оба феномена E. Bleuler [52, 53], придерживаясь позиции континуальности психологических и психопатологических симптомов [9, 54], обнаруживал и в нормальной психике). Для диагностики шизоидной психопатии (непризнаваемой ни K. Schneider [10, 11], ни O. Bumke [27]) E. Kahn [12] настаивал на необходимости наличия доказательной генеалогической связи с шизофренией.

Анализ «комплексных» психопатических типов «стратификационной» систематики E. Kahn [12] с его оригинальными «структурными» описаниями, не утратившими ценности для современного клинициста, стремящегося концептуально критически подходить к дифференцированной диагностике «расстройств личности», требует объема отдельной статьи.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Kronfeld A. Lehrbuch der Charakterkunde. Berlin: Verlag von Julius Springer; 1932:451.
2. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. Москва: Север; 1933:142.
3. Kronfeld A. Lehrbuch der Charakterkunde. Berlin: Verlag von Julius Springer; 1932:451.
4. Gannushkin P.B. Klinika psihopatij, ih statika, dinamika, sistematika. Moskva: Sever; 1933:142. (In Russ.).

3. Bahnsen J. Beitrage zur Charakterologie mit besonderer Beruecksichtigung paedagogischer Fragen. Erster Band. Leipzig: F. A. Brockhaus; 1867:362.
4. Kretschmer E. Der sensitive Beziehungswann. Ein Beitrag zur Paranoiafrage und zur psychiatrischen Charakterlehre. Berlin: Verlag von Julius Springer; 1918:166.
5. Пятницкий Н.Ю. Учение о типологии психопатий: концепция Э. Кречмера «ключевого переживания» и врожденного дефекта. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;117(6):59–65. DOI: 10.17116/jnevro20171176169-65
6. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfadен fuer Studierende, Aerzte und Psychologen. Verlag von Julius Springer, Berlin; 1913:338.
7. Spranger E. Lebensformen. Ein Entwurf. In: Festschrift fuer Alois Riehl. Von Freunden und Schuelern zu seinem 70. Geburtstage dargebracht. Niemeyer. Halle (Saale); 1914:416–522.
8. Spranger E. Types of Men. The psychology and ethics of personality (Authorized translation of the fifth German edition by Paul G.V. Pigors). Max Niemeyer Verlag. Halle (Saale). Hafner Publishing Company. New York; 1928:402.
9. Kretschmer E. Koerperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. Berlin: Springer; 1921:192.
10. Schneider Kurt. Die Psychopathischen Persoenlichkeiten. In: Handbuch der Psychiatrie (Herausgeb. von Gustav Aschaffenburg). Spezieller Teil. 7. Abteilung. 1. Teil. Leipzig und Wien, Franz Deuticke; 1923:96.
11. Schneider Kurt. Die psychopatische Persoenlichkeiten. Zweite, wesentlich veraenderte Auflage. Leipzig und Wien, Franz Deuticke; 1928:87.
12. Kahn E. Die Psychopathischen Persoenlichkeiten. In: Handbuch der Geisteskrankheiten (Herausgegeben von O. Bumke). Fuenfter Band. Spezieller Teil I. Die Psychopatischen Anlagen Reaktionen und Entwicklungen. Berlin: Verlag von Julius Springer; 1928:227–486.
13. Гиляровский В.А. Психиатрия. Руководство для врачей и студентов. Второе издание. Москва; Ленинград: Государственное издательство биологической и медицинской литературы; 1935:750.
14. Пятницкий Н.Ю. Учение о психопатических конституциях в концепции В.А. Гиляровского. *Психиатрия*. 2016;1:103–110.
15. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch fuer Studierende und Aerzte. 7 Auflage. Zweiter Band: Klinische Psychiatrie. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth; 1904:892.
16. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch fuer Studierende und Aerzte. Achte, vollstaendig umgearbeitete Auflage. IV Band. Klinische Psychiatrie. III. Teil. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth; 1915:1397–2340.
17. Wilmanns K. Die Psychopathien. In: Handbuch der Neurologie (Herausgegeben von M. Lewandowsky). Fuenfter Band. Spezielle Neurologie IV. Berlin: Verlag von Julius Springer; 1914:513–580.
18. Birnbaum K. Kriminalpsychopathologie. Systematische Darstellung. Berlin: Verlag von Julius Springer; 1921:214.
- Bahnsen J. Beitrage zur Charakterologie mit besonderer Beruecksichtigung paedagogischer Fragen. Erster Band. Leipzig: F. A. Brockhaus; 1867:362.
- Kretschmer E. Der sensitive Beziehungswann. Ein Beitrag zur Paranoiafrage und zur psychiatrischen Charakterlehre. Berlin: Verlag von Julius Springer; 1918:166.
- Pyatnitskiy N.Yu. Doctrine of psychopathy typology: E. Kretschmer's concept of «key experience» and inherited defect. *Zhurnal nevrologii i psihiatrui im. S.S. Korsakova*. 2017;117(6):59–65. DOI: 10.17116/jnevro20171176169-65 (In Russ.).
- Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfadен fuer Studierende, Aerzte und Psychologen. Verlag von Julius Springer, Berlin; 1913:338.
- Spranger E. Lebensformen. Ein Entwurf. In: Festschrift fuer Alois Riehl. Von Freunden und Schuelern zu seinem 70. Geburtstage dargebracht. Niemeyer. Halle (Saale); 1914:416–522.
- Spranger E. Types of Men. The psychology and ethics of personality (Authorized translation of the fifth German edition by Paul G.V. Pigors). Max Niemeyer Verlag. Halle (Saale). Hafner Publishing Company. New York; 1928:402.
- Kretschmer E. Koerperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. Berlin: Springer; 1921:192.
- Schneider Kurt. Die Psychopathischen Persoenlichkeiten. In: Handbuch der Psychiatrie (Herausgeb. von Gustav Aschaffenburg). Spezieller Teil. 7. Abteilung. 1. Teil. Leipzig und Wien, Franz Deuticke; 1923:96.
- Schneider Kurt. Die psychopatische Persoenlichkeiten. Zweite, wesentlich veraenderte Auflage. Leipzig und Wien, Franz Deuticke; 1928:87.
- Kahn E. Die Psychopathischen Persoenlichkeiten. In: Handbuch der Geisteskrankheiten (Herausgegeben von O. Bumke). Fuenfter Band. Spezieller Teil I. Die Psychopatischen Anlagen Reaktionen und Entwicklungen. Berlin: Verlag von Julius Springer; 1928:227–486.
- Giljarovskij V.A. Psihiatrija. Rukovodstvo dlja vrachej i studentov. Vtoroe izdanie. Moskva; Leningrad: Gosudarstvennoe izdatel'stvo biologicheskoy i medicinskoj literatury; 1935:750. (In Russ.).
- Pyatnitskiy N.Yu. V.A. Giljarovkij's conceptual doctrine of psychopathic constitutions. *Psihiatriya*. 2016;1:103–110. (In Russ.).
- Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch fuer Studierende und Aerzte. 7 Auflage. Zweiter Band: Klinische Psychiatrie. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth; 1904:892.
- Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch fuer Studierende und Aerzte. Achte, vollstaendig umgearbeitete Auflage. IV Band. Klinische Psychiatrie. III. Teil. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth; 1915:1397–2340.
- Wilmanns K. Die Psychopathien. In: Handbuch der Neurologie (Herausgegeben von M. Lewandowsky). Fuenfter Band. Spezielle Neurologie IV. Berlin: Verlag von Julius Springer. 1914:513–580.
- Birnbaum K. Kriminalpsychopathologie. Systematische Darstellung. Berlin: Verlag von Julius Springer; 1921:214.

19. Ziehen Th. Psychiatrie fuer Aerzte und Studierende. Vierte, vollstaendig umgearbeitete Auflage. Leipzig: Verlag von E. Hirzel; 1911:885.
20. Ziehen Th. Die Geisteskrankheiten des Kindesalters einschliesslich des Schwachsinnns und der psychopathischen Konstitutionen. Berlin: Verlag von Reuter@Reichard; 1917:491.
21. Gruhle H.W. Psychiatrie fuer Aerzte. Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage mit 23 Textabbildungen. Berlin: Verlag von Julius Springer; 1922:304.
22. Ewald G. Temperament und Charakter. Berlin: Verlag von Julius Springer; 1924:156.
23. Schultz I.H. Die Seelische Krankenbehandlung (Psychotherapie) Ein Grundriss fuer Fach- und Allgemeinpraxis. Zweite, verbesserte Auflage. Jena. Verlag von Gustav Fischer; 1920:353.
24. Schultz J.H. Die konstitutionelle Nervositaet. In: Handbuch der Geisteskrankheiten (Herausgegeben von O. Bumke). Fuenfter Band. Spezieller Teil I. Erster Tel. Die Psychopathischen Anlagen, Reaktionen und Entwicklungen. Berlin: Verlag von Julius Springer; 1928:28–111.
25. Hoffmann H. Ueber Temperamentsvererbung. Muenchenn: Verlag von J.F. Bergmann; 1923:68.
26. Hoffmann H. Das Problem des Charaktersaufbaus. Berlin: Verlag von Julius Springer; 1926:193.
27. Bumke O. Lehrbuch der Geisteskrankheiten. Zweite, umgearbeitete Auflage der Diagnose der Geisteskrankheiten. Muenchen: Verlag von J.F. Bergmann; 1924:1176.
28. Пятницкий Н.Ю. Учение о психопатиях и конституциональной предрасположенности к психическим расстройствам в концепции Е. Краепелин (состояние в 8-м издании учебника). *Психиатрия*. 2013;2:48–59.
29. Stern W. Die Differentielle Psychologie in ihren methodischen Grundlagen. An Stelle deiner zweiten Auflage des Buches: ueber Psychologie der individuellen Differenzen (Ideen zu einer differentiellen Psychologie). Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth; 1911:503.
30. Аристотель. Метафизика. В кн.: Аристотель. Сочинения в четырех томах. Том 1 (под ред. В.Ф. Асмус). Москва: Академия наук СССР, Институт философии, Издательство социально-экономической литературы; 1975:63–448.
31. Freud S. Ueber den psychischen Mechanismus der hysterischen Phaenomene (1893). Aus: Sigmund Freud. Psychoanalyse. Ausgewaehlte Schriften zur Neurosenlehre, zur Persoemlichkeitspsychologie, zur Kulturtheorie. Verlag Philipp Reclam jun. Leipzig; 1990:70–83.
32. Freud S. Meine Ansichten ueber die Rolle der Sexualitaet in der Aethiologie der Neurosen (1906). Aus: Sigmund Freud. Psychoanalyse. Ausgewaehlte Schriften zur Neurosenlehre, zur Persoemlichkeitspsychologie, zur Kulturtheorie. Verlag Philipp Reclam jun. Leipzig; 1990:84–93.
33. Freud S. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie (1905). Aus: Sigmund Freud. Psychoanalyse. Ausgewaehlte Schriften zur Neurosenlehre, zur Persoemlichkeitspsychologie, zur Kulturtheorie. Verlag Philipp Reclam jun. Leipzig; 1990:120–228.
- Ziehen Th. Psychiatrie fuer Aerzte und Studierende. Vierte, vollstaendig umgearbeitete Auflage. Leipzig: Verlag von E. Hirzel; 1911:885.
- Ziehen Th. Die Geisteskrankheiten des Kindesalters einschliesslich des Schwachsinnns und der psychopathischen Konstitutionen. Berlin: Verlag von Reuter@Reichard; 1917:491.
- Gruhle H.W. Psychiatrie fuer Aerzte. Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage mit 23 Textabbildungen. Berlin: Verlag von Julius Springer; 1922:304.
- Ewald G. Temperament und Charakter. Berlin: Verlag von Julius Springer; 1924:156.
- Schultz I.H. Die Seelische Karankenbehandlung (Psychotherapie) Ein Grundriss fuer Fach- und Allgemeinpraxis. Zweite, verbesserte Auflage. Jena. Verlag von Gustav Fischer; 1920:353.
- Schultz J.H. Die konstitutionelle Nervositaet. In: Handbuch der Geisteskrankheiten (Herausgegeben von O. Bumke). Fuenfter Band. Spezieller Teil I. Erster Tel. Die Psychopathischen Anlagen, Reaktionen und Entwicklungen. Berlin: Verlag von Julius Springer; 1928:28–111.
- Hoffmann H. Ueber Temperamentsvererbung. Muenchenn: Verlag von J.F. Bergmann; 1923:68.
- Hoffmann H. Das Problem des Charaktersaufbaus. Berlin: Verlag von Julius Springer; 1926:193.
- Bumke O. Lehrbuch der Geisteskrankheiten. Zweite, umgearbeitete Auflage der Diagnose der Geisteskrankheiten. Muenchen: Verlag von J.F. Bergmann; 1924:1176.
- Pyatnitskiy N.Yu. The doctrine of psychopathies and constitutional predisposition to mental illness in the concept of E. Kraepelin (considered in the 8th edition of Textbook). *Psichiatriya*. 2013;2:48–59. (In Russ.).
- Stern W. Die Differentielle Psychologie in ihren methodischen Grundlagen. An Stelle deiner zweiten Auflage des Buches: ueber Psychologie der individuellen Differenzen (Ideen zu einer differentiellen Psychologie). Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth; 1911:503.
- Aristotel. Metafizika. V kn.: Aristotel. Sochineniya v chetyreh tomah. Tom 1 (pod red. V.F. Asmus). Moskva: Akademiya nauk SSSR, Institut filosofii, Izdatelstvo socialno-ekonomicheskopolit-eratury; 1975:63–448. (In Russ.).
- Freud S. Ueber den psychischen Mechanismus der hysterischen Phaenomene (1893). Aus: Sigmund Freud. Psychoanalyse. Ausgewaehlte Schriften zur Neurosenlehre, zur Persoemlichkeitspsychologie, zur Kulturtheorie. Verlag Philipp Reclam jun. Leipzig; 1990:70–83.
- Freud S. Meine Ansichten ueber die Rolle der Sexualitaet in der Aethiologie der Neurosen (1906). Aus: Sigmund Freud. Psychoanalyse. Ausgewaehlte Schriften zur Neurosenlehre, zur Persoemlichkeitspsychologie, zur Kulturtheorie. Verlag Philipp Reclam jun. Leipzig; 1990:84–93.
- Freud S. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie (1905). Aus: Sigmund Freud. Psychoanalyse. Ausgewaehlte Schriften zur Neurosenlehre, zur Persoemlichkeitspsychologie, zur Kulturtheorie. Verlag Philipp Reclam jun. Leipzig; 1990:120–228.

34. Freud S. Triebe und Tribschicksale (1915). Aus: Sigmund Freud. Psychoanalyse. Ausgewaehlte Schriften zur Neurosenlehre, zur Persoemlichkeitspsychologie, zur Kulturtheorie. Verlag Philipp Reclam jun. Leipzig; 1990:229–249.
35. Freud S. Das Ich und das Es (1923). Aus: Sigmund Freud. Psychoanalyse. Ausgewaehlte Schriften zur Neurosenlehre, zur Persoemlichkeitspsychologie, zur Kulturtheorie. Verlag Philipp Reclam jun. Leipzig; 1990:299–342.
36. Adler A. Studie ueber Minderwertigkeit von Organen. Berlin; Wien: Urban & Schwarzenberg; 1907:92.
37. Adler A. Ueber den nervoesen Character. Grundzuege einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie. Wiesbaden. Verlag von J.F. Bergmann; 1912:196.
38. Adler A. Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Vortraege zur Einfuehrung in die Psychotherapie fuer Aerzte, Psychologen und Lehrer. Muenchen und Wiesbaden. Verlag von J.F. Bergmann; 1920:244.
39. Bleuler E. Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie. Zeitschrift fuer die gesamte *Neurologie und Psychiatrie*. 1922;78(Zweites und drittes Heft):373–399.
40. Bostroem A. Zur Frage des Schizoids. *Archiv fur Psychiatrie*. 1926;77:32–60.
41. Utitz E. Characterologie. Charlottenburg. Pan-Verlag Rolf Heise; 1925:398.
42. Hoeffding H. Psychologie in Umrissen auf Grundlage der Erfahrung. Zweite Deutsche Ausgabe, unter Mitwirkung des Verfassers nach der vielfach geaenderten dritten daenischen Ausgabe von F. Bendixen. Leipzig. O.R. Reiland; 1893:500.
43. Платон. Государство (пер. А.Н. Егунова). В кн.: Платон. Собрание сочинений в четырех томах (Общая редакция А.Ф. Лосева, В.Ф. Асмуса, А.А. Тахо-Годи). Москва: Российская академия наук, Институт философии, Издательство «Мысль». 1994;3:79–420.
44. Apfelbach H. Der Aufbau des Characters. Elemente einer rationalen Charakterologie des Menschen mit einem Anhang ueber die Gezetze der erotischen Attraktion. Wien; Leipzig:Wilhelm Braumueller; 1924:210.
45. Ribot Th. The psychology of emotions. London: Walter Scott LTD., Paternoster Square; 1897:455.
46. Mueller-Freienfels R. Persoenlichkeit und Weltanschauung. Psychologische Untersuchungen zu Religion, Kunst und Philosophie. Leipzig; Berlin: Verlag von Drud und B.G. Huebner; 1919:274.
47. Morel B.A. Traité des maladies mentales. Paris: Librairie Victor Masson; 1860:866.
48. Regis E. Precis de Psychiatrie. 6-e edition, entierement revue e corrigee (Publiee sousla direction de L.Testut). Paris: Librairie Octave Doin Gaston Doin, Edituer; 1923:1269.
49. Dupre E. Pathologie del'imagination et de l'emotivite. Paris: Payot; 1925:490.
50. Lombroso C. Der Verbrecher in anthropologischer, aertzlicher und juristischer Beziehung. (In deutscher Bearbeitung von Dr M.O. Fraenkel) Hamburg: Verlag von J.F. Richter; 1887:562.
51. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. Москва: Медицина; 1978:400.
- Freud S. Triebe und Tribschicksale (1915). Aus: Sigmund Freud. Psychoanalyse. Ausgewaehlte Schriften zur Neurosenlehre, zur Persoemlichkeitspsychologie, zur Kulturtheorie. Verlag Philipp Reclam jun. Leipzig; 1990:229–249
- Freud S. Das Ich und das Es (1923). Aus: Sigmund Freud. Psychoanalyse. Ausgewaehlte Schriften zur Neurosenlehre, zur Persoemlichkeitspsychologie, zur Kulturtheorie. Verlag Philipp Reclam jun. Leipzig; 1990:299–342.
- Adler A. Studie ueber Minderwertigkeit von Organen. Berlin; Wien: Urban & Schwarzenberg; 1907:92.
- Adler A. Ueber den nervoesen Character. Grundzuege einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie. Wiesbaden. Verlag von J.F. Bergmann; 1912:196.
- Adler A. Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Vortraege zur Einfuehrung in die Psychotherapie fuer Aerzte, Psychologen und Lehrer. Muenchen und Wiesbaden. Verlag von J.F. Bergmann; 1920:244.
- Bleuler E. Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie. Zeitschrift fuer die gesamte *Neurologie und Psychiatrie*. 1922;78(Zweites und drittes Heft):373–399
- Bostroem A. Zur Frage des Schizoids. *Archiv fur Psychiatrie*. 1926;77:32–60.
- Utitz E. Characterologie. Charlottenburg. Pan-Verlag Rolf Heise; 1925:398.
- Hoeffding H. Psychologie in Umrissen auf Grundlage der Erfahrung. Zweite Deutsche Ausgabe, unter Mitwirkung des Verfassers nach der vielfach geaenderten dritten daenischen Ausgabe von F. Bendixen. Leipzig. O.R. Reiland; 1893:500.
- Platon. Gosudarstvo (per. A.N. Egunova). V kn.: Platon. Sobranie sochinenij v chetyreh tomah (Obshaya redakciya A.F. Loseva, V.F. Asmusa, A.A. Taho-Godi). Moskva: Rossijskaya Akademiya Nauk, Institut filosofii, Izdatelstvo «Mysl». 1994;3:79–420. (In Russ.).
- Apfelbach H. Der Aufbau des Characters. Elemente einer rationalen Charakterologie des Menschen mit einem Anhang ueber die Gezetze der erotischen Attraktion. Wien; Leipzig:Wilhelm Braumueller; 1924:210.
- Ribot Th. The psychology of emotions. London: Walter Scott LTD., Paternoster Square; 1897:455.
- Mueller-Freienfels R. Persoenlichkeit und Weltanschauung. Psychologische Untersuchungen zu Religion, Kunst und Philosophie. Leipzig; Berlin: Verlag von Drud und B.G. Huebner; 1919:274.
- Morel B.A. Traité des maladies mentales. Paris: Librairie Victor Masson; 1860:866.
- Regis E. Precis de Psychiatrie. 6-e edition, entierement revue e corrigee (Publiee sousla direction de L.Testut). Paris: Librairie Octave Doin Gaston Doin, Edituer; 1923:1269.
- Dupre E. Pathologie de l'imagination et de l'emotivite. Paris: Payot; 1925:490.
- Lombroso C. Der Verbrecher in anthropologischer, aertzlicher und juristischer Beziehung. (In deutscher Bearbeitung von Dr M.O. Fraenkel) Hamburg: Verlag von J.F. Richter; 1887:562.
- Ushakov G.K. Pogranichnye nervno-psihicheskie rasstrojstva. Moskva: Medicina; 1978:400. (In Russ.).

52. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Handbuch der Psychiatrie (Herausgeb. von G. Aschaffenburg). Spezieller Teil. 4. Abteilung, 1. Haelfte. Leipzig und Wien: Franz Deuticke; 1911:420.
53. Пятницкий Н.Ю. «Первичные», «основные» и «вторичные» симптомы шизофрении в концепции Е. Блейлера. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;117(8):88–97.
54. Tiling Th. Individuelle Geistesartung und Geistesstoerung. In: Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Einzeldarstellungen fuer Gebildete aller Staende. (Herausgegeben von Dr. L. Loewenfeld und Dr. H. Kurella). Siebenundzwanzigstes Heft. Wiesbaden: Verlag von J.F. Bergman; 1904:58.
- Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Handbuch der Psychiatrie (Herausgeb. von G. Aschaffenburg). Spezieller Teil. 4. Abteilung, 1. Haelfte. Leipzig und Wien: Franz Deuticke; 1911:420.
- Pyatnitskiy N.Yu. «Primary», «basic» and «secondary» symptoms of schizophrenia in the concept of E. Bleuler. *Zhurnal neurologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova*. 2017;117(8):88–97. (In Russ.).
- Tiling Th. Individuelle Geistesartung und Geistesstoerung. In: Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Einzeldarstellungen fuer Gebildete aller Staende. (Herausgegeben von Dr. L. Loewenfeld und Dr. H. Kurella). Siebenundzwanzigstes Heft. Wiesbaden: Verlag von J.F. Bergman; 1904:58.

Пятницкий Николай Юрьевич, кандидат медицинских наук, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
E-mail: piatnits09@mail.ru

Nikolay Yu. Pyatnitskiy, Cand. of Sci. (Med.), FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia
E-mail: piatnits09@mail.ru

УДК 61.616.89

Профилактика профессионального выгорания у медицинских сестер психиатрических больниц: балинтовский метод

Prevention of professional burning at nurses of psychiatric hospitals: Balint method

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-81-95-100>

Габоян Я.С.^{1,2}, Макарян А.С.², Кича Д.И.², Савельев Д.В.¹, Авагимян А.А.¹

¹ Психиатрическая клиническая больница № 3 (ГБУЗ ДЗМ), Москва, Россия

² Российский университет дружбы народов (РУДН), Москва, Россия

Gaboyan Ya.S.^{1,2}, Makaryan A.S.², Kicha D.I.², Savelyev D.V.¹, Avagymyan A.A.¹

¹ Psychiatric clinical hospital № 3 (GBUZ DZM), Moscow, Russia

² Peoples' Friendship University, RUDN University, Moscow, Russia



95

Цель: в статье рассмотрена актуальная проблема практической медицины — профессиональное эмоциональное выгорание у медицинских сестер. Значимость профилактики эмоционального (профессионального) выгорания у медицинских сестер увеличивается в связи с ростом уровня хронических неинфекционных заболеваний, которые требуют длительного ухода за пациентами в больницах. Деятельность медицинских сестер связана с интенсивными рабочими нагрузками, высокой отдачей, требуемой при решении трудовых задач, профессиональной и юридической ответственностью за результаты действий.

Материал и методы: тренинг по методу балинтовских групп для предупреждения профессионального выгорания у медицинских сестер реализован в ГБУЗ «Психиатрической больнице № 3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ». Была разработана анкета-тест «Отношение к работе и профессиональное выгорание», содержащая 137 утверждений, отражающих определенные эмоциональные реакции и стили отношения к работе у «помогающих» профессионалов, в процессе развития выгорания. В группу включаются 6–15 человек (оптимально 8–10), работающих в одном или разных медицинских или психоневрологических учреждениях, но не связанных служебно-иерархическими или родственными отношениями.

Результаты: по итогам работы со средним медицинским персоналом психиатрического профиля по методу балинтовской группы отмечено улучшение восприятия и понимания коммуникации с пациентом, осознание терапевтической значимости межличностных отношений и их границ, достигнуто расширение репертуара коммуникативных стереотипов, достигнут личностный профессиональный рост. Медицинские сестры, прошедшие тренинги по методу работы в балинтовской группе, стали лучше контролировать свою рабочую и психоэмоциональную нагрузку.

Обсуждение: синдром профессионального эмоционального выгорания (СПЭВ) в медицине рассматривается как фактор, отрицательно влияющий на качество и эффективность исполнения профессиональных обязанностей медицинских сестер и их взаимоотношения с пациентами и коллегами. В статье дается обоснование и доказательства эффективности применения метода балинтовских групп для профилактики синдрома профессионального эмоционального выгорания в условиях психиатрической клиники.

Ключевые слова: профессиональное эмоциональное выгорание; медицинская сестра; балинтовские группы.

Для цитирования: Габоян Я.С., Макарян А.С., Кича Д.И., Савельев Д.В., Авагимян А.А. Профилактика профессионального выгорания у медицинских сестер психиатрических больниц: балинтовский метод. *Психиатрия*. 2019;81(1):95–100.

Конфликт интересов отсутствует

Purpose: the article deals with the actual problem of practical medicine — professional emotional burnout in nurses. The importance of prevention of emotional (professional) burnout in nurses increases due to the increase in the level of chronic non-communicable diseases that require long-term care of patients in hospitals. The activity of nurses is associated with intensive workloads, high returns required in solving labor problems, professional and legal responsibility for the results of actions.

Material and methods: training on the method of Balint Groups to prevent professional burnout in nurses, implemented in GBUZ «Psychiatric hospital № 3. V.A. Gilyarovskiy DZM». A questionnaire test «Attitude to work and professional burnout» was developed, containing 137 statements reflecting certain emotional reactions and styles of attitude to work of «helping» professionals in the process of burnout development. Are included in the group of 6–15 people (ideally 8–10), working in the same or different medical or mental institutions, but non-service-related or hierarchical relationships.

Results: as a result of work with the average medical staff of psychiatric profile by the method of Balint Group, improvement of perception and understanding of communication with the patient, awareness of the therapeutic importance of interpersonal relationships and their boundaries was noted, the repertoire of communicative stereotypes was expanded, personal professional growth was achieved. Nurses who have been trained on the method of work in the Balint Group, began to better control their work and psycho-emotional load. Discussion: the Syndrome of professional emotional burnout in medicine is considered as a factor negatively affecting the quality and effectiveness of the performance of professional duties of nurses and their relationships with patients and colleagues. The article provides justification and evidence of the effectiveness of the method of Balint Groups for the prevention of the syndrome of professional emotional burnout in a psychiatric clinic.

Keywords: burnout; nurse; Balint group; psychiatric clinic.

For citation: Gaboyan Ya.S., Makaryan A.S., Kicha D.I., Savelyev D.V., Avagumyan A.A. Prevention of professional burning at nurses of psychiatric hospitals: Balint method. *Psychiatry*. 2019;81(1):95–100.

There is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

Не касаясь типов личности и стадий синдрома профессионального эмоционального выгорания (СПЭВ), предпринято исследование и представлены оценки практических наблюдений, результаты собственных исследований для обоснований, разработки и предложений методов и направлений профилактики профессионального эмоционального выгорания у медицинских сестер. Ввиду увеличения значимости ухода и коммуникаций с пациентами, страдающими хроническими заболеваниями, исследование представляет научную и практическую актуальность.

Профессиональная деятельность медицинских работников связана с высокой степенью ответственности за жизнь и здоровье пациентов, часто требуется срочное принятие решений, от которых зависит жизнь пациентов, необходимо умение сохранять высокую работоспособность в экстремальных условиях постоянного эмоционального и интеллектуального напряжения. Поэтому медицинские работники подвергаются значительному риску нарушений психоэмоциональной сферы, называемых синдромом эмоционального выгорания. Эмоциональное выгорание, являясь формой профессиональной деформации личности, отрицательно сказывается как на психическом здоровье, так и на исполнении профессиональных обязанностей и на взаимоотношениях с окружающими. В настоящее время профессиональное выгорание трактуется как долговременная стрессовая ситуация, возникающая вследствие продолжительных профессиональных стрессовых факторов, что позволяет рассматривать данное явление как деформацию профессионала под влиянием длительного профессионального стажа [2, 12, 16, 17].

Значимость профилактики эмоционального (профессионального) выгорания у медицинских сестер увеличивается и в связи с тем, что растет уровень хронических неинфекционных заболеваний, которые требуют длительного пребывания пациентов в больницах. Так как хронические неинфекционные заболевания поражают людей пожилого возраста, то осуществление ухода за ними требует от медицинских сестер, да и от врачей, большого психоэмоционального напряжения [7].

К основным симптомам профессионального эмоционального выгорания (СПЭВ) относятся хроническая усталость, быстрое утомление, т.н. истощение в ходе профессиональной деятельности, негативное отношение к пациентам, отрицательная настроенность к выполняемой работе, как следствие, появляются ошибки в работе, психосоматические заболевания, тревожные состояния.

Обоснованные доказательства эффективности применения метода балинтовских групп для профилактики синдрома профессионального эмоционального выгорания в условиях психиатрической клиники представляют практическую значимость. В результате работы по методу балинтовской группы у среднего медицинского персонала в психиатрической клинике произошло улучшение восприятия и понимания коммуникации с пациентами, осознание терапевтической значимости межличностных отношений и их границ, достигнуто расширение репертуара коммуникативных стереотипов, достигнут личностный профессиональный рост. Медицинские сестры, прошедшие тренинги по методу работы в балинтовской группе, стали лучше контролировать свою рабочую и психоэмоциональную нагрузку, повысилась личная эффективность.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Материалы представлены в виде научных и методических печатных трудов и докладов организаций, результатов анкетирования медицинских сестер по специально разработанным анкетам, оценки опыта авторов. Применен статистический и аналитический методы, логическое заключение и формулировки выводов и предложений. Базой исследования была психиатрическая клиническая больница, объект исследования — медицинские сестры. Основным принцип формирования балинтовской группы — добровольность объединения профессионалов, готовых к пересмотру стереотипов в своей работе и заинтересованных в коллегиальной взаимопомощи. В группу включаются 6–15 человек (оптимально — 8–10), работающих в одном или разных медицинских или психоневрологических учреждениях, но не связанных служебно-иерархическими или родственными отношениями.

Проведение тренинга по методу балинтовских групп для предупреждения профессионального выгорания у медицинских сестер реализуется в ГБУЗ «Психиатрической больнице № 3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ». С этой целью была разработана анкета-тест «Отношение к работе и профессиональное выгорание», содержащая 137 утверждений, отражающих определенные эмоциональные реакции и стили отношения к работе у «помогающих» профессионалов в процессе развития выгорания. Степень согласия с каждым из этих утверждений выполняется испытуемыми по 10-балльной шкале.

Все утверждения анкеты-теста объединены в девять шкал, соответствующих концептуальным представлениям об основных компонентах синдрома профессионального «выгорания».

1. Эмоциональное истощение.
2. Напряженность в работе.

3. Снижение удовлетворенности работой и оценка ее значимости.

4. Профессиональный перфекционизм.

5. Общая самооценка.

6. Самооценка качества работы.

7. Помощь и психологическая поддержка коллег в работе.

8. Профессиональное развитие и самосовершенствование.

9. Состояние здоровья и общая адаптация [4, 5, 10–12, 15].

Групповые тренинги проводятся два раза в месяц, длительность занятия — 1,5 ч. Полный курс прошли 10 групп по 18–20 участников в каждой. Каждый участник групповых занятий прошел тренинг на более чем 10 сеансах занятий. По окончании участникам групп были выданы накопительные сертификаты повышения квалификации.

Для оценки эффективности тренингов по методу балинтовских групп, перед началом работы и по окончании участникам были выданы специальные тесты, позволившие оценить состояние участников в динамике. Их целевая направленность и тематическая ориентация на оценки отношения к работе и профессиональное «выгорание» В.А. Винокура, тест определения смысложизненной ориентации Д.А. Леонтьева, шкала оценки степени депрессии Зунга в адаптации Т.А. Балашовой, методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана в модификации В.В. Бойко [4, 5, 10, 11].

Тесты используются для выявления депрессии или дифференцированной диагностики нарушений эмоционально-волевой сферы. Главная особенность методик — чувствительность к основным синдромообразующим симптомам депрессии, что обусловило их широкое применение в психиатрической практике. В эмоциональном выгорании медицинского персонала депрессия занимает одно из важных мест и является неотъемлемой частью психического здоровья медицинских сестер.

На первом этапе исследования обоснованы категории роли и места медицинской сестры в работе с пациентами в психиатрической клинике. По риску возникновения эмоционального выгорания одно из ведущих мест занимает профессия медицинской сестры психиатрических медицинских организаций, которые явились базой исследования. Профессиональная деятельность медицинской сестры предполагает длительное тесное общение с пациентами, требующими неусыпной заботы и внимания. Деятельность медицинских сестер связана с интенсивными рабочими нагрузками, высокой отдачей, требуемой при решении трудовых задач, профессиональной и юридической ответственностью за результаты действий. Все это формирует фон эмоциональных факторов, негативно действующих на личность медицинской сестры, влияющих на качество оказания ею сестринских услуг, предрасполагающих к возникновению и развитию профессиональной де-

формации личности. Ввиду чего следует подчеркнуть лозунг Всемирной организации здравоохранения «Депрессия: давай поговорим», под которым объявлен Всемирный день здоровья 7 апреля 2017 г. [6]. Согласно нашему опыту, СПЭВ формируется также и у медицинского персонала отделений, обсуживающих пожилых людей с хроническими неинфекционными болезнями, персонала интернатов для пожилых людей.

Получены следующие результаты работы со средним медицинским персоналом психиатрического профиля по методу балинтовской группы:

- отмечено улучшение восприятия и понимания коммуникации с пациентом
- произошло осознание терапевтической значимости межличностных отношений и их границ
- достигнуто расширение репертуара коммуникативных стереотипов
- произошло осознание собственных «слепых пятен», психологических защит, переносов и контрпереносов, защита от «эмоционального выгорания»
- достигнут личностный профессиональный рост.

Медицинские сестры, прошедшие тренинги по методу работы в балинтовской группе, стали лучше контролировать свою рабочую и психоэмоциональную нагрузку, что оказало положительное влияние на эффективность и качество лечебно-диагностического процесса в психиатрической клинике. Опыт может быть перенесен на условия других клиник.

ОБСУЖДЕНИЕ

Впервые термин *burnout* (выгорание, сгорание) был введен американским психиатром Х. Фреденбергом (Freudenberger H.J., 1974) для описания деморализации, разочарования и крайней усталости, которые он наблюдал у работников психиатрических учреждений. До настоящего времени проблема профилактики проявлений профессиональной деформации не была системно изучена, но в последние годы появился ряд работ, рассматривающих вопросы профессионального выгорания медсестер и профилактики этого негативного явления. При этом авторы применяют как понятие эмоционального, так и профессионального выгорания [1, 3, 5, 9].

На появление и степень выраженности синдрома профессионального выгорания влияет множество факторов. По результатам наших исследований, наиболее тесную связь с выгоранием имеет возраст и стаж работы в профессии. Проведенные исследования показали, что средний медицинский персонал психиатрических клиник испытывает профессиональные проблемы — «выгорает» — через 1,5 года после начала работы. Склонность более молодых по возрасту работников к выгоранию объясняется эмоциональным шоком, который они испытывают при столкновении с реальной действительностью, часто не соответствующей их ожиданиям. Установлено, что у мужчин более высокие баллы по деперсонализации, а женщины в большей

степени подвержены эмоциональному истощению. Это связано с тем, что у мужчин преобладают инструментальные ценности, женщины же более эмоционально отзывчивы и у них меньше чувство отчуждения от своих пациентов. Работающая женщина испытывает более высокие рабочие перегрузки (по сравнению с мужчинами) из-за дополнительных домашних и семейных обязанностей, но женщины продуктивнее, чем мужчины, используют стратегии избегания стрессовых ситуаций [11, 13, 15, 16].

При обследовании медицинских сестер психиатрических отделений специализированных клиник установлено, что синдром эмоционального выгорания проявляется у них неадекватным реагированием на пациентов и своих коллег, отсутствием эмоциональной вовлеченности, утратой способности к сопереживанию пациентам, усталостью, ведущей к снижению качества выполнения профессиональных обязанностей и негативному влиянию работы на личную жизнь.

Зависимость выраженности профессионального выгорания от стажа работы в психоневрологическом интернате выявлена в работе Е.Ю. Лазоревой и Е.Л. Николаевой (2013). Исследование показало, что группа медицинских сестер со стажем менее 10 лет более подвержена эмоциональному истощению и деперсонализации, что связано с потерей интереса к работе, грубостью с пациентами, цинизмом. В то же время в группе медсестер со стажем выше 10 лет наблюдается снижение характеристик эмоционального выгорания и в то же время рост ощущения профессиональной некомпетентности [14].

Проблема эмоционального выгорания у работников из числа среднего медицинского персонала весьма актуальна в настоящее время. В литературе рассматривается историческая составляющая данной проблемы в контексте социально-психологического механизма возникновения синдрома эмоционального выгорания у людей, профессиональная деятельность которых — в основном работа с людьми. В исследовании И.В. Арлукевич (2013) представлены результаты исследования СПЭВ у медицинских сестер общепсихиатрических отделений, а также представлены данные зависимости СПЭВ от социально-демографических характеристик респондентов [8, 13, 14].

В проведенном исследовании в психиатрической больнице им. Алексеева описано, что синдром профессионального выгорания формируется длительно и особенно выражен у медицинских сестер, имеющих значительный стаж работы (20–30 лет). При таком профессиональном стаже специалист обычно имеет достаточно опыта, чтобы качественно выполнять свои служебные обязанности, но приобретенный опыт связан с дополнительными возрастными перестройками организма и личностным переживанием предпенсионного возраста. Таким образом, для сохранения профессионального здоровья в психиатрии и профилактики профессионального выгорания необходимо предпринимать меры на всех этапах профессионального роста, необходима

профессиональная диагностика и отбор, профессиональный прогноз и мониторинг, профессиональная коррекция и профессиональная поддержка медицинского персонала, а также своевременная профилактика и реабилитация нарушений профессионального здоровья.

Ввиду приведенных данных, характеризующих роль и место СПЭВ у медицинских сестер, весьма актуальной является возможность его профилактики и лечения. Проведение тренингов по методу балинтовских групп является традиционным путем предупреждения и преодоления профессионального выгорания медицинского персонала. В то же время в нашей стране он намного менее популярен, чем, например, проведение одноразовых тренингов. Балинтовские группы — это метод групповой тренинговой исследовательской работы, направленный на профилактику синдрома профессионального выгорания. Этот метод, возникший еще в 50-е годы, в 90-е годы прошлого века стал широко практиковаться во всем мире, прежде всего как метод работы с медицинскими работниками, но также и для других групп специалистов, работающих в системе человек–человек, — педагогов, психотерапевтов, социальных работников [4, 5, 10, 12, 15].

Работа по профилактике профессионального выгорания среди медицинских сестер продолжается. Была выявлена потребность занятий по методу предупреждения СПЭВ среди младшего медицинского персонала больницы. В настоящее время сформирована группа старших медицинских сестер больницы для подготовки из них тренеров (модераторов) для проведения тренингов по методу балинтовских групп. Подготовленные тренеры будут способны в дальнейшем самостоятельно организовывать занятия с младшим и даже средним медицинским персоналом отделений психиатрической больницы.

Известно, что синдром профессионального выгорания реже возникает у медицинских сестер, имеющих хорошее здоровье и заботящихся о своем физическом состоянии. В связи с этим среди медперсонала больницы проводится пропаганда здорового образа жизни, неприятия вредных привычек, занятий спортом и физической культурой, поддерживающих хорошее состояние здоровья. Меньшим риском для здоровья и менее выраженным снижением эффективности отличаются медицинские сестры, которые характеризуются следующими особенностями: в первую очередь это работники, имеющие высокую самооценку и уверенность в себе, своих способностях и возможностях. Если говорить о характере таких людей, то необходимо выделить такие индивидуально-психологические особенности, как высокая подвижность, открытость, общительность, самостоятельность и стремление опираться на собственные силы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

В ходе работы установлено, что СПЭВ более подвержены медицинские сестры старше 40–50 лет, живущие

в мегаполисе, не занимающиеся физической культурой, деятельность которых проходит в условиях социально-экономической нестабильности, с присущим чувством тревоги потерять работу.

В эмоциональном выгорании медицинского персонала депрессия занимает одно из важных мест и является неотъемлемой частью психического здоровья медицинских сестер. Синдромы депрессии являются предвестниками профессионального выгорания медицинского персонала. Ввиду роста удельного веса пожилых пациентов с хроническими неинфекционными

болезнями, проблема эмоционального профессионального выгорания становится актуальной для персонала крупных многопрофильных больниц.

Требуется дальнейшее совершенствование методов работы по профилактике профессионального выгорания среди медицинских сестер и других медицинских работников. В то же время весьма актуальной является потребность не только профилактики, но и лечения эмоционального профессионального выгорания среди медицинского персонала разных профессий.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Maslach C., Jackson S.E. Burnout Inventory (MBI): Manual. Palo Alto. Consulting Psychologists press; 1986:112.
- Maslach C., Schaufeli W.B., Michael P., Leiter M.P. Job Burnout. *Annual review of Psychology*. 2001;52:398–407.
- Пионтковская О.Ф. Профессиональный дистресс-синдром выгорания у медсестер, работающих в области детской онкологии. *Таврический журнал психиатрии*. 2012;16(4);61:142–150.
- Vinokur V. Evaluation of effectiveness of Balint Groups in different social professionals. *The Doctor, the Patient and their Well-being — world-wide. XIII International. Balint Congress*, Berlin. 2003;147–152.
- <http://psy-diagnoz.com/anxiety/33-depression.html> (Link is active on 11.04.2017).
- www.who.int. (Link is active on 2017, apr. 17).
- http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/wha53/ea14. Report on Non-communicable Diseases 2010. WHO. Geneva. 17.04.2017. (Link is active on 2017, apr. 17).
- Арлукевич И.В., Вяткина Н.Ю., Ефименко С.А. Преодоление синдрома эмоционального выгорания у работников среднего медицинского персонала. *Социология медицины*. 2013;(1):39–42.
- Баркова Н.П., Проказина Н.М. Связь стиля саморегуляции с эмоциональным выгоранием у врачей психиатрической клиники. В сб.: *Проблемы теории и практики современной психологии*. Мат. XIII ежегодной Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции. Иркутск; 2014:515–517.
- Винокур В.А. Методика психологической диагностики профессионального «выгорания» в «помогающих» профессиях. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* 2010;1. URL: <http://medpsy.ru>. Ссылка активна на 11.04.2017.
- Винокур В.А., Рыбина О.В. Синдром профессионального выгорания у медицинских работников: психологические характеристики и методические аспекты диагностики. Психодиагностика и психокоррекция: Руководство для врачей и психологов. СПб.: Питер; 2008;384(Гл.7):205–235.
- Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: Диагностика и профилактика. СПб.; 2005:336.
- Maslach C., Jackson S.E. Burnout Inventory (MBI): Manual. Palo Alto. Consulting Psychologists press; 1986:112.
- Maslach C., Schaufeli W.B., Michael P., Leiter M.P. Job Burnout. *Annual review of Psychology*. 2001;52:398–407.
- Piontkovskaya O.V. Professional distress and burnout syndrome in nurses working in the field of pediatric oncology. *Taurida journal of psychiatry*. 2012;16(4);61:142–150. (In Russ.).
- Vinokur V. Evaluation of effectiveness of Balint Groups in different social professionals. *The Doctor, the Patient and their Well-being — world-wide. XIII International. Balint Congress*, Berlin. 2003;147–152.
- <http://psy-diagnoz.com/anxiety/33-depression.html> (Link is active on 11.04.2017).
- www.who.int. (Link is active on 2017, apr. 17).
- http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/wha53/ea14. Report on Non-communicable Diseases 2010. WHO. Geneva. 17.04.2017. (Link is active on 2017, apr. 17).
- Arlukowicz I.V., Vyatkina N.Yu., Efimenko S.A. Overcoming of syndrome of emotional burnout among health workers of paramedical personnel. *Sociology of medicine*. 2013;1:39–42. (In Russ.).
- Barkov N.P., Prokazina N.M. The communication style of self-regulation and emotional burnout in physicians psychiatric clinic. Collection: *Problems of theory and practice of modern psychology. Mat. XIII annual all-Russia (with international participation) scientific-practical conference*. Irkutsk; 2014:515–517. (In Russ.).
- Vinokur V.A. Methods of psychological diagnostics of professional «burnout» in «helping» professions. *Medical psychology in Russia: electron. scientific. Sib.* 2010;1. Available from: URL: <http://medpsy.ru>. Link is active on 2017, apr. 11. (In Russ.).
- Vinokur V.A., Rybina O.V. Syndrome of professional burnout among health care workers: psychological characteristics and methodological aspects of diagnosis. *Psychodiagnostics and psycho-correction: a Guide for physicians and psychologists*. SPb.: Peter; 2008;384(7):205–235. (In Russ.).
- Vodop'yanova N.E. The burnout syndrome: Diagnostics and prevention. SPb.; 2005:336. (In Russ.).

13. Губина О.И., Либи́на И.И. Анализ влияния условий труда медицинских сестер на развитие профессионального выгорания. *Современные тенденции развития науки и технологий*. 2016;3–9:16–18.
 14. Лазорева Е.С., Николаев Е.Л. Психологические особенности эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала психиатрического учреждения. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2013;9:69–78.
 15. Уварова Г.Н. Профилактика проявлений профессиональной деформации личности медицинских сестер хирургического профиля. Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. 2013;31–33.
 16. Юрьева Л.Н. Синдром выгорания у сотрудников психиатрических служб: модель формирования и масштаб проблем. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2004;4:91–96.
 17. Яхно А.А. Профессиональный стресс и эмоциональное выгорание в системе здравоохранения Российской Федерации. *Альманах сестринского дела*. 2009;2:34–39.
- Gubina O.I., Libin I.I. Analysis of the impact of working conditions of nurses for the development of professional burnout. *Modern trends in the development of science and technology*. 2016;3–9:16–18. (In Russ.).
- Lazoreva E.S., Nikolaev E.L. Psychological characteristics of emotional burnout among nursing staff in psychiatric institutions. *J. Psychiatry Psychology Chuvash Republic*. 2013;9:69–78. (In Russ.).
- Uvarova G.N. Prevention of the manifestations of professional deformation of the personality of nursing surgical patients. *Psychology and pedagogy: methods and problems of practical application*. 2013;31–33. (In Russ.).
- Yurieva L.N. The burnout syndrome among employees of mental health services: model for the formation and the scale of the problems. *Social and clinical psychiatry*. 2004;4:91–96. (In Russ.).
- Yakhno A.A. Occupational stress and emotional burnout in the health care system of the Russian Federation. *Almanac of nursing*. 2009;2:34–39. (In Russ.).

Габоян Яна Сергеевна, кандидат медицинских наук, главная медицинская сестра Психиатрической клинической больницы № 3 (ГБУЗ ДЗМ), доцент кафедры организации здравоохранения, лекарственного обеспечения, медицинских технологий и гигиены медицинского института Российского университета дружбы народов (РУДН), Москва, Россия

Макарян Артак Сейранович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации здравоохранения, лекарственного обеспечения, медицинских технологий и гигиены медицинского института Российского университета дружбы народов (РУДН), Москва, Россия

E-mail: amakaryan@list.ru

Кича Дмитрий Иванович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения, лекарственного обеспечения, медицинских технологий и гигиены медицинского института Российского университета дружбы народов (РУДН), Москва, Россия

E-mail: di@pfur.ru; d_kicha@mail.ru

Савельев Дмитрий Вадимович, ВРИО главного врача Психиатрической клинической больницы № 3 (ГБУЗ ДЗМ), Москва, Россия

Авагимян Анжела Альбертовна, психолог Психиатрической клинической больницы № 3 (ГБУЗ ДЗМ), Москва, Россия

Yana S. Gaboyan, Cand. of Sci. (Med.), chief nurse of Psychiatric Clinical № 3 (GBUZ DZM), associate professor of the health care organization, pharmacy provision, medical technologies and hygiene of Medical Institute of the Russian Peoples' Friendship University (RUDN University), Moscow, Russia

Artak S. Makaryan, Cand. of Sci. (Med.), associate professor of the health care organization, pharmacy provision, medical technologies and hygiene of Medical Institute of the Russian Peoples' Friendship University (RUDN University), Moscow, Russia

E-mail: amakaryan@list.ru

Dmitry I. Kicha, Dr. of Sci. (Med.), professor, the head of the department of the health care organization, pharmacy provision, medical technologies and hygiene of Medical Institute of the Russian Peoples' Friendship University (RUDN University), Moscow, Russia

E-mail: di@pfur.ru; d_kicha@mail.ru

Dmitry V. Savelyev, MD, the ACTING chief physician of Psychiatric Clinical Hospital № 3 GBUZ DZM, Moscow, Russia

Angela A. Avagumyan, psychologist of Psychiatric Clinical Hospital № 3 GBUZ DZM, Moscow, Russia

Дата поступления 04.02.2019

Date of receipt 04.02.2019

Дата принятия 26.02.2019

Accepted for publication 26.02.2019

УДК 616.895.87-053.9; 616.895.78

Поздняя шизофрения**Late-onset schizophrenia**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-81-101-110>**Шешенин В.С., Почуева В.В.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Sheshenin V.S., Pochueva V.V.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia



101

Цель: представить исторические и современные научные данные по проблеме поздней шизофрении.**Материал и методы:** были проанализированы результаты классических исследований по шизофрении, а также современные научные публикации по ключевым словам «поздняя шизофрения», «поздно манифестирующая шизофрения», «очень поздние шизофреноподобные психозы» в научных базах PubMed, MEDLINE и других.**Результаты:** проанализированы публикации и описаны основные этапы исторического развития концепции поздней шизофрении. Несмотря на сохраняющуюся неоднозначность этого понятия, признана возможность как поздней манифестации шизофрении (после 40 лет), так и очень поздней (после 60 лет). Рассмотрены вопросы классификации, диагностики, клиники и течения поздней шизофрении. Приведены результаты современных параклинических методов исследования. Показаны актуальность и перспективы дальнейшего изучения расстройств шизофренического спектра в позднем возрасте, их возможная связь с органическими изменениями головного мозга.**Вывод:** совершенствование диагностики расстройств шизофренического спектра в позднем возрасте создает перспективы разработки эффективных методов их профилактики и лечения. Использование биологических (параклинических) методов обследования позволит получить новые сведения об этиологии и патогенезе данной патологии, что, в свою очередь, позволит разработать персонализированный подход к ведению пациентов с поздней шизофренией, определить степень выраженности органической патологии и методы ее коррекции, а также спрогнозировать течение и исход заболевания.**Ключевые слова:** поздняя шизофрения; очень поздние шизофреноподобные психозы; пожилой возраст.**Для цитирования:** Шешенин В.С., Почуева В.В. Поздняя шизофрения. *Психиатрия*. 2019;81(1):101–110.*Конфликт интересов отсутствует***The aim of work:** to present the analysis of current scientific publications devoted to the problem of late-onset schizophrenia.**Material and methods:** According to the key words «late schizophrenia», «late-onset schizophrenia» and «very late-onset schizophrenia-like psychosis» publications over the last two decades were chosen and analyzed in PubMed, MEDLINE and other scientific bases.**Results:** the publications are analyzed and the main stages of the historical development of the concept of late schizophrenia were described. Despite the lingering ambiguity of this concept, the possibility of both late manifestation of schizophrenia (after 40 years) and very late (after 60 years) was recognized. The review deals with the issues of classification, diagnosis, clinic and course of late schizophrenia. The results of modern paraclinical research methods are given. The relevance and prospects of further study of schizophrenic spectrum disorders in late age, their possible connection with organic changes in the brain is shown.**Conclusion:** improving the diagnosis of schizophrenic spectrum disorders in late life creates prospects for the development of effective methods for their prevention and treatment. The use of biological (paraclinical) examination methods will help develop a personalized approach to the management of patients with late schizophrenia, determine the severity of organic pathology and determine the prognosis for disease.**Keywords:** late-onset schizophrenia; very-late-onset-schizophrenia-like psychosis; old age.**For citation:** Sheshenin V.S., Pochueva V.V. Late-onset schizophrenia. *Psychiatry*. 2019;81(1):101–110.*There is no conflict of interest***ВВЕДЕНИЕ**

В последние годы произошло изменение диагностических критериев шизофрении. Последние исследования, а также классификация DSM-5 предлагают

двумерный подход к данной проблеме, ставя под сомнение концепцию Е. Крепелина (Emil Wilhelm Magnus Georg Kraepelin) о шизофрении как нозологической единицы. Так, в DSM-5 исключено разделение шизофрении на формы (гебефреническая, кататони-

ческая, параноидная) и предложено рассматривать их как стадии одного процесса, при этом некоторые ранее считавшиеся достаточными для установления диагноза симптомы, в настоящее время таковыми не являются. Большое внимание уделяется исследованиям с использованием современных нейробиологических и нейровизуализационных методов, что способствует расширению знаний в области этиологии, патогенеза и лечения этого заболевания.

Актуальность исследований шизофрении в позднем возрасте обусловлена процессом старения населения, увеличением численности пожилых пациентов шизофренией, к которым относятся как дожившие до старости, так и впервые заболевшие в позднем возрасте. Своеобразие клинических проявлений шизофрении в позднем возрасте послужило причиной выделения ее особых форм — late-onset schizophrenia и very late-onset schizophrenia-like psychosis [1]. Ввиду недавних изменений диагностических границ шизофрении, вопрос о правомерности выделения «поздней шизофрении» как отдельной диагностической категории, а также изучение этиопатогенетических особенностей, факторов риска, клинических особенностей и возможностей лечения разных форм заболевания по-прежнему остаются в высокой степени актуальными. Особую значимость приобретает изучение связи шизофрении с церебральной органической патологией и возраст-зависимыми когнитивными нарушениями для разработки эффективного лечения этих расстройств.

ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Несмотря на введение Е. Крепелиным термина «dementia praecox» («раннее слабоумие»), указывающего на начало заболевания в молодом возрасте, в 1913 г. он пересмотрел свои взгляды на возраст начала заболевания и говорил о возможности развития болезни не только в подростковом и юношеском возрасте, но и в среднем и позднем. В последующем М. Блейлером (Bleuler M., 1943) было проведено обследование 130 пациентов, у которых заболевание началось после 40 лет, и разработаны следующие диагностические критерии поздней шизофрении:

- 1) возраст начала заболевания — после 40 лет;
- 2) клиническая картина психоза не должна существенно отличаться от клинической картины шизофрении в молодом возрасте;
- 3) в психопатологической и неврологической симптоматике не должно быть никаких признаков, которые говорили бы об органической природе заболевания.

В дальнейшем исследование этого вопроса продолжилось, причем в различных психиатрических школах и международных классификациях взгляды на эту проблему отличались. М. Roth (1955) было предложено использовать термин «поздняя парафрения», ссылаясь на определение Е. Крепелина, под которым подразумевались галлюцинаторно-бредовые психозы, не приво-

дящие к выраженному личностному и эмоциональному дефекту. По мере развития гериатрической психиатрии «поздняя парафрения» была включена в МКБ-9 как отдельная диагностическая категория. Во Франции широко используется концепция «хронического галлюцинаторного психоза», которая подразумевает под собой поздний психоз, развивающийся преимущественно у женщин и характеризующийся выраженным галлюцинозом при отсутствии диссоциативных расстройств. В основе ее лежит учение Гаэтана Гасьяна де Клерамбо (de Clerambaut) о психических автоматизмах (1923).

В американской литературе в течение долгого времени проблема поздно манифестирующих психозов игнорировалась [2]. Только в DSM-III-R была введена категория «поздняя шизофрения» для пациентов с началом заболевания после 45 лет, однако в последующих пересмотрах и в МКБ-9, -10 она не включалась в классификацию. В DSM-IV-TR была отменена верхняя возрастная граница при установлении диагноза шизофрении. Вместе с тем подчеркивались следующие особенности шизофрении, начавшейся в позднем возрасте: преобладание женщин среди заболевших; лучший социальный и семейный статус пациентов (многие на момент заболевания состояли в браке или были женаты ранее), хотя по сравнению с общей популяцией они жили более изолированно. Как факторы риска рассматривались постменопауза, цереброваскулярные заболевания. Клиническая картина определялась преобладанием бреда преследования и галлюцинаций, редкостью симптомов дезорганизации мышления и негативной симптоматики. Также указывалось на меньшие дозы нейролептиков, необходимых для лечения.

В последние десятилетия продолжалось изучение этого вопроса — был проведен ряд исследований, касающихся нозологической принадлежности поздней шизофрении, клинических и нейропсихологических особенностей, возможных факторов риска заболевания в позднем возрасте. Однако однозначного ответа ни на один из этих вопросов пока нет.

МЕСТО ПОЗДНЕЙ ШИЗОФРЕНИИ В МЕЖДУНАРОДНЫХ КЛАССИФИКАЦИЯХ

В общепринятых международных классификациях (DSM, МКБ) не выделен диагноз «поздней шизофрении». В более ранних пересмотрах (DSM-I, МКБ-6, МКБ-7, МКБ-8, DSM-II) не было возрастной границы для установления диагноза шизофрении, однако в случае психозов позднего возраста использовался термин «поздняя парафрения». Некоторые из исследователей отмечали, что шизофрения может быть диагностирована в случае, если первые симптомы появились лишь до 40 лет [3]. Согласно МКБ-9, диагноз шизофрении мог быть установлен только при возникновении симптомов до 40 лет, при этом была введена категория бредовых расстройств, для которых не было возрастных ограничений, и только «парафрения» была обозначена как галлюцинаторно-бредовый синдром с началом

в позднем возрасте. В DSM-II выделен возраст начала шизофрении до 45 лет, а для бредовых расстройств возрастных ограничений не было. В DSM-III-R было введено понятие «поздней шизофрении», при условии появления симптомов, в том числе продромальных, не ранее 45 лет. Однако позднее, уже в DSM-IV и МКБ-10, этот термин был исключен, так же как и возрастное ограничение для диагностирования шизофрении.

В 1998 г. международной группой по исследованию поздней шизофрении после изучения результатов многих исследований было принято соглашение о том, что возраст разграничения рано и поздно начавшейся шизофрении составляет 40 лет. Было отмечено, что заболевание, манифестирующее в возрастной промежуток от 40 до 60 лет, имеет значительное сходство с шизофренией с более ранним началом. По результатам клинических, нейровизуализационных и нейропсихологических данных было предложено классифицировать заболевание с началом после 60 лет как шизофреноподобное расстройство. Также было достигнуто соглашение по критериям диагноза, номенклатуре, терапевтическим рекомендациям и перспективам дальнейшего исследования поздней шизофрении [1]. Несмотря на то что данное событие оказало большое влияние на последующие исследования, в современных классификациях болезней (МКБ-11, DSM-5) возрастные критерии или спецификаторы отсутствуют, хотя указывается, что случаи позднего начала могут соответствовать критериям шизофрении.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Результаты отечественных клинико-эпидемиологических исследований показали, что число больных с расстройствами «шизофренического спектра» в поздних возрастных группах населения довольно значительно. Их встречаемость варьирует от 0,9 [4] до 1,7% [5]. Распространенность шизофрении, по данным зарубежных исследований, составляет 0,6% среди населения в возрасте от 45 до 60 лет [6]. Было показано, что число заболевших шизофренией после 40 лет составляет 15–23,5% от общего числа заболевших, а после 60 лет — около 3–4% [7], причем число госпитализаций с шизофреноподобными расстройствами увеличивается у пациентов старше 60 лет на 11% каждые пять лет [8]. Описаны клинические случаи манифестации шизофрении в 70 и 100 лет [9, 10]. Исследователями подчеркивается преобладание женщин среди заболевших, однако показатели значительно отличаются — от 1,3:2 до 6,7:1 [11]. Среди клинических форм поздней шизофрении наиболее частыми являются рекуррентная и параноидная формы (19,1% против 14,9% случаев в более молодом возрасте), чрезвычайно редко встречается злокачественная форма. В то же время увеличение доли больных параноидной шизофренией отражает общую тенденцию увеличения частоты встречаемости данной формы среди больных шизофренией по мере увеличе-

ния возраста [12]. Также среди поздно заболевших пациентов отмечается достаточно редкая встречаемость вялотекущей шизофрении, как психопатоподобной, так и невротоподобной [13].

Число пациентов с поздно начавшейся шизофренией, состоявших когда-либо в браке, было сопоставимо с таковым в группе здорового контроля, однако среди них преобладало число разведенных, что в конечном итоге привело к тому, что число лиц, состоящих в браке на момент обследования среди пациентов с поздно и рано начавшейся шизофренией, было примерно одинаково [14]. Другие авторы подтверждают эти данные, указывая на то, что среди рано заболевших число лиц, состоящих в браке, существенно ниже по сравнению с контрольной группой [15]. Что касается пациентов с поздно начавшейся шизофренией, то по данному показателю они находятся между этими группами [16]. В уровне образования не было обнаружено существенной разницы между группами поздно и рано начавшейся шизофрении, однако он был ниже по сравнению со здоровым контролем [15, 16]. Также среди лиц с поздней шизофренией большинство больных имели постоянную занятость по сравнению с пациентами с рано начавшейся шизофренией [11].

Практически во всех исследованиях, посвященных поздней шизофрении и другим психотическим расстройствам в позднем возрасте, подчеркивается преобладание женщин. Было выдвинуто предположение, что более высокий уровень эстрогена у женщин до менопаузы может носить «защитную» роль в отношении развития психоза [17]. Сообщалось о повышенной плотности D2-рецепторов у пациентов с поздней шизофренией [18], хотя недавняя попытка повторить этот вывод не удалась [19]. Предполагается, что эстроген может модулировать чувствительность D2-рецепторов в головном мозге, а по мнению некоторых авторов он обладает нейролептическими свойствами [20]. Более того, эстроген может уменьшать концентрацию допамина в полосатом теле (Foreman M.M., Porter J.C., 1980), модулируя чувствительность и количество допаминовых рецепторов (Koller W., Weiner W., 1980; Gordon J., Diamond B., 1981; Bediard P., Boucher R., 1984). Таким образом, эстрогены могут выступать как защитный фактор, а менопауза является фактором риска у женщин с предрасположенностью к развитию шизофрении. В то же время эта гипотеза не объясняет развитие поздней шизофрении у мужчин. Кроме того, эти предположения не подтвердились при проведении гормональной терапии [21].

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Несмотря на то что взгляды на понятие «поздней шизофрении» и правомерность его выделения различаются, исследователи сходятся в том, что клиническая картина поздней шизофрении не должна существенно отличаться от таковой в более раннем возрасте. В то же время большинство авторов подчеркивают некото-

рые клинические особенности у пациентов с поздней шизофренией.

М. Блейлер (1943), проведя обследование 130 заболевших после 40 лет, заключил, что более чем у половины больных клиническая картина является характерной для позднего возраста. Чаще всего им описывались парафренные состояния и депрессивно-тревожно-кататонические, при этом указывалось на группу пациентов с клинической картиной спутанности, схожей с аментивными состояниями. В меньшей части случаев симптоматика была схожа с таковой у больных более молодого возраста. У. Клагес (Klages W., 1961), говоря о возрастной окраске обнаруженных им психопатологических симптомов, подчеркивал более конкретное и систематизированное содержание параноидных расстройств и отмечал обилие неприятных телесных ощущений, в которых предполагался «физиопатологический субстрат», т.е. специфическая бредовая окраска имеющихся соматических ощущений. Г. Хубер (Huber G., 1975) подчеркивал, что при поздней шизофрении чаще встречаются бредовое восприятие, вкусовые и обонятельные галлюцинации, в то время как расстройства «Я», аффективные нарушения, неприятные телесные ощущения и деперсонализационные синдромы наблюдаются реже. В другом исследовании у половины пациентов отмечались аффективные расстройства (грусть, страх, тревога и дисфория) [22]. Ряд авторов подчеркивали большую пестроту клинической картины, с частой встречаемостью бреда преследования и галлюцинаций, затрагивающих разные области восприятия [23, 24], и редкой встречаемостью инкогеренции, идей «чужого воздействия» и «открытости мыслей» [25]. М. Roth, напротив, подчеркивал бедность клинической картины. Существенного различия по частоте встречаемости симптомов первого ранга у больных с рано и поздно начавшейся шизофренией не обнаружено [23], в целом симптомы первого ранга встречались у 39% поздно заболевших [26]. При шизофрении, начавшейся в позднем возрасте, реже встречались ассоциативное «разрыхление» мышления и неадекватный аффект и негативные расстройства, в частности апатоабулический дефект [14]. Противоположного мнения придерживались исследователи, обнаружившие у пациентов нарушения мышления в виде «обрывов» мыслей, бедности ассоциаций и негативных симптомов, представленных аффективным уплощением и маловыразительной речью [27].

Было отмечено преобладание параноидной формы шизофрении и большая частота шизоидных и параноидальных черт у преморбидной личности, не достигающих, однако, до степени психопатии. Особо подчеркивалось отсутствие течения, определяющегося только негативной симптоматикой [11]. Как исключение, был опубликован клинический случай пациента в возрасте 50 лет с негативной (ядерной) шизофренией [28].

Важными представляются работы, посвященные особенностям шизофрении в пожилом возрасте, проводимые в НЦПЗ с использованием мультидисциплинарного

подхода. В отечественной психиатрии возможность позднего манифеста признается большинством авторов [13, 29]. Проведенные клинико-эпидемиологические исследования позволили описать особенности течения шизофрении у больных пожилого возраста [12, 30]. Изучение клинических особенностей поздней шизофрении, использование сравнительно-возрастного подхода позволило сопоставить особенности шизофрении в пожилом и старческом возрасте. При изучении галлюцинаторно-бредовых психозов позднего возраста выявлено разнообразие клинических форм, протекающих с синдромом параноиды жилья. Были выделены два основных варианта — собственно бредовый (паранойальный) с преобладанием бреда малого масштаба и галлюцинаторный с преобладанием «элементарных» (чаще слуховых) галлюцинаций. Поздняя шизофрения, протекающая с синдромом параноиды жилья, встречалась реже и диагностировалась только при наличии «симптомов первого ранга», которые обычно ограничивались бредовыми идеями физического воздействия и слуховыми галлюцинациями комментирующего характера. В клинико-генетическом исследовании была выявлена общность между шизофренией, инволюционным параноидом и деменцией с бредом (Медведев А.В., Валова О.А., 1991). При изучении поздних паранойальных психозов было показано сходство между ними и шизофренией в позднем возрасте, которое проявлялось в общности клинической картины с преобладанием бреда «малого размаха», при этом указывалось на их нозологическую самостоятельность. А.Н. Пятницким (1980) было показано, что прогрессивность поздних шизофренических психозов проявлялась в нарастании тяжести продуктивной симптоматики и в меньшей степени в усилении негативных изменений. Обобщая данные исследований, В.А. Концевой (1999) отмечал, что для давно заболевших и доживших до старости пациентов характерны редкость злокачественного течения болезни, преобладание приступообразных форм над непрерывными, тенденция к смягчению проявлений болезни и стабилизации процесса. Было отмечено «размытие» четкости границ между формами течения шизофрении. Среди непрерывно текущих форм в структуре заболевания преобладала параноидная симптоматика, отмечалась незавершенность типичных для шизофрении симптомов, редкость неврозо- и психопатоподобных расстройств. Были характерны «малый масштаб» бредовых переживаний, обыденный их характер с возрастной тематикой (идеи ущерба, притеснения, ревности). При приступообразной шизофрении возрастала частота встречаемости промежуточных форм между рекуррентной и приступообразно-прогрессивной, сужался диапазон клинических проявлений, депрессивно-бредовые приступы приобретали затяжной характер. В ремиссии часто сохранялась резидуальная галлюцинаторно-бредовая симптоматика, субдепрессивные и психопатоподобные расстройства. Приступы, схожие по проявлениям с параноидной шизофренией, включали такие разновидности психозов, как галлюцинозы, па-

раноидные и парафренные состояния, а галлюцинации часто сближались с конфабуляциями. В современных отечественных исследованиях были выделены следующие варианты шизофрении в позднем возрасте:

1) параноидный тип, при котором преобладали persecutory бредовые идеи «малого масштаба»; в этих случаях были менее выражены негативные расстройства, если же такие обнаруживались, то при более детальном исследовании было установлено, что дебюту психоза в позднем возрасте предшествовал длительный вялотекущий эндогенный процесс;

2) галлюцинаторно-параноидный тип, представленный вариантом синдрома Кандинского–Клерамбо. При этом психоз начинается с короткого этапа недифференцированной тревоги, к которой в скором времени присоединяется параноидный компонент с расширением переживаний;

3) параноидный тип с алкогольной зависимостью, впервые возникшей в пожилом возрасте [31].

Неоднозначность результатов клинико-психопатологических исследований отчасти можно объяснить гетерогенностью представленных групп пациентов и клиническим многообразием существующих форм шизофрении. Можно условно выделить несколько клинических групп:

- пациенты, у которых симптоматика значительно не отличалась от молодого возраста;
- пациенты, у которых заболевание, хотя и манифестировало в позднем возрасте, но, возможно, началось значительно раньше, протекая в виде стертых форм;
- пациенты, у которых клинико-психопатологическая структура психоза имела выраженный возрастной оттенок, характерный больше для бредовых расстройств позднего возраста (с бредом малого размаха по типу «квартирного параноида»);
- пациенты со спутанностью и возбуждением, усиливающимися в вечернее время, или с признаками когнитивного снижения. Последняя группа пациентов позволяла предполагать наличие у них цереброваскулярной патологии или начального нейродегенеративного процесса.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

В пожилом возрасте при диагностировании шизофрении необходимо исключить органическую патологию, которая могла бы быть причиной психоза. Для этого проводится комплексное неврологическое и соматическое обследование. Тем не менее обычно возникают определенные трудности, связанные с отсутствием унифицированного диагностического подхода к психозам позднего возраста. Трудности, возникающие при анализе литературы, связаны также с использованием авторами различных определений для схожих состояний.

Е. Крепелином (1913) было введено определение парафрении, которое не имело возрастных ограничений, предполагало преобладание бредовых расстройств,

отсутствие личностных изменений, колебания настроения и малую прогрессивность, в отличие от *dementia praecox*. В. Майер-Гросс (1955) ввел определение функциональных психозов позднего возраста, к которым относятся аффективные, галлюцинаторно-параноидные и парафренные психозы, возникающие в старческом возрасте и не имеющие определенной нозологической принадлежности. М. Roth (1952) выделил признаки «поздней парафрении» — возраст начала заболевания 55–60 лет, преимущественно болеют женщины, преобладает систематизированный бред, часто на фоне дефицитов слуха или зрения. В настоящее время также сохраняются понятия парафрении и хронического бредового расстройства, которое включено в МКБ-10. Ввиду схожей симптоматики возникают трудности в дифференциальной диагностике этих состояний от поздней шизофрении. Некоторые авторы предлагают следующие критерии: к шизофрении относить психозы с бредом абсурдного или фантастического содержания, слуховыми галлюцинациями, симптомами первого ранга, негативными расстройствами, паранойяльными и шизоидными чертами преморбидной личности. В случае парафрении психозы протекают преимущественно с бредом обыденного содержания, слуховыми галлюцинациями, ранним возникновением симптомов и паранойяльными или шизоидными чертами личности. Хроническое бредовое расстройство характеризуется более поздним возникновением симптомов, бредом обыденного содержания, гармоничной личностью в преморбиде и соматической отягощенностью. Было отмечено, что только у пациентов с шизофренией имеются симптомы 1-го ранга по Курту Шнайдеру (K. Schneider), нарушения мышления по типу бедности ассоциаций и негативные симптомы. Аффективные расстройства встречаются у пациентов всех групп и характеризуются преимущественно подавленным настроением и снижением аппетита, и не сказываются существенно на повседневном функционировании пациентов [32]. Большинство авторов считают необходимым для отграничения шизофрении от других функциональных психозов обращать внимание на преморбидные особенности — чаще встречаются шизоидные черты и наследственная отягощенность с преобладанием случаев шизофрении. Имеет значение появление отдельных «зарниц» задолго до начала процесса, например параноические эпизоды, после которых происходит углубление шизоидных черт, эпизодическое возникновение патологических ощущений, транзиторных эпизодов страха с растерянностью и элементами бредового восприятия окружающего, страха «сойти с ума».

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В последние десятилетия при изучении поздней шизофрении интенсивно проводятся параклинические исследования с использованием современных лабораторных методов обследования, что позволяет в боль-

шей степени осветить вопросы этиопатогенеза и, следовательно, разработать соответствующую терапию.

При компьютерной томографии головного мозга выявлено увеличение соотношения объема мозговых желудочков и третьего желудочка [33]. В ряде исследований обнаружено, что у пациентов, у которых отсутствуют симптомы первого ранга, увеличение желудочков и борозд в большей степени соответствует картине при болезни Альцгеймера, в то время как при наличии симптомов первого ранга результаты КТ больше совпадали со здоровым контролем [1, 24]. Другие исследователи считают, что поздно и рано начавшаяся шизофрения очень похожи по структурным параметрам, определяемым при нейровизуализации, за исключением более выраженной перивентрикулярной гипертензии при поздней шизофрении [34]. При попытке найти отличия между аффективными расстройствами в позднем возрасте и поздней шизофренией, основываясь на данных МРТ, было обнаружено, что у пациентов с шизофренией расширены правые височные рога и третий желудочек, в то время как при аффективных расстройствах наблюдается увеличение сильвиевой борозды слева [33]. Иммунологические показатели свидетельствуют о том, что в позднем возрасте воспалительные реакции при остром психотическом состоянии выражены минимально и сопоставимы с таковыми у здоровых лиц, при сравнении с психозами, развивающимися в молодом возрасте. В то же время имеются достоверные различия с группой больных с болезнью Альцгеймера [35, 36].

В патоморфологических исследованиях были обнаружены нейропатологические изменения тау-протеина в виде гиперфосфорилирования, что приводит к изменению цитоскелета, который обеспечивает транспорт нейротрансмиттеров в клетках, в частности серотонина и дофамина. Такие изменения были обнаружены только в нейронах больных с дебютом шизофрении после 40 лет. Помимо этого, утверждается, что у пациентов с поздно начавшейся шизофренией в сравнении с пациентами с рано начавшейся шизофренией в большей степени выражены изменения соотношения белого и серого вещества в парагиппокампальной извилине, с уменьшением объема белого вещества, что обнаружено в обоих полушариях [37, 38].

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Наследственная отягощенность по шизофрении встречается у 17–20% пациентов с поздней шизофренией, причем 11% — это родственники первой линии родства, в то время как у пациентов пожилого возраста с рано начавшейся шизофренией она составляет 32%, а у молодых пациентов с ранней шизофренией — 18% [22, 28]. В исследовании Jeste и соавт. [14] показатели встречаемости шизофрении среди родственников первой линии родства сопоставимы между собой — в 12% случаев у пациентов с поздно начавшейся шизофренией и 13% у пациентов с рано начавшейся шизофренией.

В настоящее время выявлены некоторые молекулярные генетические особенности поздно начавшейся шизофрении. Особого внимания заслуживает хемокиновый рецептор типа 5 (CCR5 32-бр делеционный аллель), поскольку представляет собой единственный биологический фактор, специфически связанный с поздно, а не рано начавшейся шизофренией. CCR5 является иммунным рецептором и связывает значительное количество хемокинов. Он также является основным корецептором для макрофагов — штаммов ВИЧ, и связан с несколькими иммуноопосредованными заболеваниями [39]. В мозге экспрессия CCR5 варьирует в зависимости от стадии развития, типа клетки и области мозга. Кроме того, хемокины и их рецепторы участвуют во множестве нормальных функций мозга, включая нейроразвитие, функционирование нейронов и межклеточную коммуникацию [40]. Соответственно, аномалии в функциях хемокина могут предрасполагать к шизофрении и другим психическим заболеваниям. В подтверждение этого при лечении цитокинами у людей наблюдались психические изменения, схожие с психотическими шизофреноподобными симптомами. В некоторых исследованиях выявлены отклонения в уровнях секреции и содержания цитокинов в крови у пациентов с шизофренией. Кроме того, нарушения уровня хемокинов могут быть вызваны инфекционными агентами. В пренатальном периоде или в раннем детстве это может оказать значительное влияние на развитие некоторых функций мозга. Фактически, повышенный риск развития шизофрении во взрослом возрасте, связанный с пренатальным воздействием вирусов, может быть следствием индуцированных ими цитокиновых нарушений. Ретровирусная этиология шизофрении также была предложена на основе недавних наблюдений, которые обнаружили ретровирусные транскрипты в спинномозговой жидкости у пациентов с шизофренией [41–43]. Авторы исследования выдвинули предположение, что делеционный аллель является модулирующим фактором, который защищает лиц, предрасположенных к психическим заболеваниям, от, как правило, более тяжелых форм ранней шизофрении. Предполагается, что такая защита может быть обусловлена изменением цитокинового ответа на вирусы в раннем детстве или в пренатальном периоде. Если это так, то это может отражать сниженную способность делецированного аллеля к защите от инфекций, что приводит к повреждению нейронов и предрасположенности к шизофрении с поздним началом. В этом отношении особый интерес могут представлять взаимодействия между CCR5 и вирусами, обладающими потенциалом для развития персистирующих инфекций с длительным инкубационным периодом, такими как ретровирусы.

Тот факт, что этот генетический фактор риска ассоциирован именно с поздней шизофренией, позволяет предположить, что рецептор CCR5 может участвовать в патологических механизмах поздней шизофрении. Интересно, что, поскольку CCR5 ассоциируется с нейропластичностью, выживаемостью нейронов и межклеточной коммуникацией, это напоминает те же процессы,

которые связаны с патогенезом рано начавшейся шизофрении, и, следовательно, это может указывать на то, что поздняя шизофрения может использовать альтернативные, но конфлюэнтные патологические пути для генерации шизофренического синдрома. Заслуживает внимания, что делеционный аллель CCR5 не связан с шизофренией, если его частота анализируется независимо от возраста начала заболевания. По мнению исследователей, он представляет собой фактор риска, характерный для более поздних форм шизофрении, и имеет одновременно патологическую и отсрочивающую манифестацию роль для поздней шизофрении.

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ КАТАМНЕСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ранее исследователи поздней шизофрении считали, что прогноз у данного заболевания неблагоприятный. В определенной степени это было связано с большим количеством побочных эффектов, развивающихся на фоне приема типичных нейролептиков у пожилых пациентов, и, следовательно, меньшими терапевтическими возможностями. С появлением атипичных нейролептиков прогноз улучшился.

В долгосрочных исследованиях шизофрении с поздним началом было показано, что за время пятилетнего исследования в 47,4% случаев у пациентов развилась деменция, преимущественно альцгеймеровского типа [16]. В то же время у части пациентов отмечались когнитивные нарушения, не соответствовавшие уровню деменции. При катамнестическом наблюдении в течение 3 лет у 35% пациентов была диагностирована деменция [42]. В другом исследовании было показано, что когнитивные нарушения у пациентов с поздней шизофренией носили диффузный характер, что было сравнимо с когнитивными нарушениями, наблюдавшимися при шизофрении с ранним началом, а так же в контрольной группе, в то время как при болезни Альцгеймера отмечалось выраженное снижение когнитивных функций [43]. При этом в одном из последних исследований, напротив, было показано, что у пациентов с поздним и очень поздним началом шизофрении когнитивные функции снижены по сравнению со здоровым контролем. [44]. Было установлено также, что у части пациентов с поздней шизофренией возникающая продуктивная симптоматика является начальным этапом болезни Альцгеймера. В то же время

отсутствие значимых когнитивных и мнестических нарушений у другой части пациентов может свидетельствовать о гетерогенности поздней шизофрении, что требует углубленного изучения особенностей когнитивных функций, а, как отмечалось ранее, наличие психоорганических расстройств при манифестирующей в старости шизофрении еще не дает оснований обособлять эти психозы от группы шизофрении в целом (Медведев А.В., Молчанова Е.К., Гаврилова С.И., 1982).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на то что к проблеме поздней шизофрении на протяжении нескольких десятилетий сохраняется большой интерес исследователей во всем мире, множество вопросов остается нерешенными. Во-первых, это связано с неоднозначностью терминологии. Несмотря на достигнутое международное соглашение (1998), единого мнения по поводу определения неаффективных, функциональных психозов в позднем возрасте нет. В связи с этим трудно провести полный анализ имеющихся данных, поскольку группы пациентов неоднородны не только по методам исследования, но и по критериям включения.

Спорной остается правомерность выделения собственно поздней шизофрении как отдельной группы. К признакам, которые позволяют говорить о том, что поздняя шизофрения представляет собой особую группу, относят генетические факторы, специфичные только для этой группы больных, а также особенности патоморфологии. Что касается клинических особенностей, то здесь условно можно выделить группу больных, у которых клиническая картина в большей степени сходна с шизофренией молодого возраста, и группу, в которой психопатологические симптомы носят специфическую возрастную окраску. Данные особенности позволяют предполагать различия в этиологии и патогенезе симптомов. Требуется уточнения прогноз заболевания с учетом особенностей течения, наличия негативной симптоматики, когнитивных нарушений у пациентов с поздней шизофренией и возможного исхода в органическую деменцию. Указания на то, что в одних случаях в конечном итоге развивается деменция, а в других когнитивные функции существенно не изменяются, позволяют прийти к заключению о том, что так называемая поздняя шизофрения представляет собой гетерогенное психическое расстройство.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Howard R. Late-Onset Schizophrenia and Very-Late-Onset Schizophrenia-Like Psychosis: An International Consensus. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(2):172–178. <https://DOI.org/10.1176/appi.ajp.157.2.172>
2. Bridge T., Wyatt R. Paraphrenia: Paranoid States of Late Life. II. *American Research. J. Am. Geriatr. Soc.* 1980;28(5):201–205. <https://DOI.org/10.1111/j.1532-5415.1980.tb00519.x>
- Howard R. Late-Onset Schizophrenia and Very-Late-Onset Schizophrenia-Like Psychosis: An International Consensus. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(2):172–178. <https://DOI.org/10.1176/appi.ajp.157.2.172>
- Bridge T., Wyatt R. Paraphrenia: Paranoid States of Late Life. II. *American Research. J. Am. Geriatr. Soc.* 1980;28(5):201–205. <https://DOI.org/10.1111/j.1532-5415.1980.tb00519.x>

3. Feighner J. Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1972;26(1):57. <https://DOI.org/10.1001/archpsyc.1972.01750190059011>
4. Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте. Под ред. Э.Я. Штернберга. М.: Медицина, 1981:50.
5. Гаврилова С.И. Клинико-эпидемиологическое исследование психического состояния группы лиц позднего возраста из общего населения. *Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1977;77(9):1382–1389.
6. Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study. *Choice Reviews Online*. 1991;28(10):28–5931. <https://DOI.org/10.5860/choice.28-5931>
7. Harris M., Jeste D. Late-onset Schizophrenia: An Overview. *Schizophr. Bull.* 1988;14(1):39–55. <https://DOI.org/10.1093/schbul/14.1.39>
8. Van Os J., Howard R., Takei N., Murray R.M. Increasing age is a risk factor for psychosis in the elderly. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1995;30:161–164. <https://DOI.org/10.1007/bf00790654>
9. Gupta S., Jiloha R., Yadav A. Onset of schizophrenia at 100 years of age. *Indian J. Psychiatry*. 2014;56(1):82. <https://DOI.org/10.4103/0019-5545.124723>
10. Почуева В.В., Шешенин В.С. Шизофрения с манифестацией в позднем возрасте. Клинический случай. *Психиатрия*. 2018;78(2):79–87. <https://DOI.org/10.30629/2618-6667-2018-78-79-87>
11. Вяткина В.М. 50 лет после Манфреда Блейлера. Что мы знаем сегодня о поздней шизофрении? А. Riecher-Roessler. *Nervenarzt*. 1997;68:159–170 (расширенный реферат). *Психиатрия*. 2016;(72):74–79.
12. Ротштейн В.Г. Поздняя шизофрения (клинико-эпидемиологическое исследование). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2015;115(11, Вып.2):34–42. <https://DOI.org/10.17116/jnevro201511511234-42>
13. Концевой В.А. Шизофрения в позднем возрасте. Руководство по психиатрии. Под ред. А.С. Тиганова. М.; 2012:549–555.
14. Jeste D.V., Harris M.J., Krull A., Kuck J., McAdams L.A., Heaton R. Clinical and neuropsychological characteristics of patients with late-onset schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*. 1995;152(5):722–730. <https://DOI.org/10.1176/ajp.152.5.722>
15. Vahia I.V., Palmer B.W., Depp C., Fellows I., Golshan S., Kraemer H.C., Jeste D.V. Is late-onset schizophrenia a subtype of schizophrenia? *Acta Psychiatr. Scand.* 2010;122(5):414–426. <https://DOI.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01552.x>
16. Brodaty H., Sachdev P., Koschera A., Monk D., Cullen B. Long-term outcome of late-onset schizophrenia: 5-year follow-up study. *Br. J. Psychiatry*. 2003;183(03):213–219. <https://DOI.org/10.1192/bjp.183.3.213>
17. Seeman M., Lang M. The Role of Estrogens in Schizophrenia Gender Differences. *Schizophr. Bull.* 1990;16(2):185–194. <https://DOI.org/10.1093/schbul/16.2.185>
18. Pearlson G., Tune L., Wong D. et al. Quantitative D2 Dopamine Receptor PET and Structural MRI Changes in Late-Onset Schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1993;19(4):783–795. <https://DOI.org/10.1093/schbul/19.4.783>
- Feighner J. Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1972;26(1):57. <https://DOI.org/10.1001/archpsyc.1972.01750190059011>
- Techenie i isxody` shizofrenii v pozdnem vozraste. Pod red. E'.Ya. Shternberga. M.: Medicina, 1981:50. (In Russ.).
- Gavrilova S.I. Kliniko-epidemiologicheskoe issledovanie psichicheskogo sostoyaniya gruppy` licz pozdnego vozrasta iz obshhego naseleniya. *Zhurn. nevropatologii i psixiatrii im. S.S. Korsakova*. 1977;77(9):1382–1389. (In Russ.).
- Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study. *Choice Reviews Online*. 1991;28(10):28–5931. <https://DOI.org/10.5860/choice.28-5931>
- Harris M., Jeste D. Late-onset Schizophrenia: An Overview. *Schizophr. Bull.* 1988;14(1):39–55. <https://DOI.org/10.1093/schbul/14.1.39>
- Van Os J., Howard R., Takei N., Murray R.M. Increasing age is a risk factor for psychosis in the elderly. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1995;30:161–164. <https://DOI.org/10.1007/bf00790654>
- Gupta S., Jiloha R., Yadav A. Onset of schizophrenia at 100 years of age. *Indian J. Psychiatry*. 2014;56(1):82. <https://DOI.org/10.4103/0019-5545.124723>
- Pochueva V.V., Sheshenin V.S. Schizophrenia with onset in old age. Case report. *Psychiatry*. 2018;78(2):79–87. <https://DOI.org/10.30629/2618-6667-2018-78-79-87> (In Russ.).
- Vyatkina V.M. 50 Jahre nach Manfred Bleuler. Was wissen wir heute uber die Spaetschizophrenie(n)? A. Riecher-Roessler. *Nervenarzt*. 1997;68:159–170 (detailed abstract). *Psychiatry*. 2016;72(4):74–79. (In Russ.).
- Rotsshtein V.G. Late-onset schizophrenia (clinical and epidemiological study). *Zhurnal неврологии i psixiatrii im. S.S. Korsakova. Specvypuski*. 2015;115(11, Vip.2):34–42. <https://DOI.org/10.17116/jnevro201511511234-42> (In Russ.).
- Koncevoj V.A. Shizofreniya v pozdnem vozraste. Rukovodstvo po psixiatrii. Pod red. A.S. Tiganova. M.; 2012:549–555. (In Russ.).
- Jeste D.V., Harris M.J., Krull A., Kuck J., McAdams L.A., Heaton R. Clinical and neuropsychological characteristics of patients with late-onset schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*. 1995;152(5):722–730. <https://DOI.org/10.1176/ajp.152.5.722>
- Vahia I.V., Palmer B.W., Depp C., Fellows I., Golshan S., Kraemer H.C., Jeste D.V. Is late-onset schizophrenia a subtype of schizophrenia? *Acta Psychiatr. Scand.* 2010;122(5):414–426. <https://DOI.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01552.x>
- Brodaty H., Sachdev P., Koschera A., Monk D., Cullen B. Long-term outcome of late-onset schizophrenia: 5-year follow-up study. *Br. J. Psychiatry*. 2003;183(03):213–219. <https://DOI.org/10.1192/bjp.183.3.213>
- Seeman M., Lang M. The Role of Estrogens in Schizophrenia Gender Differences. *Schizophr. Bull.* 1990;16(2):185–194. <https://DOI.org/10.1093/schbul/16.2.185>
- Pearlson G., Tune L., Wong D. et al. Quantitative D2 Dopamine Receptor PET and Structural MRI Changes in Late-Onset Schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1993;19(4):783–795. <https://DOI.org/10.1093/schbul/19.4.783>

19. Howard R., Cluckie A., Levy R. Striatal-D2 receptor binding in late paraphrenia. *The Lancet*. 1993;342(8870):562. [https://DOI.org/10.1016/0140-6736\(93\)91695-i](https://DOI.org/10.1016/0140-6736(93)91695-i)
20. Riecher-Rössler A., Häfner H. Schizophrenia and oestrogens — is there an association? *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1993;242(6):323–328. <https://DOI.org/10.1007/bf02190244>
21. Chua W., Izquierdo de Santiago A., Kulkarni J., Mortimer A. Estrogen for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005. <https://DOI.org/10.1002/14651858.cd004719.pub2>
22. Ramasamy S., Bharath S. Clinical characteristics of patients with non-affective, non-organic, late onset psychosis. *Asian J. Psychiatr.* 2017;25:74–78. <https://DOI.org/10.1016/j.ajp.2016.10.017>
23. A chart review study of late-onset and early-onset schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.* 1989;146(12):1568–1574. <https://DOI.org/10.1176/ajp.146.12.1568>
24. Almeida O., Howard R., Levy R., David A. Psychotic States Arising in Late Life (Late Paraphrenia). *Br. J. Psychiatry.* 1995;166(02):205–214. <https://DOI.org/10.1192/bjp.166.2.205>
25. Mitali B., Khandelwal S.K., Gupta S. A Study of Late Onset Schizophrenia: Clinical Characteristics with Review of Literature. *Delhi Psychiatry Journal.* 2009;12:84–93.
26. Howard R., Förstl H., Naguib M., Burns A., Levy R. First-Rank Symptoms of Schneider in Late Paraphrenia. *Br. J. Psychiatry.* 1992;160(01):108–109. <https://DOI.org/10.1192/bjp.160.1.108>
27. Matsuoka T., Fujimoto H., Kato Y., Fukui K., Narumoto J. Late-onset psychosis in older outpatients: a retrospective chart review. *Int. Psychogeriatr.* 2014;27(04):694–696. <https://DOI.org/10.1017/s1041610214002518>
28. O'Brien D., Macklin J. Late onset simple schizophrenia. *Scott Med. J.* 2014;59(1):e1–e3. <https://DOI.org/10.1177/0036933013519025>
29. Штернберг Э.Я. Шизофрения в позднем возрасте. Руководство по психиатрии. М.: Медицина. 1983;1:373–384.
30. Наджаров Р.А., Штернберг Э.Я. Клиника и течение шизофрении в возрастном аспекте. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 1990;75(9):1374–1379.
31. Чеперин А.И., Четвериков Д.В., Одарченко С.С., Шеденко М.И. Особенности клинической динамики поздних дебютов шизофрении. *Тюменский медицинский журнал.* 2011;1:26–27.
32. Yassa R., Suranyi-Cadotte B. Clinical Characteristics of Late-onset Schizophrenia and Delusional Disorder. *Schizophr. Bull.* 1993;19(4):701–707. <https://DOI.org/10.1093/schbul/19.4.701>
33. Increased ventricle-to-brain ratio in late-onset schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.* 1987;144(9):1216–1218. <https://DOI.org/10.1176/ajp.144.9.1216>
34. Sachdev P., Brodaty H., Rose N., Cathcart S. Schizophrenia with onset after age 50 years. *Br. J. Psychiatry.* 1999;175(05):416–421. <https://DOI.org/10.1192/bjp.175.5.416>
- Howard R., Cluckie A., Levy R. Striatal-D2 receptor binding in late paraphrenia. *The Lancet*. 1993;342(8870):562. [https://DOI.org/10.1016/0140-6736\(93\)91695-i](https://DOI.org/10.1016/0140-6736(93)91695-i)
- Riecher-Rössler A., Häfner H. Schizophrenia and oestrogens — is there an association? *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1993;242(6):323–328. <https://DOI.org/10.1007/bf02190244>
- Chua W., Izquierdo de Santiago A., Kulkarni J., Mortimer A. Estrogen for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005. <https://DOI.org/10.1002/14651858.cd004719.pub2>
- Ramasamy S., Bharath S. Clinical characteristics of patients with non-affective, non-organic, late onset psychosis. *Asian J. Psychiatr.* 2017;25:74–78. <https://DOI.org/10.1016/j.ajp.2016.10.017>
- A chart review study of late-onset and early-onset schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.* 1989;146(12):1568–1574. <https://DOI.org/10.1176/ajp.146.12.1568>
- Almeida O., Howard R., Levy R., David A. Psychotic States Arising in Late Life (Late Paraphrenia). *Br. J. Psychiatry.* 1995;166(02):205–214. <https://DOI.org/10.1192/bjp.166.2.205>
- Mitali B., Khandelwal S.K., Gupta S.A. Study of Late Onset Schizophrenia: Clinical Characteristics with Review of Literature. *Delhi Psychiatry Journal.* 2009;12:84–93.
- Howard R., Förstl H., Naguib M., Burns A., Levy R. First-Rank Symptoms of Schneider in Late Paraphrenia. *Br. J. Psychiatry.* 1992;160(01):108–109. <https://DOI.org/10.1192/bjp.160.1.108>
- Matsuoka T., Fujimoto H., Kato Y., Fukui K., Narumoto J. Late-onset psychosis in older outpatients: a retrospective chart review. *Int. Psychogeriatr.* 2014;27(04):694–696. <https://DOI.org/10.1017/s1041610214002518>
- O'Brien D., Macklin J. Late onsetsimple schizophrenia. *Scott Med. J.* 2014;59(1):e1–e3. <https://DOI.org/10.1177/0036933013519025>
- Shternberg E.Ya. Shizofreniya v pozdnem vozraste. *Rukovodstvo po psihiatrii pod red. A.V. Snezhnevskogo.* М.: Medicina. 1983;1:373–384. (In Russ.).
- Nadzharov R.A., Shternberg E.Ya. Klinika i techenie shizofrenii v vozrastnom aspekte. *Zhurnal nevropatologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova.* 1990;75(9):1374–1379. (In Russ.).
- Cheperin A.I., Chetverikov D.V., Odarchenko S.S., Shedenko M.I. Osobennosti klinicheskoy dinamiki pozdnih debutov shizofrenii. *Tyumenskij medicinskij zhurnal.* 2011;1:26–27. (In Russ.).
- Yassa R., Suranyi-Cadotte B. Clinical Characteristics of Late-onset Schizophrenia and Delusional Disorder. *Schizophr. Bull.* 1993;19(4):701–707. <https://DOI.org/10.1093/schbul/19.4.701>
- Increased ventricle-to-brain ratio in late-onset schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.* 1987;144(9):1216–1218. <https://DOI.org/10.1176/ajp.144.9.1216>
- Sachdev P., Brodaty H., Rose N., Cathcart S. Schizophrenia with onset after age 50 years. *Br. J. Psychiatry.* 1999;175(05):416–421. <https://DOI.org/10.1192/bjp.175.5.416>

35. Андросова Л.В., Михайлова Н.М., Зозуля С.А., Дупин А.М., Ключник Т.П. Маркеры воспаления при шизофрении позднего возраста. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014;12:59–63. <https://DOI.org/10.17116/jnevro201411412160-64>
36. Савушкина О.К., Бокша И.С., Терешкина Е.Б., Прохорова Т.А., Воробьева Е.А., Бурбаева Г.Ш. Ферменты глутаматного обмена в лобной, лимбической коре и мозжечке: аномалии при шизофрении. *Психиатрия* 2018;77(1):16–25. <https://DOI.org/10.30629/2618-6667-2018-77-16-25>
37. Casanova M., Stevens J., Brown R., Royston C., Bruton C. Disentangling the pathology of schizophrenia and paraphrenia. *Acta Neuropathol.* 2002;103(4):313–320. <https://DOI.org/10.1007/s00401-001-0468-6>
38. Casanova M., Lindzen E. Changes in Gray-/White-Matter Ratios in the Parahippocampal Gyri of Late-Onset Schizophrenia Patients. *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2003;11(6):605–609. <https://DOI.org/10.1097/00019442-200311000-00004>
39. Mueller A., Strange P. The chemokine receptor, CCR5. *Int. J. Biochem. Cell. Biol.* 2004;36(1):35–38. [https://DOI.org/10.1016/s1357-2725\(03\)00172-9](https://DOI.org/10.1016/s1357-2725(03)00172-9)
40. Westmoreland S., Alvarez X., de Bakker C. et al. Developmental expression patterns of CCR5 and CXCR4 in the rhesus macaque brain. *J. Neuroimmunol.* 2002;122(1-2):146–158. [https://DOI.org/10.1016/s0165-5728\(01\)00457-x](https://DOI.org/10.1016/s0165-5728(01)00457-x)
41. Rasmussen H., Timm S., Wang A. et al. Association Between the CCR5 32-bp Deletion Allele and Late Onset of Schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.* 2006;163(3):507–511. <https://DOI.org/10.1176/appi.ajp.163.3.507>
42. Holden N. Late Paraphrenia or the Paraphrenias? *Br. J. Psychiatry.* 1987;150(05):635–639. <https://DOI.org/10.1192/bjp.150.5.635>
43. Palmer B., Bondi M., Twamley E., Thal L., Golshan S., Jeste D. Are Late-Onset Schizophrenia Spectrum Disorders Neurodegenerative Conditions? *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2003;15(1):45–52. <https://DOI.org/10.1176/jnp.15.1.45>
44. Савина М.А., Шешенин В.С., Абдуллина Е.Г. Когнитивные нарушения у пациентов с психозами позднего возраста: психометрический и клинико-психопатологический анализы. *Медицинский альманах*. 2018;56(5):147–153. <https://DOI.org/10.21145/2499-9954-2018-5-147-153>
- Androsova L.V., Mihajlova N.M., Zozulya S.A., Dupin A.M., Klyushnik T.P. Inflammatory markers in schizophrenia in aged. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2014;12:59–63. <https://DOI.org/10.17116/jnevro201411412160-64> (In Russ.).
- Savushkina O., Boksha I., Tereshkina E., Prokhorova T., Vorobyeva E., Burbaeva G. Glutamate metabolizing enzymes in frontal, cingulate and cerebellar cortex: anomalies revealed in schizophrenia. *Psychiatry.* 2018;77(1):16–25. <https://DOI.org/10.30629/2618-6667-2018-77-16-25> (In Russ.).
- Casanova M., Stevens J., Brown R., Royston C., Bruton C. Disentangling the pathology of schizophrenia and paraphrenia. *Acta Neuropathol.* 2002;103(4):313–320. <https://DOI.org/10.1007/s00401-001-0468-6>
- Casanova M., Lindzen E. Changes in Gray-/White-Matter Ratios in the Parahippocampal Gyri of Late-Onset Schizophrenia Patients. *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2003;11(6):605–609. <https://DOI.org/10.1097/00019442-200311000-00004>
- Mueller A., Strange P. The chemokine receptor, CCR5. *Int. J. Biochem. Cell. Biol.* 2004;36(1):35–38. [https://DOI.org/10.1016/s1357-2725\(03\)00172-9](https://DOI.org/10.1016/s1357-2725(03)00172-9)
- Westmoreland S., Alvarez X., de Bakker C. et al. Developmental expression patterns of CCR5 and CXCR4 in the rhesus macaque brain. *J. Neuroimmunol.* 2002;122(1-2):146–158. [https://DOI.org/10.1016/s0165-5728\(01\)00457-x](https://DOI.org/10.1016/s0165-5728(01)00457-x)
- Rasmussen H., Timm S., Wang A. et al. Association Between the CCR5 32-bp Deletion Allele and Late Onset of Schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.* 2006;163(3):507–511. <https://DOI.org/10.1176/appi.ajp.163.3.507>
- Holden N. Late Paraphrenia or the Paraphrenias? *Br. J. Psychiatry.* 1987;150(05):635–639. <https://DOI.org/10.1192/bjp.150.5.635>
- Palmer B., Bondi M., Twamley E., Thal L., Golshan S., Jeste D. Are Late-Onset Schizophrenia Spectrum Disorders Neurodegenerative Conditions? *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2003;15(1):45–52. <https://DOI.org/10.1176/jnp.15.1.45>
- Savina M.A., Sheshenin V.S., Abdullina E.G. Cognitive impairment in patients with late-age psychosis: psychometric and clinical-psychopathological analysis. *Medicinskij al'manah*. 2018;56(5):147–153. <https://DOI.org/10.21145/2499-9954-2018-5-147-153> (In Russ.).

Шешенин Владимир Сергеевич, кандидат медицинских наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

E-mail: vlash2003@mail.ru

Почуева Валерия Витальевна, врач-психиатр, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

E-mail: jolanda@inbox.ru

Vladimir S. Sheshenin, Candid. of Sci. (Med.), «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

E-mail: vlash2003@mail.ru

Valeriya V. Pochueva, psychiatrist, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

E-mail: jolanda@inbox.ru

Дата поступления 24.01.2019

Date of receipt 24.01.2019

Дата принятия 26.02.2019

Accepted for publication 26.02.2019

Александр Сергеевич Тиганов (10.05.1931–04.03.2019)**Alexandre Sergeyeovich Tiganov (10.05.1931–04.03.2019)**

После непродолжительной тяжелой болезни на 88-м году ушел из жизни Александр Сергеевич Тиганов — академик Российской академии наук (РАН), доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации.

В истории науки он был и навсегда останется бесспорным лидером современной отечественной психиатрии, одним из авторитетных представителей выдающихся ученых-психиатров мирового уровня, блестящим широко эрудированным педагогом и высокопрофессиональным талантливым врачом-гуманистом, который соединял в себе и развивал лучшие традиции отечественной классической психиатрии.

Вся профессиональная жизнь Александра Сергеевича посвящена служению психиатрии. Его становление как врача-психиатра, ученого и педагога неразрывно связано с именами выдающихся ученых — академиков О.В. Кербилова и особенно А.В. Снежневского, любимым и достойным учеником которого он был и под

руководством которого сформировался как квалифицированный врач-психиатр, высококлассный клиницист, крупный ученый современности. В своей профессиональной деятельности А.С. Тиганов не только свято хранил клинические заветы своего учителя, но и творчески развивал и углублял клинические позиции его школы в науке и в сфере последипломного непрерывного образования врачей.

На кафедре психиатрии Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО, ранее — ЦИУ врачей) Александр Сергеевич последовательно прошел весь профессиональный и творческий путь от клинического ординатора до профессора и заведующего кафедрой, которую возглавлял вплоть до последнего времени.

В 1961 г. А.С. Тиганов защитил кандидатскую диссертацию «Фебрильная шизофрения: вопросы клиники, патогенеза и лечения», в 1969 г. — докторскую диссертацию «Психопатология и клиника маниакальных состояний при шизофрении», положения которых сохраняют новизну и актуальность до настоящего времени.

С 1988 г. одновременно с заведованием кафедрой психиатрии (РМАПО) А.С. Тиганов возглавил Институт клинической психиатрии, а с 1994 г. вплоть до марта 2015 г. был директором, а затем научным руководителем НЦПЗ Российской академии медицинских наук, и оставался на этом посту до конца своей жизни.

На этой должности в полной мере проявился талант А.С. Тиганова как администратора, ученого и организатора психиатрической помощи. Его организаторская мудрость, творческий подход к научной деятельности, незаурядный профессиональный опыт способствовали его плодотворной работе в области теоретических и клинических проблем психиатрии и психофармакологии, позволили на современном научном уровне координировать исследования и объединять достижения клинической и биологической психиатрии. Прогресс в научных исследованиях

в психиатрии, проводимых под руководством А.С. Тиганова, по праву обеспечил лидирующую роль НЦПЗ РАМН среди научных психиатрических учреждений, сохранил его устойчивое международное признание и научный авторитет.

Под руководством ученого его ученики, а также коллектив Научного центра психического здоровья РАМН осуществляли разработку перспективных научно-исследовательских программ, охватывающих широкий спектр проблем современной клинической и биологической психиатрии и психофармакологии. Эти программы теснейшим образом связаны с изучением этиологических и патогенетических механизмов психических заболеваний, в том числе в сравнительно-возрастном аспекте. Была осуществлена разработка их систематики, которая представляет собой не только теоретический и научный интерес, но и содержит чрезвычайно важные знания для внедрения в повседневную врачебную практику. Это касается таких заболеваний, как шизофрения, аффективные и шизоаффективные психозы, депрессии, психосоматические и пограничные психические расстройства, деменции различного генеза.

Научные труды академика А.С. Тиганова, а также проведенные под его научным руководством исследования получили широкое признание и высокую оценку отечественных и зарубежных ученых. Как основу распознавания и диагностики психических заболеваний Александр Сергеевич всегда позиционировал доскональное изучение и познание особенностей психопатологического содержания состояния больных. Большое внимание уделялось нозологической специфичности, определяющей клинику и своеобразие течения болезни, без квалификации которых не мыслилось обоснованного решения о диагнозе и выборе лечения конкретного пациента.

А.С. Тиганов проводил огромную педагогическую работу по подготовке врачей и молодых ученых, клинических ординаторов, аспирантов, разрабатывал методологические и методические основы преподавания психиатрии, осуществлял профессиональную подготовку профессорско-преподавательского состава кафедр психиатрии в разных регионах России и зарубежья. Лично Александром Сергеевичем и его учениками были созданы теоретические основы и разработаны предпосылки создания и усовершенствования классификации психических заболеваний, ее отечественного и международного вариантов.

А.С. Тиганов — автор более 250 опубликованных научных работ, статей в ММЭ и БМЭ, монографий, соавтор и редактор нескольких изданий справочников и руководств по психиатрии, в том числе в Национального руководства по психиатрии (2008). За двухтомное руководство по психиатрии, изданное в 1999 г. под редакцией А.С. Тиганова, он удостоен именной премии РАМН имени С.С. Корсакова.

По инициативе А.С. Тиганова создан и успешно функционирует научно-практический журнал «Психиатрия»,

бесценным главным редактором которого он являлся со дня его основания. В течение многих лет А.С. Тиганов состоял членом редколлегии известного в мире «Журнала неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова», таких авторитетных научно-практических журналов, как «Российский психиатрический журнал», «Психические расстройства в общей медицине», «Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева», «Современная терапия психических расстройств».

По инициативе А.С. Тиганова и при его непосредственном участии в стране ежегодно проводились научно-практические конференции по актуальным проблемам клинической и биологической психиатрии и психофармакологии. К участию в них были привлечены ведущие ученые страны, авторитетные специалисты ближнего и дальнего зарубежья, а также практикующие врачи лечебно-профилактических учреждений.

Академик А.С. Тиганов вел большую консультативную работу, постоянно привлекался к участию в консилиумах и экспертных комиссиях в качестве главного психиатра Медицинского центра при Управлении делами Президента России. Неформальное отношение к больным и постоянная личная бескорыстная готовность к оказанию им высококвалифицированной консультативной и лечебной помощи снискали А.С. Тиганову заслуженный авторитет не только среди врачей, но и у самих пациентов и их родственников.

Многолетняя научная, педагогическая и административная деятельность Александра Сергеевича получила высокую оценку Правительства РФ, он кавалер ряда правительственных наград — медалей, ордена Почета. Его имя, в числе самых авторитетных ученых мира и современной медицины, занесено в анналы международных энциклопедий «Кто есть кто», в 2006 г. ему присвоено почетное звание «заслуженный деятель науки Российской Федерации».

В памяти всех, кто его знал и работал с ним, А.С. Тиганов останется как личность яркая и неординарная, многосторонне одаренная, с огромным человеческим обаянием.

Его жизнь была богата многосторонними интересами и увлечениями, далеко выходящими за рамки сугубо профессиональных.

Вся профессиональная деятельность Александра Сергеевича Тиганова — это олицетворение целой эпохи высокого клиницизма, воплощением которого был его огромный творческий потенциал в высоком служении психиатрии, снискавшем ему безграничное уважение и признание психиатрической общественности.

Присущие Александру Сергеевичу исключительный авторитет, принципиальность, неиссякаемый талант врача, ученого, педагога и демократический стиль руководства и общения с окружающими, уникальные для нашего времени интеллигентность, незаурядная широкая эрудиция и многосторонняя образованность навсегда будут служить примером поведения для молодого поколения врачей-психиатров, воспитывая в них гордость за отечественную психиатрию.

19-й Конгресс секции по эпидемиологии и социальной психиатрии Европейской психиатрической ассоциации (ЕРА), Вена, 4–7 апреля 2018

19th Congress of the Section of Epidemiology and Social Psychiatry of the European Psychiatric Association (EPA), Vienna, April 4–7, 2018

Иванов М.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Ivanov M.V.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia



113

Ключевые слова: международный конгресс; эпидемиология; нейропсихиатрия; нейроразвитие; расстройства аутического спектра.

Для цитирования: Иванов М.В. 19-й Конгресс секции по эпидемиологии и социальной психиатрии Европейской психиатрической ассоциации (ЕРА), Вена, 4–7 апреля 2018. *Психиатрия*. 2019;81(1):113–115.

Конфликт интересов отсутствует

Keywords: international congress; epidemiology; neuropsychiatry; neurodevelopment; autism spectrum disorders.

For citation: Ivanov M.V. 19th Congress of the Section of Epidemiology and Social Psychiatry of the European Psychiatric Association (EPA), Vienna, April 4–7, 2018. *Psychiatry*. 2019;81(1):113–115.

There is no conflict of interest

Вена по праву считается столицей европейской культуры, она имеет традиции не только в музыке и живописи, но и в психиатрии, психотерапии и психологии. 4–7 апреля 2018 г. Вена встречала участников очередного Конгресса по эпидемиологии и социальной психиатрии Европейской психиатрической ассоциации (ЕРА). Секция эпидемиологии и социальной психиатрии является одной из самых активных в ЕРА и проводит конгрессы достаточно регулярно.

Организаторами выступили Австрийская ассоциация социальной психиатрии и Венский медицинский университет. Местом проведения был избран Центральный клинический госпиталь г. Вены, на базе которого располагается кампус Венского медицинского университета.

Конгресс посетили более 200 специалистов (психиатров, психологов, социологов, специалистов системы здравоохранения и др.) со всей Европы, а также стран Южной и Северной Америки и Азии.

Программа мероприятия охватила широкий спектр проблем по психиатрической эпидемиологии, социальной и клинической психиатрии, такие как психопатология нейроразвития у детей и взрослых (в том числе РАС — расстройства аутистического спектра, СДВГ — синдром дефицита внимания и гиперактивности), деменция, суициды, игровая зависимость, а также психическое здоровье беженцев и др.

Программа включала в себя пленарные заседания, 49 симпозиумов, а также постерную сессию. Для молодых ученых была подготовлена дополнительная программа, в рамках которой выступили мэтры мировой психиатрии — профессор, сэр Дэвид Голдберг (David Goldberg) и профессор Норман Сарториус (Norman Sartorius).

С приветственными словами в адрес участников обратился Йоханн Ванката (Johannes Wancata), председатель конгресса, профессор, руководитель клинического подразделения по социальной психиатрии Венского медицинского университета, а также Миклетун Арнштейн (Mykletun Arnstein), профессор, руководитель секции по эпидемиологии и социальной психиатрии ЕРА.

В пленарной части Сара Доррингтон (Sarah Dorrington) (Королевский колледж Лондона, Великобритания) наметила один из векторов работы конгресса — психическое здоровье в трудовых коллективах. Ею была озвучено, что «трое из пяти» (60%) служащих сталкиваются с проблемами психического здоровья из-за различных факторов, связанных с выполнением должностных обязанностей (организационные условия и отношения с руководством, компетентность работников, наличие поддержки и др.).

В рамках пленарного заседания большой интерес вызвало выступление профессора Терри Бруги (Traolach Brugha) (Университет Лестера, Великобри-



Профессор Бруга (Traolach Brugha), доктор медицины, профессор психиатрии (Университет Лестера, Великобритания)

Источник фото: <http://www.epa-socpsy-2018.at/Photos/>

тания) (см. фото), он представил доклад по проблеме эпидемиологического исследования психопатологии нейроразвития у взрослых. В докладе был сделан акцент на проблеме аутизма. Им отмечено, что концепция и существующие клинические критерии аутистических расстройств в современных классификациях болезней (DSM и МКБ) главным образом основываются на описании и выявлении аутизма только у детей. Профессор Бруга отметил, что только в последнее десятилетие начали проводиться первые эпидемиологические исследования контингента взрослых общей популяции на предмет выявления аутизма. Так, исследовательская группа Университета Лестера столкнулась со сложностями диагностики аутизма во взрослой популяции. Исследователями отмечено, что в отличие от детской диагностики, основывающейся на данных наблюдения за детьми, информации, поступившей от родителей и социального окружения, обследование взрослых сводится только к клинической беседе. Данная диагностическая проблема осложняется и тем, что взрослые мало что могут рассказать об особенностях своего психического развития в детские годы.

Бруга отметил, что за последние годы в этой тематике произошел прогресс, были предприняты попытки по разработке диагностических опросников для взрослых. Путем расширения существующих методов исследования аутизма у детей была проведена психометрическая работа, которая показала приемлемую валидность одного из инструментов (например, ADOS-2).

С целью эпидемиологической оценки аутизма у взрослых в Великобритании используется опрос в рамках подворного (поквартирного) обхода жителей. В этих исследованиях обнаруживается, что у большей

части взрослых, подпадающих под критерии аутизма, ранее не было поставлено диагноза из группы РАС, это трактуется как диагнозы, пропущенные в детстве.

В качестве приоритетных направлений в исследованиях отмечается:

- разработка методик оценки аутизма у взрослых без информации о развитии в детстве;
- дифференциальная диагностика аутизма от психиатрической коморбидности;
- обучение психиатров, работающих со взрослым контингентом, методам выявления аутизма.

В рамках конгресса профессор Бруга провел симпозиум по «Эпидемиологии психопатологии нейроразвития у взрослых», на котором были представлены результаты исследований, проведенных сотрудниками Университета Лестера. Сэм Троманс (Sam Tromans) сообщил о большей распространенности РАС во взрослой клинической популяции (2,4–9,9%, из них 1,5% — синдром Аспергера) по сравнению с распространенностью в общей популяции (0,7–1,1%). Зои Морган (Zoe Morgan) представила данные по валидации методики диагностики СДВГ у взрослых.

Профессор Терри Бруга анонсировал выпуск новой версии интернет-портала WHO SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, План клинической оценки в нейропсихиатрии), разработанной при поддержке ВОЗ. Данный интернет-ресурс содержит набор инструментов по оценке психических расстройств у взрослых, рекомендованных к использованию в клинической, исследовательской и образовательной работе. В настоящее время доступна версия 2.1, включающая инструменты по соматоформным, тревожным и органическим расстройствам, расстройствам пищевого поведения, обсессивно-компульсивному расстройству, психозам (например, шизофрения) и др. В третью версию будут включены инструменты по выявлению РАС, СДВГ и игровой зависимости у взрослых.

Также большой интерес участников привлек симпозиум «Психические заболевания у детей». Психолог Каролин Вандельер (Caroline Vandeleur) (Университетская больница Лозанны, Швейцария) продемонстрировала исследование, в котором показана связь наличия биполярного расстройства у родителя и риска возникновения биполярного расстройства у ребенка. Проспективно прослеживается также сильная связь с психосоциальными факторами (физическим, сексуальным насилием и другими стрессовыми событиями), которые также повышают риск возникновения биполярного расстройства у детей.

Были представлены результаты лонгитюдного исследования, проведенного в Австрии и США, наблюдение за 4 тысячами беременных и их детьми проводилось на протяжении более 10 лет. Исследователи предположили, что у беременных, работающих в ночные смены, будут рождаться дети с нарушениями психического здоровья. Выявлено, что у наблюдаемых детей отмечались депрессивные расстройства, проявляющиеся в основном в подростковом возрасте, од-

нако не выявлено статистически значимых различий с контрольной выборкой.

Профессор психиатрии Джованни де Джироламо (Giovanni de Girolamo) (Центр Святого Иоанна Божьего, Брешиа, Италия) в своем докладе также поднял вопрос о роли биологических и психосоциальных факторов в возникновении нарушений психического развития у детей. Он отметил, что психическая болезнь родителей представляет не только биологический, но и социальный риск — возникновение стрессовой ситуации в семье, пренебрежение нуждами ребенка. Также было отмечено, что психическая болезнь родителей может вызывать и стигматизацию, как ребенка, так и семьи в целом.

На протяжении двух дней конгресса проходила постерная сессия. Лучшим постерным докладом был выбран постер, представленный Ханной Веттерберг (Hanna Wetterberg) (Гётеборгский университет, Швеция). Ею представлены результаты изучения распространенности деменции, согласно критериям DSM-III-R, методом когорты были обследованы 85-летние из общей популяции. Предварительные результаты показали, что заболеваемость деменцией уменьшилась при сравнении 85-летних, родившихся в 1901–1902 гг. и родившихся в 1923–1924 гг.

От России был представлен постер с результатами исследования, реализуемого в рамках пилотного

проекта Минздрава России по выявлению предикторов нарушений психического развития у детей раннего возраста. М. Иванов в соавторстве с Н. Симашковой, Г. Козловской, Е. Макушкиной (M. Ivanov, N. Simashkova, G. Kozlovskaya, E. Makushkin) продемонстрировали результаты первого этапа эпидемиологического скрининга по выявлению риска возникновения РАС у детей 16–24 месяцев жизни в трех регионах России.

В заключение стоит отметить, что в рамках конгресса неоднократно затрагивалась проблема стигматизации лиц с психическими заболеваниями. Участниками конгресса было отмечено, что данный социальный феномен известен с давних времен, он не имеет ни возрастных, ни культуральных границ. Одним из направлений по преодолению этой проблемы является разработка психообразовательных программ, как для пациентов и членов их семей, так и для общества в целом.

Конгресс продемонстрировал большой интерес научного сообщества к вопросам психиатрической эпидемиологии и социальной психиатрии, способствовал обмену опытом, появлению новых профессиональных знакомств и неформальному общению специалистов из разных уголков мира. Материалы конгресса опубликованы в сборнике и доступны в электронной версии на интернет-сайте <http://www.epa-socpsy-2018.at>.

Иванов Михаил Владимирович, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия
E-mail: ivanov-michael@mail.ru

Mikhail V. Ivanov, Candidate of Sci. (Psychol.), senior researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia
E-mail: ivanov-michael@mail.ru

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ!

Редакция журнала принимает на рассмотрение оригинальные статьи, систематические обзоры научной литературы и данных метаанализа.

Порядок представления статьи в редакцию журнала

1. **Сопроводительное письмо** на публикацию статьи, обзора (иного материала) содержит:

- обращение к главному редактору журнала профессору Т.П. Ключник с предложением рассмотреть статью для публикации в журнале;
- перечень авторов и название статьи/обзора;
- утверждение о том, что материал не был ранее опубликован и не предлагается к публикации в других изданиях;
- сообщение о согласии всех авторов на публикацию и одобрение научных учреждений, в которых проведено исследование;
- подпись руководителя направляющего учреждения (или автора при обращении в редакцию по личной инициативе);
- могут быть указаны фамилии потенциальных рецензентов, нежелательных вследствие конфликта интересов.

2. **Правила оформления статьи (материала) для публикации:**

- указать тематическую рубрику (код УДК);
- название должно быть краткое, но информативное, по возможности без аббревиатур;
- перечислены фамилии и инициалы всех авторов (образец Иванов П.С.);
- аффилиация (полное — без сокращения — название учреждений по принадлежности авторов; если в написании рукописи принимали участие авторы из разных учреждений, необходимо соотнести названия учреждений и ФИО авторов путем добавления цифровых индексов в верхнем регистре перед названиями учреждений и фамилиями соответствующих авторов);
- необходима аннотация на русском языке объемом 200–250 слов, структурированная на разделы («Исходные данные» или «Обоснование», «Цель работы», «Материал и методы», «Результаты и выводы»);
- выделить «Ключевые слова» (максимум пять), разделенные между собой; способствующие индексированию статьи в поисковых системах;
- все метаданные статьи (название, авторы, аффилиация, аннотация и ключевые слова) должны быть представлены на русском и английском языках с точным правописанием всех фамилий и имен; англоязычная версия резюме статьи должна по смыслу и структуре полностью соответствовать русскоязычной и быть грамотной с точки зрения английского языка.

3. Общий объем статьи не должен превышать 10–12 страниц машинописного текста, обзора — 22–25 страниц. Текст должен быть напечатан шрифтом Times New Roman, иметь размер 12 pt и межстрочный интервал 1,0 pt. Отступы с каждой стороны страницы 2 см. Выделения в тексте можно проводить ТОЛЬКО курсивом или **полужирным** начертанием букв, но НЕ подчеркиванием. Страницы рукописи должны быть пронумерованы. Используемая аббревиатура расшифровывается в начале статьи и при-

водится в дальнейшем без расшифровки. В случае, когда превышающий нормативы объем статьи, по мнению автора, оправдан и не может быть уменьшен, решение о публикации принимается на заседании редколлегии по рекомендации рецензента.

4. Текст статьи должен иметь определенную структуру и включать «Введение» с обоснованием актуальности исследования и краткими сведениями о данных литературы по теме исследования, «Цель исследования», «Материал и методы (Пациенты и методы)», «Результаты и их обсуждение» и «Заключение» (выводы). Научные обзоры могут не содержать «Введение» и «Заключение». Содержание статьи должно отвечать ходу научного процесса. Бывает оправданным введение подразделов и подзаголовков. Раздел «Материал и методы» обычно структурируют на подразделы. Как правило, это:
- план (дизайн) исследования;
 - этическая экспертиза;
 - критерии включения/невключения/исключения;
 - условия проведения;
 - продолжительность исследования;
 - описание метода обследования или медицинского вмешательства;
 - методы регистрации исходов;
 - исходы исследования;
 - анализ в подгруппах;
 - статистический анализ.

При необходимости и в зависимости от типа исследования могут быть введены дополнительные подразделы.

Указываются виды оборудования и их производители, так же как названия химических и лекарственных средств, обязательно с указанием МНН, наряду с чем, возможно обозначение торговой марки препарата. В случае проведения генетических и молекулярно-биологических исследований следует обязательно указывать название всех генов, аллелей, полиморфизмов, а также последовательности праймеров и способы экстракции ДНК (при выполнении ПЦР).

В подразделе «**Статистический анализ**» необходимо подробно описать использованные методы статистической обработки данных, по возможности представить результаты с соответствующими показателями измерения ошибки или неопределенности (например, доверительный интервал, ДИ), не полагаясь только на статистическую проверку гипотез (р), использовать только общепринятые статистические термины и аббревиатуры.

В разделе «**Результаты**» исследования в тексте, таблицах и рисунках должны быть представлены в логической последовательности основные либо наиболее важные полученные данные. Не следует дублировать все данные таблиц и рисунков в тексте. В качестве альтернативы перечисур объемным таблицам можно использовать графики (но не дублировать таблицы графиками!). Результаты исследований и наблюдений должны быть представлены в единицах Международной системы (СИ). Химические формулы, дозы визируются автором на полях. Данные лучше приводить в абсолютном и процентном (в скобках) выражении с указанием уровня статистической значимости р (до третьего знака после запятой), если таковой имеется.

Число иллюстраций не должно превышать пяти.

Требование к фотографии: размер 400 × 300 px (400 пикселей высота, 300 пикселей ширина), формат: jpg, jpeg, размер файла: 20–50 kb, разрешение: 72 dpi. Математические формулы следует представлять как редактируемый текст, а не в виде изображений. Сноски не должны быть избобилу-

южими, они должны иметь последовательную нумерацию по всему тексту.

Таблицы следует помещать в текст статьи, они должны иметь нумерованный заголовок и четко обозначенные графы, удобные и понятные для чтения. Данные таблицы должны соответствовать цифрам в тексте, однако не должны дублировать представленную в нём информацию. Ссылки на таблицы в тексте обязательны.

Рисунки должны быть контрастными и четкими. Объем графического материала минимальный (за исключение работ, где это оправдано характером исследования). Каждый рисунок должен быть помещен в текст и сопровождаться нумерованной подрисуночной подписью. Ссылки на рисунки в тексте обязательны. В подписях под таблицами и рисунками раскрываются все «легенды» и условные обозначения. При воспроизведении иллюстраций и таблиц из работ других авторов должно быть получено письменное разрешение последних. Названия рисунков и таблиц (с названием отдельных граф) должны быть переведены на английский язык.

Разделы **«Обсуждение»** и **«Заключение»** для оригинальной статьи должны содержать обобщение полученных данных и обсуждение основного результата исследования, а также связь этих результатов с заявленной целью исследования наряду с признанием ограничения исследования.

Раздел **«Конфликт интересов»** (заполняется при наличии финансирования). После завершения текста статьи авторам необходимо указать источник(и) финансирования исследования, используя шаблон: «Исследование выполнено при финансовой поддержке (финансовом обеспечении) . . .». Следует указать участие спонсоров в определении дизайна исследования, анализе данных и интерпретации полученных результатов, а также в решении опубликовать их в журнальной статье.

Отсутствие дополнительного финансирования также следует подтвердить заявлением об отсутствии финансовой поддержки исследования/конфликта интересов (см. представленную выше форму).

Авторы представляют в редакцию заполненную **Анкету о конфликте интересов**, в которой все авторы публикуемого материала дают ответы на поставленные вопросы. Утвердительный ответ предполагает предоставление конкретной информации.

Название рукописи (статья): _____
Автор: _____

1. Получали ли Вы или Ваши родственники материальное вознаграждение, включая гонорары за выступления, консультации, подарки, оплату поездок и средств исследования, от организации, учреждения или компании, для которых данная публикация может представить финансовую заинтересованность? *Да/Нет*
2. Работают ли Ваши близкие родственники в интересах организации, учреждения или компании, на которых финансово может отразиться Ваша публикация? *Да/Нет*
3. Состоят ли Ваши близкие родственники в руководстве организации, учреждения или компании, на которых финансово может отразиться Ваша публикация? *Да/Нет*
4. Есть ли у Вас близкие родственники — держатели акций, имеющие инвестиции или иные финансовые интересы (за исключением паевых инвестиционных фондов) в организации, учреждении или компании, на которых финансово может отразиться Ваша публикация? *Да/Нет*

5. Могут ли результаты этой публикации прямо или косвенно повлиять на Ваше вознаграждение? *Да/Нет*

6. Имеются ли другие потенциальные конфликты или существующие противоречия в интересах, которые необходимо знать редакции? *Да/Нет*

Раздел **«Информированное согласие»**. Запрещается публиковать любую информацию, позволяющую идентифицировать больного (указывать его имя, инициалы, номера истории болезни на фотографиях, при составлении письменных описаний и родословных), за исключением тех случаев, когда она представляет большую научную ценность и больной (его родители или опекуны) дал на это информированное письменное согласие. При получении согласия об этом следует сообщать в публикуемой статье.

Раздел **«Соблюдение прав человека и животных»**. Необходимо указывать, соответствовало ли проведение экспериментов на человеке Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г. и этическим стандартам Комитета по экспериментам на человеке (входящего в состав учреждения, в котором выполнялась работа, или регионального). При описании экспериментов на животных следует указать, соответствовало ли содержание и использование лабораторных животных правилам, принятым в учреждении, рекомендациям национального совета по исследованиям, национальным законам.

В разделе **«Выражение признательности»** авторы имеют возможность выразить слова благодарности тем, чей вклад в исследование недостаточен для признания их соавторами, но вместе с тем, считается авторами значимым (консультации, техническая помощь, переводы и проч.).

Правила составления пристатейного списка литературы

В **«Пристатейном списке литературы»** рекомендуемое число источников в списке для оригинальных статей составляет 15–20, для обзоров литературы — 60. Авторы должны корректно ссылаться на первоисточники, поскольку несут полную ответственность за точность данных, приведенных в списке использованной литературы. Авторы не должны копировать ссылки на литературные источники из других публикаций, если они не читали указанные работы. В пристатейном списке не рекомендовано ссылаться на диссертационные исследования, на авторефераты диссертационных исследований, рекомендовано представлять оригинальные статьи, посвященные обсуждаемой проблеме. Библиографические ссылки должны быть пронумерованы, в тексте рукописи указываются в квадратных скобках номерами.

В списке все работы перечисляются в порядке цитирования, а НЕ в алфавитном порядке. Каждый источник следует помещать с **новой** строки под порядковым номером. В тексте статьи ссылки на источники приводятся в квадратных скобках арабскими цифрами в соответствии с пристатейным списком литературы.

В библиографическом описании каждого источника должны быть представлены ВСЕ АВТОРЫ. Недопустимо сокращать название статьи. Название англоязычных журналов следует приводить в соответствие с каталогом названий базы данных MedLine. Если журнал не индексируется в MedLine, необходимо указывать его полное название.

При ссылке на журнальные статьи (наиболее частый источник информации для цитирования) следует придерживаться шаблона: Автор АА, Соавтор ББ. Название статьи. *Название журнала*. Год;Том(Номер);Стр—Стр.

После инициалов авторов не следует ставить точки. Название статьи и журнала не следует разделять знаком «//». Для описания даты выхода, тома, номера журнала и страниц, на которых опубликована статья, следует использовать сокращенный формат записи. Пример:

- Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *NEJM*. 2002 Jul 25;347(4):284–287.
- Дедов ИИ, Шестакова МВ. Эпидемиология сахарного диабета и микрососудистых осложнений. *Сахарный диабет*. 2010;3:17–22.

При оформлении библиографического списка используется транслитерация (написание латинскими буквами). Для транслитерации библиографических ссылок в соответствии со стандартом BGN можно воспользоваться ссылкой <http://ru.translit.ru/?account=bgn>. Образец:

- Дедов ИИ, Шестакова МВ. Эпидемиология сахарного диабета и микрососудистых осложнений. *Сахарный диабет*. 2010;3:17–22. [Dedov II, SHestakova MV. Epidemiologiya saharnogo diabeta i mikrososudistyh oslozhnenij. *Saharnyj diabet*. 2010;3:17–22. (In Russ.)].

Приводится английская версия написания названия статьи в русскоязычных версиях журналов при ее наличии.

Сведения об авторах размещаются на последней странице на русском и английском языке с указанием для

всех авторов фамилии и полного имени, ученой степени, ученого звания, места работы, адреса электронной почты. Автор для корреспонденции указывает также полный почтовый адрес, телефонные номера (с кодом города и страны).

Статьи, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование. Редакция оставляет за собой право сокращения полученных материалов, научного и литературного редактирования.

Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

Статьи публикуются на бесплатной основе.

Статья (материал) для публикации предоставляется в бумажной версии в одном экземпляре с подписями всех авторов, указанием автора для корреспонденции, визой руководителя в редакцию по адресу: г. Москва, Каширское шоссе, дом 34. ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», редакция журнала «Психиатрия».

Электронная версия материала для публикации отправляется в редакцию по электронной почте по адресу: L_Abramova@rambler.ru.

Контактные телефоны: +7 495 109 03 97.

