



А.С.Тиганов

Редколлегия журнала «Психиатрия»

Главный редактор — Тиганов Александр Сергеевич, директор Научного центра психического здоровья РАМН, академик РАМН, профессор, заслуженный деятель науки РФ, Москва.

Заместитель главного редактора — Михайлова Наталия Михайловна, доктор медицинских наук, Москва.

Ответственный секретарь — Абрамова Лилия Ивановна, доктор медицинских наук, Москва.

Редакционный совет

Бохан Николай Алексеевич — член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, Томск;

Карпов Александр Сергеевич — кандидат медицинских наук, Москва;

Крылов Владимир Иванович — доктор медицинских наук, профессор, Санкт-Петербург;

Мачюлис Валентинас — кандидат медицинских наук, Вильнюс, Литва;

Середенин Сергей Борисович — академик РАН и РАМН, доктор медицинских наук, профессор, Москва;

Скугаревский Олег Алексеевич — доктор медицинских наук, профессор, Минск, Беларусь;

Сукиасян Самвел Грантович — доктор медицинских наук, профессор, Ереван, Армения;

Фильц Александр Орестович — доктор медицинских наук, профессор, Львов, Украина;

Шамрей Владислав Казимирович — доктор медицинских наук, профессор, Санкт-Петербург;

Шюркоте Алдона — кандидат медицинских наук, доцент, Вильнюс, Литва.

Члены редакционной коллегии

Брусов Олег Сергеевич — кандидат биологических наук, Москва;

Гаврилова Светлана Ивановна — доктор медицинских наук, профессор, Москва;

Ениколопов Сергей Николаевич — кандидат психологических наук, Москва;

Изнак Андрей Федорович — доктор биологических наук, профессор, Москва;

Калинин Владимир Вениаминович — доктор медицинских наук, профессор, Москва;

Клюшник Татьяна Павловна — доктор медицинских наук, профессор, Москва;

Копейко Григорий Иванович — кандидат медицинских наук, Москва;

Мазаева Наталья Александровна — доктор медицинских наук, профессор, Москва;

Морозова Маргарита Алексеевна — доктор медицинских наук, Москва;

Незнанов Николай Григорьевич — доктор медицинских наук, профессор, Санкт-Петербург;

Пантелеева Галина Петровна — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, Москва;

Симашкова Наталья Валентиновна — доктор медицинских наук, Москва;

Смулевич Анатолий Болеславович — академик РАМН, профессор, заслуженный деятель науки РФ, Москва;

Солохина Татьяна Александровна — доктор медицинских наук, Москва.

СОДЕРЖАНИЕ

Материалы научно-практической конференции «Проблема когнитивных расстройств в современной психиатрии» (Москва, 14 марта 2013 г.)

<i>_Когнитивная дисфункция как элемент фармакологически ориентированной модели шизофрении_</i> Морозова М. А., Бениашвили А. Г., Лепилкина Т. А., Рупчев Г. Е., Бурминский Д. С., Потанин С. С.	5
<i>_Когнитивные нарушения и особенности познавательного развития при эндогенной психической патологии у детей и подростков_</i> Зверева Н. В.	10
<i>_Нейропсихологический подход к изучению когнитивного дефицита при психических расстройствах юношеского возраста_</i> Каледа В. Г., Плужников И. В., Олейчик И. В., Крылова Е. С., Омельченко М. А., Сергеева О. Е. ...	16
<i>_Нейропсихологический подход к исследованию деменций позднего возраста_</i> Рощина И. Ф.	24
<i>_Методика оценки психического состояния другого по выражению глаз_</i> Румянцева Е. Е.	30

Клиника и лечение психических заболеваний

<i>_Диагностическая значимость когерентного анализа ЭЭГ при шизофрении_</i> Мельникова Т. С., Алфимова М. В., Рогачева Т. А.	37
<i>_Стоимостный анализ в психиатрии: совершенствование методологии, методики его проведения и уточнение результатов_</i> Ястребов В. С., Шевченко Л. С., Солохина Т. А., Любов Е. Б., Митихин В. Г., Творогова Н. А., Харькова Т. Л.	41

Научные обзоры

<i>_Синдром дефицита внимания и гиперактивности в амбулаторной практике: вопросы диагностики и лечения_</i> Заваденко Н. Н.	48
---	----

Творчество и психическое здоровье

<i>_Бедржих Сметана (к 190-летию со дня рождения)_</i> Тиганов А. С.	54
---	----

Некрологи

<i>_Памяти Маи Германовны Щириной-Эйнгорн_</i>	58
<i>_Жариков Николай Михайлович (1920–2013)_</i>	59
<i>_Христиан Шарфеттер (1936–2012)_</i>	61

Информация

<i>_Проблемы классификации в материалах 21-го Европейского конгресса по психиатрии_</i> Павличенко А. В., Денисенко М. М., Читлова В. В.	63
<i>_Современные проблемы диагностики и терапии негативных и когнитивных симптомов и исходные состояния при шизофрении_</i> Овсянян А. А., Алфимов П. В., Сюняков Т. С.	71

УДК 616.895.8, 616.89-02-085

Когнитивная дисфункция как элемент фармакологически ориентированной модели шизофренииМорозова М. А., Бенишвили А. Г., Лепилкина Т. А., Рупчев Г. Е., Бурминский Д. С., Потанин С. С.
Научный центр психического здоровья РАМН, Москва

5

В статье предпринимается попытка обосновать гипотезу о том, что когнитивная дисфункция, наряду с психотическими и дефицитарными нарушениями, является одним из относительно независимых клинических элементов шизофрении, что дает основание расценивать ее как самостоятельную терапевтическую мишень. Рассматриваются аргументы в пользу гипотезы, представляющей когнитивную дисфункцию в качестве промежуточного звена между феноменологическим и биологическим уровнями заболевания. Описываются различные подходы к исследованию когнитивных расстройств и оценке их динамики под влиянием, в частности, психофармакологических агентов. Приводятся некоторые данные о результатах поиска лекарственных агентов, специфичных для физиологических нарушений, детерминирующих изменение познавательных функций при этом заболевании.

Ключевые слова: шизофрения; когнитивная дисфункция; психофармакология

The paper briefly reviews different hypotheses about the role of cognitive dysfunction in process of schizophrenia. The supposition that cognitive symptoms may intermediate phenomenological and biological levels of the disease is discussed. The specificity of cognitive dysfunction among others dimensions of schizophrenia (e.g. positive and negative symptoms) suggests it to be an independent and promising pharmacological target.

Keywords: schizophrenia; cognitive dysfunction; psychopharmacology

Специфические искажения процессов внимания, памяти, речи и мышления у пациентов с шизофренией обращали на себя внимание на самых ранних этапах изучения заболевания: в 1899 г. в 6-м издании руководства «Психиатрия» Эмиль Крепелин отразил понимание важности этих нарушений в названии, данном им новой нозологической форме психического расстройства, — *dementia praecox*, раннее слабоумие. В определении шизофрении, предложенном Е. Блейлером, — сочетание четырех «А» (Аффект, Ассоциация, Амбивалентность и Аутизм) — также присутствует указание на искажение протекания процессов познавательной деятельности у описываемых больных. Впоследствии на многие годы когнитивные нарушения отошли на второй план, вперед вышли продуктивные расстройства: симптомы психоза стали центральными для определения диагностических границ заболевания и для выбора критериев эффективности лекарств. Однако за последнее десятилетие количество исследований, посвященных проблеме нарушений когнитивных (познавательных) функций у больных шизофренией, значительно выросло и продолжает увеличиваться. В базе данных медицинских и биологических публикаций на английском языке, в разделе «Биотехнология» Национальной медицинской библиотеки США в 1990 г. теме «Шизофрения и когнитивная способность» было посвящено 52 публикации, а в 2012 г. — уже 729 публикаций. В настоящее время многими авторами когнитивные нарушения при шизофрении рассматриваются в качестве самостоятельной группы нарушений, наряду

с продуктивными и негативными проявлениями заболевания, обсуждается вопрос о введении нарушений познавательных функций в диагностическое руководство [30].

Представление об особом месте когнитивных нарушений в клинической картине шизофрении основывается на следующих фактах.

Во-первых, когнитивные нарушения при шизофрении — не патогномичное, но широко распространенное расстройство: по данным разных авторов, от 75 до 98% пациентов испытывают те или иные затруднения познавательных процессов [31].

Во-вторых, эти нарушения обнаруживаются до клинической манифестации продуктивных симптомов шизофрении и до начала лечения антипсихотическими средствами. Они персистируют в течение всего курса болезни, что позволяет рассматривать их в качестве ядерного компонента фенотипа при шизофрении [24, 29].

В-третьих, именно когнитивные расстройства в отличие от продуктивной и негативной симптоматики заболевания существенно влияют на различные аспекты социального функционирования в межприступный период. Современные исследования обнаруживают связь качества состояния познавательной сферы больного с такими показателями социального функционирования, как уровень профессиональной активности, социальная автономия (самостоятельное проживание), качество социализации (поддержание контактов, формирование и поддержание отношений) [10, 11, 14, 17, 18, 19].

УДК 616.89; 159.92; 159.95

Когнитивные нарушения и особенности познавательного развития при эндогенной психической патологии у детей и подростков

Зверева Н. В.

Научный центр психического здоровья РАМН, ГБОУ ВПО МГППУ, Москва



10

В статье обозначена авторская позиция относительно типологии психического дизонтогенеза, а также кратко изложены результаты собственных исследований когнитивного дизонтогенеза при эндогенной психической патологии у детей и подростков. На основании анализа психологических исследований детской шизофрении сформулированы подходы и задачи экспериментально-психологических исследований когнитивного дизонтогенеза и когнитивного дефицита при эндогенной психической патологии. В статье рассмотрена возрастная динамика познавательного развития детей и подростков при указанной психической патологии в контексте представлений о когнитивном дизонтогенезе в структуре психического дизонтогенеза искаженного и задержанного типов. Показано, что выраженность когнитивного дефицита (отставание от нормы) в оценке функционирования разных психических процессов имеет связь с диагнозом, а в отдельных случаях — с возрастом начала заболевания. Обсуждаются пути изучения когнитивного дизонтогенеза при разных вариантах эндогенной психической патологии.

Ключевые слова: детский и подростковый возраст; эндогенная психическая патология; психический дизонтогенез; когнитивный дизонтогенез; когнитивный дефицит; динамика познавательного развития; нарушения памяти, внимания и мышления

The article indicated author's position regarding the typology of mental (psychic) dysontogenesis, as well as presenting results from their studies. Some different special experimental schemes have been made and approved, with using some well-known techniques and new ones. There is summary of researching cognitive dysontogenesis at endogenous mental disorders in children and adolescents. Author suggests using the obtained data about the peculiarities of cognitive development in children and adolescents to understand the nature of cognitive deficits in schizophrenia and endogenous mental disorders. In this article the age dynamics of the cognitive development of children and adolescents with mental disorders specified in the context of ideas about cognitive dysontogenesis in the structure of mental dysontogenesis distorted and delayed types. It is shown that the severity of cognitive deficits (delay of normal) in the evaluation of the functioning of the different mental processes has a connection with the diagnosis, and in some cases with the age of onset of the disease. The ways of studying cognitive dysontogenesis at different variants of endogenous mental disorders are discussed.

Keywords: children and adolescents; endogenous mental pathology; cognitive dysontogenesis; cognitive deficit; the dynamics of cognitive development; impaired memory; attention and thinking

ВВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМУ

Экспериментально-психологическое изучение нарушений когнитивного функционирования, расстройств познавательного развития в детской патопсихологии — одно из ключевых направлений работы отдела медицинской психологии (лаборатории патопсихологии) Научного центра психического здоровья РАМН с середины 1970-х годов по настоящее время (директор — академик РАМН А. С. Тиганов). Начатые и проводимые под руководством Т. К. Мелешко исследования сотрудников лаборатории патопсихологии Научного центра психического здоровья (руководитель — доктор психологических наук, профессор Ю. Ф. Поляков) легли в основу экспериментально-психологической квалификации психического дизонтогенеза при шизофрении у детей и подростков. Основное внимание исследователей было сосредоточено на познавательном (когнитивном) его аспекте [6]. В работе Н. П. Щербаковой на материале изучения избирательности мыслительной деятельности было показано, что существует значительное сходство в картине познавательного статуса подростков в норме

и при шизофрении [20]. Сотрудниками группы Т. К. Мелешко в 1970–1980-е гг. был установлен факт особого типа становления познавательной деятельности у детей, больных шизофренией, по сравнению со здоровыми ровесниками (Т. К. Мелешко, С. М. Алейникова, Н. В. Захарова, 1986), обнаружено аномальное формирование познавательных процессов (моделями выступали мышление и зрительное восприятие). Эти исследования были проведены методом срезов на группах детей 5–12 лет, с выставленными диагнозами малопрогредиентной шизофрении и шизоидной психопатии. Обнаружено изменение соотношения и динамики развития значимых сторон познавательной деятельности (операционной и предметно-содержательной), снижение темпа формирования и особый характер становления избирательности познавательной деятельности. Темпы развития выделенных сторон познавательной деятельности у детей, больных шизофренией, неодинаковы: опережающее развитие мыслительных операций сочеталось с отставанием развития перцептивных действий, связанных с формированием предметного восприятия. Выявленные особенности данного типа аномалии раз-

УДК 616.895.8; 616.895.3

Нейропсихологический подход к изучению когнитивного дефицита при психических расстройствах юношеского возраста

Каледа В. Г.¹, Плужников И. В.^{1,2}, Олейчик И. В.¹, Крылова Е. С.¹, Омельченко М. А.¹, Сергеева О. Е.¹¹ Научный центр психического здоровья РАМН, Москва² МГУ имени М. В. Ломоносова, Москва

16

Статья посвящена анализу результатов нейропсихологических исследований когнитивных нарушений при психотических (юношеский эндогенный приступообразный психоз — ЮЭПП) и непсихотических (циклотимия, вялотекущая шизофрения, расстройства личности) психических расстройствах юношеского возраста, проведенных в Научном центре психического здоровья РАМН за последние 15 лет. Делается вывод о том, что основным церебральным аппаратом ювенильной нейрокогнитивной уязвимости является фронто-таламо-париетальный комплекс, и в особенности лобные доли, обеспечивающие процессы произвольной регуляции деятельности. Обсуждаются возможности нейропсихологического метода в изучении мозговых основ патогенеза рассматриваемых состояний и перспективы его использования в клинике эндогенных психических расстройств и аффективных состояний.

Ключевые слова: нейропсихология; когнитивные нарушения; юношеский эндогенный приступообразный психоз; циклотимия; вялотекущая шизофрения; расстройства личности; патогенез психических заболеваний

This article is dedicated to the analyzes of the results of neuropsychological studies of cognitive impairments in psychotic (juvenile endogenous psychosis) and nonpsychotic (soft bipolar disorder, schizotypal disorder, personality disorders) mental disorders in youth conducted at the Mental Health Research Center of Russian Academy of Medical Sciences over the last 15 years. It is concluded that the basic unit of the juvenile cerebral neurocognitive vulnerability is thalamo-fronto-parietal complex and specifically the frontal lobes ensuring the processes of self-regulation. The possibility of neuropsychological methods in the study of the cerebral bases of the pathogenesis of these states and the prospects for its use in the clinic of endogenous mental disorders and affective states are discussed.

Keywords: neuropsychology; cognitive impairment; juvenile endogenous psychosis; soft bipolar disorder; schizotypal disorder; personality disorders; pathogenesis of mental disorders

Юношеский возраст — важный онтогенетический этап, во время которого происходит окончательное формирование основных систем, определяющих индивидуальные физиологические особенности организма, социального поведения и ценностно-смысловую направленность личности. Бурно протекающие психофизиологические перестройки, характерные для этого возраста, а также значительная нагрузка на высшие (аналитико-синтетические) познавательные функции в связи с продолжением интенсивной учебной деятельностью и началом трудовой являются патогенетическим фактором, создающим предпосылки для возникновения психических расстройств у ряда лиц юношеского возраста [1, 4]. Данные эпидемиологических исследований показывают, что именно на этот возрастной период приходится значительная часть манифестаций клинически очерченных форм невротических, аффективных и психотических расстройств, обуславливающих социальную, учебную и трудовую дезадаптацию молодых людей. Так, распространенность депрессивных расстройств среди лиц юношеского возраста, по разным данным, варьирует от 15 до 40% [17, 21, 23]. До 50% случаев дебюта приступообразной шизофрении также приходится на возраст от 16 до 25 лет [16, 18, 20]. Все сказанное выше определяет необходимость комплексного, междисциплинарного исследования этиопатогенеза психических расстройств юношеского возраста.

линарного исследования этиопатогенеза психических расстройств юношеского возраста.

Как было отмечено исследователями, отличительной особенностью клинической картины психических расстройств юношеского возраста (как психотического, так и непсихотического уровня) является высокий удельный вес когнитивных расстройств [2, 5, 10, 11, 14]. Таким образом, перед психиатрией юношеского возраста стоит задача описания, классификации и выявления механизмов симптомообразования когнитивных нарушений. Представляется, что интеграция клинико-психопатологического метода и подходов нейропсихологической школы А. Р. Лурии [7, 8] может послужить импульсом для дальнейшего пополнения и развития научных данных, уже полученных к настоящему времени при изучении когнитивных нарушений при психических расстройствах юношеского возраста. Отметим, что отличительной чертой нейропсихологии А. Р. Лурии по сравнению с патопсихологической методологией и западным нейрокогнитивизмом является анализ не столько отдельных высших психических функций, таких как внимание, память, гнозис, праксис, речь, мышление, сколько общих для них психологических звеньев, состояние которых указывает на особенности функционирования определенных церебральных аппаратов в норме

УДК 616.894-053.8

Нейропсихологический подход к исследованию деменций позднего возраста

Рощина И. Ф.

Научный центр психического здоровья РАМН, ГБОУ ВПО МГППУ, Москва



24

В статье отражены исследования автора с использованием нейропсихологического подхода к оценке нарушений когнитивной сферы при деменциях позднего возраста. Описываются методологические принципы и особенности нейропсихологических исследований в школе А. Р. Лурии и использование их в нейрогеронтопсихологии. Показана специфика нейропсихологических синдромов при раннем и позднем вариантах болезни Альцгеймера с использованием качественного и количественного нейропсихологического анализа нарушений психической деятельности. Также выявлено сходство и различие в структуре нейропсихологических синдромов у больных со смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменцией в сравнении с болезнью Альцгеймера и сосудистой деменцией. В статье рассмотрены результаты катamnестического клинико-нейропсихологического исследования больных с синдромом мягкого когнитивного снижения (МСИ), показаны прогностически благоприятные и неблагоприятные варианты изменений когнитивной сферы у пациентов с мнестико-интеллектуальным снижением в рамках указанного синдрома.

Ключевые слова: нейрогеронтопсихология; нейропсихологическое исследование; когнитивная сфера; болезнь Альцгеймера; смешанная альцгеймеровско-сосудистая деменция; синдром мягкого когнитивного снижения (МСИ)

The article reflects the author's research using neuropsychological approach to the assessment of dysfunction in the cognitive sphere in dementia in old age. The methodological principles and features of neuropsychological study in the School of A. R. Luria and their use in neurogerontopsychology are described. The specificity of neuropsychological syndromes in the early and late versions of Alzheimer's disease using qualitative and quantitative analysis of neuropsychological disturbances of mental activity is shown. Also similarities and differences in the structure of neuropsychological syndromes in patients with mixed Alzheimer's-vascular dementia compared with Alzheimer's disease and vascular dementia are revealed. The paper considers the results of clinical and neuropsychological catamnestic study of patients with the syndrome of mild cognitive impairment (MCI), prognostically favorable and unfavorable variants of cognitive changes in patients with mnesic-intellectual decline within the framework of the the specified syndrome are shown.

Keywords: neurogerontopsychology; neuropsychological study; cognitive sphere; Alzheimer's disease; mixed Alzheimer's, vascular dementia; a syndrome of mild cognitive impairment (MCI)

ВВЕДЕНИЕ

В 80-х годах XX века в медицине, биологии и психологии существенно возрос интерес к проблемам старения. Это во многом обусловлено процессом постарения населения во всех странах. Современная демографическая ситуация характеризовалась и характеризуется опережающим ростом численности людей пожилого и старческого возраста в большинстве стран мира. Возрастание числа лиц позднего возраста ставило и ставит перед обществом и наукой множество вопросов, связанных с психологическими особенностями людей на позднем этапе жизни. Особенно интенсивно развиваются исследования в контексте нейронаук, так как особенности психики в позднем возрасте в норме и при деменции обусловлены прежде всего структурными изменениями и перестройками в церебральном функционировании.

В это же время отечественные геронтопсихиатры поставили перед нейропсихологами школы А. Р. Лурии задачу изучения мнестико-интеллектуальной сферы при различных типах деменций позднего возраста. Решение задач дифференциальной диагностики и исследование механизмов синдрообразования когнитивного сни-

жения при церебральных дегенеративных процессах проводилось в сопоставлении с нормальным физиологическим старением.

В статье представлены результаты клинико-нейропсихологических исследований, проводившихся в отделе гериатрической психиатрии (руководитель — профессор С. И. Гаврилова) ФГБУ НЦПЗ РАМН (директор академик РАМН, профессор А. С. Тиганов) в сотрудничестве с научными сотрудниками отдела Н. М. Михайловой, Я. Б. Калыном, Н. Д. Селезневой, И. В. Колыхаловым, Г. А. Жариковым, О. Н. Соколовой, Я. Б. Федоровой, Е. В. Пономаревой под научным руководством Н. К. Корсаковой, ученицы А. Р. Лурии.

К основным задачам нейропсихологического подхода в гериатрии и геронтологии можно отнести:

- 1) оценку состояния психических функций пациента, описание структуры дефекта в зависимости от нозологии и этиологии;
- 2) анализ динамики состояния когнитивной сферы в ходе лечения;
- 3) проведение коррекционной работы (когнитивного тренинга) у пациентов с признаками усиленного психического старения, при синдроме мягкого ког-

УДК 616.895.8

Методика оценки психического состояния другого по выражению глаз

Румянцева Е. Е.

Научный центр психического здоровья РАМН, Москва



30

Известно, что у больных шизофренией наблюдаются нарушения общения, в частности многие исследователи обнаруживают у них снижение способности понимать внутренний мир другого человека (строить так называемую модель психического, *theory of mind*). Проведено исследование модели психического у больных шизофренией и у подобранных по полу и возрасту психически здоровых испытуемых с помощью методики «Чтение психического состояния другого по взгляду» («Reading the mind in the eyes»). Было обнаружено снижение понимания модели психического в группе больных шизофренией по сравнению с нормой, снижение модели психического в зависимости от уровня определенности задания. Обнаружены тенденции к более сохранному пониманию ментального мира другого в группе женщин, больных шизофренией с преобладающим аффективным синдромом.

Ключевые слова: шизофрения; первый приступ; *theory of mind*; модель психического; социальный интеллект; эмоциональный интеллект

It is known that violations of communication are observed in schizophrenic patients. In particular, many researchers show a decrease in the ability to understand the inner world of another person (the so-called theory of mind) in patients with schizophrenia. A study of theory of mind in patients with schizophrenia and control group (mentally healthy subjects matched for sex and age) using the test «Reading the mind in the eyes». The decrease of understanding of theory of mind in patients with schizophrenia compared with normal was found. The decrease of mental models building depending on the level of certainty of the test. A tendency for more intact understanding of the theory of mind in the group of female with schizophrenic patients with predominantly affective syndrome was found.

Keywords: chizophrenia; first episode; theory of mind; social intelligence; emotional intelligence

Известно, что в клинической картине шизофрении присутствуют такие облигатные специфические расстройства, как аутизм, изменения психической активности, эмоций, мышления, поведенческих реакций. В зависимости от степени прогрессивности болезни выраженность этих расстройств может варьировать [12]. Изучение нарушений социального взаимодействия у больных шизофренией имеет давнюю историю. Для объяснения данного явления было разработано несколько концепций. Э. Крепелин отмечал характерный для *dementia praecox* распад психической личности с преобладающими расстройствами чувства и воли. После начала заболевания прогрессирует ослабление эмоционального тонуса, возникает «тупое безучастие», равнодушие к близким людям. Также у больных развивается склонность к уединению, замкнутость [3]. Согласно Е. Блейлеру, нарушения общения в форме аутизма — это один из фундаментальных симптомов при шизофрении. Понятие аутизма по Е. Блейлеру — это чувственное, направленное аутистическое мышление с отрывом личности от реального мира и погружением в мир фантазий. Его проявления заметны в поведении больных — это негативизм, неадекватность аффекта и поведения, внешняя замкнутость, отгороженность от мира [2].

В дальнейшем понятие аутизма эволюционировало, и позднее стало обозначать нарушения общения. Как

считают представители отечественной патопсихологии, нарушения общения являются важной составляющей патопсихологического синдрома шизофренического дефекта [4, 5]. В. П. Критская (2009) отмечала, что психологическую основу аутизма составляют нарушение потребности в общении, снижение социальной направленности и социальной регуляции действия и поведения. Следствием этого оказывается снижение социальной активности и социальной перцепции, недостаточное развитие социальных эмоций [5].

В целом нарушения общения у больных шизофренией — негативные симптомы болезни, относящиеся к устойчивым характеристикам личности больных, и являющимися одним из диагностических признаков [14]. Во многом от степени нарушения общения зависит степень социальной дезадаптации [6]. Как компонент нарушения общения изучалась способность больных шизофренией понимать когнитивный аспект эмоциональной экспрессии. Было выявлено, что больные шизофренией хуже распознают эмоции, чем психически здоровые испытуемые. Больные шизофренией формально и рационально воспринимают эмоциональные стимулы, игнорируют их эмоциональное содержание. При опознании эмоциональных стимулов больные шизофренией склонны давать формальные ответы. Также обнаружено, что в менее структурированных и неопре-

УДК 612.821; 616.89

Диагностическая значимость когерентного анализа ЭЭГ при шизофренииМельникова Т. С., Алфимова М. В., Рогачева Т. А.
Московский НИИ психиатрии

37

Нейроанатомические данные позволяют говорить о формировании у больных шизофренией многозвенной патологической системы, функциональные особенности которой могут быть отслежены с помощью анализа когерентности ЭЭГ, предоставляющего уникальные возможности изучения интегративных процессов при функциональном взаимодействии различных зон коры больших полушарий. Приводится краткий обзор литературных данных об особенностях когерентности в норме и при шизофрении. Изложены результаты собственных исследований когерентности у больных с первым эпизодом параноидной шизофрении и на отдаленных этапах течения заболевания. Представленные данные свидетельствуют о наличии у больных шизофренией особой мозаики межкорковых взаимодействий в виде общего снижения числа и эффективности связей, особенно в передних регионах левого полушария, в сочетании с возрастанием когерентности медленных ритмов ЭЭГ и повышением связей каудальных областей.

Ключевые слова: шизофрения; ЭЭГ; когерентность

Structural neuroimaging findings suggest formation of a multifocal pathological system in schizophrenia which functional characteristics can be investigated by means of EEG coherence analysis, a powerful tool to explore functional connectivity between different areas of brain hemispheres. In this article, we briefly review data on the EEG coherence in normative population and its changes in schizophrenic patients. We then present our own findings on coherence in patients with first-episode paranoid schizophrenia and those in the later stage of the illness. The data presented evidence a distinct pattern of altered cortical functional connectivity in schizophrenia characterized by an overall decrease in number and efficiency of functional cortico-cortical connections, especially in anterior regions of the left hemisphere, along with increased coherence in slow-wave bands and hyperconnectivity within posterior brain regions.

Keywords: schizophrenia; EEG; coherence

Одним из направлений изучения патогенеза шизофрении является поиск биологических маркеров, которые дополнительно можно использовать для характеристики клинической картины. На протяжении длительного времени велись поиски морфологических изменений мозга при шизофрении. Сотни выполненных исследований не обнаружили каких-либо специфических нарушений. Чаще других указывают на то, что развитие патологического процесса сопровождается расширением желудочковой системы мозга, редукцией нейронов в височных и лобных отделах мозга, изменением проводящих путей — мозолистого тела, а также объема и плотности белого вещества в структурах лимбической системы [4, 16, 22, 23, 26, 29, 32, 35, 36, 43, 45]. Однако эти изменения мозга отмечаются лишь в отдельных случаях, преимущественно на поздних стадиях болезни, и не коррелируют с особенностями клинической картины. В то же время они позволяют говорить о формировании у больных многозвенной патологической системы, функциональные особенности которой могут быть отслежены, в частности, с помощью электроэнцефалографических (ЭЭГ) методик, являющихся одним из основных инструментов обнаружения нарушений интегративной деятельности мозговых структур. Этот факт подтвердили работы, проводившиеся с се-

редины прошлого века с использованием визуального и спектрального анализов ЭЭГ больных шизофренией. Исследователи отмечали, что по сравнению со здоровыми испытуемыми у больных наиболее часто наблюдалось снижение индекса основного ритма, особенно альфа-2-поддиапазона, усиление полиритмии за счет увеличения как медленноволновых дельта- и тета-полос, так и быстроволновой активности бета-диапазона. При этом снижался лобно-затылочный градиент по альфа-ритму и отмечалось нарушение межполушарного баланса [24, 34]. В состоянии дремоты и парадоксальной фазы сна на ЭЭГ больных зарегистрированы синхронные билатеральные вспышки бета-волн, которые исследователями расценивались как показатель остроты протекания патологического процесса [3, 4]. При анализе большой выборки ЭЭГ больных шизофренией ($n = 120$) не было обнаружено доминирования какого-либо одного из типов ЭЭГ [11], определяемых по общепринятой классификации [5, 6]. «Абсолютная» норма (тип I ЭЭГ) в 1,6 раза реже фиксировалась у больных шизофренией по сравнению с контрольной группой здоровых испытуемых: в 20% случаев против 31% в группе практически здоровых людей. Ранжирование встречаемости типов ЭЭГ в направлении уменьшения частоты выстраивало такую последовательность — IVa

УДК 616.89-02-083; 616.895.8

Стоимостный анализ в психиатрии: совершенствование методологии, методики его проведения и уточнение результатовЯстребов В. С.¹, Шевченко Л. С.¹, Солохина Т. А.¹, Любов Е. Б.², Митихин В. Г.¹, Творогова Н. А.¹, Харьковская Т. Л.¹¹ Научный центр психического здоровья РАМН, Москва² Московский НИИ психиатрии

41

При сравнении результатов двух отечественных стоимостных анализов (СА), выполненных в 2009 г., обсуждается методология и методика его проведения для уточнения масштабов экономического бремени психических расстройств. Основными структурными компонентами СА являются медицинские и социальные расходы, связанные с лечением и поддержкой пациентов соответственно, а также потери в производстве валового внутреннего продукта вследствие болезни. Для объективизации масштабов экономического бремени психических расстройств рекомендован междисциплинарный и межведомственный подход.

Ключевые слова: психические болезни; шизофрения; бремя психических расстройств; СА

When comparing the results of two national cost analysis, conducted in 2009, discusses the methodology and procedure of the meeting to clarify the extent of the economic burden of mental disorders. The main structural components of the cost analysis are the medical and social costs associated with the treatment and support of patients, respectively, as well as losses in the production of the gross domestic product due to illness. To objectify the extent of the economic burden of mental disorders is recommended interdisciplinary and interdepartmental approach.

Keywords: mental disorders; schizophrenia; burden of mental disorders; cost analysis

В основе управленческих решений в области реформирования отечественной психиатрической службы должна лежать объективная, регулярно обновляемая информация о размерах социально-экономических последствий (бремени) психических расстройств. Информационной базой об экономическом бремени той или иной патологии служат результаты СА — метода, который используется как при проведении экономических, так и научно доказательных фармакоэкономических исследований [2, 5, 16]. Востребованность СА растет в связи с необходимостью применения в медицинских организациях принципов оптимального распределения и использования ограниченных материальных и людских ресурсов, а также при оценке эффективности современной модели психиатрической службы. Если СА психических расстройств в целом проводится в России регулярно начиная с 1993 г. [1, 7, 12–16], то в отношении отдельных психических расстройств СА предпринимался пока в единичных работах [3–5]. Последний по времени СА шизофрении, выполненный в России [8], способствует накоплению и осмыслению его результатов, а также совершенствованию методики его проведения в психиатрии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Уточнение масштабов экономического бремени психических расстройств в целом и отдельно шизофрении в России на основе совершенствования методологии и методики выполнения СА.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализировались результаты отечественных исследований СА за 2009 г. по оценке экономического бремени психических расстройств в целом (СА1) и экономического бремени шизофрении в частности (СА2), полученные с использованием соответствующих методик расчетов. Применялся сравнительный метод оценки этих результатов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В табл. 1–4 представлены сводные результаты СА1 и СА2, опубликованные ранее в статье [8].

Таблица 1
Экономическое бремя психических расстройств (СА1) и шизофрении (СА2) в России за 2009 г. (млрд руб.)

Показатель	СА1	СА2
Прямые расходы, всего, в том числе:	151,8	54,1
медицинские расходы	81,3	54,1
социальные расходы	70,5	—
Косвенные потери (социальные издержки), всего, в том числе:	395,2	142,5
внутренний валовый продукт (ВВП)	395,2	108,8
социальные расходы	—	33,7
Суммарное экономическое бремя	547,0	196,6
ВВП, %	1,4	0,5
Соотношение прямые расходы/косвенные потери (социальные издержки)	1/2,6	1/2,6

УДК 159.922.2; 159.922.73; 612.821.3

**Синдром дефицита внимания и гиперактивности
в амбулаторной практике: вопросы диагностики и лечения**

Заваденко Н. Н.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва



48

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) — распространенное психоневрологическое расстройство, характеризующееся длительным течением, но поддающееся современной терапии. В статье рассматриваются нейробиологические факторы и нейропсихологические механизмы патогенеза СДВГ, возрастная динамика расстройства. Представлены данные о коморбидных расстройствах при СДВГ, которые отмечаются не менее чем у 70% пациентов и вызывают дополнительные сложности внутрисемейной, школьной и социальной адаптации. У амбулаторных пациентов с СДВГ часто встречаются оппозиционно-вызывающее расстройство поведения, тревожные расстройства, тики и ночной энурез. Лечение СДВГ должно носить комплексный характер, быть достаточно продолжительным и планироваться на основании расширенного терапевтического подхода, с учетом социальных и эмоциональных нужд пациента, оценки динамики как редукции основных симптомов СДВГ, так и функциональных исходов, показателей качества жизни.

К эффективным средствам лекарственной терапии СДВГ, которые могут назначаться длительными курсами, относятся атомксетина гидрохлорид (страттера), препараты ноотропного ряда (пантогам), небензодиазепиновые транквилизаторы (адаптол).

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ); диагностика; коморбидность; лечение

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a common, but treatable, neurobehavioral disorder with the long-term duration. The article discusses the impact of neurobiological factors and neuropsychological mechanisms in the pathogenesis of ADHD. The recent data about co-morbid disorders in ADHD are represented, which are observed in at least 70% of patients and are leading to additional problems with domestic, school and social adaptation. Many out-patients with ADHD have oppositional defiant disorder, anxiety disorders, tics or nocturnal enuresis. The management of ADHD must be multimodal and long-term. The follow-up of the patients with ADHD must include systematic assessments of their social-psychological functioning and quality of life measures, in accordance with the «Broader efficacy of treatment» concept. The efficacious medications available for the long-term ADHD pharmacotherapy include atomoxetine hydrochloride (Strattera), nootropic drugs (pantogam) and non benzodiazepine tranquilizers (adaptole).

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD); diagnosis; comorbidity; therapy

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) — распространенное психоневрологическое расстройство, характеризующееся длительным течением, но поддающееся лечению средствами современной терапии. По данным исследований, проведенных в нашей стране и за рубежом, частота СДВГ среди детей дошкольного и школьного возраста составляет от 2 до 12% (в среднем 3–7%) [1, 3, 9]. СДВГ преобладает среди мальчиков, соотношение мальчиков и девочек примерно составляет 3:1.

Научное изучение СДВГ началось 110 лет назад, когда Георг Фредерик Стилл в цикле лекций, прочитанных им в 1902 г. перед Королевской академией врачей и опубликованных позднее в журнале Lancet [21], представил первое подробное описание детской гиперактивности. Именно Стилл впервые указал на семейную предрасположенность к данному расстройству, которая свидетельствует о роли наследственности, а также на возможность его формирования в результате перенесенного повреждения центральной нервной системы, т.е. на нейробиологическую основу СДВГ.

Большинство пациентов с СДВГ обследуются и получают лечение в амбулаторных условиях. Проявления

СДВГ обычно приходится на возраст 3–4 года. При начале школьного обучения у ребенка возникают дополнительные сложности, поскольку начало школьного обучения предъявляет новые, более высокие требования к личности ребенка и его интеллектуальным возможностям. Именно в школе становятся очевидными нарушения внимания, а также трудности освоения школьных навыков и слабая успеваемость, неуверенность в себе и заниженная самооценка. Помимо того что дети с СДВГ ведут себя не всегда адекватно, слабо учатся в школе, становясь старше, они могут оказаться в группе риска по формированию девиантных и антисоциальных форм поведения, алкоголизма, наркоманий. Поэтому специалистам важно распознавать ранние проявления СДВГ и знать о возможностях их лечения.

В настоящее время диагностика СДВГ основывается на клинических критериях. Для подтверждения СДВГ не существует специальных подходов, основанных на применении современных психологических, нейрофизиологических, биохимических, молекулярно-генетических, нейрорадиологических и других методов. Международные диагностические критерии СДВГ в классификациях МКБ-10 [7], DSM-IV-TR [11] содержат перечни наибо-

Бедржих Сметана (к 190-летию со дня рождения)

54

Тиганов А. С.



В центре Праги на берегу Влтавы стоит бронзовая скульптура человека с окладистой бородой и явно близорукими глазами в очках, взгляд его обращен к прекрасной Влтаве — символу Чехии и Праги.

Этот человек — великий чешский композитор, один из создателей замечательных произведений, позволивших занять чешской музыке одно из главных мест в музыкальной культуре Европы, — Бедржих Сметана.

Известный чешский критик и музыковед Вацлав Гельфарт писал: «Сметана был мыслителем, который создавал большие художественные организмы, сочетая неустанный и строгий интеллектуальный труд с пламенем ненасытной творческой страсти».

Высокообразованный в области музыкального искусства, Сметана знал все течения в музыке прошлого и сумел занять свою собственную критическую позицию по отношению ко всему, что создавалось его современниками. Изучение творческого наследия Сметаны раскрывает нам композитора, который творил исходя из

непосредственных переживаний своего времени, шел своим путем, опираясь на собственную силу воображения и способность последовательно, до конца, творчески реализовывая свои основные принципы.

Особый интерес музыкантов и меломанов проявляется к его симфоническим произведениям, инструментальному творчеству, оперному искусству. К сожалению, достаточно редко в репертуаре театров Европы мы слышим такие оперы, как «Далибор», «Либуше» и даже блистательную «Проданную невесту».

С раннего детства Бедржих обнаруживает склонность к музыке. Отец композитора, не будучи музыкантом, но проявлявший интерес к церковной музыке, с раннего детства обучал сына игре на скрипке и фортепиано; с годами склонность Бедржиха к игре на фортепиано становилась все более и более очевидной. Успехи его были несомненны: уже в возрасте шести лет он выступил перед «Академией философов» в родном городе Литумышле, что заставило говорить о Бедржихе как о вундеркинде.

В дальнейшем годы упорного занятия музыкой: несколько лет Бедржих обучается игре на скрипке и фортепиано в Индржиховском Градце, а также регулярно поет в церковном хоре. После непродолжительного пребывания в немецкой гимназии, где один из преподавателей заметил склонность юноши к музыке и всячески поощрял этот интерес, Бедржих переехал в Прагу, где стал учеником пражской академической гимназии, однако вскоре он оставил занятия и полностью посвятил себя музыке. С помощью мецената, высоко ценившего музыкальные способности юноши, Бедржих становится частым посетителем музыкальных салонов, где он не только демонстрирует высокое мастерство пианиста, но и исполняет собственные произведения. Среди исполняемых сочинений было несколько полек, экспромтов, а также струнный квартет. К сожалению, они не вызвали одобрительной реакции публики и тем не менее в своем дневнике 19-летний Сметана писал: «С Божьей помощью и милостью я когда-нибудь стану Листом техники и Моцартом композиции».

В эти же годы его охватывает чувство к Кате Коларжевой, с которой он был знаком с детства и которая в эти годы стала виртуозной пианисткой и одной из самых привлекательных женщин своего круга. К сожалению, в течение нескольких лет его чувства оставались

Памяти Маи Германовны Щириной-Эйнгорн



24 июля 2013 г. после непродолжительной болезни в возрасте 89 лет ушла из жизни старейший сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН, доктор медицинских наук Мая Германовна Щирина-Эйнгорн.

Большая часть профессиональной жизни Маи Германовны вплоть до последних дней была связана с Институтом психиатрии АМН (в последующем — Научным центром психического здоровья РАМН), где она начала работать в 1958 г. С 1962 по 2009 г. она беспрерывно занимала должность ученого секретаря центра, а затем главного научного сотрудника отдела гериатрической психиатрии. Свои должностные обязанности ученого секретаря Мая Германовна успешно сочетала с научной работой. Ее исследовательская деятельность была связана с клиникой и эпидемиологией психозов позднего возраста, этим проблемам были посвящены ее кандидатская (1965) и докторская (1976) диссертации. Научные труды Маи Германовны широко известны

не только среди отечественных ученых и врачей-психиатров, но и за рубежом. Она состояла постоянным членом Всемирной психогериатрической ассоциации, была включена в список лучших представителей своей профессии в издании проекта Международного биографического центра «Кто есть кто в современной медицине» (2004).

Мая Германовна достойно прожила долгую жизнь. Она была исключительно одаренным человеком, широко образованным, обладала глубокой внутренней культурой, прекрасно знала и ориентировалась в профессиональных психиатрических проблемах в целом. Помимо этого ей был присущ широкий круг разносторонних интересов, охватывающих литературу, музыку, живопись, свободно владела несколькими иностранными языками. В общении с окружающими Мая Германовна была неизменно доброжелательна, тактична, обладала тонким юмором. Она всегда была доброй помощницей для всех коллег, много внимания уделяла работе с молодыми специалистами, клиническими ординаторами, аспирантами и была их истинной наставницей. При этом Мая Германовна никогда не искала негативных черт у окружающих, не сосредоточивалась на них, а, напротив, охотно и искренне поддерживала обратившихся к ней за помощью, старалась найти в людях что-то хорошее, двери ее кабинета были всегда одинаково открыты для всех сотрудников независимо от их ранга. Как человек высокой духовной культуры, она могла деликатно, не повышая голоса, но твердо отстаивать свою принципиальную позицию как в научных, так и в научно-организационных и производственных вопросах, с честью и мудро могла разрешить любую сложную и запутанную служебную ситуацию или межличностный конфликт коллег. Мая Германовна заслуженно пользовалась любовью и уважением всего коллектива НЦПЗ РАМН, который глубоко скорбит по поводу ее безвременной кончины и навсегда сохранит вечную и добрую память о ней.

Жариков Николай Михайлович (1920–2013)



22 июля 2013 ушел из жизни Николай Михайлович Жариков, выдающийся отечественный психиатр, член-корреспондент РАМН, профессор, доктор медицинских наук.

Николай Михайлович родился 20.08.1920 г., в д. Уваровка Липецкой области. В 1939 г. он поступил на лечебный факультет 2-го Московского государственного медицинского института, а в 1943 г. окончил военно-медицинский факультет этого же института. В период ВОВ Николай Михайлович служил врачом МСПБ 19-го танкового корпуса 5-й танковой армии генерала П. А. Ротмистрова, был участником битвы на Курской дуге, принимал участие в боях под Прохоровкой, при форсировании Днепра, дважды был тяжело ранен. В 1944–1946 гг. он проходил учебу на Высших военных курсах ГУ артиллерии Красной Армии.

После демобилизации Николай Михайлович поступил в аспирантуру Института психиатрии АМН, стал учеником В. А. Гиляровского, а по окончании аспирантуры работал на кафедре психиатрии 2-го МГМИ вначале ассистентом, а затем доцентом. В сотрудничестве с академиком АМН СССР О. С. Кербиковым выполнил работы по иммунологии шизофрении. В 1950 г. Н. М. Жариков защитил кандидатскую, а в 1961 г. — докторскую диссертацию на тему «Клиника ремиссий при шизофрении в отдаленном периоде заболевания». В дальнейшем в 1960–1961 гг. Н. М. Жариков был заместителем директора по научной

работе Института судебной психиатрии им. В. М. Сербского, в течение 1961–1962 гг. исполнял обязанности директора Института психиатрии АМН СССР, а затем с 1962 по 1971 г. возглавлял отдел эпидемиологии неврозов и психозов этого института. В 1963 г. он получил звание профессора и в 1978 г. был избран членом-корреспондентом РАМН. Энциклопедически образованный, мудрый и деликатный человек, Николай Михайлович всю жизнь посвятил служению психиатрической науке, став основоположником многих направлений в отечественной психиатрии, создателем научной школы. Научные исследования Н. М. Жарикова посвящены изучению проблем диагностики, клиники и эпидемиологии шизофрении. Он впервые описал параорганическую и тимопатическую формы ремиссии при шизофрении (1962), совместно с сотрудниками разработал глоссарий стандартизованных синдромов для унифицированной клинической оценки состояния больных шизофренией и другими психическими заболеваниями. Николай Михайлович Жариков был известен не только в России, но и за рубежом, являясь консультантом ВОЗ по вопросам эпидемиологии в психиатрии. В рамках программы ВОЗ по транскультуральному изучению шизофрении он исследовал распространенность, особенности клинических проявлений, течения и прогноза шизофрении в развитых и развивающихся странах.

Более 25 лет (1972–1999 гг.) Н. М. Жариков заведовал кафедрой психиатрии и медицинской психологии Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, в 2005 г. он получил звание заслуженного профессора. Многие годы преподавая психиатрию студентам и молодым врачам и возглавляя кафедру, Н. М. Жариков руководил межвузовской методической комиссией по совершенствованию преподавания психиатрии в России, принимал участие в разработке учебной программы по психиатрии для студентов медицинских вузов страны. Николай Михайлович автор двух руководств и пяти учебников по общей и судебной психиатрии, широко используемых в учебном процессе. Его монография «Эпидемиологические исследования в психиатрии» (1977) была удостоена Премии им. С. С. Корсакова.

Н. М. Жариков избирался членом президиума и сопредседателем Всесоюзного общества невропатологов и психиатров, членом бюро Отделения клинической медицины РАМН, состоял почетным членом Чехосло-

Христиан Шарфеттер (1936–2012)



5 ноября 2012 г. после тяжелой болезни скончался профессор, доктор медицины Христиан Шарфеттер. Христиан Шарфеттер родился в 1936 г. в Инсбруке, там же учился и получил первый обширный клинический опыт. В 1963 г. он прибыл в Цюрих, где, помимо занятий в Нейрохирургической клинике университета, регулярно посещал коллоквиумы Психиатрической университетской клиники. В 1967 г. он поступил в Психиатрическую университетскую клинику в качестве врача-ассистента профессора Манфреда Блейлера, относившегося к нему требовательно и взыскательно, а позже проявлявшего внимательное отношение к его научным публикациям. В 1969 г. Х. Шарфеттер перешел в исследовательское отделение к профессору Жюлю Ангсту, который в 1970 г. назначил его старшим врачом, в 1972 г. присвоил ему должность приват-доцента. В качестве ассистента профессора Христиан Шарфеттер с 1973 г. нес учебную нагрузку, преподавая психопатологию для психологов. Этот продолжающийся курс лекций спустя много лет создал основу для известного труда Х. Шарфеттера «Общая психопатология» (1-е издание в 1976 г., 6-е издание — в 2010 г.), который получил большое внимание и международную известность. Книга задумана как введение в описание и понятия учения о психиатрических симптомах. В ней представлен обзор наиболее частых форм клинических проявлений психических нарушений. Симптомы систематизированы, даны их определения, приведены сведения о частоте их встречаемости и диагностическом значении, о возможных подходах к терапии. Полнота изложенного материала позволяет рассматривать данную работу как один из важных источников информации для всех специалистов, интересующихся психиатрией. В 1978 г. последовало назначение Х. Шарфеттера на должность экстраординатора по психиатрии в университете Цюриха. Через 32 года после поступления в Психиатрическую университетскую клинику Цюриха в 1999 г. Х. Шарфеттер вышел на пенсию, но при этом продолжал активную творческую деятельность.

Характерным для мышления Христиана Шарфеттера было сочетание стойкого интереса к субъективной стороне человеческих переживаний и действий в индивидуальной трансцендентной плоскости, т.е. «отличительной сущности», которые делают человека особенным. В какой мере эти переживания и действия стоят также

в контексте психических нарушений, он исследовал эмпатически. Его интересовало не только то, что является различием между психическим здоровьем и болезнью, а также характеристика каждого индивидуума в его качестве единственной в своем роде личности в контексте, в котором он или она находятся.

Многочисленные статьи Христиана Шарфеттера публиковались в Швейцарском архиве неврологии и психиатрии. Две сущностные особенности его многочисленных произведений, наряду с клинической психопатологией, касаются философского подхода к истории психиатрии и причинам психических расстройств. При этом особенно были близки его сердцу личность и творчество Евгения Блейлера. Книга Х. Шарфеттера «Eugen Bleuler (1857–1939): Polyphrenie und Schizophrenie» (2006) представляется такой же основательной, как и критическое обсуждение взглядов этого выдающегося представителя швейцарской и мировой психиатрии. С Е. Блейлером его объединял особый интерес к психотическим расстройствам и их динамике. Психопатологические симптомы были для него не только как отдельные подлежащие учету элементы, а комплексные проявления, не всегда полностью поддающиеся учету в общем контексте личности и ее биографии. Этот подход послужил источником нескольких работ, таких как «Шизофренические личности» (1983, 1984, 1995, 2011). В своих размышлениях о шизофрении швейцарский психиатр и психотерапевт Христиан Шарфеттер основывался на непосредственных проявлениях болезни, переживаниях больных и их высказываниях, обнаруживая искренний интерес к их личности. В психологическом понимании шизофренические особенности он связывал с переживанием угрозы существованию «Я» и субъективному миру. Эта точка зрения основана на широком фундаменте научных знаний, начиная от неврологии, семейной динамики и коммуникативной психологии и заканчивая антипсихиатрией. Шарфеттер рассматривал душевный мир больных шизофренией во взаимосвязи с развитием мировоззрения, философской и религиозной жизнью и другими аспектами культуры. Воззрения Шарфеттера, четко и ясно изложенные, устанавливают связь между множеством современных направлений в исследованиях шизофрении. Предложенная автором тщательно разработанная концепция развития имеет значение для научного понимания этой

Проблемы классификации в материалах 21-го Европейского конгресса по психиатрии

Павличенко А. В.¹, Денисенко М. М.², Читлова В. В.³

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва

² Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины, Харьков

³ Научный центр психического здоровья РАМН, Москва



Настоящая публикация представляет собой обзор материалов 21-го конгресса Европейской психиатрической ассоциации (6–9 апреля 2013 г., Ницца, Франция), посвященных проблемам систематики расстройств аффективного спектра, расстройств личности, заболеваний, связанных со стрессом, и шизотипического расстройства в свете предстоящих ревизий DSM-V и МКБ-11. Кроме того, отдельно обсуждается роль функционального снижения как важного компонента психиатрического диагноза.

Ключевые слова: DSM-V; МКБ-11; аффективные расстройства; расстройства личности; заболевания; связанные со стрессом; функциональное снижение; Конгресс ЕПА 2013

This publication provides an overview of plenary sessions, symposia and Pro&Con Debates of the 21st European Congress of Psychiatry (6–9 April 2013, Nice, France) that cover contemporary problems of classification of affective disorders, personality disorders, stress-related disorders and schizotypal disorder. It is also discussed some advantages and disadvantages of proposed inclusion in the definition of schizophrenia such criterion as functional impairment.

Keywords: DSM-V; ICD-11; affective disorders; personality disorders; stress-related disorders; schizotypal disorder; functional impairment; EPA Congress 2013

В связи с предстоящим пересмотром двух основных классификаций (DSM-V и МКБ-11) большое место в программах ведущих психиатрических форумов уделяется вопросам систематики психических заболеваний. В рамках 21-го Европейского конгресса по психиатрии, который состоялся 6–9 апреля в Ницце (Франция), вопросы классификации активно обсуждались на ключевых симпозиумах, пленарных лекциях, дебатах за и против и образовательных семинарах для молодых психиатров. Настоящая публикация представляет собой расширенный обзор и анализ основных докладов конгресса, посвященных предстоящей ревизии некоторых глав DSM-V и МКБ-11 (аффективные расстройства, личностная патология, болезни, связанные со стрессом, расстройства шизофренического спектра). Кроме того, отдельно обсуждается роль функционального снижения как важного компонента психиатрического диагноза.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Бывший президент Всемирной психиатрической ассоциации **М. Мај** (Италия) в своем докладе остановился на ревизии главы, посвященной расстройствам аффективного спектра. К сожалению, многочисленные исследования, направленные на поиск различий между **депрессивными расстройствами и обычной грустью**, не увенчались успехом и в настоящее время большинство ученых склонны рассматривать депрессивные состояния в рамках концепции аффективного континуума. В соответствии с критериями DSM-IV, вне зависимости от того, насколько психологически понятной

и адекватной является реакция на психотравмирующее событие, диагноз большой депрессии рекомендуется устанавливать при достижении необходимого порога (оцениваются такие показатели, как степень тяжести, длительность и уровень функционального снижения). Единственное исключение из этого правила — реакция утраты (*bereavement*) при потере любимого человека. В частности, большую депрессию у таких больных рекомендуют диагностировать лишь в тех случаях, когда симптомы сохраняются не менее двух месяцев, или в случае выраженной социальной дезадаптации, патологических идей самоуничтожения, суицидальных тенденций и психотических симптомов. В DSM-IV также содержится дополнительное уточнение, согласно которому «депрессивный синдром представляет собой ожидаемую и одобряемую обществом реакцию на смерть близкого человека и таким образом не может интерпретироваться как психическое заболевание».

В последние годы было установлено, что не существует значительных различий между реакциями утраты и другими психогенными депрессиями в отношении клинических, анамнестических и социодемографических показателей [12]. Таким образом, эксперты столкнулись с необходимостью сделать выбор в пользу расширения группы депрессий, связанных с утратой, путем включения в нее всех психогенных состояний или удаления критерия утраты из признаков депрессивного эпизода. В первой версии DSM-V было рекомендовано исключить этот критерий. Но позже было показано, что у индивидов, перенесших депрессию, связанную с утратой, риск рецидива намного меньше, чем у перенесших ауто-

УДК 616.89

Современные проблемы диагностики и терапии негативных и когнитивных симптомов и исходные состояния при шизофрении

Овсебян А.А.¹, Алфимов П.В.², Сюняков Т.С.³¹ Ереванский государственный медицинский университет² Московский НИИ психиатрии³ НИИ фармакологии им. В. В. Закусова РАМН, Москва

71

Настоящая публикация представляет собой обзор материалов 21-го конгресса ЕПА (6–9 апреля, Ницца, Франция). Приведены краткие сообщения о пленарных лекциях, симпозиумах и постерных сообщениях, посвященных различным аспектам прогнозирования, оценки и терапии негативных и когнитивных симптомов, а также проблемам психосоциальной адаптации и стигматизации больных шизофренией.

Ключевые слова: 21-й конгресс ЕПА; шизофрения; прогноз; клинические исходы; негативные симптомы; когнитивные симптомы; социальное функционирование; стигма

This publication provides an overview of the materials of the 21st EPA Congress (April 6–9, 2013, Nice, France). A brief report is given on plenary lectures, symposia and poster presentations related to various aspects of prognosis, assessment and treatment of negative and cognitive symptoms, as well as psychosocial impairment, social adaptation and stigmatization of patients with schizophrenia.

Keywords: 21st EPA congress; schizophrenia; prognosis; clinical outcomes; negative symptoms; cognitive symptoms; social functioning; stigma

Список сокращений

BNSS — Краткая шкала оценки негативных симптомов

CAINS — Клиническое интервью для оценки негативных симптомов

CGI — Шкала глобального клинического впечатления

NSA-16 — Шкала оценки негативных симптомов (16 пунктов)

PANSS — Шкала оценки позитивных и негативных синдромов

PSP — Шкала личностного и социального функционирования

SANS — Шкала оценки негативных симптомов

SWN — Субъективная шкала для оценки благополучия на фоне антипсихотической терапии

ВПА — Всемирная психиатрическая ассоциация

ЕПА — Европейская психиатрическая ассоциация

ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство

CO — стандартное отклонение

Проблема течения и прогноза шизофрении всегда занимала центральное место в психиатрической науке. Особую актуальность эта тема приобрела с появлением антипсихотических препаратов нового поколения, с помощью которых в некоторых случаях удается добиться улучшения даже на хроническом этапе заболевания.

Не 21-м Европейском конгрессе по психиатрии, состоявшемся в Ницце 6–9 апреля 2013 г., этот вопрос был освещен достаточно широко, хотя можно заметить, что в научной программе шизофрении было уделено меньше внимания, чем обычно.

Центральным событием, посвященным данной теме, стало выступление профессора S. Galderisi из Неаполи-

танского университета «Улучшение исхода при шизофрении», занявшее место в ряду самых ярких выступлений конгресса. В лекции, посвященной исходным состояниям при шизофрении, подчеркивалось, что при оценке долгосрочной динамики целесообразно в первую очередь уделить внимание улучшению повседневного функционирования, а не психопатологической симптоматике.

«Прежнее, весьма расплывчатое представление о шизофрении как о хроническом и прогрессирующем заболевании с крайне неблагоприятным исходом, основывавшееся на наблюдениях таких авторов, как Морель и Крепелин, претерпело значительные изменения в течение последнего десятилетия», — утверждает профессор Galderisi и продолжает: «Старое представление видоизменяется. Не только исследователи, но и многие клиницисты, следящие за современными тенденциями, придерживаются более оптимистичной позиции. Не удовлетворяясь просто лечением симптомов, они ставят перед собой амбициозную цель: помочь пациентам вести приемлемую жизнь в сообществе».

Накопившиеся к сегодняшнему дню многочисленные наблюдения показали, что, даже если пациенты возвращаются в общество со сравнительно слабо выраженными симптомами, ограничения в функционировании все еще оказывают значительное влияние на их качество жизни. Это заставило ученых и клиницистов задуматься над тем, что же можно считать надлежащим восстановлением (*recovery*). С одной стороны, позитивная психопатологическая симптоматика, несомненно, является главным фактором, который вызывает изоляцию больного от общества. С другой стороны, мы видим,