



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;

Шюркуте 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



Клиника и лечение психических заболеваний

<i>_К построению транснозологической ритмологической модели депрессий_ Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б.</i>	5
<i>_Нейробиологические показатели тяжести эндогенных депрессий и прогноза эффективности антидепрессивной терапии_ Изнак А. Ф., Изнак Е. В., Пантелеева Г. П., Ключник Т. П., Абрамова Л. И., Олейчик И. В., Сорокин С. А., Столяров С. А.</i>	15
<i>_Маркеры структурного и функционального состояния головного мозга при становлении ремиссии у больных юношеской шизофренией_ Лебедева И. С., Каледа В. Г., Бархатова А. Н., Ахадов Т. А., Семенова Н. А.</i>	26
<i>_Возможности дисперсионного картирования α-ритма энцефалограмм в диагностике шизофрении_ Росман С. В.</i>	32
<i>_Шизофрения и бредовые расстройства у ветеранов локальных войн_ Резник А. М.</i>	38
<i>_Психология и психопатология ностальгии у эмигрантов_ Недува А. А.</i>	44



Научные обзоры

<i>_Учение о психопатиях и конституциональном предрасположении к психическим расстройствам в концепции Е. Краепелин (состояние в 8-м издании учебника)_ Пятницкий Н. Ю.</i>	48
--	----

Творчество и психическое здоровье

<i>_Кнут Гамсун (1859–1952)_ Тиганов А. С.</i>	60
---	----



Памятные даты

<i>_Памяти Э. Я. Штернберга (к 110-летию со дня рождения)_</i>	64
---	----

Некрологи

<i>_Бухановский Александр Олимпиевич (1944–2013)</i>	66
<i>_Семке Валентин Яковлевич (1936–2013)</i>	67



Наше наследие

<i>_Старые и новые проблемы истерии в творческом наследии академика РАМН В. Я. Семке_ Бохан Н. А., Перчаткина О. Э.</i>	69
--	----



Информация

<i>_О Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю. Ф. Полякова)»_ Рощина И. Ф., Зверева Н. В.</i>	72
--	----



По страницам зарубежных журналов

<i>_По страницам зарубежных журналов</i>	74
---	----

УДК 616.89

К построению транснозологической ритмологической модели депрессий

Смулевич А. Б.^{1, 2}, Дубницкая Э. Б.^{1, 2}¹ Научный центр психического здоровья РАМН, Москва² Первый МГМУ им. И. М. Сеченова МЗ РФ, Москва

5

Представлена построенная с учетом разработанных авторами ранее систематик (позитивной/негативной аффективности, аффективного спектра, ритмологической, аффективного резонанса/диссонанса) транснозологическая ритмологическая модель депрессий. Многообразные варианты гипотимических состояний ранжируются в зависимости от вклада в их формирование эндогенных и экзогенных (психогенных, соматогенных) факторов в пределах четырех кругов, размещенных в направлении от периферии — область независимых осцилляторов (психогенных, соматогенных и др.) — к центру (сфера аффективных расстройств эндогенного круга).

Ключевые слова: депрессия, систематика, нозология, ритмы

Considering previous developed by the authors systematics (positive/negative affectiveness, affective spectrum, affective resonance/dissonance), a new transnosological rhythmological model of depressions is presented. Diversified variants of hypothymic states are ranged according to the contribution to their formation of endogenous and exogenous factors (psychogenic, somatogenic) in the framework of four circles, placed in the direction of the periphery — the field of independent oscillators (psychogenic, somatogenic and others) to the center (the sphere of affective endogenous disorders).

Keywords: depression, taxonomy, nosology, rhythms

Современные подходы к исследованию депрессий становятся все более многофакторными и интегрированными, что находит отражение в опирающихся на результаты мультидисциплинарных исследований многочисленных определениях, моделях и классификациях — нейробиологических, эпидемиологических, психоаналитических и др.^{1, 2}. Соответственно в качестве ранжирующих признаков выступают генетические, биохимические и когнитивные процессы, состояние соматической сферы, возрастные, гендерные и социальные факторы, неблагоприятные жизненные события.

¹ Классификации, основывающиеся на патофизиологических механизмах аффективных расстройств (моноаминовая концепция депрессий, модели стресс-диатеза, снижения/нарушения нейропластичности мозга и др. — Costa e Silva J. A., 1980; Nair N. P. V., Sharma M., 1989), а также отражающие ответ на психофармакотерапию (депрессии, резистентные к медикаментозному воздействию, и др.), здесь не рассматриваются.

² Так, психоаналитические (психодинамические) модели (Rado S., 1956; Freud S., 1999; Abracham K., 1911; Blatt S. et al., 1982) рассматривают депрессию в контексте символической или реальной утраты объекта привязанности как источник формирования интрапунитивного комплекса (утрата самооценки, недовольство, гнев и агрессия, направленные на свое «Я»). Экзистенциально-аналитическая концепция опирается на представления о работе переживания, структура и динамика которого отражает последовательное включение различных форм фундаментальных мотиваций, и среди них — на уровне, блокирующем переживание ценности жизни, сохранения отношений с «бытием здесь» (Längle A., 2010). В свете гуманистического психоанализа (Fromm E., 1973) депрессия трактуется как попытка бегства от иррациональной деструктивности общества, неспособность соответствовать идеалу «Я». Поведенческие (модели приобретенной/выученной беспомощности) (Kohut H., 1977) — как следствие неспособности контролировать жизненные события.

Многообразие таксономических обозначений и систематик депрессий связано и с тем обстоятельством, что этот феномен (наряду с маниакальным расстройством) выходит за пределы своего статуса как медицинской проблемы. Затрагивающие глубинные аспекты человеческого существования и опыта, сказывающиеся на эмоциональной жизни, интеллектуальной деятельности и социальном функционировании, аффективные проявления становятся предметом анализа в рамках когнитивно-бихевиоральной (Seligman M. E. P., 1975; Beck A. T., 1976)³ и социологических концепций (социальная модель депрессий [Brown G. W., 2002], биопсихосоциальная концепция [Akiskal H. S., McKinney W., 1975; Незнанов Н. Г., 2006], многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра [Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., 1998; Холмогорова А. Б., 2006; Холмогорова А. Б., 2011]).

Проблемы депрессий рассматриваются также в антропологических исследованиях в кросс-культуральном аспекте (Kleinman A., Good B., 1985). При этом в некоторых, выполненных в этой традиции публикациях ставится под сомнение валидность самого понятия «депрессия», разработанного на базе этноцентриче-

³ В свете когнитивной модели А. Бека (1975) депрессия выводится из дисфункциональной концептуализации ситуаций — устойчивого индивидуального паттерна, отражающего неадекватное восприятие собственной личности и жизненного опыта. Автор выделяет депрессивную «когнитивную триаду» (негативный образ «Я», негативный опыт, негативный образ будущего), «схему» — селективный отбор негативных стимулов и индивидуальную «кристаллизацию» их в концепт, а также «когнитивные ошибки» — абсолютистское дихотомическое (черно-белое) мышление.

УДК 612.822.3; 612.821.1; 571.27;
616.895.4; 616.895.8; 616-036.8

Нейробиологические показатели тяжести эндогенных депрессий и прогноза эффективности антидепрессивной терапии

Изнак А. Ф., Изнак Е. В., Пантелеева Г. П., Ключник Т. П., Абрамова Л. И., Олейчик И. В., Сорокин С. А., Столяров С. А.
Научный центр психического здоровья РАМН, Москва



С целью изучения нейробиологических коррелятов и поиска возможных предикторов терапевтического ответа у больных депрессивными расстройствами в рамках разных нозологических категорий проведен анализ комплекса нейрофизиологических и нейроиммунологических показателей в сопоставлении с динамикой количественных клинических оценок депрессивного состояния в двух группах пациентов: с эндогенной депрессией (I группа) и с депрессивным аффектом в структуре аффективно-бредового синдрома в рамках приступообразной шизофрении (II группа). Редукция психопатологической симптоматики к концу курсового лечения в обеих группах ассоциировалась с ЭЭГ-признаками улучшения функционального состояния головного мозга. Выявлены достоверные корреляции между значениями спектральной мощности фоновой ЭЭГ в узких частотных диапазонах и рядом показателей иммунитета (активностью лейкоцитарной эластазы и альфа-1-протеиназного ингибитора, а также уровнем аутоантител к фактору роста нервов и основному белку миелина). Выявлены также достоверные корреляции между параметрами исходной (до начала терапии) ЭЭГ и количественными клиническими оценками депрессии на этапе становления ремиссии. В I группе пациентов такими предикторами оказались значения спектральной мощности бета-1 и бета-2 поддиапазонов ЭЭГ, а во II группе больных — значения спектральной мощности альфа-1 и альфа-3 частотных компонентов альфа-ритма.

Полученные данные позволяют уточнить фундаментальные представления о мозговых механизмах разных аспектов депрессивных расстройств, а также установить возможные нейробиологические предикторы эффективности терапии эндогенных депрессий.

Ключевые слова: эндогенная депрессия; депрессивно-бредовые состояния; количественная ЭЭГ, нейроиммунологические показатели; прогноз эффективности терапии

Complex analysis of some neurophysiological and neuroimmunological parameters in comparison with dynamics of quantitative clinical assessments of depressive condition has been carried out in two groups of patients: with endogenous depression (group I) and with depressive affect in structure of affective-delusional syndrome in the frame of attack-like schizophrenia (group II) with the main goal to study neurobiological correlates and to search possible predictors of therapeutic outcome. The reduction of psychopathologic symptoms by the end of treatment course was associated with EEG signs of improvement of brain functional state in both groups of patients. Significant correlations have been revealed between the EEG narrow-band spectral power values and certain immunity parameters such as activity of leukocyte elastase and alpha-1-proteinase inhibitor, as well as the levels of auto antibodies to nerve growth factor and to basic myelin protein. As well, significant correlations have been revealed between some parameters of initial (before beginning of treatment) EEG and quantitative clinical scores of depression at the stage of remission establishing. The values of EEG beta-1 and beta-2 spectral power appeared to be such predictors in 1st group patients, and the values of EEG alpha-1 and alpha-3 spectral power — in 2nd group patients.

The data obtained allow to justify basic views on brain mechanisms of various aspects of depressive disorders and to reveal possible neurobiological predictors of endogenous depression treatment efficacy.

Keywords: endogenous depression; depressive-delusional state; quantitative EEG; neuroimmunological parameters; prediction of treatment efficacy

ВВЕДЕНИЕ

Одной из важных проблем современной клинической и биологической психиатрии является проблема распознавания, прогноза и лечения эндогенных депрессий как одного из социально значимых заболеваний. Депрессия сопровождается не только нарушениями эмоциональной сферы, но и расстройствами вегетативных, двигательных и некоторых когнитивных функций, приводя к снижению работоспособности, трудностям учебной, социальной и семейной адаптации пациентов, что имеет неблагоприятные экономические, социально-психологические и демографические последствия. В свете высокой актуальности и медико-социальной значимости проблемы депрессий возникает необходимость клинико-биологических исследований депрессивных

расстройств как с целью установления разных аспектов мозговых механизмов их патогенеза, так и в плане поиска путей оптимизации методов лечения, определения биологических маркеров и возможных предикторов эффективности терапии. В частности, в качестве таких показателей рассматриваются различные количественные параметры электроэнцефалограммы (ЭЭГ) — исходной фоновой ЭЭГ [6, 10, 16–18], изменений ЭЭГ в ходе проводимой терапии [14, 15, 19], а также некоторые показатели иммунного статуса [8, 9, 23, 25].

Цель настоящего исследования заключалась в поиске возможных нейробиологических показателей прогноза терапевтического ответа у больных с эндогенными депрессивными расстройствами в рамках нозологически разных заболеваний. Предполагалось, что анализ комплекса нейрофизиологических и нейроиммунологи-

УДК 612.821

Маркеры структурного и функционального состояния головного мозга при становлении ремиссии у больных юношеской шизофренией

Лебедева И. С.¹, Каледа В. Г.¹, Бархатова А. Н.¹, Ахадов Т. А.², Семенова Н. А.^{3,4}¹ Научный центр психического здоровья РАМН, Москва² Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы³ Институт химической физики им. Н. Н. Семенова РАН, Москва⁴ Институт биохимической физики им. Н. М. Эмануэля, Москва

Выдвинута гипотеза о том, что одним из факторов, определяющих процесс становления ремиссии у больных юношеской шизофренией, является структурно-функциональное состояние головного мозга больного. С целью проверки данной гипотезы было проведено межгрупповое сравнение по широкому спектру нейробиологических характеристик больных юношеской шизофренией, у которых отмечалось становление ремиссии, и психически здоровых мужчин. Также были определены корреляции между выделенными таким образом показателями и выраженностью текущей психопатологической симптоматики и, наконец, были проанализированы взаимосвязи между этими показателями и уровнем психопатологических расстройств, определенном при динамическом наблюдении больных. Было показано, что снижение амплитуды N100 вызванных потенциалов (ВП) на нецелевые стимулы (парадигма *oddball*) устойчиво коррелирует с суммарной оценкой негативных расстройств по шкале PANSS. Полученные данные могут оказаться крайне перспективными для дальнейшего анализа прогностической мощности этого нейрофизиологического показателя.

Ключевые слова: N100, парадигма *oddball*, юношеская шизофрения, процессы становления ремиссии

A hypothesis has been proposed that one of the factors that determine the process of remission in the patients with juvenile schizophrenia is the structural and functional state of brain. To check the hypothesis an intergroup comparison by a wide spectrum of neurobiological characteristics has been done between the patients with juvenile schizophrenia at the stage of remission establishing and mentally healthy men. Also, the correlations between the parameters that have been discriminated in this way and the cross-sectional psychopathology were analyzed. At last, the relationships between the chosen neurobiological parameters and psychopathology assessed during the dynamic examination of patients were also evaluated. It has been shown that the decrease of N100 to non-targets in the oddball paradigm is strongly correlated with the summarized scores of PANSS negative symptoms. The findings seem promising for the further analysis of prognostic value of this neurophysiological parameter.

Keywords: N100, oddball paradigm, juvenile schizophrenia, the processes of remission establishing

Достижение ремиссий высокого качества с достаточным уровнем социальной адаптации у больных шизофренией является целью, имеющей исключительную социальную значимость, особенно если речь идет о больных юношеского возраста, когда манифестация заболевания приходится на время формирования личности, становления ценностных категорий и выбора профессии.

Процесс становления ремиссии — результат взаимодействия множества факторов и, что очевидно, определение их иерархии крайне важно для практической медицины.

В основу настоящего исследования легла гипотеза о том, что одним из таких факторов можно считать структурно-функциональное состояние головного мозга, которое опосредует фармакологические эффекты проводимой антипсихотической терапии. Возможны также и более сложные причинно-следственные связи, например известные из литературы корреляции между характеристиками различных элементов центральной нервной системы (наиболее значимыми здесь оказываются те, что ассоциируются с когнитивными функциями) и особенностями социального функционирования больного [10, 11].

Не вызывает сомнения, что наиболее объективными для оценки состояния головного мозга являются нейрофизиологические и нейровизуализационные подходы,

и в данной работе нами были использованы методы регистрации слуховых ВП в условиях избирательного внимания, а также структурная МРТ и протонная МР-спектроскопия, показавшие свою информативность во многих исследованиях в психиатрии.

Надо подчеркнуть, что в литературе уже существует определенный задел по данной теме. Так, у больных шизофренией во время ремиссии более низким амплитудам так называемой поздней когнитивной волны P300 слуховых ВП соответствовала большая выраженность резидуальной психопатологической симптоматики [12] и более низкий уровень социального функционирования [11]. У больных шизофренией, достигших ремиссии, была обнаружена большая толщина коры больших полушарий в орбитофронтальной коре, верхней височной и угловой извилинах левого полушария [3].

Следует отметить, что в последнее время зарубежные авторы чаще обращаются к более расширенному понятию исход психоза (*outcome*), соотнося именно с ним различные, в том числе биологические, особенности больного. Так, худший исход ассоциировался с меньшими объемами серого вещества в височных и затылочных областях, поясной извилине [6, 7], большей редукцией серого вещества в правой части мозжечка [5], меньшими исходными амплитудами волны P300 [8]. Хотя

УДК 616.89

Возможности дисперсионного картирования α -ритма энцефалограмм в диагностике шизофрении

Росман С.В.

ГКУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница № 1 им. М. П. Литвинова», Тверь



Исходя из разработанной новой оригинальной электроэнцефалографической методики, базирующейся на определении коэффициентов дисперсии отношения мощности модальной частоты α -ритма к суммарной его мощности ($KD\alpha_1$) и отношения мощности α -ритма в интервале «частота модальной мощности $\pm 0,5$ Гц» к суммарной мощности ($KD\alpha_2$) (патентная заявка от 15.11.2012 г., регистрационный № 012148423) и последующем построении на их основе дисперсионных карт, представляющих собой эквиповышности равных значений $KD\alpha_1$, проведено изучение больных шизофренией. Выявлены корреляционные связи между картограммами и клиническими данными, позволяющие диагностировать шизофрению, в том числе на ранних этапах заболевания.

Ключевые слова: электроэнцефалография (ЭЭГ); дисперсия α -ритма; шизофрения; новый метод диагностики

On the basis of the developed new original electroencephalographic technique, based on determination of coefficients of dispersion — the ratio of power of modal frequency of an α -rhythm to its total power ($KD\alpha_1$) and the ratio of power of an α -rhythm in an interval «the frequency of the modal power of $\pm 0,5$ Hz» to the total power ($KD\alpha_2$) (the patent demand of 15.11.2012, registration No. 012148423) and the subsequent construction on their basis of the dispersive maps representing equisurfaces of equal $KD\alpha_1$ -values, studying of patients by schizophrenia is carried out. Correlation communications between cartograms and the clinical data, allowing to diagnosing of schizophrenia, including, at early stages of a disease are revealed.

Keywords: electroencephalography; α -rhythm dispersion; schizophrenia; new method of diagnostics

ВВЕДЕНИЕ

Общим местом в функциональной диагностике психических болезней считается утверждение, что ЭЭГ, являясь неспецифическим методом исследования, не может предоставить достаточно убедительных данных для дифференциальной диагностики психических болезней [2, 7, 10, 11]. Исключение составляют лишь эпилептиформные элементы и четкие признаки фокальных изменений в головном мозге, которые до внедрения КТ- и МРТ-исследований были единственными маркерами эпилепсии и объемных церебральных процессов, определяемыми методами функциональной диагностики, в первую очередь ЭЭГ [3, 5, 7, 9].

Все прочие заболевания, от F00 до F99 по МКБ-10, не находили никаких корреляционных совпадений в паттернах ЭЭГ и клиники психических заболеваний, несмотря на множественные попытки увязать некоторые дизритмии и фазовые соотношения с отдельными нозологическими единицами [6, 7, 8, 10, 13, 15]. Также не удавалось отыскать достаточно надежных и воспроизводимых ЭЭГ-маркеров шизофрении, хотя в отдельных случаях отмечалось наличие признаков расщепления спектра мощности α -ритма [7, 8].

Основной причиной неудач оказывается невозможность найти какие-либо закономерности из-за значительной индивидуальной вариабельности паттернов ЭЭГ. Без преувеличения можно сказать, что сколько на свете людей, столько и паттернов. Поэтому основным направлением поисков корреляционных связей с патологическими изменениями должно стать нахождение

неких общих нарушений нейрофизиологических основ организации работы головного мозга, в частности возникающих при формировании α -ритма. Известно, что α -ритм — это наиболее значимая составляющая спектра ЭЭГ, поскольку функциональное ядро, организующее биоэлектрическую активность мозга в других частотных диапазонах, формируется осцилляциями, обладающими α -активностью [1, 12, 13]. При этом различные патологические воздействия могут создавать условия для расщепления амплитудного спектра α -ритма [8]. Кроме того, больные шизофренией подвергаются фармакологическому воздействию сильнодействующих психотропных средств, что может приводить к искажению паттерна ЭЭГ.

Рабочей гипотезой данного исследования стало представление о том, что колебания амплитудно-частотных характеристик α -ритма как наиболее стабильного элемента ЭЭГ могут служить маркером патологических процессов, происходящих в головном мозге при психических заболеваниях. При этом для успешной деятельности мозга необходима синхронизация работы клеток в некоем амплитудно-частотном диапазоне. Косвенным показателем степени такой синхронизации могут являться спектрально-частотные параметры α -ритма, кибернетический аналог которого — тактовая частота компьютера.

С большой степенью вероятности можно утверждать, что для нормальной мозговой деятельности необходима работа определенного количества синхронизированных для этой цели клеток.

Эта идея была проверена у 2235 пациентов с различными клиническими формами психопатологии [14].

УДК 616.89

Шизофрения и бредовые расстройства у ветеранов локальных войн

38

Резник А. М.

Государственное учреждение здравоохранения «Московская областная психиатрическая больница № 5»



Цель исследования — изучить частоту и характер шизофрении и других психотических расстройств у ветеранов локальных войн. Обследовано 264 ветерана локальных войн, прошедших лечение в психиатрических отделениях военного госпиталя. В группы сравнения были включены кадровые военнослужащие и офицеры запаса, не принимавшие участия в боевых действиях. Первую группу сравнения составили 296 пациентов, проходивших лечение в психиатрических отделениях госпиталя в 1999 г. Вторая группа сравнения (125 человек) из числа пациентов психиатрических отделений соответствовала не только среднему возрасту, но и кривой распределения возраста основной группы. У ветеранов частота психозов оказалась несколько меньше (5,7%), чем у пациентов групп сравнения (10,8 и 8,8% соответственно). В основной группе среди психозов чаще всего диагностировалась шизофрения (66,7%). В группах сравнения процент диагностики шизофрении оказался ниже (40,6 и 45,5% соответственно). Коморбидность симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и психоза составляла всего 1% от всех обследованных ветеранов и оказалась меньше, чем у ветеранов, имевших признаки ПТСР (5%). Все случаи развития психоза у ветеранов войн не имели связи ни с воздействием боевых стресс-факторов, ни с наличием стрессовых расстройств. В абсолютном большинстве случаев психотическая симптоматика у ветеранов со временем претерпевала динамику, соответствующую закономерностям развития эндогенного процесса. Психозы чаще всех других психических расстройств становились причиной повторного поступления на стационарное лечение. Ветераны, страдавшие психотическими расстройствами, чаще других не работали после увольнения из вооруженных сил. Вместе с тем показатели военно-профессиональной и социальной адаптации при психотических расстройствах не отличались у ветеранов и пациентов из группы сравнения того же возраста.

Ключевые слова: ветераны войн; госпитализированные больные; шизофрения; бредовое расстройство; посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР); боевой стресс

264 veterans of the local wars who received treatment in psychiatric unit of military hospital were surveyed. Groups of comparison included the career military servicemen and retirees, who were not taking part in combat actions. The first compared group (296 people) included all patients who were admitted to psychiatric unit of hospital in 1999. Second comparison group (125 people) was completed from patients of psychiatric hospital department in such manner as to correspond not only to the middle age, but also to the age distribution curve of the main group.

The frequency of psychoses appeared slightly less among war veterans (5,7%), than among the patients who were not taking part in the actions (10,8 and 8,8% resp.). In the main group schizophrenia was diagnosed more often among all psychotic disorders (66,7%). In the groups of comparison the percent of diagnostics of schizophrenia among psychosis appeared to be lower (40,6 and 45,5% resp.). The symptoms comorbidity of posttraumatic stress disorder (PTSD) and psychosis hardly exceeded 1% of all surveyed veterans and it appeared to be less than 5% of the veterans which have signs of PTSD.

All cases of veterans' psychosis progression had no relation neither to influence of battlefield stressors, nor to the fact of existence of stressful dissociations. In absolute majority of cases the psychotic symptoms amongst veterans in course of time underwent dynamics corresponding to regularities of endogene psychosis. Psychoses became the reason of repeated hospital treatment more often than other mental disorders. The veterans suffering psychotic disorders more often had no work after retirement. At the same time indicators of professional military and social adaptation at psychotic disorders were the same for the veterans and the patients from the comparison group of the same age.

Keywords: veterans of war; in-patients; schizophrenia; delusional disorder; posttraumatic stress disorder (PTSD); combat stress

В течение последних 10–12 лет в американских и некоторых европейских научных публикациях отмечается, что клинические проявления ПТСР у ветеранов войн включают тяжелые, в том числе психотические, симптомы. В частности, приводятся данные, что от 17 до 40% ветеранов локальных войн и вооруженных конфликтов, страдающих ПТСР, имеют психотические симптомы [4, 13, 16, 17]. Подобные случаи описывают согласно с феноменологией, изложенной в официальных классификациях, а их клинический полиморфизм анализируется преимущественно в рамках концепции коморбидности. Вместе с тем отмечается, что боевое

ПТСР с психотическими симптомами отличается значительной тяжестью [13, 15]. У 2/3 таких больных можно выявить сочетание слуховых и зрительных галлюцинаций с бредовыми идеями, а в 32% случаев — только бредовые идеи преследования [17]. По мнению некоторых авторов, несмотря на сходство боевого ПТСР, осложненного психозом, и шизофрении [14, 17], в первом случае у пациентов не наблюдают грубых эмоциональных нарушений, структурных расстройств мышления, сохранена связь переживаний с реальностью и перенесенной травмой [9, 10, 15, 17]. Отмечается, что симптомы психоза у ветеранов имеют положительную

УДК 159.9; 616.89

Психология и психопатология ностальгии у эмигрантов

44

Недува А. А.



Настоящее уныло;
 Все мгновенно, все пройдет;
 Что пройдет, то будет мило...
 А. С. Пушкин

Ностальгия (от греч. *ностос* — возвращение домой и *алгес* — боль; тоска по Родине) — одно из самых глубоких и весьма распространенных в наше время переживаний. Почти все современные словари фиксируют также другое значение слова — тоска по прошлому. Ностальгия охватывает большой процент населения, чему способствуют грандиозные перемены, изломы, стремительные изменения жизни, обусловленные, с одной стороны, массовой миграцией, а с другой — распадом и резким изменением уклада жизни в одной из супердержав мира — бывшем Советском Союзе.

Первая из этих причин широкого распространения ностальгии — массовая миграция населения: только в 2005 г. от 185 до 192 млн человек, т.е. около 3% населения мира, сменили страну своего проживания. Ныне мигранты составляют 7,7% (56,8 млн человек) населения Европы, 12,9% (40,8 млн человек) населения Северной Америки и т.д. Значительное количество эмигрантов из стран бывшего Советского Союза (1,2–1,3 млн человек) проживают в Израиле, где они рассматриваются как репатрианты.

Еще один контингент, испытывающий ностальгию, — это проживающие в России лица преимущественно пожилого возраста, пережившие крушение Советского Союза, утратившие былое ощущение стабильности и защищенности. В проведенном в Калифорнийском университете исследовании показано, что иммигранты, переехавшие в США, намного более подвержены депрессии, чем их земляки, оставшиеся на родине. «Иммиграция наносит серьезный удар психологическому здоровью людей, — указывает профессор Джошуа Бреслау (Joshua Breslau), один из руководителей указанно-го исследования, — оказавшись в Америке, иностранцы постоянно испытывают чувство беспокойства» [1].

Наиболее подверженной риску группой иммигрантов в Америке сотрудники Калифорнийского университета называют молодых людей в возрасте от 18 до 25 лет. Молодые люди из этой группы довольно часто предпринимают попытки самоубийства. Им свойственны нервные срывы и систематические припадки гнева.

В результате проведенного американскими учеными опроса 83% эмигрантов, проживающих в Соединенных Штатах, признались, что скучают по Родине и хотели бы туда вернуться, хотя бы на время.

Приведенные данные исследования D. Breslau и его сотрудников показывают, сколь актуальна для проживающих в Америке эмигрантов проблема ностальгии, т.е. психологической реакции на расставание с Родиной, со своим прошлым и т.д.

Эта проблема не менее актуальна и в некоторых других странах в связи с характерной для последних десятилетий массовой миграцией населения, в частности для Израиля, где нами [2] была опубликована монография по материалам специального исследования проблемы ностальгии у русскоязычных репатриантов. По специально составленной карте был проведен опрос 1000 человек в возрасте от 14 до 86 лет, приехавших на постоянное место жительства в Израиль.

Явление ностальгии известно с давних времен. Еще Гомер описывал скитания Одиссея в поисках своей родины — Итаки. В Древней Греции, особенно в Афинах, ссылка считалась самым суровым наказанием. Римский поэт Овидий писал «Скорбные элегии», тоскуя по утраченному Риму. А изгнанные древние иудеи плакали у вод вавилонских, вспоминая Сион.

Начало изучению феномена ностальгии положил в XVII в. швейцарский психиатр Иоганн Хофер (он, собственно, и предложил сам термин). Его исследования были продолжены в XVII–XIX вв. многими авторами, чьи результаты в своем фундаментальном труде «Ностальгия и преступления» обобщил известный философ, психолог и психиатр Карл Ясперс [3].

В XX — начале XXI в. понятие ностальгии стало чрезвычайно актуальным и распространенным в связи с массовой миграцией населения разных стран. В настоящее время ностальгия довольно детально и красочно описывается в художественной литературе, изображается в кинофильмах, музыкальных произведениях и т.д. Здесь можно вспомнить прекрасные и образные описания ностальгии И. Северяниным, А. Н. Толстым, И. Буниным, Тэффи, Э. М. Ремарком, А. Галичем, И. Бродским и многими другими.

Что же касается научных исследований этого феномена, то их явно недостаточно, они фрагментарны, что

УДК 616.89

Учение о психопатиях и конституциональном предрасположении к психическим расстройствам в концепции Е. Краепелин (состояние в 8-м издании учебника)

48

Пятницкий Н. Ю.
Научный центр психического здоровья РАМН, Москва



Психиатрические убеждения Эмиля Крепелина посредством его учебника распространились во всем мире.

W. Janzarik

Норма — это абстракция.

А. Зиновьев

Анализируется разработанная Е. Краепелин в 8-м издании учебника (1913–1915) концепция предрасположенности к различным психическим расстройствам на основе выделения разных типов психопатической конституции. Используемый Е. Краепелин критерий образования группы психопатии по одной выделяющейся черте сочетался с установлением набора психических признаков, при некоторых формах психопатических конституций выделение одной главной черты не проводилось. Механизм формирования психопатических личностей объясняется частичным инфантилизмом или легкой степенью болезни, ступенью к болезни.

Ключевые слова: Э. Крепелин; психопатические личности; расстройства личности; психопатическая конституция; признаки предрасположенности к психическим расстройствам

The Kraepelinean concept of vulnerability to different psychiatric disorders with delineation of different types of psychopathic constitutions considered in the 8th edition of his textbook (1913–1915) is analysed. E. Kraepelin tried to create each group of psychopathic personality according to the one most prominent feature, but at the same time described a cluster of traits; in some forms of psychopathic constitutions the one main sign was not delineated. The origins of formation of psychopathic personalities were explained by partial infantilism or light degree of illness.

Keywords: E. Kraepelin; psychopathic personality; personality disorders; psychopathic constitution; signs of vulnerability to mental illness

Уже в 1-м издании учебника Эмиля Крепелина в 1883 г. [13] намечается концепция о патологических конституциях (переходной области между нормальным и патологическим), существующих без связи с какой-либо другой психической патологией. Особенно отчетливо эта концепция формулируется в 7-м издании учебника [15] с введением новой рубрики — «Психопатические личности», которая включает еще только четыре типа. Е. Краепелин (1883) [13] также предполагает различную степень выраженности психопатических личностных черт, «намекающих на психические расстройства» и в здоровом психическом состоянии (по сути, подход «от болезни к здоровью»), и говорит об их наличии в изолированном виде или смешанном сочетании (закладывая тем самым основы учения о «мозаичных» психопатиях). Однако только в 7-м издании (1904) Е. Краепелин [15] признает существование *разных* психопатических predispositions, являющихся *ступенями* к формированию соответствующих *различных* манифестных психических расстройств. Он указывает, например, на конституционально подавленных или возбужденных при маниакально-депрессивном помешательстве, на

истерическую конституцию при «истерическом помешательстве». Обрисовывая, таким образом, идейный базис и перспективы увеличения числа психопатических личностей, Е. Краепелин в своем последнем прижизненно изданном учебнике (8-е издание; 1913–1915), разросшемся до четырех томов [16, 17], в отдельной рубрике выделяет уже семь различных форм психопатических личностей. Такой подсчет описанных Е. Краепелин форм психопатий оказывается верен лишь формально (как, например, в отечественной монографии Г. К. Ушакова [4]). Дело в том, что еще добрая половина видов психопатических личностей описана Е. Краепелин в других рубриках, недаром психиатры-соотечественники [10] упрекали его в слишком свободном обращении с рубриками.

Если учение о психопатиях в 8-м издании является последовательным развитием идей, обозначенных Е. Краепелин в предшествующем 7-м издании, и в нем впервые описываются личностные особенности, которыми отличаются заболевшие *dementia praecox* (создается крепелиновская концепция о признаках психической predispositions к *dementia praecox*), то классификация

Кнут Гамсун (1859–1952)

60

Тиганов А. С.



В прошлом году исполнилось 60 лет со смерти Кнута Гамсуна — великого норвежского писателя, личности крайне противоречивой и неоднозначной. К. Гамсуну посвящено несметное количество критических статей, по его произведениям создано большое число художественных фильмов, книги его издавались и издаются миллионными тиражами.

О Кнute Гамсуне писать очень сложно, поскольку биографы писателя по-разному понимают и трактуют отдельные периоды его жизни.

Сам же К. Гамсун писал: «Я никогда не анализировал себя, свою душу, зато в книгах создал несколько сотен разнообразных типов характеров и каждый был мною выращен из моей души со всеми достоинствами и недостатками. Не думаю, что в моих произведениях есть хоть один персонаж, которого не раздрают противоречия, их мучают сомнения, они не плохие, не хорошие, они такие, какие есть со всеми своими нюансами, своим меняющимся сознанием и часто непредсказуемыми поступками. Вне всякого сомнения и я таков».

Эта оценка своих героев, сопоставление их внутреннего мира с личностью писателя — путь к пониманию некоторых черт характера Гамсуна.

К. Гамсун родился в бедной крестьянской семье, нужда заставила его жить у своего дяди — крайне сумасбродного и скупого человека. Мать, очень любившая своего сына, страдала периодически возникающими состояниями, во время которых она бродила по лесу, завывала, нечленораздельно что-то бормотала; такие эпизоды внезапно возникали и столь же внезапно прекращались.

В раннем детском возрасте Гамсун не избежал периода детских страхов, ему казалось, что каждую ночь в дом приходил покойник, зуб которого он нашел на кладбище, и это продолжалось несколько месяцев.

С детства Гамсун вел жизнь, полную приключений и невзгод: был подмастерьем, юнгой на корабле, корабельником, помощником полицейского.

В многочисленных повестях и романах К. Гамсуна часто встречаются бедняки с «охотой к перемене мест», о них всегда Гамсун пишет с теплотой и пониманием, что наводит на мысль, не было ли и у автора этих произведений непреодолимого стремления к странствиям.

Склонность к сочинительству у него появилась рано. В 18-летнем возрасте он публикует первые сентиментально-романтические произведения — повести «Загадочный: любовная история из Нурланна» и «Бьергер». В последующие годы Гамсун безуспешно пытается утвердить себя в журналистике и при этом влачит голодное существование.

Гамсун предпринимает попытки чтения публичных лекций о скандинавской литературе, в частности об Августе Стринберге. Однако эти лекции собирают немногочисленную аудиторию и не пользуются успехом.

В 20-летнем возрасте Гамсун уезжает в Америку: это были годы странствий и тяжелого труда. В Америке он также пытается читать лекции о скандинавской литературе.

После возвращения на родину состояние здоровья Гамсуна ухудшается, ему ставят диагноз чахотки и у него возникает затяжное депрессивное состояние с упорными суицидальными мыслями; во чтобы то ни стало он хочет умереть «во грехе», для чего решает посетить публичный дом. Посещение этого заведения, по мнению больного, является величайшим грехом, а далее, по словам Гамсуна, «мне было все равно, что ожидает меня у этой роковой черты».

Внезапно его состояние меняется и сопровождается труднообъяснимой любовью к свету, яркому освеще-

Памяти Э. Я. Штернберга (к 110-летию со дня рождения)



Эрих Яковлевич Штернберг родился 4 июля 1903 г. в Познани (Польша). Свое образование он получил в Берлине. Окончив гимназию в 1921 г., в том же году поступил на медицинский факультет Университета им. Гумбольдта в Берлине. В 1928 г. он получил диплом врача, а 3 декабря 1929 г. защитил диссертацию на тему «Исследование ликвора при рассеянном склерозе» и получил звание доктора медицины. С 1928 по 1933 г. он работал в клиниках для нервных и психических больных в Берлине (под руководством проф. К. Бонгёффера) и Дрездене (под руководством проф. Е. Рейса). В этот период выполнил исследования, посвященные проблеме афазии, результаты которых были опубликованы в журнале «Медицинская психология». В этом же журнале была напечатана статья «К вопросу о клиническом и функциональном значении двигательных нарушений у душевнобольных», а в журнале «Nervenarzt» вышла работа «О симптоматических психозах, возникающих при лечении ожирения тиреоиди-

ном». В 1933 г. в связи с приходом в Германии к власти нацистов Э. Я. Штернберг был вынужден эмигрировать. Он переехал в Москву и с 1933 по 1938 г. работал в качестве научного сотрудника в Научно-исследовательском институте им. Ганнушкина (ныне НИИ психиатрии МЗ РФ). В этот период вышло в свет пять научных публикаций, наиболее важная из которых была посвящена проблеме лечения шизофрении инсулиновыми шоками. Эта работа была выполнена совместно с известным немецким психиатром А. Кронфельдом.

В марте 1938 г. Э. Я. Штернберг был репрессирован. В годы ссылки он работал врачом в разных регионах страны: в Воркуте, Ульяновске, а последние пять лет — в Туре Красноярского края. Спустя 16 лет (18 августа 1954 г.) был полностью реабилитирован решением Верховного суда.

В 1954 г. после реабилитации Э. Я. Штернберг был направлен в г. Калязин, где работал в должности заместителя главного врача районной психиатрической больницы. После 16 лет пребывания в лагерях он возобновил научные исследования. Здесь, в районной больнице, он начал собирать материалы для кандидатской диссертации. В дальнейшем Э. Я. Штернберг переезжает в Москву, работает в Институте психиатрии в должности старшего научного сотрудника, защищает кандидатскую, а вскоре и докторскую диссертацию. С 1962 г., после того как Институт психиатрии АМН возглавил А. В. Снежневский, Э. Я. Штернберг становится руководителем клиники психозов позднего возраста.

С этого времени начинается период активной научной деятельности. Научная творческая работа Э. Я. Штернберга была высокопродуктивной. За годы работы им было опубликовано более 190 фундаментальных научных трудов, включая четыре монографии, несколько крупных разделов «Руководства по психиатрии», изданного под редакцией А. В. Снежневского, разделы Справочника по психиатрии, множество статей в БМЭ, а также научные статьи и обзоры в отечественных и зарубежных журналах.

Среди фундаментальных научных работ, выполненных Э. Я. Штернбергом, в первую очередь следует отметить исследование, посвященное проблеме атрофических заболеваний, — «Клиника деменций пресенильного возраста», ставшее классическим трудом, завершившим этап клинико-описательных исследова-

Бухановский Александр Олимпиевич (1944–2013)

17 апреля скоропостижно скончался Александр Олимпиевич Бухановский — доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии ФПК и ППС РостГМУ, президент лечебно-реабилитационного научного центра «Феникс», заслуженный врач РФ, член президиума правления Российского общества психиатров, член секции психиатрии Ученого совета Минздрава РФ, член Независимой психиатрической ассоциации России, член Всемирной ассоциации психиатров, почетный член Ассоциации европейских психиатров. Он участвовал в Рабочей группе по реформированию МКБ и разработке МКБ-11 при ВОЗ, был членом редакционных коллегий научных психиатрических журналов (в том числе и журнала «Психиатрия»), издавал федеральную профессиональную газету «Новая психиатрия».

Александр Олимпиевич родился 22 февраля 1944 года в Грозном. Окончил Чечено-Ингушское республиканское медицинское училище, в 1968 году лечебно-профилактический факультет Ростовского государственного медицинского института. Его профессиональная деятельность была связана с кафедрой психиатрии Ростовского государственного медицинского института (Ростовский государственный медицинский университет): вначале он обучался в клинической ординатуре, затем в очной аспирантуре; с 1975 года работал ассис-

тентом, с 1994 года профессором кафедры. В 1978 году им защищена кандидатская, а в 1994 году — докторская диссертации.

С 1996 года заведовал кафедрой психиатрии, с 2003 по 2012 год — кафедрой психиатрии и наркологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Ростовского государственного медицинского университета, которая стала главным учреждением последиplomного образования в области психиатрии (в Южном Федеральном округе) и где в педагогическую деятельность Александром Олимпиевичем были внедрены новые инновационные циклы и курсы.

Заслуги А. О. Бухановского перед отечественной психиатрией несомненны как в научном, так и практическом направлении. Научные интересы А. О. Бухановского были обширны: это генетика психических заболеваний, половые нарушения, патология влечений и проблема зависимых состояний, принципы лечения шизофрении, суицидология, судебная и криминальная психиатрия, социальные и правовые аспекты психиатрии, защита прав психически больных людей. А. О. Бухановский создал новое научное направление в отечественной психиатрии — «Криминальная психиатрия». В практическом сообществе им профессионально подготовлены врачи-психиатры и наркологи, среди них заведующие отделениями, главные врачи, их заместители. Его публикации включают статьи, монографии, учебные пособия (в том числе «Общую психопатологию»), патенты на изобретения. А. О. Бухановский — соавтор двухтомного международного руководства для врачей «International Handbook on Psychopathic Disorders and the Law». Он щедро делился своими знаниями. Под его руководством защищены докторские и кандидатские диссертации. Заслуги А. О. Бухановского неоднократно и высоко оценивались правительственными наградами.

Александр Олимпиевич Бухановский отличался трудолюбием, широким кругом интересов, активной жизненной позицией, развитым чувством юмора, жизнелюбием и общительностью. Память о А. О. Бухановском будет жить не только среди родных, но и среди его учеников и пациентов.

Редколлегия журнала «Психиатрия» выражает соболезнование семье профессора-психиатра А. О. Бухановского.

Семке Валентин Яковлевич (1936–2013)



15 марта 2013 года на 77-м году жизни скоропостижно скончался Валентин Яковлевич Семке — директор ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, академик РАМН, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор.

Свое место в профессиональной жизни В. Я. Семке выбрал в 1954 году, когда поступил на лечебный факультет Алтайского государственного медицинского института (АГМИ) и окончил его с отличием в 1960 году. С 1960 по 1962 год — он клинический ординатор АГМИ, а затем с 1962 по 1965 год — аспирант кафедры психиатрии Второго Московского ордена В.И. Ленина медицинского института. В 1965 году он успешно защищает кандидатскую диссертацию на тему «Клиническая динамика психопатий в позднем возрасте» (руководитель — академик АМН СССР, профессор О. В. Кербиков). В 1981 году состоялась защита его докторской диссертации на тему «Клинический и нейрофизиологический аспекты изучения истерии».

Трудовая деятельность В. Я. Семке началась после защиты кандидатской диссертации в 1965 году в должности ассистента, доцента, затем заведующего кафедрой психиатрии АГМИ. С 1982 года — он заместитель директора по научной работе СФ ВНЦ ПЗ АМН СССР, а с 1986 года — директор НИИ психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАМН, научный руководитель отделения пограничных состояний.

Валентин Яковлевич, будучи в течение 26 лет директором института, возглавлял работу по следующим научным направлениям:

- фундаментальные и прикладные аспекты эндогенных, психогенных, аффективных и аддиктивных состояний; изучение их патогенетических механизмов;
- рассмотрение региональных, экологических и этнокультуральных проблем психического здоровья;
- клиническая и эволютивная динамика пограничных состояний;
- пограничная геронтопсихиатрия и кризисология;
- теоретико-методологические проблемы валеопсихологии и превенции психической патологии;
- клинические аспекты персонологии;
- разработка научно-организационных основ медико-психологического, психиатрического и наркологического сервиса;
- создание новых риадаптационных, превентивных форм и программ оказания специализированной помощи населению.

Теоретико-методологические основы этих исследований получили признание не только в нашей стране, но и за рубежом и были изложены в более чем 1300 научных работах, 50 монографиях, среди которых «Атлас основных психических заболеваний в Сибири и на Дальнем Востоке» (1988), «Психическое здоровье населения Томской области» (1999), «Психогении современного общества» (2003), «Клиническая психонейроиммунология» (2003), «Качество жизни и психическое здоровье» (2004), «Душевные кризисы и их преодоление» (2005), «Пограничная геронтопсихиатрия» и др.

В. Я. Семке щедро делился своими знаниями, за 50 лет своей деятельности он создал научную школу, под его руководством подготовлено 43 доктора и 80 кандидатов медицинских наук.

Многогранной была и общественная деятельность В. Я. Семке: член Всемирной ассоциации социальной психиатрии; Всемирной федерации психического здоровья; Интернационального колледжа по психосоматической медицине; русской секции Немецкого общества невропатологов и психиатров; президент Международной ассоциации этнопсихологов и этнопсихотерапевтов; входил в состав редакционных коллегий и редакционных советов многих российских и зарубежных журналов. По его инициативе с 1996 года издается

Старые и новые проблемы истерии в творческом наследии академика РАМН В. Я. Семке

Бохан Н. А., Перчаткина О. Э.
ФГБУ НИИПЗ СО РАМН, Томск



69

В заголовке этой статьи вынесено название актовой речи В. Я. Семке, посвященной 90-летию со дня рождения академика О. В. Кербилова [9]. Несмотря на то что научные интересы Валентина Яковлевича Семке были очень обширны, красной нитью во всех периодах его творческой жизни прослеживается изучение истерии, этому были посвящены его кандидатская и докторская диссертации [1, 2], а также несколько монографий и патентов, затрагивающих в той или иной степени данную проблему в контексте динамики пограничных состояний [4–8]. Известность В. Я. Семке принесли работы по изучению и превенции истерических расстройств, что выдвинуло его в первые ряды специалистов в этой области. Истерия представляет собой сложную и разноликую форму соматопсихической патологии, через призму которой преломляются многие теоретические и практические проблемы современной медицины, психологии, социологии и других смежных наук. В известной мере ее можно считать продуктом и барометром социальной эпохи, вектором развития многих естественно-научных дисциплин.

Изучение истерии начато В. Я. Семке около пятидесяти лет тому назад по инициативе и под руководством Олега Васильевича Кербилова. Развивая идеи и направления своего наставника, обобщивший в актовой речи наиболее актуальные вопросы клинической динамики психопатий и неврозов (Кербилов О.В., 1962) Валентин Яковлевич в своей актовой речи (1997) представил результаты собственных изысканий и работ своих учеников, на протяжении многих лет занимавшихся многосторонним исследованием узловых проблем крайне противоречивой и труднодостижимой формы пограничной патологии: они осуществлены во 2-м МОЛМИ, Алтайском мединституте и в НИИ психического здоровья, который он возглавлял на протяжении более чем четверти века. В 1965 году, когда О. В. Кербилов предложил Валентину Яковлевичу приступить к данной теме, он искренне предупредил своего ученика о сложностях и «подводных рифах», которые ожидают любого исследователя на пути углубленного рассмотрения истерии, давно снискавшей себе славу «хамелеона», «протейя, постоянно меняющего свои цвета», «великой притворщицы» (Шарко, 1872), «обезьяны всех болезней».

Первые научные работы показали, что истерические компоненты личности оказывают наибольшую стойкость

по отношению к действию органического процесса (Семке В.Я., 1964–1967), истерический способ реагирования остается самым долговечным во всей «жизненной кривой» стареющих психопатов и проявляется даже в случаях с выраженными интеллектуально-мнестическими расстройствами. Из множества проблем клинической динамики истерии для дальнейшего изучения была выбрана одна — возрастная, эволютивная, поскольку она ближе всех других подводит к пониманию онтогенетической трактовки данной патологии. Сведения об эволютивной динамике истерических проявлений содержатся в целом ряде работ (Семке В. Я., 1965–1988) и касаются особенностей истерии на разных возрастных ступенях — в детском, зрелом и позднем периодах [13–15]. В 1979 году был осуществлен историко-социологический анализ данной нозологической единицы. Позднее (1981–1988) проведены исследования интранозоморфоза истерии (с установлением общих закономерностей ее эволюции) и интрасиндромального патоморфоза (в отдельных клинических подгруппах заболевания). Сопоставление клиники истерии по двум периодам, отстоящим друг от друга на протяжении 20 лет, позволило установить: уменьшение в последние годы внешних, выразительных форм и возрастание интимных; появление более сложных личностных переработок; преобладание смешанных мозаичных псевдосоматических расстройств с тенденцией к подострой и затяжной динамике [8].

В современных классификациях МКБ-10 и DSM-IV стремление следовать синдромальному принципу привело к изменению традиционного понимания истерии как расстройства, характеризующегося патогенетическим единством сенсорных, моторных (конверсионных), а также ментальных (диссоциативных) нарушений. Включение сенсорных расстройств в рубрику «Соматоформные расстройства», а моторных и ментальных — в «Диссоциативные» привело к расщеплению понимания сущности истерии, сужению границ и утрате статуса самостоятельной клинической единицы. Между тем распространенность диссоциативно-конверсионных расстройств в популяции значительна. Преодоление кризиса в учении об истерии стало возможным на путях ее клинико-динамического изучения. Существенный вклад в область новых знаний стал возможен также за счет обогащения результатами многосторонних мето-

О Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю. Ф. Полякова)»

72

И. Ф. Рощина, Н. В. Зверева
ФГБУ Научный центр психического здоровья РАМН, ГБОУ ВПО МГППУ, Москва



14 февраля на базе ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН и 15 февраля 2013 г. в ГБОУ ВПО Московского городского психолого-педагогического университета (МГППУ) прошла Всероссийская юбилейная научно-практическая конференция «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю. Ф. Полякова)».

Конференция была организована ГБОУ ВПО МГППУ (факультет клинической и специальной психологии) и ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН.

Открыли конференцию воспоминания о профессоре Ю. Ф. Полякове, выдающемся отечественном медицинском психологе, который более 25 лет (с 1962 по 1990 г.) возглавлял лабораторию патопсихологии Института психиатрии АМН СССР (ныне Научный центр психического здоровья РАМН) и 20 лет руководил кафедрой нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М. В. Ломоносова. В другие задачи конференции входило обсуждение современного состояния научных исследований и практической деятельности в медицинской (клинической) психологии. По результатам конференции изданы сборник материалов и коллективная монография «Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы».

Конференция привлекла большое количество заинтересованных специалистов: психологов, педагогов, врачей. Общее число очных и заочных участников и слушателей конференции превысило 250 человек. Среди них оказались представители 16 городов России (Барнаул, Волгоград, Казань, Красноярск, Курск, Магадан, Москва, Нижний Новгород, Новосибирск, Пермь, Самара, Санкт-Петербург, Смоленск, Тверь, Томск, Ярославль) и других стран (Азербайджан, Беларусь, Мексика, Молдова, Узбекистан, Украина). Непосредственно в заседаниях участвовало свыше 150 человек. Значительную часть участников представляли москвичи — сотрудники медицинских учреждений (психиатрических клиник), научно-исследовательских институтов и центров, преподаватели вузов, средних специальных образовательных учреждений, психологи, работающие в школах и психологических реабилитационных центрах, студенты, магистранты и аспиранты.

В первый день работы конференции прошло пленарное заседание, посвященное памяти Юрия Федоровича Полякова (1927–2002), выдающегося отечественного

психолога и организатора науки, ученика Б. В. Зейгарник. Пленарный доклад канд. психол. наук Т. К. Мелешко и канд. психол. наук В. П. Критской, многолетних коллег Ю. Ф. Полякова по работе в лаборатории патопсихологии НЦПЗ РАМН, был посвящен оценке достижений и современного развития научной школы Ю. Ф. Полякова, его вкладу в организацию психологической науки и образования. Докладчики подчеркивали, что Ю. Ф. Поляков способствовал формированию нового клиничко-психологического экспериментального подхода в медицинской психологии, который был реализован при исследовании познавательной деятельности больных шизофренией. Основная гипотеза о нарушении познавательной деятельности при шизофрении до сих пор остается актуальной и является значительным достижением отечественной клинической психологии. Профессор Ю. Ф. Поляков был одним из зачинателей мультидисциплинарных исследований в психиатрической клинике, которые, в частности, реализовались в изучении нарушения не только познавательной деятельности, но и социальной направленности и дезадаптации психически больных. Профессор В. В. Николаева сообщила о значении работы Ю. Ф. Полякова в качестве заведующего кафедрой нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М. В. Ломоносова для отечественной клинической психологии, о его роли в создании образовательной специальности «клиническая психология» и расширении поля практической деятельности медицинских психологов.

Своими воспоминаниями, оценкой вклада Ю. Ф. Полякова в развитие отечественной медицинской психологии, науки, практики и образования поделились: доктор психол. наук В. В. Гульдман, Н. Г. Гаранян, М. В. Алфимова, А. Б. Холмогорова, профессор С. И. Гаврилова, доктор мед. наук Л. И. Абрамова, кандидаты психол. наук Т. Д. Савина, Э. С. Мандрусова, Д. Н. Хломов, Н. Д. Семенова. Все они отмечали не только научные достижения лаборатории Ю. Ф. Полякова, но и его замечательные личные качества, такие, как интеллигентность, увлеченность работой, доброе и заботливое отношение к сотрудникам.

На секции «Научные и прикладные исследования в клинической психологии» обсуждались различные аспекты исследования шизофрении. Важно подчеркнуть, что именно подобная тематика была в фокусе научного внимания Юрия Федоровича Полякова и его сотрудни-

По страницам зарубежных журналов

Положение психотических расстройств в МКБ-11. Gaebel W. Status of Psychotic Disorders in ICD-11 // Schizophr. Bull. — 2012. — Vol. 38. — № 5. — P. 895–898.

Статья содержит мнение членов рабочей группы ВОЗ по классификации психотических расстройств, в которую входят Jonathan Burns (ЮАР), Peter Falkai (Германия), Saeed Farooq (Пакистан), Wolfgang Gaebel, председатель (Германия), Silvana Galderisi (Италия), Philippa Garety (Великобритания), Michael Green (США), Assen Jablensky (Австралия), Veronica Larach Walters (Чили), Toshimasa Maruta (Япония) и Pichet Udomratn (Тайланд), полученное с участием членов секретариата ВОЗ Geoffrey Reed и Shekhar Saxena и консультантов Michael B. First, Jürgen Zielasek (Германия), являющихся в рабочей группе докладчиками. Взгляды авторов настоящего сообщения не всегда отражают официальную позицию рабочей и консультативной групп по пересмотру раздела психических и поведенческих расстройств в МКБ-10 или ВОЗ.

ВОЗ в настоящее время пересматривает Международную классификацию болезней (ICD-10), которая была принята в 1990 году. Прошедший период оказался наиболее длительным в истории МКБ без ее значительного пересмотра. ВОЗ — глобальное общественное агентство в области здравоохранения в ООН, чья конституциональная ответственность включает развитие и поддержку международных классификационных систем в здравоохранении. Члены ВОЗ достигают соглашения о международном использовании МКБ как основы для отчетности в здравоохранении. В контексте процесса общего пересмотра МКБ на отделении психического здоровья и злоупотребления веществами ВОЗ лежит ответственность за главу о психических и поведенческих расстройствах. При разработке классификации психических и поведенческих расстройств в МКБ-11 отделение ВОЗ полагает, что значительные изменения существующих категорий и определений психических расстройств должны быть сделаны в процессе открытого, международного, мультидисциплинарного и многоязычного процесса, который включает прямое участие широкого круга заинтересованных сторон и, насколько возможно, является свободным от конфликтов интересов. Для содействия работе отделения на всех стадиях процесса пересмотра психических и поведенческих

расстройств ВОЗ создал международную консультативную группу, которую возглавляет Steven E. Hyman. В свою очередь, она организовала несколько рабочих групп различной специализации. Рабочей группе по классификации психотических расстройств (WGPD), в которой автор статьи является председателем, был поручен критический анализ доказательств и развитие предложений для спектра шизофрении и других первичных психотических расстройств. Редакционная статья ставит целью представить в общих чертах деятельность рабочей группы вслед за аналогичной статьей по классификации психотических расстройств в DSM-V.

На данный момент презентация МКБ-11 Всемирной ассамблее здравоохранения, управляющему органу ВОЗ, запланирована на 2015 год. Первоначальные предложения для категорий, структуры, дефиниций и диагностических рекомендаций по психическим и поведенческим расстройствам будут опубликованы в Интернете для общественного рассмотрения и обсуждения до сентября 2012 года одновременно с предложениями по пересмотру в рамках всех других глав МКБ-11. Данные предложения будут проработаны с учетом комментариев общественности и рецензий экспертов под руководством консультативной группы ВОЗ, определяющей направление исследований, после чего наступит период апробации.

В соответствии с данным планом рабочая группа еще находится в процессе доработки своих предложений, которые были утверждены консультативной группой. Несмотря на это, можно предвидеть более или менее фундаментальные отличия в данной классификации психотических расстройств от МКБ-10. Наиболее значимые рекомендации, которые были сделаны рабочей группой на основе рассмотрения доказательств и консенсуса, включают следующее.

- Раздел МКБ-10 «F2 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» будет переименован в «Шизофренический спектр и другие первичные психотические расстройства». Использование в данном случае термина «первичные» может обсуждаться, но он используется для того, чтобы различить