УЧРЕДИТЕЛИ (СОУЧРЕДИТЕЛИ):
ООО «ЭКО-ВЕКТОР»
ФГБОУ ВО «КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК

ЖУРНАЛ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА

Основан в 1893 г. профессором В.М. Бехтеревым.
Возглавлялся соредакторами: проф. И.М. Поповым (1894–1903),
проф. Н.А. Миславским (1903–1905), проф. В.П. Осиповым (1906–1918).
В 1993 г. журнал возрождён проф. М.Ф. Исмагиловым (1936–2020)

Том LIII, выпуск 1

Казань, «Медицина», 2021

Медицинский рецензируемый научный журнал по неврологии, психиатрии и нейронаукам

Ежеквартальное издание

Рекомендован ВАК

Индексация:
Google Scholar
Ulrich's Periodicals directory
РИНЦ

Главный редактор

В.Д. МЕНДЕЛЕВИЧ — докт. мед. наук, профессор

Заместители главного редактора:

Э.И. БОГДАНОВ — докт. мед. наук, профессор
Э.З. ЯКУПОВ — докт. мед. наук, профессор
К.К. ЯХИН — докт. мед. наук, профессор

Редакционная коллегия:

Н.Х. АМИРОВ — докт. мед. наук, академик РАН, профессор
А.Ю. ВАФИН — канд. мед. наук, доцент
В.И. ДАНИЛОВ — докт. мед. наук, профессор
Ф.И. ДЕВЛИКАМОВА — докт. мед. наук, профессор
А.М. КАРПОВ — докт. мед. наук, профессор
А.П. КИЯСОВ — докт. мед. наук, профессор
А.И. САФИНА — докт. мед. наук, профессор
А.С. СОЗИНОВ — докт. мед. наук, профессор, чл.-корр. АН РТ
А.З. ФАРРАХОВ — докт. мед. наук, профессор
Ф.А.ХАБИРОВ — докт. мед. наук, профессор
Д.Р. ХАСАНОВА — докт. мед. наук, профессор

Редакционный совет:

Э.И. АУХАДЕЕВ (Казань), Н.А. БОХАН (Томск), Г.Р. ВАГАПОВА (Казань), П. ВОЛЬФ (Копенгаген, Дания), А.Р. ГАЙНУТДИНОВ (Казань), А.Н. ГАЛИУЛЛИН (Казань), Ф.Ф. ГАТИН (Казань), Х.З. ГАФАРОВ (Казань), А.Б. ГЕХТ (Москва), Е.И. ГУСЕВ (Москва), А.Ю. ЕГОРОВ (С.-Петербург), Р.Г. ЕСИН (Казань), З.А. ЗАЛЯЛОВА (Казань), А.Л. ЗЕФИРОВ (Казань), Х.В. ИКСАНОВ (Казань), В.А. ИСАНОВА (Казань), Л.Н. КАСИМОВА (Н.Новгород), И.В. КЛЮШКИН (Казань), Е.М. КРУПИЦКИЙ (С.-Петербург), М.Ю. МАРТЫНОВ (Москва), Т.В. МАТВЕЕВА (Казань), Е.Г. МЕНДЕЛЕВИЧ (Казань), М.К. МИХАЙЛОВ (Казань), Р.Р. НАБИУЛЛИНА (Казань), Н.Г. НЕЗНАНОВ (С.-Петербург), Н.Н. ПЕТРОВА (Санкт-Петербург) Л.М. ПОПОВ (Казань), Ю.В. ПОПОВ (С.-Петербург), В.Ф. ПРУСАКОВ (Казань), Ю.П. СИВОЛАП (Москва), В.И. СКВОРЦОВА (Москва), А.А. СКОРОМЕЦ (С.-Петербург), А.Г. СОЛОВЬЁВ (Архангельск), Н.Г. СТАРОСЕЛЬЦЕВА (Казань), А.И. ФЕДИН (Москва), А. ХААСС (Саардланд, Германия), Р.У. ХАБРИЕВ (Москва), Б.Д. ЦЫГАНКОВ (Москва), Ю.А. ЧЕЛЫШЕВ (Казань), Л.К. ШАЙДУКОВА (Казань), Ю.С. ШЕВЧЕНКО (Москва), И.И. ШОЛОМОВ (Саратов), А.А. ШУТОВ (Пермь), Н.Н. ЯХНО (Москва)

Адрес редакции журнала «Неврологический вестник»: 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49.
Тел. (843) 236-04-01, e-mail: neurovestnik@mail.ru
Адрес в интернете: http://journals.eco-vector.com/1027-4898

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в настоящем издании,
допускается только с письменного разрешения редакции, ссылка на журнал обязательна
© ООО «Эко-Вектор»
© ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

FOUNDERS (CO-FOUNDERS):
"ECO-VECTOR" LLC
KAZAN STATE MEDICAL UNIVERSITY

NEUROLOGY BULLETIN

NAMED AFTER V.M. BEKHTEREV

Had been founded in 1893 by Professor V.M. Bekhterev.
It was headed by co-editors: prof. I.M. Popov (1894–1903),
prof. N.A. Mislavsky (1903–1905), prof. V.P. Osipov (1906–1918).
In 1993 it was renewed by prof. M.F. Ismagilov (1936–2020)

Volume LIII, issue 1
Kazan, "Medicine", 2021

Medical peer-reviewed journal of neurology, psychiatry and neuroscience

Quarterly publication

Recommended by Higher Attestation Commission

Indexation:
Google Scholar
Ulrich's Periodicals directory
Russian Science Citation Index

Editor in chief

V.D. MENDELEVICH — Prof., MD, PhD, Doc.Med.Sci.

Deputy Chief Editors:

E.I. BOGDANOV — Prof., MD, PhD, Doc. Med. Sci.
E.Z. YAKUPOV — Prof., MD, PhD, Doc. Med. Sci.
K.K. YAKHIN — Prof., MD, PhD, Doc. Med. Sci.

Editorial Board:

N.Kh. AMIROV — Academician of Russian Academy of Science, Prof.
A.Yu. VAFIN — Ph.D., associate professor in medical sciences
V.I. DANILOV — Prof., MD, PhD, Doc. Med. Sci.
F.I. DEVLIKAMOVA — Prof., MD, PhD, Doc. Med. Sci.
A.M. KARPOV — Prof., MD, PhD, Doc. Med. Sci.
A.P. KIYASOV — Prof., MD, PhD, Doc. Med. Sci.
A.I. SAFINA — Prof., MD, PhD, Doc. Med. Sci.
A.S. SOZINOV — Corr. member of the Academy of Sciences of the Republic of Tatarstan, Prof., MD, PhD, Doc. Med. Sci.
A.Z. FARRAKHOV — Prof., MD, PhD, Doc. Med. Sci.
F.A. KHABIROV — Prof., MD, PhD, Doc. Med. Sci.
D.R. KHASANOVA — Prof., MD, PhD, Doc. Med. Sci.

Editorial Council:

E.I. AUKHADEJEV (Kazan), N.A. BOKHAN (Tomsk), G.R. VAGAPOVA (Kazan), P. WOLF (Kopenhagen, Denmark), A.R. GAINUTDINOV (Kazan), A.N. GALIULLIN (Kazan), F.F. GATIN (Kazan), Kh.Z. GAFAROV (Kazan), A.B. GEKHT (Moscow), E.I. GUSEV (Moscow), A.Yu. EGOROV (St. Petersburg), R.G. ESIN (Kazan), Z.A. ZALYALOVA (Kazan), A.L. ZEFIROV (Kazan), Kh.V. IKSANOV (Kazan), V.A. ISANOVA (Kazan), L.N. KASIMOVA (Nizhny Novgorod), I.V. KLYUSHKIN (Kazan), E.M. KRUPITSKY (St. Petersburg), M.Yu. MARTYNOV (Moscow), T.V. MATVEJEVA (Kazan), E.G. MENDELEVICH (Kazan), M.K. MIKHAILOV (Kazan), R.R. NABIULLINA (Kazan), N.G. NEZNANOV (St. Petersburg), N.N. PETROVA (St. Petersburg), L.M. POPOV (Kazan), Yu.V. POPOV (St. Peterburg), V.F. PRUSAKOV (Kazan), Yu.P. SIVOLAP (Moscow), V.I. SKVORTSOVA (Moscow), A.A. SKOROMETS (St.-Petersburg), A.G. SOLOVJEV (Arkhangelsk), N.G. STAROSELTSEVA (Kazan), A.I. FEDIN (Moscow), A. HAASS (Saarland, Germany), R.U. KHABRIEV (Moscow), B.D. TSYGANKOV (Moscow), Yu.A. CHELYSHEV (Kazan), L.K. SHAIDUKOVA (Kazan), Yu.S. SHEVCHENKO (Moscow), I.I. SHOLOMOV (Saratov), A.A. SHUTOV (Per'm), N.N. IAKHNO (Moscow)

"Neurology Bulletin" editorial office: 49, Butlerov str., 420012, Kazan, Tatarstan, Russia.
Tel. (843) 236-04-01, e-mail: neurovestnik@mail.ru
In Internet: http://journals.eco-vector.com/1027-4898

Full or partial playback of the materials, contained in this edition, is allowed only after
the written permission of the editing board, and reference to the journal is obligatory
© LLC "Eco-Vector"
© Kazan State Medical University

ОГЛАВЛЕНИЕ

CONTENTS

Передовые статьи

Менделевич В.Д. Царь Иван Облачный в психиатрических палатах..... 5

Зобин М.Л. Разум и мозг: какая связь? Клинико-философский аспект..... 13

Оригинальные статьи

Дмитриева Н.Г., Шуненков Д.А., Ениколопов С.Н. Способность к распознаванию запахов у пациентов, страдающих психическими расстройствами шизофренического спектра и депрессивными расстройствами..... 19

Рябова Т.В., Петрова Р.Г. Психическое здоровье преподавателей вузов в условиях пандемии: факторы риска и способы их преодоления..... 23

Казанцев А.Ю., Якупов Э.З. Структура острых вестибулярных нарушений в неотложной неврологии..... 28

Мелёхин А.И. Роль желудочно-кишечной специфической тревоги и алекситимии как предикторов выраженности синдрома раздражённого кишечника у женщин..... 34

Дискуссии

Мартынов И.А. Психотерапия, психоанализ и антропология: как психиатр превращается в софиста (комментарий Иосифу Зислину, часть 1)..... 41

Пашковский В.Э. О перманентной диагностике в детской психиатрии..... 48

Егоров А.Ю. Дискуссионные вопросы терапии нехимических зависимостей..... 52

Давтян Е.Н. Диагноз в одномерной психиатрии... 57

Давтян С.Э. Психическое расстройство как природный катаклизм: границы психопатологического ландшафта..... 61

Зислин И.М. Лечение без диагноза и диагноз без лечения (тезисы к докладу)..... 65

Зорин Н.А. Неуютное лечение без диагноза..... 69

Коцюбинский А.П., Исаенко Ю.В. Диагностика шизотипического расстройства: надёжность категориального или достоверность дименсионального подходов?..... 71

Editorials

Mendelevich V.D. Tzar cloudy Ivan in the psychiatric chambers.

Zobin M.L. Mind and brain: what is the connection? clinical and philosophical aspects.

Original articles

Dmitrieva N.G., Shunenkov D.A., Enikolopov S.N. The ability to recognize odors in patients suffering from the schizophrenia spectrum disorders and depressive disorders.

Ryabova T.V., Petrova R.G. Mental health of university teachers under pandemic conditions: risk factors and ways of coping with them.

Kazancev A.Y., Yakupov E.Z. The acute vestibular dysfunction in emergency neurology.

Melehin A.I. The role of gastrointestinal specific anxiety and alexithymia as predictors of the severity of irritable bowel syndrome in women.

Discussions

Martynov I.A. Psychotherapy, psychoanalysis and anthropology: how a psychiatrist becomes a sophist (commentary to Joseph Zislin, part 1).

Pashkovskiy V.E. About permanent diagnostics in child psychiatry.

Egorov A. Discussion questions about the therapy of nonchemical addictions.

Davtian E.N. Diagnosis in the one-dimensional psychiatry.

Davtian S.E. Mental disorder as a natural cataclysm: boundaries of a psychopathological landscape.

Zislin I.M. Treatment without diagnosis and diagnosis without treatment (abstracts to the report).

Zorin N.A. Uncomfortable treatment without diagnosis.

Kotsubinskiy AP., Isaenko Y.V. Diagnosis of schizotypal disorder: reliability of categorial approach or validity of dimensional one?

ОГЛАВЛЕНИЕ

CONTENTS

Краткие сообщения

Чумаков Е.М., Азарова Л.А., Лиманкин О.В. Результаты краткого опроса на тему психологического благополучия амбулаторных пациентов с психическими расстройствами во время пандемии COVID-19..... 76

Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Жирнова О.В. Негативность, связанная с ошибкой: нейрокогнитивный трансдиагностический маркёр тревожных расстройств..... 80

Киворкова А.Ю., Соловьёв А.Г. Коррекция психической дезадаптации семейного окружения представителей опасных профессий..... 84

Рецензии

Егоров А.Ю. Рецензия на книгу В.Э. Пашковского «10 лекций об аутизме»..... 88

Менделевич В.Д. Страсти по аутизму (о спорных и бесспорных сторонах монографии В.Э. Пашковского «10 лекций по аутизму»)..... 91

Рефераты статей на татарском языке..... 94

Short reports

Chumakov E.M., Azarova L.A., Limankin O.V. Psychological well-being of outpatients with mental disorders during the COVID-19 pandemic — a brief survey results.

Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Zhirnova O.V. Error-related negativity: neurocognitive transdiagnostic marker of anxiety disorders.

Kivorkova A.Y., Soloviev A.G. Mental disadaptation correction of the family members of dangerous professions workers.

Reviews

Egorov A.Y. Review on V.E. Pashkovskiy “10 lectures on autism”.

Mendelevich V.D. Passion for autism (on the controversial and indisputable aspects of V.E. Pashkovskiy monograph “10 lectures on autism”).

Abstracts of the articles in the Tatar language.

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

Неврологический вестник. 2021; Т. LIII (1): 5–12.

DOI: 10.17816/nb55485
УДК: 616.89:7-008.482

ЦАРЬ ИВАН ОБЛАЧНЫЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПАЛАТАХ[1]

Владимир Давыдович Менделевич

Казанский государственный медицинский университет,
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: mendelevich_vl@mail.ru

Реферат

В статье описан клинический случай больного П. 43 лет, политического активиста, проводившего экстравагантные перформансы в образе Царя, призывавшего к возврату к монархическому правлению и в связи с этим госпитализированного в недобровольном порядке в психиатрический стационар. Проведён сравнительный анализ с акциями Петра Павленского и Павла Крисевича, освещён вклад психопатологического в творческую деятельность представителей современного искусства. Дана оценка аргументированности выставленных больному П. психиатрических диагнозов, признания его общественной опасности и обоснованности назначения ему принудительного стационарного лечения. Сделан вывод о том, что фриковое поведение, презентующее себя через акционизм, перформансы и инакомыслие, нуждается в серьёзном психологическом и психопатологическом анализе. Часто подобное инакомыслие становится способом самореализации или троллинга, но за ним также способна скрываться и психопатология. Констатировано, что это никак не должно умалять общественную значимость и творческую составляющую перформансов и акций людей, считающихся фриками. Кроме того, акционизм не должен восприниматься как общественно опасное деяние, он не даёт оснований сажать человека в тюрьму или отправлять в психиатрический стационар на принудительное лечение за перформансы.

Ключевые слова: социальная психопатология, поведенческие расстройства, симуляция, акционизм, перформансы, современное искусство, Иван Облачный.

TZAR CLOUDY IVAN IN THE PSYCHIATRIC CHAMBERS

Vladimir D. Mendelevich

Kazan State Medical University,
420012, Kazan, Butlerov str., 49,
e-mail: mendelevich_vl@mail.ru

Abstract

The article describes a clinical case of patient P., 43 years old, a political activist who conducted extravagant performances in the image of the Tsar, who called for a return to monarchical rule and, in connection with this, was hospitalized involuntarily in a psychiatric hospital. A comparative analysis with the actions of Pyotr Pavlenky and Pavel Krysevich is carried out, the contribution of the psychopathological to the creative activity of representatives of contemporary art is estimated. The validity of the psychiatric diagnoses exposed to patient P., the recognition of his social danger and the validity of the appointment of compulsory inpatient treatment to him are evaluated. It is concluded that freak behavior, presenting itself through actionism, performances and dissent, needs a serious psychological and psychopathological analysis. Often, such dissent becomes a way of self-realization or provocation (trolling), but psychopathology is also capable of hiding behind it. It is stated that this should in no way diminish the social significance and the creative component of the performances and actions of people considered to be freaks. In addition, it is argued that actionism should not be perceived as a socially dangerous act, and there is no reason to imprison a person or send a patient to a psychiatric hospital for compulsory treatment for performances.

Keywords: psychopathology, behavioral disorders, simulation, actionism, performances, contemporary art, Cloudy Ivan.

Кардинальные изменения восприятия обществом нормативного и отклоняющегося поведения существенно затруднили процесс диагностики психических и поведенческих расстройств [1–5]. Границы дозволенного расширились до максимальных пределов, включив в понятие нормы многие формы поведения, считавшиеся на протяжении долгих лет проявлениями психопатологии. На наших глазах произошла «шизофренизация культуры» и «опсихиатричивание реальности» [6–8]. Многие люди в поисках признания и «ловли хайпа» начали намеренно выбирать эпатажное, провокативное и вызывающее поведение. В жизни общества появилось большое количество *фриков* — чудаков, стремящихся привлечь внимание к собственной персоне и общественно значимой теме необычным, экстравагантным внешним видом, нетрадиционным мировоззрением и поведением, основывающимся на отказе от устойчивых социальных стереотипов. В части случаев за подобным поведением скрывается политическая активность, в других — современное искусство, иногда — психическая патология [9]. Модными стали перформансы, хеппенинги и акции — как правило, уличные, с привлечением внимания большого числа зрителей и с целью вызвать их эмоциональную или эстетическую реакцию. Наиболее часто в качестве основного инструмента акционисты используют «изобразительную телесность» — презентацию тела художника-исполнителя и телесное соучастие в творческом акте зрителя-соавтора. В таких арт-практиках тело становится текстом и художественным посланием [10].

[1]На использование медицинской документации в научных и учебных целях получено письменное разрешение Г.В. Пирогова (Ивана Облачного) от 18 декабря 2020 г.

Среди одиозных акционистов последнего времени особо выделяются Пётр Павленский и Павел Крисевич. Первый прибивал свою мошонку к брусчатке Красной площади, отрезал мочку уха на заборе Центра им. Сербского, поджигал двери Федеральной службы безопасности на Лубянке и Банка Франции в Париже [11]. Второй демонстративно вешался на Троицком мосту в Санкт-Петербурге, приковывал себя наручниками к ограде, выносил новичковый «Томский чай» и поджигал себя в образе Христа на Лубянке [12].

Отличительная особенность деятельности Петра и Павла заключалась в том, что их творческая и политическая жизнь кардинально отличалась от их же мирской и обыденной. Акции — акциями, жизнь — жизнью. Никто из них не превращал своё существование в долгоиграющий перформанс, а акции носили чётко спланированный и строго очерченный по времени характер. Искусствоведы по заслугам оценили творческий потенциал акций Павленского, в меньшей степени заинтересовались перформансами Крисевича, видимо, узрев в них вторичность и расценив их как политическую активность. По-разному отнеслись к акционистам и психиатры — Петра неоднократно обследовали и выставляли разные диагнозы, а Павла (насколько известно) к психиатрам на обследование не отправляли и заключений не выносили [12].

За внешним сходством акций Павленского и Крисевича скрываются сущностные и стилевые отличия. Все перформансы Павленского были безмолвными, наполненными тайными смыслами. Основную роль в них играли сторонние наблюдатели, которые своими действиями и репликами создавали акт современного искусства. Изобразительная телесность пронизывала все акции Петра, объединённые темой иллюстрации несвободы собственного тела, которая разворачивала новые символические ряды: несвободу социальную, политическую и личную [13]. За каждой из акций скрывались художественный замысел и пусть своеобразная, но эстетика. Перформансы Павла были открыто политически мотивированы — для непонятливых он объяснял суть происходящего в стране. Долгое время Пётр и Павел оставались законодателями моды в отечественном акционизме.

И вот недавно на российской сцене появился новый акционист, привлёкший внимание общественности, полиции и психиатров, — это Геннадий Пирогов, представший в образе Царя Ивана Облачного. Его перформансы носят красочный костюмированный характер, но в них из акции в акцию используется один и тот же приём — Геннадий в образе Царя в людном месте обращается к прохожим с политическими заявлениями. В отличие от Павленского и Крисевича акции Пирогова не носят телесно-ориентированного характера и не ограничены по времени. Он продолжает свою активную деятельность в социальных сетях, размещая на своих страницах манифесты, заявления от имени Царя. Впервые в поле зрения психиатров Геннадий Пирогов попал после одной из акций, когда был в недобровольном порядке госпитализирован в психиатрическую больницу Московской области. На этом сходство с Павленским и Крисевичем заканчивается. В отличие от Петра, которого психиатры каждый раз отпускали без госпитализации, Геннадий за последние годы дважды оказывался в психиатрических стационарах, а один раз проходил интенсивное психофармакологическое лечение.

Клинический случай. Пирогов Геннадий, пациент 43 лет.

Анамнез жизни и болезни. Наследственность психопатологически не отягощена. Рос и развивался нормально. Окончил 9 классов общеобразовательной школы, учился посредственно. Увлекался музыкой, историей, старообрядческой религией, большую часть времени проводил в библиотеке, читал фантастическую литературу, книги по астрономии, изучал теорию создания Вселенной, хотел стать «космологом». При этом был активным, деятельным, бодрым, «энтузиастом», занимался спортом. После школы окончил музыкальное училище по классу вокала. Работал массовиком, «Дедом Морозом», снимался в массовках в фильмах, рекламных роликах под псевдонимом «Иван Облачный», пел в церковном хоре. Был трижды женат. В настоящее время проживает в Москве, состоит в браке, детей не имеет. Политикой начал интересоваться с 2010 г., посещал различные митинги, участвовал в качестве волонтёра в избирательной компании одного из кандидатов в Мосгордуму.

Со слов Геннадия Пирогова, в 2017 г. произошло «Откровение, озарение — Бог через своего духа назначил [его] царём». Якобы утверждал, что это не его фантазии, а «Бог подтвердил это». В том же году провёл в Москве несколько перформансов (публичных акций). В июне 2017 г. он приехал на политический митинг на взятом в аренду белом коне. Был весь в белом одеянии, с короной на голове, поверх вышиванки — накидка из искусственного меха, в руках табличка «Я здесь власть!». На публике Пирогов нередко появлялся в образе «оппозиционного царя Ивана Облачного, преемника Николая II». Говорил, что этот персонаж — «наполовину шутка, наполовину манифест». Утверждал, что «придумал политический лайфхак — короноваться и протащить в Кремль нормальный кабмин», список которого опубликовал на своей странице ВКонтакте. Планировал организовать «монархический референдум для возрождения новой современной монархии».

В те же годы «издал Царский указ №1», который, в частности, гласил: «Всем продуктовым магазинам раздавать бесплатно пенсионерам продукты, срок годности которых истекает на следующий день… В магазины, нарушающие этот Указ, пришлю опричный отряд с видеокамерами, которые всё зафиксируют и примут жёсткие меры (вынудят полицию завести дело о нарушении прав потребителей)». Помимо этого,

разместил в соцсетях манифест, в котором сообщил, что «безработный начинающий политик (без опыта работы) ищет должность Царя самодержца… Должность президента не предлагать!» и перечислил свои политические взгляды. В частности, указал на необходимость создания «фрескономики» и «ресурсного рубля», полной ликвидации налоговой службы и банковского сектора, тотального запрета рекламы, легализации проституции с обязательной сертификацией и учётом клиентов, строгого запрета на наркотики (включая никотин, кофеин и алкоголь, «вино можно»), но создания экспериментального спецрегиона «SODDOM SITY» на берегу Чёрного моря, где будут легализованы все виды наркотиков, порноиндустрия, ЛГБТ-отношения, фестивали и гей-клубы.

После одного из перформансов в марте 2018 г. был по решению суда в недобровольном порядке госпитализирован в психиатрическую больницу, где находился в течение 3 нед. В больницу был доставлен сотрудниками полиции с акции, во время которой стоял в костюме царя (шубе) и рваных джинсах босиком на снегу с надетой на голову самодельной короной, держал в руках плакат «Путина в императоры» и призывал Навального на дебаты. Объяснял своё странное одеяние тем, что хотел показать, что «Россия богатая, а народ нищий». «Я, народный царь Иван Облачный, такой же босой и нищий, как российский народ, протестую против финансовой политики». Сопротивления при задержании не оказал.

При первичном осмотре психиатрами фон настроения у пациента был повышен, мышление несколько ускорено, держался с чувством превосходства. Охотно вступал в беседу, заявлял, что переходит к старообрядческому монархическому правлению. Продолжал называть себя Царём.

Находился в стационаре в течение 4 нед. Было проведено лечение с использованием антипсихотиков — галоперидола, клопиксола. Констатировалось, что в результате терапии «психотическая симптоматика редуцировалась». При выписке был выставлен диагноз «острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении» (F23.1).

По окончании лечения Пирогов сообщил, что понимал, что у него было болезненное состояние, и был настроен на дальнейшее лечение у психиатра по месту жительства. Однако к участковому психиатру не обратился, лечения не получал. На учёте не состоял и не состоит. После больницы провёл ещё несколько уличных акций («Я здесь власть», «Он нам не царь!») и продолжил свою активность на странице ВКонтакте в виде публикации текстов политического содержания и создания видеороликов, в которых выступал в роли и одеянии царя [14]. Снимал музыкальные клипы и видео, размещая их на своей странице на ютуб-канале [15].

В 2020 г. на Г.В. Пирогова было заведено уголовное дело по обвинению в публичном призыве к осуществлению террористической деятельности с использованием средств массовой информации, а именно в том, что в октябре 2017 г. он разместил на своей странице социальной сети ВКонтакте текстовый файл, содержащий призыв к насильственному свержению конституционного строя РФ. Свой вины не признал.

В связи с возникшими сомнениями в его психическом здоровье Пирогову была назначена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза, которая не смогла дать заключение, сославшись на неясность клинической картины. Вследствие этого в августе 2020 г. ему была назначена стационарная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, которая и была проведена в течение 4 нед.

В стационаре привлекал внимание своим внешним видом (длинные взлохмаченные волосы, бумажная корона на голове). Мышление было непродуктивным, речь в форме монолога — не переставал разговаривать, даже когда его не слушали. Фон настроения был повышен, мимика подвижная, «вместе с тем, был приветлив, улыбчив, адекватно воспринимал шутки». Себя характеризировал как жизнерадостного, коммуникабельного человека, энтузиаста, склонного к саморазвитию и «придумыванию различных проектов, увлекающегося своей целью». Отметил, что публикации в социальных сетях манифеста и политических деклараций происходили обычно в состоянии «озарения, когда захватывало вдохновение, ликование, настроение было очень приподнятым, была неудержимая радость от того, что получалось что-то глобальное». Критичность к собственным высказываниям и поведению характеризовалась неустойчивостью и противоречивостью — утверждал, что все его акции носили характер троллинга, старался найти для себя выгодный исход судебного разбирательства («идеально будет, если скажут, что я был оторван от реальности, не оценивал последствия своих действий»).

Психиатрическое обследование Пирогова в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы привело экспертов к выводу о том, что у него выявляется шизотипическое расстройство, которое лишало его способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими в период инкримируемого ему деяния. Вследствие чего Пирогову было рекомендовано прохождение принудительного лечения в стационарных условиях.

На диагноз шизотипического расстройства, с точки зрения экспертов, указывали такие признаки, как «заострение черт характера в пубертатном возрасте в виде дисгармоничного формирования личностных позиций, демонстративности поведения и взглядов, неадекватного аффекта», что и привело к «социальной дезадаптации». Подтверждением истинности собственного вывода и диагноза шизотипического расстройства эксперты назвали обнаружение у Пирогова «типичных для шизофренического процесса нарушений мышления в виде актуализации несущественных, второстепенных, нестандартных свойств

объектов с нечёткостью смысловых и предметных дифференцировок, нецеленаправленности мышления с соскальзываниями, со склонностью к рассуждательству, тенденцией к построению трудно корригируемых концепций и однообразных эмоциональных переживаний, нарушению критических и прогностических способностей».

По просьбе пациента и рекомендации адвоката нами в декабре 2020 г. было проведено клинико-психопатологическое обследование Г.В. Пирогова[2].

Психический статус при обследовании. Специально для консультации Геннадий надел костюм и белую рубашку с галстуком. Объяснил это «значимостью встречи с профессором». В контакт вступает охотно, немного смущаясь. В беседе подчёркнуто учтив и вежлив. Фон настроение ровный. Фиксирован на ситуации судебного разбирательства, понимая всю серьёзность его положения. Осознаёт, что ему грозит реальный срок наказания, хотя не согласен с трактовкой следователем его высказываний. Интересуется, какие есть преимущества в том случае, если его «признают невменяемым» и отправят не в тюрьму, а на принудительное лечение в психиатрический стационар. При беседе на данную тему волнуется и ищет эмоциональной поддержки.

К своим акциям относится в основном положительно, считает, что с их помощью, «эксплуатируя тему Царя, можно строить политическую карьеру и заработать много денег на блогерстве». Сообщил, что данный вопрос хорошо изучил, хотя пока своей цели не добился, но не теряет надежды. Считает себя лицедеем, актёром, специалистом по массовкам. Именно на данной деятельности он зарабатывал на протяжении ряда лет. Утверждает, что «сросся с образом Царя», и идеи монархизма приобрели для него характер политического убеждения. При этом сравнивает себя с президентом Украины актёром Владимиром Зеленским: «Помните, как он сыграл в сериале “Слуга народа”, где успешно изобразил президента, а потом реально выиграл выборы. Вот я примерно то же самое решил сделать. Фантазировал, вызывал на дебаты всяких политиков в полушутку».

О сути своих политических воззрений говорит только при расспросе. Перечисляет, чем именно он занимался — например, работал в штабе одного из оппозиционных кандидатов на выборах в Мосгордуму, который дал ему положительную характеристику, узнав об уголовном преследовании [16].

Описывает себя как увлекающегося человека. Отмечает, что склонен к активности, креативности, энтузиазму, особенно когда в голову приходят плодотворные идеи. Описывает, что на обычно повышенном фоне у него иногда бывают довольно длительные периоды очевидно избыточной активности с эйфоричным настроением, снижением потребности во сне, «массой идей и планов в голове». Помимо этого, Геннадий отмечает, что бывают и состояния, длящиеся по 2–3 дня и характеризующиеся снижением настроения, депрессией, разочарованием в себе, пессимистическим взглядом на будущее. Эпизоды повышенного настроения, как и эпизоды депрессии, ничем обычно не провоцируются, появляются и исчезают самопроизвольно.

С интересом и воодушевлением рассказывает о своей блогерской деятельности, о съёмках музыкальных и обычных клипов, в которых он предстаёт «в образе Царя». В процессе беседы ни разу не просил называть его «Царём», не проявлял высокомерия и не требовал особого внимания к собственной персоне. При анализе размещённых на его странице ВКонтакте политических заявлений говорит об этом серьёзно, пытаясь донести суть его политической позиции.

Своё поведение в психиатрическом стационаре, когда он «издал Царский Указ» и просил называть его «Его величеством», вспоминает со смехом — «дурачился». Так же расценивает и своё поведение на уличных акциях. Рассказывает, что склонен к юродству и актёрству с детских лет. В период, когда должен был идти служить в армию, продумал, как будет симулировать психическую болезнь. Прочёл учебники и специальную литературу по психиатрии. Однако этого не понадобилось, поскольку он был освобождён от службы по соматической болезни. Во время беседы спрашивает, а не поможет ли ему для решения судебного дела, если он будет симулировать психическую болезнь и в этот раз?

На вопросы о том, играет ли он в Царя и в домашних условиях, например, общаясь с женой или родственниками, рассмеялся. Сообщил, что и жена, и родной брат к его акциям и поведению («шутовству») относятся с раздражением и неприятием, и только мама с сочувствием. При этом соглашается, что образ Царя ему близок, что он разделяет монархические идеалы, ему жаль Николая II и его безвинно казнённую семью, и он видит перспективу для страны в смене правления на монархическое.

Речь и мышление последовательные, логичные, без излишней детализации и обстоятельности, но и без склонности к рассуждательству или отвлечению на несущественные детали. Качественных нарушений мышления и обманов восприятия не обнаружено. Память и интеллект в норме.

Объективный анамнез[3]. *Со слов жены Геннадия Ларисы известно, что они женаты шесть лет. По характеру считает своего мужа не очень общительным человеком, склонным свободное время проводить дома — слушать музыку, смотреть фильмы, играть в компьютерные игры. Близких друзей не*

[2]Обследование проводилось посредством видеосвязи через Telegram 10 декабря 2020 г. с информированного согласия Г.В. Пирогова.

[3]Представлен женой Г.В. Пирогова посредством электронной переписки в Telegram. Публикуется с её согласия.

имеет, но периодически с приятелями ходит в баню. Характеризует его как хорошего и неагрессивного человека («ни разу на меня даже не повысил голос»).

Отмечает, что муж еженедельно ходит в церковь, соблюдает посты, поёт в церковном хоре. «Как любого творческого человека всё его время занимает работа (выступления в массовке и пр.). Короткий период времени был продавцом электронных сигарет, но "я сразу поняла, что это не его"». Дома никаких странностей в поведении не замечала. Раньше бывали периоды эйфории. В настоящее время их нет. «Депрессии как таковой нет, но иногда, конечно, наблюдала нерезкие перепады настроения».

Говорит, что у Геннадия есть единомышленники, хотя в их доме из них никто не бывал. Видела, как он читал книги и смотрел фильмы про Николая II. Хотел даже съездить в Екатеринбург, чтобы принять участие в Крестном ходе, посвящённом 100-летию гибели царской семьи. Говорил, что в России для наведения порядка нужна монархия. Однако никогда не говорил о каком бы то ни было стремлении к насильственной смене власти. Видит себя в роли царя, но допускает, что это может быть и кто-то другой. Считает, что царь должен прийти к власти мирным путём, выбираться Собором и короноваться Патриархом. В домашних условиях никогда царя из себя не изображал и не требовал, чтобы к нему относились как к царской особе. Вёл и ведёт себя адекватно.

Обсуждение. Как следует из данных медицинской документации и анамнеза, Геннадий Пирогов до 2018 г. никогда в поле зрения психиатров не попадал. Никто из окружающих не ставил вопроса о неадекатности его поведения и необходимости консультирования у психиатров. С 2018 по 2020 гг. дважды обследован психиатрами не по своей воле в связи с тем, что правоохранительные органы заподозрили у него психическое расстройство. Психиатрами выставлены два разных диагноза, несмотря на то обстоятельство, что присутствовала одна и та же симптоматика: *острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении* (2018) и *шизотипическое расстройство* (2020).

При первой госпитализации психиатры обращали внимание на неадекватное «психотическое» поведение Пирогова, вытекавшее, с их точки зрения, из его идей превосходства, особой (царской) миссии, и отсутствие критичности к собственным высказываниям и поведению. При этом психиатры не конкретизировали характер данных идей — сначала сообщали, что он «называл себя по псевдониму Иван Облачный», затем, что «называл себя царём "Славянской нации"». Из данных указаний специалистов осталось непонятным, был Пирогов убеждён в том, что он является Царём, или он пользовался псевдонимом Царя для достижения каких-то своих целей. В выписке из стационара нет указаний на то, что идеи пациента носили бредовый характер, несмотря на это ему были назначены антипсихотики.

При второй госпитализации в рамках судебно-психиатрической экспертизы обращалось внимание на наличие качественных нарушений мышления в виде актуализации несущественных второстепенных, нестандартных свойств предметов и явлений, нецеленаправленность мышления с соскальзываниями и склонностью к рассуждательству. Следует отметить, что идеи грандиозности и величия, выявленные и при втором психиатрическом обследовании, не были проанализированы на предмет их причисления к бредовым, сверхценным или иным. Обращает на себя внимание, что выявленные экспертами в процессе обследования нарушения мышления (соскальзывания, склонность с рассуждательству, актуализация несущественных, второстепенных, нестандартных свойств объектов) не соответствуют особенностям мышления, представленным в видеоинтервью на ютуб-канале Пирогова [https://www.youtube.com/watch?v=kyA7_nvzsYY&t=1474s] и при личном обследовании.

Особый интерес в плане дифференциации *установочного поведения* с бредовым представляет анализ отношения Геннадия к созданному им образу Царя. Ведь бред всегда характеризуется не только убеждённостью в реальности высказываемых идей, но и в некритическом отношении к ним и невозможности посмеяться над ними. Психиатры же обращали внимание на то, что при обсуждении значимых для него тем «был приветлив, улыбчив, адекватно воспринимал шутки». Фразу, написанную им на своей странице ВКонтакте — «безработный начинающий политик (без опыта работы) ищет должность царя самодержца… Должность президента не предлагать!» — нет оснований воспринимать как бредовую. Она скорее указывает на ироничное отношение к себе. Возможно, критичность зависела от остроты психического состояния.

Обращает на себя внимание тот факт, что клиническая картина заболевания Пирогова не соответствует критериям диагностики шизотипического расстройства, изложенным в Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКБ-10). В соответствии с ними диагноз шизотипического расстройства может быть установлен только в том случае, если у пациента на протяжении минимум 2 лет постоянно или периодически присутствуют, по меньшей мере, 4 признака из числа следующих[4]:

1) неадекватный или суженный аффект, больной выглядит холодным и отчуждённым;

2) странности, эксцентричность или особенности в поведении или внешнем виде;

3) обеднение контактов и тенденция к социальной аутизации;

4) странные взгляды (верования) или магическое мышление, оказывающие влияние на поведение и не согласующиеся с субкультуральными нормами;

[4]Международная классификация психических и поведенческих расстройств. МКБ-10 http://ncpz.ru/lib/55/book/14/chapter/4.

5) подозрительность или параноидные идеи;

6) обсессивная «жвачка» без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;

7) необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализацию или дереализацию;

8) аморфное, обстоятельное, метафоричное, гипердетализированное и часто стереотипное мышление, проявляющееся странной речью или другим образом без выраженной разорванности;

9) редкие транзиторные квазипсихотические эпизоды с интенсивными иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями и бредоподобными идеями, обычно возникающими без внешней провокации.

Сравнение описанных клинических проявлений с диагностическими критериями по МКБ-10 позволяет утверждать, что из 9 критериев у Пирогова можно было подозревать наличие всего 2: эксцентричность поведения и странные взгляды (верования, магическое мышление), оказывающие влияние на поведение и не согласующиеся с субкультуральными нормами. Остальных симптомов не было, и психиатры их не описали. Однако даже эти два критерия нуждались в обосновании, поскольку эксцентричное поведение и странные взгляды могли трактоваться как намеренные, политически или художественно мотивированные. То есть как по формальным, так и по неформальным критериям оснований для постановки Пирогову диагноза шизотипического расстройства не было. И главное, неясно, как специалистами расценены высказывания подэкспертного о том, что он является «православным царём Всея Руси» и просит обращаться к нему «Ваше Величество», ведь эти симптомы не входят в число критериев диагностики шизотипического расстройства, как и гипоманиакальный синдром.

Вызывает вопросы смена диагноза с «острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении», выставленного психиатрами в 2018 г., на «шизотипическое расстройство» в 2020 г. Остаётся неясным, был первичный диагноз ошибочным или произошла трансформация психического состояния пациента, и «симптомы шизофрении» за 2 года без терапии купировались.

Для более точного понимания психического состояния Пирогова во время акций, в психиатрическом стационаре и в обыденной жизни следует провести дифференциальную диагностику, включив в круг возможных расстройств, помимо расстройств шизофренического спектра, следующее:

1) осознанное провокативное и эпатажное поведение психически здорового человека (актёра, «юродивого»);

2) личностное расстройство смешанного типа с доминированием диссоциативных нарушений и псевдологии (F44);

3) биполярное аффективное расстройство (F31);

4) манию с или без психотических симптомов (F30).

Во всех медицинских документах на Пирогова обращено внимание на сквозной психопатологический синдром, присутствовавший на протяжении нескольких лет, — гипоманиакальный синдром. Он проявлялся избыточной активностью, энтузиазмом, повышенной говорливостью и общительностью, завышенной самооценкой и идеями собственного величия (грандиозности), сниженной потребностью в сне, затруднениями в сосредоточении внимания. Периодически данное состояние достигало уровня маниакального без психотических симптомов и дополнялось опрометчивым и безрассудным поведением, субъективным ощущением «скачки идей» при отсутствии бредовых идей и галлюцинаций, приводившим к снижению социального контроля и поведению, которое было неадекватно обстоятельствам.

Сам Пирогов называет свои акции провокативными, а себя причисляет к юродивым. Дискуссия о том, является феномен юродства проявлением психического расстройства или относится к сфере нормы, ведётся в научной литературе довольно активно. Часть авторов [17] убеждены, что «Юродство Христа ради» носит характер «аскетического подвига», понять который можно, только руководствуясь христианской антропологией. Другие же считают, что у явления социального порядка клинического диагноза нет и быть не может, но настаивают на том, что только клинический анализ и может стать значимым и продуктивным для психиатрии [18]. В связи с этим возникает вопрос о том, можно ли признать поведение и акции Геннадия Пирогова (Ивана Облачного) проявлениями осознанного и намеренного юродства без признаков психопатологии?

Сам Геннадий указывал на то, что на протяжении многих лет был склонен к лицедейству, актёрству и симуляции, изучал психиатрическую литературу с целью использовать знания для уклонения от службы в армии и в других юридически значимых ситуациях. Однако анализ поведения и высказываний Пирогова показывает, что, помимо игрового начала, в его поведении выявлялись признаки психопатологических расстройств, в первую очередь хроническая гипомания с периодами психосоциальной дезадаптации. Следовательно, оснований трактовать его поведение как исключительно установочное, театральное или личностное нет.

На возможность диагностики биполярного аффективного расстройства могли указывать не только признаки маниакальных эпизодов, наблюдавшиеся и врачами, и женой пациента, но и данные анамнеза о том, что у Пирогова «периодически на фоне преимущественно хорошего настроения на 2–3 дня бывало резко плохое настроение, а потом опять появлялась куча идей и энтузиазм». Однако при наблюдении у психиатров депрессивных эпизодов не отмечено ни разу. При личном обследовании и анализе видеозаписей на ютубканале Пирогова его эмоциональное состояние можно было оценить как ровное.

Из всех состояний, представленных для дифференциальной диагностики, наиболее полно описывающим психический статус Пирогова следует признать диагноз *мании без психотических симптомов.* В соответствии с критериями по МКБ-10 данный диагноз выставляют в случае обнаружения 3 из числа следующих симптомов, приводящих к тяжёлому нарушению личностного функционирования:

1) повышение активности или физическое беспокойство;

2) повышенная говорливость («речевое давление»);

3) ускорение течения мыслей или субъективное ощущение «скачки идей»;

4) снижение нормального социального контроля, приводящее к поведению, которое неадекватно обстоятельствам;

5) сниженная потребность в сне;

6) повышенная самооценка или идеи величия (грандиозности);

7) отвлекаемость или постоянные изменения в деятельности или планах;

8) опрометчивое или безрассудное поведение, последствия которого больным не осознаются;

9) заметное повышение сексуальной энергии или сексуальная неразборчивость.

Сравнение описанных клинических проявлений с диагностическими критериями МКБ-10 позволяет утверждать, что у Пирогова наблюдались 7 клинических признаков мании без психотических симптомов (F30.1). Галлюцинаций и бреда, необходимых для диагностики мании с психотическими симптомами (F30.2), у него не обнаружили ни при одном обследовании. Идеи грандиозности (величия) носили неустойчивый характер и сопровождались частичной критичностью. Кроме того, в быту они практически не проявлялись и озвучивались, как правило, при проведении акций, ведении блога и в публикациях в социальных сетях. Нередко Пирогов говорил не о том, что он Царь, а о том, что «будет Царём». Эти идеи появлялись на пике маниакальных состояний и носили кататимный характер, то есть соответствовали доминирующему настроению. Когда фон настроения нормализовывался, актуальность идей грандиозности снижалась, появлялась критичность.

Таким образом, анализ случая Царя Ивана Облачного (Геннадия Пирогова) показывает, что проводившиеся им перформансы были связаны не только с политической активностью, художественным замыслом и мировоззренческой позицией, но и, частично, с психопатологическими причинами, основной из которых было гипоманиакальное расстройство с эйфорией и гиперактивностью. У других известных акционистов (Павленского и Крисевича) подобных механизмов не обнаруживалось — это всегда были акции на фоне адекватного ситуации эмоционального состояния.

Фриковое поведение, презентующее себя через акционизм и перформансы, нуждается в серьёзном психологическом и психопатологическом анализе. В этом отношении пример Геннадия Пирогова крайне показателен. Известно, что фрик — это человек, который по разным причинам мыслит иначе, чем окружающие, хотя внешне это может выглядеть сходно. Фрик моделирует свою реальность самостоятельно в конкретный отрезок времени в конкретном обществе [19]. «Для внутреннего пользования» он подобное поведение не использует. Часто фриковое инакомыслие становится способом самореализации или троллинга, но за ним также способна скрываться и психопатология, хотя это никак не должно умалять общественную значимость и творческую составляющую перформансов и акций людей, считающихся фриками. И уж, конечно, акционизм не должен восприниматься как общественно опасное деяние, и за перформансы человека не стоит сажать в тюрьму или отправлять в психиатрический стационар на принудительное лечение. Недобровольное помещение Геннадия Пирогова в психиатрическую лечебницу мотивировалось заботой о его здоровье — ведь он был босым на морозе и мог простыть. А Царя-батюшку, понятное дело, надо беречь…

ЛИТЕРАТУРА

1. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. *Homo Postmodernus. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире*. Новосибирск: НГПУ. 2009; 248 с. [Korolenko C.P., Dmitrieva N.V. *Homo Postmodernus. Psihologicheskie i psihicheskie narusheniya v postmodernistskom mire*. Novosibirsk: NGPU. 2009; 248 p. (In Russ.)]

2. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Мельникова Ю.В., Аксёнова И.О. Проблема современной диагностики психических расстройств. *Обозрен. психиатрии и мед. психол*. 2012; 4: 7–11. [Kocyubinskij A.P., Shejnina N.S., Mel'nikova Yu.V., Aksyonova I.O. Problema sovremennoj diagnostiki psihicheskih rasstrojstv. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii*. 2012; 4: 7–11. (In Russ.)]

3. *Социальная психопатология*. Под. ред. В.П. Самохвалова. М.: Видар-М. 2018; 456 с. [*Social'naya psihopatologiya*. Pod. red. V.P. Samohvalova. M.: Vidar-M. 2018; 456 p. (In Russ.)]

4. Менделевич В.Д. Поведенческие расстройства или девиации поведения. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2000; 6: 166–168. [Mendelevich V.D. Povedencheskie rasstrojstva ili deviacii povedeniya. *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya*. 2000; 6: 166–168. (In Russ.)]

5. Менделевич В.Д. Проблема диагностики психических и поведенческих расстройств в эпоху постмодернизма. *Эксперим. психол*. 2015; 3: 82–90. [Mendelevich V.D. Problema diagnostiki psihicheskih i povedencheskih rasstrojstv v epohu postmodernizma. *Eksperimental'naya psihologiya*. 2015; 3: 82–90. (In Russ.)]

6. Руднев В. *Философия языка и семиотика безумия: избранные работы*. М.: Территория будущего. 2007: 528 с. [Rudnev V. *Filosofiya yazyka i semiotika bezumiya: izbrannye raboty*. M.: Territoriya budushchego. 2007: 528 p. (In Russ.)]

7. Савенко Ю.С. Психиатризация массового сознания. *Независимый психиатрич. ж*. 1996; 2: 55–70. [Savenko Yu.S. Psihiatrizaciya massovogo soznaniya. *Nezavisimyj psihiatricheskij zhurnal*. 1996; 2: 55–70. (In Russ.)]

8. Безносюк Е.В., Князева М.Л. Психопатология современной культуры. *Психотерапия*. 2003; 9: 21–28. [Beznosyuk E.V., Knyazeva M.L. Psihopatologiya sovremennoj kul'tury. *Psihoterapiya*. 2003; 9: 21–28. (In Russ.)]

9. Менделевич В.Д. Психопатология как результат творчества. *Практич. мед*. 2015; 5 (90): 39–41. [Mendelevich V.D. Psihopatologiya kak rezul'tat tvorchestva. *Prakticheskaya medicina*. 2015; 5 (90): 39–41. (In Russ.)]

10. Станиславская Е.И. «Изобразительная телесность» художественно-зрелищных форм постмодерна. *Вестн. Полоцкого гос. ун-та. Серия Е*. 2014; 15: 86–89. [Stanislavskaya E.I. "Izobrazitel'naya telesnost'" hudozhestvenno-zrelishchnyh form postmoderna. *Vestnik Polockogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya E*. 2014; 15: 86–89. (In Russ.)]

11. Менделевич В.Д. Казус художника Петра Павленского: психопатология или современное искусство? *Неврологич. вестн*. 2016; 1: 4–16. [Mendelevich V.D. Kazus hudozhnika Petra Pavlenskogo: psihopatologiya ili sovremennoe iskusstvo? *Nevrologicheskij vestnik*. 2016; 1: 4–16. (In Russ.)]

12. Дорофеев Р. Павел Крисевич, русский мальчик. *Colta*. 18 ноября 2020 г. https://www.colta.ru/articles/society/25666-pavel-krisevich-monolog-put-k-aktsionizmu (дата обращения: 18.12.2020). [Dorofeev R. Pavel Krisevich, russkij mal'chik. *Colta*. 18 noyabrya 2020 g. https://www.colta.ru/articles/society/25666-pavel-krisevich-monolog-put-k-aktsionizmu (access date: 18.12.2020).] (In Russ.)]

13. Кубрак Н. Почему Пётр Павленский не псих, а большой художник. *Палач*. 12 января 2019 г. https://click-or-die.ru/2019/01/pochemu-pyotr-pavlenskij-ne-psih-a-bolshoj-hudozhnik/ (дата обращения: 18.12.2020). [Kubrak N. Pochemu Pyotr Pavlenskij ne psih, a bol'shoj hudozhnik. *Palach*. 12 yanvarya 2019 g. https://click-or-die.ru/2019/01/pochemu-pyotr-pavlenskij-ne-psih-a-bolshoj-hudozhnik/ (access date: 18.12.2020).] (In Russ.)]

14. *Иван Облачный. Страница в социальной сети ВКонтакте*. https://vk.com/ehhrise (дата обращения: 18.12.2020). [*Ivan Oblachnyj. Stranica v social'noj seti VKontakte*. https://vk.com/ehhrise (access date: 18.12.2020).] (In Russ.)]

15. *Иван Облачный. Доигрался.doc*. https://www.youtube.com/watch?v=kyA7_nvzsYY&t=1474s (дата обращения: 18.12.2020). [*Ivan Oblachnyj. Doigralsya.doc*. https://www.youtube.com/watch?v=kyA7_nvzsYY&t=1474s (access date: 18.12.2020).] (In Russ.)]

16. Гудков Д. *Карательная психиатрия возвращается?* https://echo.msk.ru/blog/dgudkov/2755258-echo/ (дата обращения: 16.12.2020). [Gudkov D. *Karatel'naya psihiatriya vozvrashchaetsya?* https://echo.msk.ru/blog/dgudkov/2755258-echo/ (access date: 16.12.2020).] (In Russ.)]

17. Ларских М.В., Ларских С.В. Феномен «Юродство Христа ради» — редкий психологический феномен или психическое расстройство? *Неврологич. вестн*. 2018; 4: 52–56. [Larskih M.V., Larskih S.V. Fenomen «Yurodstvo Hrista radi» — redkij psihologicheskij fenomen ili psihicheskoe rasstrojstvo? *Nevrologicheskij vestnik*. 2018; 4: 52–56. (In Russ.)]

18. Зислин И.М. Хорошо ли быть юродивым? *Неврологич. вестн*. 2019; 1: 66–69. [Zislin I.M. Horosho li byt' yurodivym? *Nevrologicheskij vestnik*. 2019; 1: 66–69. (In Russ.)]

19. Киба А. *ЛикБез: кто такие фрики*. 2011. https://pushba.livejournal.com/322811.html (дата обращения: 18.12.2020). [Kiba A. *LikBez: kto takie friki*. 2011. https://pushba.livejournal.com/322811.html (access date: 18.12.2020).] (In Russ.)]

Поступила 19.12.2021; принята в печать 19.01.2021.

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

Неврологический вестник. 2021; Т. LIII (1): 13–18.

DOI: 10.17816/nb55097
УДК: 159.9

РАЗУМ И МОЗГ: КАКАЯ СВЯЗЬ? КЛИНИКО-ФИЛОСОФСКИЙ АСПЕКТ

Михаил Леонидович Зобин

Центр трансформационной терапии аддикций,
85330, Черногория, г. Котор, Доброта ВВ, e-mail: doctor.zobin@gmail.com

Реферат

Обзорно-аналитическая статья затрагивает клинические, нейробиологические и философские проблемы взаимоотношений мозга и разума. Применительно к запросам клинической практики рассмотрены онтологические аспекты сознания и свободы воли, проанализированы некоторые теоретические модели поведенческой психопатологии. Сделан вывод о приоритетности в психиатрии нейробиологической парадигмы при сохранении интереса к современным формам интеракционистского дуализма и дуализма свойств.

Ключевые слова: мозг, разум, сознание, свобода воли, нейробиология, философия сознания.

MIND AND BRAIN: WHAT IS THE CONNECTION? CLINICAL AND PHILOSOPHICAL ASPECTS

Mikhail L. Zobin

Centre of transformational therapy of addictions,
85330, Montenegro, Kotor, Dobrota BB,
e-mail: doctor.zobin@gmail.com

Abstract

The analytical review touches on clinical, neurobiological and philosophical problems of the relationship between brain and mind. With regard to the needs of clinical practice, the ontological aspects of consciousness and free will are considered, and some theoretical models of behavioral psychopathology are analyzed. A conclusion is made about the priority in psychiatry of the neurobiological paradigm while maintaining interest in modern forms of interactionist and property dualism.

Keywords: brain, mind, consciousness, free will, neurobiology, philosophy of mind.

Проблема взаимоотношений мозга и разума остаётся нерешённой ни в философском, ни в клиническом понимании [1, 2]. Декартовская парадигма о том, что психическое и физическое — разные субстанции [3], долгое время определяла идеологию изолированности ментальных и церебральных процессов. В настоящее время представление о метафизической независимости души и тела заслуженно критикуют не только с позиций аналитической философии и общей антропологии. Эти вопросы имеют прямое отношение к мировоззренческим основам клинической практики. Концептуализация взаимосвязи физического и психического во многом определяет далеко идущие последствия для психиатрии: её клинических и научных аспектов, собственной автономии и связи с нейронауками [4].

С медицинской точки зрения психиатрия представляется наиболее убедительной там, где психические расстройства определяются нарушениями работы мозга, хотя такие расстройства принято относить к неврологии, а не к психиатрии [5]. Традиционно различия усматривают в том, что расстройства психики отражают нарушения активности в нейрональных сетях, в то время как в основе неврологических нарушений лежат идентифицируемые структурные повреждения [6]. При таком разделении нейробиологические аспекты психопатологии остаются недостаточно изученными, и до настоящего времени нет концептуальной основы для принятия какой-то универсальной мозговой дисфункции в качестве критерия психического расстройства. Принимая как данность отсутствие реалистичной нейробиологии клинических синдромов, мы в то же время не можем представить психиатрию «без мозга», в качестве клинической дисциплины[1].

Разграничение психических и биологических процессов в психиатрии долгое время соотносилось с объяснительными и причинными факторами возникновения расстройств [7, 8]. При этом, хотя и признавали роль субъективного опыта и культурных влияний в качестве значимых условий психических нарушений, «истинный» причинный локус отводили патологическим структурам и функциям [9–11].

Современная биопсихосоциальная модель во многом уравнивает эти различия, предполагая, что ни психологический, ни биологический уровни, которые вовлечены в множественные обратные связи, не могут претендовать на причинный или объяснительный приоритет [8, 12]. Тем не менее, большинство исследователей, ориентированных на биологическую психиатрию, придерживаются физикальных монистических взглядов [13], выражением которых стало утверждение о том, что отношение к разуму и мозгу как к разным сущностям «более не заслуживает доверия в медицинской науке» [14], и «отказ от ложного дуализма является первым шагом в обучении психиатров» [15].

В противоположность физикалистским концепциям, утверждающим, что функции психики есть лишь отражение функций мозга, ряд авторов отстаивают позиции интеракционистского дуализма. В этой парадигме нейробиологическая психопато-

[1]Хотя прецеденты случались, например психоанализ, заслуженно утративший прежние позиции.

логия дополняется личностной психопатологией, включающей интенциональные акты сознания и субъективные переживания [16]. Утверждается, что для включения в анализ личностных и социокультурных детерминант сознания, определяющих возможности разума активно изменять состояние мозга, биологической психиатрии предстоит преодолеть свою традиционную «бессмысленность», то есть претерпеть концептуальную революцию [17]. Концептуализацию же психических расстройств как исключительно болезней мозга признают «одновременно запутанной и запутывающей» [18].

В рамках дуалистической модели результаты исследований в области биологической психиатрии расценивают лишь как показатели корреляции между психическими состояниями и процессами в мозге. Указывают, что сложность понимания психического расстройства обусловлена неопределённостью в отношении самой природы психического опыта [19]. В самом деле, нетрудно представить, что намерения, убеждения и суждения людей не имеют причинных механизмов в биохимической активности мозга. Эти продукты сознания определяются преимущественно общественными отношениями. В этом легко убедиться, рассматривая интенциональные состояния и мотивации, которые мы приписываем друг другу [20].

Сам феномен интенциональности привычно ассоциируется со свободной волей, отражающей произвольный характер активности субъекта [21]. Такая вера в свободу воли идёт рука об руку с верой в независимо существующий разум [22]. Философско-психологический смысл свободного разума связан с моральной ответственностью, что является довольно противоречивым концептом. Действительно, чтобы нести моральную ответственность за свои действия, человек должен быть ответствен за то, кем он является, то есть быть причиной самого себя. Другими словами, если кого-то считать ответственным за то, что он делает в текущей ситуации, то он должен быть ответствен и за собственное ментальное состояние. Однако ничто не может быть конечной причиной самого себя [23]. Исследования последних десятилетий по нейробиологии поведения сильно подрывают доверие к самой категории «свобода воли» [24]. Это обстоятельство напрямую связано с нашими моральными и юридическими обязательствами и имеет далеко идущие последствия для судебной психиатрии [25].

С другой стороны, если содержание интенции доступно сознанию, свобода воли вполне может проявлять свою рациональность, по крайней мере, на личностном уровне [26]. Постулат *компатибилистов*[2] *со ссылкой на А. Шопенгауэра гласит: «Мы можем делать то, что хотим, но не можем хотеть по своему желанию». Это особенно наглядно проявляется при аддиктивных расстройствах и парафилиях. То есть, действуя по собственному мотиву, мы одновременно признаем его некую предопределённость. Таким образом, нейрофилософский пессимизм и клинический реализм в отношении свободной воли вступают в противоречие с психологической убеждённостью в существовании моральной ответственности.*

Чтобы совместить принципы детерминизма с признанием свободной воли, была предложена концепция ментального аномализма (аномальный монизм), в соответствии с которой ментальное лишь символически соответствует физическому, поскольку не существует психофизических законов их идентичности [27]. Поскольку пространство рациональной свободы не сводится к нейрофизиологическим событиям в мозге, онтологический физикализм вполне сочетается с психологическим реализмом. В итоге ментальные процессы воспринимаются как реальные феномены, обладающие причинно-следственными свойствами [13]. Такой подход в психиатрии помогает преодолеть упрощённые материалистические представления, связанные с игнорированием влияния разума на психические содержания и клинические проявления.

Возникновение бреда и галлюцинаций принято объяснять нарушениями мозговой деятельности, несмотря на отсутствие известных церебральных паттернов или иных специфических биосигнатур. Ещё более проблематичной на этом фоне выглядит связь нейробиологических характеристик с нарушениями поведения. Границу психического здоровья часто проводят там, где человек, обладающий свободной волей, может сознательно регулировать своё поведение. Представляется, что истинное психопатологическое расстройство носит недобровольный надличностный характер, без возможности поведенческой самокоррекции [7].

Несмотря на то обстоятельство, что поведенческие расстройства — такой же симптом, как расстройства мышления и восприятия, принято считать, что человек в значительно большей степени способен контролировать своё поведение, чем невротические страхи или сверхценные идеи. Однако могут ли ментальные нарушения полностью переводиться в поведенческие конструкции без учёта корригирующей роли сознания? Ведь психическое расстройство предполагает, что механизмы, его вызывающие или поддерживающие, могут быть опосредованы и осознаваемыми содержаниями. То есть и критическая самооценка, и возможности целеполагания могут сохраняться.

К тому же установлено, что один и тот же гормон в одном и том же участке мозга в различных условиях может иметь диаметрально противоположное влияние на поведение. Другими словами, биология социаль-

[2]Компатибилизм (от англ. compatibilism) — философское учение, совмещающее свободную волю и детерминизм, несмотря на их логическую несовместимость. Допущение строится на том, что свобода может присутствовать или отсутствовать в обстоятельствах, не имеющих ничего общего с метафизикой.

ности демонстрирует случайные эффекты с глубокой зависимостью от контекста. Понимание этих кажущихся противоречий напрямую связано с осмыслением роли психических переживаний в формировании нашего поведения [28].

Не менее значимы воздействия обратной направленности. В аналитической философии сознания отношения мозга и разума принято рассматривать через призму *супервентности*[3]*, детерминированности одних событий другими. При этом важнейшая характеристика супервентности состоит в том, что детерминированность ментальных свойств церебральными процессами не означает, что последние обладают психическими свойствами или что психические свойства редуцируются к церебральным процессам. Другими словами, отдельные нейроны не обладают ментальными свойствами [29].*

Различие ментального (психологического) в смысле текущего состояния и ментального (феноменологического) в смысле субъективного опыта предложено определять как различие между «лёгкой» и «трудной» проблемами сознания [30]. Игнорирование этой двойственности психических содержаний часто порождает разногласия в оценке валидности инструментальных методов психодиагностики. Примером может служить представление об эпистемиологической недостоверности «квазиизмерений» человеческого опыта, получаемых с помощью психометрических инструментов [31, 32].

На самом деле, психометрические шкалы (в частности, шкалы депрессивных расстройств) оценивают не характеристики индивидуального опыта, а текущее психическое состояние, которое отражается в самоотчётах. Конечно, подавленное настроение имеет индивидуальную субъективную значимость, но одновременно проявляет себя плаксивостью, заторможённостью и сниженной самооценкой, то есть обладает содержательной валидностью. Именно этот аспект психического состояния, не зависящий от языковых практик и социокультурных норм, подлежит психометрическим оценкам, поскольку именно он определяет клинические проявления. Только это совсем не то, что в аналитической философии сознания называется квалиа и обозначает свойства субъективного чувственного опыта.

Даже оставаясь на позициях агностицизма, отрицающего принципиальную возможность познания объективной реальности через субъективный опыт, для ранговой оценки текущего психического переживания вполне достаточно признания субъективной реальности самого переживания. Чтобы связать нейрональный механизм с психопатологическим состоянием, нет необходимости отвечать на метафизический вопрос о том, каким образом этот нейрональный механизм связан с феноменологическим качеством индивидуального опыта. По крайней мере, выяснение взаимосвязи нейробиологического и психопатологического принадлежит «лёгкой» проблеме сознания, то есть ограничивается «техническими» вопросами, ориентированными на стандартные научные методы. При этом «трудная» проблема сознания, то есть вопрос о том, каким образом физическая система порождает субъективный опыт, выходит за рамки разрешающих возможностей современных научных методов [33]. Представляется, что именно эта фундаментальная проблема метафизики сознания создаёт путаницу, затрудняющую эпистемологическое и клиническое понимание нейробиологии психического расстройства [34].

С одной стороны, любая попытка связать психические события с биологией должна учитывать субъективный характер сознания. С другой стороны, эта «трудная» проблема сознания, имея философское значение, не является предметом биологической психиатрии. Цель психиатрической науки — понимание механизмов психического расстройства. С этой точки зрения «трудная» проблема сознания не препятствует решению клинических задач, поскольку она не связана с вопросами причинности расстройства. Другими словами, дуализм Д. Чалмерса, акцентирующий феноменологические аспекты сознания, не противоречит биологической психиатрии с её вниманием к текущим психическим переживаниям. При этом несводимость субъективного опыта к биологической причинности оставляет простор для разного рода психологических вмешательств, поскольку исключительно медицинская модель психического расстройства является для психотерапии, безусловно, ограничивающей.

Восприятие отношений мозга и разума в картезианской парадигме психофизического параллелизма выступает основой для разделения психических расстройств на органические и функциональные. Первые связывают с нарушениями в субстрате, а вторые — с душевными страданиями. Несмотря на условность такого разделения, в клинической практике мы действительно различаем этиологические теории, связанные с нарушениями органической природы, и психогенные функциональные расстройства [35]. Однако это разделение носит исключительно утилитарный характер, определяемый выбором терапии и прогностическими ожиданиями. В реальности это единый процесс. Естественнонаучный материалистический подход не допускает изменений функции без изменений в субстрате. Вопрос лишь в уровне и характере этих изменений. В этом состоит суть представлений о метафизической супервентности, при которой материализм преодолевает свои редукционистские ограничения [29].

В соответствии с материалистическим мировоззрением, сознание чаще всего рассматривают как продукт эмерджентности, то есть как эволюционный этап развития системы, когда свойства системы не сводятся к сумме свойств её компонентов [36]. Так же, как живая клетка не сводится к сумме составляющих её атомов

[3]Супервентность (от англ. supervenience) характеризует появление чего-то неожиданного.

и молекул, которые существуют по законам физики и химии. Просто на определённом этапе, в соответствии с законами органической химии, синтезируются нуклеотиды, которые формируют дезоксирибонуклеиновую кислоту (ДНК), способную к репликации. В свою очередь простая совокупность клеток не может стать живым организмом без их системной дифференциации и иерархической организации. В контексте этой же логики последовательным этапом усложнения системы церебральных взаимодействий становится возникновение сознания.

С позиций философии разума феномен сознания плохо вписывается в физическую картину мира, и между материей и сознанием сохраняется разрыв в объяснении их взаимосвязи [37]. Признание супервентности психического физическому, когда нейронная активность вызывает субъективные переживания, не проясняет самого механизма этой связи. Однако нехватка объяснения ментального в терминах физического сама по себе не устраняет базовых представлений о материальных основах реальности. Следует только помнить: то, что в философии сознания называют *элиминативным материализмом*[4], в клинике называют функциональной неврологией. Для сохранения самого предмета психиатрии *элиминативизму* часто противопоставляется объяснительный плюрализм, который предлагает прагматическую интеграцию различных концепций в целях лучшего решения клинических проблем. Это может способствовать отказу от эпистемологически односторонних биологически редукционистских монистических теорий в пользу открытого интеракционистского дуализма как научной позиции, которая лучше всего отражает текущее состояние знаний [16].

В то же время, с утратой популярности теории компьютерного функционализма, в которой сознание отождествляли с программным обеспечением, заметно возрос интерес к взаимосвязи нейрофилософии с науками, изучающими человеческий мозг [38].

Сегодня мозг и разум часто рассматривают в рамках недвойственной философии энактивизма, которая стала новой формой конструктивизма в эпистемологии [39]. Сам этот подход отрицает противопоставление человеческого мозга и сознания, рассматривая их как две стороны одного целого, которые находятся в неразрывной связи и способны влиять друг на друга. При этом восприятие мира субъектом через энактивирование природной и культурной среды, происходит одновременно с его интерпретаций. Поскольку формирование сознания, кроме биологического субстрата, определяется и внешними факторами, радикальный энактивизм придаёт сознанию экстернальный характер, выводя его за пределы мозга и тела [40].

В своё время Б. Либет, после многолетних экспериментальных исследований, пришёл к выводу, что сознание человека дислоцировано не в мозге, а в некоем «поле», относительно которого известно лишь то, что оно находится в контакте с мозгом [41]. В определённом смысле разум представляет собой нечто большее, чем мозг. Так, значительный объём информации (необходимого атрибута нашего сознания) мы переносим на внешние устройства (компьютер или смартфон), и неожиданная утрата этого контента воспринимается как фрустрирующая потеря полноценной связи с окружающим миром.

Создатели современных систем искусственного интеллекта утверждают, что функции сознания можно воспроизвести на любой платформе. Пользователи айфонов, например, считают, что приложение Siri, уже «понимает» устную речь. С другой стороны, компьютерная модель ещё не способна формировать рефлексивное сознание. Вероятно, информационно-когнитивные процессы сами по себе могут существовать на искусственных носителях, но пока им недоступны ни субъективный чувственный опыт, ни способность к интенции, ни высшие чувства. Пока для всех антропологических характеристик сознания нужна биологическая основа. Это положение не следует воспринимать как упрощённую модель, в которой все свойства личности и характеристики сознания выступают лишь проекцией активности материальных носителей — генов и кодируемых белков.

Однако ещё более далёк от истины радикальный психофизический дуализм, утверждающий, что процессы и продукты разума имеют мало общего с процессами, происходящими в мозге, а сам мозг представляет собой лишь «биологический интерфейс» для связи тела и сознания. В рамках этой теории «невротические и другие психические расстройства, возникающие вследствие индивидуально значимых психических травм, не связаны с патологией мозга» [42].

Подобные представления противоречат данным современной науки [43–46]. Более того некоторые невротические заболевания, вероятно, бывают результатом обратимых дефектов регуляции генов на определённых уровнях церебральной иерархии. Разные люди неодинаково восприимчивы к психогенным нагрузкам из-за разницы в унаследованной комбинации генов и характера их экспрессии, в частности различий транскрипции [47–49].

Изменённая экспрессия генов приводит к относительно стабильным изменениям психического состояния посредством изменения синаптических связей. Исследования подтверждают, что соматосенсорные карты корковых областей мозга подвержены изменениям под воздействием социального опыта и процессов научения. При этом каждый мозг преобразуется уникальным образом, запуская механизм морфологического ремоделирования корковых синапсов и дендритных шипиков [50]. Таким образом, средовые

[4]Элиминативный материализм (элиминативизм) предполагает, что нейробиология устраняет потребность в житейской психологии, когда речь идёт о психических расстройствах.

воздействия могут изменять корковые связи, адаптируя мозг к новым условиям. Эта отличительная модификация архитектуры мозга, наряду с уникальным генетическим строением, составляет биологическую основу индивидуальности [51, 52].

Поскольку психо- и фармакотерапия — направленные средовые вмешательства, логично предположить, что они обеспечивают изменения в поведении, меняя экспрессию генов. Лекарственное воздействие на рецепторы и нейромедиаторный обмен приводит к переориентации путей клеточного метаболизма, что ведёт к изменению функциональной активности и структуры нейрональных сетей. Медикаментозное лечение не может напрямую влиять на семантические конструкции и другие индивидуальные характеристики сознания. На содержательные чувства и отношения влияет психотерапия. При этом совместное использование фармакологических и психотерапевтических воздействий может обладать потенциально интерактивным и синергетическим эффектом, особенно в условиях традиционно резистентных к терапии состояний [53].

Поскольку внимание к характеристикам субъективного сознания отличает психиатрию от функциональной неврологии, становится понятным, что биологический уровень, который может оказаться достаточным для объяснения деменции, будет недостаточным для объяснения депрессии, посттравматического стрессового расстройства или сепарационной тревоги [54]. При этом нужно понимать, что не бывает изменений психики без изменений в субстрате, по крайней мере с уровня нейрональных сетей. Любые психические процессы имеют биологические корреляты, то есть являются органическими. Психотерапия может приводить к изменениям поведения только через механизмы транскрипции гена и последующего изменения активности нейрона. Любые формы научения для мозга — это ремодуляция сети, основанная на механизмах синаптической пластичности [50].

В то же время, как именно мозг формирует психические процессы — известно только в общих чертах. Для многих аспектов поведения биологическая модель представляется избыточно механистичной, поверхностной и даже дезинформирующей. Тем не менее, она определяет важность биологической основы для социального поведения. Ключевой здесь становится возможность разграничения биологических и психических процессов в терминах, удовлетворяющих и нейробиолога, и психиатра [47].

Заключение. Проблема, лежащая в основе разрыва понятных связей между разумом и мозгом, обусловлена сложностью интеграции вовлечённых в неё дисциплин: нейробиологии, клинической психиатрии и философии [55]. Приоритетная позиция в аналитической философии сознания и нейропсихиатрии состоит в том, что мозг и разум, обладая общей онтологией, есть разные грани одного явления, поскольку имеют и физические, и ментальные свойства. Разум развивается вместе с мозгом и угасает вместе с ним. При этом в концепции энактивизма сознание уже не сводится только к нейробиологическому субстрату, но включает в себя и тело субъекта, и внешнюю среду.

Не следует также безоговорочно отметать современные дуалистические модели, которые не противоречат достижениям биологической психиатрии (дуализм свойств Д. Чалмерса, например). Наш внутренний мир не выводится из функциональной организации. Мы доподлинно не знаем, преобразуется нейробиологическая аномалия в психическое расстройство или особым образом коррелирует с ним. Больше оснований думать, что причинно-следственные связи всё же существуют. Только мы не знаем, в каком месте смыкаются нейрофункциональные и рассудочные процессы. Всё указывает на то обстоятельство, что это нейрональная сеть. По крайней мере, все психические расстройства, как, впрочем, и нормативная психическая деятельность, представлены в мозге определёнными характеристиками активности и конфигурации сети. С другой стороны, нужно понимать, что мы находимся лишь на начальной ступени понимания этих взаимодействий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Berrios G.E. Historical epistemology of the body-mind interaction in psychiatry. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2018; 20 (1): 5–13.

2. Thibaut F. The mind-body Cartesian dualism and psychiatry. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2018; 20 (1): 3.

3. Декарт Р. Размышления о первой философии. В кн.: *Сочинение в двух томах*. М.: Мысль. 1994; 640 с. [Dekart R. Razmyshleniya o pervoy filosofii. In: *Sochinenie v dvukh tomakh*. M.: Mysl′. 1994; 640 p. (In Russ.)]

4. Van Oudenhove L., Cuypers S.E. The philosophical “mind-body problem” and its relevance for the relationship between psychiatry and the neurosciences. *Perspect. Biol. Med.* 2010; 53 (4): 545–557.

5. Wakefield J.C. Wittgenstein’s nightmare: why the RDoC grid needs a conceptual dimension. *World Psychiatry*. 2014; 13 (1): 38–40.

6. Insel T., Cuthbert B., Garvey M. et al. Research Domain Criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am. J. Psychiatry.* 2010; 167: 748–751.

7. Ясперс К. *Общая психопатология*. М.: Практика. 1997; 1053 с. [Jaspers K. *Allgemeine psychopathologie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag. 1965; 748 p.]

8. Brendel D.H. Philosophy of mind in the clinic: the relation between causal and meaningful explanation in psychiatry. *Harv. Rev. Psychiatry.* 2000; 8: 184–191.

9. Patil T., Giordano J. On the ontological assumptions of the medical model of psychiatry: philosophical considerations and pragmatic tasks. *Philos. Ethics Humanit. Med.* 2010; 5: 3.

10. Insel T.R., Cuthbert B.N. Brain disorders? Precisely. *Science*. 2015; 348: 499–500.

11. Gordon J.A. On being a circuit psychiatrist. *Nature Neurosci*. 2016; 19: 1385.

12. Borsboom D., Cramer A., Kalis A. Brain disorders? Not really... Why network structures block reductionism in psychopathology research. *Behav. Brain Sci.* 2018; 24: 1–54.

13. Kendler K.S. Toward a philosophical structure for psychiatry. *Am. J. Psychiatry*. 2005; 162: 433–440.

14. Miresco M.J., Kirmayer L.J. The persistence of mind-brain dualism in psychiatric reasoning about clinical scenarios. *Am. J. Psychiatry.* 2006; 163 (5): 913–918.

15. Ventriglio A., Bhugra D. Descartes' dogma and damage to Western psychiatry. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2015; 24 (5): 368–370.

16. Schäfer M.L. The current mind-brain theories in analytical philosophy of mind and their epistemic significance for psychiatry. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 2005; 73 (3): 129–142.

17. Pawelzik M.R. Commentary on Henrik Walter's "The third wave of biological psychiatry." *Front. Psychol.* 2013; 4: 832.

18. Schwartz S.J., Lilienfeld S.O., Meca A., Sauvigné K.C. The role of neuroscience within psychology: a call for inclusiveness over exclusiveness. *Am. Psychologist.* 2016; 71 (1): 52–70.

19. Cooper R. *Psychiatry and philosophy of science*. Stocksfield: Acumen. 2007; 104–106.

20. Cash M. Normativity is the mother of intention: Wittgenstein, normative practices and neurological representations. *New Ideas in Psychology.* 2009; 27: 133–147.

21. Shepherd J. Consciousness, free will, and moral responsibility: Taking the folk seriously. *Philos. Psychol.* 2015; 28 (7): 929–946.

22. Wisniewski D., Deutschländer R., Haynes J.D. Free will beliefs are better predicted by dualism than determinism beliefs across different cultures. *PLoS One*. 2019; 14 (9): e0221617.

23. Strawson G. Free will, 1998. *Routledge Encyclopedia of Philosophy, Taylor and Francis.* https://www.rep.routledge.com/articles/thematic/free-will/v-1 (access date: 10.12.2020).

24. Харрис С. *Свобода воли, которой не существует*. Альпина Паблишер. 2018; 100 с. [Kharris S. *Svoboda voli, kotoroy ne sushchestvuet*. Alʹpina Pablisher. 2018; 100 p. (In Russ.)]

25. Sapolsky R.M. The frontal cortex and the criminal justice system. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences.* 2004, 359: 1787–1796.

26. Smithies D. The mental lives of zombies. *Philosophical Perspectives.* 2012; 26: 343–372.

27. Davidson D. Essay 11. Mental events. In: *Essays on actions and events*. Second edition. Oxford: Oxford University Press. 2001; 207–225.

28. Sapolsky R.M. Doubled-edged swords in the biology of conflict. *Front. Psychol.* 2018; 9: 2625.

29. Davidson D. *Essay 13. The material mind. Essays on actions and events*. Second edition. Oxford University Press. 2001; 346 p.

30. Chalmers D.J. *The conscious mind: In search of a fundamental theory*. New York: Oxford University Press. 1996; 375 p.

31. Зорин Н.А. Методологический самообман. Имеют ли смысл квазиизмерения человеческих чувств и ощущений? *Неврологич. вестн*. 2018; 4: 19–22. [Zorin N.A. Metodologicheskiy samoobman. Imeyut li smysl kvaziizmereniya chelovecheskikh chuvstv i oshchushcheniy? *Nevrologicheskiy vestnik*. 2018; 4: 19–22. (In Russ.)]

32. Снедков Е.В. Повышает ли психометрия качество психиатрической диагностики? *Неврологич. вестн.* 2020; 3: 15–20. [Snedkov E.V. Povyshaet li psikhometriya kachestvo psikhiatricheskoy diagnostiki? *Nevrologicheskiy vestnik*. 2020; 3: 15–20. (In Russ.)]

33. Nagel T. *What is it like to be a bat, in Mortal Questions*. New York: Cambridge University Press. 1979; 165–180.

34. Maung H.H. Dualism and its place in a philosophical structure for psychiatry. *Med. Health Care Philos.* 2019; 22 (1): 59–69.

35. Kendler K.S. A psychiatric dialogue on the mind-body problem. *Am. J. Psychiatry.* 2001; 158 (7): 989–1000.

36. Хант Г.Т. *О природе сознания: с когнитивной, феноменологической и трансперсональной точек зрения*. Пер. с англ. А. Кисёлева. М.: АСТ. 2004; 555 с. [Khant G.T. *O prirode soznaniya: c kognitivnoy, fenomenologicheskoy i transpersonalʹnoy tochek zreniya*. Per. s angl. A. Kiseleva. M.: ACT. 2004; 555 p. (In Russ.)]

37. Levine J. Materialism and qualia: the explanatory gap. *Pacific Philosophical Quarterly*. 1983; 64: 354–361.

38. Ревонсуо А. *Психология сознания*. Перевод А. Стативка, З. Замчук. СПб.: Питер. 2013; 336 с. [Revonsuo A. *Psikhologiya soznaniya*. Perevod A. Stativka, Z. Zamchuk. SPb.: Piter. 2013; 336 p. (In Russ.)]

39. Varela F.J., Evan Thompson E., Rosch E. *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. Cambridge, MA: The MIT Press. 1991; 308 p.

40. Lyre H., Walter S. Situated cognition. In: *Handbuch Kognitionswissenschaften (Handbook Cognitive Sciences).* A. Stephan, S. Walter eds. Stuttgart: Metzler. 2013; 184–185.

41. Libet B. *The mind time: the temporal factor in consciousness*. Cambridge, MA: Harvard University press. 2004; 272 p.

42. Решетников М.М. Современные представления о психике: смена парадигмы *Неврологич. вестн.* 2020; 1: 72–81. [Reshetnikov M.M. Sovremennye predstavleniya o psikhike: smena paradigm. *Nevrologicheskiy vestnik*. 2020; 1: 72–81. (In Russ.)]

43. Servaas M.N., Geerligs L., Renken R. et al. Connectomics and neuroticism: an altered functional network organization. *Neuropsychopharmacology.* 2015; 40: 296–304.

44. Bjørnebekk A., Fjell A.M., Walhovd K.B. et al. Neuronal correlates of the five factor model (FFM) of human personality: Multimodal imaging in a large healthy sample. *Neuroimage.* 2013; 65: 194–208.

45. Ormel J., Bastiaansen A., Riese H. et al. The biological and psychological basis of neuroticism: current status and future directions. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2013; 37 (1): 59–72.

46. Ueda I., Kakeda S., Watanabe K. et al. Brain structural connectivity and neuroticism in healthy adults. *Sci. Rep.* 2018; 8: 16491.

47. Kandel E.R. A new intellectual framework for psychiatry. *Am. J. Psychiatry.* 1998; 155: 457–469.

48. Zacharopoulos G., Lancaster T.M., Maio G.R., Linden D.E. The genetics of neuroticism and human values. *Genes Brain Behav.* 2016; 15 (4): 361–366.

49. Nagel M., Jansen P.R., Stringer S. et al. Meta-analysis of genome-wide association studies for neuroticism in 449,484 individuals identifies novel genetic loci and pathways. *Nat. Genet.* 2018; 50 (7): 920–927.

50. Feldman D.E. Synaptic mechanisms for plasticity in neocortex. *Annu. Rev. Neurosci.* 2009; 32: 33–55.

51. Khatibi M., Khormaee F. Biological basis of personality: A brief review. *J. Life Sci. Biomed.* 2016; 6 (2): 33–36.

52. Zuckerman M. Biological bases of personality. In: T. Millon, M.J. Lerner (eds.). *Handbook of psychology: Personality and social psychology.* John Wiley & Sons, Inc. 2003; *5*: 85–116.

53. Skapinakis P., Caldwell D.M., Hollingworth W. et al. Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2016; 3 (8): 730–739.

54. Eronen M.I. The levels problem in psychopathology. *Psychol. Med*. 2019; 1–7.

55. Telles-Correia D. The mind-brain gap and the neuroscience-psychiatry gap. *J. Eval. Clin. Pract.* 2018; 24 (4): 797–802.

Поступила 14.12.2021; принята в печать 19.01.2021.

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Неврологический вестник. 2021; Т. LIII (1): 19–22.

DOI: 10.17816/nb58803
УДК: 616.89(616.214.8-008.1)

СПОСОБНОСТЬ К РАСПОЗНАВАНИЮ ЗАПАХОВ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Надежда Геластановна Дмитриева[1,2], Денис Андреевич Шуненков[3], Сергей Николаевич Ениколопов[4]

[1]Клиническая больница №1 им. Н.И. Алексеева,
117152, г. Москва, Загородное шоссе, 2, e-mail: alennoss@gmail.com;
[2]Научный центр психического здоровья, 115522, г. Москва, Каширское шоссе, 34;
[3]Научно-исследовательский институт реабилитологии Федерального научно-клинического центра реаниматологии и реабилитологии,
141534, Московская область, Солнечногорский район, деревня Лыткино, 777;
[4]Научный центр психического здоровья, 115522, г. Москва, Каширское шоссе, 34

Реферат

Целью работы было исследование взаимосвязи нарушений функции обоняния в виде снижения уровня распознавания запахов (аносмии) и актуального эмоционального состояния у пациентов, страдающих психическими расстройствами шизофренического спектра, и пациентов с депрессивными расстройствами.

Материал и методы исследования. Обследованы пациенты, страдающие психическими расстройствами шизофренического спектра (F20, F21, F23, F25); пациенты, страдающие депрессивными расстройствами (F32, F33), и здоровые добровольцы. Основными методиками исследования по определению актуального эмоционального состояния были опросники на выявление уровня депрессии (Beck Depression Inventory) и уровня ангедонии (Snaith–Hamilton Pleasure Scale). Для определения нарушений обонятельной функции применяли «Профессиональный набор пахучих веществ ольфактометрический “РАМОРА”».

Результаты. У пациентов с расстройствами шизофренического спектра уровень распознавания запахов был значительно ниже, чем у группы пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, и группы здоровых людей. При сравнении пациентов с депрессивными расстройствами с группой здоровых отмечено нерезкое снижение идентификации запахов, близкое к нормальным значениям. У пациентов обеих клинических групп обнаружено повышение показателей уровня ангедонии и депрессии в сравнении со здоровыми испытуемыми. Общий уровень распознавания запахов не связан с показателями актуального эмоционального состояния (депрессии и ангедонии) в обеих клинических группах. Однако была выявлена взаимосвязь идентификации отдельных одорантов и актуального эмоционального состояния в группе пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Выводы. Снижение уровня идентификации запахов (аносмия) чаще присутствует у пациентов шизофренического спектра. Данные нарушения не характерны для пациентов с депрессивными расстройствами и людей, не страдающих психическими заболеваниями. Полученные результаты нуждаются в дополнительных исследованиях. Можно предположить, что показатели ольфакторных процессов могут служить дополнительным диагностическим способом для исследования нарушений эмоционально-личностной сферы пациентов шизофренического спектра.

Ключевые слова: ольфактометрия, аносмия, шизофрения, депрессия, аффективные расстройства, ангедония.

THE ABILITY TO RECOGNIZE ODORS IN PATIENTS SUFFERING FROM THE SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS AND DEPRESSIVE DISORDERS

Nadezhda G. Dmitrieva[1,2], Denis A. Shunenkov[3], Sergej N. Enikolopov[4]

[1]Psychiatric Hospital No. 1 named after N.A. Alexeev,
117152, Moscow, Zagorodnoe shosse, 2,
e-mail: alennoss@gmail.com;
[2]Mental Health Research Center,
115522, Moscow, Kashirskoye shosse, 34;
[3]Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology, 141534, Moscow region, Solnechnogorsk district, Lytkino village, 777;
[4]Scientific Institution of Mental Health Research Center,
115522, Moscow, Kashirskoye shosse, 34

Abstract

The works’ **purpose** was to study connection between smell malfunction that reduces level of smell recognition (anosmia) and current emotional condition of patients who suffer from schizophrenia spectrum disorders and patients with depressive disorders.

Methods of research. Patients who suffer from schizophrenia spectrum disorders (F20, F21, F23, F25), depressive disorders (F32, F33), and healthy individuals were examined. Methods of evaluation of current emotional condition were Beck Depression Inventory and Snaith–Hamilton Pleasure Scale. To determine malfunction of smell function “Professional olfactometric set of odorous substances “RAMORA” was used.

Results. In patients with schizophrenia spectrum disorders, the level of smell recognition is significantly lower than in the group of patients suffering from depressive disorders and the group of healthy people. When comparing patients with depressive disorders with a group of healthy individuals, there is a slight decrease in the identification of odors, close to normal values. In patients with depressive disorders and patients with schizophrenia, an increase in the level of anhedonia and depression

is detected in comparison with healthy subjects. The overall level of smell recognition is not related to the indicators of the current emotional state (depression and anhedonia) in both clinical groups. However, the relationships between the identification of individual odorants and the actual emotional state in the group of patients with schizophrenia spectrum disorders were revealed.

Conclusions. A decrease in the level of odor identification (anosmia) is observed in patients with schizophrenia spectrum. These disorders are not typical for patients with depressive disorders and people who do not suffer from mental illness. The obtained results require additional research. It can be assumed that the indicators of olfactory processes can be an additional diagnostic method of the emotional and personal sphere of patients with the schizophrenia spectrum disorders.

Keywords: olfactory, anosmia, schizophrenia, depression, anhedonia.

На данный момент в медицинской психиатрической практике в дополнение к общепринятым диагностическим способам используют биофизиологические показатели первичной сенсорной обработки. Одним из востребованных и информативных инструментов служит ольфактометрия. Показатели ольфакторной функции наиболее интересны при исследовании психических расстройств шизофренического спектра вследствие нейроанатомической близости обонятельных структур к лобно-височным отделам, миндалине, гиппокампу, участвующим в развитии патологических симптомов [1]. К тому же существуют подтверждённые морфологические данные об изменениях объёма обонятельных структур (комплекс амигдалы, гиппокампа) у пациентов шизофренического спектра.

В исследовании T. Takahashi и соавт. было обнаружено, что пациенты с высоким развитием риска психоза имели аномально неглубокую обонятельную борозду и нарушения обонятельной функции (идентификации запахов), что отражало их психопатологическую уязвимость [2]. Также выявлены функциональные изменения обонятельной полости у больных шизофренией и качественные нарушения: так, в одном из исследований у 81% пациентов выявлена аносмия [3].

Нарушения идентификации запахов у пациентов с шизофренией подтверждены в ряде исследований [4]. Данные нарушения сопровождались нарушениями эмоционально-личностной сферы пациентов. В исследованиях V. Kamath и соавт. обнаружена взаимосвязь нарушений распознавания запахов с наличием ангедонии и уровнем депрессии [5]. Помимо нарушений эмоционально-личностной сферы, были отмечены нарушения когнитивных процессов при наличии обонятельной дефицитарности. Авторами высказано предположение, что снижение способности к распознаванию запахов взаимосвязано со степенью выраженности негативной симптоматики [5]. В свете этого внедрение в психиатрическую практику ольфакторной диагностики может способствовать улучшению определения прогноза течения заболевания.

Обонятельные процессы исследуют и у пациентов с депрессивными расстройствами. Есть подтверждения изменений объёма обонятельной луковицы при депрессии [6]. Однако в сравнении с пациентами, страдающими расстройствами шизофренического спектра, у пациентов с депрессией из нарушений выявлены увеличение порога обонятельной чувствительности (гипосмия) и гедонические особенности восприятия одорантов в виде обонятельной ангедонии [7, 8].

Таким образом, изучение обонятельной функции у пациентов с психическими расстройствами становится всё более актуальным вследствие обнаружения качественных различий между различными нозологическими группами.

Материал и методы. В исследование были включены:

– пациенты с расстройствами шизофренического спектра (нозологические группы согласно МКБ-10[1] F20, F21, F23, F25; n=21) в возрасте от 18 до 40 лет (Me 29 [20; 35]);

– пациенты с депрессивными расстройствами (согласно МКБ-10 F32, F33; n=21) в возрасте от 18 до 40 лет (Me 20 [18; 24]);

– группа здоровых испытуемых (n=21) в возрасте от 18 до 45 лет (Me 26 [20; 30]).

Во всех подгруппах были лица мужского и женского пола. Группы значимо не различались по возрасту (критерий Краскела–Уоллиса, p=0,06). Критериями исключения в каждой из групп были органические заболевания, наличие черепно-мозговых травм, острых и хронических респираторных заболеваний, зависимость от психоактивных веществ.

Для выявления обонятельных нарушений использовали профессиональный «Набор пахучих веществ ольфактометрический» компании “РАМОРА”». Данный тест служит одним из основных инструментов по выявлению нарушений способности к распознаванию запахов [9]. Набор состоит из 12 пахучих фломастеров (Sniff Sticks) для идентификации (апельсин, кожа, корица, мята, банан, лимон, микстура, кофе, гвоздика, ананас, роза, рыба), к каждому фломастеру прилагается карточка с вариантами ответов. Тестирование проводили по правилам эксплуатации.

Для определения актуального эмоционального состояния применяли опросники по выявлению уровня депрессии «Beck Depression Inventory», для определения степени выраженности ангедонии «Snaith–Hamilton Pleasure Scale — SHAPS».

Для статистического анализа использован программный пакет Statistica 10, StatSoft, Inc. (2011). Для оценки нормальности распределения применяли критерий Шапиро–Уилка. Распределение параметров не соответствовало нормальному. Соответственно

[1]МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

описательные статистики количественных показателей представлены в виде медианы и 1-го и 3-го квартилей: Me [Q_1; Q_3]. Для сравнения независимых совокупностей использовали критерий Краскела–Уоллиса, при обнаружении значимых различий для попарного сравнения применяли U-критерий Манна–Уитни с поправкой на множественные сравнения (p крит.=0,016). Для обнаружения взаимосвязи между количественными переменными использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. По результатам статистического анализа выявлено, что у пациентов с расстройствами шизофренического спектра итоговая сумма баллов идентифицированных одорантов ниже (Me 8 [8; 9]), чем у группы пациентов с депрессией (Me 10 [9;11]; U=64, p <0,001). Таким образом, пациенты с депрессивными расстройствами распознают запахи лучше, чем пациенты с шизофренией. При сравнении с группой здоровых испытуемых (Me 11 [11; 12]), итоговая сумма баллов идентифицируемых запахов у пациентов с шизофренией (Me 8 [8; 9]) также оказалась значимо ниже (U=10, p <0,001). Таким образом, подтверждены результаты исследований, в которых у пациентов с расстройствами шизофренического спектра обнаружено снижение способности к распознаванию запахов (аносмия) [4].

Итоговая сумма баллов идентифицированных запахов у пациентов с депрессивными расстройствами была несколько ниже (Me 10 [9; 11]), чем у группы здоровых испытуемых (Me 11 [11; 12]; U=134,5, p=0,031). Однако данное различие не имело статической значимости, поскольку значение p превышает критическое при условии множественного сравнения. Следовательно, пациенты с депрессией и здоровые испытуемые достоверно не различаются по уровню распознавания запахов.

Выявлены значимые различия в подгруппах по уровню ангедонии [критерий Краскела–Уоллиса: H (2, 63)=15,099, p <0,001], при этом у пациентов с депрессивными расстройствами (Me 4 [2; 6]) и пациентов с шизофрений (Me 3 [1; 5]) зарегистрировано повышение показателей уровня ангедонии в сравнении со здоровыми испытуемыми (Me 0 [0;1]; U=77,5, p <0,001; U=108, p=0,005 соответственно). Различий по уровню ангедонии между клиническими группами нет (p=0,421).

Обнаружены значимые различия в выраженности депрессии (согласно опроснику) между группами [критерий Краскела–Уоллиса: H (2, 63)=31,401, p <0,001]. У пациентов с шизофренией (Me 15 [9; 22]) и пациентов с депрессивными расстройствами (Me 22 [15; 26]) уровень депрессии значительно выше, чем у здоровых испытуемых (Me 2 [0; 7]; U=51,5, p <0,001; U=16,5, p <0,001 соответственно). Различий по уровню депрессии, как и в случае с ангедонией, между клиническими группами также не выявлено (p=0,134).

При сравнении общих уровней распознавания запахов с уровнями депрессии и ангедонии их взаимосвязи выявлено не было (r Спирмена, p >0,05). Таким образом, в данном исследовании уровень распознавания запахов не связан с актуальным эмоциональным состоянием пациентов, что отличается от результатов существующих наблюдений [4].

При рассмотрении связи уровня ангедонии и уровня депрессии со способностью к распознаванию отдельных запахов обнаружено, что у пациентов с депрессивными расстройствами уровни депрессии и ангедонии не зависели от способности к распознаванию отдельных одорантов. В группе же пациентов с расстройствами шизофренического спектра обнаружены определённые закономерности. Так, уровень ангедонии был выше у пациентов, распознающих запах корицы (Me 4 [3; 5]), в сравнении с пациентами, не распознающими его (Me 0,5 [0; 2]; U=21,5, p=0,020). Также уровень ангедонии был выше у пациентов, не распознающих запах розы (Me 6 [3; 9]), в сравнении с пациентами, распознающими этот одорант (Me 2 [0; 4]; U=14,5, p=0,019). Уровень депрессии был выше у пациентов, не распознающих запах банана (Me 28 [23; 31,5]), в сравнении с пациентами, распознающими его (Me 15 [8; 20]; U=7, p=0,018). Также уровень депрессии был выше у пациентов, распознающих запах лимона (Me 21,5 [13; 25]), в сравнении с пациентами, не распознающими его (Me 9 [1; 15]; U=16, p=0,015).

Выводы. Результаты предварительного исследования показали, что у пациентов с расстройствами шизофренического спектра снижена способность к распознаванию запахов по сравнению с пациентами с депрессивными расстройствами и группой здоровых испытуемых. Можно сделать вывод о том, что снижение способности идентификации запахов характерно для данной группы пациентов. Тем не менее, общий уровень распознавания запахов не влияет на уровень ангедонии и депрессии у обеих клинических групп, что свидетельствует об отсутствии прямой взаимосвязи ольфакторных нарушений с актуальным эмоциональным состоянием пациентов с психическими расстройствами. Однако при проведении качественного анализа у пациентов с расстройствами шизофренического спектра обнаружены определённые связи между распознанием различных одорантов (корицы, розы, банана и лимона) и уровнями ангедонии и депрессии. Тем не менее, полученные результаты следует интерпретировать с осторожностью в силу предварительного характера исследования, малого объёма выборок, неоднородности клинических групп в нозологическом отношении и недостатков опросниковых методов исследования. Таким образом, полученные данные нуждаются в дополнительном изучении.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Turetsky B.I., Kohler C.G., Gur R.E., Moberg P.J. Olfactory physiological impairment in first-degree relatives of schizophrenia patients. *Schizophr. Res*. 2008; 102 (1–3): 220–229.

2. Takahashi T., Wood S.J., Yung A.R. et al. Altered depth of the olfactory sulcus in ultra high-risk individuals and patients with psychotic disorders. *Schizophr. Res*. 2014; 153 (1–3): 18–24. DOI: 10.1016/j.schres.2014.01.041. PMID: 24530137.

3. Борисенко Г.Н. *Распространённость, особенности клинического течения и диагностики заболеваний носа и околоносовых пазух у больных шизофренией*. Дисс ... кандидата мед. наук: 14.00.04. ФГУ Российский научно-практический центр аудиологии и слухопротезирования. М. 2005; 115 с. [Borisenko G.N. *Rasprostranennost', osobennosti klinicheskogo techeniya i diagnostiki zabolevaniy nosa i okolonosovykh pazukh u bol'nykh shizofreniey*. Diss ... kandidata med. nauk: 14.00.04. FGU Rossiyskiy nauchno-prakticheskiy tsentr audiologii i slukhoprotezirovaniya. M. 2005; 115 p. (In Russ.)]

4. Дмитриева Н.Г., Ениколопов С.Н. Нарушения обоняния при психических расстройствах. *Социал. и клин. психиатрия*. 2019; (4): 96–99. [Dmitrieva N.G., Enikolopov S.N. Narusheniya obonyaniya pri psikhicheskikh rasstroystvakh. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2019; (4): 96–99. (In Russ.)]

5. Kamath V., Lasutschinkow P., Ishizuka K., Sawa A. Olfactory functioning in first-episode psychosis. *Schizophr. Bull*. 2018; 44 (3): 672–680.

6. Negoias S., Croy I., Gerber J. et al. Reduced olfactory bulb volume and olfactory sensitivity in patients with acute major depression. *Neuroscience.* 2010; 169: 415–421.

7. Pause B.M., Miranda A., Göder R. et al. Reduced olfactory performance in patients with major depression. *J. Psychiatr. Res.* 2001; 35: 271–277.

8. Rochet M., El-Hage W., Richa S. et al. Depression, olfaction, and quality of life: A mutual relationship. *Brain Sci*. 2018; 8 (5): 80.

9. Богданов В.Вас., Завадский А.В., Богданов В.Влад. Анатомофизиологические особенности обонятельного анализатора и современные методы диагностики нарушения обоняния. *Ринологія*. 2013; (3): 65–82. [Bogdanov V.Vas., Zavadskiy A.V., Bogdanov V.Vlad. Anatomofiziologicheskie osobennosti obonyatel′nogo analizatora i sovremennye metody diagnostiki narusheniya obonyaniya. *Rinologiya*. 2013; (3): 65–82. (In Russ.)]

Поступила 20.01.2021; принята в печать 01.02.2021.

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Неврологический вестник. 2021; Т. LIII (1): 23–27.

DOI: 10.17816/nb58190
УДК: 364.622: 378.12: 616-036.21

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВУЗОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ: ФАКТОРЫ РИСКА И СПОСОБЫ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Татьяна Владимировна Рябова, Расиля Галиахметовна Петрова

Казанский государственный медицинский университет,
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: tatry@rambler.ru

Реферат

Цель. Изучение факторов риска нарушения психического здоровья преподавателей вузов и способов их преодоления в условиях пандемии в период вынужденного перехода на дистанционный формат обучения.

Методы. Междисциплинарный психологический и социологический анкетный опрос преподавателей университетов. Единый опросный лист содержал авторские социологические вопросы и вопросы, определяющие степень нервно-психического напряжения. Сбор эмпирического материала проводили с использованием сервиса Google-формы, качественный и количественный анализ ответов преподавателей осуществляли статистическими и интерпретативными методами.

Результаты. К числу факторов риска нарушения психического здоровья можно отнести увеличившуюся трудовую нагрузку, напряжение, вызванное этим явлением, жёсткий контроль за трудовой деятельностью преподавателя со стороны руководства. У 86,1% преподавателей напряжение в период дистанционного формата работы сопровождалось болями в различных областях тела, раздражительностью, бессонницей и др. У 65% преподавателей присутствовала умеренная нервно-психическая напряжённость, а каждый четвёртый (25,2%) испытывал чрезмерное, резко выраженное напряжение. Стресс и напряжение сказались позитивно на деловой активности 20,6% педагогов. Основная часть преподавателей (70%) остались удовлетворёнными своей работоспособностью.

Вывод. Необходимо разработать и реализовать здоровьесберегающую программу профилактики, направленную на повышение продуктивности профессиональной деятельности, личностных ресурсов, формирования психологических приёмов самосохранения, самореализации и самообразования личности преподавателей.

Ключевые слова: пандемия COVID-19, психическое здоровье, преподаватели высшей школы, дистанционный формат обучения, нервно-психическое напряжение.

MENTAL HEALTH OF UNIVERSITY TEACHERS UNDER PANDEMIC CONDITIONS: RISK FACTORS AND WAYS OF COPING WITH THEM

Tat'yana V. Ryabova, Rasilya G. Petrova

Kazan State Medical University,
420012, Kazan, Butlerova str., 49, e-mail: tatry@rambler.ru

Abstract

Aim. The study of mental health risk factors in teachers in higher education and ways of coping with them under pandemic conditions in the period of forced switching to remote mode of education.

Methods. Interdisciplinary psychological and sociological questionnaire-based survey of University teachers. A uniform feedback form contained the author's sociological questions, and the questions defining the extent of neuropsychic tension. The collection of empiric material was performed using Google Forms; the qualitative and quantitative analysis of the teachers' answers was carried out by statistical and interpretative methods.

Results. The mental health risks can include the increased workload, the tension caused by this fact, the strict control of the teacher's work activities by the authorities. In 86.1% of the teachers, the tension in the period of remote work was accompanied with pains in various parts of the body, irritability, insomnia, and etc. A moderate neuropsychic tension was observed in 65% of teachers, and every forth of them (25.2%) experienced excessive, pronounced tension. In 20.6% of teachers, the stress and tension contributed to success and efficiency of the activities. The major part of teachers (70%) remained satisfied with their own performance capabilities.

Conclusion. It is necessary to develop and implement a health protection program focused on the increase of the efficiency of professional activity, the personality resources, and the formation of psychological practices of the teachers' personality self-preservation, self-realization and self-education.

Keywords: the COVID-19 pandemic, mental health, teachers in higher education, distance mode of education, neuropsychic tension.

Пандемия COVID-19 (от англ. coronavirus disease) стала чрезвычайным стрессовым фактором для всего человечества, представителей любых профессий. Социальная группа преподавателей школ, колледжей, вузов первой ощутила вызовы пандемии в отношении профессиональной компетентности, личностной стрессоустойчивости, умения быстро адаптироваться к непривычным условиям работы.

S. Brooks и соавт. провели анализ 3166 работ, посвящённых психологическому воздействию карантина [1]. В большинстве рассмотренных авторами исследований сообщали о длительных негативных психологических эффектах, таких как симптомы посттравматического стресса, замешательство и гнев. E.A. Holmes и соавт. считают, что существует настоятельная необходимость в проведении междисциплинарных исследований, направленных на изучение того, как можно смягчить последствия для психического здоровья людей в условиях пандемии [2].

В статье К.Н. Волченковой выявлены «болевые точки» форс-мажорного перехода преподавателей на дистанционную форму обучения: многократное увеличение времени работы за компьютером, рост объёма

электронной отчётности, ухудшение физического здоровья, низкий уровень готовности к работе с информационно-коммуникационными технологиями [3]. По мнению Е.В. Грунт, Е.А. Беляева и С. Лисситса, список вызовов, с которыми столкнулись преподаватели, можно продолжить: цифровой разрыв в цифровой культуре молодого и старшего поколения преподавателей; страх преподавателей перед будущей профессиональной деятельностью, в том числе страх перед сокращением ставки или увольнения профессорско-преподавательского состава в связи с переводом их курсов на дистанционное обучение [4].

А.С. Кубекова, И.Р. Шагина и Т.А. Смахтина провели анализ факторов (пола и возраста), усиливающих раздражительность и снижающих работоспособность преподавателей при дистанционном обучении [5]. Авторы выявили, что для педагогов обоего пола раздражающим фактором стала проверочная работа, для мужчин — напряжение зрения, для женщин — усталость от гаджетов.

Таким образом, в исследованиях российских авторов перечислены проблемы, «болевые точки», вызовы для преподавателей вузов при переходе на дистанционные формы обучения. Без ответа остаются следующие вопросы. Как пандемия повлияла на физическое здоровье преподавателей вузов? Подверглось ли психическое здоровье преподавателей в период пандемии риску?

Цель. Изучение факторов риска нарушения психического здоровья преподавателей вузов и способов их преодоления в условиях пандемии в период вынужденного перехода на дистанционный формат обучения.

Материал и методы исследования. В октябре — декабре 2020 г. нами было проведено междисциплинарное психологическое и социологическое исследование в вузах г. Казани [Казанский государственный медицинский университет, Казанский (Приволжский) федеральный университет].

По определению Всемирной организации здравоохранения, психическое здоровье — «состояние благополучия, при котором индивидуум материализует собственные способности, может справляться с нормальными жизненными стрессами, может работать продуктивно и плодотворно и в состоянии приносить пользу своему окружению» [6]. На основе анализа научной литературы нами были определены основные компоненты психического здоровья и создан оригинальный инструментарий исследования.

Первый блок вопросов определяет, насколько преподаватели могут справляться с жизненными стрессами, вызванными эпидемией и вынужденной самоизоляцией, факторы риска нарушения психического здоровья. Во второй блок включены вопросы из шкалы нервно-психического напряжения Т.А. Немчина для диагностики психической напряжённости в условиях сложной (экстремальной) ситуации [7]. Третий блок опросного листа определял степень удовлетворённости своей работоспособностью. Четвёртый блок содержал вопросы, связанные с перспективами личностного и профессионального развития преподавателей.

Исследование проходило с использованием сервиса Google-формы, опросный лист распространялся с помощью корпоративной электронной почты.

В исследовании использованы качественная и количественная стратегии: анкетный опрос преподавателей (n=108) разных направлений подготовки (социально-гуманитарных, медицинских, естественно-научных).

Распределение респондентов по полу: 16,7% — мужчины, 83,3% — женщины.

Возрастной диапазон — от 25 до 51 года и старше: до 25 лет — 1 человек, от 26 до 36 лет — 26,9% респондентов, от 37 до 50 лет — 42,6%, в возрасте от 51 года и более — 29,6% преподавателей.

Распределение по дисциплинам: 39,8% опрошенных преподают социально-гуманитарные дисциплины, 36,1% — клинические (медицинские), 24,1% — естественно-научные предметы.

Результаты и обсуждение. При ответе на вопрос первого блока «Насколько вы удовлетворены своей работоспособностью в период дистанционного обучения студентов в условиях пандемии?» 70% преподавателей отметили, что «в целом они удовлетворены своей работоспособностью». Около трети опрошенных «остались не удовлетворёнными своей работоспособностью».

Опрос показал, что в период пандемии фактическая трудовая нагрузка выросла существенно. Так, «в 2 раза она увеличилась», по мнению 20,6% респондентов. По мнению 26,2% преподавателей, трудовая нагрузка выросла на 75%. 37,4% преподавателей отметили, что «фактическая учебная нагрузка возросла наполовину». Никто из респондентов не отметил, что фактическая нагрузка осталась на прежнем уровне.

В период пандемии администрация университетов начала жёстко контролировать образовательную деятельность преподавателей. 63,6% респондентов испытали «очень жёсткий контроль со стороны руководства кафедры и администрации вуза». Полученные нами данные можно сравнить с точкой зрения О.А. Донских [8]. Автор, анализируя резкое повышение уровня контроля со стороны создателей обучающих платформ, подчёркивает, что обучение в формате виртуальной реальности позволяет осуществлять полный контроль над личностью.

Контроль со стороны руководства за своей профессиональной деятельностью вызвал у преподавателей полярные чувства. Половина респондентов (50,5%) «отнеслись с пониманием к предпринятым жёстким мерам контроля», 19,6% «восприняли всё спокойно». У 38,3% опрошенных «жёсткий контроль вызвал чувство напряжения», у 14% — «раздражение», у 12,1% — «чувство унижения достоинства преподавателя».

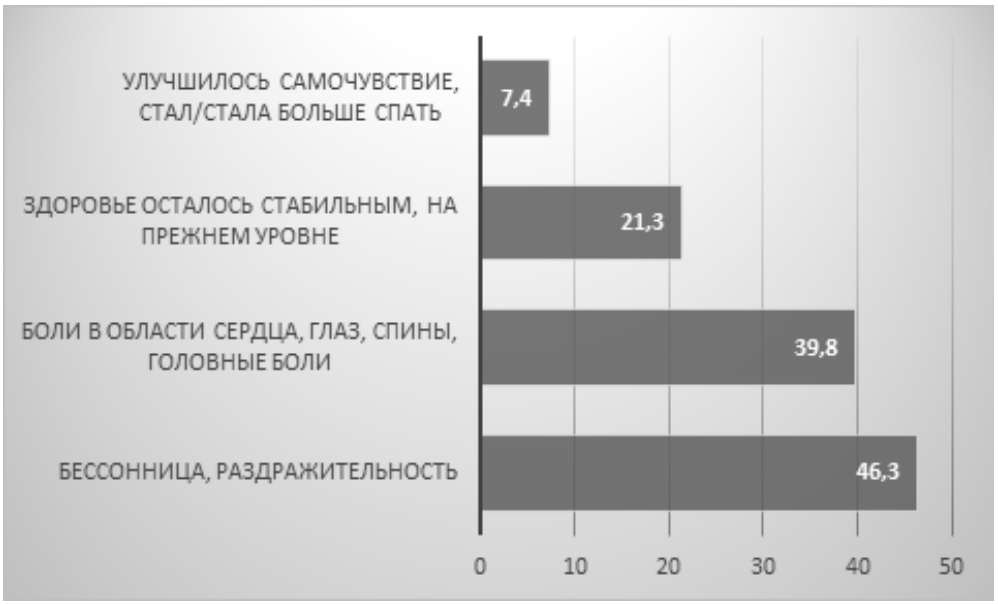

Рис. 1. Изменения в состоянии здоровья у преподавателей в период дистанционного формата обучения

Ответы на вопросы второго блока продемонстрировали, что работа в условиях возросших нагрузок прогнозируемо повлияла на физическое и психическое здоровье преподавателей. Так, у 39,8% «появились боли в области сердца, глаз, спины, головные боли» (рис. 1). Практически у каждого второго «появились бессонница, раздражительность, требовалось больше времени на восстановление сил». Только каждый пятый из числа опрошенных преподавателей (21,3%) отметил, что «здоровье осталось стабильным, на прежнем уровне».

При оценке степени напряжения при работе «на дистанте» 64,5% опрошенных отметили у себя «умеренно выраженное напряжение», которое характеризуется выраженным состоянием дискомфорта, наличием тревоги, готовностью действовать в соответствии с условиями ситуации.

«Чрезмерное, резко выраженное напряжение» заметили у себя 25,2% отвечавших, а «полное отсутствие или весьма слабое напряжение» было у 10,3% преподавателей. Полученные нами данные корреспондируются с результатами исследования R.M.F. Oducado и соавт. [9]. Учёные выяснили, что более половины преподавателей в период пандемии во время работы испытывали умеренный стресс.

На вопрос, касающийся длительности состояния напряжения и стресса, 52,3% преподавателей ответили, что «испытывали напряжение в течение всего времени работы в дистанционном формате и выполнения необходимой работы». Каждый четвёртый преподаватель (25,2%) испытывал чрезмерное, резко выраженное напряжение.

Ответы на вопросы третьего блока показали, что психологическую поддержку для 25,9% опрошенных «оказывали коллеги по работе», 19,4% — «друзья», лишь 2,8% «обращались к профессиональному психологу», а 0,9% преподавателей — «к семье, к Богу».

M.S. Hagger и соавт. исследовали способы управления стрессом, вызванным пандемией [10]. Авторы пришли к выводу о том, что наилучшими способами служат психологическая помощь, связанная с переоценкой ценностей, изменение содержания мировосприятия, мироощущения человека. В нашем исследовании 60,2% преподавателей не обращались за психологической поддержкой или помощью в период дистанционной формы обучения, а это, возможно, негативно повлияло на их психическое здоровье.

Следующий наш вопрос касался именно способов управления стрессом преподавателей: «Какие способы расслабления от высоких рабочих нагрузок вы использовали?» (было предложено дать несколько вариантов ответа).

Большинство опрошенных выделили такие способы, как «прогулки» 58,3%. Далее следуют «общение с друзьями и близкими родственниками» (49,1%), «физическая активность» (45,4%), «увеличение продолжительности сна» (23,15%), «посещение различных сайтов, социальных сетей» (17,6%). По 1 человеку написали о таких способах, как поездки за город, фитнес, физическая работа по дому, не расслаблялись, музыка (по 0,9%). Наши данные подтверждают исследование A. Akour и соавт., которые выявили, что наиболее распространённым видом деятельности по совладанию со стрессом и самоконтролю было взаимодействие с семьёй [11].

Половина опрошенных нами преподавателей расслаблялись с помощью общения. C. Blanco и соавт. постулируют, что мощными предикторами физического и эмоционального здоровья служат социальная поддержка, социальная сплочённость и альтруизм [12].

Также C. Blanco и соавт. считают, что людям с лёгким или умеренным дистрессом, вызванным пандемией, помогают справиться медитация или релаксационные техники.

В нашем опросе каждый десятый респондент (9,3%) использовал «употребление спиртных напитков как способ снижения напряжения». Это совпадает с мнением M. Uji, который, исследуя влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье, подчёркивает, что в социально критических ситуациях обостряются личностные проблемы людей, в частности аддиктивное/зависимое поведение [13].

Переход на самоизоляцию и необходимость работы с использованием различных дистанционных платформ (Zoom, Microsoft teams, образовательный портал и др.) вызвали у 46,7% респондентов «стресс от необходимости адаптироваться к новым условиям преподавания».

На вопрос четвёртого блока «Чувствуете ли вы в себе душевный, интеллектуальный и физический потенциал для непрерывного освоения IT-технологий для будущей успешной работы в вузе?» большинство преподавателей (71,9%) ответили утвердительно. Однако каждый четвёртый преподаватель (25,2%) признался в том, что «он не готов осваивать современные технологии».

В целом преподаватели считают, что «их образовательная и научная работа в период пандемии была успешной» (62,6%). Около трети (28%) оценили свою «успешность на среднем уровне».

Таким образом, мы выявили основные факторы риска для психического здоровья преподавателей вузов, вызванные пандемией и вынужденным переходом на полное дистанционное обучение студентов. По данным исследования мы можем утверждать, что стресс и напряжение в условиях пандемии по-разному отразились на работоспособности и удовлетворённости преподавателей, но в целом не оказали негативного влияния на успешность и материализацию образовательных и научных планов. Полученные данные могут быть использованы врачами-клиницистами различного профиля, специалистами по гигиене труда и медицине труда, психиатрами, клиническими психологами, психологами труда, организационными психологами.

ВЫВОДЫ

1. Повсеместный переход на дистанционный формат обучения оказал неблагоприятное воздействие на физическое и психическое здоровье преподавателей. При этом отмечена высокая адаптивность преподавателей вузов к меняющимся условиям работы, обусловленным пандемией.

2. К числу факторов риска нарушения психического здоровья можно отнести увеличившуюся трудовую нагрузку, напряжение, вызванное этим явлением, жёсткий контроль над трудовой деятельностью преподавателей со стороны руководства.

3. Изучение психической напряжённости в условиях экстремальной ситуации показало, что у 86,1% преподавателей напряжение сопровождалось болями в различных областях тела, раздражительностью, бессонницей и др.

4. У 65% преподавателей присутствовала умеренная нервно-психическая напряжённость, а каждый четвёртый (25,2%) испытывал чрезмерное, резко выраженное напряжение. Степень напряжения может свидетельствовать о значимости ситуативных условий, высокой степени мотивации субъекта.

5. Преподаватели демонстрируют положительное отношение к себе, рост профессиональной компетентности, материализуют собственные способности, могут справляться с нормальными жизненными стрессами, что является составляющими понятия «психическое здоровье».

Заключение. По нашему мнению, необходимо разработать и реализовать здоровьесберегающую программу повышения психолого-педагогической компетентности, профилактики и сопровождения психического здоровья преподавателей вуза, направленную на повышение продуктивности профессиональной деятельности, качества образовательного процесса, развития личностных ресурсов, формирования психологических приёмов самосохранения, самореализации и самообразования личности педагогов.

Необходимо снижать риск нарушения психического здоровья на рабочем месте, который может быть связан с характером деятельности или непрерывно высокой нагрузкой, а также свести к минимуму неблагоприятный стиль действий руководства и негативные организационные практики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Brooks S., Webster R., Smith L. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020; 395 (10 227): 912–920. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.

2. Holmes E.A., O´Connor R.C., Perry V.H. et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7 (6): 547–560. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30168-1.

3. Волченкова К.Н. Анализ отношения преподавателей российского вуза к вынужденному дистанту. *Вестн. Южно-Уральского гос. ун-та. Серия: Образование. Педагогические науки.* 2020; 12 (4): 88–97. [Volchenkova K.N. Analysis of the attitude of Russian University teachers to forced distance learning. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Obrazovanie. Pedagogicheskie nauki.* 2020; 12 (4): 88–97. (In Russ.)]

4. Грунт Е.В., Беляева Е.А., Лисситса С. Дистанционное образование в условиях пандемии: новые вызовы российскому высшему образованию. *Перспективы науки и образования.* 2020; 5 (47): 45–58. [Grunt E.V., Belyaeva E.A., Lissitsa S. Distance education during the pandemic: new challenges to Russian higher education. *Perspektivy nauki i*

obrazovaniya. 2020; 5 (47): 45–58. (In Russ.)] DOI: 10.32744/pse.2020.5.3.

5. Кубекова А.С., Шагина И.Р., Смахтина Т.А. Дистанционная работа в медицинском университете: гендерные различия преподавателей вуза. *Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки.* 2020; 11 (1): 62–65. [Kubekova A.S., Shagina I.R., Smakhtina T.A. Distance work at a medical university: gender differences of University teachers. *Gumanitarnye, sotsial'no-ekonomicheskie i obshchestvennye nauki.* 2020; 11 (1): 62–65. (In Russ.)]

6. Всемирная организация здравоохранения. *Психическое здоровье*. 2020. https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response (дата обращения: 05.01.2021). [World Health Organization. *Mental health: strengthening our response*. 2020. https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response (access date: 05.01.2021) (In Russ.)]

7. Водопьянова Н.Е. *Психодиагностика стресса.* СПб.: Питер. 2009; 336 с. [Vodop'yanova N.E. *Psychodiagnostics of stress*. SPb.: Piter. 2009; 336 p. (In Russ.)]

8. Донских О.А. Новая нормальность. *Высшее образование в России.* 2020; 29 (10): 56–64. [Donskikh O.A. The new normal. *Vysshee obrazovanie v Rossii*. 2020; 29 (10): 56–64. (In Russ.)]

9. Oducado R.M.F., Rabacal J.S., Moralistf R.B., Tamdang K.A. Perceived stress due to COVID-19 pandemic among employed professional teachers. *Intern. J. Education Res. Innovat. (IJERI).* 2021; 15: 305–316. In press (access date: 05.01.2021).

10. Hagger M.S., Keech J.J., Hamilton K. Managing stress during the coronavirus disease 2019 pandemic and beyond: Reappraisal and mindset approaches. *Stress and Health*. 2020; 36 (3): 396–401. DOI: 10.1002/smi.2969.

11. Akour A., Al-Tammemi A.B., Barakat M. et al. The impact of the COVID-19 pandemic and emergency distance teaching on the psychological status of University teachers: A cross-sectional study in Jordan. *Am. J. Tropical Med. Hygiene*. 2020; 103 (6): 2391–2399. DOI: 10.4269/ajtmh.20-0877.

12. Blanco C., Wall M.V., Olfson M. Psychological aspects of the COVID-19 pandemic. *J. General Intern. Med*. 2020; 35 (9): 2757–2759. DOI: 10.1007/s11606-020-05955-3.

13. Uji M. Discussing the impact of COVID-19 on mental health from a psychological perspective. *Psychology.* 2020; 11: 1005–1008. DOI: 10.4236/psych.2020.117065.

Поступила 13.01.2021; принята в печать 14.02.2021.

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Неврологический вестник. 2021; Т. LIII (1): 28–33.

DOI: 10.17816/nb60249
УДК: 616.28-008.55

СТРУКТУРА ОСТРЫХ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ В НЕОТЛОЖНОЙ НЕВРОЛОГИИ

Александр Юрьевич Казанцев[1], Эдуард Закирзянович Якупов[1,2]

[1]Казанский государственный медицинский университет,
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49, engine90@bk.ru;
[2]Научно-исследовательский медицинский комплекс «Ваше здоровье»,
420097, г. Казань, ул. Достоевского, 52, zdorove.v@mail.ru

Реферат

Цель настоящего исследования — изучить структуру острых вестибулярных нарушений на этапе приёмно-диагностического отделения, а также выделить частоту угрожающих для жизни состояний.

Материал и методы. Проведён анализ острых вестибулярных нарушений на этапе оказания неотложной медицинской помощи в приёмных отделениях на базах неотложной неврологии ГАУЗ «Городская клиническая больница №7», ГАУЗ «Городская клиническая больница №18», а также сосудистого центра ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр» за период 2016–2020 гг. Диагноз устанавливали, исходя из клинико-анамнестических данных, по показаниям использовали дополнительные инструментальные методы исследования. Статистическая обработка данных проведена с использованием программы Microsoft Excel 10.0.

Результаты. Всего в исследование были включены 106 пациентов с достоверно установленной патологией периферического и центрального вестибулярного аппарата. Периферическая или функциональная природа вестибулярных нарушений была выявлена у 84% пациентов. 57% пациентов имели доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, причём у 42% пациентов данный приступ выявлялся повторно. Вестибулярный нейронит и синдром Рамсея Ханта обнаружены у 15% пациентов. Острое нарушение мозгового кровообращения было диагностировано у 10% пациентов (10 ишемических инсультов и 1 транзиторная ишемическая атака). 1 пациентка имела аномалию Арнольда–Киари с последующим развитием окклюзионной гидроцефалии. Таким образом, 11% пациентов имели угрожающую жизни причину вестибулярной патологии, среди них только у 2 пациентов присутствовала изолированная вестибулярная симптоматика. Вестибулярная мигрень была диагностирована ещё у 5% пациентов.

Выводы. Угрожающие жизни причины вестибулярной патологии составляют 11% всех случаев. Очаговая неврологическая симптоматика является основным «красным флагом» системного головокружения. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение диагностируют в 57% случаев вертиго в приёмном покое.

Ключевые слова: головокружение, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, системное головокружение, острое нарушение мозгового кровообращения, инсульт, вестибулярный нейронит, приёмный покой.

THE ACUTE VESTIBULAR DYSFUNCTION IN EMERGENCY NEUROLOGY

Aleksandr Yu. Kazancev[1], Eduard Z. Yakupov[1,2]

[1]Kazan State Medical University,
420012, Kazan, Butlerov str., 49, engine90@bk.ru;
[2]Scientific Research Medical Complex “Vashe Zdorovye”,
420097, Kazan, Dostoevsky str., 52, zdorove.v@mail.ru

Abstract

The aim of this study is to research the structure of acute vestibular disorders at the stage of the emergency room and to determine the frequency of occurrence of life-threatening conditions.

Material and methods. It was made the analysis of acute vestibular disorders at the stage of emergency room of the Neurology department of Clinical Hospital No. 7, City Clinical Hospital No. 18 and stroke center of Interregional Clinical Diagnostic Center in Kazan, Tatarstan Republic, Russian Federation, for the period 2016–2020. The diagnosis of vestibular disorders was established on the basis of clinical data. There were additional instrumental researches made in doubtful cases. Statistical data processing was made using Microsoft Excel 10.0 program.

Results. The study included 106 patients in total with reliably established pathology of the peripheral or central vestibular system. The peripheral or functional nature of vestibular disfunctions were identified in 84% patients. 57% patients had benign paroxysmal positional vertigo. 42% of these patients had repeated benign paroxysmal positional vertigo attack. Vestibular neuronitis and Ramsey Hunt syndrome were detected in 15% patients. Acute cerebrovascular origin was diagnosed in 10% patients (10 ischemic strokes and 1 transient ischemic attack). 1 patient had an Arnold–Chiari malformation with the development of occlusive hydrocephalus. So, 12 patients had a life-threatening cause of vestibular pathology, among them only 2 patients had isolated vestibular symptoms. Vestibular migraine was diagnosed in another 5% patients.

Conclusions. Life-threatening causes of vestibular pathology account for 11% of all cases. Focal neurological symptoms are the main “red flags” of systemic vertigo. Benign paroxysmal positional vertigo is detected in 57% of cases of vertigo in the emergency room.

Keywords: dizziness, benign paroxysmal positional vertigo, vertigo, stroke, vestibular neuritis, emergency room.

Около 20% всех жалоб пациентов в приёмном отделении приходится на головокружение [1]. Среди этих жалоб около 20% приходится на системное головокружение (или вертиго) [2]. Вестибулярные нарушения — сложный и противоречивый клинический синдром. С одной стороны, несмотря на чрезвычайно выраженную симптоматику, причиной системного головокружения может быть благоприятный периферический вестибулярный синдром (например, вестибулярный нейронит), но с другой стороны, пациент, имеющий схожую симптоматику, может иметь угрожающий жизни инсульт в мозжечке с риском развития отёка мозга (центральный вестибулярный синдром) [3].

С одной стороны, вестибулярная симптоматика является преимущественно патологией оториноларингологической специальности, но с другой стороны, в России пациенты с системным головокружением за экстренной помощью в подавляющем большинстве случаев обращаются к врачам-неврологам [4, 5]. Лишь тщательный неврологический осмотр с применением специфических вестибулярных тестов может дать ответ на вопрос о генезе вестибулярных расстройств [6].

Основные страхи пациента и врача связаны с тем, что системное головокружение может быть проявлением острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Однако противоречивость вестибулярной патологии продолжается и по данному вопросу. Данные о вкладе ОНМК в структуру вестибулярных расстройств разнятся от 0,7% [7] до 20% [8]. Существует два диаметрально противоположных мнения.

1. Гипердиагностика сосудистых и гиподиагностика периферических причин головокружения с применением неоправданно большого количества дорогостоящих дополнительных методов обследования, особенно характерная для отечественной медицины [4, 5, 7, 9–11].

2. Гипердиагностика периферических и гиподиагностика центральных причин головокружения, более актуальная для зарубежной медицины [12–15]. Приводят данные, что при первом эпизоде острого вестибулярного синдрома (ОВС) в приёмном отделении ошибочно не диагностируют 10% инсультов [16] и до 90% транзиторных ишемических атак, особенно у людей моложе 50 лет [17]. У 62% пациентов с ОНМК в вертебробазилярном бассейне в анамнезе присутствовал, как минимум, один эпизод системного головокружения, а у 19% оно было первым симптомом инсульта с последующим развитием более грубой очаговой неврологической симптоматики [18].

Причиной затруднений, помимо гетерогенности вестибулярной патологии, бывают недостаточная информативность инструментальных методов исследования для диагностики очагов в стволе мозга и решающее значение клинического осмотра. Так, компьютерная томография (КТ) имеет очень низкую чувствительность — лишь 16% [19], магнитно-резонансная томография (МРТ) в режиме DWI в течение первых 24 ч имеет чувствительность 80% при очагах в размере более 1 см и 50% при очагах менее 1 см в диаметре [20]. Клинический осмотр может достигать чувствительности 99% и специфичности 97% [6], хотя важность нейровизуализации также не вызывает сомнений [21], а центральный, бьющий вниз нистагм иногда может встречаться и при периферических вестибулопатиях (например, при болезни Меньера) [22].

Кроме ОНМК, причиной угрожающих жизни состояний вестибулярной патологии могут быть такие заболевания, как аномалия Арнольда–Киари с риском развития окклюзионной гидроцефалии, объёмные образования, инфекционные и токсические поражения головного мозга [15, 23–25]. Считают, что от 5% [26] до 25% [15] всех причин системного головокружения могут составлять потенциально угрожающие жизни состояния.

Цель исследования: изучить структуру острых вестибулярных нарушений на этапе приёмно-диагностического отделения, а также выделить частоту угрожающих жизни состояний.

Материал и методы. В исследование были включены 106 пациентов с острой вестибулярной патологией. Набор пациентов осуществляли на базах отделения неотложной неврологии ГАУЗ «Городская клиническая больница №7», неврологического отделения ГАУЗ «Городская клиническая больница №18», а также сосудистого центра ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр» за период 2016–2020 гг. Диагноз устанавливали, исходя из клинико-анамнестических данных, по показаниям использовали дополнительные инструментальные методы исследования, такие как МРТ головного мозга, видеонистагмография, аудиометрия, осмотр оториноларингологом, рутинные методы обследования.

Критерии включения в исследование: наличие остро развившего вестибулярного синдрома, достоверно установленный диагноз, возраст старше 18 лет.

Критерии исключения: предшествующий тяжёлый неврологический дефицит или выраженные когнитивные нарушения, смешанные формы головокружения, некорригируемые расстройства зрения или опорно-двигательного аппарата, отказ пациента от проведения специфических вестибулярных проб или исследований.

Результаты и обсуждение. Распределение пациентов по нозологическим единицам отображено в табл. 1.

Самой частой острой вестибулярной дисфункцией было доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), что согласуется со всеми литературными данными [27, 28]. При анализе данных анамнеза выяснилось, что у 42% данный эпизод был повторным в течение их жизни, что несколько выше среднестатистических цифр, где частота рецидивов составляет, по данным различных источников, 20,5–37% [28], хотя в некоторых исследованиях дости-

Таблица 1

Распределение пациентов по нозологическим единицам

Заболевание	Количество пациентов (n=106), %
ДППГ	57
Вестибулярный нейронит	12
ОНМК	10
Вестибулярная мигрень	5
Болезнь Меньера	5
Персистирующее постурально-перцептивное (функциональное) головокружение	5
Синдром Рамсея Ханта	3
Перилимфатическая фистула	1
Вестибулярная пароксизмия	1
Двусторонняя вестибулопатия	1
Аномалия Арнольда–Киари	1

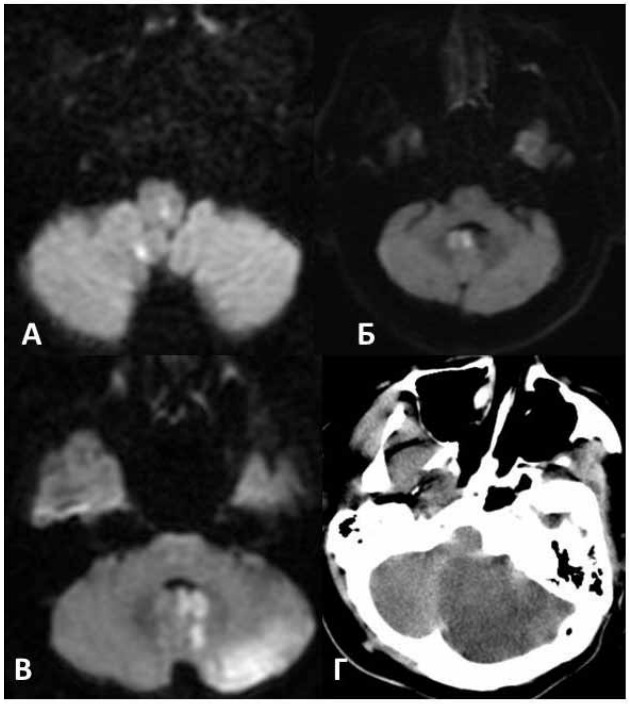

Рис. 1. Нейровизуализационные данные отдельных пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения:
А — магнитно-резонансная томограмма в режиме DWI (МРТ DWI) у пациента с очагами в стволе и мозжечке; Б — МРТ DWI пациента с изолированным острым вестибулярным синдромом; В — МРТ DWI пациентки с вестибуло-мозжечковой симптоматикой через 1,5 ч после дебюта системного головокружения; Г — компьютерная томограмма той же пациентки через 14 ч, развитие отёка головного мозга и вклинение в большое затылочное отверстие

гает 56% [25, 27]. Частота рецидивов ДППГ меньше в более современных исследованиях.

В международных клинических рекомендациях по ДППГ от 2008 г. частота рецидивов составляет 37–50% [28], в то время как в рекомендациях 2017 г. — 36% [29]. Возможно, это связано с улучшением уровня диагностики заболевания в Западных странах и, соответственно, с дефектом диагностики заболевания в России. Информирование пациента о генезе ДППГ — чрезвычайно важный пункт лечения, поскольку позволяет пациентам самостоятельно распознавать симптомы ДППГ и снизить количество обращений за медицинской помощью, в том числе вызовов скорой медицинской помощи [28].

У 31 пациента (52% случаев) выявлено правостороннее поражение, у 23 пациентов (38% случаев) — левой стороны, у 6 пациентов (10% случаев) — сочетанное поражение. У 4 пациентов было диагностировано поражение горизонтального полукружного канала. Таким образом, у 50 (83%) пациентов встречалось поражение заднего полукружного канала (типичные формы ДППГ), у 10 (17%) — поражение горизонтального полукружного канала или двустороннее поражение (атипичные формы ДППГ).

В нашей выборке 11 пациентов (6 мужчин и 5 женщин; Me=68,5 года) имели ОНМК. Из них у 10 пациентов был ишемический инсульт, у 1 пациента — транзиторная ишемическая атака. У 2 пациентов не было выявлено очаговой неврологической симптоматики, диагностирован ишемический инсульт с изолированным ОВС и очагом в области червя мозжечка (рис. 1, Б). У 9 пациентов присутствовала очаговая неврологическая симптоматика. Характер очаговой неврологической симптоматики отображён в табл. 2.

Таблица 2

Распределение очаговой неврологической симптоматики в пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения и системным головокружением

Симптоматика	Доля, %
Мозжечковая динамическая атаксия	82
Пирамидная симптоматика/парез	45
Изолированная вестибулярная симптоматика	18
Глазодвигательные расстройства	18
Бульбарная симптоматика	9

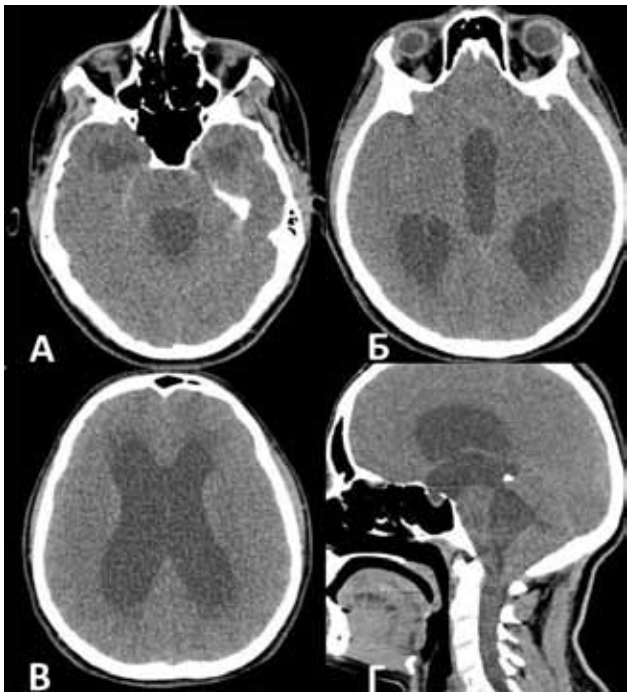

Рис. 2. Окклюзионная гидроцефалия у пациентки с аномалией Арнольда–Киари на компьютерной томограмме головного мозга:
А–В — аксиальные срезы, резко расширенные IV, III и боковые желудочки; Г — сагиттальный срез, пролабирование миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие, резко расширенные желудочки мозга

На МРТ-изображениях головного мозга у всех 10 пациентов был, как минимум, один очаг в мозжечке. У 6 пациентов присутствовала только вестибуло-мозжечковая симптоматика без прочей очаговой симптоматики. Ни у одного пациента с ОНМК не была выявлена положительная проба Хальмаги. В клинической практике зачастую вызывает затруднение определение мозжечковой симптоматики, ввиду чего диагностика ОВС представляет особые сложности [21].

У 1 пациентки с изолированной вестибуло-мозжечковой симптоматикой течение заболевания осложнилось развитием отёка головного мозга и необходимостью проведения декомпрессионной краниотомии, несмотря на своевременно проведённую тромболитическую терапию (рис. 2, В, Г). Всего тромболитическая терапия была проведена 3 пациентам из 11 (у всех пациентов оценка по шкале инсульта Национального института здоровья не превышала 3 баллов), ни у одного пациента не было геморрагических осложнений. Таким образом, очаговая неврологическая симптоматика присутствует в этой подгруппе пациентов в 82% случаев, у 18% пациентов был выявлен изолированный ОВС.

Пациенты с вестибулярным нейронитом (n=13, 8 женщин и 5 мужчин) составили группу в возрасте от 28 до 70 лет (Me=56 лет [51, 61]). В 3 случаях заболеванию предшествовала или сопутствовала острая респираторная вирусная инфекция, в 1 случае — герпетическая инфекция 3-го типа (*varicella zoster*) с поражением корешка Th_8 слева. Таким образом, в 31% случаев заболевание имело доказанную вирусную этиологию. Согласно данным литературы, приблизительно 40% случаев вестибулярного нейронита обусловлено инфекционной этиологией [30]. В 5 (38%) случаях для дифференциальной диагностики с инсультом проводили МРТ головного мозга — данные пациенты были в возрасте старше 60 лет, имели факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, высокое артериальное давление.

У 3 пациентов (2 женщин и 1 мужчины) причиной развития вестибулярной симптоматики было герпетическое поражение VII и VIII пар черепных нервов с развитием синдрома Рамсея Ханта. Системное головокружение — нередкий симптом данного заболевания, возникает в 31,8% всех случаев [31]. У 2 пациентов головокружение возникло после развития пареза лицевого нерва, у 1 пациента системное головокружение наряду с болью без высыпаний в заушной области было первым симптомом заболевания, и на следующий день присоединились невропатия лицевого нерва и высыпания на ушной раковине. Вестибулярный синдром данных пациентов имел все клинические характеристики вестибулярного нейронита: сопровождался классическим нистагмом с положительной пробой Хальмаги.

Среди прочих пациентов интерес представляет наблюдение пациентки с впервые выявленной аномалией Арнольда–Киари, протекавшей с острой вестибуло-мозжечковой симптоматикой, течение которой осложнилось окклюзионной гидроцефалией. Системное головокружение бывает нечастым симптомом мальформации Арнольда–Киари — 18% [32]. Острый дебют для заболевания не характерен, особенно у взрослых, описаны лишь единичные клинические случаи, среди которых встречается системное головокружение с развитием окклюзионной гидроцефалии [33–35].

Наша пациентка 22 лет поступила по неотложной помощи с жалобами на головную и шейную боль,

системное головокружение с тошнотой, эпизод потери сознания без судорог, расценённый как проявление рефлекторного синкопе. В течение 2 нед отмечала появление и прогрессирование постоянной головной боли, которая имела тенденцию усиливаться в ночное время («красный флаг» головной боли!). За 2 дня до поступления начала отмечать головокружение с ощущением вращения окружающего пространства, шаткость при ходьбе, усиление головной боли до 10 баллов по визуально-аналоговой шкале. Анамнез жизни был без особенностей, за исключением эпизодических головных болей с 17 лет, которые пациентка связывала с мигренью, за медицинской помощью не обращалась.

На следующий день после госпитализации развились общемозговая симптоматика, рвота, при объективном осмотре выявлены анизокория, мозжечковая симптоматика, а также вертикальный, направленный вниз нистагм. Пациентке экстренно была выполнена КТ головного мозга, при которой была выявлена аномалия Арнольда–Киари с развитием окклюзионной гидроцефалии (рис. 2) с последующей консультацией нейрохирурга и экстренным оперативным лечением. В дальнейшем больная полностью вернулась к обыденной жизни с минимальными элементами мозжечковой симптоматики, успешно закончила высшее учебное заведение.

Таким образом, в нашей выборке (n=106) угрожающие жизни причины системного головокружения выявлены в 11% случаев. 2% пациентов потребовалось экстренное нейрохирургическое пособие. Клинико-анамнестические данные и отоневрологический осмотр обычно позволяют заподозрить генез вестибулярной симптоматики без проведения нейровизуализации.

ВЫВОДЫ

1. Больше половины пациентов с острой вестибулярной патологией имеют доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (57%).

2. Выявлена высокая частота рецидивирующих форм доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения, что, на наш взгляд связано с дефектом диагностики заболевания и отсутствием информированности пациентов об этиологии и «доброкачественности» данного заболевания.

3. 11% пациентов с острой вестибулярной патологией имеют угрожающие жизни причины системного головокружения, в первую очередь связанные с острым нарушением мозгового кровообращения. Клинический осмотр позволяет выявить причину системного головокружения в таких случаях без применения инструментальных методов исследования. Очаговая неврологическая симптоматика бывает основным «красным флагом» системного головокружения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Newman-Toker D.E., Hsieh Y.H., Camargo C.A.Jr. et al. Spectrum of dizziness visits to US emergency departments: cross-sectional analysis from a nationally representative sample. *Mayo Clin. Proc*. 2008; 83: 765–775. DOI: 10.4065/83.7.765.

2. Spiegel R., Kirsch M., Rosin C. Dizziness in the emergency department: an update on diagnosis. *Swiss Med. Wkly*. 2017; 147 (27): 145–165. DOI: 10.4414/smw.2017.14565.

3. Богданов Э.И. *Сосудистое головокружение: вестибулярный синдром при цереброваскулярных заболеваниях*. Казань: Казань. 2011; 114 с. [Bogdanov E.I. *Vascular dizziness: Vestibular syndrome in cerebrovascular diseases*. Kazan: Kazan. 2011; 114 p. (In Russ.)]

4. Замерград М.В. *Возрастные аспекты диагностики и лечения головокружения*. Автореферат дисс. … д-ра мед. наук. 14.01.11. М. 2015; 50. [Zamergrad M.V. *Age aspects of the diagnosis and treatment of vertigo*. Abstract of the diss. … Doctor of Medical Sciences. 14.01.11. M. 2015; 50. (In Russ.)]

5. Кудрявцева А.С. *Дифференциальная диагностика вестибулярных расстройств у пациентов с предварительным диагнозом хронической недостаточности мозгового кровообращения в вертебрально-базилярном бассейне или синдромом вегетативной дисфункции*. Автореферат дисс. … кандидата мед. наук. 14.01.11. СПб. 2018; 22. [Kudryavtseva A.S. *Differential diagnosis of vestibular disorders in patients with a preliminary diagnosis of chronic insufficiency of cerebral circulation in the vertebrobasilar region or autonomic dysfunction syndrome*. Abstract of the diss. … candidate of medical sciences. 14.01.11. St. Petersburg. 2018; 22. (In Russ.)]

6. Newman-Toker D.E., Kerber K.A., Hsieh Y.H. et al. HINTS Outperforms ABCD2 to Screen for stroke in acute continuous vertigo and dizziness. *Acad. Emerg. Med*. 2013; 20: 987–996. DOI: 10.1111/acem.12223.

7. Kerber K.A., Brown D.L., Lisabeth L.D. et al. Stroke among patients with dizziness, vertigo, and imbalance in the emergency department: a population-based study. *Stroke*. 2006; 37 (10): 2484–2487. DOI: 10.1161/01.STR.0000240329.48263.0d.

8. Royl G., Ploner C.J., Leithner C. Dizziness in the emergency room: diagnoses and misdiagnoses. *Eur. Neurol*. 2011; 66: 256–263. DOI: 10.1159/000331046.

9. Лебедева Н.В. *Дифференциальный диагноз и лечение головокружения в амбулаторной практике*. Дисс. … кандидата мед. наук. М. 2017; 136. [Lebedeva N.V. *Differential diagnosis and treatment of vertigo in outpatient practice*. Diss. … candidate of medical sciences. M. 2017; 136. (In Russ.)]

10. Kovacs E., Wang X., Grill E. Economic burden of vertigo: a systematic review. *Health Econ. Rev*. 2019; 37 (9): 51–58. DOI: 10.1186/s13561-019-0258-2.

11. Von Brevern M., Radtke A., Lezius F. et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population-based study. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 2007; 78 (7): 710–715.

12. Newman-Toker D.E., Moy E., Valente E. et al. Missed diagnosis of stroke in the emergency department: a cross-sectional analysis of a large population based sample. *Diagnosis*. 2014; (1): 155–166.

13. Tarnutzer A.A., Berkowitz A.L., Robinson K.A. et al. Does my dizzy patient have a stroke? A systematic review of bedside diagnosis in acute vestibular syndrome. *CMAJ*. 2011; 183 (9): 571–592. DOI: 10.1503/cmaj.100174.

14. Tehrani A.C., Kattah J.C., Kerber K.A. et al. Diagnosing stroke in acute dizziness and vertigo. Pitfalls and pearls. *Stroke*. 2018; 49: 788–795. DOI: 10.1161/STROKEAHA.117.016979.

15. Zwergal A., Dieterich M. Vertigo and dizziness in the emergency room. *Curr. Opin. Neurol*. 2020; 33 (1): 117–125. DOI: 10.1097/WCO.0000000000000769.

16. Tarnutzer A.A., Lee S.H., Robinson K.A. et al. ED misdiagnosis of cerebrovascular events in the era of modern neuroimaging: a meta-analysis. *Neurology*. 2017; 88: 1468–1477.

17. Atzema C.L., Grewal K., Lu H. et al. Outcomes among patients discharged from the emergency department with a diagnosis of peripheral vertigo. *Ann. Neurol*. 2016; 79: 32–41.

18. Lee C.C., Su Y.C., Ho H.C. et al. Risk of stroke in patients hospitalized for isolated vertigo: a four-year follow-up study. *Stroke*. 2011; 42 (1): 48–52. DOI: 10.1161/STROKEAHA.110.597070.

19. Chalela J.A., Kidwell C.S., Nentwich L.M. et al. Magnetic resonance imaging and computed tomography in emergency assessment of patients with suspected acute stroke: a prospective comparison. *Lancet*. 2007; 369: 293–298. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60151-2.

20. Saber Tehrani A.S., Kattah J.C., Mantokoudis G. et al. Small strokes causing severe vertigo: frequency of false-negative MRIs and nonlacunar mechanisms. *Neurology*. 2014; 83: 169–173.

21. Хузина Г.Р., Богданов Э.И. Клинико-неврологическое и МР-томографическое исследования инсультов мозжечка. *Казанский мед. ж*. 2008; 89 (2): 118–123. [Khuzina G.R., Bogdanov E.I. Clinical neurological and MRI studies of cerebellar strokes. *Kazan Medical Journal*. 2008; 89 (2): 118–123. (In Russ.)]

22. Lee Sun-Uk, Kim Hyo-Jung, Choi Jeong-Yoon et al. Ictal downbeat nystagmus in Ménière disease. A cross-sectional study. *Neurology*. 2020; 95 (17): 2409–2417. DOI: 10.1212/WNL.0000000000010653.

23. Choi S.A., Byun J.Y., Lee S.K. Herpes simplex encephalitis suffered rotatory dizziness as a primary symptom. *Res. Vestibular Sci*. 2013; 12 (2): 67–71.

24. Shin D.H., Kim B.R., Shin J.E., Kim C.H. Clinical manifestations in patients with herpes zoster oticus. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol*. 2016; 273 (7): 1739–1743. DOI: 10.1007/s00405-015-3756-9.

25. Strupp M., Dieterich M., Brandt T. The Treatment and natural course of peripheral and central vertigo. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2013; 110 (29): 505–516. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0505.

26. Navi B.B., Kamel H., Shah M.P. et al. Rate and predictors of serious neurologic causes of dizziness in the emergency department. *Mayo Clin. Proc*. 2012; 87 (11): 1080–1088. DOI: 10.1016/j.mayocp.2012.05.023.

27. Брандт Т., Дитерих М., Штрупп М. *Головокружение*. Пер. с англ. Под ред. М.В. Замерграда. М.: Практика. 2009; 200. [Brandt T., Dieterich M., Shtrupp M. *Dizziness*. Transl. from English. By M.V. Zamergrad ed. M.: Practice. 2009; 200. (In Russ.)]

28. Bhattacharyya N. Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). *Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2017; 156 (3): 1–47. DOI: 10.1177/0194599816689667.

29. Bhattacharyya N. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2008; 139 (5): 47–81. DOI: 10.1016/j.otohns.2008.08.022.

30. Пальчун В.Т., Гусева А.Л., Байбакова Е.В., Макоева А.А. Вестибулярный нейронит. *Consilium Med*. 2017; 19 (2): 64–70. [Palchun V.T., Guseva A.L., Baibakova E.V., Makoeva A.A. Vestibular neuronitis. *Consilium Medicum*. 2017; 19 (2): 64–70. (In Russ.)]

31. Sweeney C.J., Gilden D.H. Ramsay Hunt syndrome. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 2001; 71 (2): 149–154. DOI: 10.1136/jnnp.71.2.149.

32. Guerra Jiménez G., Mazón Gutiérrez Á., Marco de Lucas E. et al. Audio-vestibular signs and symptoms in Chiari malformation type I. Case series and literature review. *Acta Otorrinolaringol. Esp*. 2015; 66 (1): 28–35. DOI: 10.1016/j.otorri.2014.05.002

33. Chandrashekhar S., De Sousa E.F. Clinical reasoning: A young healthy woman with difficult-to-wean acute ventilator dependence. *Neurology*. 2020; 94 (12): 1340–1343. DOI: 10.1212/WNL.0000000000009150.

34. McClugage S.G., Oakes W. The Chiari I malformation. *J. Neurosurg. Pediatr*. 2019; 24 (3): 217–226. DOI: 10.3171/2019.5.PEDS18382.

35. Schneider B., Birthi P., Salles S. Arnold–Chiari 1 malformation type 1 with syringohydromyelia presenting as acute tetraparesis: a case report. *J. Spinal Cord. Med*. 2013; 36 (2): 161–165. DOI: 10.1179/2045772312Y.0000000047.

Поступила 07.02.2021; принята в печать 16.02.2021.

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Неврологический вестник. 2021; Т. LIII (1): 34–40.

DOI: 10.17816/nb57154
УДК: 615.851:616.34-009.1

РОЛЬ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТРЕВОГИ И АЛЕКСИТИМИИ КАК ПРЕДИКТОРОВ ВЫРАЖЕННОСТИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА У ЖЕНЩИН

Алексей Игоревич Мелёхин

Гуманитарный институт им. П.А. Столыпина,
107076, г. Москва, ул. Бухвостова, 1-я, 12/11, корп. 20., e-mail: clinmelehin@yandex.ru

Реферат

Цель работы. Проведение анализа участия желудочно-кишечной специфической тревоги и алекситимии в прогнозировании тяжести заболевания у 194 женщин с синдромом раздражённого кишечника умеренной и тяжёлой степени выраженности рефрактерного течения (средняя продолжительность заболевания 38,4 мес).

Методы исследования. Gastrointestinal Symptom Rating Scale-IBS (GSRS-IBS), Irritable Bowel Syndrome Severit Scoring System (IBS-SSS), Visceral Sensitivity Index (VSI), TAS-20, HADS и SF-12.

Результаты. Показано, что у женщин тяжесть синдрома раздражённого кишечника и риск рефрактерного течения тесно связаны с высокой алекситимией и неконтролируемой желудочно-кишечной специфической тревогой, которые также связаны друг с другом. Пациентки с тяжёлой степенью синдрома раздражённого кишечника значительно отличаются от пациенток с умеренной степенью симптомокомплексом проявлений (болевой синдром, вздутие, диарея), удовлетворённостью качеством жизни, выраженными симптомами депрессии, висцеральной чувствительности и алекситимии, что способствует формированию ряда терапевтических барьеров. Регрессионный анализ показал, что тяжесть синдрома раздражённого кишечника в одинаковой степени предсказывалась наличием у пациентки алекситимии и желудочно-кишечной специфической тревоги.

Выводы. Алекситимия, особенно трудности выражения негативных эмоций (например, раздражение, гнев), описания чувств, желаний другим людям, оказалась более сильным фактором у женщин, предсказывающим тяжесть синдрома раздражённого кишечника, по сравнению с желудочно-кишечной специфической тревогой. Представленная симптоматическая картина алекситимических проявлений у пациенток с синдромом раздражённого кишечника показывает, что нарушения эмоциональной осведомлённости отражаются на патогенезе, спектре перестраховочного и избегающего поведения.

Ключевые слова: синдром раздражённого кишечника, желудочно-кишечная специфическая тревога, алекситимия, эмоциональная осведомлённость, ось «нервная система-кишечник».

THE ROLE OF GASTROINTESTINAL SPECIFIC ANXIETY AND ALEXITHYMIA AS PREDICTORS OF THE SEVERITY OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN WOMEN

Aleksey I. Melehin

Humanitarian Institute named after P.A. Stolypin,
107076, Moscow, Bukhvostova str., 1-ya, 12/11, bldg. 20.,
e-mail: clinmelehin@yandex.ru

Abstract

Aim. To analyze the role of gastrointestinal specific anxiety and alexithymia in predicting the severity of the disease in 194 women with moderate to severe IBS with refractory course (average duration of the disease 38.4 months).

Methods of investigation. Gastrointestinal Symptom Rating Scale-IBS (GSRS-IBS), Irritable Bowel Syndrome Severity Scoring System (IBS-SSS), Visceral Sensitivity Index (VSI), TAS-20, HADS, and SF-12.

Results. It was shown that in women, the severity of irritable bowel syndrome and the risks of refractory course are closely related to high alexithymia and uncontrolled gastrointestinal specific anxiety, which are also related to each other. Patients with severe IBS significantly differ from patients with moderate symptomocoplex manifestations (pain, bloating, diarrheal manifestations), satisfaction with the quality of life, pronounced symptoms of depression, visceral sensitivity and alexithymia, which contributes to the formation of a number of therapeutic barriers. Regression analysis showed that the severity of IBS was equally predicted by presence of alexithymia and gastrointestinal specific anxiety in the patient.

Conclusions. Alexithymia, especially the difficulty of expressing negative emotions (for example, irritation, anger), describing feelings, desires to other people, was a stronger factor in women predicting the severity of IBS compared to gastrointestinal specific anxiety. The presented symptomatic picture of alexithymic manifestations in patients with IBS shows that violations of emotional awareness affect the pathogenesis, the spectrum of reinsurance and avoidance behavior.

Keywords: irritable bowel syndrome, gastrointestinal specific anxiety, alexithymia, emotional awareness.

С каждым годом распространённость *синдрома раздражённого кишечника* (СРК) значительно увеличивается и сопровождается ухудшением качества жизни, психосоциального функционирования пациента, а также значительной социально-экономической нагрузкой из-за высоких прямых и косвенных издержек [1, 2].

В зарубежной практике данное расстройство рассматривают как нарушение *кишечно-мозгового взаимодействия* (disorders of gut-brain interaction [2]) или разновидность *расстройства телесного дистресса* (bodily distress disorder [3]), которое характеризуется наличием у пациента рецидивирующих болей в абдоминальной области и/или связанными с ними изменениями в транзите кишечника (диарея, вздутие, запор), а также спектром дополнительных симптомов (усталость, головокружение, головная боль, болевые синдромы, дисменорея и др.) без наличия структурных изменений в желудочно-кишечном тракте [4].

Мы предполагаем, что СРК представляет собой физиологическое выражение аффективного расстройства. Физиологических диагностических маркёров СРК по сей день не существует, и данное расстройство уже давно признано биопсихосоциальным, то есть оно представляет собой многофакторное нарушение регуляции оси «нервная система-кишечник» с изменениями на различных уровнях *кишечной* (энтеральной), *нервной* и *иммунной* систем или нарушением взаимодействия между этими системами [2].

Несколько различных факторов связано с СРК, включая коморбидные психические расстройства (тревожный спектр, депрессии), синдром хронической тазовой боли, эндометриоз, гиперактивный мочевой пузырь и др. [5, 6]. Значительная часть пациентов с СРК может не соответствовать полным гастроэнтерологическим диагностическим критериям или демонстрировать только «подпороговые» клинические характеристики симптомов, не реагировать на соматотропную (например, миотропные спазмолитики), психотропную терапию, изменения в образе жизни и питании [3]. Это привело к возникновению проблемы *рефрактерного течения СРК* и поиску психологических предикторов, которые бы объясняли тяжесть СРК и плохой ответ на терапию у пациентов [4].

В повседневных клинических условиях у пациентов с СРК можно отметить специфическую тревогу о здоровье, которая сопровождается избегающим, перестраховочным поведением, феноменом «лечения в аптеке» с перебором лекарств, а также распространённостью алекситимии с частотой в диапазоне от 66 до 87% случаев [7]. Пациенты с СРК проявляют большую эмоциональную экспрессивность с преобладанием негативных эмоций (например, раздражением), которые они берут под контроль и направляют на себя, что отражает эмоциональную уязвимость, потенциально связанную с низкими когнитивно-поведенческими навыками регуляции и гибкого выражения эмоций другому человеку с помощью речи [8–10]. Показано, что трудности идентификации чувств (недостаток в выражении своих внутренних переживаний), а также их описание значимым людям (Другому) влияет на степень выраженности симптомов СРК.

Вслед за З. Фрейдом и Ж. Лаканом следует отметить, что в основе алекситимии лежит нехватка Другого для процесса репрезентации неудачи и интерсубъективного несоответствия [2]. Эта ситуация с её комбинацией неприятного и привлекательного для Другого оставляет следы в памяти, и эта ситуация повторяется неоднократно, что получило название *фасилитации* [2]. Другой играет центральную роль в конструировании себя, что мы видим в стадии зеркала Ж. Лакана. Младенцу не хватает сенсомоторной координации, им движут потребности и импульсы, которые он не может контролировать.

В интерпретации Ж. Лакана «Я» как совокупность представлений возникает как реакция на это тревожное состояние. В основе его лежит отождествление с образом тела, которое приобретается путём отождествления с образом другого. Этот тип отождествления называют воображаемым. Образ тела даёт ребёнку возможность увидеть себя как единое целое и таким образом достичь самообладания. На стадии зеркала образ Другого служит основой для создания образа себя; это указывает на то обстоятельство, что фактическое присутствие Другого важно для создания этого опыта единства.

С другой стороны, Ж. Лакан подчёркивает, что роль Другого не ограничивается функцией образа. Через Другого ребёнок входит в язык и культуру, или то, что Ж. Лакан называет символическим порядком. Его основная идея заключается в том, что с помощью языка и повествования даются именования ребёнка, его внутренней жизни и окружающего мира. Посредством символического порядка на реальность накладываются дискурсы, в результате чего внутреннее и внешнее становится понятным и управляемым. Ж. Лакан подчёркивает как важность присутствия Другого для создания опыта единства, так и структурирующий эффект языка в процессе приобретения представлений. Также выделяет необходимость интеграции в язык переживаний, вызывающих страдания.

С помощью языка можно поделиться опытом и расположиться в отношении к преобладающим в культуре идеям и практикам. Ж. Лакан указывает, что на этом пути происходит процесс формирования желающего субъекта, который связан с тем, что З. Фрейд называл *психоневротическим развитием* [2].

Говоря про отношения с Другим вслед за З. Фрейдом и Ж. Лаканом, на данный момент показано, что алекситимия у пациентов с СРК связана с небезопасными стилями привязанности [10, 11]. Также показано, что пациентам с СРК свойственна специфическая схема восприятия себя (Self-schema), включающая определённые по структуре когнитивные убеждения, установки и самовосприятие. Эта схема хранится в памяти и влияет на поступающую информацию [12]. Последние данные свидетельствуют о том, что когнитивно-поведенческая терапия, направленная на улучшение эмоциональной осведомлённости, уменьшает болевые проявления при СРК [4, 12].

Желудочно-кишечная специфическая тревога как разновидность тревоги о здоровье у пациентов с СРК относится к когнитивно-аффективной и поведенческой реакциям, возникающим у пациента из-за страха перед желудочно-кишечными ощущениями или симптомами («опять начнётся вздутие, и я не смогу работать»), а также контекстом (метро, совещание, утром перед выходом на работу), в котором эти висцеральные абдоминальные ощущения и симптомы возникают. Эта тревога сосредоточена конкретно на основных особенностях СРК (боль в животе, диарея, запор) в конкретных контекстах, таких как ситуации, связанные с едой или местом, в которых нет возможности сходить в туалет, поставить клизму, выпить таблетку [13]. Данная форма тревоги относится к форме когнитивного гипервозбуждения и сопровождается особенностями речи у пациента и спектром поведения, который может усиливаться под вечер [1].

Несмотря на различия между алекситимией и желудочно-кишечной тревогой, они вызывают трудности в эмоциональной регуляции пациента [10]. Нарушение когнитивной обработки эмоциональных и висцеральных стимулов со стороны тела может вызвать повышенную тревогу перед симптомами, а также затруднение идентификации и описания чувств и желаний, что получило название *алекситимии* [14]. Однако, в отличие от зарубежных исследований [3, 8, 10, 15], роль алекситимии и желудочно-кишечной специфической тревоги совместно у пациентов с СРК в российской практике не изучали.

Цель исследования: провести анализ участия желудочно-кишечной специфической тревоги и алекситимии в прогнозировании тяжести заболевания у пациентов с СРК умеренной и тяжёлой степени выраженности.

Методика

Участники исследования. 194 женщины, обратившиеся к клиническому психологу по рекомендации врачей-гастроэнтерологов с диагнозом рубрики К58 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Средний возраст женщин составил 33,1±10,3 года, годы образования — 12,5±3,8 года. Средняя продолжительность СРК составила 38,4 мес, что свидетельствует *о рефрактерном течении СРК*. На основе IV Римских критериев диагностики подтипа СРК преобладали «смешанный» с абдоминальной болью (n=68, 38,4%), «диарейный» (n=57, 32,2%) и «запорный» (n=13, 7,3%) типы. Пациентки с «запорным» подтипом были старше (средний возраст 39,3±11,3 года), чем пациентки с «диарейным» (средний возраст 30,1±10,2 года, $F(3)=5{,}694$, $p \leq 0{,}001$). Пациентки на момент исследования не получали ни соматотропную, ни психотропную терапию.

Критерии включения: возраст 18–65 лет, информированное согласие и наличие диагноза СРК на основе Римских критериев, подтверждение отсутствия органического заболевания при соответствующем исследовании (биохимическом, ультразвуковом, эндоскопическом и рентгенологическом).

Критерии исключения: наличие сопутствующего органического заболевания желудочно-кишечного тракта (например, воспалительного заболевания кишечника), тяжёлой сопутствующей патологии (например, онкологии, ишемической болезни сердца, метаболических, аутоиммунных заболеваний), беременность, когнитивные нарушения, текущий или прошлый диагноз шизофрении или других психотических расстройств, а также текущий диагноз злоупотребления психоактивными веществами или алкоголем.

Методики исследования.

Симптомокомплекс СРК: шкала оценки желудочно-кишечных симптомов (GSRS-IBS — от англ. Gastrointestinal Symptom Rating Scale-IBS; Wiklund, Fullerton, 2003), включающая 13 вопросов, позволяющих оценить симптомы вздутия живота (3 вопроса), диареи (4 вопроса), запора (2 вопроса), боли в животе (2 вопроса) и изменения аппетита (2 вопроса). Баллы варьируют от 1 до 7. Более высокие баллы указывают на тревожные симптомы.

Степень выраженности СРК оценивали с помощью шкалы тяжести симптомов СРК (IBS-SSS — от англ. Irritable Bowel Syndrome Severit Scoring System; Francis, Morris, 1997). Шкала позволяет оценить у пациента наличие изменений в желудочно-кишечном тракте на протяжении 10 дней. Используют визуальные аналоговые шкалы, каждый диагностический вопрос включает максимальный балл 100, который суммируется, чтобы получить окончательную оценку выраженности СРК в диапазоне от 0 до 500 баллов: лёгкая (75–175), умеренная (175–300) и тяжёлая (300 и выше) степень выраженности СРК.

Желудочно-кишечную специфическую тревогу анализировали с помощью шкалы висцеральной чувствительности (VSI — от англ. Visceral Sensitivity Index; Labus, 2004), которая представляет собой опросник, состоящий из 15 вопросов, которые оценивают по 6-балльной шкале ответов (от «полностью согласен» до «совершенно не согласен»). Диапазон возможных баллов от 0 до 75 (выраженная висцеральная чувствительность). Опросник позволяет оценить пять аспектов: страх, беспокойство, бдительность, повышенную чувствительность, избегающее, перестраховочное поведение [16].

Алекситимия: 20-балльная Торонтская шкала алекситимии (TAS-20 — от англ. Toronto Alexithymia Scale; Bagby, Parker, 1994), которая позволяет оценить трудности идентификации чувств, описания чувств другим людям и внешне-ориентированное мышление или экстернальный тип мышления.

Психологический дистресс: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS — от англ. Hospital Anxiety and Depression Scale; Zigmond, Snaith, 1983).

Психосоциальное функционирование оценивали с помощью краткой формы опросника для оценки качества жизни (SF-12 — от агл. Short Form-12 Health Survey; Gandek, Ware, 1998), которая позволяет оценить состояние физического (PCS) и психического (MCS) здоровья. Высокие баллы указывают на благополучное психосоциальное функционирование пациента.

Результаты

Клинико-психологические особенности пациентов в зависимости от степени тяжести СРК. Ни одна из пациенток не набрала ниже 175 баллов по шкале IBS-SSS, в то время как 87 (49%) пациенток имели среднюю степень тяжести СРК (175–300 баллов) и 90 (51%) — тяжёлую (300 баллов и более). Пациентки в группе тяжёлой степени были моложе (средний возраст 30,14±9,11 года) по сравнению с теми, у кого была средняя тяжесть СРК [средний возраст 38,49±12,55 года, $t(169)=4{,}511$, $p < 0{,}001$]. Никаких межгрупповых различий не было обнаружено для социально-демографических и связанных (начало и тип СРК) переменных. По сравнению с пациентками с умеренной степенью выраженности те, кто имел тяжёлую степень, имели высокий общий балл по

Таблица 1

Клинико-психологические особенности пациенток с умеренной и выраженной степенью синдрома раздражённого кишечника (СРК)

Параметры оценки	Умеренная степень выраженности СРК, n=98		Выраженная степень СРК, n=93		t	p
	M	SD	M	SD		
HADS-A	5,11	3,17	7,82	3,77	2,710	0,007
HADS-D	4,40	3,51	7,21	3,29	4,691	0,000
SF-12-PCS	44,1	5,21	39,30	4,46	6,049	0,000
SF-12-MCS	43,82	5,19	39,86	4,21	6,725	0,000
TAS-20 *(общий индекс)*	48,93	8,59	66,10	7,28	14,1	0,000
Трудности идентификации эмоций	19,80	5,21	26,5	4,19	4,73	0,000
Трудности описания эмоций другому человеку	17,23	7,03	22,1	6,38	6,24	0,000
Внешне-ориентированный (экстернальный) тип мышления	11,2	3,19	17,48	4,23	9,73	0,000
VSI	33,40	5,28	47,82	4,02	19,1	0,000
GSRS *(общий индекс)*	3,14	0,64	4,06	0,66	9,79	0,000
Вздутие (метеоризм)	3,51	0,73	4,91	0,77	10,510	0,000
Диарея	3,54	0,69	4,83	0,69	10,845	0,000
Запор	3,10	1,08	3,23	1,20	1,421	0,130
Боль	4,02	0,59	4,91	0,73	9,381	0,000
Пресыщение, сниженный аппетит	2,42	0,71	4,03	1,18	10,149	0,000

индексу выраженности СРК (GSRS-IBS), а также по выраженности изменений в транзите толстой кишки и болевого синдрома (табл. 1).

Высокие баллы по висцеральной чувствительности, алекситимии, симптомам депрессии, сниженное психосоциальное функционирование. 98 пациенток набрали высокий балл по алекситимии среди пациенток с тяжёлой степенью СРК (n=64,70%) по сравнению к пациентками с умеренной степенью тяжести (n=33, 38%), независимо от типа СРК (χ^2=17,81, p <0,001).

Симптоматическая картина алекситимических проявлений у пациенток с СРК (со слов пациенток).

– Часто не могут понять, что творится «внутри них». Не замечают психоэмоциональных факторов предшествующих появлению желудочно-кишечных специфических проявлений, например переутомление, конфликт, сопротивление, переход на новую работу и тяжёлая адаптация к ней.

– Предпочитают говорить с другими людьми (близкими, друзьями) о повседневных делах, а не о своих чувствах.

– Испытывают чувства, которые не могут точно назвать. Об эмоциях говорят «языком органов», описывая не эмоциональное, а физическое самочувствие (механистический язык).

– Трудно различают свои эмоции. Также может присутствовать трудность в описании характера боли и дискомфорта.

– Ощущения со стороны тела часто вызывают недоумение.

– Предпочитают сразу анализировать проблемы, а не рассказывать или проговаривать их (проблемная ориентированность).

– Часто не знают, почему злятся, раздражаются.

Связи психологических особенностей и симптомокомплекса СРК. Показано (табл. 2), что алекситимия, желудочно-кишечная специфическая тревога и оценки степени тяжести СРК сопряжены с удовлетворённостью качеством жизни. Чем выше удовлетворённость физическим и психическим здоровьем как компонентами качества жизни, тем ниже висцеральная чувствительность, выраженность СРК и проявления алекситимии.

Симптомы депрессии связаны с висцеральной чувствительностью и алекситимией. Наличие тревожных проявлений у пациенток с СРК сопряжено с алекситимией. Желудочно-кишечная тревога связана с висцеральной гиперчувствительностью и алекситимией, особенно трудностями идентификации и описания чувств пациенткой, но не с внешне-ориентированным мышлением. Алекситимия и висцеральная

Таблица 2

Корреляционные связи тяжести синдрома раздражённого кишечника (СРК), висцеральной гиперчувствительности, алекситимии с симптомами СРК, психологическим функционированием

Параметры оценки	IBS-SSS	VSI	TAS-20
HADS-A	0,10	0,17	0,29*
HADS-D	0,22	0,34*	0,38*
SF-12-PCS	–0,49**	–0,41**	–0,40**
SF-12-MCS	–0,47**	–0,52**	–0,49**
TAS-20 *(общий индекс)*	0,69**	0,66**	—
Трудности идентификации эмоций	0,61**	0,59**	—
Трудности описания эмоций другому человеку	0,55**	0,52**	—
Внешне-ориентированный (экстернальный) тип мышления	0,19	0,21	—
VSI	0,61**	0,52**	0,40**
GSRS (общий индекс)	0,59**	0,49**	0,53**
Вздутие (метеоризм)	0,69**	0,46**	0,57**
Диарея	0,58**	0,43**	0,49**
Запор	0,21	0,18	0,36*
Боль	0,55**	0,54**	0,523**
Пресыщение, сниженный аппетит	0,58**	0,47**	0,510**

Примечание: *p <0,05; **p <0,001.

гиперчувствительность были тесно сопряжены друг с другом. Кроме того, баллы по индексу выраженности СРК, алекситимии и висцеральной чувствительности были связаны с таким симптомокоплексом СРК (GSRS-IBS), как вздутие, диарея, боль в животе и сниженный аппетит. Изменения в алекситимии связаны с болевыми проявлениями в структуре СРК.

Факторы, влияющие на степень тяжести СРК. Степень выраженности СРК (IBS-SSS) рассматривается нами как зависимая переменная, а симптомокомплекс СРК (GSRS), желудочно-кишечная специфическая тревога (VSI), алекситимия (общий индекс по TAS-20) — как независимые переменные. Кроме того, учитывая кратность между переменными, психологический дистресс (симптомы депрессии по HADS-D), а также психосоциальное функционирование (субшкалы, оценивающие физическое, психическое здоровье) добавлены нами в качестве зависимых переменных.

Индекс выраженности алекситимии (TAS-20) пояснил 52% дисперсии значений оценки тяжести СРК, висцеральной гиперчувствительности. Алекситимия гораздо больше сопряжена (при рассмотрении полупарциальных корреляций) с тяжестью СРК ($r=0,52$, $p \leq 0,01$), чем с висцеральной гиперчувствительностью ($r=0,19$, $p \leq 0,05$). Поскольку алекситимия (TAS-20) и висцеральная гиперчувствительность (VSI) были сопряжены с несколькими другими переменными в однолинейных регрессиях, то дополнительно был проведён иерархический регрессионный анализ (GSRS-IBS, HADS, SF-12). Отметим, что внешне-ориентированное поведение не было независимо связано со степенью выраженности СРК (IBS-SSS).

Пациентки были стратифицированы по высокому уровню алекситимии (более 60) и высокой желудочно-кишечной специфической тревоге (более 49). Самый высокий балл выраженности СРК (IBS-SSS) зарегистрирован у пациенток с выыраженной алекситимией и высокой желудочно-кишечной специфической тревогой. Многомерный анализ показал статистическую значимость связи между алекситимией и степенью выраженности СРК. Выявлена отчётливая связь между тяжестью СРК, алекситимией ($d=1,44$) и высокой желудочно-кишечной специфической тревогой ($d=1,19$). Алекситимия ($R2=0,59$, $\Delta R2=0,59$, $\beta=0,519$) и желудочно-кишечная тревога ($R2=0,29$, $\Delta R2=0,18$, $\beta=0,311$) выступают психологическими предикторами степени выраженности СРК.

Обсуждение

В ряде исследований показано, что множество факторов действительно вносит вклад в патогенез СРК. Есть несколько доступных вариантов лечения, но по сей день нет ни одного подхода, который может привести к определённому и стабильному выздоровлению пациентов [1, 4, 7, 14].

Результаты лечения СРК во многом зависят от специфики пациента, восприятия телесных симптомов (сенсаций), когнитивной обработки эмоциональных и висцеральных стимулов [5]. Восприятие симптомов СРК может в значительной степени зависеть от невоз-

можности пациента различать эмоциональное возбуждение и соматические ощущения (алекситимия). Также может зависеть от чрезмерного внимания к ощущениям в теле (феномен «недоверия к собственному телу» [16, 17]), что ведёт к усилению тревоги и боязни социальных контекстов, связанных с проявлениями желудочно-кишечного тракта (желудочно-кишечная специфическая тревога). Таким образом, алекситимия и желудочно-кишечная специфическая тревога тесно связаны друг с другом, а также с тяжестью СРК, что позволяет предположить наличие у пациентов с данным расстройством *эмоциональной дисрегуляции*.

Однако алекситимия (особенно аспекты трудности идентификации, например злости и описания своих чувств другому) оказалась более сильным предиктором тяжести СРК, чем желудочно-кишечная специфическая тревога, что позволяет предположить, что *нарушение аффективного осознания* у пациентов может участвовать в клинических проявлениях СРК и приводить к рефрактерному течению заболевания, что согласуется с данными других авторов [6, 10, 13]. Мы можем наметить некоторые потенциальные пути, по которым алекситимия предположительно способна влиять на течение СРК.

Во-первых, алекситимические характеристики могут способствовать развитию у пациента тенденции усиливать и неверно истолковывать телесные ощущения, которые сопровождают ряд эмоциональных состояний. Этот феномен получил название *соматосенсорной амплификации* (somatosensory amplification [7]). Показано, что пациенты с СРК имеют изменения в пороге восприятия висцеральных раздражителей, в том числе части тела за пределами области желудочно-кишечного тракта, например звон в ушах. Двунаправленная ось «нервная система-кишечник» позволяет генерировать соматические симптомы не только из-за нарушений моторики, изменений сенсорных сигналов от толстой кишки, но также и от нерегулируемых состояний эмоционального возбуждения [2].

Во-вторых, алекситимия может быть связана с усилением восприятия боли из-за изменённой обработки нервной системой афферентных сигналов внутри оси «нервная система-кишечник». Показано, что нейронные корреляты алекситимии связаны с областями головного мозга, отвечающими за восприятие боли, например поясная кора и островок, то есть те области которые участвуют в эмоциональной обработке и репрезентации состояния организма [3]. При алекситимии происходит снижение активности в миндалевидном теле и дорсолатеральной префронтальной коре, которые участвуют в процессе аффективной оценки эмоциональных стимулов и регуляции. Изменения активности в этих областях *нейрофизиологически* объясняют тесную связь между повышенной алекситимией и висцеральной чувствительностью в толстой кишке [1].

В-третьих, дезадаптивное поведение (неправильное пищевое поведение, злоупотребление кофеином, жизнь в режиме достижений, малоподвижный образ жизни) может ухудшать симптомы СРК. Показано, что у пациентов с СРК присутствует спектр когнитивно-поведенческих расстройств пищевого поведения (например, склонность к перееданию, быстрый приём пищи, контроль веса). Расстройства пищевого поведения на протяжении всей жизни были значительно более распространены у пациентов с СРК. Это поведение можно рассматривать как дезадаптивный спектр усилий по саморегулированию тревожных аффектов при алекситимии [13].

В заключение отметим: результаты настоящего исследования предполагают, что алекситимия — стабильная личностная черта у пациентов с СРК, и, наряду с желудочно-кишечной специфической тревогой, она может быть полезным фактором, определяющим эффективность лечения.

Выводы

У женщин тяжесть СРК (от умеренной до тяжёлой) и риск рефрактерного течения (более 9 мес) тесно связаны с высокой алекситимией, неконтролируемой желудочно-кишечной специфической тревогой со спектром перестраховочного, избегающего поведения.

Желудочно-кишечная специфическая тревога и алекситимия при СРК связаны друг с другом, образуя расстройство эмоциональной регуляции и специфическую схему восприятия себя.

Женщины с тяжёлой степенью СРК значительно отличаются от пациенток с умеренной степенью проявлений (более выраженные изменения в транзите кишечника, боль) удовлетворённостью качеством жизни, выраженными симптомами депрессии, висцеральной чувствительностью и алекситимией, что приводит к ряду терапевтических барьеров.

Тяжесть СРК в одинаковой степени предсказывается наличием у пациентов алекситимии и желудочно-кишечной специфической тревоги. Однако алекситимия, особенно трудности выражения негативных эмоций (например, раздражение, гнев), описания чувств, желаний другим людям, оказалась более сильным фактором тяжести СРК по сравнению с желудочно-кишечной специфической тревогой.

В отличие от желудочно-специфической тревоги изменения в алекситимии связаны с запорными проявлениями СРК у женщин.

Практические рекомендации

В рамках психологической помощи пациентам с СРК рекомендуем проводить исследование:

– симптомокомплекса СРК, уделяя внимание специфике избегающего, перестраховочного поведения; наличию изменений в пищевом поведении и образе тела — GSRS-IBS и IBS-SSS;

– коморбидным психическим состояниям — PHQ-SADS или HADS;

– удовлетворённости качеством жизни — SF-12 или IBS-QOL;

– соматизации — PHQ-15;

– висцеральной гиперчувствительности, наличию желудочно-кишечной специфической тревоги — VSI.

Помимо прицельного лечения таких коморбидных психических состояний, как тревога и депрессия, специалисты могут улучшить психологическое благополучие пациентов с СРК путём выявления у них алекситимии с последующим обучением гибким навыкам справляться с эмоционально стрессовыми ситуациями, понимать как собственные психические состояния, так и других людей.

Для обследования пациентов с алекситимией рекомендуют применять *Торонтскую шкалу алекситимии* (TAS-20), уделяя внимание наличию трудностей идентификации чувств, описания чувств другим людям, а также их особенностям. При высокой алекситимии в протокол когнитивно-поведенческой терапии, помимо модулей, направленных на снижение желудочно-кишечной специфической тревоги, избегающего, перестраховочного поведения (экспозиционные протоколы), следует подключать и *усиление эмоциональной осведомлённости и выражения* (emotional awareness and expression training). С одной стороны, психотерапевтическая тактика строится на развитии гибких когнитивно-аффективных процессов, а с другой — ориентирована на разрыв порочного цикла желудочно-кишечной специфической тревоги, а также на модификацию глубинных негативных убеждений (потребность в одобрении, чувство избыточной ответственности, стремление прогнозировать, перфекционизм). Подробнее про адаптированные нами протоколы когнитивно-поведенческой терапии, применяемые при лечении СРК, смотрите [17–20].

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Thakur E.R., Holmes H.J., Lockhart N.A. Emotional awareness and expression training improves irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Neurogastroenterol. Motil*. 2017; 29 (12): 10–23. DOI: 10.1111/nmo.13143.

2. Vanheule S., Verhaeghe P., Desmet M. In search of a framework for the treatment of alexithymia. *Psychol. Psychother*. 2011; 84 (1): 84–97. DOI: 10.1348/147608310X520139.

3. Porcellia P., Massimo De C., Gioacchino L. The role of alexithymia and gastrointestinal-specific anxiety as predictors of treatment outcome in irritable bowel syndrome. *Comprehensive Psychiatry*. 2017; 73 (9): 127–135. DOI: 10.1016/j.comppsych.2016.11.010.

4. Muscatello M.R., Bruno A., Mento C. Personality traits and emotional patterns in irritable bowel syndrome. *World J. Gastroenterol*. 2016; 22 (28): 6402–6415. DOI: 10.3748/wjg.v22.i28.6402.

5. Nobari S., Nagi Ali Aghdasi. Comparing alexithymia, anxiety and perceived stress in patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS) and healthy individuals. *Spec. J. Psychol. Management*. 2018; 4 (1): 21–29.

6. Porcelli P., Bagby M.R. Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosomatic*. 2003; 65 (5): 911–918. DOI: 10.1097/01.psy.0000089064.13681.3b.

7. Witthöft M., Hiller W. Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. *Ann. Rev. Clin. Psychol*. 2010; 6 (2): 257–283. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131505.

8. Carrozzino D., Porcelli P. Alexithymia in gastroenterology and hepatology: A systematic review. *Front. Psychol*. 2018; 6 (9): 4–17. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00470.

9. Kano M., Endo Y., Fukudo S. Association between alexithymia and functional gastrointestinal disorders. *Front. Psychol*. 2018; 9: 5–19. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00599.

10. Priti A. Alexithymia in irritable bowel syndrome. *Indian J. Psychiat*. 1998; 40 (1): 79–83. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00599.

11. *Somatoform and other psychosomatic disorders: A dialogue between contemporary psychodynamic psychotherapy and cognitive behavioral therapy perspectives*. Charis C., Panayiotou G. eds. NY: Springer. 2018; 227 p.

12. Toner B.B., Garfinkel P.E., Jeejeebhoy K.N. Self-schema in irritable bowel syndrome and depression. *Psychosom. Med*. 1990; 52 (2): 149–155. DOI: 10.1097/00006842-199003000-00003.

13. Celina G.G., Amalia M.C., Hector R.H. Coping strategies in patients with irritable bowel syndrome. *J. Psychiatry Depress Anxiety*. 2019; 5 (23): 1–19. DOI: 10.1016/j.cgh.2017.02.032.

14. Lackner J.M. Skills over pills? A clinical gastroenterologist's primer in cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome. *Exp. Rev. Gastroenterol. Hepatol*. 2020; 1: 19–27. DOI: 10.1080/17474124.2020.1780118.

15. Мнацаканян М.Г., Погромов А.П., Тащян О.В., Колосова К.Ю. «Индекс висцеральной чувствительности» у больных СРК разного возраста. *Эксперим. и клин. гастроэнтерол*. 2020; 174 (2): 65–70. [Mnacakanjan M.G., Pogromov A.P., Tashhjan O.V., Kolosova K.Ju. Visceral sensitivity index in IBS patients of different ages. *Jeksperimental'naja i klinicheskaja gastrojenterologija*. 2020; 174 (2): 65–70. (In Russ.)]

16. Мелёхин А.И. Дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия синдрома раздражённого кишечника: специфика и эффективность. *Соврем. зарубежная психол*. 2018; 7 (4): 56–74. [Melehin A.I. Remote cognitive-behavioral psychotherapy for irritable bowel syndrome: specificity and effectiveness. *Sovremennaja zarubezhnaja psihologija*. 2018; 7 (4): 56–74. (In Russ.)]

17. Мелёхин А.И. Дистанционная форма когнитивно-поведенческой психотерапии рефрактерного синдрома раздражённого кишечника. *Ж. телемед. и электронного здравоохр*. 2020; 12 (2): 30–46. [Melehin A.I. Remote form of cognitive-behavioral psychotherapy of refractory irritable bowel syndrome. *Zhurnal telemediciny i jelektronnogo zdravoohranenija*. 2020; 12 (2): 30–46. (In Russ.)]

18. Мелёхин А.И. Когнитивно-поведенческая психотерапия интероцептивного воздействия при лечении синдрома раздражённого кишечника. *Клин. и специальная психол*. 2020; 9 (2): 1–33. [Melehin A.I. Kognitivno-povedencheskaja psihoterapija interoceptivnogo vozdejstvija pri lechenii sindroma razdrazhennogo kishechnika. *Klinicheskaja i special'naja psihologija*. 2020; 9 (2): 1–33. (In Russ.)]

19. Мелёхин А.И. Экспозиционная когнитивно-поведенческая психотерапия при лечении нарушений кишечно-мозгового взаимодействия. *Neurodynamics. Ж. клин. психол. и психиатрии*. 2020; 2 (1): 20–41. [Melehin A.I. Jekspozicionnaja kognitivno-povedencheskaja psihoterapija pri lechenii narushenii kishechno-mozgovogo vzaimodejstvija. *Neurodynamics. Zhurnal klinicheskoj psihologii i psihiatrii*. 2020; 2 (1): 20–41. (In Russ.)]

Поступила 29.12.2021; принята в печать 29.01.2021.

Неврологический вестник. 2021; Т. LIII (1): 41–47.

DOI: 10.17816/nb52963
УДК: 159.964.21

ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОАНАЛИЗ И АНТРОПОЛОГИЯ: КАК ПСИХИАТР ПРЕВРАЩАЕТСЯ В СОФИСТА (КОММЕНТАРИЙ ИОСИФУ ЗИСЛИНУ, ЧАСТЬ 1)

Иннокентий Алексеевич Мартынов

Институт этнологии и антропологии Российской академии наук,
119334, г. Москва, Ленинский проспект, 32а, e-mail: martynov@psychotherapy.works

Реферат

В 2020 г. «Неврологический вестник» опубликовал двухчастную статью Иосифа Мейеровича Зислина «Колобки и репки: как психоаналитики превращаются в сказочников». В этой статье доктор Зислин анализирует несколько околопсихоаналитических эссе на тему известных сказок, опубликованных разными врачами и психологами в интернет-блогах. Из собственных филологических рассуждений доктор Зислин довольно неожиданным образом делает выводы о психотерапевтических способностях авторов, а также о ценности психоанализа как в «клинике», так и в области социальных наук. Настоящий текст представляет собой первую часть комментария к статье Иосифа Зислина «Колобки и репки: как психоаналитики превращаются в сказочников» [Неврологический вестник. 2020; 52 (1–2)]. В нём исследуется оригинальный текст доктора Зислина в отношении способов подбора и представления автором материала, который он «анализирует», а также в отношении способов построения собственной аргументации, которые он избирает. В то время как нельзя однозначно судить о намеренности или случайности искажений в представлении материала, аргументационная стратегия является более-менее сознательным выбором автора. Обращение к риторике позволяет продемонстрировать, что доктор Зислин обращается к приёмам аргументации, не принятым в культуре академического письма, — так называемым «софизмам». Настоящий комментарий призван обратить внимание на проблему: необходимо ли врачу-клиницисту, выходящему за пределы строгого академического пространства клинической медицины, придерживаться правил игры других дисциплин, на «поле» которых он собирается «играть».

Ключевые слова: исследовательская этика, ошибки аргументации, ложная аргументация, исследовательские навыки врача, академическое письмо для врачей.

PSYCHOTHERAPY, PSYCHOANALYSIS AND ANTHROPOLOGY: HOW A PSYCHIATRIST BECOMES A SOPHIST (COMMENTARY TO JOSEPH ZISLIN, MD, PART 1)

Innokentiy A. Martynov

Institute of Ethnology and Anthropology, Russian Academy of Sciences, 119334, Moscow, Leninsky av., 32a,
e-mail: martynov@psychotherapy.works

Abstract

"How and why psychoanalysts become storytellers" is a two-part article by Joseph Zislin, MD published by the "Neurology Bulletin" in 2020. In this paper Dr. Zislin studies several quasi-psychoanalytical essays on famous fairy-tales, published by physicians and psychologists online. Surprisingly, it is from his own philological discussion of their texts which Dr. Zislin draws conclusions about therapeutic abilities of the authors, as well as about the relevance of psychoanalysis to clinical practice and social studies alike. The present text is a commentary to Dr. Zislin's "How and why psychoanalysts become storytellers". It studies the ways of gathering and presenting data exercised in the original paper, as well as the strategies of argumentation Dr. Zislin chooses. Although one cannot tell for sure whether the data presented were distorted on purpose or not, choosing the strategy of argumentation is always a more or less conscious decision. Some analytic tools of rhetoric allow one to demonstrate that Dr. Zislin uses argumentation unacceptable in academic writing — that of deceptive reasoning, logical fallacies and "sophisms". The present commentary is to highlight a problematic issue: should a practicing physician adhere to rules and norms of other disciplines, once he goes beyond the strict academic field of clinical medicine?

Keywords: research ethics, fallacy, deceptive reasoning, physician's research skills, academic writing for physicians.

Мне скажут, что это придирка, но и такая мелочь режет глаз!

Иосиф Зислин

Поскольку «Неврологический вестник» имеет своей целевой аудиторией практикующих врачей, недавняя серия статей Иосифа Мейеровича Зислина «Колобки и репки: как психоаналитики превращаются в сказочников» (части 1 и 2) [1, 2] могла ввести читателей в недоумение. В этих статьях автор предпринимает попытку анализа эссе из интернет-блогов некоторых психологов и врачей-психотерапевтов. В этих текстах они используют некоторые психоаналитические концепты для интерпретации известных сказок. Досталось и «слабому»: хотя автор об этом и умалчивает, некоторые из критикуемых доктором Зислиным текстов принадлежат перу студентов-первокурсников (sic!) психологического института. Разбор этих эссе доктор Зислин проводит, обращаясь к понятиям и инструментарию структуралистской школы фольклористики. И хотя читателям, вероятно, будет не трудно увлечься яркой филологической дискуссией, инициированной автором (тем более что она не лишена юмора и нескольких остроумных шуток), у них может возникнуть справедливый вопрос: какое отношение всё это имеет к психоневрологии, проблемы которой призван освещать журнал, на который они подписывались?

Будет справедливо заметить, что доктор Зислин — не только филолог и антрополог-любитель, но и лицензированный врач. Действительно, формально обсуждаемая статья представляет собой критику врачом-психиатром (Иосифом Зислиным) интернет-публицистики своих коллег врачей-психотерапевтов (Владимира Слабинского и Анны Казанцевой), а также некоторых «психологов» неизвестной квалификации. Однако, всё же одно наличие у «дискуссантов» медицинских сертификатов не делает любую их дискуссию релевантной той или иной области медицины. Я утверждаю, что, несмотря на довольно причудливую форму, статья «Колобки и репки: как психоаналитики превращаются в сказочников» имплицитно выявляет довольно острую проблему, оформившуюся сегодня во всей русской «области-пси». Именно этот аспект, пусть и не сразу очевидный, обусловливает актуальность статьи доктора Зислина для всего психоневрологической сообщества.

Здесь я бы хотел продолжить начатую доктором Зислиным дискуссию. В своём тексте я сначала предпринимаю попытку выделить некоторые проблемы оригинальной статьи доктора Зислина. Эти проблемы связаны с самим материалом, с которым работает Зислин, а также с рядом используемых автором стратегий аргументации, которые, вопреки возможным обвинениям, позволяют взглянуть на автора не как на эмоционального пасквилянта, но на мастера полемики, искусно использующего различные риторические приёмы для создания нужного эмоционального эффекта у читателя. После этого во второй части статьи, кратко затронув тему психоаналитических исследований культуры, я попробую артикулировать профессиональную проблему, которую нащупал в своём тексте доктор Зислин, и надеюсь пустить дискуссию в конструктивное русло её обсуждения.

Как нельзя подбирать и представлять материал. Свои рассуждения доктор Зислин начинает с возмущения: «...прочтение целого корпуса современных психоаналитических работ, основанных на фольклорном материале, привело меня в полное недоумение» [1, с. 61]. Коллеги могут узнать здесь традиционную для академического текста формулу введения. Хотя некогда она была призвана описать значительную работу автора по подбору материала — безусловно, репрезентативного — и обещала пропорционально этой значительности глубокий и многогранный анализ, сегодня она, увы, уже утеряла свой буквальный смысл. Она представляет собой «ритуал», без которого едва ли обходится современный академический текст.

Приняв определение подобных формальных элементов научного текста как ритуальных, я не могу назвать проблемой то, что материал, который доктор Зислин неоднократно называет «корпусом» («...корпус текстов, доступных для анализа, вполне сложился…» [1, с. 61]), не является «корпусом» в ожидаемом для читателя академического журнала понимании (вероятно, на страницах научного журнала полемика ведётся также с научными или, по крайней мере, должным образом опубликованными текстами). Подобранные тексты нельзя назвать «статьями», как это делает доктор Зислин: «следующий психоаналитический текст о “колобке” — статья Елены Назаренко, которая именует себя “практическим психологом”» [1, с. 65]); «следующая работа, посвящённая сказке о репке, — статья уже знакомой нам Елены Назаренко» [2, с. 73]; «тогда в цитируемых статьях мы не увидим никакой натяжки, ведь они не имеют с анализируемыми в них текстами ничего общего» (Ibid., с. 74). На самом деле эти эссе — это «посты» в разных интернет-блогах. Удивление вызывает разве что то обстоятельство, что этот репрезентативный «сложившийся корпус» состоит всего из семи (!) таких «постов».

Настоящая же проблема подбора доктором Зислиным материала для обсуждения кроется в другом. Неоднократно в обеих частях своего текста доктор Зислин подчёркивает, что он анализирует «психоаналитические работы» [1, с. 60, 61, 65], называет их авторов «психоаналитиками» [1, с. 61–65], [2, с. 73–76]) и даже предлагает «построить типологию психоаналитиков» [1, с. 63]. Считаю необходимым подробнее разобраться, как автор определяет «психоаналитика» и «психоаналитичность» каких-либо текстов. Поскольку автор не сообщает читателю об используемых критериях и методах подбора материала, видится необходимым обратиться к самим источникам. Для того чтобы реконструировать определение психоанализа и психоаналитика, которым пользовался доктор Зислин при подборе материала, попробуем рассмотреть каждый исследуемый психиатром текст и восстановить возможные критерии «психоаналитичности».

1. Слабинский В. «Психологические коды сказки “Колобок” (фрагмент новой книги)» [3]. Владимир Юрьевич Слабинский — «кандидат медицинских наук, врач-психотерапевт, сертифицированный психотерапевт EAP (European Association of Psychotherapy), сертифицированный супервизор РПА (Российской психотерапевтической ассоциации), <...> создатель авторского метода позитивной динамической психотерапии» [4]. Вероятно, никакой психоаналитической подготовки Владимир Юрьевич не получал (или, по крайней мере, предпочитает не включать таковую в список своих регалий). Справедливости ради, он сам не идентифицирует себя ни с психоаналитическим сообществом, ни с психоаналитическим методом.

В исследуемом доктором Зислиным «посте» доктора Слабинского в его личном блоге на ресурсе Livejournal (Живой журнал) автор «поста» ни разу не обращается к собственно психоанализу, хотя и вставляет комментарий («…символизм глотки, как вагины, с точки зрения психоанализа достаточно очевиден» [3]), который, напоминает, скорее, строчку из анекдота в жанре «психоанализ и банан», нежели действительное обращение к психоаналитическому инструментарию. Вместо «психоанализа», который доктор Зислин пытается «вчитать» в текст, доктор Слабинский оперирует понятиями, которые, вероятно, своим звучанием могут

напомнить некоторые психоаналитические и околопсихоаналитические концепты: «методология Позитивной Динамической Психотерапии» (ср. психодинамика), «Базовый конфликт»» (ср. базисный дефект Микаэля Балинта), «жизненный сценарий» (ср. теория сценария Эрика Берна), «архетипы» (ср. архетипы в аналитической психологии Карла Юнга) (Ibid.). Однако встречаются и «химеры» разных понятий из других направлений психологии: «технология родительского программирования судьбы», «импритинговое запечатление» и др.

Возможно также, что глаз доктора Зислина зацепился за упоминание в тексте классика психоанализа, психиатра Жака Лакана («Жак Лакан показал, что умение поддерживать диалог — это важнейший критерий взрослой, здоровой личности»), которое, однако, представляет собой скорее риторическую уловку вида *argumentum ad verecundiam* — апелляцию к некоторым авторитетам для аргументации собственной позиции, часто либо вырванную из контекста, либо вовсе ложную (действительно, доктор Слабинский не приводит ссылки на работу Лакана, к которому он якобы апеллирует, поэтому проверить достоверность цитаты не представляется возможным).

Таким образом, можно предположить, что атрибуция доктором Зислиным данного текста как «психоаналитического», равно как и определение доктора Слабинского в качестве «психоаналитика», происходит в результате:

1) обращения доктора Зислина к методу, граничащему с «любительской лингвистикой», которую он критикует в своей же статье [2, с. 76]: не нужно углубляться в происхождение и значение терминов, достаточно их очевидного внешнего сходства (динамическая психотерапия/психодинамика, базовый конфликт/базисный дефект и пр.);

2) успеха «софизма» доктора Слабинского с ложной апелляцией к психоаналитику Жаку Лакану.

Даже если в тексте встречаются некоторые заимствования из психоаналитического вокабуляра, одни лишь слова не могут сделать текст психоаналитическим. Я утверждаю, что для признания его таковым текст должен, прежде всего, придерживаться психоаналитического метода (аналогичным образом, пустое злоупотребление медицинской терминологией ещё не делает текст статей медицинским).

2. Назаренко Е. «Сказка “Колобок”. Теневой анализ сказки в сказкотерапии». Елена Анатольевна Назаренко — «практический психолог, культуролог» [5], кандидат философских наук по специальности 09.00.13 «Религиоведение, философская антропология, философия культуры» [6]. Указаний, что Елена Анатольевна проходила психоаналитическую подготовку, нет. Она также не идентифицирует себя как психоаналитик. В отличие от доктора Слабинского, Елена Назаренко в своём посте на интернет-сайте «Live-and-Learn» [7] не оперирует терминами, даже напоминающими психоаналитические. Аналогичную картину можно наблюдать в другом эссе Елены Анатольевны «Теневой анализ сказки “Репка” — Семья и Школа…» [8], который также обсуждает доктор Зислин. Возможно, глаз доктора Зислина зацепился за предложение психолога «увидеть (или ощутить бессознательно)», однако времена, когда психоанализ пользовался монополией на бессознательное, давно прошли [9]. Других критериев, которые позволили бы атрибутировать текст как психоаналитический, а Елену Назаренко как психоаналитика, мне обнаружить не удалось.

3. Антонова Ю. Психоаналитическая интерпретация сказок «красивая жена», «карлик нос» и «медведь — липовая нога»; Исаева Ю. Психоаналитическое понимание сказки «Колобок»; Березницкая М. Психоаналитическое понимание сказки «Колобок». Я позволил себе объединить эти три эссе, опубликованные в блоге на сайте Института психологии и психоанализа на Чистых Прудах, не только потому, что все три автора действительно пользуются разными психоаналитическими концептами («эдипальный конфликт», «страх кастрации», «цензура любовницы» у Юлии Антоновой; «потребность в первичных объектах», «стадии (психо)сексуального развития», «перверсия» у Юлии Исаевой), но и потому, что все три автора имеют одинаковую квалификацию.

Все три выбранных эссе, представляемые доктором Зислиным как работы «психоаналитиков», принадлежат перу первокурсников (!) психоаналитического института [10, 11]. Трудно отрицать, что эти эссе имеют некоторую психоаналитическую компоненту. Здесь мы сталкиваемся с проблемой другого рода: этикой подбора и представления материала. Вопрос того, следует ли учёному критиковать на страницах научного издания работы первокурсников, а также возможно ли их называть специалистами в той или иной профессии (если мы критикуем первокурсника психологического института как психоаналитика, должны ли мы также критиковать первокурсника медицинского института как врача?), при этом умалчивая об их настоящей квалификации, является, по меньшей мере дискуссионным.

4. Казанцева А.Е. «Психоаналитическое исследование фольклорных метафор для постижения физических процессов эмбриогенеза». Анна Евгеньевна Казанцева — врач-психотерапевт Екатеринбургского медицинского научного центра и психолог-психоаналитик, прошедшая психоаналитическую подготовку в Восточно-Европейском институте психоанализа [12], а также личный анализ у тренингового аналитика. Опубликованное в блоге на сайте Европейской конфедерации психоаналитической психотерапии эссе доктора Казанцевой действительно можно назвать психоаналитической работой: автор предпринимает попытку представить сказку о репке как метафору эмбриогенеза и развития плода на различных стадиях беременности, отталкиваясь от гипотезы французского педиатра и психоаналитика Франсуазы Дольто о существовании некоторой психической жизни на пренатальной стадии развития ребёнка [13].

Я не буду обращаться к подробному рецензированию этого текста, однако следует отметить, что, хотя в общих чертах сказкой о Репке действительно можно воспользоваться как метафорой рождения, можно предположить, что погружение в интерпретацию частностей привела Анну Евгеньевну к тому, что французский философ Жиль Делёз и психоаналитик Феликс Гваттари назвали интерпретозом. Такая проблема широко обсуждается психоаналитиками ещё с 1960-х годов. Тем не менее, абстрагируясь от качества работы (я оставляю за читателем право самостоятельно её оценить), критерии, по которым текст доктора Казанцевой можно атрибутировать как психоаналитический, а автора назвать психоаналитиком, довольно прозрачны.

Изучив все источники, с какими работает доктор Зислин в обеих частях своей статьи, я представляю задачу по реконструкции использованной им методики подбора и представления материала довольно затруднительной. Для сбора «портфеля» материалов доктор Зислин в первом случае пользуется методами «любительской лингвистики» (понятийный аппарат текста в русском языке созвучен некоторым психоаналитическим концептам). Во втором случае доктор Зислин, вероятно, руководствуется заблуждением о «монополии» психоанализа на понятие бессознательного. В третьем случае автор верно идентифицирует психоаналитические элементы в тексте, однако игнорирует вопрос адекватности источника (студенты-первокурсники) собственному исследованию. Только в четвёртом случае автору удаётся подобрать релевантный материал.

Вероятно, именно нарушением принятых правил подбора, проверки и представления источников можно объяснить настойчивое именование этих, очевидно не имеющих, за единственным исключением, к психоанализу отношения текстов «психоаналитическими работами», а их авторов «психоаналитиками». Такое именование, как я уже заметил выше, можно в избытке найти практически на каждой странице обеих частей статьи доктора Зислина. Автор пытается скрыть грубые нарушения правил и этики работы с материалом за «софизмом», так называемой *argumentum ad nauseam* — риторической уловкой, где вместо приведения доказательств тезиса используется его многократное повторение («до тошноты»). Иначе аргументировать их атрибуцию как «психоаналитических» не представляется возможным.

Таким образом, первую проблему текста доктора Зислина можно обозначить следующим образом: необходимо ли клиницисту (врачу, психологу, психоаналитику) руководствоваться какими-либо правилами подбора материала, описывать и аргументировать его методику в неклинической публикации для научного журнала? Могут ли быть освобождены от этой обязанности все авторы, или, всё же, «что дозволено Юпитеру, не дозволено быку» — и только известные и состоявшиеся врачи вроде доктора Зислина могут ими пренебречь?

Пять софизмов Иосифа Зислина. Доктор Зислин прибегает к «грязным» приёмам аргументации, которые иногда называют «софизмами», не только для обоснования релевантности подобранного материала. В обеих частях рассматриваемой здесь статьи автор часто прибегает к различным риторическим уловкам для привлечения читателя на свою сторону. В этом параграфе я бы хотел выделить некоторые из них.

1. *Ошибка определения*. Свои рассуждения доктор Зислин строит на злоупотреблении ошибкой определения. Он приводит определение: «суть психоаналитического метода — описание единичного текста, в сознании психоаналитика приравниваемое к анализу единичного терапевтического случая» [1, с. 63]. Такую риторическую уловку можно характеризовать как «ошибку узкого определения» [14, с. 203]. Устоявшаяся традиция психоаналитического исследования культуры подразумевает не только метод описания единичного текста как терапевтического случая. Как замечает немецкий культуролог Юрген Крамер [15, с. 238], психоанализ внёс прорывной вклад в исследования культуры, когда пролил свет на бессознательные и нерациональные элементы формирования идентичности и субъекта; усложнил наивные представления о том, как работают идеологии; открыл пространство для обсуждения гендера и сексуальности в культуре; прояснил, какие процессы вовлечены в этническое различение и межкультурные контакты; усовершенствовал понимание исследователями культуры роли аффекта, эмоций и желаний в культуре.

Британский культуролог Стюарт Холл — один из «отцов» современной системы наук о культуре (cultural studies) — подчёркивал, что психоанализ всё ещё служит «важным напоминанием исследователям культуры, что они сами уже пойманы в структуру, против которой пытаются мыслить, и что не существует момента полной свободы от этих ограничений [здесь и далее перевод с английского мой — Ин.М.]» [16]. Психоаналитики исследуют общий культурный текст и установившуюся систему символических отношений.

Если обратиться к частному случаю исследования фольклора, то здесь, как указывает, например, классик американской антропологии и фольклористики Алан Дандес, психоаналитический метод будет заключаться не в каталогизации и исследовании всех возможных вариантов текста, а в семиотическом исследовании самой коммуникативной ситуации, в которой тот или иной фольклорный текст рассказывается, а также в том, какие значения он приобретает в разных таких ситуация для разных рассказчиков и пр. [17, с. 1531–1532].

Вероятно, определение, которое даёт доктор Зислин, можно назвать не столько ошибкой, сколько софистической уловкой: якобы обобщая метод исследуемых им авторов, доктор Зислин намеренно оборачивает его в форму фундаментального определения «сути» психоаналитического метода вообще, что в контексте журнала по психоневрологии подразумевает несколько иные коннотации, нежели вне клини-

ческого поля. К аналогичному приёму доктор Зислин прибегает (или же допускает аналогичную риторическую ошибку), когда представляет своё определение «логики психоаналитического подхода»: «“читатель ждёт уж рифмы розы”: развития анального сюжета или хотя бы анальной фазы, ведь логика психоаналитического подхода диктует нам, что если в тексте появились фекалии, то анальная песня не за горами» [1, с. 65]. И хотя, действительно, в рамках изучения т.н. анально-садистической стадии психосексуального развития существовали попытки исследования символического значения фекалий, «анальный сюжет или анальная фаза», как её называет доктор Зислин, является концептом, связанным с проблемами объектных отношений: как самосдерживания и самообладания, так и контроля над объектом (подробнее см. [18, с. 559]). Таким образом, доктор Зислин подменяет целое частностью с целью «грязного» усиления риторического эффекта собственного текста.

2. *Argumentum ad verecundiam, или апелляция к авторитетам*. Другим важным приёмом для стратегии аргументации доктора Зислина служит ложная апелляция к авторитетам [14, с. 179–180]. *Argumentum ad verecundiam* может строиться двумя способами. Первый — это приведение цитаты вне контекста, чтобы выдать мнение оратора за мнение более авторитетного эксперта. Так поступает доктор Зислин, приводя в качестве эпиграфа к выводам ко второй части своего текста цитату немецкого теоретика культуры русского происхождения Игоря Павловича Смирнова. Для того чтобы усилить собственный тезис о якобы анекдотичном игнорировании психоаналитиками здравого смысла, доктор Зислин приводит цитату из «О предпосылках психоисторического подхода к культуре» Смирнова: «Убеждённость в том, что аффект иррационален, позволяет большинству психоаналитиков игнорировать логику» [19].

Вне контекста читатель действительно может поставить здесь знак равенства между логикой и здравым смыслом или разумностью (это распространённое бытовое значение). Обратившись к источнику, можно увидеть более полный контекст приводимой доктором Зислиным цитаты из Смирнова: «Инструментальной задачей нашей книги была выработка такого метаязыка, в котором термины психоанализа, логики и диахронической культурологии были бы взаимопереводимы. Для этого нам пришлось пересмотреть определения некоторых традиционных категорий психоанализа — таких, как Trieb, травма, симптом, инфантильная сексуальность, патология и пр. Убеждённость в том, что аффект иррационален, позволяет большинству психоаналитиков игнорировать логику. Нет учения, внутренне более противоречивого, чем психоаналитический дискурс. Строя нашу психо-логику, нам хотелось избавить его от непоследовательности! Аффект — не что иное, как консеквент, чей антецедент субъект не успел или не смог отрефлексировать» (Ibid.). Однако в самой работе Смирнова речь идёт скорее о логике в самом непосредственном её значении, как о системе научных инструментов, применив которые, Игорь Павлович видит возможным переосмыслить некоторые психоаналитические концепты. Игнорированием логики же, по всей видимости, Игорь Павлович называет внутридисциплинарную противоречивость психоанализа: действительно, часто одни и те же понятия трактуют радикально иным образом в разных психоаналитических школах. Такая картина действительно противоречит самому духу дисциплины логики. Таким образом, можно заметить, как и с какой целью доктор Зислин вырывает цитату из контекста.

Второй способ построения такой аргументации — апелляция к ложным авторитетам. Доктор Зислин ссылается на замечания антрополога Клода Леви-Стросса о работе психоанализа с «мифом об Эдипе»: «мы можем отнести гипотезу Фрейда заодно с текстом Софокла к числу **версий мифа** (выделено мной. — И.З.) об Эдипе. Их версии заслуживают не меньшего доверия, чем более древние и на первый взгляд более “подлинные”» (цит. по [2]). Доктор Зислин снова вырывает фразу из контекста и не только снабжает цитату ссылкой не на самого Леви-Стросса, а на одну из своих старых работ [20], где эта цитата в полном виде отсутствует, но и интерпретирует её контрфактуальным образом: из комментария Леви-Стросса о вариативности мифа доктор Зислин выводит, что «отцы-основатели психоаналитического метода создали немало глубоко ошибочных мифов» [2]. Даже если читатель примет такое прочтение Леви-Стросса, опираться на заявление этнографа об ошибочности психоанализа кажется настолько же неудачным аргументом, насколько приводить в качестве аргументов мнение по вопросам налогообложения нобелевского лауреата по химии (фигура, безусловно, как и Леви-Стросс, авторитетная, но не релевантная теме).

3. *Ignoratio elenchi, или нерелевантный вывод или подмена тезиса*. Поскольку эти два приёма очень схожи, я позволил себе объединить их под одним пунктом. В англоязычной литературе подобные уловки принято называть «соломенным чучелом»: подобно тому, как можно подменить противника на соломенное чучело, которое легко «свалить», после чего триумфально заявить о победе над настоящим оппонентом, софист подменяет тезис оппонента, делая из него нерелевантные выводы [14, с. 158–159]. Именно такой аргументацией пользуется доктор Зислин: обсуждая филологические эссе и резюмируя свою критику упражнений якобы «психоаналитиков» как филологически несостоятельных, он делает из этого громкий вывод о клинической несостоятельности психоаналитиков: «если авторы так относятся к тексту, как же они оценивают нарратив пациента? и как будет строиться вытекающая из такой (анти)герменевтики терапевтическая стратегия? (не столько риторический, сколько практический вопрос)» [2, с. 76]. Подобный вывод к филологическим упражнениям доктора Зислина, выходящий на клиническую проблематику, который основан на уловке, кажется едва ли уместным на страницах научного журнала.

4. *Propter hoc, или «с этим/после этого, значит из-за этого»* [14, с. 246–248]. В целом доктор Зислин в своей «концепции» придерживается линии *propter hoc*: если потерпевший фиаско на том или ином поприще автор как-то связан с психоанализом (преимущественно, как мне удалось продемонстрировать выше, только в собственной несколько не очевидной и искажённой логике доктора Зислина), то именно психоанализ стал причиной такого фиаско. Хотя ложные ассоциации доктора Зислина часто основаны на грубых фактических ошибках (например, одну из цитат автор обозначает как «выдержку из эссе обучающего психоаналитика Ю. Исаевой» [1, с. 65], однако проверка источника показала, что на самом деле Юлия Исаева — первокурсница(!) психологического института), он неоднократно прибегает к искажению каузации, подчёркивая, что критика специалиста за непрофессионализм обусловлена его обращением к психоанализу: «Психоанализ, в отличие от психиатрии, поместил самого аналитика в фокус внимания, признав у него наличие и бессознательных импульсов, и скрытых желаний. Но заявив себя как автор, психоаналитик сам становится объектом критики — именно за свою вольность, лёгкость в суждениях и непрофессионализм» [2, с. 76].

5. *Ad hominem, или переход на личности* [14, с. 179–180]. Вероятно, трудно представить более неуместный приём в серьёзной дискуссии, чем переход на личности. К сожалению, доктор Зислин не гнушается таким полемическим инструментом и не единожды прибегает к нему. Он то пеняет на «закомплексованность» авторов («спрошу: на каком основании Елена Назаренко считает, что исследует сказку, а не демонстрирует свои комплексы и фантазии?» [2, с. 73]), то обвиняет их в отыгрывании собственной неполноценности («именно эта “безавторность”, проще и точнее говоря “фольклорность” сказки, представляется очень важной, если мы хотим понять мотивировки психоаналитиков, отыгрывающих своё неумение анализировать текст именно на фольклорных образцах» [2, с. 74], или даже самоутверждении («как мне представляется, обращение к сказке для психоаналитика является просто попыткой самоутверждения» [2, с. 75]).

6. Следует также обратить внимание на некоторые другие *софистические уловки*, рассредоточенные по всему тексту:

– *argumentum ad nauseam* (аргументация за счёт постоянного повторения своего тезиса «до тошноты»);

– ложная ассоциация (если два феномена разделяют какую-то характеристику — они являются одним и тем же: если психоанализ и плохая эссеистика разделяют некоторые предположения и понятия, значит, эта плохая эссеистика тоже является психоанализом);

– *non sequitor* (представление в качестве вывода идеи, не следующей из предыдущего тезиса);

– *circulus in demonstrando*, или порочный круг: психоаналитик ошибается, поэтому психоанализ ошибочен;

– *argumentum ad logicam* (нечто является ошибочным только потому, что предложенная кем-то аргументация ошибочна) [14].

Таким образом, вторую проблему текста доктора Зислина можно сформулировать следующим образом: необходимо ли врачу-клиницисту придерживаться некоторых правил работы с материалом не только в плане его подбора и представления, но также в плане его анализа и аргументации собственных идей? Необходимо ли оставаться в рамках релевантной коммуникативной ситуации — дискуссии на страницах академического печатного издания, — или же можно продолжить пользоваться «софистикой», какой любят эпатировать публику в «живом» пространстве лекционных залов, социальных сетей и так далее, как делает это доктор Зислин?

Предварительные выводы. Декларируя антропологическое исследование по «построению типологии психоаналитиков» [1, с. 63], психиатр Зислин на самом деле обращается к хорошо знакомой методике. Он будто пытается подменить антропологию, с её специфическими методами, этикой и прочим, привычной патографией — подобному тому, как патограф начинает с того, что его герой «по умолчанию» болен [21], так и двухчастная статья «Колобки и репки. Как психоаналитики превращаются в сказочников» представляет собой не анализ, а, скорее, упражнение в остроумии, где тезис аксиоматизируется с самого начала, а материал служит «спортивным снарядом» для дальнейших эпатажных софистических упражнений.

В таком контексте, действительно, не играют роли ни небрежный подбор материала, ни искажения, ни пренебрежение сложившейся культурой академической дискуссии. Более того, если брошенную на страницах солидного научного журнала фразу можно считать заявлением о начале антропологического проекта по «составлению типологии психоаналитиков», то, вероятно, для доктора Зислина как «антрополога» психоаналитики становятся информантами, то есть объектом изучения.

Многочисленные публичные скандалы с психоаналитиками, развязанные доктором Зислиным в публичном пространстве социальных сетей, вызывают значительные сомнения в его способности выполнять функции антрополога. Действительно, многое пережила дисциплина, однако даже постмодернистские влияния не смогли нормализовать провокацию, намеренный и последовательный конфликт с информантами. К сожалению, не существует никаких процедур, способных указать Зислину-«антропологу» на сомнительность стратегии, которую он избрал: доктор Зислин не состоит ни в одной антропологической ассоциации и ни с одним департаментом антропологии (где тоже есть этические полевые комитеты) не аффилирован. К сожалению, доктор Зислин продолжает публично позиционировать себя как «специалиста по антропологии» [22]. Если бы существовала процедура «извержения» из антропологов (подобно тем, что существуют в медицине и Церкви), такую, возможно, следовало бы инициировать. К сожалению, её не существует.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зислин И.М. Колобки и репки. Как психоаналитики превращаются в сказочников. Часть 1. *Неврологич. вестн*. 2020; 52 (1): 60–67. [Zislin I.M. How and why psychoanalysts become storytellers. Part 1. *Neurology Bulletin*. 2020; 52 (1): 60–67. (In Russ.)]

2. Зислин И.М. Колобки и репки. Как психоаналитики превращаются в сказочников. Часть 2. *Неврологич. вестн*. 2020; 52 (2): 72–78. [Zislin I.M. How and why psychoanalysts become storytellers. Part 2. *Neurology Bulletin*. 2020; 52 (2): 72–78. (In Russ.)]

3. Слабинский В.Ю. *Психологические коды сказки «Колобок» (фрагмент новой книги)*. https://dr-slabinsky.livejournal.com/38918.html (дата обращения: 18.11.2020). [Slabinskiy V.Yu. *Psikhologicheskie kody skazki "Kolobok" (fragment novoy knigi)*. https://dr-slabinsky.livejournal.com/38918.html (access date: 18.11.2020). (In Russ.)]

4. *Слабинский Владимир Юрьевич*. https://www.psy.su/persons/100_psihologov_rossii/psy/19766/ (дата обращения: 18.11.2020). [*Slabinskiy Vladimir Yur'evich*. https://www.psy.su/persons/100_psihologov_rossii/psy/19766/ (access date: 18.11.2020). (In Russ.)]

5. *Создатели*. https://www.live-and-learn.ru/#about (дата обращения: 22.11.2020). [*Sozdateli*. https://www.live-and-learn.ru/#about (access date: 22.11.2020) (In Russ.)]

6. Назаренко Е.А. *Сноведение как форма рефлексии в художественной культуре (на материалах литературоведения)*. Дисс. канд. филос. наук: 09.00.13. Ростов-на-Дону: Ростовский государственный педагогический университет. 2004; 139 с. [Nazarenko E.A. *Snovedenie kak forma refleksii v khudozhestvennoy kul'ture (na materialakh literaturovedeniya)*. Diss. kand. filos. nauk: 09.00.13. Rostov-na-Donu: Rostovskiy gosudarstvennyy pedagogicheskiy universitet. 2004; 139 p. (In Russ.)]

7. Назаренко Е. *Сказка «Колобок». Теневой анализ сказки в сказкотерапии*. https://www.live-and-learn.ru/catalog/article/skazka-kolobok-tenevoy-analiz-skazki-v-skazkoterapii/ (дата обращения: 18.11.2020a). [Nazarenko E. *Skazka "Kolobok". Tenevoy analiz skazki v skazkoterapii*. https://www.live-and-learn.ru/catalog/article/skazka-kolobok-tenevoy-analiz-skazki-v-skazkoterapii/ (access date: 18.11.2020a). (In Russ.)]

8. Назаренко Е. *Теневой анализ сказки «Репка» — Семья и Школа...* https://www.live-and-learn.ru/catalog/article/tenevoy-analiz-skazki-repka-semya-i-shkola-/ (дата обращения: 18.11.2020b). [Nazarenko E. *Tenevoy analiz skazki "Repka" — Sem'ya i Shkola...* https://www.live-and-learn.ru/catalog/article/tenevoy-analiz-skazki-repka-semya-i-shkola-/ (access date: 18.11.2020b). (In Russ.)]

9. Nordgren L.F., Bos M.W., Dijksterhuis A. The best of both worlds: Integrating conscious and unconscious thought best solves complex decisions. *J. Exp. Soc. Psychol*. 2011; 47 (2): 509–511.

10. Березницкая М., Исаева Ю. *Психоаналитическое понимание сказки «Колобок»*. https://psychic.ru/articles/somatic/article05.htm (дата обращения: 18.11.2020). [Bereznitskaya M., Isaeva Yu. *Psikhoanaliticheskoe ponimanie skazki "Kolobok"*. https://psychic.ru/articles/somatic/article05.htm (access date: 18.11.2020). (In Russ.)]

11. Антонова Ю. *Психоаналитическая интерпретация сказок «Красивая жена», «Карлик нос» и «Медведь — липовая нога»*. https://psychic.ru/articles/somatic/article13.htm (дата обращения: 22.11.2020). [Antonova Yu. *Psikhoanaliticheskaya interpretatsiya skazok "Krasivaya zhena", "Karlik nos" i "Medved' — lipovaya noga"*. https://psychic.ru/articles/somatic/article13.htm (access date: 22.11.2020). (In Russ.)]

12. *Казанцева Анна Евгеньевна*. http://www.kazantzeva.ekadoctor.ru (дата обращения: 18.11.2020). [*Kazantseva Anna Evgen'evna*. http://www.kazantzeva.ekadoctor.ru (access date: 18.11.2020). (In Russ.)]

13. Казанцева А.Е. *Психоаналитическое исследование фольклорных метафор для постижения физических процессов эмбриогенеза*. https://russia.ecpp.org/kazanceva-ae-psihoanaliticheskoe-issledovanie-folklornyh-metafor-dlya-postizheniya-fizicheskih (дата обращения: 18.11.2020). [Kazantseva A.E. *Psikhoanaliticheskoe issledovanie fol'klornykh metafor dlya postizheniya fizicheskikh protsessov ehmbriogeneza*. https://russia.ecpp.org/kazanceva-ae-psihoanaliticheskoe-issledovanie-folklornyh-metafor-dlya-postizheniya-fizicheskih (access date: 18.11.2020). (In Russ.)]

14. Cederblom J.B., Paulsen D. *Critical reasoning: Understanding and criticizing arguments and theories*. Wadsworth Publishing. 2011; 432 p.

15. Kramer J., Viol C.-U. Introduction: Psychoanalysis in cultural studies — Positions, perspectives and proposals. *Psychoanal. Cult. Soc*. 2017; 22 (3): 237–242.

16. Davis N.-Y., Gibert J., Hall S. et al. *Cultural Studies Now: transcript of the plenary featuring Stuart Hall, Doreen Massey, Mike Rustin and and Jeremy Gilbert*. http://culturalstudiesresearch.org/wp-content/uploads/2010/06/ccsrtranscripttalk.doc (access date: 18.11.2020).

17. Dundes A. Projection in folklore: A plea for psychoanalytic semiotics. *MlN*. 1976; 91 (6): 1500–1533.

18. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. *Словарь по психоанализу*. М., СПб.: Центр гуманитарных инициатив. 2017; 751 с. [Laplansh Zh., Pontalis Zh.-B. *Slovar' po psikhoanalizu*. M., SPb.: Tsentr gumanitarnykh initsiativ. 2017; 751 p. (In Russ.)]

19. Смирнов И.П. *Психоистория русской литературы от романтизма до наших дней*. М.: Новое литературное обозрение. 1994; 352 с. [Smirnov I.P. *Psikhoistoriya russkoy literatury ot romantizma do nashikh dney*. M.: Novoe literaturnoe obozrenie. 1994; 352 p. (In Russ.)]

20. Зислин И.М. Страдал ли Эдип эдиповым комплексом? (От эллинистического мифа к псевдостигматизации.) *Неврологич. вестн*. 2018; 50 (4): 57–66. [Zislin I.M. Did Oedipus suffer from on oedipus complex? (From greek myth to pseudo-stigmatization.) *Neurology Bulletin*. 2018; 50 (4): 57–66. (In Russ.)]

21. Сироткина И.Е. *Патография как жанр: критическое исследование*. http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_2_7/nomer/nomer10.php (дата обращения: 18.11.2020). [Sirotkina I.E. *Patografiya kak zhanr: kriticheskoe issledovanie*. http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_2_7/nomer/nomer10.php (access date: 18.11.2020). (In Russ.)]

22. Зислин И.М. *Модные диагнозы и модные болезни в психиатрии*. https://oxfordrussia.ru/materials/44/ (дата обращения: 22.11.2020). [Zislin I.M. *Modnye diagnozy i modnye bolezni v psikhiatrii*. https://oxfordrussia.ru/materials/44/ (access date: 22.11.2020). (In Russ.)]

Поступила 03.12.2020; принята в печать 19.01.2021.

Неврологический вестник. 2021; Т. LIII (1): 48–51.

DOI: 10.17816/nb56989
УДК: 616.89-008

О ПЕРМАНЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКЕ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Владимир Эдуардович Пашковский

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева,
192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3;
Санкт-Петербургский государственный университет,
199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9, e-mail: pashvladimir@yandex.ru

Реферат

В статье проанализирована проблема диагностики в детской психиатрии. Показано, что ошибки в ней во многом связаны с особенностями развития на ранних этапах онтогенеза. Освещена необходимость учитывать в диагностическом процессе теоретические положения П.П. Блонского, Л.С. Выготского, Д.Б. Эльконина о кризах детского и подросткового возраста и В.В. Ковалёва об уровнях нервно-психического реагирования. В статье показано, что аритмия раннего развития сказывается на диагностике такой патологии, как расстройство аутистического спектра. Подчёркнуто, что типичную в детском возрасте клиническую диффузность расстройства недооценивают. Констатировано, что гетерохрония развития в детском возрасте настоятельно требует перехода от нозоцентрированной к риск-центрированной диагностике.

Ключевые слова: детская психиатрия, гетерохрония развития, риск-ориентированная диагностика.

ABOUT PERMANENT DIAGNOSTICS
IN CHILD PSYCHIATRY

Vladimir E. Pashkovskiy

V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology,
192019, St. Petersburg, Bekhterev street, 3;
Saint-Petersburg University,
199034, St. Petersburg, Universitetskaya nab., 7–9,
e-mail: pashvladimir@yandex.ru

Abstract

The article analyzes the problem of diagnosis in child psychiatry. It is shown that errors in it are largely associated with the features of development at the early stages of ontogenesis. The need to take into account in the diagnostic process the theoretical positions of P.P. Blonsky, L.S. Vygotsky, D.B. Elkonin about crises in childhood and adolescence and V.V. Kovalev about the levels of neuropsychic response are discussed. The article shows that early developmental arrhythmia affects the diagnosis of such a pathology as autism spectrum disorder. It is emphasized that the typical childhood clinical diffuseness of the disorder is underestimated. It is argued that the heterochrony of development in childhood strongly requires a transition from noso-centered to risk-centered diagnostics.

Keywords: child psychiatry, developmental heterochrony, risk-based diagnostics.

Детская психиатрия до сих пор не имеет статута отдельной медицинской специальности, предполагающей дополнительную переподготовку психиатров, наличие удостоверений о прохождении тематического усовершенствования и сертификата. По этой причине в кресло детского психиатра может сесть любой психиатр, а ныне намечается тенденция, что и неврологи будут иметь право устанавливать у детей психиатрический диагноз. У взрослых традиционно диагностический процесс начинается с жалоб больного, составления плана обследования, обобщения существующих данных и установления окончательного диагноза. Таким образом, если у вас в 50 лет диагностировали ишемическую болезнь сердца, то можете быть уверены, что до конца дней своих вы будете носителем этого диагноза.

Совершенно иные диагностические подходы существуют в детской психиатрии. Нельзя не согласиться с американскими учёными Ч. Венаром и П. Кериг [1] о том, что «детская психопатология — это поведение, которое на каком-то жизненном отрезке считалось, но более не может считаться соответствующим уровню развития ребёнка». Если, к примеру, в 2–3 года магическое мышление было нормой, то его появление в 17 лет настораживает.

Какие же преграды стоят на пути психиатрического диагноза в детстве? Прежде всего, недооценка процессов развития. В детской психопатологии В.В. Ковалёвым [2] выделены следующие четыре основных уровня нервно-психического реагирования:

1) соматовегетативный (0–3 года);
2) психомоторный (4–7 лет);
3) аффективный (5–10 лет);
4) эмоционально-идеаторный (11–17 лет).

Каждый из этих уровней аффилирован с соответствующей нозологией. Так, диагноз «биполярное аффективное расстройство» в 2-летнем возрасте (а такие случаи есть), скорее всего, будет ошибочным, какие бы симптомы-аналоги специалисты не находили. В то же время диагноз «синдром дефицита внимания и гиперактивности» в 4–7-летнем возрасте вполне уместен. Однако главный источник ошибок в диагностике, на наш взгляд, — недостаточная опора на теоретические и практические достижения психологии развития.

Несколько десятилетий назад отстаивали постулат о возможно ранней диагностике умственной отсталости (УО). Ведущий специалист в этой области Д.Н. Исаев [3] писал: «…диагностика УО фактически является экспертизой, так как она на многие годы вперёд определяет судьбу ребёнка, возможности его обучения, профессиональные перспективы и его будущее место в жизни общества. Поэтому важно не только *рано* (курсив мой — В.П.), но и точно определить характер возможных психических нарушений».

В нашей практике мы сталкивались со случаями, когда ранняя диагностика приводила к ошибкам. Так, ребёнок с диагнозом УО, установленным в 3–4 года, затем в результате массивной психолого-педагогической интервенции, а иногда и спонтанно продвигался в развитии к 7 годам, и его итоговый коэффициент интеллекта (IQ) выходил за рамки УО и приближался к показателю задержки психического развития или возрастной норме. Пересмотр диагноза был затруднён, а иногда и невозможен. В дальнейшем врачи стали осторожнее, и окончательный диагноз УО в ЦВЛ «Детская психиатрия», где работает автор, стали устанавливать перед школой. А в коррекционных школах создавали диагностические классы, и переводить ребёнка на новые ступени в зависимости от школьной успешности стало легче.

Серьёзный источник систематических диагностических ошибок — отсутствие знакомства детских психиатров с теорией возрастных кризисов П.П. Блонского [4], Л.С. Выготского [5], Д.Б. Эльконина [6].

Анализируя ход онтогенеза психики ребёнка, Л.С. Выготский выделяет два типа возрастных периодов: стабильные (литические) и критические. Он показывает, что в стабильные периоды «развитие совершается главным образом за счёт микроскопических изменений личности ребёнка, которые, накапливаясь до известного предела, затем скачкообразно обнаруживаются в виде какого-то возрастного новообразования. В периоды кризиса развитие ребёнка принимает бурный, стремительный, иногда катастрофический характер». Л.С. Выготский выделяет кризис 1-го года жизни, кризис 3 лет и кризис 7 лет.

В настоящее время подростковый кризис относят к 11–12 годам (Д.Б. Эльконин назвал его предподростковым кризисом), юношеский — к 14–15 годам (кризис ранней юности). К свойствам этих кризовых периодов относятся неотчётливость границ, трудновоспитуемость, конфликтность, негативный характер развития. Последнее положение является наиболее не прояснённым.

В кризисной точке, по словам Л.С. Выготского, «…развитие, в отличие от устойчивых возрастов, совершает скорее разрушительную, чем созидательную работу. Прогрессивное развитие личности ребёнка, непрерывное построение нового, которое так отчётливо выступало во всех стабильных возрастах, в периоды кризиса как бы затухает, временно приостанавливается. На первый план выдвигаются процессы отмирания и свёртывания, распада и разложения того, что образовалось на предшествующей ступени и отличало ребёнка данного возраста. Ребёнок в критические периоды не столько приобретает, сколько теряет из приобретённого прежде. Наступление этих возрастов не отмечается появлением новых интересов ребёнка, новых стремлений, новых видов деятельности, новых форм внутренней жизни. Ребёнок, вступающий в периоды кризиса, скорее, характеризуется обратными чертами: он теряет интересы, вчера ещё направляющие всю его деятельность, которая поглощала бóльшую часть его времени и внимания, а теперь как бы замирает; прежде сложившиеся формы внешних отношений и внутренней жизни как бы запустевают».

Л.Н. Толстой образно и точно назвал один из таких критических периодов детского развития «пустыней отрочества». В кризисные периоды у маленьких детей происходит и приостановка речевого развития. Уже с момента рождения у новорождённого возникают крик и плач, в 2–3 мес — гуление, в 5–6 мес — лепетная речь. Бывает, что после года происходит темповая задержка речевого развития — это временная остановка развития речи у ребёнка по сравнению со сверстниками. Она, конечно, может быть обусловлена и физическими вредностями, но очень часто и гетерохронией развития. Никем не доказанная обусловленность речевой задержки плохим акушерским анамнезом влечёт диагноз органического поражения головного мозга с расстройством речи. Зачастую присущие возрастному кризису проявления воспринимаются как патологические.

Таким образом, в отечественной психологии остаются актуальными два подхода к сущности возрастных кризисов: кризисы как неудавшиеся переходы к новому возрасту и кризисы как необходимые этапы возрастного развития [7].

Есть основание утверждать, что развитие — не эволюционный процесс реализации, модификации и комбинирования задатков, а процесс с прерывистой траекторией. По этой причине в раннем детском возрасте оправдан переход от нозологического диагноза к диагнозу проблемному (риск, шанс).

Просматривая отчёт за год одного детского психиатрического учреждения, мы обнаружили, что у 9 детей в возрасте 1 года были диагностированы: «специфические задержки психического развития» — 5 случаев, «УО» — 3 случая, «синдром дефицита внимания и гиперактивности» — 1 случай. И это нельзя объяснить неграмотностью врачей. В международных классификациях детская психопатология прописана очень слабо, а риск-центрированная диагностика отсутствует вовсе.

Как отмечал C. Gilberg [8], «категориальный диагноз — неотъемлемая часть повседневной клинической и исследовательской практики». Мы настолько настойчиво проводим различие между расстройством и не расстройством (нормой), что клиники и врачи

становятся всё более и более специализированными и удовлетворяют потребности детей только с «расстройством аутистического спектра (РАС)», только с «синдромом дефицита внимания и гиперактивности», только с «языковым расстройством», только с «реактивным расстройством привязанности» или только с «синдромом Туретта». Это привело к тому, что типичную в детском возрасте клиническую диффузность расстройства недооценивают.

В то же время растёт понимание того, что наличие общих симптомов при разных расстройствах в детском возрасте — скорее правило, чем исключение. Термин «коморбидность» здесь не совсем подходит, так как мы обычно не имеем дело с полностью отдельно сосуществующими расстройствами. Гетерохрония развития в детском возрасте настоятельно требует перехода от нозоцентрированной к риск-центрированной диагностике.

В связи с этим C. Gillberg создал обобщённую концепцию ESSENCE (от англ. Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations), что в буквальном переводе означает ранние симптоматические синдромы, выявленные в ходе развития нервной системы. Признаки синдрома ESSENCE следующие:

1) симптомы начинаются в детстве и длятся более 6 мес;

2) присутствует задержка общего развития: интеллекта или способности обучаться;

3) есть нарушение координации движений: грубая или частичная задержка моторного развития;

4) нарушение развития восприятия может проявляться гипо- или гиперсенситивностью в ответ на сенсорные стимулы;

5) нарушение психического развития выражается замедлением или невозможностью формирования речи;

6) присутствует нарушение контроля деятельности, выражающееся в импульсивности, гипер- или гипоактивности;

7) нарушение внимания выступает в форме повышенной отвлекаемости;

8) отражением нарушений социального взаимодействия становятся недостатки взаимности и заинтересованности в сотрудничестве с детьми и взрослыми;

9) есть нарушения автоматизации поведения: стереотипии, тики, навязчивые действия;

10) присутствуют расстройства регуляции настроения: перепады, неспособность контролировать темперамент, характер;

11) есть расстройства сна: нарушение засыпания, цикла сон-бодрствование, ночные пробуждения, проблемы при утреннем пробуждении;

12) нарушения питания выражаются в избирательности пищи и отказе от еды.

По мнению автора, описанные синдромы нозологически неспецифичны, но в большей мере, чем категориальная диагностика, отражают клиническую реальность.

Аритмия раннего развития сказывается на диагностике такой патологии, как РАС. Их распространённость растёт в геометрической прогрессии, хотя никаких причин такого роста, кроме изменения в классификациях, доказательная медицина не представила. В статье B. Evans [9] есть ссылка на исследования американского социолога Гила Эйала, отметившего, что в США и других западных странах диагностика аутизма возросла после закрытия учреждений для умственно отсталых. Это привело к стиранию границ между тем, что традиционно считали УО, и тем, что всё чаще стали считать психическим заболеванием.

Одни авторы считают, что раннее выявление РАС имеет большое значение для обеспечения доступа детей к специализированным научно-обоснованным вмешательствам, которые могут помочь оптимизировать долгосрочные результаты. Раннее выявление также помогает сократить стрессовую «диагностическую одиссею», с которой сталкиваются многие семьи перед постановкой диагноза [10]. Другие авторы придерживаются противоположного мнения. Так, J. Kleinman и соавт. [11] отмечают, что диагностика РАС у очень маленьких детей сомнительна в отношении её достоверности. Количество правильных диагнозов увеличивается с возрастом ребёнка. [12].

Проведённая проверка показала, что у 19% детей диагноз РАС подтверждён не был в связи с продвижением этих детей в развитии, результатами раннего вмешательства и первичной гипердиагностикой. По данным S. Sutera и соавт. [13], у 13 детей в возрасте 4 лет был снят диагноз РАС, который был установлен им ранее в 2 года. По данным L. Turner и W. Stone [14], диагностическая стабильность диагностики РАС составила 63%, а диагностики детского аутизма — 68%. Кроме того, аутистические симптомы иногда могут перекрываться симптомами других расстройств, таких как обсессивно-компульсивное расстройство и социальное тревожное расстройство. Из-за этого перекрытия аутизм могут ошибочно воспринимать как другие заболевания, задерживая их диагностику и лечение [15].

Апокалиптические представления о диагностике, лечении и организации помощи детям с РАС в нашей стране, тиражируемые различными фондами, родительскими объединениями и отдельными специалистами, должны уступить место более взвешенным оценкам. Неспособность правильно диагностировать аутизм проблематична как в ложноположительном, так и в ложноотрицательном направлениях. Диагностика аутизма, когда он отсутствует, может направить ограниченные ресурсы от тех, кто действительно нуждается в помощи, а также создать стресс и путаницу для отдельных людей и семей. И напротив, неспособность правильно идентифицировать аутизм, когда он действительно присутствует, может поме-

шать отдельным пациентам и семьям получить необходимую поддержку, включая раннее медицинское вмешательство.

Те, кто знаком с текущими тенденциями в оценке аутизма, вероятно, знают о «золотых стандартах», связанных с конкретными тестами на аутизм, и «лучших практиках», связанных с междисциплинарными командами по аутизму. Любопытно, что эти заявления о «золотом стандарте» и «наилучшей практике» не были должным образом изучены. Необходимы обсуждение ценности тестов/инструментов выявления аутизма и привлечение внимания к предвзятым влияниям в оценке РАС. Настало время переосмыслить «золотые стандарты» и «лучшие практики» в оценке аутизма [16].

Итак, преодоление кризиса в детской психиатрии, на наш взгляд, возможно на пути придания детской психиатрии статуса отдельной специальности с организацией профессиональной переподготовки для психиатров. Для ординаторов, желающих посвятить себя детской психиатрии, необходимо предусмотреть добавление 1 года сверх установленных. Целесообразно начать обсуждение о совершенствовании классификации в детской психиатрии с введением риск-ориентированной диагностики, хотя бы в возрастном диапазоне 1–3 лет.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Венар Ч., Кериг П. *Психопатология развития детского и подросткового возраста*. Под ред. А.А. Алексеева. Пер. с англ. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК. 2004; 384 с. [Venar Ch., Kerig P. *Psikhopatologiya razvitiya detskogo i podrostkovogo vozrasta*. Pod red. A.A. Alekseyeva. Per. s angl. SPb.: Praym-EVROZNAK. 2004; 384 p. (In Russ.)]

2. Ковалёв В.В. *Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков*. М.: Медицина. 1985; 286 с. [Kovalev V.V. *Semiotika i diagnostika psikhicheskikh zabolevaniy u detey i podrostkov*. M.: Meditsina. 1985; 286 p. (In Russ.)]

3. Исаев Д.Н. *Умственная отсталость у детей и подростков*. Руководство. СПб.: Речь. 2003; 391 с. [Isayev D.N. *Umstvennaya otstalost'u detey i podrostkov*. Rukovodstvo. SPb.: Rech'. 2003; 391 p. (In Russ.)]

4. Блонский П.П. *Педология*. Учебник для высших педагогических учебных заведений. М.: Гос. учеб. педагог. изд. 1936; 336 с. [Blonskiy P.P. *Pedologiya*. Uchebnik dlya vysshikh pedagogicheskikh uchebnyh zavedeniy. M.: Gos. ucheb. pedagog. izd. 1936; 336 p. (In Russ.)]

5. Выготский Л.С. *Вопросы детской (возрастной) психологии*. Собрание сочинений. М.: Педагогика. 1984; 4: 243–403. [Vygotskiy L.S. *Voprosy detskoy (vozrastnoy) psikhologii*. Sobraniye sochineniy. M.: Pedagogika. 1984; 4: 243–403. (In Russ.)]

6. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте. *Вопр. психол*. 1971; (4): 39–51. [Elkonin D.B. On the problem of periodization of mental development in childhood. *Voprosy psikhologii*. 1971; (4): 39–51. (In Russ.)]

7. Дейниченко Л.Б. Исследование возрастных кризисов детства в отечественной психологии. В сб.: *Актуальные проблемы теории и практики психологических, психолого-педагогических и лингводидактических исследований*. Сборник материалов Международной научно-практической конференции. В 2 т. М.: Московский государственный областной университет. 2019; 2: 45–52. [Deynichenko L.B. Issledovaniye vozrastnykh krizisov detstva v otechestvennoy psikhologii. In: *Aktual'n·yye problemy teorii i praktiki psikhologicheskikh, psikhologo-pedagogicheskikh i lingvodidakticheskikh issledovaniy*. Sbornik materialov Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii v 2 tomakh. M.: Moskovskiy gosudarstvennyy oblastnoy universitet. 2019; 2: 45–52. (In Russ.)]

8. Gillberg C. The ESSENCE in child psychiatry: Early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations. *Res. Dev. Disabil*. 2010; 31 (6): 1543–1551. DOI: 10.1016/j.ridd.2010.06.002. PMID: 20634041.

9. Evans B. The foundations of autism: the law concerning psychotic, schizophrenic, and autistic children in 1950s and 1960s britain. *Bull. Hist. Med*. 2014; 88 (2): 253–285. DOI: 10.1353/bhm.2014.0033.

10. Zwaigenbaum L., Bauman M.L., Choueiri R. et al. Early intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age: Recommendations for practice and research. *Pediatrics*. 2015; 136 (1): S60–S81. DOI: 10.1542/peds.2014-3667E. PMID: 26430170.

11. Kleinman J.M., Ventola P.E., Pandey J. et al. Diagnostic stability in very young children with an autism spectrum disorder. *J. Autism Dev. Disord*. 2008; 38 (4): 606–615. DOI: 10.1007/s10803-007-0427-8.

12. Симашкова Н.В., Иванов М.В., Макушкин Е.В. и др. Скрининг риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста (данные по 9 регионам России в 2017–2019 гг.). *Ж. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020; 120 (11): 79–86. [Simashkova N.V., Ivanov M.V., Makushkin E.V. et al. Screening of the risk of mental and developmental disorders in children of early age in the Russian population (2017–2019). *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2020; 120 (11): 79–86. (In Russ.)] DOI: 10.17116/jnevro202012011179.

13. Sutera S., Pandey J., Esser E.L. et al. Predictors of optimal outcome in toddlers diagnosed with autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord*. 2007; 37 (1): 98–107. DOI: 10.1007/s10803-006-0340-6.

14. Turner L.M., Stone W.L. Variability in outcome for children with an ASD diagnosis at age 2. *J. Child Psychol. Psychiatry*. 2007; 48 (8): 793–802. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01744.x. PMID: 17683451.

15. Maddox B.B., Brodkin E.S., Calkins M.E. et al. The Accuracy of the ADOS-2 in identifying autism among adults with complex psychiatric conditions. *J. Autism Dev. Disord*. 2017; 47 (9): 2703–2709. DOI: 10.1007/s10803-017-3188-z. PMID: 28589494. PMCID: PMC5813679.

16. Kaufman N.K. Rethinking "gold standards" and "best practices" in the assessment of autism. *Appl. Neuropsychol. Child*. 2020, Aug. 27; 1–12. DOI: 10.1080/21622965.2020.1809414. PMID: 32847428.

Поступила 26.12.2020; принята в печать 01.02.2021.

Неврологический вестник. 2021; Т. LIII (1): 52–56.

DOI: 10.17816/nb58055
УДК: 616.89-008

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ НЕХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ

Алексей Юрьевич Егоров

Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова Российской академии наук, 194223, г. Санкт-Петербург, пр. Тореза, 44;
Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41;
Санкт-Петербургский государственный университет, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9, e-mail: draegorov@mail.ru

Реферат

Сегодня отсутствуют международные стандарты терапии нехимических (поведенческих) зависимостей. Это во многом связано с неясностью их существования как нозологических единиц и, как следствие этого, места в международных классификациях. В статье рассмотрены формы нехимических зависимостей, которые включены или будут включены в Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-V) и Международную классификацию болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). Показано, что исследование нехимических зависимостей вызывает дискуссии о спектре аддиктивных расстройств, расширяет мультидисциплинарное понимание этиологии и патогенеза аддиктивных расстройств, способствует изучению новых форм и расширению терапевтических подходов. Проанализирована критика концепции аддиктивного спектра. Представлены современные подходы немедикаментозной и фармакологической терапии разных форм нехимических зависимостей.

Сделаны следующие выводы.

1. Существование нехимических зависимостей подтверждается включением их части в международные классификации болезней.

2. Нехимические зависимости имеют высокую коморбидность с другими психическими расстройствами, в отношении которых проведение фармакотерапии и психотерапии не вызывает сомнений.

3. Учитывая общие нейробиологические механизмы формирования аддиктивных расстройств, возможная фармакотерапия нехимических зависимостей, официально признанных в МКБ и DSM, должна исходить из существующих на сегодня подходов к терапии зависимостей от психоактивных веществ.

4. Лечение нехимических зависимостей, не включённых в международные классификации, можно осуществлять только в рамках терапии подтверждённой коморбидной психической патологии. При её отсутствии возможной представляется психологическая коррекция.

5. Очевидна необходимость продолжения исследований проблемы нехимических зависимостей для расширения новых подходов их терапии и психологической коррекции.

Ключевые слова: нехимические (поведенческие) зависимости, аддиктивный спектр, психофармакотерапия, психотерапия.

DISCUSSION QUESTIONS ABOUT THE THERAPY OF NONCHEMICAL ADDICTIONS

Alexey Y. Egorov

I.M. Sechenov Institute of Evolutionary Physiology and Biochemistry of Russian Academy of Sciences, 194223, St. Petersburg, pr. Toreza, 44;
I.I. Mechnikov Northwestern State Medical University, 191015, St. Petersburg, Kirochnaya str., 41;
St. Petersburg State University, 199034, St. Petersburg, Universitetskaya Embankment, 7–9, e-mail: draegorov@mail.ru

Abstract

Today there are no international standards for the treatment of non-chemical (behavioral) addiction (NA). This is largely due to the vagueness of their existence as nosological units and, as a consequence, their place in international classifications. This article discusses the forms of NA that are or will be included in DSM-V and ICD-11. It has been shown that NA research has sparked discussions about the spectrum of addictive disorders, expands the multidisciplinary understanding of the etiology and pathogenesis of addictive disorders, and promotes the study of new forms and expansion of therapeutic approaches. The criticism of the addictive spectrum concept is analyzed. The modern approaches of non-drug and pharmacological therapy of different forms of NA are presented.

The following conclusions are drawn.

1. The existence of NA is confirmed by the inclusion of a part of them in the International Classifications of Diseases.

2. NA have high comorbidity with other mental disorders, in respect of which pharmacotherapy and psychotherapy are not in doubt.

3. Taking into account the general neurobiological mechanisms of the formation of addictive disorders, the possible pharmacotherapy of non-chemical addictions, officially recognized in the ICD and DSM, should proceed from the currently available approaches to the therapy of substance use disorders.

4. Treatment of non-chemical addictions that are not included in the International Classifications can only be carried out within the framework of therapy for confirmed comorbid mental disorders. In its absence, psychological correction seems to be possible.

5. There is an obvious need to continue researching the problem of non-chemical addictions to expand new approaches to their therapy and psychological correction.

Keywords: nonchemical (behavioral) addictions, addictive spectrum, psychopharmacotherapy, psychotherapy.

Сегодня отсутствуют международные стандарты терапии нехимических (поведенческих) зависимостей. Это во многом связано с неясностью их существования как нозологических единиц и, как следствие этого, места в международных классификациях. На сегодня из нехимических зависимостей только патологический гемблинг признан аддиктивным расстройством в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-V — от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) [1]. Расширенная рубрика [«Расстройства вследствие потребления психоактивных веществ (ПАВ) и аддиктивные поведения»] должна появиться и в Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) [2], куда, кроме гемблинга, войдёт также игровое расстройство, причём оба в online и offline формах, то есть по факту официально признано существование интернет-аддикций.

Другие нехимические зависимости можно встретить в иных классификационных рубриках: сексуальные аддикции в МКБ-10 [3] — F65. Расстройства сексуального предпочтения, перверзные формы; в DSM-V — 302. Paraphillias, а также Other specified sexual dysfunction. Аддикции к перееданию более всего соответствует в МКБ-10 переедание, сочетающееся с другими психологическими проблемами, — F50.4, а в DSM-V — компульсивное обжорство (binge eating disorder). Некоторые авторы относят трихотилломанию и клептоманию к поведенческим аддикциям, которые диагностируются в рубрике МКБ-10 Расстройства привычек и влечений (F63), там же, где в настоящее время находится и гемблинг.

Значительная часть описанных сегодня поведенческих зависимостей не попадает в современные классификации. Это прежде всего так называемые социально-приемлемые формы (трудоголизм, аддикция упражнений, аддикция отношений, патологический шопинг, аддикция к тауировкам, религиозная аддикция, а также ряд форм интернет-зависимостей, любовная зависимость и др.). З. Деметрович и М. Гриффитс [4] ещё шире обозначили возможные рамки группы поведенческих зависимостей, включив туда наряду с общепризнанными формами нехимических аддикций все расстройства импульсного контроля (Impuls Control Disorders), обсессивно-компульсивное расстройство, ряд других диагнозов, связанных с расстройствами функций влечения и воли, а также синдром дефицита внимания и гиперактивности. На наш взгляд, это противоречит существующей сегодня парадигме, что у расстройств одного спектра должны быть общие этиопатогенетические механизмы.

В последние два десятилетия в литературе обсуждают идею спектра аддиктивных расстройств. Спектральный подход не нов в психиатрии и сегодня начинает доминировать в современных классификациях, например появившаяся рубрики «Расстройства шизофренического спектра», «Расстройства аутистического спектра» и т.д. Под спектром можно понимать как расстройства, которые различаются по внешним проявлениям, но имеют в своей основе общие черты патогенеза, так и континуум феноменов/симптомов, простирающийся от нормы до патологии [5, 6].

Именно исследования нехимических аддикций привели к дискуссии о существовании «аддиктивного спектра». В рамках спектрального современная аддиктология исходит из того, что расстройства данного спектра отличают [4, 7]:

- сходная симптоматика;
- сходные генетические предрасполагающие факторы;
- сходные нейробиологические механизмы;
- сходные психологические механизмы;
- сходные (эффективные) фармакологические и психотерапевтические вмешательства.

Критики концепции аддиктивного спектра указывают на стирание границы нормы и патологии, медикализацию ненозологических состояний и, как следствие, релятивизм психофармакотерапии этих состояний [8–11]. На наш взгляд, спектральный подход расширяет мультидисциплинарное понимание этиологии и патогенеза аддиктивных расстройств, способствует изучению новых форм и расширению терапевтических подходов [5].

Один из критиков концепции аддиктивного спектра В.Д. Менделевич [12] пишет, что я, А.Ю. Егоров, и И.Н. Хмарук выступают за включение в психиатрические классификации ещё одной формы девиантного поведения — любовной и эротической аддикции на основании результатов fMRI исследований головного мозга влюблённых. Это не так. Я никогда не выступал за включение любовной аддикции как варианта эротических аддикций (куда, по моей классификации, входят, кроме неё, сексуальная и смешанная любовно-сексуальная аддикции) в международные классификации болезней. Анализируя состояние проблемы, я лишь цитировал работу И.Н. Хмарука и Ю.С. Степановой [13], которые предложили рассматривать любовные (эротические) аддикции как форму болезни нехимически зависимого поведения, соответствующей таксону F63.8 МКБ-10 — «Другие расстройства привычек и влечений» [14, 15]. Что касается fMRI исследований головного мозга влюблённых, то эта работа С. Зеки [16] наряду с другими демонстрирует общие нейробиологические механизмы как химических, так и поведенческих аддиктивных расстройств. Это расширяет наши представления о них и никак не является «использованием нейробиологического подхода с целью изменения классификации психических и поведенческих расстройств» [12].

В связи с создавшейся ситуацией на сегодня мы имеем две точки зрения:

1) исходя из идеи существования аддиктивного спектра расстройств, включить все поведенческие зависимости в классификации, однако, по мнению ряда

исследователей, необходимо учитывать их социальные и медицинские последствия в плане выбора терапии и коррекции;

2) не включать их в классификации, поскольку это «фейк-диагнозы», поэтому относиться к ним как к расстройствам нельзя и лечить, соответственно, тоже.

Истина, на наш взгляд, находится где-то посредине.

Среди поведенческих зависимостей сегодня терапия гемблинга наиболее разработана, и её можно условно подразделить на немедикаментозную и фармакотерапию. Из немедикаментозной чаще всего используют психотерапию — чаще других это варианты когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) как наиболее эффективной, а также 12-шаговые программы, реализуемые в группах Анонимных игроков (Gamblers Anonymous), чья эффективность остаётся весьма сомнительной. В качестве средств для фармакотерпии гемблинга предложены антидепрессанты (преимущественно селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, а также бупропион, нефазодон, агомелатин), антагонисты опиоидных рецепторов (налтрексон, налмефен), нормотимики (топиромат, литий, вальпроат) и глутаматергические препараты (мемантин), то есть те средства, об эффективности которых свидетельствуют доказательные исследования. Антипсихотики II поколения при гемблинге показали свою бесполезность [17].

В целом, учитывая противоречивость и явную недостаточность исследований эффективности действия антидепрессантов при гемблинге, можно заключить, что на сегодня нет убедительных данных о собственно «антигемблинговом» эффекте антидепрессантов (как и нет их об «антикрейвинговом» действии при зависимостях от ПАВ). Однако антидепрессанты могут быть полезны в тех случаях, когда вовлечение в гемблинг происходит для избегания тревоги и депрессии, а также в случаях коморбидности.

Что касается терапии эротических аддикций (любовной, сексуальной и смешанной), то на сегодня используют психотерапию в рамках посещения групп, работающих по 12-шаговым программам: группы Анонимных любовных аддиктов, Анонимных сексуальных и любовных аддиктов. При любовной и сексуальной аддикциях в рамках программы 12 шагов между аддиктом и терапевтом заключается договор о любовной и сексуальной трезвости. Это может означать либо полную трезвость, либо полное воздержание от каких-либо романтических или сексуальных связей вне официального брака или партнёрства. Существуют также отдельные программы для созависимых родственников: S-Anon — для жён сексоголиков, COSLAA (от англ. CO-Sex and Love Addicts Anonymous) — для созависимых жён и партнёров любовных и сексуальных аддиктов, RCA (от англ. Recovering Couples Anonymous) — анонимные выздоравливающие пары.

Если мы рассматриваем гиперсексуальное расстройство и парафилии как сексуальные аддикции, то в отношении них существуют наработки по КПТ и другим видам психотерапии. Есть единичные описания успешного использования антидепрессантов (климипрамина и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина) при гиперсексуальном поведении, а также налтрексона у сексуальных преступников-подростков [14, 15].

В целом те же тенденции преобладают в терапии других форм нехимических зависимостей. В отношении интернет-зависимости КПТ на сегодня наиболее исследована. Кроме КПТ, для коррекции интернет-зависимости использовались и другие психотерапевтические подходы: терапия реальности, интернет-вмешательства, терапия принятия и ответственности, семейная терапия, комплексные методы. Фармакологическим методам посвящено несколько исследований и клинических наблюдений, включавших успешное использование таких антидепрессантов, как эсциталопрам, кломипрамин и бупропион, которые назначали для терапии коморбидной патологии. Есть данные об эффективности кветиапина, клоназепама, налтрексона и метилфенидата. В целом исследования были ограничены методологическими недостатками, включая небольшие размеры выборки, отсутствие контрольных групп и небольшую информацию о приверженности лечению, а также валидизированную диагностику аддикции [18].

В литературе есть публикации, посвящённые терапии некоторых форм социально-приемлемых аддикций. Больше всего данных получено при попытках лечения аддикции к покупкам (компульсивного шопинга). С разной степенью эффективности использовали те же селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, бупропион, нортриптилин и налтрексон. Существуют сообщения об эффективности применения КПТ и программы Анонимные должники (Debtors Anonymous), созданной на основе 12-шаговой программы для Анонимных алкоголиков.

Мы неоднократно писали, что вопрос, лечить или не лечить социально-приемлемые аддикции, далеко не однозначен. Выбирая тактику лечения пациента-аддикта, следует прежде всего разобраться, первична социально приемлемая аддикция или вторична, то есть имеет заместительный характер. В первом случае необходимо разобраться, какой урон она причиняет пациенту. В более лёгких случаях аддикции (например, работоголизм, спортивная аддикция) при отсутствии жалоб самого пациента, на наш взгляд, не следует пытаться избавить его от зависимости. В случае наличия жалоб самого пациента следует проводить психотерапию и коррекцию в рамках существующей социально приемлемой зависимости, поскольку попытки «избавления» от неё могут привести к формированию более тяжёлых форм, включая зависимость от ПАВ. В более тяжёлых случаях (например, культовая травма при религиозной

аддикции) мы считаем необходимым проведение всего комплекса психотерапевтических, а если потребуется, то и активных психиатрических лечебных мероприятий с применением биологической терапии для устранения последствий зависимости [5, 15, 17].

При анализе подходов к терапии нехимических аддикций видно, что они достаточно похожи: из немедикаментозных интервенций — это преимущественно 12-шаговые программы и различные варианты КПТ. Из фармакологического вмешательства — это главным образом антидепрессанты, преимущественно селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и агонисты опиоидных рецепторов, прежде всего налтрексон. Только в случае гемблинга существуют доказательные исследования эффективности нормотимиков и глутамтергических средств. Эти подходы сегодня используют и в терапии зависимостей от ПАВ, прежде всего алкогольной и опиоидной.

Говоря о роли спектрального подхода в лечении аддиктивных расстройств, будет уместно подробнее остановиться на публикациях, посвящённых опыту терапии поведенческих зависимостей агонистом μ-опиоидных рецепторов налтрексоном. В одном обзоре приводят 39 исследований эффективности налтрексона, при зависимости от алкоголя, опиоидов, никотина, стимуляторов, а также при нехимических аддикциях — гемблинге, трихотилломании и клептомании. Авторы заключают, что, несмотря на очень разные представления между разными категориями зависимостей, данные в целом демонстрируют согласованность в пользу относительной эффективности и безопасности налтрексона. Учитывая потенциальную пользу и хорошую переносимость, выявленные в исследованиях, высокую заболеваемость, связанную с зависимостью, и нехватку альтернативных методов лечения, налтрексон может показаться малоиспользуемым вариантом лечения. Авторы полагают, что такая универсальность действия налтрексона при аддикциях поддерживает общую роль опиоидных путей мозга в патофизиологии зависимости в широком смысле [19].

Ещё один обзор, посвящённый применению опиоидных антагонистов (налтрексона и налмефена) при различных поведенческих аддикциях, подтвердил их успешное использование при гемблинге и клептомании. При этом авторы не нашли достаточных доказательств, подтверждающих использование налтрексона или налмефена при трихотилломании, невротической экскориации, компульсивном шопинге, гиперсексуальном расстройстве или компульсивном обжорстве [20].

И, наконец, другой метаанализ включил 6 рандомизированных клинических исследований, из которых в 3 оценивали эффективность налтрексона при лечении гемблинга, а в 3 проверяли его эффективность при клептомании, трихотилломании и проявлениях поведенческих аддикций при болезни Паркинсона, вызванных заместительной терапией дофаминомиметиками, — гемблинга, аддикции к покупкам, гиперсексуальном поведении и пищевой аддикции. Метаанализ всей выборки показал преимущество в группе налтрексона по сравнению с плацебо. Авторы делают вывод о положительном эффекте налтрексона при лечении различных поведенческих зависимостей [21].

Эти примеры показывают возможности расширения терапевтических стратегий, исходя из понимания общих механизмов патогенеза всех аддиктивных расстройств, что следует из концепции аддиктивного спектра.

ВЫВОДЫ

1. Нехимические (поведенческие) аддикции существуют, что подтверждается включением их части, имеющей наиболее высокий аддиктивный потенциал, распространённость и серьёзные последствия для здоровья, в международные классификации болезней.

2. Нехимические (поведенческие) аддикции имеют высокую коморбидность с другими психическими расстройствами, прежде всего аффективного и тревожного спектра, а также зависимостями от психоактивных веществ, в отношении которых проведение фармакотерапии и психотерапии не вызывает сомнений.

3. Учитывая общие нейробиологические механизмы формирования аддиктивных расстройств, возможная фармакотерапия нехимических зависимостей, официально признанных в МКБ и DSM, должна исходить из существующих на сегодня подходов к терапии зависимостей от психоактивных веществ.

4. Лечение нехимических зависимостей, не включённых в международные классификации, можно осуществлять только в рамках терапии подтверждённой коморбидной психической патологии. При её отсутствии возможной представляется психологическая коррекция.

5. Очевидна необходимость продолжения исследований проблемы нехимических зависимостей для расширения новых подходов их терапии и психологической коррекции.

Работа выполнена при поддержке Госзадания, тема № АААА-А18118012290373-7.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association. Washington, DC, London, England: American Psychiatric Publishing. 2013; 970 p.

2. World Health Organization. *ICD-11 beta draft — Mortality and morbidity statistics. Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders*. 2018. https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f334423054 (access date: 02.02.2021).

3. *Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике*. Пер. на рус. яз. Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб.: Адис. 1994; 302 с. [*Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznej (10-j peresmotr). Klassifikacija psihicheskih i povedencheskih rasstrojstv. Klinicheskie opisanija i ukazanija po diagnostike*. Per. na rus. jaz. Pod red. Ju.L. Nullera, S.Ju. Cirkina. SPb.: Adis. 1994; 302 p. (In Russ.)]

4. Demetrovics Z., Griffiths M. Behavioral addictions: Past, present and future. *J. Behav. Addict*. 2012; 1 (1): 1–2. DOI: 10.1556/JBA.1.2012.1.0.

5. Егоров А.Ю. Аддиктивный спектр: *pro et contra*. *Неврологич. вестн*. 2020; 52 (4): 60–68. [Egorov A.Yu. Addiktivnyj spektr: *pro et contra*. *Nevrologicheskij vestnik*. 2020; 52 (4): 60–68. (In Russ.)] DOI: 10.17816/nb49780.

6. Короленко Ц.П., Шпикс Т.А. *Постпсихиатрия: спектры психологических и психических нарушений*. Новосибирск: Изд.-полиграф. центр НГМУ. 2018; 154 с. [Korolenko C.P., Shpiks T.A. *Postpsihiatrija: spektry psihologicheskih i psihicheskih narushenij*. Novosibirsk: Izd.-poligraf. centr NGMU. 2018; 154 p. (In Russ.)]

7. Grant J.E., Potenza M., Weinstein A., Gorelick D.A. Introduction to behavioral addictions. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. 2010; 36 (5): 233–241. DOI: 10.3109/00952990.2010.491884.

8. Менделевич В.Д. Фейк-диагнозы в психиатрических классификациях. *Неврологич. вестн*. 2018; 50 (4): 15–18. [Mendelevich V.D. Fejk-diagnozy v psihiatricheskih klassifikacijah. *Nevrologicheskij vestnik*. 2018; 50 (4): 15–18. (In Russ.)]

9. Снедков Е.В. Поведенческие эпифеномены в международной классификации болезней. *Неврологич. вестн*. 2019; 51 (3): 5–19. [Snedkov E.V. Povedencheskie jepifenomeny v mezhdunarodnoj klassifikacii boleznej. *Nevrologicheskij vestnik*. 2019; 51 (3): 5–19. (In Russ.)]

10. Снедков Е.В. Повышает ли психометрия качество психиатрической диагностики? *Неврологич. вестн*. 2020; 52 (3): 15–20. [Snedkov E.V. Povyshaet li psihometrija kachestvo psihiatricheskoj diagnostiki? *Nevrologicheskij vestnik*. 2020; 52 (3): 15–20. (In Russ.)]

11. Mendelevich V.D. Toward diagnostic and therapeutic relativism in psychiatry and addiction medicine. *Heroin Addict. Relat. Clin. Probl*. 2019; 21 (5): 9–14.

12. Менделевич В.Д. Нейромания и нейрофобия: как в психиатрии «физики» побеждают «лириков». *Неврологич. вестн*. 2020; 52 (4): 8–11. [Mendelevich V.D. Nejromaniya i nejrofobiya: kak v psihiatrii “fiziki” pobezhdayut “lirikov”. *Nevrologicheskij vestnik*. 2020; 52 (4): 8–11. (In Russ.)] DOI: 10.17816/nb49814.

13. Хмарук И.Н., Степанова Ю.С. Социально-психологическая предиспозиция формирования эротических аддикций. В сб.: *Бехтерев В.М. и современная психология.* Материалы докладов на российской научно-практической конференции. Казань, КГУ, 29–30 сентября 2005 г. Вып. 3. Т. 2. Казань: Центр инновационных технологий. 2005; 332–338. [Hmaruk I.N., Stepanova Yu.S. Social’no-psihologicheskaya predispoziciya formirovaniya eroticheskih addikcij. In: *Bekhterev V.M. i sovremennaya psihologiya.* Materialy dokladov na rossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii. Kazan’, KGU, 29–30 sentyabrya 2005 g. Vyp. 3. T. 2. Kazan’: Centr innovacionnyh tekhnologij. 2005; 332–338. (In Russ.)]

14. Егоров А.Ю. Любовные аддикции. *Вестн. психиатрии и психол. Чувашии*. 2015; 11 (2): 64–81. [Egorov A.Yu. Lyubovnye addikcii. *Vestnik psihiatrii i psihologii Chuvashii*. 2015; 11 (2): 64–81. (In Russ.)]

15. Егоров А.Ю. *Социально-приемлемые поведенческие зависимости*. Saarbrüken: Lambert. 2016; 113 с. [Egorov A.Yu. *Social’no-priemlemye povedencheskie zavisimosti*. Saarbrüken: Lambert. 2016; 113 p. (In Russ.)]

16. Zeki S. The neurobiology of love. *FEBS Lett.* 2007; 581 (14): 2575–2579. DOI: 10.1016/j.febslet.2007.03.094.

17. Егоров А.Ю. Терапия нехимической зависимости. *Ж. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2018; 118 (6): 115–123. [Egorov A.Yu. Terapiya nekhimicheskoj zavisimosti. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova*. 2018; 118 (6): 115–123. (In Russ.)] DOI: 10.17116/jnevro201811861115.

18. Егоров А.Ю., Гречаный С.В. Современные подходы к терапии и коррекции Интернет-аддикции. *Ж. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019; 119 (6): 101–108. [Egorov A.Yu., Grechanyj S.V. Sovremennye podhody k terapii i korrekcii Internet-addikcii. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova*. 2019; 119 (6): 101–108. (In Russ.)] DOI: 10.17116/jnevro2019119061152.

19. Aboujaoude E., Salame W.O. Naltrexone: A pan-addiction treatment? *CNS Drugs*. 2016; 30 (8): 719–733. DOI: 10.1007/s40263-016-0373-0.

20. Mouaffak F., Leite C., Hamzaoui S. et al. Naltrexone in the treatment of broadly defined behavioral addictions: A review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur. Addict Res*. 2017; 23 (4): 204–210. DOI: 10.1159/000480539.

21. Piquet-Pessôa M., Fontenelle L.F. Opioid antagonists in broadly defined behavioral addictions: a narrative review. *Expert Opin. Pharmacother*. 2016; 17 (6): 835–844. DOI: 10.1517/14656566.2016.1145660.

Поступила 11.01.2021; принята в печать 01.02.2021.

Неврологический вестник. 2021; Т. LIII (1): 57–60.

DOI: 10.17816/nb58383
УДК: 616.89

ДИАГНОЗ В ОДНОМЕРНОЙ ПСИХИАТРИИ

Елена Николаевна Давтян

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,
191186, г. Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, 48, e-mail: elena.davtian@gmail.com

Реферат

На основании анализа смыслового наполнения слова «диагноз» в общей медицине и в психиатрии автор приходит в выводу, что из всех функций диагноза (медицинской, социальной, экономической и статистической) современный психиатрический диагноз обладает только последними двумя — экономической и статистической. Клиническая (медицинская) составляющая из диагноза исчезает. Анализируются истоки такого положения дел. Обосновывается положение о том, что статистический язык операциональной психиатрии — это язык-пиджин, который привёл к формированию одномерной психиатрии.

Ключевые слова: психиатрия, диагноз, классификации, МКБ-10, МКБ-11, пиджин, операциональный.

DIAGNOSIS IN THE ONE-DIMENSIONAL PSYCHIATRY

Elena N. Davtian

Russian State Pedagogical University named after A.I. Herzen,
191186, St. Petersburg, emb. of the Moika river, 48,
e-mail: elena.davtian@gmail.com

Abstract

Based on the analysis of the semantic content of the word “diagnosis” in general medicine and psychiatry, the author comes to the conclusion that of all the functions of diagnosis (medical, social, economic and statistical), modern psychiatric diagnosis has only the last two ones — economic and statistical. The clinical (medical) component of the diagnosis disappears. The origins of this state of things are analyzed. The article substantiates the position that the statistical language of operational psychiatry is a kind of pidgin languages, which led to the one-dimensional psychiatry.

Keywords: psychiatry, diagnosis, classification, ICD-10, ICD-11, pidgin, operational.

Наше время характеризуется появлением большого количества профессиональных слов с неясным статусом и, как следствие, с не вполне определённым значением. Это касается как прямой «кальки» с английского языка, которая в русскоязычной среде воспринимается весьма неоднозначно, а часто и просто двусмысленно (например, «начинающие карьеру психиатры», шкалы «удовлетворённости» и «счастливости» и т.д.), так и привычных профессиональных слов, меняющих своё содержание в зависимости от времени и от места их употребления. Автору статьи неизвестна ни одна научная дисциплина, в которой профессиональные термины менялись бы с такой скоростью, как в психиатрии, и зависели бы от самых разнообразных, часто не имеющих отношения к непосредственной профессиональной деятельности, причин. К числу таковых, прежде всего, относятся постоянно «совершенствующиеся» статистические классификации и давление сообществ потребителей психиатрических услуг, которые под флагом дестигматизации получили право менять язык психиатрии по своему усмотрению.

Всё это уже привело к явлению массовой детерминологизации психиатрических понятий, когда бывшие ранее однозначными термины вошли в обыденную речь и стали неопределёнными словами, не имеющими истории употребления. Каждый носитель языка теперь вкладывает в них тот смысл, который он вложить в них хочет (например, термины *депрессия, аутизм, паническая атака, биполярное аффективное расстройство*).

Психиатры оказались в сложной ситуации, так как существующая «терминологическая чехарда» запутывает самих профессионалов. Согласно общей терминологии (науке о терминах), замена даже неудачных, но хорошо внедрённых терминов связана с ломкой устоявшейся системы и ненужным переучиванием [1]. В ситуации постоянных терминологических изменений (и, как следствие, непрерывной «ломки» профессиональной системы с необходимостью многократного «переучивания») для того, чтобы просто понять профессиональный текст, психиатру необходимо приложить немало усилий по прояснению смысла слов, так как приходится учитывать массу факторов: «Кто писал? В какое время? Какая была принята в тот момент номенклатура? Какой смысл исследователи вкладывали в тот или иной термин? Как это значение слова соотносится с классическими психиатрическими текстами и тем, что мы наблюдаем в клинике?» и т.д.

Нам представляется, что не избежало участи разночтений в психиатрии и такое традиционное врачебное слово, как «диагноз». Если обратиться к толковым и медицинским словарям, то, как правило, определение медицинского диагноза производится через понятие «болезни» [2]. Так, в словаре иностранных слов А.Н. Чудинова диагноз определяется как «определение болезни по её обнаружившимся признакам».

Диагностика как «определение болезни» звучит и в основных требованиях к современной формулировке диагноза: диагноз должен быть нозологическим, соответствовать принятой международной номенклатуре, быть развёрнутым (содержать форму заболевания, тип течения, степень активности процесса и пр.), быть этиологическим и патогенетическим [3]. Кроме того, сам по себе диагноз обладает разнообразными функциями: медицинской, социальной, экономической и статистической. Медицинскую и социальную функции диагноза всегда считают приоритетными по отношению к экономической и статистической.

Общепринятой международной классификацией служит Международная классификация болезней (МКБ), в настоящее время — 10-го пересмотра[1]. Однако в психиатрическом разделе классификации понятие «болезнь» отсутствует. Для определения психопатологических состояний использовано слово «расстройство». При этом ясного определения, чем отличается «расстройство» от привычных в классической психиатрии болезней (невроза, шизофрении) или патологических состояний (психопатии, малоумия), разработчики МКБ не дают, хотя и указывают, что расстройство «подразумевает под собой существование клинически распознаваемых совокупностей симптомов или отклонений в поведении» [4] (дискуссия на эту тему недавно разгорелась в отечественной печати [5, 6]).

Однако если нет заболеваний, а существуют только «совокупности симптомов», то нет и форм болезней и типов течения. По-видимому, с этим связано исчезновение из МКБ-11, например, клинических форм шизофрении или тенденция к безудержному «укрупнению» ранее разнородных патологических состояний в единые «спектры расстройств» (например, расстройства аутистического или шизофренического спектра). Более того, из всех требований к современной формулировке диагноза (в соответствии с законодательством РФ) психиатрический диагноз, по-видимому, способен полноценно выполнить только одно — соответствие принятой международной номенклатуре.

В этом месте имеет смысл вспомнить, какими бывают и для чего нужны классификации. Классификация — стандартный общенаучный метод организации знания. Классификации выполняют две задачи: (1) надёжно распознавать изучаемую область; (2) заключать в себе максимально полную информацию об объектах изучаемой области [7].

Классификации бывают естественными и искусственными. Естественная классификация возникает на основе наблюдений и является синтезом эмпирических и теоретических представлений. В контексте психиатрии естественными классификациями были классификации различных психиатрических школ в «доопераціональную эпоху», весьма подробно изложенные в известном докладе Э. Стенгеля (1959) [8]. Многообразие школ и несовпадение их взглядов в тот период — обычный и закономерный этап естественного развития научной дисциплины. Следует отметить, что только естественная классификация считается обоснованной типологией и может претендовать на решение содержательных задач и прогнозирование новых результатов [7].

В отличие от естественной, искусственная классификация строится часто на прагматических основаниях и основывается на произвольно выбранных и удобно различимых свойствах объектов. Решить такая классификация способна только первую задачу классификаций — распознавание объектов по их специально отобранным свойствам. Не вызывает сомнений, что в психиатрии такими искусственными классификациями стали МКБ-10 и следующая за ней МКБ-11. Выставленный психиатрический диагноз в соответствии с этими классификациями — не диагноз в привычном клиническом смысле слова. Это узнавание «совокупности симптомов», произведённое по определённым правилам и необходимое для учёта и статистики для нужд управления здравоохранением.

Никто никогда и не скрывал, что именно для этого и разрабатывалась операциональная статистическая классификация: «Результатом диагностического процесса по МКБ-10 является не диагноз в традиционном понимании с полнотой клинического описания, выделением ведущего синдрома и учётом индивидуальных особенностей пациента, а статистически ориентированная констатация диагностических критериев включения и исключения» [9].

В официальной инструкции Министерства здравоохранения РФ по использованию МКБ-10 (утверждена 25 мая 1998 г. №2000/52-98) написано, что «остаётся проблемой сопоставление клинических диагнозов и диагнозов, приведённых в МКБ», что в МКБ «сохранилась тенденция к значительной модернизации диагнозов без учёта клинической практики», что «сложные методические вопросы возникают в отношении терминов, используемых в МКБ» и, наконец, что вряд ли сейчас МКБ «можно рекомендовать в качестве образца терминологии и записей клинических диагнозов».

В подтверждение вышесказанного и без всяких комментариев приведём цитату с официального сайта Всемирной организации здравоохранения (русскоязычная часть, посвящённая МКБ-11): «Критически важный аспект взаимодействия с МКБ состоит в том, что включение или исключение того или иного состояния не является суждением о его обоснованности или об эффективности лечения» [10].

В большинстве стран мира [3, 11] обязанность кодирования клинического диагноза в соответствии со

[1]В строгом смысле слова классификацией психиатрический раздел МКБ в настоящее время не является, так как не имеет единого основания для выделения объектов.

стандартами действующей МКБ возложена на специалистов по медицинской статистике, а не на клиницистов. Среди российских врачей — преподавателей вузов и постдипломного образования — идёт дискуссия о бесперспективности и ненужности обучения врачей несвойственной им функции — функции кодировщиков и статистиков. Задача клинициста — диагностировать и лечить, а современное семейство МКБ в любой врачебной специальности превратилось в большую специализированную область знания, требующую отдельного обучения. Именно с этой «новой» функцией, возложенной в России на клиницистов, связывают значительные расхождения в статистических данных о заболеваемости и смертности как между регионами и субъектами РФ, так и с международными статистическими данными.

В медицинской литературе (как юристами медицинского права, так и врачами других специальностей) активно обсуждается проблема сопоставления клинического диагноза и статистического диагноза МКБ. Кардиологи пишут о проблемах «статистической интерпретации клинических диагнозов», которые есть «во всех странах мира», и предлагают российским клиницистам системы соответствия/согласования клинических терминов с кодами МКБ с рекомендациями, как лучше использовать (или не использовать) отдельные статистические рубрики МКБ в связи с разницей понимания, интерпретаций, школ и традиций [11].

Никаких подобных дискуссий в психиатрической литературе нет, потому что, похоже, психиатрия избавилась от подобного рода проблем. В психиатрии МКБ не стала, как в других врачебных специальностях, языком-посредником — лингва франка международного общения для специалистов разных национальных школ. Принятие новой операциональной парадигмы (МКБ-10) разом отменило все национальные школы, взгляды и теории. У официальной международной психиатрии сегодня есть **единственный** язык — язык операциональной МКБ, и есть **единственный** диагноз — не привычный клинический (с продромом, дебютом, определённым алгоритмом развития симптомов и синдромов, исходом и пр.), а простой статистический, основанный на конвенциональных («договорных») критериях включения/исключения.

В официальных психиатрических публикациях не принято акцентировать внимание на проблемах, оставшихся после «радикального переворота»:

1) на необходимости разработки глоссариев — толковых словарей для используемых терминов, так как «выдернутые» из отменённых теоретических воззрений их авторов термины утратили определённость и стали нуждаться в пояснениях; к слову сказать, начавшаяся в этом отношении работа так и осталась недоделанной — подавляющее большинство использованных в текущей МКБ терминов в глоссариях не содержится;

2) нерешённой остаётся проблема «измерительного инструментария» (медицинских опросных инструментов), ведь для того, чтобы система заработала, необходимо, чтобы опросники на 100% передавали смыслы, заложенные разработчиками в вопросы-стимулы, в головы носителей любого другого языка; эта задача, насколько мы понимаем, вообще невыполнима;

3) крайне дискуссионным представляется объявление критериев включения/исключения операциональными — создатель философии операционализма П. Бриджмен имел в виду под операциями буквальные физические измерения в процессе эксперимента, причём разные способы измерения одного и того же предполагали разные смысловые содержания понятия; возможно в отношении МКБ понятие «операциональный» используется в каком-то другом, неизвестном нам смысле.

И это — далеко не полный перечень возникающих вопросов и проблем.

А вот чем принято гордиться в официальных психиатрических публикациях, так это созданием единого языка для психиатров разных стран (всё та же МКБ, начиная с 10-го пересмотра). Что из себя представляет этот язык? Он обладает рядом специфических особенностей:

– это упрощённое средство коммуникации между психиатрами, говорящими на разных языках;

– не является родным ни для одного из использующих его психиатрических сообществ;

– его словарный запас невелик, бытует он без жёстких правил и отличается высокой гибкостью и крайней изменчивостью.

Лингвисты называют языки с такими характеристиками языками-пиджинами. Обычно такие квази-языки живут недолго, так как предназначены для сугубо утилитарных целей. Однако вполне возможна ситуация, когда со временем подобный язык может стать единственным для его носителей. И тогда в психиатрии наступит что-то похожее на «статистический рай» — желаемое единообразие в действиях, диагностических процедурах и головах психиатров.

Казалось бы, что такого особенного в классификациях? В конце концов, они могут быть более или менее удобными для повседневной работы, не более. Однако классификацию, претендующую на право стать единственным языком специальности, нельзя оставлять без внимания. Именно язык категоризирует нашу реальность, и профессиональную реальность в том числе. В конечном итоге статистический язык МКБ как единственный язык психиатрии может привести (привёл?) к одномерной психиатрии. По-видимому, недостаёт только критической массы одномерных психиатров. Впрочем, Герберт Маркузе уже писал об этом в своей известной работе («Одномерный человек», 1964 г.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Суперанская А.В., Подольская Н.В., Васильева Н.В. *Общая терминология: вопросы теории*. Отв. ред. Т.Л. Канделаки. Изд. 6-е. М.: Либроком. 2012; 248 с. [Superanskaya A.V., Podol′skaya N.V., Vasil′eva N.V. *Obshchaya terminologiya: Voprosy teorii*. Otv. red. T.L. Kandelaki. Izd. 6-e. M.: Librokom. 2012; 248 p. (In Russ.)]

2. *Словари, энциклопедии*. https://www.endic.ru/ozhegov/Diagnoz-7023.html (дата обращения: 15.01.2021). [*Slovari, ehntsiklopedii*. https://www.endic.ru/ozhegov/Diagnoz-7023.html (access date: 15.01.2021). (In Russ.)]

3. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Мальков П.Г. К формулировке диагноза в соответствии с законодательством Российской Федерации и Международной статистической классификации болезней 10-го пересмотра. *Судебная мед*. 2015; 1 (4): 14–20. [Zayrat′yants O.V., Kakturskiy L.V., Mal′kov P.G. K formulirovke diagnoza v sootvetstvii s zakonodatel′stvom Rossiyskoy Federatsii i Mezhdunarodnoy statisticheskoy klassifikatsii bolezney 10-go peresmotra. *Sudebnaya meditsina*. 2015; 1 (4): 14–20. (In Russ.)] DOI: 10.19048/2411-8729-2015-1-4-14-20.

4. Сарториус Н. *Понимание МКБ-10: классификация психических расстройств*. Карманный справочник. К.: Сфера. 2002; 104 с. [Sartorius N. P*onimanie MKB-10: Klassifikatsiya psikhicheskikh rasstroystv*. Karmannyy spravochnik. K.: Sfera. 2002; 104 p. (In Russ.)]

5. Менделевич В.Д. Что даёт пациенту психиатрический диагноз и обоснован ли тренд на увеличение числа болезней? *Неврологич. вестн*. 2019; LI (1): 52–54. [Mendelevich V.D. Chto daet patsientu psikhiatricheskiy diagnoz i obosnovan li trend na uvelichenie chisla bolezney? *Nevrologicheskiy vestnik*. 2019; LI (1): 52–54. (In Russ.)]

6. Носачев Г.Н. Место фейк-диагноза и функционального диагноза в психиатрии (институциональный дискурс). *Неврологич. вестн*. 2019; LI (2): 101–104. [Nosachev G.N. Mesto feyk-diagnoza i funktsional′nogo diagnoza v psikhiatrii (institutsional′nyy diskurs). *Nevrologicheskiy vestnik*. 2019; LI (2): 101–104. (In Russ.)]

7. Субботин А.Л., Абушенко В.Л., Бочаров В.А., Эдельман В.А. *Классификация*. Гуманитарный портал. https://gtmarket.ru/concepts/6879 (дата обращения: 15.01.2021). [Subbotin A.L., Abushenko V.L., Bocharov V.A., Ehdel′man V.A. *Klassifikatsiya*. Gumanitarnyy portal. https://gtmarket.ru/concepts/6879 (access date: 15.01.2021). (In Russ.)]

8. Stengel E. Classification of mental disorders. *Bull. World Health Org*. 1959; 21: 601–663.

9. Корень Е.В., Татарова И.Н., Марченко А.М. и др. Опыт применения МКБ-10 в российской детской психиатрии в перспективе пересмотра Международной классификации. *Социал. и клин. психиатрия*. 2009; XIX (4): 34–40. [Koren′ E.V., Tatarova I.N., Marchenko A.M. et al. Opyt primeneniya MKB-10 v rossiyskoy detskoy psikhiatrii v perspektive peresmotra Mezhdunarodnoy klassifikatsii. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2009; XIX (4): 34–40. (In Russ.)]

10. *Официальный сайт ВОЗ, русскоязычная часть*. https://www.who.int/ru/news-room/spotlight/international-classification-of-diseases (дата обращения: 15.01.2021). [*Ofitsial'nyy sayt VOZ, russkoyazychnaya chast'*. https://www.who.int/ru/news-room/spotlight/international-classification-of-diseases diseases (access date: 15.01.2021). (In Russ.)]

11. Бойцов С.А., Самородская И.В., Галявич А.С. и др. Статистическая, клиническая и морфологическая классификация ишемической болезни сердца — есть ли возможность объединения? Рос. кардиол. ж. 2017; 3 (143): 63–71. [Boytsov S.A., Samorodskaya I.V., Galyavich A.S. et al. Statisticheskaya, klinicheskaya i morfologicheskaya klassifikatsiya ishemicheskoy bolezni serdtsa — est′ li vozmozhnost′ ob″edineniya? *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal*. 2017; 3 (143): 63–71. (In Russ.)] DOI: 10.15829/1560-4071-2017-3-63-71.

Поступила 17.01.2021; принята в печать 01.02.2021.

Неврологический вестник. 2021; Т. LIII (1): 61–64.

DOI: 10.17816/nb58399
УДК: 616.890

ПСИХИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО КАК ПРИРОДНЫЙ КАТАКЛИЗМ: ГРАНИЦЫ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛАНДШАФТА

Степан Эдуардович Давтян

Санкт-Петербургский государственный университет,
199106, г. Санкт-Петербург, Васильевский остров, 21-я линия, 8а, e-mail: stepandavtian@gmail.com

Реферат

Главное препятствие в развитии надёжной систематики психических расстройств — неверно сформулированная задача: естественная классификация требует наличия дискретных элементов, в то время как клинические картины болезней таковыми не являются. Автором предложен альтернативный проект, суть которого заключается в создании карты психопатологического ландшафта на основе дискретных ландшафтообразующих факторов по аналогии с моделями, успешно применяемыми в климатологии.

Ключевые слова: психопатологический ландшафт, ландшафтообразующие факторы.

MENTAL DISORDER AS A NATURAL CATACLYSM: BOUNDARIES OF A PSYCHOPATHOLOGICAL LANDSCAPE

Stepan E. Davtian

St.-Petersburg State University,
199106, St. Petersburg, Vasiljevsky Island, 21-st line, 8a,
e-mail: stepandavtian@gmail.com

Abstract

The main obstacle to the development of a reliable taxonomy of mental disorders is an incorrectly formulated problem: natural classification requires discrete elements, while the clinical picture of diseases does not meet this requirement. An alternative project is proposed, the essence of which is to create a map of the psychopathological landscape based on discrete landscape-forming factors, by analogy with models successfully used in climatology.

Keywords: psychopathological landscape, landscape-forming factors.

В последние годы стремительно растёт количество публикаций [1–5], авторы которых акцентируют своё внимание на порочном круге, заключающемся в том, что любые существующие на сегодняшний день способы систематики психических заболеваний (категориальные, дименсиональные, нейробиологические и др.) создают гетерогенные группы, не позволяющие выявить надёжное этиопатогенетическое основание для естественной классификации болезней, а незнание патогенеза препятствует надёжной систематике расстройств. Более того, справедливо утверждают, что некоторые из этих подходов (в частности, МКБ/DSM[1]) «лишены научной базы и тормозят как исследование механизмов психических расстройств, так и поиск эффективных методов лечения» (см., например, [6]). Вероятно, причина обозначенной проблемы — неверно сформулированная задача: любая естественная классификация требует наличия дискретных элементов, в то время как клинические картины болезней таковыми не являются (в отличие от механизмов их развития, отнюдь не только нейробиологических).

Цель данной работы — изучение возможности разработки ландшафтного подхода к классификации психических расстройств.

Понятие ландшафта используют в разных областях науки (от математики до космологии — например, [7]) для пространственного представления параметров сложных систем. Количество медицинских публикаций, упоминающих «ландшафт» в названиях статей, за последние 5 лет превышает 5000, что приблизительно равно половине всех таких публикаций за все предшествующие десятилетия. Число же работ, посвящённых анализу психопатологического ландшафта, не достигает и 1% публикаций (по результатам поиска в базе PubMed). Нетривиальная задача обозначенного подхода — выделение главных и второстепенных ландшафтообразующих факторов, обусловливающих ключевые параметры исследуемой системы (психики человека в данном случае).

Так, климатический ландшафт Земли определяется тремя главными факторами: географической широтой, рельефом местности и доминирующими воздушными потоками. К второстепенным факторам относятся близость к воде, морские течения, высота над уровнем моря, растительный покров и т.д. Знание этих факторов, от которых зависит многолетний режим погоды (климат) в любой местности, позволяет не только понимать любые капризы природы, но и с неплохой точностью прогнозировать погоду. Наглядной демонстрацией особенности ландшафтного подхода служит то обстоятельство, что погода и климатообразующие факторы описываются совершенно разными наборами параметров: температурой

[1]МКБ — Международная классификация болезней. DSM (от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам.

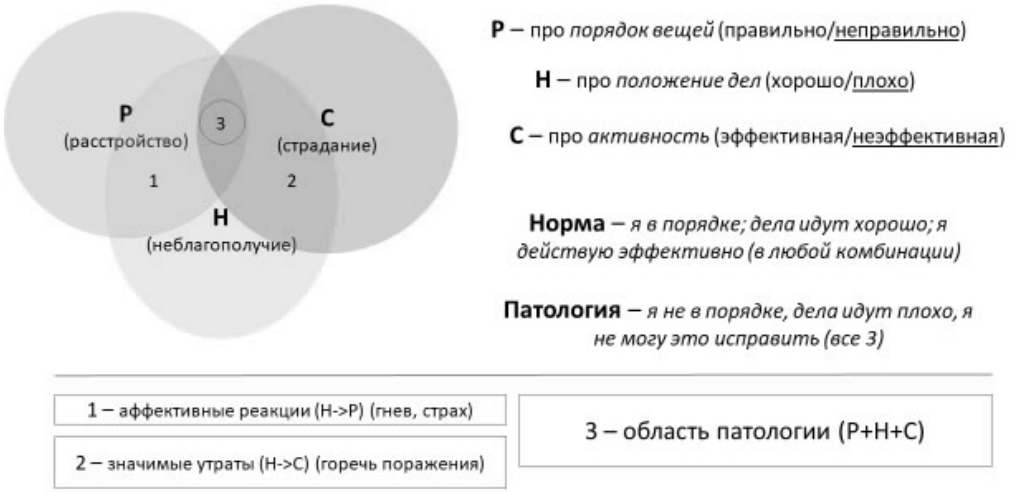

Рис. 1. Границы патологии

и влажностью воздуха, атмосферным давлением, наличием осадков, скоростью ветра и т.п. — в отношении погоды, в отличие от таких «непогодных» параметров для климатообразующих факторов, таких как широта или рельеф местности. Всё это хорошо известно метеорологам, использующим в своей работе сложнейшие математические модели и мощные вычислительные ресурсы для изучения и прогнозирования погоды.

Аналогия между состоянием человека и погодой, с одной стороны, и его болезнью и климатом — с другой, напрашивается сама собой. В случае успешной реализации предлагаемого проекта *диагностика психического расстройства будет заключаться в определении места человека на карте психопатологического ландшафта вместо приклеивания к нему искусственных феноменологических/категориальных ярлыков.*

Немного теории. Не существует хороших определений для таких понятий, как норма, патология или болезнь. Проблема эта выходит далеко за рамки медицины и остаётся предметом многочисленных дискуссий в рамках философского дискурса [8]. Для преодоления этой трудности воспользуемся изобретённой Лейбницем геометрической уловкой, которая называется «*круги Эйлера»*. Метод работает в тех случаях, когда для искомого определения не существует *достаточного* условия, но есть несколько *необходимых*. Постулируем три условия, выполнение которых необходимо для развития любой патологии:

1) нарушение *порядка вещей*, свойственного нормальному состоянию системы (не всякое нарушение порядка свидетельствует о патологии, но при всякой патологии порядок должен быть нарушен);

2) неблагополучие, ухудшающее *положение дел* (опять же, не всякое неблагополучие означает патологию, но не бывает патологии без неблагополучия);

3) неспособность системы к восстановлению порядка вследствие дефицита *эффективной активности*, направленной на преодоление неблагополучия; такое состояние системы мы будем называть страданием (страдание возможно и в норме, но нет патологии без страдания).

Модель. *Гипотеза №1:* патология возникает при выполнении трёх и только трёх условий — нарушение порядка (disorder/расстройство), неблагополучие, страдание. Поскольку каждое из трёх условий необходимо для развития патологии, то никакие комбинации двух условий не порождают патологию (зоны 1, 2 на рис. 1). Даже выполнение трёх условий не свидетельствует о патологии, но наличие патологии требует, чтобы все три условия выполнялись.

Мы определили патологию через область пересечения всех трёх кругов (зона 3). Вопреки традиции, под словом «расстройство» (буквально нарушение строя) будем понимать не болезнь, и не патологию, а любое нарушение порядка (disorder) как в норме, так и при патологии. В частности, в норме порядок нарушается в двух важных случаях:

1) в целях *адаптации* к меняющимся условиям среды;

2) в целях *развития*, когда на смену прежнему порядку приходит новый.

Именно поэтому порядок в живой самоорганизующейся системе не бывает задан слишком жёстко: он балансирует на грани потери устойчивости (*неравновесность*) в определённом диапазоне вокруг оптимальных параметров (*стационарность*), характеризующих стремление системы к его энергетическому минимуму. При таких условиях функционирования в замкнутых системах неизбежно возрастает энтропия (хаос, противостоящий порядку).

В открытых же системах, *активно* обменивающихся со средой веществом, энергией и информацией, порядок может поддерживаться долго — вплоть до деградации системы вследствие накапливающихся ошибок в регулирующих гомеостаз механизмах. Таким образом, активность (как внутренняя, так и внешняя)

Рис. 2. Границы психопатологического ландшафта

служит важнейшим антиэнтропийным фактором, направленным на поддержание порядка в открытых системах. В норме она может быть высокой и низкой (абсолютные величины, отражающие индивидуальное разнообразие норм), повышенной и пониженной (относительные величины, отражающие текущее состояние отдельного человека). При этом *избыточная*, *дефицитарная*, *нецеленаправленная* или *нецелесообразная* активность (варианты неэффективной активности) становится ключевой предпосылкой для развития любой патологии. Подробное изложение синергетических и семиотических аспектов модели представлено в работе [9].

Выбранная терминология отражает все важные аспекты, закреплённые в специальной и обыденной лексике для обозначения патологии: МКБ, DSM (расстройство, disorder), Всемирная организация здравоохранения (здоровье как благополучие), болеть=страдать (X страдает Y). Выражения *порядок вещей* и *положение дел* изобрели философы [10] для решения своих задач, мы же используем их для решения своих. Обозначим повышение/улучшение параметра значком ↑, понижение/ухудшение — значком ↓. Тогда нормально функционирующую систему можно описать следующей динамической схемой:

↓ПВ → ↓ПД → ↑А → ↑ПВ → ↑ПД → ↓А → **↓ПВ**,

где ПВ — порядок вещей; ПД — положение дел; А — активность.

Нарушение порядка вещей ведёт к ухудшению положения дел, что порождает активность, направленную на преодоление неблагополучия, в результате чего порядок восстанавливается, о чём становится известно по улучшению положения дел, следствием чего становится снижение активности, которое со временем подводит систему к очередному нарушению порядка.

Гипотеза №2: изменения порядка непосредственно не воспринимаются системой, она отвечает только на изменение положения дел.

Мы не знаем уровень глюкозы в крови, но, когда он низкий (нарушение), мы испытываем чувство голода (неблагополучие) и направляем свою активность на поиск еды, а испытав приятную сытость (благополучие), прекращаем есть (в норме). Уровень глюкозы при этом уже высокий, но мы опять же об этом не знаем — достаточно чувства сытости. Со временем вся история повторяется.

Нормальное или здоровое (для живых систем) состояние поддерживается, пока эта схема работает без ошибок при доминировании отрицательной обратной связи. Патология возникает в тех случаях, когда особый характер нарушения порядка препятствует эффективной активности: (1) в случаях *угнетения* или *возбуждения* системы (порождающих дефицитарную или избыточную активность) либо (2) при нарушении *взаимодействия* отдельных подсистем (порождающих нецелесообразную или нецеленаправленную активность). При вышеуказанных нарушениях формируются замкнутые причинно-следственные контуры с доминированием *положительной* обратной связи, ведущие к развитию патологии, то есть возникновению *болезненных* состояний.

Следует различать патологические *реакции*, патологические *состояния*, патологический *процесс* и патологическое *развитие*. Последнее бывает неблагоприятным вариантом *аномального* развития (например, умственная отсталость) либо нейтральной аномалии (например, гомосексуальность), либо благоприятной (например, одарённость) аномалии. Болезнь, как частный случай патологии (ограниченная область внутри зоны 3), включает состояния, требующие лечения — сюда можно отнести все варианты патологических процессов и тяжёлые формы патологического развития. На границе этой области расположены затяжные патологические реакции и тяжёлые стационарные патологические состояния.

Модель РНС (см. рис. 1) описывается параметрами, которые можно охарактеризовать как группу *динамических* ландшафтообразующих факторов. Она, разумеется, не претендует ни на полноту, ни на непротиворечивость, и представляет собой лишь маленький шаг в направлении полной модели, включающей, в частности, описание *структурных* ландшафтообразующих факторов, базирующихся на описании структуры личности (предварительная модель представлена в [11]), и типологии человека — задач необычайной сложности, выходящих за рамки обсуждаемой в данной работе проблемы. Если включить в модель гипотетические структурные факторы (сектора 1, 2, 3, 4), то предварительный набросок карты психопатологического ландшафта будет выглядеть так (рис. 2).

Как видно из рис. 2, область за границами патологического круга представлена большим разнообразием вариантов нормы, каждый из которых граничит со своим (а также ещё с соседним) сектором патологии. Важная особенность карты — наличие *пограничных* и *приграничных* зон (там тоже живут люди!):

1) между нормой и патологией;

2) между болезненными и неболезненными областями патологии;

3) между разными секторами.

Вместе с обширными «континентальными» (закрашенными) областями представленный набросок психопатологического ландшафта (даже с его четырьмя секторами, а их, вероятно, будет намного больше, не говоря уже об уровнях над и под плоскостью рисунка) позволяет, пока гипотетически, покрыть десятки «нозологических единиц» без необходимости их стигматизирующего именования в рамках существующих эклектических диагностических систем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д. и др. Новый подход к систематике психических заболеваний: точка опоры или точка зрения? *Обозрение психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева*. 2020; (3): 3–10. [Neznanov N.G., Rukavishnikov G.V., Kas′yanov E.D. et al. Novyy podkhod k sistematike psikhicheskikh zabolevaniy: tochka opory ili tochka zreniya? *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2020; (3): 3–10. (In Russ.)] DOI: 10.31363/2313-7053-2020-3-3-10.

2. Павличенко А.В. Настоящее и будущее диагноза в психиатрической практике (по материалам XXII Конгресса Европейской психиатрической ассоциации). *Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина*. 2014; 06: 11–18. [Pavlichenko A.V. Nastoyashchee i budushchee diagnoza v psikhiatricheskoy praktike (po materialam XXII Kongressa Evropeyskoy psikhiatricheskoy assotsiatsii). *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya im. P.B. Gannushkina*. 2014; 06: 11–18. (In Russ.)]

3. Тиганов А.С. Современная классификация и вопросы клинической психиатрии. *Ж. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015; 115 (3): 122–124. [Tiganov A.S. Sovremennaya klassifikatsiya i voprosy klinicheskoy psikhiatrii. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. C.C. Korsakova*. 2015; 115 (3): 122–124. (In Russ.)]

4. Mansell W. Transdiagnostic psychiatry goes above and beyond classification. *World Psychiatry*. 2019; 18 (3): 360–361.

5. Stephan K.E., Bach D.R., Fletcher P.C. et al. Charting the landscape of priority problems in psychiatry, part 1: classification and diagnosis. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3 (1): 77–83.

6. Зобин М.Л., Устинова Н.В. Проблемы психопатологической симптоматики: альтернативные подходы и запросы клинической практики. *Неврологич. вестн*. 2020; LII (2): 20–28. [Zobin M.L., Ustinova N.V. Problemy psikhopatologicheskoy simptomatiki: al′ternativnye podkhody i zaprosy klinicheskoy praktiki. *Nevrologicheskiy vestnik*. 2020; LII (2): 20–28. (In Russ.)] DOI: 10.17816/nb34129.

7. Сасскинд Л. *Космический ландшафт. Теория струн и иллюзия разумного замысла Вселенной*. СПб.: Питер. 2015; 448 с. [Sasskind L. *Kosmicheskiy landshaft. Teoriya strun i illyuziya razumnogo zamysla Vselennoy*. SPb.: Piter. 2015; 448 p. (In Russ.)]

8. Бардина С.М. *Это бред! Можно ли осмыслить безумие?* М.: АСТ. 2018; 224 с. [Bardina S.M. *Ehto bred! Mozhno li osmyslit′ bezumie?* M.: AST. 2018; 224 p. (In Russ.)]

9. Давтян С.Э. Природа человека и эволюция психотической реальности (трансдисциплинарная модель). *Известия Иркутского гос. ун-та. Серия: Психология*. 2013; 2 (2): 18–32. [Davtyan S.E. Priroda cheloveka i ehvolyutsiya psikhoticheskoy real′nosti (transdistsiplinarnaya model′). *Izvestiya Irkutskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya*. 2013; 2 (2): 18–32. (In Russ.)]

10. Витгенштейн Л. *Логико-философский трактат*. Пер. с нем. И. Добронравова, Д. Лахути. М.: Наука. 2009; 133 с. [Vitgenshteyn L. *Logiko-filosofskiy traktat*. Per. s nem. I. Dobronravova, D. Lakhuti. M.: Nauka. 2009; 133 p. (In Russ.)]

11. Давтян С.Э., Давтян Е.Н. О природе человека в свете постнеклассической науки (биперсональная модель личности). *Неврологич. вестн. Ж. им. В.М. Бехтерева*. 2017; XLIX (1): 61–68. [Davtyan S.E., Davtyan E.N. O prirode cheloveka v svete postneklassicheskoy nauki (bipersonal′naya model′ lichnosti). *Nevrologicheskiy vestnik. Zhurnal im. V.M. Bekhtereva*. 2017; XLIX (1): 61–68. (In Russ.)]

Поступила 17.01.21; принята в печать 01.02.2021.

Неврологический вестник. 2021; Т. LIII (1): 65–68.

DOI: 10.17816/nb57220
УДК: 616.89

ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ ДИАГНОЗА И ДИАГНОЗ БЕЗ ЛЕЧЕНИЯ (ТЕЗИСЫ К ДОКЛАДУ)

Иосиф Мейерович Зислин

Психиатр, независимый исследователь, Израиль, Цур Адасса, ул. Шалмон, 7/1, e-mail josef@zislin.com

Реферат

В представленных тезисах проведено сравнение психиатрического и психоаналитического подходов к диагнозу. Показано, что психиатрический диагноз строится по метонимическому принципу, в то время как диагноз психоаналитический целиком базируется на метафоре. Принципиальная несхожесть в подходах позволяет говорить о том, что в отличие от психиатрии в психоанализе отсутствует симуляционное поведение.

Ключевые слова: диагноз, психоанализ, метафора, метонимия, симуляция.

TREATMENT WITHOUT DIAGNOSIS
AND DIAGNOSIS WITHOUT TREATMENT

Iosif M. Zislin

Psychiatrist, independent researcher,
Zur Hadassa, Shalmon, 7/1, Israel, e-mail josef@zislin.com

Abstract

In this article we try to compare psychiatric and psychoanalytic approaches to diagnosis. It is shown that the psychiatric diagnosis is based upon the metonymic principle, while the psychoanalytic diagnosis is based entirely on the metaphor. This fundamentally different approach leads to the fact that, unlike psychiatry, there is no place for malingering in psychoanalysis.

Keywords: diagnosis, psychoanalysis, metaphor, metonymy, malingering.

Ведь хотим мы себе
в этом сознаться или нет, но симптом — это
действительно метафора, и шутки шутками,
а желание — это и в самом деле метонимия.

Жак Лакан

Попробуем отойти от непрекращающихся споров в психиатрии по поводу классификаций и перейти к вопросам более существенным. На наш взгляд, дебаты вокруг преимуществ и недостатков новых и старых классификаций не имеют никакого практического значения, поскольку не отражают никакого нового клинического понимания. Классификации могут быть более или менее полезными, но не могут являться правильными или неправильными.

Обратимся к одному из главных, но плохо сформулированных вопросов теоретической психиатрии: как реальность, стоящая за текстом/нарративом, понимается и описывается психиатрами и как, в противоположность им, — психоаналитиками.

Для начала попробуем определить центральное различие психиатрического и психоаналитического подходов. Не будем рассматривать их с точки зрения философии — попытаемся оттолкнуться от практики. На наш взгляд, здесь можно выделить один существенный момент: ***в психоанализе нет симуляции, а в психиатрии симуляция существует.*** Приняв это положение за основу, постараемся вычленить принципиальные различия вышеобозначенных подходов.

Прежде всего попробуем найти параллели/аналогии названных явлений. На наш взгляд, наиболее удачной аналогией противопоставления психотерапевтического и психоаналитического подходов служит спор историков и антропологов об интерпретации исторической реальности и её правильном описании. Для историка восстановление исторических фактов, «так, как они имели место быть на самом деле», — основная задача[1]. Напротив, антропологический подход подразумевает не восстановление реальных фактов, а изучение того, как в сознании людей или целых поколений реальные или выдуманные явления возникали, развивались и преломлялись. По этой причине, например, анекдот, слух, городская легенда, быличка, сюжет массового страха для историка не имеют такого большого значения, поскольку они скорее искажают реальный ход событий, чем достоверно повествуют о нем. Для социального антрополога весь подобный исторический «мусор» становится наиболее надёжным источником восстановления культурной истории. «Легенда не просто отражает реальность, но позволяет человеку (рассказчику или слушателю) совершить некоторую “работу” с этой реальностью, артикулируя наличие проблем или символически решая её» [1].

В указанном случае мы можем усмотреть немало полезных аналогий и сделать следующие предположения:

а) психиатр и психоаналитик занимаются именно историей;

б) и психиатр, и психоаналитик заняты историей индивидуальной (микроисторией);

в) и психиатр, и психоаналитик опираются на разные источники и по-разному их интерпретируют;

[1]Заранее признаю упрощённость такого подхода и тот факт, что я не учитываю, например, огромную область исторической антропологии, или нарративной истории, но в данном кратком сообщении это сделано сознательно.

г) эти источники разнятся именно в силу их субъективной правильности и значимости для исследователя/терапевта.

Развивая эту мысль, можно сказать, что психиатр уподобляется историку — для него важно восстановление «правильного расположения событий», рассказ же о событии представляется гораздо менее значимым (ведь рассказчик/пациент может просто выдумать историю или сознательно её исказить). Недаром в своей каждодневной практике врач пишет «историю» и выступает именно как ***историк болезни***. Обратим внимание, что врач пишет «историю ***болезни***», априори признавая за болезнью, которая может быть ещё и не обозначена, неясна или даже не существует, абсолютно самостоятельный онтологический статус. В таком контексте болезнь — это произошедшая история. Она существует как бы сама по себе и приобретает центральный доказательный статус. К рассказу о болезни психиатр исходно относится с неявным подозрением, справедливо или несправедливо полагая, что этот рассказ может искажать «историю истинную». Именно поэтому столь незначительное внимание врач уделяет анализу языка и нарратива пациента.

Психоаналитик же, по определению, должен принимать во внимание и брать из рассказа пациента всё, не исключая ничего: оговорки, выдумки, сны (точнее рассказы о снах), свободные ассоциации, речевые пропуски и т.п. Все «нереальности» и неправильности нарратива и даже нулевой текст (неговорение), по умолчанию, являются ценным материалом для анализа. То есть, исходя из логики нашего сравнения, мы можем уподобить психоаналитика антропологу, для которого важно не столько «что», сколько «как», «почему» и «зачем» всплывает наружу или утаивается в нарративе анализанта.

Подобное разделение (психиатр *vs* психоаналитик и историк *vs* антрополог) позволяет нам подойти к вопросу о разном отношении к тому, что каждый из них будет считать фактом реальности, ***стоящим за высказыванием***, и, следовательно, к тому, что в дальнейшем станет фундаментом для интерпретации и анализа.

Проведём ещё одну аналогию — кино. Представим себе, что в фильме демонстрируется, как герой мечтает о чём-то, вспоминает что-то или видит сон, то есть в процессе съёмки перед режиссёром стоит задача изобразить на экране некоторое невидимое ментальное действие, некую ***воображаемую историю***, принципиально отличную от хода реального действия, происходившего ранее. Однако, убеждая зрителя, что изображённое на экране — всего лишь сон или воспоминание, режиссёр обращается к тем же актёрам, той же массовке, снимает той же камерой, что и при изображении реального действия. По завершении съёмки эти кадры будут маркированы именно как рассказ о нереальном через использование иного цвета, звука, темпа или иных монтажных приёмов. То есть, говоря проще, техника съёмки кинематографического «нереального» принципиально ничем не будет отличаться от техники съёмок кинематографического «реального». Таким образом, такой фильм, оставаясь произведением искусства, со всеми его условностями, будет содержать в себе, как минимум, два уровня изображения реальности: «реальность реальную» и «реальность воображаемую».

В таком контексте зритель становится психиатром, отличающим (в рамках фильма) реальное действие от ментального, режиссёра же можно уподобить психоаналитику-демиургу, так как именно для него описываемые явления имеют одинаковую техническую конструкцию и одинаковую сложность воплощения, которую он одновременно и создаёт (снимая фильм), и выдумывает, и анализирует (во время написания сценария или монтажа). В скобках заметим, что роли иногда меняются: в жизни режиссёр может быть зрителем, а зритель — режиссёром.

Помещая в центр нашего рассмотрения проблему реальности, мы можем признать, что в психиатрии реальностью/фактом становится лекарство, а не нечётко верифицируемое как самим пациентом, так и врачом ***состояние пациента***. Именно оно ощутимо, реально, зримо и опасно как для врача, так и для пациента. Именно действие лекарственного средства мы и пытаемся измерить в клинике. Отсюда проистекает пренебрежение диагнозом и замена его «состоянием». Отсюда появляется новая практика всё более широкого применения лекарств off-label use без диагноза.

В противовес этому, психоанализ принципиально воспринимает все нарративы больного без членения на «истинные» и «ложные» высказывания и не разделяет событие и рассказ о событии. Любое высказывание отражает состояние, любое высказывание есть знак чего-то более глубокого, неизвестного самому говорящему, которое в конечном итоге и должно быть вынесено наружу и проанализировано только с помощью внешнего агента.

Вернёмся к первому пункту наших рассуждений. Необходимо сказать, что именно по причине неразделения события и рассказа о событии в психоанализе в принципе ***не может иметь место симуляция***. Для психиатра симуляцией будет именно такая ситуация, в которой рассказ о событии сознательно перевирается в пользу патологии. В сознании врача нарратив не равен событию, не отражает его правильно. По сути для клинициста опознание и маркирование текста и поведения как симуляционного есть то единственное и уникальное клиническое событие, в котором нарратив пациента и рисунок его поведения соотносятся с реальностью, а не разделяются на симптомы разной степени значимости.

Признавая исходную метафоричность языка и сознания анализанта, психоаналитик довольно быстро переходит на язык метафоры, используя метафоры для описания состояния. Данный процесс, скорее всего, является взаимозависимым. Подобный мета-

форический язык позволяет аналитику с лёгкостью поставить «метафорический диагноз» или метафорически обозначить страдание (Эрос как ткач, создающий бесконечные сочетания, и как химик, производящий осадки-конденсаты, «психика как фотография», «эдипов комплекс», «мёртвая мать», «замороженная любовь», «чёрная депрессия», «белая тревога», «негативная галлюцинация», «эротическая инвестиция», «дезинвестиционная дыра», «дырявое Я», «воображаемый фаллос», «воображаемый отец», «топливо фантазий» и т.п.). Проблема заключается в том, что метафорический диагноз по сути является диагнозом сугубо индивидуальным, уникальным и не допускает переноса в другую ситуацию, то есть ***он неприменим ни к какому иному клиническому случаю.*** Рутинное же использование подобной диагностической парадигмы происходит от того, что в сознании аналитика формируется не единая метафора, а целая «метафорическая сеть», которую терапевт и применяет стандартно в каждом новом случае терапии.

Подобная метафоричность более всего приближает психоанализ к жанру поэзии и отодвигает его от приземлённых медицинских практик[2]. Позволим себе здесь сослаться на Р. Якобсона: «В поэзии, например, не существует метонимии, любая смежность всегда и неизбежно в силу своей структуры стиха понимается так же, как сходство» [2]. Метафора как троп может быть повторена, но при повторе она полностью или частично теряет свою оригинальность, яркость и полноту. Метафорический язык терапевта никогда не будет равен языку анализанта, который совершенно необязательно является чисто метафорическим (даже для самого говорящего). Индивидуальная метафоричность языка психотерапевта приводит к необыкновенно широкому спектру терапевтических практик, которые самими авторами порой обозначаются как «авторские» и «уникальные». Причём чаще всего речь идёт именно об использовании метафор.

Та же метафорическая природа психоаналитического диагноза имеет не только недостатки по сравнению с диагнозом, основанным на психопатологическом методе, но и безусловные преимущества. И главное преимущество здесь — субъективная успешность и неопровержимость психоаналитического диагноза. Ведь метафора не может быть неуспешной или неправильной, а только более или менее полной, особенно в глазах её автора. Отсюда следует вывод: психоаналитический диагноз не хуже и не лучше диагноза психиатрического. ***Он просто другой, и в его основе лежит другой язык.***

Можно предположить, что по своему результату успешный метафорический психоаналитический диагноз вполне сопоставим с тем, что в теоретической поэтике обозначается как «реализованная метафора» [3, 4][3], когда метафора применяется без учета её фигурального характера в самом прямом её значении, что часто приводит к комическому результату. То же происходит с метафорическим психоаналитическим диагнозом: возникая в качестве индивидуальной метафоры (метафора понимания у автора), он превращается в метафору универсальную (метафора объяснительная у последователей и эпигонов) и далее эволюционирует в застывшую объяснительную систему, становясь языком описания и полностью теряя свою метафоричность в глазах аналитика. Вместе с этим, создавая метафорический язык, который по определению является языком уникальным и индивидуальным, психоаналитик пытается защитить себя от всякого непонимания со стороны[4].

Сравнивая структуру психиатрического и психоаналитического диагнозов, можно заключить, что психиатрический диагноз по своей природе метонимичен, то есть строится на взаимоположении, комбинировании (перечислении) равнозначных симптомов (признаков)[5], в то время как диагноз психоаналитический основан на метафорическом принципе сходства [6].

Придание лекарственному препарату статуса единственно реального актора лечебного процесса способствует тому, что в психиатрии появляются фейковые

---

[2]Ср. у В.М. Жирмунского: «Последовательно развиваясь, метафорическое иносказание развёртывается в самостоятельную тему целого стихотворения; в таких метафорических темах из простого иносказательного эпитета или глагола, употреблённого в переносном смысле («жемчужные звезды»), ***метафора становится как бы поэтической реальностью*** (выделено мной. — *И.З.*). Этот процесс реализации метафоры является существенной особенностью романтического стиля, наиболее отличающей его от законов обычной разговорной речи» [5].

[3]Сошлёмся на работу А. Хан: «Именно поэтому реализованная метафора порождает ряд метаморфоз, ***диктуемых волюнтаристским вмешательством авторского субъекта в мир, и поэтому творит индивидуальный, персональный миф*** (выделено мной. — *И.З.*). Реализованное сравнение не знает метаморфоз, вызываемых субъективной авторской волей, она знает только метаморфозы онтологически объективные, присущие самому миру, т.е. метаморфозы собственно мифологические; реализованное сравнение создаёт реальный миф <…> ***Реализованная метафора, превращаясь в сюжет, порождает модель мира, метаморфозы которого диктуются законом субъективной причинности*** (выделено мной. — *И.З.*). Сам реальный мир без волюнтаристского вмешательства лирического субъекта не способен к метаморфозам, ибо за ним отрицаются творческие потенциалы, он редуцирован на ранг пассивного материала. ***Телеологическим центром такой художественной модели мира является субъективная авторская*** воля» (выделено мной. — *И.З.*) [3].

[4]Я сознательно в данных тезисах не даю обзора огромной литературы по теме «метафора и психоанализ».

[5]Классическими примерами психиатрических диагнозов, выстроенных по метонимическому принципу могут служить многие генетические синдромы с симптомом умственной недостаточности, где диагноз выстраивается на основании сопряжения признаков, связанных между собой генетически, но не клинически (например, синдром Мартина–Белл: макроорхизм, длинное лицо с увеличенным подбородком, светлоокрашенные радужные оболочки, атаксия, умственная недостаточность и т.п.).

диагнозы (такие, например, как «синдром хронической усталости» или «множественная личность»). Синдромы, существование которых часто устанавливается по принципу *ex juvantibus*, можно ошибочно принять за метафорические диагнозы.

Учитывая разную природу двух обозначенных диагностических подходов, попытаемся сравнить метафорические психоаналитические диагнозы и фейковые диагнозы в психиатрии. Исходя из нашего понимания, существенная разница между ними проистекает именно из разного отношения к вопросу о реальности. Фейковые диагнозы в психиатрии ***базируются не на метафорическом тропе***, а на ложном понимании врачами сходных симптомов, построенных по принципу ***метонимии***. Логика построения фейковых диагнозов не вытекает из логики общей теории, хотя бы по причине её полного отсутствия.

Признание метафоричной природы психоаналитического диагноза, на наш взгляд, позволяет полностью нейтрализовать споры о научности или ненаучности психотерапии/психоанализа [7]. Метафорический диагноз, основанный на индивидуальной метафоре, может быть лишь предметом спора о более или менее полной и адекватной метафоре, но не о научности этого диагноза. Предметом научного анализа в таком случае должны стать система выбора и система порождения метафоры.

Давайте просто считать психоаналитические описания, основанные на метафорическом диагнозе, художественными произведениями. Как у Афанасия Фета: «Моего тот безумства желал, кто смежал / Этой розы завои, и блёстки, и росы; / Моего тот безумства желал, кто свивал / Эти тяжким узлом набежавшие косы» (1887).

Может быть, такой подход спасёт нас от излишнего восторга и неоправданного разочарования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипова А.А., Кирзюк А.А. *Опасные советские вещи: городские легенды и страхи в СССР*. М.: НЛО. 2020; 536 с. [Arkhipova A.A., Kirzyuk A.A. *Opasnye sovetskie veshchi: gorodskie legendy i strakhi v SSSR*. M.: NLO. 2020; 536 p. (In Russ.)]

2. Якобсон Р. Беседа о кино с Адриано Апра и Луиджи Фаччини. *Киноведческие записки*. 1989; 4: 48–57. [Yakobson R. Beseda o kino s Adriano Apra i Luidzhi Fachchini. *Kinovedcheskie zapiski*. 1989; 4: 48–57. (In Russ.)]

3. Хан А. *Реализованное сравнение в поэтике авангарда (на материале поэмы В. Хлебникова «Журавль»)*. https://ka2.ru/nauka/anna_han.html (дата обращения: 26.12.2020). [Khan A. *Realizovannoe sravnenie v poehtike avangarda (na materiale poehmy V. Khlebnikova "Zhuravl'")*. https://ka2.ru/nauka/anna_han.html (access date: 26.12.2020). (In Russ.)]

4. Тарановский К. Очерки о поэзии О. Мандельштама. В кн.: *О поэзии и поэтике*. Сост. М.Л. Гаспаров. М.: Языки русской культуры. 2000; 432 с. [Taranovskiy K. Ocherki o poehzii O. Mandel′shtama. In: *O poehzii i poehtike*. Sost. M.L. Gasparov. M.: Yazyki russkoy kul′tury. 2000; 432 p. (In Russ.)]

5. Жирмунский В.М. Поэтика Александра Блока (1923). В кн.: *Теория литературы. Поэтика. Стилистика*. Л.: Наука. 1977; 406 с. [Zhirmunskiy V.M. Poehtika Aleksandra Bloka (1923). In: *Teoriya literatury. Poehtika. Stilistika*. L.: Nauka. 1977; 406 p. (In Russ.)]

6. Якобсон Р. Два аспекта языка и два типа афатических нарушений. В кн.: *Теория метафоры*. М.: Прогресс. 1990; 110–132. [Yakobson R. Dva aspekta yazyka i dva tipa afaticheskikh narusheniy. In: *Teoriya metafory*. M.: Progress. 1990; 110–132. (In Russ.)]

7. Зислин И.М. К вопросу о научности психотерапии. *Неврологич. вестн.* 2019; 3: 88–90. [Zislin I.M. K voprosu o nauchnosti psikhoterapii. *Nevrologicheskiy vestnik*. 2019; 3: 88–90. (In Russ.)]

Поступила 01.01.2021; принята в печать 20.01.2021.

Неврологический вестник. 2021; Т. LIII (1): 69–70.

DOI: 10.17816/nb58213
УДК: 616.89

НЕУЮТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ ДИАГНОЗА

Никита Александрович Зорин

Общество специалистов доказательной медицины,
127238, г. Москва, Дмитровское шоссе, 46, к. 2, e-mail: nzorin@inbox.ru

Реферат

Представлено одно из объяснений разрыва традиционной медицинской связи диагностики и лечения. Предполагается, что это был закономерный процесс, вызванный к жизни результатами развития генетики и результатами применения клинической эпидемиологии (теории доказательной медицины), которые привели к началу гибели нозологической концепции, пока что *de facto*, а в перспективе — *de jure*. Медицина мучительно возвращается к целостному взгляду на больного.

Ключевые слова: нозологическая концепция, клиническая эпидемиология, кризис, патоморфоз, коморбидность, концепция болезни, индустриальное развитие медицины.

UNCOMFORTABLE TREATMENT
WITHOUT DIAGNOSIS

Nikita A. Zorin

Society for Evidence-Based Medicine,
127238, Moscow, Dmitrovskoe highway, 46, building 2,
e-mail: nzorin@inbox.ru

Abstract

One explanation for breakdown of the traditional medical connection of diagnosis and treatment is presented. It is suggested that it was a natural process brought to life by the results of the development of genetics and the results of the application of clinical epidemiology (the theory of evidence-based medicine), which led to the beginning of the downfall of the nosological concept, so far *de facto*, and in the long term *de jure*. Medicine is painfully returning to a holistic view of a patient.

Keywords: nosological concept, clinical epidemiology, crisis; pathomorphosis, comorbidity, disease concept, industrial development of medicine.

В лечении без диагноза нет ничего неожиданного и страшного. Это следствие развития медицины, в процессе которого происходит деградация нозологической концепции. То есть мы живём в эпоху психологически неуютного перехода от примитивного нозологического представления о болезнях (в сущности сделанного когда-то по инфекционно-патологоанатомическим лекалам, как об отдельных сущностях, «враждебных» «здоровому» организму) к попыткам осмыслить целостность организма и психики больного.

Несовершенство нозологической концепции было видно едва ли не с самого начала (хотя этого старались «не замечать» [1][1]), слишком многое не укладывалось в прокрустово ложе нозологических форм («Тем хуже для звезды!»…), и очень скоро потребовалось этому объяснение. Такое «объяснение» несоответствия нозологических представлений наблюдаемым явлениям осуществлялось сначала с помощью бесконечных поисков «патоморфоза» [Ibid.], затем с помощью концепции коморбидности Файнштейна [2], а также созданием концепции «спектров». Однако и этому наступает конец.

Нозологическая концепция была подорвана с двух сторон. Её несостоятельность вскрыли не только открытия генетики [3], но и лечебная практика, в виде поиска доказательств эффективности/неэффективности вмешательств в рамках клинической эпидемиологии (КЭ) — теории доказательной медицины (ДМ)[2] (e.g. успешность лечения антидепрессантами «необъяснимых» соматических симптомов) [4]. Для «принципа чёрного ящика» КЭ не имеет значения, *как называется* изучаемая болезнь/расстройство (синдром, симптом и т.п.) и *как там «на самом деле» работают* патогенетические или любые другие механизмы.

Почему идеи о целостном восприятии организма и его болезней так долго не получали развития, хотя сформулированы были очень давно и несколько десятилетий назад получили исследовательские подтверждения [5]? Потому, что *индустриальное развитие медицины* во всём мире, *требует* нозологического

[1]E.g. *критерии* выделения нозологической формы в ранне-крепелиновской (и советской) психиатрии в виде *декларируемого* единства трёх категорий — *этиологии, патогенеза и исхода* (и первоначально даже анатомических изменений) — никогда не соблюдались. По меньшей мере, один, а чаще два критерия из трёх оставались неизвестными. То есть болезни уже были, а критерии, по которым они должны определяться как болезни, «пока» отсутствовали…

[2]Здесь КЭ/ДМ с дидактической целью упрощены мною до оценки вмешательств. Последнее не является единственной функцией КЭ/ДМ. В рамках тех же технологий КЭ изучаются прогноз, риск, этиология. Диагноз тоже верифицируется, но *не как объективная реальность*, а как реальность *конвенциональная*, для которой существует или конструируется диагностический тест (например, квазиизмерение выраженности депрессии). В любом случае, изобретению диагноза предшествует *конвенция*: что считать патологическим, а что нет.

подхода, а не «объединяющих теорий». Производство медицинских услуг разорвано на отдельные операции (разделение труда), и «хранение болванок на складе» (классификации болезней), а также медицинское образование (специализация) *подстроены под этот производственный процесс*.

По этой причине систематика ещё долго будет нозологической, в то время как лечение *de facto* уже *перешагнуло через нозологию* и приблизилось к тому, что всё лечиться всем [6]. Причём не только психиатрическое, но и соматическое. Произошло это чисто практическим путём. Методом проб лечение *ex juvantibus* сделало ещё один шаг к извечно провозглашаемому «идеалу» — лечить не болезнь, а больного. Возникает вопрос: а как же и можно ли лечить без диагноза? Ответ: так же, как можно было плавать по океану, руководствуясь ложной геоцентрической теорией Птолемея. Многие ложные, или *правильные только в определённой системе координат* теории (геометрия Эвклида *vs* геометрия Лобачевского) позволяли, тем не менее, вполне успешно использовать их для практических целей. Иначе говоря, нам *не важно, как называется* то или иное расстройство (заболевание и пр.) *и каковы его механизмы*. Нам важно узнать действует ли на *выбранную нами сегодня* терапевтическую мишень то или иное лечение.

Дискомфорт от лечения без диагноза возникает оттого, что мы исторически и логически всегда *хотим связывать* диагноз и вмешательство *(Qui bene diagnostic bene curat)*, но в самом определении диагноза *ex juvantibus*[3], таится подвох. Оно подталкивает нас считать, что если мы достигли успеха в лечении, то из этого вытекает, что мы как бы *объективизировали* тот или иной диагноз. Результаты лечения по принципам КЭ заставляют нас отказаться от такого заключения.

Главное не впадать в заблуждение *post hoc ergo propter hoc*. *Успешность лечения не подтверждает истинность или ложность существования той или иной болезни*. Оно лишь позволяет сказать, что такое-то вмешательство помогает при некой констелляции симптомов (синдромов, групп болезней — «спектров» и т.д.), внутри которых *сегодня мы выбрали некие исходы* («конечные точки»). При этом мы можем считать/не считать этот набор «терапевтических мишеней» принадлежащим к некому единству и называемым так-то и так-то. Тем более что:

1) одно и то же лечение действует не только при психиатрических, но и при соматических болезнях (синдромах и пр.);

2) представления психиатров о психических болезнях всегда были далеки от совершенства…

Иными словами, случилось парадоксальное: успех лечения без диагноза *подтвердил отсутствие нозологий* — болезней, долгое время мыслимых, как «вещи в себе», и вернул нас к архаическим (и, видимо, более верным) представлениям о единстве организма, психики и личности.

Следующим этапом развития нашего ремесла и обеспечивающих его технологий должен стать пересмотр концепций болезни (место нозологий, возможно, займёт индивидуальный биопсихотип), и это приведёт к серьёзной и очень болезненной перестройке медицинского образования, производства «медицинских услуг» и системы здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зорин Н.А. Кризис клинической психиатрии: истоки и попытки преодоления (философско-методологический аспект). *Философские науки*. 1989; 8: 42–52. [Zorin N.A. The crisis of clinical psychiatry: Origins and attempts to overcome. *Filosofskie nauki*. 1989; 8: 42–52. (In Russ.)]

2. Зорин Н.А. Коморбидность. Вам всё понятно? (Часть I.) *Пластич. хир. и косметол*. 2016; 8: 1–8. [Zorin N.A. Comorbidity. Does it all make sense to you? (Part I.) *Plasticheskaja hirurgija i kosmetologija*. 2016; 8: 1–8. (In Russ.)]

3. Пузырёв В.П. Генетические основы коморбидности у человека. *Генетика*. 2015; 51 (4): 491–502. [Puzyrev V.P. Genetic basis of comorbidity in humans. *Genetika*. 2015; 51 (4): 491–502. (In Russ.)]

4. Зорин Н.А. «Необъяснимые» соматические симптомы. Реферат M. Sharpe, A. Carson “Unexplained” somatics, functional syndromes, and somatiszation: Do we need a paradigm shift? *Ann. Int. Med*. 2000; 134 (2): 803–808. [Zorin N.A. “Unexplained” somatics, functional syndromes. Commented abstract M. Sharpe, A. Carson “Unexplained” somatics, functional syndromes, and somatiszation: Do we need a paradigm shift? *Ann. Int. Med*. 2000; 134 (2): 803-808 (In Russ.)]

5. Дильман В.М. *Четыре модели медицины*. Л.: Медицина. 1987; 288 с. [Dilman V.M. *Four models of medicine*. L.: Medicina. 1987; 288 p. (In Russ.)]

6. Sadock B.J., Sussman N., Sadock V.A. *Kaplan & Sadock's pocket handbook of psychiatric drug treatment*. Seventh edition. Philadelphia: Wolters Kluwer. 2019; 1.

7. *Профессиональная медицинская платформа Medelement*. Диагностика *ex juvantibus*. https://diseases.medelement.com/term/диагностика-ex-juvantibus/1081 (дата обращения: 08.02.2021). [*Professional medical platform Medelement*. Diagnosis *ex juvantibus*. https://diseases.medelement.com/term/диагностика-ex-juvantibus/1081 (access date: 08.02.2021). (In Russ.)]

Поступила 14.01.2021; принята в печать 09.02.2021.

[3]Лечение *ex juvantibus* называют пробным, и, в строгом смысле, оно подразумевает уточнение диагноза. Диагноз *ex juvantibus* — диагноз, основанный на оценке результатов проведённого лечения [7].

Неврологический вестник. 2021; Т. LIII (1): 71–75.

DOI: 10.17816/nb58706
УДК: 616.89

ДИАГНОСТИКА ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА: НАДЁЖНОСТЬ КАТЕГОРИАЛЬНОГО ИЛИ ДОСТОВЕРНОСТЬ ДИМЕНСИОНАЛЬНОГО ПОДХОДОВ?

Александр Петрович Коцюбинский, Юлия Владимировна Исаенко

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3, e-mail: spbinstb@bekhterev.ru

Реферат

В статье представлен анализ проблемы современных классификаций, используемых в психиатрии (МКБ, DSM), которые лишены фундаментальной научной базы и, прежде всего, удовлетворяют статистические потребности и эпидемиологические исследования. В связи с этим интерес исследователей всё в большей степени привлекает вопрос о соотношении двух диагностических подходов: категориального и дименсионального. Отмечено, что каждый из этих подходов имеет свои преимущества и недостатки. В связи с этим предложено учитывать при диагностике больных с шизотипическими расстройствами не только типологические (категориальные), но также и дименсиональные характеристики психического статуса пациентов, которые в рамках холистического подхода следует сопоставлять с психологическим, социальным и функциональным диагнозами.

Ключевые слова: шизотипическое расстройство, категориальный и дименсиональный диагностические подходы, прототипическое соответствие, шизотипическое расстройство личности, функциональный, социальный и психологический диагнозы.

DIAGNOSIS OF SCHIZOTYPAL DISORDER: RELIABILITY OF CATEGORIAL APPROACH OR VALIDITY OF DIMENSIONAL ONE?

Aleksandr P. Kotsiubinskii, Yulia V. Isaenko

V.M. Bekhterev National Research Medical Center Psychiatry & Neurology, 192019, St. Petersburg, Bekhterev str., 3, e-mail: m_juliya@bk.ru

Abstract

The article examines the problem of modern classifications used in psychiatry (ICD, DSM) that are devoid of the fundamental scientific base and primarily serve the goals of statistics and epidemiological research. In this context researchers are increasingly interested in the relationship between the two diagnostic approaches: categorical and dimensional. It is noted that each of these approaches has its own advantages and disadvantages. In this context it is proposed to take into consideration while making a diagnosis of schizotypal disorder not only typological (categorical) attributes but also dementia characteristics of the patient's mental status, which, in the holistic approach, should be compared with the psychological, social and functional diagnosis.

Keywords: schizotypal disorder, schizotypal personality disorder, categorial and dimensional diagnostic approaches, prototypic correspondence, functional, social and psychological diagnosis.

Важная научная задача современной клинической классификации аутохтонных (эндогенных) психических расстройств — продуктивное совмещение наиболее ценных для практического использования категориальных (синдромологических) характеристик с дименсиональными характеристиками, которые по-разному представлены (с точки зрения удельного веса каждой дименсии и глубины её проявления) в конкретной клинической картине заболевания.

К достоинствам категориального подхода [терминологически введённого в практику в 1980 г. в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 3-го издания (DSM-III — от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders)], который доминирует в психиатрической диагностике на протяжении последних 30 лет, можно отнести следующие признаки:

– возможность установить чёткие границы между различными психиатрическими синдромами, а также между нормой и патологией;

– простота использования в клинической практике, в том числе в условиях дефицита времени и информации;

– возможность объединить различные симптомы внутри одной диагностической категории;

– высокий уровень надёжности, по крайне мере, в отношении исследовательских задач.

К основным недостаткам и ограничениям категориального диагноза относят следующие [1]:

– обманчивое представление о психических расстройствах как о «дискретных» диагностических единицах;

– рост с каждым пересмотром психиатрической классификации количества самих расстройств и диагнозов из рубрики «без дальнейшего уточнения»;

– упрощение психопатологии и дегуманизация психиатрической практики.

Кроме того, категориальный подход нельзя рассматривать в качестве базиса для новых исследований в областях этиопатогенеза и разработки новых подходов к лечению [2].

Дименсиональный подход уходит своими корнями в концепцию «единого психоза» и связан с именем немецкого психиатра W. Griesinger и учением о

внутреннем родстве различных соматических заболеваний английского «Гиппократа» — Т. Сиденгама (Sydenham Th., 1624–1689), который также предполагал возможность перехода одной болезни в другую, так называемое «transmotio morborum». «Основание для признания диагностического единства ещё более существенно, нежели воспроизведение одинаковых или чередующихся симптомокомплексов: речь идёт об идентичных механизмах формирования психической патологии» [3].

Научная обоснованность дименсионального подхода определяется следующим:

– бóльшая часть явлений, изучаемых в биологии, медицине и психологии, характеризуется значительной их индивидуальной вариабельностью;

– интенсивность выраженности отдельного феномена в динамике может изменяться, с чем связана возможность «перетекания» одного явления в другое.

Сильные стороны дименсионального подхода [4]:

– введение количественной оценки и ранговых значений симптомов и синдромов;

– разрешение искусственной проблемы коморбидности;

– возможность оценивать «подпороговые» расстройства, то есть включение субсиндромальных состояний; помещение сходных состояний в одну группу (спектр);

– выделение гомогенных групп пациентов для более целенаправленного поиска биомаркёров и создания алгоритмов терапии.

Очевидно также, что дименсиональная модель, служащая основой для так называемой доказательной медицины, лучше, чем категориальная, согласуется с полигенной системой наследования психических расстройств. Возможности дименсионального диагностического подхода позволили стереть чёткую демаркационную линию между так называемыми аутохтонными (эндогенными) (термин, введённый P.J. Möbius в 1893 г.) и экзогенными расстройствами.

Слабые стороны дименсионалного подхода:

– полная размытость классификационных границ, ограничение отнесением клинически сходных состояний в одну группу (спектры);

– отсутствие единства мнения исследователей в отношении количества и природы дименсий и точных измерительных шкал для оценки симптомов;

– сложность и громоздкость для использования в клинической практике.

Следует также отметить, что психиатры с помощью психометрических инструментов осуществляют лишь ранговую оценку некоторых признаков симптома (интенсивность, тяжесть, длительность), но не могут количественно сравнивать симптомы (как объекты) между собой. В связи с этим правильнее говорить не о дименсиональном, а о квази-дименсиональном подходе к диагностике психических расстройств [5].

Квази-дименсиональные подходы к диагностике привлекли внимание исследователей с самого начала работы над DSM-V. [6]. Помимо личностной дименсии, указываемой как в DSM-V, так и в Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11), в литературе упоминают о следующих пяти дименсиях: позитивная, аффективная, негативная, когнитивная, дезорганизации поведения (дезорганизационно-поведенческая).

Проведённый нашим научным коллективом клинический анализ психического статуса 150 пациентов с щизотипическим расстройством (как медленно развивающегося и в силу этого — возможного для прицельного изучения) позволил выделить следующие категориальные его картины:

– неврозоподобные синдромы;

– психопатоподобные синдромы;

– другие непсихотические синдромы;

– бедные синдромами состояния.

Такая дифференциация представляет клинико-феноменологический интерес, но оказывается недостаточной даже для обоснования характера психофармакологической коррекции. Значительно лучше эта задача решается при использовании дименсионального подхода. Проведённое исследование позволило признать целесообразным расширение упоминаемого в литературе списка дименсий за счёт включения пока недостаточно разработанных представлений о диссоциативной дименсии и коэнестезиопатической дименсии.

Анализу собственно диссоциативных расстройств, выступающих в пределах аутохтонно-процессуальной части расстройств шизофренического спектра, посвящено большое количество клинических исследований [7, 8]. При этом *диссоциативная дименсия* отражает разделение психических процессов на отдельные составляющие, что ведёт к нарушению обычных взаимосвязей и вызывает разнообразные расстройства функционирования организма. Конкретные проявления такого процесса — расстройства самосознания и конверсионно-диссоциативные расстройства.

Расстройство самосознания «Я» — аномалия пререфлексивного самосознания, осознания себя в качестве субъекта восприятия [9–11], в результате чего возникает феномен «сепарирующей диссоциации», когда целостное восприятие себя и окружающего, взаимозависимости его составляющих замещается ощущением несвязности, разобщённости [4] вплоть до полного отчуждения [11–13]. Конверсионно-диссоциативные расстройства — тот вариант «сепарирующей диссоциации», когда в качестве объектов психопатологического анализа выступает искажение кодирования информации о травматическом событии («перитравматический детачмент» — Holmes E.A., Brown R.J., Mansell W. et al., 2005) [14]. При перитравматическом

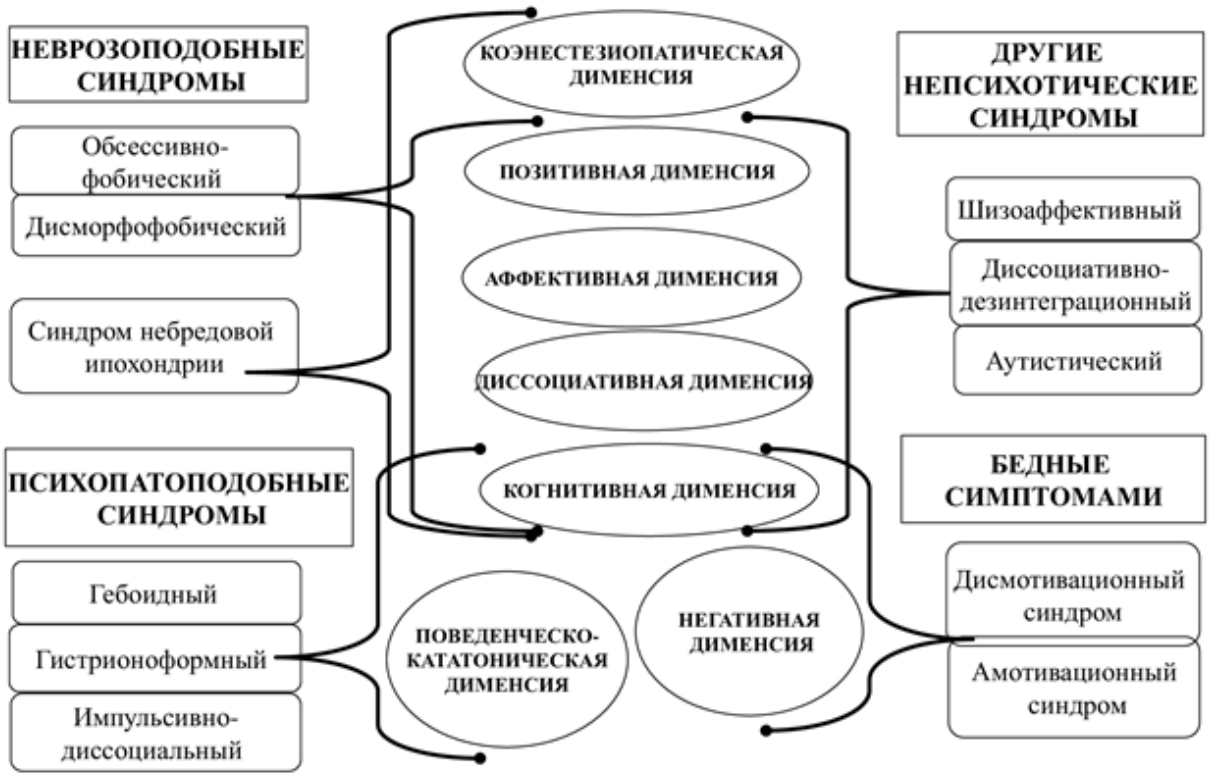

Рис. 1. Соотношение категориальных и дименсиональных характеристик у пациентов с шизотипическим расстройством.

детачменте происходит частичная или полная элиминация из сферы «внутренней реальности» не только когнитивных, но и эмоциональных составляющих внешнего стрессорного воздействия и его последствий [13].

Коэнестезиопатические расстройства представляют собой транстипологическое свойство индивида, которое, с точки зрения А.Б. Смулевича (2014) [15], возможно в рамках любого типа аномалии, базируясь на характерной траектории взаимодействия психических и телесных функций. При этом коэнестезиопатическая дименсия — нарушение чувственного осознания собственного тела, являющегося сенсорной составляющей психопатологических расстройств, — сопровождается ощущением тотального физического неблагополучия или недомогания и выступает в форме коэнестезиопатии (протопатического расстройства телесного чувства), сочетаясь с сенестопатиями и сенестезиями.

Руководствуясь принципом пятиуровневой представленности каждой дименсии (от 0 до 4), изложенным в DSM-V, и в соответствии с разработанной нами шкалой оценки выраженности позитивной, аффективной, негативной, когнитивной, дезорганизации поведения (психомоторно-кататонической), диссоциативной и коэнестезиопатической дименсий, где аналогичным образом степень выраженности каждой дименсии оценивают от 0 до 4 (от отсутствия признака до тяжёлой степени, соответствующей психотическому уровню проявлений), мы смогли сопоставить присутствующие у пациентов с шизотипическим расстройством категориальные и дименсиональные характеристики.

Результаты проведённого сопоставления категориальных и дименсиональных характеристик представлены на рис. 1.

В процессе проведённого нами исследования (рассмотрение категориальных и дименсиональных характеристик у больных шизотипическим расстройством) возникла необходимость соотнесения категориально-дименсиональных диагностических критериев со стандартным прототипом расстройств (то есть определение того, насколько конкретное психическое состояние соответствует идеальному образу диагностируемого заболевания). Такое соотнесение, называемое прототипическим соответствием (prototype matching) [16], позволяет дифференцировать психические состояния пациентов по степени глубины выраженности заболевания и полноте его клинической картины.

При этом кодификацию критериев соответствия осуществляют в соответствии с предлагаемыми в DSM-V, для чего необходимо оценить, «в какой степени клиническая картина заболевания соответствует или напоминает этот прототип» в диапазоне от 1 (нет соответствия) до 5 (полное соответствие прототипу).

Как указывают R. Kendell и соавт. [17, 18], при таком подходе категориальный прототип (по МКБ) с показателем, равным 4 и выше, будет свидетельствовать о существовании психического расстройства, а показатель, равный 3 и ниже, укажет лишь на «признаки» конкретного прототипа.

Результат проведённой нами процедуры соответствия категорильно-дименсиональных характеристик прототипу шизотипического расстройства показал, что включённое в настоящее время в общую рубрику шизотипических расстройств так называемое «шизотипическое расстройство личности» лишь частично (на уровне соответствия 2–3 по 5-балльной шкале соответствия) соотносится с другими проявлениями шизотипического расстройства.

Как отмечают ряд авторов [5], в литературе обсуждают вопрос, который, скорее всего, пока не найдёт отражения в МКБ-11, о двух независимых клинических подтипах шизотипического расстройства [19]. Истинная шизотипия (шизотипическое расстройство *per se*), связанная с развитием мозга (neurodevelopmental), базируется на генетических, пренатальных и постнатальных факторах, имеет достаточно стабильную симптоматику, сродство к шизофрении, при ней целесообразно рассматривать вопрос о фармакотерапии. При псевдошизотипии (то есть шизотипическом расстройстве личности), ассоциированной с психосоциальными факторами, симптомы неустойчивы во времени, не имеют отношения к шизофрении, и в качестве предпочтительной стратегии лечения рассматривают психотерапию [20].

Это обстоятельство лишний раз подчёркивает целесообразность использования так называемого холистического (целостного) диагностического подхода [21], позволяющего, помимо категориально-дименсионально-прототипических характеристик (определяющих феноменологию расстройства), учитывать также и внеморбидные характеристики пациента — его психологический диагноз (позволяющий рассматривать психогенетические аспекты расстройства), а также социальный и функциональный диагнозы, что в совокупности определяет содержание персонализированной реабилитационной программы .

Заключение. При диагностике больных с шизотипическим расстройством следует учитывать не только типологические (категориальные), но также и дименсионалные характеристики психического статуса пациентов. При этом типологические характеристики психического облика могут быть представлены следующими феноменологическими картинами:

– неврозоподобные синдромы;
– психопатоподобные синдромы;
– другие непсихотические синдромы;
– бедные синдромами состояния.

Дименсиональные характеристики представлены следующими дименсиями: продуктивная, негативная, аффективная, когнитивная, дезорганизационно-поведенческая, диссоциативная, коэнестезиопатическая. При сопоставлении категориально-дименсиональных характеристик пациентов с критерием их соответствия шизотипическому расстройству оказалось, что «шизотипическое расстройство личности» (F. 21.5) лишь частично (не превышая по 5-балльной шкале соответствия уровня 3) соотносится с прототипом заболевания (на уровне его признака, а не наличия), что делает целесообразным исключение этого вида психической аномалии из вариантов шизотипического расстройства (F21).

ЛИТЕРАТУРА

1. Maj M. Beyond diagnosis in psychiatric practice. *Ann. Gen. Psychiatry*. 2020; 19: 27. DOI: 10.1186/s12991-020-00279-2.

2. Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В. Психиатрический диагноз: вверх по лестнице, ведущей вниз. *Обозрение психиатр. и мед. психологии им. В.М. Бехтерева*. 2015; 1: 15–24. [Mazo G.Eh., Neznanov N.G., Rukavishnikov G.V. Psychiatric diagnosis: Up the down staircase. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2015; 1: 15–24. (In Russ.)]

3. Циркин С.Ю. *Аналитическая психопатология*. Изд. 3-е, испр. и доп. М.: Бином. 2012; 288 с. [Tsirkin S.Yu. *Analiticheskaya psikhopatologiya*. 3rd ed. M.: Binom. 2012; 288 p. (In Russ.)]

4. Kotov R., Krueger R.F., Watson D. et al. The hierarchical taxonomy of psychopathology: a dimensional alternative to traditional nosologies. *J. Abnorm. Psychol*. 2017; 126: 454–477. DOI: 10.1037/abn0000258.

5. Павличенко А.В. Настоящее и будущее диагноза в психиатрической практике. *Трудный пациент*. 2015; 5–6 (13): 41–48. [Pavlichenko A.V. Present and future of diagnosis in psychiatrics. *Trudnyy patsient*. 2015; 5–6 (13): 41–48. (In Russ.)]

6. Kupfer D. Neuroscience — informed nosology in psychiatry: are we there yet? *Asien. J. Psychiatry*. 2014; 7: 4–5. DOI: 10.1016/j.ajp.2013.12.008.

7. Беззубова Е.Б. Клинические особенности витальной деперсонализации при шизофрении. *Ж. неврол. и психиатрии*. 1991; 7: 83–86. [Bezzubova E.B. Klinicheskie osobennosti vital′noy depersonalizatsii pri shizofrenii. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii*. 1991;7: 83–86. (In Russ.)]

8. Воробьёв В.Ю. Об одном из вариантов юношеской шизофрении, протекающей с преобладанием явлений деперсонализации. *Ж. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1971; 8: 1224–1232. [Vorob′ev V.Yu. Ob odnom iz variantov yunosheskoy shizofrenii, protekayushchey s preobladaniem yavleniy depersonalizatsii. *Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 1971; 8: 1224–1232. (In Russ.)]

9. Pamas J. From predisposition to psychosis: progression of symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiat. Scand*. 1999; 99 (395): 20–29. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1999.tb05979.x.

10. Pamas J. Genetics and psychopathology of spectrum phenotypes. *Acta Psychiat. Scand*. 2000; 101: 413–415. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2000.101006413.x.

11. Pamas J., Bovet P., Zahavi D. Schizophrenic autism: clinical phenomenology and pathogenetic implications. *World Psychiatry*. 2002; 1: 131–136.

12. Allen J.G., Console D.A., Lewis L. Dissociative detachment and memory impairment: reversible amnesia or encoding failure? *Compr. Psychiatry*. 1999; 40 (2): 160–171. DOI: 10.1016/s0010440x(99) 90121-9.

13. Brown R.J. Different types of “dissociation” have different psychological mechanisms. *J. Trauma Dissociation*. 2006; 7 (4): 7–28. DOI: 10.1300/J229v07n04_02.

14. Holmes E.A., Brown R.J., Mansell W. et al. Are there two qualitativelydistinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clin. Psychol. Rev*. 2005; 25 (1): 1–23. DOI: 10.1016/j.cpr.2004.08.006.

15. Смулевич А.Б., Иванов С.В., Мясникова Л.К. и др. Диссоциативные реакции в траектории развития шизотипического расстройства личности (на модели нозогений у онкологических больных). *Ж. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014; 12: 12–22. [Smulevich A.B., Ivanov S.V., Myasnikova L.K. et al. Dissotsiativnye reaktsii v traektorii razvitiya shizotipicheskogo rasstroystva lichnosti (na modeli nozogeniy u onkologicheskikh bol′nykh). *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2014; 12: 12–22. (In Russ.)]. DOI: 10.17116/jnevro201411412112-22.

16. Westen D., Shedler J. A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-V. *J. Pers. Desord*. 2000; 14 (2): 109–126. DOI: 10.1521/pedi.2000.14.2.109.

17. Kendell R.E., Cooper J.R., Gourlay A.J. et al. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1971; 25: 123–130. DOI: 10.1001/archpsyc. 1971.01750140027006.

18. Kendell R.E., Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am. J. Psychiatry*. 2003; 160: 4–12. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.1.4.

19. Raine A. Schizotypal personality: neurodevelopmental and psychosocial trajectories. *Ann. Rev. Clin. Psychol*. 2006; 2: 291–326.

20. Коцюбинский А.П. *Шизотипическое расстройство: психиатрия*. Национальное руководство. Изд. 3-е, испр. и доп. М.: ГОЭТАР-Медиа. 2018; 264–279. [Kotsyubinskiy A.P. *Shizotipicheskoe rasstroystvo: Psikhiatriya*. Natsional′noe rukovodstvo. 3rd ed M.: GEOTAR-Media. 2018; 264–279. (In Russ.)]

21. Кузнецова С.Л., Коцюбинский А.П., Петрова Н.Н. Комплексный диагностический подход к оценке биопсихосоциального функционирования больных с эндогенными психическими расстройствами с позиций функционального диагноза. *Мед. психол. в России*. 2018; 4 (51): 5. [Kuznetsova S.L., Kotsiubinskii A.P., Petrova N.N. Wholistic diagnostic approach to the evaluation of the bio-psycho-social functioning of patients with endogenous mental disorders from the viewpoint of functional diagnosis. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*. 2018; 6 (53): 8–12. (In Russ.)] DOI: 10.24411/2219-8245-2018-16060.

Поступила 19.01.2021; принята в печать 08.02.2021.

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

Неврологический вестник. 2021; Т. LIII (1): 76–79.

DOI: 10.17816/nb58048
УДК: 616.89

РЕЗУЛЬТАТЫ КРАТКОГО ОПРОСА НА ТЕМУ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Егор Максимович Чумаков[1,2], Лариса Альбертовна Азарова[1], Олег Васильевич Лиманкин[1,3,4]

[1]Санкт-Петербургская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко, 190121, г. Санкт-Петербург, ул. Канонерская, 12, e-mail: chumakovegor@gmail.com;
[2]Санкт-Петербургский государственный университет, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9;
[3]Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41;
[4]Санкт-Петербургский институт повышения квалификации врачей-экспертов Министерства труда и социальной защиты населения, 194044, г. Санкт-Петербург, пр. Большой Сампсониевский, 11/12

Реферат

Цель работы — оценить влияние пандемии COVID-19 и социальных ограничений, связанных с ней, на психологическое благополучие амбулаторных пациентов с психическими расстройствами.

Методы исследования. В исследовании принял участие 151 амбулаторный пациент (60,9% — женщины; средний возраст 34,4±12,9 года), получавший лечение в психиатрических дневных стационарах в Санкт-Петербурге в первые две недели мая 2020 г.

Результаты. Большинство опрошенных (72,8%) указали, что стали испытывать больше стресса во время пандемии COVID-19, в том числе треть пациентов (29,1%) указали на ухудшение отношений внутри семьи. Две трети пациентов (60,3%) отмечали, что пандемия COVID-19 и введённые в связи с ней ограничения привели к появлению и усилению беспокойства и тревоги.

Выводы. Проведённое исследование подтвердило, что амбулаторные пациенты с психическими расстройствами, так же как и население России в целом, ощутили на себе усиление стресса, уровня тревоги и беспокойства во время пандемии COVID-19. Результаты исследования подчёркивают важность продолжения оказания амбулаторной психиатрической помощи в период эпидемий или социальных потрясений, несмотря на вводимые социальные ограничения.

Ключевые слова: COVID-19, психологическое благополучие, стресс, амбулаторная психиатрическая помощь, дневной стационар, расстройства шизофренического спектра.

PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF OUTPATIENTS WITH MENTAL DISORDERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC — A BRIEF SURVEY RESULTS

Egor M. Chumakov[1,2], Larisa A. Azarova[1], Oleg V. Limankin[1,3,4]

[1]St.-Petersburg Psychiatric Hospital №1 named after P.P. Kaschenko, 190121, St. Petersburg, Kanonerskaya str., 12, e-mail: chumakovegor@gmail.com; [2]Saint-Petersburg State University, 199034, St. Petersburg, Universitetskaya nab., 7–9; [3]North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, 191015, St. Petersburg, Kirochnaya str., 41; [4]St.-Petersburg Institute of Postgraduate Improvement of Physicians-experts of the Ministry of Labour and Social Protection, 194044, St. Petersburg, Bolshoy Sampsonievskiy pr., 11/12

Abstract

Aim. The aim of the study was to assess the impact of the COVID-19 pandemic and the social restrictions associated with it on the psychological well-being of outpatients with mental disorders.

Methods. A total of 151 outpatients (60.9% female; mean age 34.4±12.9 years) who received treatment at psychiatric day hospitals in St. Petersburg during the first two weeks of May 2020 participated in the study.

Results. The majority of respondents (72.8%) indicated that they became more stressed during the COVID-19 pandemic, including one-third of patients (29.1%) indicating deterioration in family relationships. Two-thirds of patients (60.3%) indicated that the COVID-19 pandemic and the restrictions imposed in connection with it resulted in and increased anxiety and distress.

Conclusions. This study confirmed that outpatients with psychiatric disorders, as well as the general Russian population, experienced an increase in stress, anxiety, and distress during the COVID-19 pandemic. The results of the study underscore the importance of continuing to provide outpatient psychiatric care during epidemics or social upheaval, despite the imposition of social restrictions.

Keywords: COVID-19, psychological well-being, stress, outpatient psychiatric care, day hospital, schizophrenia spectrum disorders.

Хотя пандемия COVID-19 (от англ. coronavirus disease) затронула не только людей с психическими расстройствами, но и всё население в целом [1], в этот период особо уязвимыми могут оказаться пациенты с тяжёлыми психическими расстройствами [2], такими как расстройства шизофренического спектра. Несмотря на большое количество проведённых исследований в России [3, 4] и в мире [1, 5, 6] о влиянии пандемии COVID-19 на психическое здоровье населения в целом, остаётся малоизученной проблема влияния пандемии и социальных ограничений в этот период на психологическое благополучие и психическое состояние пациентов с психическими расстройствами [7–9]. Понимание влияния пандемии COVID-19 и социальных ограничений на изменение психологиче-

ского состояния и потребности в профессиональной помощи у пациентов с психическими расстройствами позволит повысить качество медицинской помощи и сделает её более адресной.

Цель настоящего исследования — оценить влияние пандемии COVID-19 и социальных ограничений, связанных с ней, на психологическое благополучие амбулаторных пациентов с психическими расстройствами.

Материал и методы исследования. Исследование проводили в первые две недели мая 2020 г. в психиатрических дневных стационарах Санкт-Петербурга. К этому времени социальные ограничения из-за пандемии COVID-19 в Санкт-Петербурге уже действовали более 1 мес. Пациентам предлагали заполнить разработанную анкету во время общения с их лечащим врачом-психиатром. Хотя сама анкета не включала сбор персональных данных, её оценивал лечащий врач-психиатр с целью оптимизации процесса лечения на основании полученных данных. Далее лечащий врач переводил ответы пациентов в обезличенную таблицу с использованием кодов пациента, с указанием возраста пациента в годах, пола и шифра основного диагноза. Исследователи, которые проводили дальнейшую оценку всего массива данных, не могли идентифицировать пациента. Участие в исследовании подразумевало заполнение информированного согласия. Протокол исследования был одобрен этическим комитетом Санкт-Петербургского государственного университета.

Всего в исследовании принял участие 151 человек (60,9% женщины) в возрасте от 18 до 70 лет (средний возраст 34,4±12,9 года), которые получали лечение в дневных стационарах по поводу уточнённого психического расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга (F06; n=27), расстройства шизофренического спектра (F20–F25; n=75), аффективного расстройства (F31–F33; n=14), невротического, связанного со стрессом расстройства (F40–F45; n=25), расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F60–F61; n=10). Статистика по конкретным нозологическим диагнозам Международной классификации болезней 10-го пересмотра не представлена ввиду большого числа различных диагнозов. Для дальнейшего анализа пациенты были разделены на две группы: пациенты с расстройствами шизофренического спектра (n=75) и пациенты с непсихотическими психическими расстройствами (n=76).

Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием стандартных методов параметрической и непараметрической статистики. За критический уровень значимости принимали p=0,05 с поправкой Бенджамини–Хохберга для множественных сравнений. Для сравнения качественных данных использовался критерий χ^2 Пирсона.

Результаты и их обсуждение. Две трети опрошенных (n=110; 72,8% всей выборки) указали, что стали испытывать больше стресса во время пандемии COVID-19 (табл. 1). Пациенты с расстройствами шизофренического спектра статистически значимо чаще указывали, что отношения в их семье во время пандемии улучшились, в то время как пациенты с непсихотическими психическими расстройствами указывали, что отношения в семье в этот период ухудшились. 29,1% пациентов (n=44) из числа всей выборки указали на ухудшение отношений внутри семьи во время пандемии COVID-19.

В целом установлено, что пандемия COVID-19 и введённые в связи с ней ограничения привели к появлению и усилению беспокойства и тревоги по самостоятельной оценке у 60,3% (n=91) пациентов из числа всей выборки. При анализе ответов на вопросы о самостоятельной оценке пациентами своего психологического состояния можно сделать вывод о том, что пациенты с непсихотическими психическими расстройствами чаще отмечали ухудшение своего психологического состояния в связи с различными ограничениями, связанными с пандемией COVID-19. Пациенты с непсихотическими психическими расстройствами, в том числе, чаще испытывали потребность в дополнительной психологической поддержке, придавали большее значение возможности получения амбулаторной психиатрической помощи.

Обращает внимание тот факт, что, хотя все пациенты имели клинические показания для лечения в условиях дневного психиатрического стационара в период проведения исследования, только каждый третий пациент с расстройством шизофренического спектра и каждый второй пациент с непсихотическим психическим расстройством отнесли обращение за помощью к специалисту в области психического здоровья к своим действиям, направленным на получение помощи. То, что пациенты очень редко обращались к своим родным и друзьям за помощью, может быть оценено, с одной стороны, как результат социальной дистанцированности, рекомендованной в этот период, с другой стороны, в совокупности с данными о частоте ухудшения внутрисемейных отношений у обследованных, это может свидетельствовать в пользу социальной дезадаптации пациентов в период исследования.

Проведённое исследование подтвердило, что амбулаторные пациенты с психическими расстройствами, так же как и население России в целом [4], ощутили на себе усиление стресса, уровня тревоги и беспокойства во время пандемии COVID-19. В то же время финансовые проблемы и неопределённость будущего стали ведущими фабулами переживаний пациентов, что согласуется с данными других исследований [3–5].

Мировой опыт показывает, что большинство психиатрических служб не были готовы к оказанию психиатрической помощи во время повсеместно введённых мер социальных ограничений для борьбы с пандемией, что привело к игнорированию потребностей пациентов с психическими расстройствами [9]. В

Таблица 1

Самооценка психологического благополучия и источников стресса пациентами

Вопросы	Пациенты с расстройством шизофренического спектра (n=75), n (%)	Пациенты с непсихотическими психическими расстройствами (n=76), n (%)	χ^2	df	p
Считали пандемию COVID-19 новым источником стресса в их жизни	50 (66,7)	60 (78,9)	2,87	1	0,1
Указали следующие источники стресса во время пандемии			1,47	5	0,91
Планы на будущее	32 (42,7)	40 (52,6)			
Финансовое благополучие	26 (34,7)	34 (44,7)			
Межличностные отношения	13 (17,3)	23 (30,3)			
Отношения с родными	13 (17,3)	22 (28,9)			
Учёба	5 (6,7)	9 (11,8)			
Трудности при получении медицинской помощи	4 (5,3)	4 (5,3)			
Отношения в семье во время пандемии			8,69	2	0,026
Ухудшились	16 (21,3)	28 (36,8)			
Улучшились	10 (13,3)	2 (2,6)			
Остались прежними	49 (65,3)	46 (60,5)			
Стали более беспокойны или тревожны в течение последнего месяца в связи с изменениями в жизни из-за пандемии	38 (50,7)	53 (69,7)	5,73	1	0,024
Стали испытывать в течение последнего месяца чувство тревоги за свою жизнь и здоровье больше, чем до начала пандемии	36 (48,0)	47 (61,8)	2,92	1	0,11
Стали испытывать в течение последнего месяца чувство тревоги за жизнь и здоровье своих близких больше, чем до начала пандемии	40 (53,3)	58 (76,3)	8,75	1	0,01
Чувствовали потребность в психологической поддержке в связи с изменением жизненного уклада из-за пандемии	35 (46,7)	51 (67,1)	6,43	1	0,027
Считали, что без возможности обратиться за амбулаторной помощью их психическое состояние бы ухудшилось	41 (54,7)	61 (80,3)	11,28	1	0,001
Способы и источники помощи, к которым пациенты обращались при ухудшении психического состояния после начала пандемии			13,92	5	0,027
Обратились за помощью к специалисту	26 (34,7)	36 (47,4)			
Попросили о помощи близких, родных, друзей	17 (22,7)	18 (23,7)			
Искали способы самопомощи в литературе или интернете	16 (21,3)	33 (43,4)			
Стали чаще потреблять алкоголь или другие психоактивные вещества	3 (4,0)	6 (7,9)			
Никак себе не помогали («не вижу в этом смысла»)	9 (12,0)	4 (5,3)			
Не испытывали значимого изменения психического состояния	31 (41,3)	17 (22,4)			

то же время известно, что внезапные изменения, такие как стихийные бедствия [10] и эпидемии, могут существенно повлиять на психическое здоровье пациентов с психическими расстройствами, а также сократить их доступ к психиатрической помощи [11].

В Санкт-Петербурге во время «первой волны» пандемии COVID-19 продолжали оказывать амбулаторную психиатрическую помощь, в том числе в дневных стационарах, с быстрым изменением формы оказания помощи и масштабным использованием

современных дистанционных форм, что, несомненно, позволило приблизить помощь к населению в этот период. Проведённое исследование подтвердило, что пациенты, получавшие помощь в дневных стационарах в этот период, высоко оценивали её значение для поддержания своего самочувствия.

К числу ограничений исследования относятся небольшой объём выборки, а также то обстоятельство, что авторы не использовали психометрические инструменты для того, чтобы подтвердить гипотезу о повышении уровня стресса, тревоги и беспокойства у пациентов в период проведения исследования. Последнее было связано с тем, что психическое состояние всех включённых в исследование пациентов имело тяжесть, соответствующую показаниям для лечения в условиях дневного стационара, а основания для госпитализации значимо различались в зависимости от нозологической формы психического расстройства.

ВЫВОДЫ

1. Подтверждено общее негативное влияние пандемии COVID-19 и социальных ограничений, связанных с ней, на психологическое благополучие пациентов с психическими расстройствами.

2. Результаты исследования подчёркивают важность продолжения оказания амбулаторной психиатрической помощи в период эпидемий или социальных потрясений, несмотря на вводимые социальные ограничения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Banerjee D. The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. *Asian J. Psychiatr*. 2020; 50: 102014. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102014.

2. Medalia A., Lynch D.A., Herlands T. Factors that support telehealth conversation of SMI recovery services during the COVID crisis. *Psychiatr. Serv*. 2020; 71 (8): 872. DOI: 10.1176/appi.ps.71705.

3. Karpenko O.A., Syunyakov T.S., Kulygina M.A. et al. Impact of COVID-19 pandemic on anxiety, depression and distress — online survey results amid the pandemic in Russia. *Consortium Psychiatricum*. 2020; 1 (1): 8–20. DOI: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-8-20.

4. Sorokin M., Kasyanov E., Rukavishnikov G. et al. Structure of anxiety associated with the COVID-19 pandemic in the Russian-speaking sample: results from on-line survey. *Bull. RSMU*. 2020; 3: 70–76. DOI: 10.24075/brsmu.2020.030.

5. Li J., Yang Z., Qiu H. et al. Anxiety and depression among general population in China at the peak of the COVID-19 epidemic. *World Psychiatry*. 2020; 19 (2): 249–250. DOI: 10.1002/wps.20758.

6. Torales J., O'Higgins M., Castaldelli-Maia J.M., Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int. J. Soc. Psychiatry*. 2020; 66 (4): 317–320. DOI: 10.1177/0020764020915212.

7. Мосолов С.Н. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии COVID-19. *Ж. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020; 120 (5): 7–15. [Mosolov S.N. Problem of mental health in the situation of COVID-19 pandemic. *Zh. Nevrol. Psikhiatr. im. S.S. Korsakova*. 2020; 120 (5): 7–15. (In Russ.)] DOI: 10.17116/jnevro20201200517.

8. Осколкова С.Н. Амбулаторные случаи психических нарушений в период коронавирусной пандемии COVID-19. *Психиатрия*. 2020; 18 (3): 49–57. [Oskolkova S.N. Out-patient cases of mental disorders in COVID-19. *Psikhiatriya*. 2020; 18 (3): 49–57. (In Russ.)] DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-3-49-57.

9. Hao F., Tan W., Jiang L. et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behav. Immun*. 2020; 87: 100–106. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.069.

10. Persaud A., Day G., Gupta S. et al. Geopolitical factors and mental health. *Int. J. Soc. Psychiatry*. 2018; 64 (8): 778–785. DOI: 10.1177/0020764018808548.

11. Montemurro N. The emotional impact of COVID-19: From medical staff to common people. *Brain Behav. Immun*. 2020; 87: 23–24. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.03.032.

Поступила 11.01.2021; принята в печать 01.02.2021.

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

Неврологический вестник. 2021; Т. LIII (1): 80–83.

DOI: 10.17816/nb58800
УДК: 159.9

НЕГАТИВНОСТЬ, СВЯЗАННАЯ С ОШИБКОЙ: НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ ТРАНСДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЁР ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Ольга Анатольевна Сагалакова, Дмитрий Владимирович Труевцев, Ольга Владимировна Жирнова

Алтайский государственный университет,
656049, г. Барнаул, пр. Ленина, 61, e-mail: olgasagalakova@mail.ru

Реферат

Статья посвящена анализу перспектив исследований нейрокогнитивных механизмов тревожных расстройств. В ответ на ограничения и противоречия в логике категориального метода классификации психических расстройств популярность приобретает дименсиональный подход, в рамках которого акцент смещается на оценку выраженности симптомов. The National Institute of Mental Health разрабатывает многообещающий подход, основанный на поиске системных нейробиологических основ нарушений психики. Благодаря проекту RDoC (от англ. Research Domain Criteria) актуализирован поиск трансдиагностических механизмов нарушений психики. Логика этого проекта перекликается с позицией отечественной патопсихологии, в рамках которой синдром нарушения психической деятельности рассматривают в динамике, механизмы функционирования психики квалифицируют как идентичные в норме и при патологии. При изучении связанных с тревогой расстройств в центр исследовательского внимания выдвигается очевидная общность проявлений, приобретающих нозологическое уточнение на фоне эскалации выраженности симптомов и вторичных компенсаторных процессов. **Целью** статьи выступает теоретико-методологический анализ нейрокогнитивной основы системы мониторинга ошибок, характерной в норме и избыточно выраженной при тревожных расстройствах, включающей компонент вызванного потенциала — негативность, связанную с ошибкой (ERN). В **результате** показано, что данный нейрокогитивный маркёр, экспериментально моделируемый в конфликтных задачах (например, фланговой задаче Эриксенов), претендует на вероятную трансдиагностическую основу связанных с тревогой расстройств (социальное тревожное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство). Увеличение амплитуды ERN при интернализации, объединяющей тревожно-депрессивную симптоматику, обусловлено индивидуальными различиями в готовности к детекции ошибки и сензитивности к некорректным решениям. В настоящий момент в изучении ERN сохраняется «соблазн» упрощённых интерпретаций, произвольного установления прямых каузальных связей между нейронной основой и психическими явлениями.

Ключевые слова: трансдиагностические нейрокогнитивные механизмы тревожных расстройств, негативность, связанная с ошибкой (ERN), система мониторинга ошибок, социальное тревожное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство.

ERROR-RELATED NEGATIVITY: NEUROCOGNITIVE TRANSDIAGNOSTIC MARKER OF ANXIETY DISORDERS

Olga A. Sagalakova, Dmitry V. Truevtsev, Olga V. Zhirnova

Altai State University, 656049, Barnaul, Lenin str., 61,
e-mail: olgasagalakova@mail.ru

Abstract

The article is devoted to the analysis of the prospects for research on neurocognitive mechanisms of anxiety disorders. In response to limitations and contradictions in the logic of the categorical method of classification of mental disorders, the popularity of the dimensional approach, in which the emphasis shifts to the assessment of the severity of symptoms. The National Institute of Mental Health has developed the promising approach based on the search for systemic neurobiological foundations of mental disorders. Based on the project RDoC (Research Domain Criteria) the search for trans-diagnostic mechanisms of mental disorders has been updated. The logic of RDoC echoes the position of Russian pathopsychology, in which the syndrome of mental activity disorders is considered in dynamics, the mechanisms of the functioning of the psyche are qualified as identical in norm and pathology. In the study of anxiety-related disorders, the obvious commonality of the spectrum of manifestations that acquire nosological clarification against the background of the escalation of the severity of symptoms and secondary compensatory processes has repeatedly been put forward in the center of research attention. **The aim** of the article is a theoretical and methodological analysis of the neurocognitive basis of the errors monitoring system, characteristic of normal and excessively expressed in anxiety disorders, including ERP component — error related negativity (ERN). **As a result**, it is shown that this neurocogitive marker, experimentally modeled in conflict tasks (e.g., Eriksen's flanker task), is expected to be a probable transdiagnostic basis for anxiety-related disorders (social anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder). The increase in the amplitude of ERN in internalization, uniting anxiety-depressive symptoms, is explained by individual differences in the readiness to detect error and sensitivity to incorrect decisions. At the moment, the study of ERN retains the "tempted" of simplified interpretations, the arbitrary establishment of direct causal connections between the neural basis and mental phenomena.

Keywords: transdiagnostic neurocognitive mechanisms of anxiety disorders, error related negativity (ERN), dimensional approach, error monitoring system, social anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder.

В настоящее время значимая методологическая тенденция в психиатрии и психологии — осмысление феномена коморбидности психических расстройств и парадигмальный сдвиг с категориального на дименсиональный подход к классификации заболеваний. Особую актуальность вопросы коморбидности и её научного понимания приобретают на основе данных эпидемиологических исследований. Так, в 50–60% случаев у людей с психическим расстройством на протяжении жизни диагностируют, как минимум, ещё одно сопутствующее заболевание, а при таких видах психической патологии, как большое депрессивное расстройство, тревожные и панические расстройства, социальное тревожное расстройство (СТР), расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, шизофрения, вероятность развития коморбидного заболевания доходит до 90% [1].

В Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-V — от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) и Международной классификации болезней 11-го пересмотра сохраняется ориентация на категориальный подход к патологии, что отражается в дальнейшей детализации рубрик, описании группы симптомов, строго соотносимых с «чистыми» диагнозами, а также в акцентировании факта психического нарушения без учёта ресурсов сохранных сторон психической деятельности. Описание психопатологии по внешне наблюдаемым симптомам, являющимся результатом длительного протекания болезненного процесса в условиях жизнедеятельности пациента, формирует жёсткие нозологические границы, за которыми маскируется многомерная скрытая структура психопатологии. Если в русле категориального подхода коморбидность — наличие не подходящих под основной диагноз симптомов, «шум», который следует устранить, то согласно дименсиональному подходу данное явление — «сигнал» того, что психические феномены не укладываются в симптоматические рамки, требуют осмысления процесса развития психопатологии и оценки выраженности симптомов [2].

Элементы противоречивости в классификациях психических болезней основываются также на одном из традиционных вопросов психиатрии, касающемся сопоставления нормы и патологии. В ходе дискуссии относительно данной проблемы в DSM-V выделяют следующие точки зрения: патология качественно отличается от нормы [3], норма и патология не имеют чётких границ дифференциации, составляют общий континуум [2]. В трудах отечественных патопсихологов — Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн и других — обозначены единство закономерностей протекания психической деятельности в норме и при патологии, важность качественного анализа психической деятельности с выявлением не только нарушенного, но и сохранного, рассмотрение пациента не как носителя болезни, а как активной личности, продолжающей свою жизнедеятельность в условиях болезни.

В ответ на обозначенные нерешённые проблемы The National Institute of Mental Health разрабатывает новый подход к классификации психических расстройств, основанный на поиске нейробиологических основ болезней и параметрах поведения. В рамках проекта RDoC (от англ. Research Domain Criteria) проводят исследования в области генетики, нейронаук и поведенческих наук с целью выявления дименсий, которые напрямую связаны с измерением психических явлений. Поскольку развитие и поддержание симптоматики определяется системным взаимодействием генетических, нейробиологических, психосоциальных, личностных, экологических факторов, то обнаружение дименсий и их осмысление представляют собой сложную исследовательскую задачу, а рассмотрение психических состояний в изолированных обстоятельствах сводится к редукционизму психики.

В контексте актуальной нейрокогнитивной исследовательской тенденции существенное внимание отводят поиску мозговых коррелятов патологических состояний. Так, например, негативность, связанная с ошибкой (ERN — от англ. Error-Related Negativity), — электрический потенциал головного мозга, компонент связанного с событием потенциала (ERP — от англ. Event-Related Potential), выступает трансдиагностическим маркёром высококоморбидных расстройств и параметром измерения выраженности симптоматики в рамках RDoC. ERN — связанная с ошибкой негативность, для которой характерен пик через 50–100 мс после совершения ошибки в процессе выполнения задач на время реакции выбора [4]. ERN рассматривают как электрофизиологический коррелят мониторинга выполнения деятельности, трансдиагностический маркёр тревоги, спектра интернализации-экстернализации.

ERN является компонентом системы мониторинга ошибок — важнейшей системы детекции ошибки с целью последующей коррекции действий, которая в норме не приводит к нарушениям целенаправленной деятельности и избыточности обработки информации. ERN интенсивно активируется при обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР), СТР [5], однако данные во многом противоречивы. Не очевидно, какие параметры и фазовые периоды актуализации системы мониторинга ошибок важно исследовать для верификации диагностических, прогностических моделей расстройств и формирования стратегии вмешательства, как развивается данная система в онтогенезе и модулируется индивидуальными различиями, контекстом неопределённости ошибки и её последствий.

ERN экспериментально объективируется в определённом типе заданий, содержащих конфликтные условия, например фланговой задаче Эриксенов (flanker task), задаче Струпа (Stroop task). ERN открыт и стал предметом психофизиологических исследований при решении конфликтных задач здоровыми испытуемыми [4]. Далее стало понятно, что увеличение выраженности данного потенциала может выступать объективным нейрокогнитивным маркёром расстройств, связанных с тревогой. ERN выявлена при ОКР, для которого характерны фиксированность на ошибке и избыточный мониторинг выполнения деятельности. Значение ERN при ОКР независимо от фармакотерапии, а у здоровых членов семьи, являющихся представителями первой степени родства пациентов с ОКР, обнаруживают повышение ERN. В дальнейших исследованиях интенсификация ERN была обнаружена при других тревожных расстройствах и депрессии [6].

Изучение мониторинга выполнения деятельности при СТР и социальной тревоге (СТ) — активно изучаемое направление, так как важные аспекты в когнитивной модели СТР/СТ — самофокусированное внимание в социальных ситуациях и обеспокоенность возможными ошибками в них [7]. Сравнение выраженности ERN как электрофизиологического коррелята мониторинга выполнения деятельности при ОКР, СТР и в норме показало, что обозначенный чрезмерный мониторинг не зависит от симптомов ОКР, а представляет собой трансдиагностический параметр уязвимости в отношении психопатологии.

Особенности данного мониторинга при СТР и в норме также изучали с помощью фланговой задачи Go/NoGo в контексте таких социально значимых условий, как наличие и отсутствие наблюдателя. Выявлено, что точность и латентное время ответа не различаются как между группами, так и в зависимости от фактора социального наблюдения. Пост-ошибочное замедление оказалось более выраженным у людей с СТР в обоих условиях наблюдения, а амплитуды ERN и у пациентов, и у здоровых испытуемых увеличивались при социальном наблюдении. Следовательно, обнаружена важность роли социального контекста для процессов, лежащих в основе мониторинга выполнения деятельности [8].

При тревоге характерны увеличение ERN и устойчивость данного потенциала к терапии, что свидетельствует в пользу рассмотрения ERN как фенотипического свойства СТР/СТ. В детской популяции с выраженным поведенческим торможением повышенный ERN предсказывал высокий уровень СТ в 12 лет, а при детской раздражительности пониженный ERN выступал маркёром повышенного уровня возбудимости в 12 лет [9]. Мониторинг ошибок — фактор, взаимодействующий с параметрами раннего поведения, что значимо для прогнозирования развития поздней психопатологии, а также направления мер, связанных с профилактикой патологического риска.

Роль ERN изучают при спектре интернализации-экстернализации — модели психопатологии, в которой предложено решение проблемы коморбидности [2]. Интернализация обобщает скрытые параметры большого депрессивного расстройства, дистимии, генерализованного тревожного расстройства, агорафобии, СТР/СТ, специфической фобии и панических расстройств, а аспект экстернализации связывает расторможённые и импульсивные паттерны поведения, антисоциальное расстройство личности, кондуктивное расстройство, алкогольную и наркотическую зависимость; выдвинута гипотеза, что ОКР сопряжено с интернализацией [2].

Понижение амплитуды ERN — трансдиагностический маркёр экстернализации. Характерное увеличение амплитуды ERN при интернализации, центрирующей общие параметры тревожно-депрессивной симптоматики, наряду с мобилизацией защитных реакций может быть обусловлено индивидуальными различиями во внутренней чувствительности к ошибкам [10].

Таким образом, рассмотрение ERN как трансдиагностического феномена и его психологическое осмысление могут иметь большое значение при решении вопроса раннего выявления и прогноза развития психопатологии, дать новое направление по изучению системных механизмов тревожных расстройств. Нейрокогнитивный маркёр ERN претендует на показатель, с помощью которого можно проводить дифференциальную диагностику, определять тяжесть симптомов. Снижение ERN до уровня нормы может быть индикатором направленности и результативности психологического вмешательства. Несмотря на перспективность ERN, важно с осторожностью интерпретировать результаты исследований, так как изучение трансдиагностического потенциала ERN далеко от завершения.

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ №17-29-02420 «Нейрокогнитивные механизмы нарушений психической деятельности при социальной тревоге и социофобии».

ЛИТЕРАТУРА

1. Clark L.A., Watson D., Reynolds S. Diagnosis and classification of psychopathology: challenges to the current system and future directions. *Annu. Rev. Psychol.* 1995; 46 (1): 121–153. DOI: 10.1146/annurev.ps.46.020195.001005.

2. Krueger R.F., Eaton N.R. Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry.* 2015; 14 (1): 27–29. DOI: 10.1002/wps.20175.

3. Wakefield J.C. The perils of dimensionalization: challenges in distinguishing negative traits from personality disorders. *Psychiatr. Clin. N. Am.* 2008; 31 (3): 379–393. DOI: 10.1016/j.psc.2008.03.009.

4. Gehring W.J., Goss B., Coles M.G.H. et al. A neural system for error detection and compensation. *Psychol. Sci.* 1993; 4 (6): 385–390. DOI: 10.1111/j.1467-9280.1993.tb00586.x.

5. Сагалакова О.А., Жирнова О.В., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я. Когнитивные факторы нарушений психической деятельности при обсессивно-компульсивном расстройстве. *Сибирский психол. ж.* 2020; 75: 159–181. [Sagalakova O.A., Zhirnova O.V., Truevtsev D.V., Stoyanova I.Ya. Kognitivny`e faktory` narushenij psikhicheskoj deyatel`nosti pri obsessivno-kompul`sivnom rasstrojstve. *Sibirskiy psikhologicheskiy zhurnal.* 2020; 75: 159–181. (In Russ.)] DOI: 10.17223/17267080/75/9.

6. Carrasco M., Hong C., Nienhuis J.K. et al. Increased error-related brain activity in youth with obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Neurosci. Lett.* 2013; 541: 214–218. DOI: 10.1016/j.neulet.2013.02.017.

7. Clark D., Wells A. A cognitive model of social phobia. In: R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, F.R. Schneier (eds.) *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment.* New York, NY: Guilford Press. 1995; 69–93.

8. Voegler R., Peterburs J., Lemke H. et al. Electrophysiological correlates of performance monitoring under social observation in patients with social anxiety disorder and healthy controls. *Biol. Psychol.* 2018; 132: 71–80. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2017.11.003.

9. Filippi C.A., Subar A.R., Sachs J.F. et al. Developmental pathways to social anxiety and irritability: The role of the ERN. *Dev. Psychopathol.* 2020; 32 (3): 897–907. DOI: 10.1017/s0954579419001329.

10. Pasion R., Barbosa F. ERN as a transdiagnostic marker of the Internalizing-Externalizing Spectrum: a dissociable meta-analytic effect. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2019; 103: 1–17. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2019.06.013.

Поступила 20.01.2021; принята в печать 01.02.2021.

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

Неврологический вестник. 2021; Т. LIII (1): 84–87.

DOI: 10.17816/nb58266
УДК: 616.89-053.2.005

КОРРЕКЦИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ СЕМЕЙНОГО ОКРУЖЕНИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

Александра Юрьевна Киворкова, Андрей Горгоньевич Соловьёв

Северный государственный медицинский университет,
163000, г. Архангельск, Троицкий проспект, 51, e-mail: ASoloviev1@yandex.ru

Реферат

Цель. Обоснование направлений коррекции эмоционального состояния семейного окружения представителей опасных профессий на основе биоповеденческой терапии с применением технологии компьютерного биоуправления.

Методы. Обследованы 47 женщин, средний возраст 29,3±4,7 года, — жёны сотрудников, профессиональная деятельность которых связана с решением профессиональных задач в экстремальной обстановке. Использован аппаратно-программный комплекс «БОС-Пульс» с модулем «Пульс» с игровыми сюжетами, программно-аппаратный комплекс «Мультипсихометр». Спектральный анализ вариабельности сердечного ритма проводили по регистрируемому фотоплетизмографическим методом пульсу, с помощью программы обработки данных игрового биоуправления. Оценку эффективности каждого тренинга осуществляли по функциональным параметрам сердечно-сосудистой системы, а также по показателям теста цветовых выборов.

Результаты. Все женщины к концу тренинга овладели навыком увеличения *R–R*-интервалов. Значение индекса напряжения регуляторных систем Баевского в процессе курса биоповеденческой терапии снижалось с 73,2±17,8 до 56,8±25,4 у.е., индекса вегетативного равновесия — с 132,7±29,2 до 84,5±45,2 у.е. Выраженное улучшение психологических показателей было установлено по тесту цветовых выборов, что в целом выразилось повышением работоспособности и улучшением показателей вегетативного коэффициента с одновременным снижением тревожности и усталости. Применение тренингов с использованием аппаратно-программного комплекса «БОС-Пульс» способствовало активизации саморегулируемого поведения, психологической самоадаптации, включающей сложные когнитивные и эмоциональные механизмы обеспечения целенаправленных действий в стрессовой ситуации

Выводы. Тренинги с применением технологии лечебно-реабилитационного биоуправления привели к улучшению личностных адаптационных характеристик, формированию и закреплению условно-рефлекторного навыка саморегуляции, способствующего активизации резервных возможностей организма. Выработанный женщинами эффективный поведенческий стереотип способствовал обучению продуктивным техникам адаптации в стрессовых ситуациях, связанных со специфическими особенностями служебной деятельности мужей и, соответственно, с семейным микроклиматом.

Ключевые слова: семейное окружение представителей опасных профессий, психическая дезадаптация, биоуправление, психокоррекция.

MENTAL DISADAPTATION CORRECTION OF THE FAMILY MEMBERS OF DANGEROUS PROFESSIONS WORKERS

Alexandra Yu. Kivorkova, Andrey G. Soloviev

Northern state medical university,
163000, Arhangelsk, Troitsky Avenue, 51,
e-mail: ASoloviev1@yandex.ru

Abstract

Aim. The aim of the paper was the substantiation the directions of correction the emotional state of the family environment of the family members of dangerous professions on the basis of biobehavioral therapy using biofeedback technology.

Methods. 47 women were examined (29.3±4.7 years) — wives of employees whose professional activities are related to solving professional problems in extreme conditions. The hardware and software complex “BOS-Pulse” with the “Pulse” module with game plots, “Multipsychometer” was used. According to the pulse recorded by the photoplethysmographic method, a spectral analysis of heart rate variability was carried out using a program for processing data from game biocontrol. The control of efficiency was carried out according to the functional parameters of the cardiovascular system and indicators of the color choice test.

Results. By the end of the training, all women had mastered the skill of increasing *R–R*-intervals. The value of the stress index of Baevsky’s regulatory systems during the course of biobehavioral therapy decreased from 73.2±17.8 to 56.8±25.4, the index of vegetative balance — from 132.7±29.2 to 84.5±45.2. According to the test of color choices, a pronounced deepening of positive tendencies in terms of psychological indicators was noted, which, in general, was expressed in a significant decrease in anxiety and fatigue with a simultaneous increase in working capacity and indicators of the vegetative coefficient.

Conclusions. Correctional trainings with the use of biocontrol technology led to an improvement in personal adaptive characteristics, the formation and consolidation of the conditioned reflex skill of self-regulation and a corrective behavioral stereotype that promotes activation of the body’s reserve capabilities. The effective behavioral strategies of self-regulation developed by women contributed to the training of productive techniques for counteracting stressors associated with the specifics of husband’s professional activities and, accordingly, with the family microclimate.

Keywords: the environment of the family members of dangerous professions, mental disadaptation, biofeedback, psycho-correction.

Внезапно возникающие и участившиеся в последние десятилетия конфликты, в основе которых лежат экономические, политические, социальные или идеологические факторы, требуют от представителей силовых структур безотлагательного решения широкого круга проблем, связанных с обеспечением глобальной и региональной безопасности. В связи с этим расширяется перечень профессий, предъявляющих к специалистам жёсткие требования, связанные с чрезмерными физическими, интеллектуальными и психологическими нагрузками, обусловленными пребыванием в зоне воздействия экстремальных факторов различной интенсивности [1].

Нельзя не учитывать тот факт, что при осложнении условий деятельности профессиональная эффективность резко снижается [2], что сопровождается психологическими и поведенческими изменениями [3] и при отсутствии квалифицированной помощи может спровоцировать дезадаптацию, проявляющуюся «поломками» в механизмах психического приспособления [4]. Это обусловлено неопределённостью событий, жёстким регламентом времени, отведённого на принятие решения, и сопровождается высокой степенью ответственности и осознаваемым чувством угрозы собственной жизни [5].

Негативные последствия экстремальных психотравмирующих факторов высокой интенсивности проецируются на все межличностные и, прежде всего, внутрисемейные отношения [6], что может как нейтрализовать последствия психотравмирующих ситуаций, так и усилить их [7]. Семья выступает в качестве центра всех социально-психологических явлений, происходящих с личностью [8], и оказывает опосредованное влияние на успешность профессиональной самореализации [9].

Нередко ситуация в семьях представителей опасных профессий складывалась так, что по возвращении из командировки сотрудник вместо получения душевного тепла вынужден был сам участвовать в оказании психологической помощи членам своей семьи [10]. В этой связи одной из приоритетных задач, напрямую связанной с повышением результативности служебной деятельности, становится не только превенция организационного стресса сотрудников опасных профессий [11], но и профилактика донозологических проявлений психической дезадаптации ближайшего семейного окружения, в том числе на основе биоповеденческой терапии.

Целью исследования стало обоснование направлений коррекции эмоционального состояния семейного окружения представителей опасных профессий на основе биоповеденческой терапии с применением технологии компьютерного биоуправления.

Материал и методы. В исследовании участвовали 47 женщин в возрасте от 19 до 56 лет (средний возраст 29,3±4,7 года) — жён представителей опасных профессий, служебная деятельность которых связана с решением задач в экстремальной обстановке. Женщины обратились за специализированной помощью в кабинет медицинского психолога с жалобами на нарушения семейных отношений, проявляющиеся в психоэмоциональной, сексуально-эротической, материально-бытовой, репродуктивно-воспитательной, досугово-культурной сферах. Они не имели ранее верифицированных расстройств психического здоровья.

Обратившиеся за реабилитационной помощью отмечали несвойственную ранее раздражительность, слезливость, снижение настроения, быструю утомляемость, ощущение разбитости, появление безразличия, скуки, невозможность радоваться. Опыт условнорефлекторного навыка саморегуляции на момент обращения к психологу у обследованных в анамнезе отсутствовал.

Биоповеденческая терапия на основе использования биологической обратной связи (БОС) служит одним из прогрессивных немедикаментозных методов, предназначенных для направленной коррекции личностных адаптационных характеристик пациента. БОС-терапия сочетает в себе методы психофизиологической диагностики, оценивающие индивидуальные способности к оптимальному психическому функционированию в условиях действующего стрессового фактора, с коррекционными процедурами, повышающими навыки саморегуляции.

На основании этих возможностей в качестве инструментария повышения функциональных резервов у членов семей нами был использован аппаратно-программный комплекс «БОС-Пульс». Для определения психоэмоционального состояния до реабилитации и на её завершающем этапе проводили тестирование на программно-аппаратном комплексе «Мультипсихометр» (сертификат соответствия №РОСС RU.СП25.Н00010). Испытуемые прошли курс биоповеденческой терапии с использованием выполненной в игровом сюжете лечебно-оздоровительной игры «Ралли!», способной искусственно воспроизводить стрессовую ситуацию. Реабилитационный курс включал 8–12 сеансов, продолжительность каждого сеанса составляла 20–30 мин.

Результаты и обсуждение. Спектральный анализ вариабельности сердечного ритма проводили с помощью программы обработки данных игрового биоуправления, по регистрируемому фотоплетизмографическим методом пульсу. Во время сеансов биоповеденческой терапии регистрировалась длительность *R–R*-интервалов в миллисекундах, с помощью которых для каждой пациентки вычислялись индексы Баевского [12]. *R–R*-интервал — величина, обратная частоте сердечных сокращений. Для расчётов были выбраны значения индексов первого и последнего сеансов.

В начале сеанса перед участниками ставили задачу увеличить временной промежуток между двумя последовательными сокращениями сердца (*R–R*-интервал) не

Таблица 1

Параметры показателей по тесту цветовых выборов до и после курса реабилитации жён представителей опасных профессий, M±s

Показатели	До коррекции	После коррекции	p
Вегетативный коэффициент	9,91±4,70	14,9±3,58	<0,001
Суммарное отклонение от аутогенной нормы	22,6±5,11	11,4±3,68	<0,001
Тревожность	5,20±2,11	2,17±1,85	<0,001
Работоспособность	5,63±3,08	13,0±1,81	<0,001
Усталость	7,69±2,86	4,91±2,64	<0,001

менее чем на 1% (*Eff R–R* >1%), несмотря на стрессирующий соревновательный игровой сюжет. Стабильное увеличение кардиоинтервала служило показателем роста устойчивости к стрессовым нагрузкам, свидетельствующим о снижении уровня функционального напряжения и опосредованно — об улучшении взаимоотношений с окружающими.

Все женщины к концу тренинга овладели навыком увеличения *R–R*-интервалов. Одновременно отмечено снижение значений индекса напряжения — до начала курса биоповеденческой терапии он составлял 73,2±17,8 (max 145,9, min 38,5) у.е., по его завершении — 56,8±25,4 (129,7 и 29,3) у.е., а также индекса вегетативного равновесия –132,7±29,2 (max 267,4, min 78,5) у.е. и 84,5±45,2 (178,2 и 33,8) у.е. соответственно.

Анализ показателей до и после реабилитационных сеансов по тесту цветовых выборов (табл. 1) позволил на визуальном уровне подтвердить выраженное углубление позитивных тенденций со стороны психологических показателей, что в целом выразилось повышением работоспособности и улучшением показателей вегетативного коэффициента с одновременным снижением тревожности и усталости.

Установлено, что после курса биоповеденческой терапии одновременно с изменениями параметров вегетативного коэффициента были нивелированы признаки тревоги, хронического переутомления и раздражительности. Восстановление вегетативного баланса привело к улучшению психической адаптации и снижению показателя реактивной тревожности. Достоверное уменьшение показателя суммарного отклонения от аутогенной нормы (p <0,001) свидетельствовало о повышении адаптационных резервов организма.

После реабилитационных сеансов пациентки отмечали проявление волевых черт в трудных ситуациях, а также возникновение желания добиваться задуманного, появление энергичности и активности. На психоэмоциональном уровне снижение показателя суммарного отклонения от аутогенной нормы сопровождалось оптимистичным эмоциональным настроем, высоким уровнем волевого самоконтроля и эффективной мобилизаций в экстремальных ситуациях.

Изменению степени активации парасимпатической нервной системы, маркёром которой служило снижение значений индексов Баевского, предшествовало изменение индивидуального способа саморегуляции, сопровождающего эффективный сеанс. Применение тренингов с применением аппаратно-программного комплекса «БОС-Пульс» способствовало активизации саморегулируемого поведения, психологической самоадаптации, включающей сложные когнитивные и эмоциональные механизмы обеспечения целенаправленных действий в стрессовой ситуации, что в итоге повышает уровень здоровья и качества жизни членов семей представителей опасных профессий.

ВЫВОДЫ

1. В процессе реабилитационных сеансов жёнам представителей опасных профессий удалось сформировать новые поведенческие стратегии, расширяющие представление о навыках, способствующих достижению гармонизации психического состояния.

2. Выработанные женщинами эффективные поведенческие стратегии саморегуляции способствовали обучению продуктивным техникам противодействия стрессорам, связанным со спецификой профессиональной деятельности мужей и, соответственно, с семейным микроклиматом.

3. Тренинги биоуправления привели к улучшению личностных особенностей, скорректировали признаки психической дезадаптации, сформировали и закрепили поведенческие навыки, тем самым активизировав резервные возможности организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шойгу С.К. Комплексная безопасность: от экспозиции — к действию. *Право и безопасность*. 2009; 2 (31): 41–44. [Shoygu S.K. Kompleksnaya bezopasnost′: ot ehkspozitsii — k deystviyu. *Pravo i bezopasnost′*. 2009; 2 (31): 41–44. (In Russ.)]

2. Курпатов В.И., Дьяконов И.Ф., Бондарев Э.В. *Медицинская психология в практике военного врача*. СПб.: ВМедА. 1995; 215 с. [Kurpatov V.I., D′yakonov I.F., Bondarev Eh.V. *Meditsinskaya psikhologiya v praktike voennogo vracha*. SPb.: VMedA. 1995; 215 p. (In Russ.)]

3. Родыгина Ю.К., Дерягина Л.Е., Соловьёв А.Г. Психофизиологические маркёры профессиональной успешности сотрудников подразделений органов внутренних дел. *Экология человека*. 2005; (10): 33–38. [Rodygina Yu.K., Deryagina L.E., Solov′ev A.G. Psikhofiziologicheskie markery professional′noy uspeshnosti sotrudnikov podrazdeleniy organov vnutrennikh del. *Ekologiya cheloveka*. 2005; (10): 33–38. (In Russ.)]

4. Александровский Ю.А. *Пограничные психические расстройства*. Руководство для врачей. 4-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007; 720 с. [Aleksandrovskiy Yu.A. *Pogranichnye psikhicheskie rasstroystva*. Rukovodstvo dlya vrachey. 4-e izd., pererab. i dop. M.: GEOTAR-Media. 2007; 720 p. (In Russ.)]

5. Кубасов Р.В., Барачевский Ю.Е., Сибилева Е.Н. и др. Влияние экстремальных факторов военной службы на адаптационные возможности и здоровье сотрудников силовых ведомств России. *Вестн. Рос. воен.-мед. акад*. 2015; (2): 217–223. [Kubasov R.V., Barachevskiy Yu.E., Sibileva E.N. et al. Vliyanie ehkstremal′nykh faktorov voennoy sluzhby na adaptatsionnye vozmozhnosti i zdorov′e sotrudnikov silovykh vedomstv Rossii. *Vestnik Rossiyskoy voen.-med. akad*. 2015; (2): 217–223. (In Russ.)]

6. Решетников М.М. Психопатология героического прошлого и будущие поколения. *Прикладная психол*. 1998; (4): 36–42. [Reshetnikov M.M. Psikhopatologiya geroicheskogo proshlogo i budushchie pokoleniya. *Prikladnaya psikhologiya*. 1998; (4): 36–42. (In Russ.)]

7. Генгер М.А. Результаты исследования психологических особенностей детско-родительских отношений в семьях военнослужащих, участвовавших в боевых действиях. *Пробл. безопасности*. 2012; 4 (18): 13–14. [Genger M.A. Rezul′taty issledovaniya psikhologicheskikh osobennostey detsko-roditel′skikh otnosheniy v sem′yakh voennosluzhashchikh, uchastvovavshikh v boevykh deystviyakh. *Problemy bezopasnosti*. 2012; 4 (18): 13–14. (In Russ.)]

8. Змановская Е.В. *Современный психоанализ. Теория и практика*. СПб.: Питер. 2011; 288 с. [Zmanovskaya E.V. *Sovremennyy psikhoanaliz. Teoriya i praktika*. SPb.: Piter. 2011; 288 p. (In Russ.)]

9. Киворкова А.Ю., Соловьёв А.Г. Медико-психологическая реабилитация жён военнослужащих в условиях внутрисемейной стрессовой ситуации. *Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезвычайных ситуациях*. 2016; (2): 109–115. [Kivorkova A.Yu., Solov′ev A.G. Mediko-psikhologicheskaya reabilitatsiya zhen voennosluzhashchikh v usloviyakh vnutrisemeynoy stressovoy situatsii. *Mediko-biologicheskie i sotsial′no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh*. 2016; (2): 109–115. (In Russ.)]

10. Соловьёв А.Г., Киворкова А.Ю. Коррекция психоэмоционального состояния жён военнослужащих с применением биологической обратной связи. *Сибирский вестн. психиатрии и наркол*. 2015; (4): 102–105. [Solov′ev A.G., Kivorkova A.Yu. Korrektsiya psikhoehmotsional′nogo sostoyaniya zhen voennosluzhashchikh s primeneniem biologicheskoy obratnoy svyazi. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii*. 2015; (4): 102–105. (In Russ.)]

11. Корехова М.В., Новикова И.А., Соловьёв А.Г. Профилактика организационного стресса у сотрудников правоохранительных органов. *Экология человека*. 2015; (8): 3–9. [Korekhova M.V., Novikova I.A., Solov′ev A.G. Profilaktika organizatsionnogo stressa u sotrudnikov pravookhranitel′nykh organov. *Ehkologiya cheloveka*. 2015; (8): 3–9. (In Russ.)]

12. Баевский Р.М., Сыркин А.Л. Оценка адаптационных возможностей организма и проблема восстановительной медицины. *Вестн. восстановит. мед*. 2004; (2): 18–22. [Baevskiy R.M., Syrkin A.L. Otsenka adaptatsionnykh vozmozhnostey organizma i problema vosstanovitel′noy meditsiny. *Vestnik vosstanovitel'noy meditsiny*. 2004; (2): 18–22. (In Russ.)]

Поступила 14.01.2021; принята в печать 18.02.2021.

РЕЦЕНЗИЯ

Неврологический вестник. 2021; Т. LIII (1): 88–90.

DOI: 10.17816/nb57070
УДК: 616.89

РЕЦЕНЗИЯ НА КНИГУ В.Э. ПАШКОВСКОГО «10 ЛЕКЦИЙ ОБ АУТИЗМЕ» М.: МЕДпресс-информ. 2021; 136 с. [1]

Алексей Юрьевич Егоров

Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова Российской академии наук, 194223, г. Санкт-Петербург, пр. Тореза, 44;
Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41;
Санкт-Петербургский государственный университет, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9, e-mail: draegorov@mail.ru

Проблема расстройств аутистического спектра (РАС) и раннего детского аутизма, в частности, в последние годы стала одной из самых обсуждаемых проблем детской психиатрии. Так, запрос публикаций с ключевыми словами «Autism Spectrum Disorder» в PubMed за 2019 г. предлагает 4523 результата, а за 2010 г. — 1795 ссылок. Это связано с целым рядом причин.

Во-первых, это безусловное расширение нозологических форм, связанных с аутизмом, в современных классификациях, что привело, по мнению Л. Мортона и М. Доусона [2], к эволюции диагностических критериев, связанных с постепенным расширением нашего понимания и определения аутизма, и, как следствие, к снижению порога для распознавания каждого отдельного критерия аутизма. В Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-V), принятом в 2013 г., и в грядущей Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) уже есть рубрики «Расстройства аутистического спектра», ранее отсутствовавшие.

Во-вторых, что является следствием первого, это стремительный рост болезненности и заболеваемости аутизмом в мире, отмечаемый в последние пару десятилетий.

В РФ те же тенденции [3]. Летом 2020 г. в РФ на сайте Российского общества психиатров были представлены к обсуждению два варианта клинических рекомендаций, посвящённых диагностике и терапии РАС [4, 5], один из которых [4] был одобрен Научно-практическим советом Минздрава РФ. Появление этих рекомендаций вызвало бурную дискуссию на сайте Российского общества психиатров, в которой активное участие принял и автор рецензируемой книги.

Автор, доктор медицинских наук, доцент В.Э. Пашковский имеет более чем 25-летний практический опыт консультирования пациентов с аутизмом и такой же преподавательский опыт чтения лекций по детской психиатрии клиническим ординаторам и врачам-психиатрам, проходящим повышение квалификации. Это в значительной степени и определило жанр книги: это лекции для практиков прежде всего и, во вторую очередь, для профессионалов, интересующихся данной проблемой.

Следует сразу отметить, что, несмотря на избранный жанр, где не нужны определённая структура научного академического издания и строгое цитирование, «Лекции» В.Э. Пашковского можно рассматривать как монографию, где критически проанализировано большое количество современных международных и отечественных источников по заданной теме. На основании компетентного анализа автор справедливо позволяет себе высказывать и собственное мнение.

Прежде чем перейти к более подробному описанию рецензируемой книги, следует отметить, что, несмотря на сжатость описания, она содержит много важной информации, логична, хорошо структурирована и написана прекрасным языком.

В первой лекции автор излагает концептуальную историю детского аутизма, иллюстрируя её историческими и литературными примерами, подробно останавливается на работах «основоположников» Л. Каннера, Г. Аспергера, Г.Е. Сухаревой, исследованиях ленинградской школы С.С. Мнухина, московской школы М.С. Вроно и В.М. Башиной и других, расширении диагностических критериев РАС в современных классификациях. Во второй лекции дан краткий анализ современных представлений о нейробиологии аутизма: изменениях в корковых и подкорковых структурах, которые были выявлены при нейровизуализационных исследованиях. Две последующие лекции посвящены нарушениям психических процессов. Эти лекции представляют несомненный интерес и для психологов, поскольку в них подробно описаны изменения моторики, ощущения и восприятия, эмоций, внимания, мышления и речи, памяти и интеллекта.

В пятой лекции говорится об эпидемиологии и классификации аутизма. Автор анализирует взрывной

рост распространения РАС во всём мире за последние два десятилетия. Вызывает сомнение необходимость использования термина «превалентность» (от англ. prevalence), что эквивалентно устоявшемуся термину «болезненность».

В завершение автор предлагает свою рабочую классификацию аутизма [1].

1. Идиопатический детский аутизм. Клиническая форма искажённого психического недоразвития, являющаяся самостоятельной и не вызванная какими-либо иными психическими расстройствами (ранний детский аутизм — синдром Каннера).

2. Симптоматический детский аутизм. Является следствием врождённых, приобретённых, наследственно-обусловленных поражений головного мозга и сочетается с теми или иными проявлениями психоорганического синдрома. Клиническая картина определяется более или менее резким снижением психического тонуса, ослаблением психического напряжения.

3. Криптогенный детский аутизм. Причина остаётся скрытой, неясной. Примером может служить так называемый «регрессивный аутизм». Неясно, является регрессивный аутизм самостоятельным расстройством или он неотличим от синдрома Геллера (детского дезинтегративного расстройства).

Две последующие лекции посвящены описанию клинических форм аутизма в соответствии с предложенной классификацией. Все варианты проиллюстрированы подробным анализом клинических случаев. В завершение автор очень кратко останавливается на коморбидной патологии при аутизме, что, на наш взгляд, требует большего внимания. Восьмая лекция целиком посвящена возрастной динамике аутизма — от младенческого возраста до взрослого. Динамика аутизма также хорошо проиллюстрирована клиническими примерами. Девятая лекция посвящена синдрому Аспергера, высокофункциональному аутизму как его варианту и синдрому саванта (характеризуется особыми «осколочными» способностями, выходящими за рамки общего интеллектуально развития).

Заключительная лекция посвящена терапии аутизма, где проанализирована эффективность фармакологических и нефармакологических стратегий лечения. Автор справедливо постулирует, что «в настоящее время нет лекарств, одобренных для лечения корневых симптомов РАС» [1, с. 85]. Психофармакологический подход при аутизме может быть применён для коррекции вызывающего поведения, существенно и отрицательно влияющего на жизнь человека с аутизмом. К признакам вызывающего поведения относятся раздражительность, гиперактивность, чрезмерная тревога, пренебрежение опасностью, побеги, определяемые как уходы из зоны наблюдения с попаданием в потенциально опасную для жизни ситуацию, самоповреждения. Вместе с тем, автор обращает внимание, что некоторые опасные формы самостимуляции у аутиста направлены на преодоление стресса, следует попытаться купировать их немедикаментозными мерами, и только в случае их неуспешности, следует назначать медикаменты.

В целом психофармакология аутизма должна быть очень осторожной и руководствоваться принципами, принятыми в детской психиатрии, основные из которых следующие [6].

1. Тщательное взвешивание возможных пользы и вреда от применения препарата перед началом использования лекарственного средства.

2. Психофармакологическое заключение об ответе на проводившееся ранее лечение и побочных эффектах.

3. Обеспечение сотрудничества (терапевтического альянса) со стороны законных представителей ребёнка и самого пациента.

В.Э. Пашковский ссылается на данные зарубежных обзоров и метаанализов, посвящённых использованию антипсихотиков II поколения (рисперидона, арипипразола, оланзапаина, кветиапина и др.), а также при их неэффективности антипсихиотиков II поколения (галоперидола, сульпирида, тиаприда) при аутизме. Для удобства практиков в приложении 2 к «Лекциям» приведены наиболее часто применяемые психотропные средства для лечения РАС у детей и подростков, дозировки и возрастные ограничения.

Вторая часть данной лекции посвящена психолого-педагогическим методам коррекции, которым, по мнению автора, принадлежит главная роль. Психолого-педагогические вмешательства необходимо проводить последовательно с использованием мирового опыта коррекционной педагогики. Автор критически анализирует такие методики, как прикладной поведенческий анализ, разработанный Иваром Ловаасом, метод структурированного обучения TEACCH, денверскую модель раннего вмешательства, оценивает возможности интеграции детей с аутизмом в образовательные учреждения общего типа, необходимость разных стратегий коррекции при разных формах РАС.

В целом книга В.Э. Пашковского «10 лекций об аутизме» оставляет самое благоприятное впечатление. Она будет, несомненно, полезна врачам-психиатрам, клиническим и детским психологам, а также специалистам социальной сферы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пашковский В.Э. *10 лекций об аутизме*. М.: МЕДпресс-информ. 2021; 136 с. [Pashkovskij V.E. *10 lekcij ob autizme*. M.: MEDpress-inform. 2021; 136 p. (In Russ.)]

2. Mottron L., Dawson M. The autistic spectrum. *Handb. Clin. Neurol*. 2013; 111: 263–271. DOI: 10.1016/B978-0-444-52891-9.00029-4.

3. Макушкин Е.В., Макаров И.В., Пашковский В.Э. Распространённость аутизма: подлинная и мнимая.

Ж. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019; 119 (2): 80–86. [Makushkin E.V., Makarov I.V., Pashkovskij V.E. Rasprostranennost' autizma: podlinnaya i mnimaya. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. C.C. Korsakova*. 2019; 119 (2): 80–86. (In Russ.)] DOI: 10.17116/jnevro201911902180.

4. *Расстройства аутистического спектра*. Клинические рекомендации. Разработчик клинической рекомендации: Ассоциация психиатров и психологов за научно-обоснованную практику. http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/1019 (дата обращения: 16.02.2021). [*Rasstrojstva autisticheskogo spektra*. Klinicheskie rekomendacii. Razrabotchik klinicheskoj rekomendacii: Associaciya psihiatrov i psihologov za nauchno-obosnovannuyu praktiku. (access date: 16.02.2021). (In Russ.)]

5. *Расстройства аутистического спектра в детском возрасте: диагностика, терапия, профилактика, реабилитация*. Клинические рекомендации. Разработчик клинической рекомендации: Общественная организация «Российское общество психиатров». https://psychiatr.ru/download/4946?view=1&name=12-05+%D0%9A%D0%A0+%D0%A0%D0%90%D0%A1.pdf (дата обращения: 16.02.2021). [*Rasstrojstva autisticheskogo spektra v detskom vozraste: diagnostika, terapiya, profilaktika, reabilitaciya*. Klinicheskie rekomendacii. Razrabotchik klinicheskoj rekomendacii: Obshchestvennaya organizaciya "Rossijskoe obshchestvo psihiatrov". https://psychiatr.ru/download/4946?view=1&name=12-05+%D0%9A%D0%A0+%D0%A0%D0%90%D0%A1.pdf (access date: 16.02.2021). (In Russ.)]

6. Бурдаков А.Н., Макаров И.В., Фесенко Ю.А., Бурдакова Е.В. *Психофармакотерапия в детской психиатрии.* Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2017; 304 с. [Burdakov A.N., Makarov I.V., Fesenko Yu.A., Burdakova E.V. *Psihofarmakoterapiya v detskoj psihiatrii.* Rukovodstvo dlya vrachej. M.: GEOTAR-Media. 2017; 304 p. (In Russ.)]

Поступила 28.12.2020; принята в печать 05.02.2021.

РЕЦЕНЗИЯ

Неврологический вестник. 2021; Т. LIII (1): 91–93.

DOI: 10.17816/nb59951
УДК: 616.89

СТРАСТИ ПО АУТИЗМУ
(о спорных и бесспорных сторонах монографии В.Э. Пашковского «10 лекций по аутизму»)

Владимир Давыдович Менделевич

Казанский государственный медицинский университет,
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: mendelevich_vl@mail.ru

Реферат

В статье приведён анализ научных оснований, изложенных в книге В.Э. Пашковского «10 лекций об аутизме». Отмечено, что автор излагает субъективную точку зрения на аутизм и не соглашается с позицией Всемирной организации здравоохранения и мирового психиатрического сообщества о диагностических критериях и стратегии терапии расстройств аутистического спектра. Если по вопросу особенностей диагностики аутизма аргументы автора можно признать допустимыми, поскольку диагноз в современной психиатрии отражает консенсус специалистов, то некоторые положения книги В.Э. Пашковского, посвящённые теме обоснованности применения антипсихотиков (нейролептиков) для лечения пациентов с аутизмом, следует признать неаргументированными и вводящими специалистов в заблуждение.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, терапия аутизма, антипсихотики.

PASSION FOR AUTISM
(on the controversial and indisputable aspects of
V.E. Pashkovsky monograph “10 lectures on autism”)

Vladimir D. Mendelevich

Kazan State Medical University,
420012, Kazan, Butlerov str., 49,
e-mail: mendelevich_vl@mail.ru

Abstract

The article analyzes the scientific foundations set out in the book by V.E. Pashkovsky “10 lectures on autism”. It is noted that the author expresses his own point of view on autism and does not agree with the position of the World Health Organization and the world psychiatric community on the diagnostic criteria and treatment strategies for autism spectrum disorders. If on the issue of the peculiarities of diagnostics, the author’s arguments can be recognized as admissible, since the diagnosis in modern psychiatry reflects the consensus of specialists, then some provisions of V.E. Pashkovsky on the topic of the validity of the use of antipsychotics (neuroleptics) for the treatment of patients with autism should be considered as undocumented and misleading specialists.

Keywords: autism spectrum disorders, treatment of autism, antipsychotics.

Тема аутизма крайне актуальна для современной психиатрии, и научных русскоязычных публикаций на эту тему явно недостаточно. В связи с этим следует приветствовать обращение В.Э. Пашковского к данной теме. Как пишет автор, он сам столкнулся с рядом вопросов, на которые не находил ответа в своей практике, и при написании монографии попытался наметить некоторые пути ответа на них.

Долгие годы детский аутизм фактически приравнивали к понятию детской шизофрении. В российском обществе психиатров присутствует существенный раскол мнений по поводу выделения в Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) рубрики «Расстройства аутистического спектра» (РАС) и по вопросу научной обоснованности и целесообразности применения антипсихотиков для купирования психопатологической симптоматики при РАС. Недавняя острая и бескомпромиссная дискуссия на сайте Российского общества психиатров по обсуждению и утверждению клинических рекомендаций (КР), беспрецедентная вовлечённость членов ассоциации и рассмотрение не одного, а двух вариантов КР [1] привела к углублению кризиса. Консенсуса достичь не удалось.

Основная дискуссия велась вокруг двух важных проблем — критериев диагностики аутизма в современной психиатрии и целесообразности использования для терапии психофармакологических средств. В.Э. Пашковский был одним из наиболее активных и эмоциональных дискутантов на сайте Российского общества психиатров, критиковавших принципы доказательной медицины и отстаивавших приоритет отечественных разработок над мировыми. Можно утверждать, что одним из мотивов написания монографии «10 лекций об аутизме» [2] как раз и стало стремление автора ещё более полно раскрыть собственную позицию по данному вопросу.

Автор убеждён, что замена термина «аутизм» на «расстройства аутистического спектра» в современных психиатрических классификациях ошибочна, поскольку это неадекватно клинической практике и «тормозит дальнейшие исследования». Помимо этого, В.Э. Пашковский указывает на несовершенство новых диагностических критериев, изложенных в МКБ и Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM), и привлекает внимание читателей к широкому разбросу данных о распространённости РАС.

Главы монографии, посвящённые описанию клинической картины детского аутизма, психическим процессам при аутизме и их динамике, показывают эрудицию автора и прекрасное владение клиническим материалом. Таким образом, главы монографии, посвящённые описанию клинических особенностей детского аутизма, следует признать традиционными по структуре и, несомненно, значимыми для практикующих врачей, занимающихся вопросами диагностики. Особую позицию автора по поводу диагностических критериев РАС в новых психиатрических классификациях можно рассматривать как научную дискуссию — пусть позиция автора и не совпадает с позицией Всемирной организации здравоохранения и мирового психиатрического сообщества о диагностических критериях. Данный спор отражает несовершенство психиатрической диагностики и отсутствие возможности верифицировать практически любой психиатрический диагноз.

Наиболее дискуссионной представляется десятая глава монографии «10 лекций об аутизме». Она посвящена лечению аутизма. При этом основной упор сделан автором на психофармакотерапии и, в частности, применении антипсихотиков (нейролептиков) для купирования симптомов РАС. Данная глава, а также приложение, расшифровывающее основные положения главы, носят противоречивый характер. С одной стороны, В.Э. Пашковский небезосновательно утверждает, что «в настоящее время нет лекарств, одобренных для лечения корневых симптомов РАС». С другой стороны, в дальнейшем изложении автор подробно описывает, какие именно антипсихотики и в каких именно дозах целесообразно применять при РАС.

Обращает на себя внимание двусмысленность, обнаруживаемая в рецензируемой книге. Автор утверждает, что психофармакотерапия может быть полезной при лечении коморбидной психической патологии, и что только два антипсихотика в настоящее время разрешены к применению при РАС. При этом в приложении 2 В.Э. Пашковский приводит таблицу *наиболее часто применяемых психотропных средств* (в основном нейролептиков) *для лечения РАС у детей и подростков.* То есть заинтересованный читатель может быть введён в заблуждение — обосновано ли применение антипсихотиков при лечении корневых симптомов РАС?

Для убедительности собственной позиции автор делает ссылку на КР, размещённые на сайте Российского общества психиатров, но не на те, которые были в дальнейшем поддержаны и утверждены Министерством здравоохранения РФ, а на те, которые были отвергнуты [3]. В таблице перечислено одиннадцать рекомендованных при РАС антипсихотиков, преимущественно I поколения, эффективность и безопасность которых не была подтверждена в корректно построенных научных исследованиях и по этой причине отвергнутых Минздравом РФ. При этом автор почему-то указывает, что подавляющее большинство из них имеют высокий уровень убедительности рекомендаций и достоверности доказательств. Следует признать, что рекомендации, на которые ссылается В.Э. Пашковский, не отвечают критериям научной доказательности, и они прямо противоречат рекомендациям, принятым Министерством здравоохранения РФ [4], вследствие чего **читатели должны игнорировать данные рекомендации**.

Следует обратить внимание и ещё на один аспект рекомендаций В.Э. Пашковского. Автор пишет, что «психофармакологический подход может быть полезным при лечении вызывающего поведения, существенно и отрицательно влияющего на жизнь человека с аутизмом». К признакам «вызывающего поведения» автор относит раздражительность, гиперактивность, чрезмерную тревогу, пренебрежение опасностью, побеги. В связи с этим следует отметить, что *перечисленные клинические проявления не являются показанием для назначения антипсихотиков.* Хотим напомнить читателям, что антипсихотики — средства купирования психотических симптомов, тогда как перечисленные симптомы к таковым не относятся. Вызывает недоумение использование непсихиатрического термина «вызывающее поведение», которое рассматривается в качестве цели применения психофармакотерапии.

В КР, утверждённых Минздравом РФ, указано, что «в нашей стране широко распространены методы терапии РАС, не имеющие доказанной эффективности и безопасности. Зачастую эти методы предлагают для лечения РАС вместо рекомендованных и эффективных вмешательств и абилитации». К сожалению, именно эти ненаучные методы рекламируются в книге В.Э. Пашковского.

Специалистам, занимающимся проблемами оказания помощи детям с РАС, необходимо уметь критически относится к попыткам некоторых учёных игнорировать принципы доказательной медицины и основывать свои рекомендации на личном неверифицируемом опыте. Время бездоказательных рекомендаций в медицине прошло. Надеюсь, что читатели книги смогут отличить научные данные от субъективных взглядов автора и выберут эффективные и безопасные методы терапии, изложенные в КР, утверждённых Минздравом РФ, и клинических руководствах Всемирной организации здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Проект клинических рекомендаций *«Расстройства аутистического спектра в детском возрасте: диагностика, терапия, профилактика, реабилитация»*. https://psychiatr.ru/news/1096 (дата обращения: 01.02.2021). [Proekt klinicheskih rekomendacij *"Rasstrojstva autisticheskogo spektra v detskom vozraste: diagnostika, terapiya, profilaktika, reabilitaciya"*. https://psychiatr.ru/news/1096 (access date: 01.02.2021). (In Russ.)]

2. Пашковский В.Э. *10 лекций об аутизме*. М.: МЕДпресс-информ. 2021; 136 с. [Pashkovskij V.E. *10 lekcij ob autizme*. M.: MEDpress-inform. 2021; 136 p. (In Russ.)]

3. *Клинические рекомендации. Расстройства аутистического спектра в детском возрасте: диагностика, терапия, профилактика, реабилитация*. Разработчик: Общественная организация «Российское общество психиатров». https://psychiatr.ru/download/4501?view=1&name=30_03_2020+%D0%9A%D0%A0_%D0%A0%D0%90%D0%A1.pdf (дата обращения: 01.02.2021). [*Klinicheskie rekomendacii. Rasstrojstva autisticheskogo spektra v detskom vozraste: diagnostika, terapiya, profilaktika, reabilitaciya*. Razrabotchik: Obshchestvennaya organizaciya «Rossijskoe obshchestvo psihiatrov». https://psychiatr.ru/download/4501?view=1&name=30_03_2020+%D0%9A%D0%A0_%D0%A0%D0%90%D0%A1.pdf (access date: 01.02.2021). (In Russ.)]

4. *Клинические рекомендации. Расстройства аутистического спектра*. Разработчик: Ассоциация психиатров и психологов за научно-обоснованную практику. https://psychiatr.ru/download/4663?view=1&name=%D0%9A%D0%A0_%D0%A0%D0%90%D0%A1_%D0%90%D0%9F%D1%81%D0%B8%D0%9F.pdf%22%3E%D0%9A%D0%A0_%D0%A0%D0%90%D0%A1_%D0%90%D0%9F%D1%81%D0%B8%D0%9F.pdf (дата обращения: 01.02.2021). [*Klinicheskie rekomendacii. Rasstrojstva autisticheskogo spektra*. Razrabotchik: Associaciya psihiatrov i psihologov za nauchno-obosnovannuyu praktiku. https://psychiatr.ru/download/4663?view=1&name=%D0%9A%D0%A0_%D0%A0%D0%90%D0%A1_%D0%90%D0%9F%D1%81%D0%B8%D0%9F.pdf%22%3E%D0%9A%D0%A0_%D0%A0%D0%90%D0%A1_%D0%90%D0%9F%D1%81%D0%B8%D0%9F.pdf (access date: 01.02.2021). (In Russ.)]

Поступила 01.02.2021; принята в печать 10.02.2021.

ИВАН ОБЛАЧНЫЙ ПАТША ПСИХИАТРИЯ ПАЛАТАЛАРЫНДА

Владимир Давыдович Менделевич

Казан дәүләт медицина университеты,
420012, Казан ш., Бутлеров ур., 49, e-mail: mendelevich_vl@mail.ru

Мәкаләдә 43 яшьлек авыру П.-ның (патша образында экстравагант перформанслар уздырып, монархиягә кайтырга өндәгән, шуңа бәйле рәвештә, ирексезләп, психиатрия стационарына салынган сәяси активист) клиник очрагы тасвирлана. Петр Павленский һәм Павел Крисевич акцияләре белән чагыштырма анализ ясала. Авыру П.-га куелган психиатрия диагнозларының дәлилләнгән булу-булмавына, аның җәмгыять өчен куркынычлылыгын тануга һәм аны мәҗбүри рәвештә стационарда дәвалауның нигезләнгән булу-булмавына бәя бирелә. Акционизм, перформанслар һәм башкача уйлау кебек билгеләрдә чагылган фрик күренеше җитди психологик һәм психопатологик анализлауны таләп итә. Еш кына болай фикер йөртү рәвеше үз-үзеңне реализацияләү яки троллингның бер ысулына әверелә, моның артында психопатология дә яшеренгән булуы да мөмкин. Бу күренешнең фрик дип саналучы кешеләр уздырган перфоманс һәм акцияләрнең иҗтимагый һәм иҗади ролен һич киметергә тиеш түгеллеге күрсәтелә. Моннан тыш, акционизмның җәмгыятькә зыянлы гамәл түгеллеге, моның өчен кешене төрмәгә утыртырга яисә мәҗбүри дәвалау өчен психиатрия стационарына ябарга ярамаганлыгы күрсәтелә.

Төп төшенчәләр: социаль психопатология, үз-үзеңне тотудагы тайпылышлар, симуляция, акционизм, перформанслар, хәзерге заман сәнгате, Иван Облачный.

АКЫЛ ҺӘМ БАШ МИЕ: НИНДИ БӘЙЛӘНЕШ? КЛИНИК-ФИЛОСОФИЯ АСПЕКТЫ

Михаил Леонидович Зобин

Аддикцияләрне трансформация юлы белән дәвалау үзәге,
85330, Черногория, Котор ш., Изгелек ВВ, e-mail: doctor.zobin@gmail.com

Күзәтү-аналитика рәвешендәге әлеге мәкалә баш мие белән акыл арасындагы мөнәсәбәтләрнең клиник, нейробиологик һәм философия мәсьәләләрен яктырта. Клиник практика таләпләренә бәйләп, аң һәм ихтыяр ирегенең онтологик аспектлары өйрәнелә, үз-үзеңне тоту психопатологиясенең кайбер теоретик модельләре анализлана. Интеракционистлык дуализмы һәм сыйфатлар дуализмының заманча формаларына карата кызыксынуны саклаган хәлдә, психиатриядә нейробиологик парадигма өстенлек итә дигән нәтиҗә ясала.

Төп төшенчәләр: баш мие, акыл, аң, ихтыяр ирege, нейробиология, аң философиясе.

ШИЗОФРЕНИЯ СПЕКТРЫНА КАРАГАН ПСИХИК ТАЙПЫЛЫШЛЫ ҺӘМ ДЕПРЕССИЯ ТАЙПЫЛЫШЛЫ ПАЦИЕНТЛАРДА ИС АЕРУ СӘЛӘТЕ

Надежда Геластановна Дмитриева[1,2], Денис Андреевич Шуненков[3], Сергей Николаевич Ениколопов[4]

[1]Н.И. Алексеев ис. № 1 клиник хастаханә,
117152, Мәскәү ш., Загородное шоссесы, 2, e-mail: alennoss@gmail.com;
[2]Психик сәламәтлек фәнни үзәге, 115522, Мәскәү, Кашир шоссесы, 34;
[3]Федераль реаниматологиия һәм реабилитология фәнни-клиник үзәгенең реабилитология фәнни-тикшеренү институты, 141534, Мәскәү өлкәсе, Солнечногорский районы, Лыткино авылы, 777;
[4]Психик сәламәтлек фәнни үзәге, 115522, Мәскәү, Кашир шоссесы, 34

Хезмәтнең максаты - шизофрения спектрына караган психик тайпылышлы һәм депрессия тайпылышлы пациентларда ис сизү функцияләре бозылу, аерым алганда, ис аеру сәләте кимү (аносмия) белән актуаль эмоциональ халәт арасындагы бәйләнешне өйрәнү.

Тикшеренү материалы һәм алымнары. Шизофрения спектрына караган психик тайпылышлы (F20, F21, F23, F25), депрессия тайпылышлы (F32, F33) пациентлар һәм сәламәт кешеләр тикшерелә. Актуаль эмоциональ халәтне тикшерү методикасы буларак депрессия дәрәҗәсен (Beck Depression Inventory) һәм ангедониия дәрәҗәсен (Snaith–Hamilton Pleasure Scale) ачыклау сораулыклары кулланыла. Ис сизү функцияләре бозылуны билгеләү өчен «“РАМОРА” профессиональ ольфактометрик исле матдәләр җыелмасы» файдаланыла.

Нәтиҗәләр. Шизофрения спектрына караган психик тайпылышлы пациентларда ис аеру дәрәҗәсе депрессия тайпылышлы пациентларга һәм сәламәт кешеләргә караганда түбәнрәк була. Депрессия тайпылышлы пациентларның ис аеру сәләте сәламәт кешеләрнекеннән әллә ни аерылмый. Һәр ике клиник төркем пациентларында ангедония һәм депрессия күрсәткечләренең артуы ачыклана. Һәр ике клиник төркемдә дә исләр аеруның гомуми дәрәҗәсе актуаль эмоциональ халәт (ангедония һәм депрессия) күрсәткечләренә бәйле түгел. Шулай да шизофрения спектрына караган психик тайпылышлы пациентлар төркемендә актуаль эмоциональ халәт белән кайбер аерым бер одорантларны идентификацияләү арасында бәйләнеш булу ачыклана.

Йомгак. Исләрне идентификацияләү дәрәҗәсенең кимүе (аносмия) күбрәк шизофрения спектрына караган психик тайпылышлы пациентларда күзәтелә. Әлеге тайпылышлар депрессия билгеләре күзәтелгән пациентларга һәм психик авырулары булмаган сәламәт кешеләргә хас түгел. Алынган мәгълүматлар әле өстәмә тикшерүне сорый. **О**льфактор процесс күрсәткечләре шизофрения спектрына караган психик тайпылышлы пациентларның эмоциональ-шәхес сферасындагы тайпылышларны өйрәнү өчен өстәмә диагностика алымы булып хезмәт итә ала.

Төп төшенчәләр: ольфактометрия, аносмия, шизофрения, депрессия, аффектив тайпылышлар, ангедония.

ПАНДЕМИЯ ШАРТЛАРЫНДА ВУЗ УКЫТУЧЫЛАРЫНЫҢ ПСИХИК СӘЛАМӘТЛЕГЕ: КУРКЫНЫЧЛЫЛЫК ФАКТОРЛАРЫ ҺӘМ АЛАРНЫ БУЛДЫРМЫЙ КАЛУ ЫСУЛЛАРЫ

Татьяна Владимировна Рябова, Рәсилә Галиахмәт кызы Петрова

Казан дәүләт медицина университеты,
420012, Казан ш., Бутлеров ур., 49, e-mail: tatry@rambler.ru

Максат. Пандемия аркасында дистанцион форматта укытырга мәҗбүр булган вуз укытучыларының психик сәламәтлеге: куркынычлылык факторлары һәм аларны булдырмый калу ысулларын өйрәнү.

Алымнар. Университет укытучыларын дисциплинаара психологик һәм социологик анкеталар ярдәмендә сораштыру. Авторлар тарафыннан төзелгән сораулык социология өлкәсенә караган һәм нерв-психик киеренкелеге дәрәҗәсен билгели торган сорауларны үз эченә ала. Эмпирик материал Google-форма сервисы кулланып туплана, укытучыларның җавапларын сыйфат һәм микъдар ягыннан статистик һәм интерпретатив алымнар ярдәмендә өйрәнәләр.

Нәтиҗәләр. Психик сәламәтлеккә зыян килү куркынычы факторларына укыту йөкләнешенең артуы аркасында килеп туган киеренкелекне, укытучыларга карата җитәкчелек тарафыннан контрольнең көчәюен кертергә мөмкин. Укытучыларның 86,1% ында тәннен төрле өлешләрендә авыртулар, ярсучанлык, йокысызлык h.б. күзәтелә. 65% укытучыда артык көчле булмаган нерв-психик киеренкелек сизелә, ә һәр дүртенче кеше (25,2%) үзендә чиктән тыш ару, киеренкелек тоя. Стресс һәм киеренкелек 20,6% педагогның эшчәлегенә позитив йогынты ясаган. Укытучыларның күп өлеше (70%) үзләренең эшчәнлекләреннән, эшкә сәләтләреннән канәгать.

Йомгак. Һөнәри эшчәнлекнең нәтиҗәлелеген, шәхси ресурсларны арттыруга, үз-үзеңне саклау, реализацияләү һәм белемеңне үстерү өчен психологик алымнар формалаштыруга юнәлтелгән сәламәтлек саклагыч профилактика программасы булдыру һәм гамәлгә ашыру зарур.

Төп төшенчәләр: COVID-19 пандемиясе, вуз укытучыларының психик сәламәтлеге, дистанцион форматта уку-укыту, нерв-психик киеренкелек.

АШЫГЫЧ НЕВРОЛОГИЯДӘ КӨЧЛЕ ВЕСТИБУЛЯР ТАЙПЫЛЫШЛАР СТРУКТУРАСЫ

Александр Юрьевич Казанцев[1], Эдуард Закирзянович Якупов[1,2]

[1]Казан дәүләт медицина университеты,
420012, Казан, Бутлеров ур., 49, engine90@bk.ru;
[2]«Ваше здоровье» фәнни-тикшеренү медицина комплексы,
420097, Казан ш., Достоевский ур., 52, zdorove.v@mail.ru

Тикшеренүнең максаты — көчле вестибуляр тайпылышлар структурасын кабул итү-диагностика бүлеге этабында өйрәнү, шулай ук яшәү өчен куркыныч янаучы халәтләрнең ешлыгын ачыклау.

Материал һәм алымнар. «№7 шәһәр клиник хастаханәсе», «№18 шәһәр клиник хастаханәсе»нең ашыгыч неврология базаларындагы кабул итү бүлекләрендә, шулай ук «Регионара клиник-диагностика үзәге»ндәге кан тамырлары үзәге базасында ашыгыч медицина ярдәме күрсәтү этабында көчле вестибуляр тайпылышларга анализ ясала (2016–2020 еллар). Диагноз клиник-анамнез мәгълүматларына нигезләнеп куела, тиешле очракта өстәмә инструменталь ысуллар да файдаланыла. Мәгълүматларны статистик яктан Microsoft Excel 10,0 программасы кулланып эшкәртәләр.

Нәтиҗәләр. Тикшеренүгә периферия һәм вестибуляр аппарат патологиясе ачыкланган 160 пациент кертелә. Пациентларның 84% ында периферия яки функциональ табигатьле вестибуляр тайпылышлар ачыклана. 57% пациент зарарсыз пароксизмаль позицион баш әйләнүдән интегә, 42% ында әлеге өянәк кабатланып тора. Вестибуляр нейронит һәм Рамсей Хант синдромы пациентларның 15% ында күзәтелә. Баш мие кан әйләнешендәге көчле тайпылышлар 10% пациентта күзәтелә (10 ишемия инсульты һәм 1 транзитор ишемия атакасы). 1 пациенткада окклюзион гидроцефалия күзәтелгән Арнольд–Киари аномалиясе ачыклана. Шулай итеп, 11% пациентта вестибуляр патологиянең яшәү өчен куркыныч тудыручы сәбәбе була, шулар арасыннан икесендә генә изоляцияләнгән вестибуляр симптомнар табыла. Вестибуляр баш өянәге 5% пациентта ачыклана.

Йомгак. 11% очракта вестибуляр патологиянең яшәү өчен куркыныч тудыручы сәбәбе күзәтелә. Бер урындагы неврология симптомнары системалы баш әйләнүләрнең төп “кызыл флагы”булып тора. Зарарсыз пароксизмаль позицион баш әйләнүләрне 57% очракта кабул итү бүлегендә ачыклыйлар.

Төп төшенчәләр: баш әйләнү, зарарсыз пароксизмаль позицион баш әйләнү, системалы баш әйләнү, баш мие кан әйләнешендәге көчле тайпылышлар, инсульт, вестибуляр нейронит, кабул итү бүлеге.

ХАТЫН-КЫЗЛАРДА АШКАЗАНЫ-ЭЧӘКТӘГЕ СПЕЦИФИК ШОМЛАНУ ҺӘМ АЛЕКСИТИМИЯНЕҢ ЯРСЫНГАН ЭЧӘКЛЕК СИНДРОМЫ ПРЕДИКТЛАРЫ БУЛАРАК РОЛЕ

Алексей Игоревич Мелёхин

П.А. Столыпин ис. гуманитар институт,
107076, Мәскәү, Бухвостов ур., 1-я, 12/11, корп. 20., e-mail: clinmelehin@yandex.ru

Максат. Ярсынган эчәклек синдромы күзәтелгән 194 хатын-кызда авыруның дәрәҗәсен прогнозлауда ашказаны-эчәктәге специфик шомлану һәм алекситимиянең роле анализлана (авыруның уртача дәвамлылыгы 38,4 ай).

Тикшеренү алымнары. Gastrointestinal Symptom Rating Scale-IBS (GSRS-IBS), Irritable Bowel Syndrome Severit Scoring System (IBS-SSS), Visceral Sensitivity Index (VSI), TAS-20, HADS и SF-12.

Нәтиҗәләр. Хатын-кызларда ярсынган эчәклек синдромы дәрәҗәсе һәм аның рефрактер характер алу куркынычының ашказаны-эчәктәге контрольдә тоту мөмкин булмаган шомлану һәм алекситимия белән тыгыз бәйләнештә булуы (шомлану һәм алекситимия үзара да бәйле) күрсәтелә. Авыр дәрәҗәдәге ярсынган эчәклек синдромлы пациентларның уртача дәрәҗәдәге авыру билгеләре (авыртулар, эч күперү, диарея) күзәтелгән пациентлардан яшәү сыйфатыннан канәгатьлек, ачык чагылган депрессия билгеләре, висцераль сизгерлек һәм алекситимия белән аерылып торуы дәвалауда кайбер киртәләр китереп чыгара.

Йомгак. Ярсынган эчәклек синдромы дәрәҗәсен билгеләүдә алекситимиянең, (аеруча тискәре эмоцияләрне (мәсәлән, ачу, ярсуны) чагылдырудагы авырлыкларның, башкаларга карата булган хис-тойгыларны тасвирлап бирүнең) ашказаны-эчәктәге специфик шомлану белән чагыштырганда, көчлерәк фактор булып торуы ачыклана. Бирелгән алекситимия билгеләре картинасы эмоциональ хәбәрдарлык өлкәсендәге тайпылышлар патогенезында, үз-үзеңне тотуда алдан кайгыртып, сакланып калу спектрында чагылыш таба.

Төп төшенчәләр: ярсынган эчәклек синдромы, ашказаны-эчәктәге специфик шомлану, алекситимия, эмоциональ хәбәрдарлык, «нерв системасы-эчәклек» күчәре.

ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОАНАЛИЗ ҺӘМ АНТРОПОЛОГИЯ: ПСИХИАТР НИЧЕК ИТЕП СОФИСТКА ӘВЕРЕЛӘ
(Иосиф Зислинга комментарийлар, 1-бүлек)

Иннокентий Алексеевич Мартынов

Россия фәннәр академиясенең этнология һәм антропология институты,
119334, Мәскәү ш., Ленин проспекты, 32а, e-mail: martynov@psychotherapy.works

2020 елда «Неврологический вестник» журналы Иосиф Мейерович Зислинның 2 бүлектән торган «Йомры күмәч һәм шалкан: психоаналитиклар ничек итеп әкиятчегә әверелә» дип аталган мәкаләсен бастырып чыгара. Мәкаләдә доктор Зислин интернет челтәрләрендә төрле врач һәм психологлар тарафыннан әкиятләргә багышлап язылган берничә психоаналитик эссегә анализ ясый. Филология буенча үзенең шәхси фикерләренә таянып, Зислин шактый көтелмәгән рәвештә авторларның психотерапия өлкәсендәге сәләтләре, шулай ук психоанализның «клиникада» һәм социаль фәннәр өлкәсендәге кыйммәте хакында нәтиҗәләр ясый. Әлеге текст - Иосиф Зислинның «Йомры күмәч һәм шалкан: психоаналитиклар ничек итеп әкиятчегә әверелә» дип аталган мәкаләсенә комментарийның 1-бүлеге. Анда доктор Зислинның оригиналь тексты автор анализлаган материалны сайлап тәкъдим итү ысуллары, шулай ук ул сайлаган аргументлаштыру алымнары ягыннан тикшерелә. Материалны тәкъдим иткәндәге ялгышлыкларның уйланылган яки очраклы булуы турында бертөрле генә хөкем йөртеп булмаса да, аргументлаштыру стратегиясенең автор тарафыннан азмы-күпме аңлап сайлап алынганлыгы күренә. Риторика ягыннан караганда, доктор Зислин академик язма культурасында кабул ителмәгән аргументлаштыру алымнарына -«софизмнарга» мөрәҗәгать итә. Әлеге комментарий клиник медицинаның катгый академик киңлекләре кысаларыннан читкә чыгып эшләүче врач-клиницистка башка дисциплина кагыйдәләрен үтәү тиеш булу-булмавы проблемасына игътибар юнәлтә.

Төп төшенчәләр: тикшеренү этикасы, аргументлаштырудагы ялгышлыклар, ялган аргументаация, табибның тикшеренү күнекмәләре, табиблар өчен академик язма.

БАЛАЛАР ПСИХИАТРИЯСЕНДӘГЕ ПЕРМАНЕНТ ДИАГНОСТИКА ХАКЫНДА

Владимир Эдуардович Пашковский

В.М. Бехтерев ис. психиатрия һәм неврология милли медицина тикшеренү үзәге,
192019, Санкт-Петербург ш., Бехтерев ур., 3;
Санкт-Петербургс дәүләт университеты,
199034, Санкт-Петербург ш., Университет яр буе, 7–9, e-mail: pashvladimir@yandex.ru

Мәкаләдә балалар психиатриясендәге диагностика проблемасы анализлана. Бу өлкәдәге хаталарның күбесенчә онтогенезның башлангыч чоры үзенчәлекләренә бәйле булуы күрсәтелә. Диагностика процессында П.П. Блонский, Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконинларның балалык һәм яшүсмерлек чоры кризлары һәм В.В. Ковалёвның нерв-психик реакция дәрәҗәләре турындагы теоретик фикерләрен исәпкә алып эш итү кирәклеге яктыртыла. Мәкаләдә башлангыч чор аритмиясенең аутизм спектры тайпылышлары патологиясе диагностикасында чагылыш табуы күрсәтелә. Бу тайпылышның бала вакытка

хас клиник диффузлыгы тиешенчә бәяләп бетерелми. Балачактагы үсеш гетерохрониясе нозоцентрацияле диагностикадан риск-центрацияле диагностикага күчүне таләп итә.

Төп төшенчәләр: балалар психиатриясе, үсеш гетерохрониясе, рисккa ориентлашкан диагностика.

ХИМИК БУЛМАГАН БӘЙЛЕЛЕКЛӘРНЕ ДӘВАЛАУДА БӘХӘСЛЕ МӘСЬӘЛӘЛӘР

Алексей Юрьевич Егоров

Россия фәннәр академиясенең И.М. Сеченов ис. эволюция физиологиясе һәм биохимия институты,
194223, Санкт-Петербург ш., Торез пр., 44;
И.И. Мечников ис. Төньяк-көнбатыш дәүләт медицина университеты,
191015, Санкт-Петербург ш., Кирочная ур., 41;
Санкт-Петербург дәүләт университеты,
199034, Санкт-Петербург ш., Университет яр буе, 7–9, e-mail: draegorov@mail.ru

Бүгенге көндә химик булмаган бәйлелекләрне дәвалауның халыкара стандартлары булдырылмаган. Бу күбесенчә аларның нозологик берәмлек буларак каралуында, һәм, шуның нәтиҗәсе буларак, халыкара классификацияләрдәге урынында ачыклык булмауга бәйле. Мәкаләдә химик булмаган бәйлелекләрнең Психик тайпылышлар буенча диагностика һәм и статистика кулланмасына (5-басма (DSM-V) һәм 11-каралыш Халыкара авырулар классификациясенә (МКБ-11) кертелгән яки кертеләчәк формалары тикшерелә. Химик булмаган бәйлелекләрне өйрәнүнең аддиктив тайпылышлар спектры хакында бәхәсләр тудыруы, аддиктив тайпылышларның этиологиясе һәм патогенезына мультидисциплинар карашны, дәвалау ысулларын киңәйтергә булышуы күрсәтелә. Аддиктив спектр концепциясен тәнкыйтьләүгә анализ ясала. Химик бәйлелекнең төрле формаларын дарулар белән һәм даруларсыз гына дәвалауның заманча ысуллары тәкъдим ителә.

Йомгак.

1. Химик булмаган бәйлелекләрнең булуы аларның бер өлешенең халыкара авырулар классификацияләренә кертелгән булуы белән раслана.

2. Химик булмаган бәйлелекләр фармакотерапия һәм психотерапия юлы белән дәвалана торган башка психик тайпылышлар белән югары коморбидлыкка ия.

3. Аддиктив тайпылышлар формалашуның гомуми нейробиологик механизмнарын исәпкә алып, МКБ и DSM да рәсми рәвештә танылган химик булмаган бәйлелекләрне дарулар белән дәвалау бүгенге көндә кулланыла торган ысулларны истә тотып башкарылырга тиеш.

4. Химик булмаган бәйлелекләрнең халыкара классификацияләргә кертелмәгән төрләре фәкать исбатланган коморбидлы психик патологияне дәвалау кысаларында гына уздырылырга тиеш. Психик патология күзәтелмәгәндә, психологик коррекция алымнры кулланыла.

5. Химик булмаган бәйлелекләрне дәвалау һәм психик коррекция юлларын өчен бу юнәлештә фәнни тикшеренүләрне дәвам итү гаять мөһим.

Төп төшенчәләр: химик булмаган бәйлелекләр, аддиктив спектр, психофармакотерапия, психотерапия.

БЕР ҮЛЧӘМЛЕ ПСИХИАТРИЯДӘ ДИАГНОЗ

Елена Николаевна Давтян

А.И. Герцен ис. Россия дәүләт педагогика университеты,
191186, Санкт-Петербург ш., Мойка елгасы яр буе, 48, e-mail: elena.davtian@gmail.com

«Диагноз» сүзенең гомуми медицинада һәм психиатриядәге мәгънәсен анализлауга нигезләнеп, автор хәзерге заман психиатрия диагнозы диагнозның барлык функцияләре арасыннан (медицина, социаль, экономик һәм статистик функцияләр) бары тик экономик һәм статистика функцияләренә генә ия дигән нәтиҗәгә килә. Клиник (медицина) фунциясе диагноздан юка чыга. Мондый хәлнең килеп чыгуына анализ ясала. Операциональ психиатрия теле ул - бер үлчәмле психиатрия формалашуга китергән пиджин теле булу турындагы фикер нигезләп күрсәтелә.

Төп төшенчәләр: психиатрия, диагноз, классификацияләр, МКБ-10, МКБ-11, пиджин, операциональ.

ПСИХИК ТАЙПЫЛЫШ ТАБИГАТЬ КАТАКЛИЗМЫ БУЛАРАК: ПСИХОПАТОЛОГИК ЛАНДШАФТ ЧИКЛӘРЕ

Степан Эдуардович Давтян

Санкт-Петербург дәүләт университеты,
199106, Санкт-Петербург ш., Васильевский утравы, 21-линия, 8а, e-mail: stepandavtian@gmail.com

Психик тайпылышларның ышанычлы систематикасы үсешендә төп киртә – ялгыш формалаштырылган бурыч: табигый классификация дискрет элементлар булуны таләп итә, ә авыруларның клиник картиналары андый элемент була алмыйлар. Автор тәкъдим иткән альтернатив проектның асылы дискрет ландшафтясагыч факторлар нигезендә климатологиядә уңышлы кулланылган модельләргә охшатып төзелгән психопатологик ландшафт картасын булдырудан гыйбарәт.

Төп төшенчәләр: психопатологик ландшафт, ландшафтясагыч факторлар.

ДИАГНОЗСЫЗ ДӘВАЛАУ ҺӘМ ДӘВАЛАУСЫЗ ДИАГНОЗ
(доклад тезислары)

Иосиф Мейерович Зислин

Психиатр, ирекле тикшеренүче,
Израиль, Цур Адасса, Шалмон ур., 7/1, e-mail josef@zislin.com

Тәкъдим ителгән тезисларда диагнозга психиатрия күзлегеннән карап һәм психоаналитика ягыннан торып күзәтүләр чагыштырып тасвирлана. Психиатрия диагнозы метонимик принципка таянып куелса, психоаналитик диагнозның тулысы белән метафорага нигезләнүе күрсәтелә. Әлеге ике төрле карашның бер-берсенә принципиаль рәвештә охшамаган булуы психоанализда, психиатриядән аермалы буларак, симуляциянең булмавы турында сөйли.

Төп төшенчәләр: диагноз, психоанализ, метафора, метонимия, симуляция.

ДИАГНОЗДАН БАШКА ГЫНА УҢАЙСЫЗ ДӘВАЛАУ

Никита Александрович Зорин

Дәлилле медицина белгечләре җәмгыяте,
127238, Мәскәү ш., Дмитров шоссесы, 46, к. 2, e-mail: nzorin@inbox.ru

Мәкалә диагностика белән дәвалау арасындагы традицион медицина бәйләнеше өзелүгә бер аңлатма буларак тәкъдим ителә. Бу күренешнең нозологик концепциянең юкка чыга баруына сәбәп булган (әлегә de facto, алга таба - de jure), генетика һәм клиник эпидемиология (дәлилле медицина теориясе) куллану нәтиҗәләре үсеше аркасында килеп чыккан законча лыклы процесс булганлыгы фаразлана. Медицина, газапланып булса да, авыруга бербөтен итеп карауга әйләнеп кайта бара.

Төп төшенчәләр: нозологик концепция, клиник эпидемиология, кризис, патоморфоз, коморбидлык, авыруның концепциясе, медицинада индустриаль үсеш.

ШИЗОТИПИК ТАЙПЫЛЫШЛАР ДИАГНОСТИКАСЫ: КАТЕГОРИАЛЬ АЛЫМНЫҢ ЫШАНЫЧЛЫЛЫГЫМЫ, ДИМЕНСИОНАЛЬ АЛЫМНЫҢ ДӨРЕСЛЕГЕМЕ?

Александр Петрович Коцюбинский, Юлия Владимировна Исаенко

В.М. Бехтерев ис. Психиатрия һәм неврология милли медицина тикшеренү үзәге,
192019, Санкт-Петербург ш., Бехтерева ур., 3, e-mail: m_juliya@bk.ru

Мәкаләдә психиатриядә (МКБ, DSM) файдаланыла торган, фундаменталь фәнни нигезгә корылмаган һәм, барыннан да бигрәк, статистика ихтыяҗларын һәм эпидемиология тикшеренүләрен канәгатьләндерә торган заманча классификацияләр проблемасына анализ тәкъдим ителә. Шуңа бәйле рәвештә категориаль һәм дименсиональ алымнарның үзара нисбәте мәсьәләсе тикшеренүчеләрнең игътибарын көннән көн күбрәк җәлеп итә. Һәр ике алымның да үз өстенлеге, үз кимчелекләре барлыгы күрсәтелә. Шуңа да шизотипик тайпылышлы авыруларга диагностика уздырганда пациентларның психик статусындагы типологик (категориаль) характеристикаларны гына түгел, дименсиональ характеристикаларны да исәпкә алырга, аларны психологик, социаль һәм функциональ диагнозлар белән чагыштырып өйрәнергә кирәк.

Төп төшенчәләр: шизотипик тайпылыш, категориаль һәм дименсиональ диагностика алымнары, прототипик тәңгәллек, шәхеснең шизотипик тайпылышы, функциональ, социаль һәм психологик диагнозлар.

COVID-19 ПАНДЕМИЯСЕ ВАКЫТЫНДА ПСИХИК ТАЙПЫЛЫШЛЫ АМБУЛАТОР ПАЦИЕНТЛАРНЫҢ ПСИХОЛОГИК ХӘЛЕ ТЕМАСЫНА КЫСКАЧА СОРАШТЫРУ НӘТИҖӘЛӘРЕ

Егор Максимович Чумаков[1,2], Лариса Альбертовна Азарова[1], Олег Васильевич Лиманкин[1,3,4]

[1]П.П. Кащенко ис. №1 Санкт-Петербург психиатрия хастаханәсе,
190121, Санкт-Петербург ш., Канонерская ур., 12, e-mail: chumakovegor@gmail.com;
[2]Санкт-Петербург дәүләт университеты, 199034, Санкт-Петербург ш., Университет яр буе, 7–9;
[3]И.И. Мечников ис. Төньяк-Көнбатыш дәүләт медицина университеты, 191015, Санкт-Петербург ш., Кирочная ур., 41;
[4]Хезмәт һәм халыкны социаль яклау министрлыгының Санкт-Петербург врач-экспертларның квалификациясен күтәрү институты, 194044, Санкт-Петербург ш., Зур Сампсониевский пр., 11/12

Хезмәтнең максаты — COVID-19 пандемиясе һәм аңа бәйле социаль чикләүләрнең психик тайпылышлы амбулатор пациентларның психологик хәленә йогынтысын бәяләү.

Тикшеренү алымнары. Тикшеренүдә 2020 ел маеның беренче ике атнасында Санкт-Петербург психиатрия стационарларының көндезге бүлегендә дәвалану узган 151 амбулатор пациент катнаша (60,9% - хатын-кызлар; уртача яшьләре 34,4±12,9 яшь).

Нәтиҗәләр. Пациентларның күпчелеге (72,8%) COVID-19 пандемиясе вакытында күбрәк стресс кичерүләрен күрсәтәләр, шул исәптән 29,1% ы гаилә эчендәге мөнәсәбәтләрнең начараюын билгели. Пациентларның өчтән икесе (60,3%) COVID-19 пандемиясе һәм аңа бәйле социаль чикләүләрнең тынычсызлану һәм шомлану хисе тудыруын әйтә.

Йомгак. Тикшеренү COVID-19 пандемиясе вакытында психик тайпылышлы амбулатор пациентларның, Россиянең барлык халкы кебек үк, стресс көчәюгә, тынычсызлану һәм шомлану хисе артуга дучар булуларын исбатлый. Тикшеренүнең нәтиҗәләре, эпидемия һәм социаль тетрәүләр чорында, төрле социаль чикләүләргә дә карамастан, амбулатор психиатрия ярдәме күрсәтүне дәвам итүнең мөһимлеген күрсәтә.

Төп төшенчәләр: COVID-19, психологик иминлек, стресс, амбулатор психиатрия ярдәме, көндезге стационар, шизофрения спектры тайпылышлары.

ХАТАГА БӘЙЛЕ НЕГАТИВЛЫК: ШОМЛАНУГА БӘЙЛЕ ТАЙПЫЛЫШЛАРНЫҢ НЕЙРОКОГНИТИВ ТРАНСДИАГНОСТИКА МАРКЕРЫ

Ольга Анатольевна Сагалакова, Дмитрий Владимирович Труевцев, Ольга Владимировна Жирнова
Алтай дәүләт университеты, 656049, Барнаул ш., Ленин пр., 61, e-mail: olgasagalakova@mail.ru

Мәкалә шомлануга бәйле тайпылышларның нейрокогнитив механизмнарын өйрәнү перспективаларын анализлауга багышлана. Психик тайпылышларны классификацияләүнең категориаль ысулы логикасындагы чикләүләр һәм каршылыкларга җавап буларак, симптомнарга аерып игътибар бирә торган дименсиональ алым популяр була бара. National Institute of Mental Health психикадагы тайпылышларның системалы нейробиологик нигезләрен эзләүгә корылган алым булдыру буенча эш алып бара. RDoC (инглизчәдән Research Domain Criteria) проекты ярдәме белән психикадагы тайпылышларның трансдиагностика механизмнарын эзләп табу актуальләштерелә. Әлеге проектның логикасы илебез патопсихологиясендәге психик эшчәнлек тайпылышлары синдромын динамикада карау, психика механизмнарын нормада һәм патология очрагында охшаш буларак аңлату позициясенә туры килә. Мәкаләнең максаты – булдырылган потенциал - хатага бәйле негативлык (ERN) компонентын үз эченә алган хаталар мониторингы системасының нейрокогнитив нигезенә теоретик-методологик анализ ясау. Нәтиҗә күрсәткәнчә, конфликтлы мәсьәләләрдә эксперимент рәвешендә модельләштерелгән әлеге маркерның (мәсәлән, Эриксеннарның фланг мәсьәләсе) шомлануга бәйле тайпылышларның (шомлануга бәйле социаль тайпылыш, обсессив-компульсив тайпылыш) трансдиагностика нигезе булып тора алу ихтималы бар. Шомлану-депрессия симптоматикасын берләштерүче интернализация вакытында ERN амплитудасының зураюы хата детекциясенә һәм дөрес булмаган карарлар сензитивлыгына әзер булудагы индивидуаль аерымлыкларга бәйле. Хәзерге вакытта ERNны өйрәнүдә гадиләштерелгән интерпретацияләр, нейрон нигез белән психик күренешләр арасында турыдан-туры каузаль бәйләнешләр урнаштырырга тырышулар күзәтелә.

Төп төшенчәләр: шомлануга бәйле тайпылышларның нейрокогнитив трансдиагностика механизмнары, хатага бәйле негативлык (ERN), хаталар мониторингы системасы, шомлануга бәйле социаль тайпылыш, обсессив-компульсив тайпылыш.

КУРКЫНЫЧ ПРОФЕССИЯ ВӘКИЛЛӘРЕНЕҢ ГАИЛӘ ТИРӘЛЕГЕНДӘГЕ ПСИХИК ДЕЗАДАПТАЦИЯНЕ КОРРЕКЦИЯЛӘҮ

Александра Юрьевна Киворкова, Андрей Горгоньевич Соловьёв

Төньяк дәүләт медицина университеты,
163000, Архангельск ш., Троицк проспекты, 51, e-mail: ASoloviev1@yandex.ru

Максат. Компьютер ярдәмендәге биоидарә технологиясен кулланып уздырылган дәвалау нигезендә куркыныч профессия вәкилләренең гаилә тирәлегендәге эмоциональ халәтне коррекцияләү юнәлешләрен нигезләп күсәтү.

Алымнар. Экстремаль шартларда һөнәрләренә бәйле төрле куркыныч мәсьәләләр хәл итүче хезмәткәрләрнең хатыннары (47 хатын-кыз, уртача яшьләре 29,3±4,7 яшь) тикшерелә. Уен сюжетлары булган “Пульс” модульле “БОС-Пульс” аппарат-программа комплексы, “Мультипсихометр” программалы-аппарат комплекс кулланыла. Йөрәк ритмы вариабельлегенә спектраль анализ фотоплетизмографик ысул белән регистрацияләнгән пульс буенча, уен биоидарәсе мәгълүматларын эшкәртү программасы ярдәмендә ясала. Һәрбер тренингның нәтиҗәлелеге йөрәк-кан системасының функциональ параметрлары, шулай ук төсләр сайланышы тесты күрсәткечләре буенча билгеләнә.

Нәтиҗәләр. Тренинг ахырына бөтен хатын-кызлар да R–R-интервалларын арттыру күнекмәсен үзләштерәләр. Баевский регуляция системалары көчәнеше индексы дәвалау курсы дәвамында 73,2±17,8 у.е. дан 56,8±25,4 у.е. га, вегетатив тигезләнеш индексы - 132,7±29,2 у.е. дан 84,5±45,2 у.е. га төшә. Психологик күрсәткечләрнең сизелерлек яхшыруы төсләр сайланышы тесты күрсәткечләре буенча билгеләнеп, эшкә сәләтлелекнең артуы һәм, шомлану һәм арыганлык кимеп, вегетатив коэффициент күрсәткечләренең яхшыруында чагыла. “БОС-Пульс” аппарат-программа комплексы ярдәмендә тренинглар уздыру стресслы хәлләрдә максатка ярашлы эш-гамәлләр кылуның катлаулы когнитив һәм эмоциональ механизмнарын эченә алган психологик үзәйләнеш һәм үзкөйләнеш процессларын активлаштырырга ярдәм итә.

Йомгак. Дәвалау-реабилитация биоидарәсе технологияләре кулланып уздырылган тренинглар шәхеснең адаптация характеристикалары яхшыруга, организмның резерв мөмкинлекләре активлашуга этәргеч булган шартлы-рефлектор үзкөйләнеш күнекмәләре формалашу һәм ныгуга ярдәм итә. Үз-үзеңне тотуда хатын-кызлар тарафыннан уйлап табылган нәтиҗәле стереотип ирләренең һөнәри эшчәнлегенә, һәм, шуңа бәйле буларак, гаилә микроклиматына кагылышлы стресслы хәлләргә җайлашуның продуктив техникасына өйрәтүгә булыша.

Төп төшенчәләр: куркыныч профессия вәкилләренең гаилә тирәлеге, психик дезадаптация, биоидарә, психокоррекция.

БАСЫЛГАН МӘКАЛӘЛӘР РЕФЕРАТЛАРЫ

АУТИЗМ ТУРЫНДА БӘХӘСЛӘР
(В.Э. Пашковскийның «Аутизм турында 10 лекция» монографиясендәге бәхәсле һәм бәхәссез яклар турында)

Владимир Давыдович Менделевич

Казан дәүләт медицина университеты, 420012, Казан ш., Бутлеров ур., 49, e-mail: mendelevich_vl@mail.ru

Мәкаләдә В.Э. Пашковскийның «Аутизм турында 10 лекция» монографиясендәге фәнни нигезләмәләргә анализ ясала. Авторның аутизмны дагностикалауда Бөтендөнья сәламәтлек саклау оешмасы һәм психиатрия берләшмәсе тарафыннан кабул ителгән критерий һәм стратегияләре позициясе белән килешмичә, үзенең субъектив фикерен белдерүе билгеләп үтелә. Аның аутизмны диагностикалаудагы үзенчәлекләргә кагылышлы аргументларын кабул иткән хәлдә дә, дәвалауда антипсихотиклар (нейролептиклар) куллануның нигезләнгәнлегенә багышланган кайбер фикерләренең дәлилләнмәгән булып, белгечләрне ялгыш юлга этәрүен танырга кирәк.

Төп төшенчәләр: аутистизм спектры тайпылышлары, аутизмны дәвалау, антипсихотиклар.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК
Том LIII, вып. 1, 2021

Литературный редактор *И.В. Кислицына*
Перевод на англ. язык *М.Г. Ахметовой*
Перевод на тат. язык *Л.И. Фидаевой*
Компьютерная верстка *М.Г. Гизатуллиной*

На обложке:
портрет невропатолога и психиатра В.М. Бехтерева.
1913, Илья Ефимович Репин (1844–1930)

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций, свидетельство ПИ №ФС 77-75562 от 12.04.2019.
Подписано в печать .2021. Формат 60×84 1/8. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Усл. печ. л. . Тираж 57 экз. Заказ.

Издательство «Медицина» ГАУ «РМБИЦ». 420059, Казань, ул. Хади Такташа, 125.
Отдел оперативной полиграфии ГАУ «РМБИЦ». Адрес типографии: 420059, Казань, ул. Хади Такташа, 125.
Дата выхода: .2021. Цена договорная.