

## ПСИХИАТРИЯ КАК МЕДИЦИНСКАЯ ДИСЦИПЛИНА

А.Б. Шмуклер

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

Поводом для написания данного текста послужила статья профессора Г.Н.Носачева «Дефицит институционального общения как одна из причин кризиса в психиатрии», опубликованная в текущем номере журнала «Социальная и клиническая психиатрия». Идеи, высказанные автором, в настоящее время находят большое количество приверженцев в среде психиатров и во многом справедливы. Это касается и снижения качества психопатологического анализа не только среди психиатров-практиков, но и научных сотрудников, и экспансии врачей родственных специальностей (главным образом неврологов), стремящихся оказывать помощь все большему числу психиатрических пациентов, но практикующих упрощенный, редукционистский подход к их диагностике и терапии, и резкое снижение качества (а нередко его полное отсутствие) междисциплинарного профессионального диалога (впрочем, как и дискуссии внутри психиатрии). Все это, безусловно, имеет место, и обращение к данным проблемам следует признать весьма полезным.

Вместе с тем, с рядом положений, высказываемых в статье профессора Г.Н.Носачева, трудно согласиться. Одним из них является утверждение, что «существует морфология человеческого мозга в норме и патологии и сложная, самостоятельная, зачастую *независимая от морфологической патологии* (курсив мой – АШ) функция мозга (с внешним и внутренним миром) – психическая (психологическая) деятельность человека в норме и патологии». Таким образом, психическая деятельность рассматривается автором в отрыве (хотя и с определенными оговорками) от морфологического субстрата. Более того, указывается, что патология структур головного мозга является предметом неврологии (с чем согласиться также нельзя: морфологией занимается анатомия и гистология, а неврология изучает нервную систему и, соответственно, ее функции и их нарушения); предметом же психиатрии полагается «патология психической деятельности как функции головного мозга». При этом разделяется «психическая деятельность» (по мнению автора, предмет психиатрии), «высшие корковые (локальные) функции» (предмет нейроп-

сихологии) и «высшая психическая деятельность» (предмет патопсихологии). В результате, попытка провести демаркационные линии между дисциплинами приводит к еще большей путанице. Действительно, изучение локализации поражения скорее характерно для неврологии (топическая диагностика), но, с другой стороны, при неврологических заболеваниях нередко нарушается речь – высшая психическая функция; нарушения мышления исследуются и при психиатрическом осмотре, и в патопсихологическом эксперименте; память и внимание являются предметом изучения и при патопсихологическом, и при нейропсихологическом исследовании. И все описанные нарушения – «неврологические», «психиатрические», «пато- и нейропсихологические» (естественно, качественно различные) можно выявить и при локальном поражении головного мозга, и при его рассеянной локализации.

Как же преодолеть этот «кризис идентичности»? Представляется, что он носит ложный, надуманный характер и вытекает из попытки разделить биологическое и психологическое в человеке, рассматривая последнее как некую особую функцию мозга, парадоксальным образом не связанную с субстратом. Постулируемый холистический (биопсихосоциодуховный) подход в значительной степени остается декларацией, опровергаемой текстом статьи: «биологический диагноз не включает в себя психологический метод ... и не выстраивается из него». Здесь уместно сослаться на одного из наиболее выдающихся нейропсихологов и основоположников нейропсихологии как науки – А.Р.Лурия, который писал, что «подлинный прогресс в этой области должен опираться не на логические схемы, а на реальные факты, реальные достижения, на результаты кропотливых наблюдений, относящихся к разным областям науки: *морфологии и физиологии* (курсив мой – АШ), психологии и неврологии» [3]. А.Р.Лурия считал метод сравнительно-анатомических наблюдений (наряду с физиологическим методом и методом клинических наблюдений над изменением поведения человека) одним из важнейших источников знаний о функциональной организации

мозга. Именно такой подход позволял осуществлять топическую диагностику поражения центральной нервной системы с помощью нейропсихологического исследования.

Таким образом, выход из обсуждаемого «кризиса в психиатрии» видится не в разделении «сфер влияния» и изгнании «чужаков» со своей профессиональной «территории», а в осознании факта (и его принятии) взаимосвязи процессов, обусловленных поражением центральной нервной системы и регистрируемых на клиническом уровне симптоматикой, традиционно относимой к неврологии, психиатрии или клинической психологии, но на самом деле являющейся следствием единого патологического процесса, как правило, затрагивающего весь организм в целом.

Поясним данную точку зрения на примере диагностики деменции, подробно обсуждаемой в статье профессора Г.Н.Носачева. Удивительным образом в МКБ-10 [4], например, болезнь Альцгеймера шифруется в разделе «болезни нервной системы» (G30), а деменция при болезни Альцгеймера – в разделе «психические расстройства и расстройства поведения» (F00). Нельзя не согласиться с автором об упрощенном подходе, используемом в настоящее время при постановке данного диагноза: согласно МКБ-10 для диагностики деменции необходимо нарушение памяти и других когнитивных (высших корковых) функций при отсутствии помрачения сознания. Другие существенные проявления данной патологии, такие как аффективные расстройства, изменения личности, психотическая симптоматика, либо отсутствуют в диагностических критериях, либо упоминаются фрагментарно, ограничиваясь эмоциональной лабильностью, раздражительностью, апатией, огрубением социального поведения, и на практике не рассматриваются в качестве диагностических: врачи ограничиваются констатацией нарушением памяти и других высших корковых функций. Между тем, некогнитивные проявления не менее важны и в диагностическом, и в терапевтическом плане.

Так, в классических работах Э.Я.Штернберга [7], посвященных клинике деменций пресенильного возраста, кроме нарушения когнитивных функций и неврологической симптоматики указывалось на характерные изменения личности, возможность развития депрессии, а также психотических расстройств. В современных исследованиях показано, что уменьшение серого вещества у пациентов с болезнью Альцгеймера ассоциировано с бредовой симптоматикой [14]. Рассматриваются корреляции психотической симптоматики и нарушений социальной когниции при болезни Альцгеймера [11]. Обращается внимание на личностные изменения, обнаруживаемые при появлении уже легкого когнитивного снижения [9].

Имеются серьезные доказательства связи деменции и депрессивных расстройств. Так, показано, что риск

развития деменции (особенно сосудистой) в позднем возрасте резко возрастает у лиц с анамнезом депрессивных приступов, каждый из которых увеличивает риск развития когнитивного снижения на 14% [12]. Депрессия может быть фактором риска, продромом или одним из проявлений клинической картины деменции, причем депрессия, сочетающаяся даже с легким когнитивным расстройством, увеличивает риск дальнейшего развития деменции. Имеются данные, что развивающаяся при болезни Альцгеймера депрессивная симптоматика имеет с ней общие механизмы патогенеза, в частности, указывается на дисфункцию NMDA-рецепторов гиппокампа с увеличением уровня провоспалительных цитокинов [8].

Следует отметить, что описанная констелляция проявлений, включающая целый спектр разнородных психических расстройств, характерна не только для заболеваний, традиционно относимых к группе органических поражений головного мозга, но и для так называемых функциональных расстройств центральной нервной системы, психотических состояний [6]. При этом при «функциональных» нарушениях также отмечаются отчетливые морфологические изменения, однако регистрируемые на более тонком структурном уровне. В частности, показано нарушение citoархитектоники коры головного мозга, ухудшение миелинизации аксонов, уменьшение объема коры, в первую очередь серого вещества, и наличие других структурных изменений у больных шизофренией [6]. Появились описания случаев острых бредовых состояний, развивающихся с характерной динамикой вплоть до онейроидной кататонии [1, 5], в результате аутоиммунного анти-NMDA рецепторного энцефалита (в части наблюдений как осложнение злокачественных новообразований женской половой сферы). У наивных (не получающих лечения) больных с первым эпизодом шизофрении имеется повышенный риск развития сахарного диабета 2 типа [13]. Выявлены патогенетические взаимосвязи между ревматоидными заболеваниями и депрессивным расстройством [2]. Примеры подобных взаимосвязей можно множить и дальше – очевидно, что «психическое» неотделимо от «соматического», имея в своей основе сложные процессы функционирования организма как целостной системы. При этом внешние (социальные, психологические) влияния также сказываются на биологическом функционировании, что подтверждается, например, нейровизуализационными исследованиями [10].

Таким образом, если говорить о кризисе в психиатрии, то он, скорее всего, связан с концептуальными подходами определенной части психиатрического сообщества, на словах провозглашающей биопсихосоциодуховную концепцию, а на деле отказывающей психиатрии в биологической составляющей. Профессор Г.Н.Носачев постулирует различие парадигм, в которых функционируют неврология и

психиатрия, оставляя последней преимущественно гуманитарную составляющую и лишь с оговорками принимая естественнонаучную (это, по его мнению, удел неврологии как «прагматической науки»). С другой стороны, потерявшая естественнонаучную опору психиатрия становится «легкой добычей» смежных специальностей, исповедующих «прагматический подход» упрощенной диагностики и простых схематизированных объяснений патогенеза

имеющихся нарушений, легко предъявляющих их морфофункциональные субстраты. Преодоление этого кризиса, как представляется, лежит в плоскости возврата психиатрии в семью медицинских дисциплин в качестве объединяющего начала, позволяющего рассматривать заболевания (в т.ч. психические) с системных позиций, анализируя имеющиеся морфологические и функциональные нарушения на уровне организма в целом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Конрад К. Начинаяющаяся шизофрения. Опыт гештальт-анализа бреда. М., 2015. 316 с.
2. Лисицина Т.А. Психические расстройства у больных ревматоидным артритом и системной красной волчанкой. Дисс. ... докт. мед. наук. 2014.
3. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 2006. 384 с.
4. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб, 1993. 208 с.
5. Пападопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы. Психопатология и систематика. М., 1975. 192 с.
6. Шмуклер А.Б. Шизофрения. М., 2017. 176 с.
7. Штернберг Э.Я. Клиника деменций пресенильного возраста. М., 1967. 248 с.
8. Amani M., Zolghadrasab M., Salari A.A. NMDA receptor in the hippocampus alters neurobehavioral phenotypes through inflammatory cytokines in rats with sporadic Alzheimer-like disease // *Physiol. Behav.* 2019. doi: 10.1016/j.physbeh.2019.01.005 [Epub ahead of print].
9. Caselli R.J., Langlais B.T., Dueck A.C. et al. Personality changes during the transition from cognitive health to mild cognitive impairment // *J. Am. Geriatr. Soc.* 2018. Vol. 66, N 4. P. 671–678.
10. Franklin G., Carson A.J., Welch K.A. Cognitive behavioural therapy for depression: systematic review of imaging studies // *Acta Neuropsychiatr.* 2016. Vol. 28, N 2. P. 61–74.
11. Koppel J., Sousa A., Gordon M.L. et al. Association between psychosis in elderly patients with Alzheimer Disease and impaired social cognition // *JAMA Psychiatry.* 2018. Vol. 7, N 6. P. 652–653.
12. Leyhe T., Reynolds C.F., Melcher T., Linnemann C., Kloppel S., Blennow K., Zetterberg H., Dubois B., Lista S., Hampel H. A common challenge in older adults: Classification, overlap, and therapy of depression and dementia // *Alzheimers Dement.* 2017.1 Vol. 3, N 1. P. 9–71.
13. Pillinger T., Beck K., Gobjila C., Donocik J.G., Jauhar S., Howes O.D. Impaired glucose homeostasis in first-episode schizophrenia: a systematic review and meta-analysis // *JAMA Psychiatry.* 2017. Vol. 74, N 3. P. 261–269.
14. Qian W., Schweizer T.A., Churchill N.W. et al. Gray matter changes associated with the development of delusions in Alzheimer Disease // *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2018. doi: 10.1016/j.jagp.2018.09.016. [Epub ahead of print].

## ПСИХИАТРИЯ КАК МЕДИЦИНСКАЯ ДИСЦИПЛИНА

### А.Б. Шмуклер

Статья представляет собой ответ на публикацию профессора Г.Н.Носачева «Дефицит институционального общения как одна из причин кризиса в психиатрии» в текущем номере журнала «Социальная и клиническая психиатрия». Обсуждается необходимость возврата психиатрии в семью медицинских дисциплин в качестве объединяющего начала, позволяющего рассматривать заболевания

(в т.ч. психические) с системных позиций, анализируя имеющиеся морфологические и функциональные нарушения на уровне организма в целом.

**Ключевые слова:** психические расстройства, биопсихосоциальная модель оказания помощи, полипрофессиональное взаимодействие, деменция, депрессия.

## PSYCHIATRY AS A MEDICAL DISCIPLINE

### A.B. Shmukler

The paper is reply on the article of professor G.N. Nosachyov «Lack of institutional communication as a cause of crisis in psychiatry» in current issue of the journal «Social and Clinical Psychiatry». The article discusses the need to return psychiatry to the family of medical disciplines as a unifying principle, allowing to consider the diseases (including

mental disorders) from a systemic perspective, analyzing the existing morphological and functional disorders at the level of the organism as a whole.

**Key words:** psychiatric disorder, bio-psycho-social model of psychiatric care, multiprofessional relationship, dementia, depression.

---

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