

№ 01-03 (53-55) 2012

# ПСИХИАТРИЯ PSYCHIATRY

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ  
ПСИХИЧЕСКИХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ

НАУЧНЫЕ  
ОБЗОРЫ

ПАМЯТНЫЕ  
ДАТЫ

НАШЕ  
НАСЛЕДИЕ



ISSN 1683-8319

# СОДЕРЖАНИЕ



## Клиника и лечение психических заболеваний

- \_Дети и подростки с синдромом Дауна: анализ особенностей социального функционирования\_ Шмакова О.П., Шмакова А.А. .... 5*
- \_Синдром Кандинского—Клерамбо: клинические особенности и история вопроса\_ Морозов П.В. .... 13*
- \_К оценке адаптационного потенциала организма больных шизофренией\_ Волков В.П., Росман С.В. .... 20*



## Научные обзоры

- \_Смешанная альцгеймеровско-сосудистая деменция. Часть 1. Клинические и нейропсихологические аспекты\_ Михайлова Н.М., Рощина И.Ф. .... 24*
- \_Смешанная альцгеймеровско-сосудистая деменция. Часть 2. Методы нейровизуализации в диагностике, патогенетические и терапевтические аспекты\_ Михайлова Н.М., Божко О.В. .... 38*
- \_Личность и депрессия\_ Бескова Д. А. .... 59*



## Памятные даты

- \_Стоян Т. Стоянов (1922–1999). К 90-й годовщине со дня рождения .... 75*



## Наше наследие

- \_К вопросу о структуре и динамике психических функций (комментарий Б.Г. Типова)\_ Стоянов Ст.Т., Писева Д., Писев В. .... 77*



## Некрологи

- \_Михаил Борисович Мазурский .... 81*



## Информация

- \_О работе научной конференции молодых ученых, посвященной памяти академика АМН СССР А.В. Снежневского\_ Бархатова А.Н. .... 82*



## По страницам зарубежных журналов

- \_По страницам зарубежных журналов\_ Михайлова Н.М. .... 84*

# contents



## The Clinical Picture and Treatment of Mental Disorders

<i>_Children and adolescents with Down syndrome: an analysis of the features of social functioning_</i> Shmakova O.P., Shmakova A.A. ....	5
<i>_Kandinsky—Clerambault Syndrome: history of the problem_</i> Morozov P.V. ....	13
<i>_To the assessment of adaptation potential of the organism of patients with schizophrenia_</i> Volkov V.P., Rosman S.V. ....	20

## Scientific Reviews

<i>_Mixed Dementia. Part 1. The Clinical and Neuropsychological Aspects_</i> Mikhaylova N.M., Roshchina I.F. ....	24
<i>_Mixed Dementia. Part 2. Neuroimaging Methods in Diagnostics. Pathogenetic and Therapeutic Aspects_</i> Mikhaylova N.M., Bozhko O.V. ....	38
<i>_Personality and depressive disorder_</i> Beskova D.A. ....	59

## Memorable Dates

<i>_Stoyan T. Stoyanov_ (1922–1999) .....</i>	75
---	----

## Heredity

<i>_To the problem of structure and dynamics of psychic functions (Comment by Tipov B.G.)_</i> Stoyanov St.T., Piseva D., Pisev V. ....	77
--	----

## Obituary

<i>_Michael Borisovich Mazurski .....</i>	81
---	----

## Information

<i>_About conference of young scientists in memory of academician A.V. Sneznevski_</i> Barchatova A.N. ....	82
--	----

## Foreign Press Digest

<i>_Foreign press digest_</i> Mikhaylova N.M. ....	84
--	----

УДК 616.899.65

## Дети и подростки с синдромом Дауна: анализ особенностей социального функционирования

Шмакова О.П., Шмакова А.А.  
ФГБУ Научный центр психического здоровья РАМН, Москва



5

Приведены данные клинического обследования 24 детей и подростков с синдромом Дауна (средний возраст  $10,8 \pm 2,7$  лет). Проанализированы их фенотипические особенности. Получены данные о возрасте родителей на момент рождения детей. Уровень социальной адаптации больных определялся методикой, составленной в исследовательских целях. Относительно сохранными оказались способности к пониманию обращенной речи и способность к общению; наименее сформированными — образовательные, речевые, бытовые умения, навыки самообслуживания и передвижения вне дома, в силу чего в периоде старшего школьного возраста и совершеннолетия больные оставались зависимыми от родителей.

**Ключевые слова:** дети; подростки; синдром Дауна; социальные навыки; социальная адаптация; реабилитация

Clinical examination are 24 children and adolescents with Down syndrome, mean age  $10,8 \pm 2,7$  years. Analyzed their phenotypic characteristics. The data on the age of the parents at the birth of children. The level of social adaptation of patients defined methodology, compiled for research purposes. Were relatively intact ability to understand speech, and reversed the ability to communicate, the least-formed: education, speech, personal abilities, skills, self-care and mobility outside the home, which is why in a period of high school age and adulthood patients remain dependent on their parents.

**Keywords:** children; adolescents; Down's syndrome; social skills; social adaptation; rehabilitation

### ВВЕДЕНИЕ

Несовершеннолетние дети с психическими расстройствами испытывают специфические проблемы адаптации в социуме. Структура нарушений их социального функционирования весьма сложна, поскольку обусловлена, как правило, расстройствами нескольких сфер психической деятельности (интеллекта, эмоций, воли и др.), зачастую сопровождающихся нарушениями иных сфер жизнедеятельности (двигательной, чувствительной, соматической).

Знание структуры индивидуальных нарушений социального функционирования способствует оптимизации реабилитационных усилий, помогает оценить эффективность лечения, психолого-педагогического сопровождения этих пациентов.

По данным различных авторов [8, 14], более половины (65,41% — Н.А. Мазаева, О.Н. Кузьмичева; 63,5% — Л.Л. Файзуллина) детей, инвалидов по психическим заболеваниям, страдают умственной отсталостью, из наследственно обусловленных форм которой чаще других регистрируется синдром Дауна (СД). Среди всех умственно отсталых детей больные с СД составляют 10–12%; девочки и мальчики заболевают одинаково часто [7].

Причиной заболевания является хромосомная патология, вероятность которой растет с увеличением возраста родителей, — трисомия 21-й хромосомы, возникающая вследствие мутации в половых клетках родителей (чаще в яйцеклетке). 80% случаев болезни имеют

материнское происхождение, только 20% — отцовское [7]. Известны три варианта аномалии: **регулярная трисомия** — 94–95% всех случаев синдрома (в каждой клетке больного имеется не 46, а 47 хромосом за счет добавочной 21-й аутосомы); **несбалансированная транслокация** — 3–5% случаев СД (хромосом 46, но одна из них увеличена в размере за счет того, что добавочная 21-я хромосома присоединяется к другой аутосоме, чаще к 13, 14, 15-й, реже — к 4, 5, 22-й, или две 21-х хромосомы остаются соединенными между собой); **мозаицизм** — 1% случаев синдрома — в организме имеются как нормальные, так и аномальные (трисомные) клетки (за счет того, что мутация происходит на ранних стадиях дробления зиготы). Выраженность проявлений заболевания в этом случае зависит от соотношения нормальных и аномальных клеток. Р.Е. Берман и соавт. считают, что число случаев мозаичного варианта синдрома Дауна занижено, так как некоторые больные с мозаицизмом остаются невыявленными ввиду их фенотипического здоровья и хорошей адаптированности. Наибольшее количество таких лиц может быть среди фенотипически здоровых родителей, имеющих детей с синдромом Дауна.

В последние годы появились исследования, касающиеся динамики течения мозаичных форм синдрома, сообщающие о возможности уменьшения аномального клона клеток у детей с мозаичным вариантом синдрома и параллельным повышением уровня их интеллекта [9].

Основными проявлениями синдрома являются умственная отсталость, типичные малые аномалии внеш-

УДК 616.89-008.4831

## Синдром Кандинского—Клерамбо: клинические особенности и история вопроса

Морозов П.В.  
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва



13

Синдром Кандинского—Клерамбо не включен ни в одну из современных классификаций психических расстройств. В 1927 году российский психиатр А.Л. Эпштейн предложил эти два имени для обозначения симптомокомплекса, характеризующегося явлениями психического автоматизма (Клерамбо), весьма близкими по описанию псевдогаллюцинаторному синдрому Кандинского. Этот термин был принят и широко используется в отечественной психиатрии.

**Ключевые слова:** Кандинский; Клерамбо; псевдогаллюцинации; психический автоматизм

Kandinsky—Clerambault syndrome not included in any of the international classifications of mental disorders. In 1927 Russian psychiatrist A. Epstein proposed this double name for clinical complex characterized mental automatism investigated by Clerambault, which is very close to the pseudohallucinatory syndrome, described by Kandinsky. This term was accepted and widely used in Russian psychiatry.

**Keywords:** Kandinsky; Clerambault; pseudohallucinations; mental automatism

В отечественной психиатрической литературе термин «синдром Кандинского—Клерамбо» принят и используется вот уже более 80 лет. Согласно известному учебнику психиатрии<sup>1</sup>, определение данного синдрома звучит так: «Совокупность взаимосвязанных симптомов-псевдогаллюцинаций, бреда преследования и воздействия, чувства овладения и открытости. Для него типично отчуждение, утрата принадлежности себе собственных психических актов; чувство постоянного влияния посторонней, действующей извне силы». Существуют следующие его проявления:

- ассоциативный автоматизм (ментизм, открытость, разматывание воспоминаний, эхо мысли; все виды псевдогаллюцинаций);
- сенестопатический автоматизм;
- кинестетический автоматизм.

И хотя определение это лапидарно, но тем не менее достаточно точно. Споры о правомерности выделения подобного синдрома не утихают до сих пор. Если мы обратимся к современным классификациям, таким как DSM-IV или МКБ-10, существование «синдрома К–К» с их позиций далеко не очевидно. Так, один из авторов DSM-III Spitzer (1987) после изучения истории и самого феномена «псевдогаллюцинации» предложил «убрать это понятие из клинической практики» и заменить его лишь описанием клинического явления. Более поздние заокеанские публикации почти не содержат термин «псевдогаллюцинации». Так, в DSM-IV это понятие упоминается лишь один раз — в качестве

возможного клинического проявления конверсионного расстройства. Утверждается, что данный симптом является разновидностью галлюцинаций, которая, возможно, характеризуется адекватной самооценкой, вовлечением более чем одной сенсорной модельности, наивным, фантастическим содержанием и психологической значимостью. Не лучше обстоят дела и с понятием «психического автоматизма Клерамбо». Так, в руководстве H.I. Kaplan и B.J. Sadock (9, с. 283) написано: «Erotomania: delusional belief, more common in women, that in men, that someone is deeply in love with them (also known as Clerambault—Kandinsky complex)». Без комментариев.

Между тем имена двух великих психиатров были однажды соединены вместе, и это совсем не искусственное образование. Для французской и русской психиатрических школ это достаточно очевидно (рис. 1).

Появлением этого двойного термина мы обязаны ленинградскому психиатру А.Л. Эпштейну, который на заседании местного общества психиатров в 1927 году (еще при жизни Клерамбо) сделал доклад на данную тему. Сам доклад напечатан не был, однако его краткое изложение в отчете о заседании врачей психиатрической клиники Ленинградского медицинского института при больнице им. проф. И.М. Балинского было опубликовано в журнале им. В. Бехтерева в 1929 году.

Интересно, что председательствующий — профессор П.А. Останков — предложил добавить в название синдрома и третью фамилию — Wernicke, однако это название у нас не прижилось. Суть доклада доктора А.Л. Эпштейна, названного им «синдром Clerambault», была следующей.

<sup>1</sup> Кербиков О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В. Психиатрия. — М., 1967.

УДК 616.895.8

**К оценке адаптационного потенциала организма больных шизофренией**

20

**Волков В.П., Росман С.В.**  
Областная клиническая психиатрическая больница, Тверь

С помощью анализа интегральных лейкоцитарных индексов на основе формулы крови, отражающих состояние нейрогуморального гомеостаза и иммунологической реактивности организма, а также метода кардиоинтервалографии исследован уровень адаптационного потенциала организма больных шизофренией, получавших нейролептическое лечение различной длительности и интенсивности, в том числе при развитии у них нейролептической кардиомиопатии, обусловленной побочным кардиотоксическим действием антипсихотических препаратов.

Обследованы 25 мужчин (средний возраст —  $38,4 \pm 2,0$  лет), страдающих шизофренией, а также ретроспективно изучены анализы крови 19 умерших больных шизофренией (мужчин — 9, женщин — 10; средний возраст —  $35,3 \pm 2,2$  лет), у восьми из которых антипсихотическая терапия осложнилась развитием нейролептической кардиомиопатии.

Оценка адаптационного потенциала организма при шизофрении выявляет определенные закономерности в зависимости от возраста пациентов, длительности приема и числа применяемых нейролептиков. Наличие нейролептической кардиомиопатии накладывает дополнительный негативный отпечаток на состояние неспецифической резистентности организма больных шизофренией.

**Ключевые слова:** шизофрения; нейролептическая кардиомиопатия; адаптационный потенциал организма; интегральные лейкоцитарные индексы; кардиоинтервалография

By means of the analysis of integrated leukocytic indexes on the basis of a blood count reflecting a condition of a neurohumoral homeostasis and immunological reactivity of an organism and also the method of a cardiointervalography investigated level of adaptation potential of an organism of patients by the schizophrenia receiving antipsychotic treatment of various duration and intensity including a development in them the neuroleptic induced cardiomyopathy (NICM) caused by side cardiotoxic action of antipsychotic preparations.

25 men (middle age of  $38,4 \pm 2,0$  years) suffering schizophrenia are surveyed and also analyses of blood of 19 died patients by schizophrenia (men — 9, women — 10; middle age —  $35,3 \pm 2,2$  years) are retrospectively studied, at 8 of which antipsychotic therapy became complicated development of an NICM.

The assessment of adaptation potential of an organism at schizophrenia reveals certain regularities depending on age of patients, duration of reception and number of applied neuroleptics. Existence of an NICM leaves an additional negative mark on a condition of nonspecific resistance of an organism of patients with schizophrenia.

**Keywords:** schizophrenia; neuroleptic induced cardiomyopathy; adaptation potential of an organism; integrated leukocytic indexes; cardiointervalography

**ВВЕДЕНИЕ**

Течение шизофрении сопровождается заметными изменениями неспецифической резистентности организма (НРО) и значительными иммунологическими нарушениями [3, 13]. Помимо самого шизофренического процесса существенное влияние на уровень адаптационного потенциала организма (АПО) больных шизофренией оказывают антипсихотические препараты, обладающие разнообразными побочными эффектами в отношении соматического статуса пациентов [6, 9]. В частности, одним из наиболее серьезных следствий побочного кардиотоксического действия нейролептиков, которое свойственно в той или иной степени всем препаратам этого класса [14, 15], является развитие нейролептической кардиомиопатии (НКМП) [4, 14]. Вместе с тем известно, что определенного рода кардиальная патология у психически здоровых лиц нередко сопровождается значительными нарушениями НРО [1].

Объективным методом изучения АПО является анализ интегральных лейкоцитарных индексов (ИЛИ) [7, 11, 12] на основе лейкоцитарной формулы крови с использованием широкого спектра ее характеристик, отражающих состояние нейрогуморального гомеостаза в организме [5] и уровень иммунологической реактивности у больных разного возраста и при поражении различных органов [12]. Однако в литературе не удалось найти сведений об изучении АПО больных шизофренией, в том числе при наличии у них НКМП, по картине гематологических показателей.

Нет также и работ, характеризующих НРО при шизофрении, выполненных с применением метода изучения variability сердечного ритма — кардиоинтервалографии (КИГ) по Р.М. Баевскому [2, 8], который позволяет оценить уровень состояния адаптационных механизмов организма и функциональной достаточности симпатoadrenalной системы с помощью так называемого «показателя активности регуляторных систем» (ПАРС).

УДК 616.894-053.8

## Смешанная альцгеймеровско-сосудистая деменция Часть 1. Клинические и neuropsychological аспекты

24

Михайлова Н.М., Рощина И.Ф.  
Научный центр психического здоровья РАМН, Москва



Изложена история выделения смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции. Представлены данные о частоте сочетания нейродегенеративной и церебрально-сосудистой патологии по результатам neuropathological, клинических и популяционных исследований. Приведен анализ эволюции клинических представлений о когнитивных и некогнитивных нарушениях при смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции. Рассмотрены результаты исследований по проблеме neuropsychological особенностей проявлений деменций смешанного типа. Приведены данные изучения течения заболевания, дожития и смертности при этой форме деменции.

**Ключевые слова:** болезнь Альцгеймера; церебрально-сосудистое заболевание; смешанная деменция; распространенность; клинические проявления; neuropsychological особенности

The history of singling out of mixed Alzheimer's disease and vascular dementia was stated. The data on the frequency of combination of neurodegenerative and cerebrovascular pathology according to the results of neuropathological, clinical, and population studies were presented. The analysis of evolution of clinical conceptions about cognitive and non-cognitive impairments in mixed Alzheimer's disease and vascular dementia was given. The results of studies of neuropsychological specificities of mixed dementias' manifestations were considered. The data on investigation of the course of the disease, survival, and mortality in this type of dementia were presented.

**Keywords:** Alzheimer's disease; cerebrovascular disease; mixed dementia; prevalence; clinical manifestations; neuropsychological specificities

### ВВЕДЕНИЕ

История представлений о смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции включает несколько этапов, последовательно сменяющих или частично перекрывающих друг друга, с различными акцентами в направлениях исследований. Одновременно или в результате этих процессов происходили изменения основных клинических понятий, менялись и развивались подходы к диагностике и дифференциальной диагностике этих форм психической патологии позднего возраста. На пути преодоления дихотомии атрофической и сосудистой деменции обновлялись концептуальные представления о клиническом содержании и этиопатогенезе, что находило свое отражение в консенсусных классификационных обозначениях.

Наиболее существенные данные были получены поначалу в результате neuropathological исследований и клинко-патологических сопоставлений в дальнейшем, а в последние десятилетия определяющее значение для диагностики смешанных форм деменции альцгеймеровско-сосудистого генеза приобрели результаты прижизненного исследования церебральной морфологии методами нейровизуализации. Самостоятельное направление и значение имеют популяционные исследования, не такие многочисленные и редко оснащенные параклиническими обследованиями. Поиск общности и различий в клинко-психопатологических

проявлениях деменций смешанного типа дополняется результатами neuropsychological оценки когнитивных нарушений, сравнительным изучением характера некогнитивных нарушений и течения заболевания. Существенный вклад в понимание сущности и патогенетических механизмов деменции смешанного типа, а также для формулирования критериев диагностики вносит изучение факторов риска, семейного анамнеза и соматоневрологического анамнеза и статуса.

Изложение обзора данных литературы соответствует этим основным аспектам проблемы изучения смешанных альцгеймеровско-сосудистых деменций.

### НЕЙРОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СМЕШАННОЙ ДЕМЕНЦИИ

Прошло менее 10 лет после описания Альцгеймером случая нейродегенеративной деменции, впоследствии получившей название болезни Альцгеймера (БА), когда отечественными психиатрами В.М. Гаккебушем, Т.А. Гейером и А.И. Геймановичем [15, 16] было высказано суждение о существовании сочетанных форм, то есть комбинации двух процессов — старческой атрофии и артериосклеротического поражения мозга («артериосклеротическая группа старческого слабоумия» Крепелина). При этом, по мнению авторов, может быть лишь совпадающее наличие сосудистых очагов, а может быть в отсутствие грубых деструктивных изменений

УДК 616.894-053.8

## Смешанная альцгеймеровско-сосудистая деменция Часть 2. Методы нейровизуализации в диагностике, патогенетические и терапевтические аспекты

Михайлова Н.М., Божко О.В.

Научный центр психического здоровья РАМН, Москва



38

Научные обзоры

Приведен обзор исследований, посвященных диагностической значимости метода нейровизуализации при смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции. Представлены результаты работ по изучению картины МРТ головного мозга с обсуждением расхождений во взглядах по поводу выявления сосудистых изменений и значимости их количественных характеристик. Рассмотрены современные направления исследований сосудистых факторов риска, представления о патогенетическом взаимодействии альцгеймеровской и сосудистой патологии и терапевтические аспекты деменций смешанного типа. Представлена эволюция концепции смешанной деменции и обсуждение ее места в современных систематиках.

**Ключевые слова:** болезнь Альцгеймера; церебрально-сосудистое заболевание; смешанная деменция; МРТ; сосудистые факторы риска; лечение

The review of studies dealing with diagnostic significance of neuroimaging method in mixed Alzheimer's disease and vascular dementia was presented. The results of research work on investigation of brain MRI were given. Divergence of views on detection of vascular changes and significance of their quantitative characteristics were discussed. Current directions of investigation of vascular risk factors, conceptions about pathogenetic interaction of Alzheimer and vascular pathology, and therapeutic aspects of mixed dementias were considered. The evolution of the concept of mixed dementia and discussion of its place in current systematizations were presented.

**Keywords:** Alzheimer's disease; cerebrovascular disease; mixed dementia; MRI; vascular risk factors; treatment

### НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СМЕШАННОЙ АЛЬЦГЕЙМЕРОВСКО- СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

Внедрение методов нейровизуализации в диагностику деменций позднего возраста существенно повлияло на изменение показателей частоты смешанных форм с сочетанием альцгеймеровской и сосудистой патологии [119]. Этот показатель достигает 60%, по данным Heiningер [105], а в обзоре D.T. Villareal, E. Grant, J.P. Miller и соавт. [178] приведен разброс данных от 9 до 34%. По выражению L.H. Kuller [124], использованному в последующем О.С. Левиным [33], в последние годы представления о распространенности смешанной деменции драматически изменились именно благодаря использованию результатов нейровизуализации в диагностике деменций — с 16% до внедрения МРТ до 35% при включении данных МРТ.

К значимым радиологическим признакам болезни Альцгеймера (БА) с сопутствующим цереброваскулярным заболеванием (ЦВБ) относят в первую очередь очаговые изменения, при этом придается значение их размерам, количеству и локализации. Более 30 лет дебатировалась связь деменции с лакунарными инфарктами, а не с корковыми постишемическими зонами. Недостаток воспроизводимых данных оставляет этот спор открытым [153].

С.И. Гаврилова [9] в диагностике смешанных деменций выделяет значение таких томографических призна-

ков, как сочетание очаговых изменений плотности мозгового вещества и нерезко выраженного диффузного расширения как желудочков, так и субарахноидального пространства. В настоящее время многими исследователями в определение смешанной деменции вводится комбинация не только клинических, но и томографических (МРТ) признаков, характерных для БА и сосудистой деменции (СоД) [19, 51, 76, 115].

С развитием метода магнитно-резонансной томографии головного мозга дифференциальная диагностика деменций альцгеймеровского типа получила новый импульс, были разработаны дополнительные критерии оценки сосудистого фактора. Наличие сосудистых изменений в подкорковых структурах отмечалось и ранее при болезни Альцгеймера в 30–80% случаев. Эти изменения, визуализирующиеся на T2-взвешенных изображениях (T2ВИ), имеют вид единичных или множественных изолированных очагов, перивентрикулярных полосок либо диффузных зон повышенного МР-сигнала, лакунарных кист. Могут быть выявлены корковые инсульты, не прозвучавшие клинически [2, 85].

Несмотря на интенсивное изучение феномена подкорковых изменений в течение последних 20 лет, патогенез и клиническая значимость этих изменений остаются неясными. На результаты исследований влияют различия в критериях отбора больных, гетерогенность болезни Альцгеймера, а также неоднородность изменений в белом веществе и клиническая неоднозначность



УДК 616.895.4; 159.974.5

**Личность и депрессия**

Бескова Д.А.

Научный центр психического здоровья РАМН, Москва



59

Представлен обзор зарубежных исследований в психологии по проблеме связи личности и депрессии. Отмечается, что традиционно выделяемые модели общей причинности, спектра, «рубца» разрабатываются преимущественно в рамках клинического подхода, тогда как подавляющее большинство психологических концепций принадлежит к predispositional моделям. Проблематика связи личности и депрессии рассмотрена в рамках исследований психоаналитической школы, включая классический психоанализ, неопсихоанализ и теорию объектных отношений, в работах когнитивно-бихевиорального направления, а также экзистенциально-гуманистического подхода. На основании анализа традиционных представлений сформулированы общие положения, касающиеся предпосылок развития депрессии. Соотнесение особенностей личности и механизмов формирования депрессивных расстройств прослеживается в работах разной теоретической направленности. Подчеркивается, что, несмотря на различную теоретико-методологическую базу и понятийный аппарат, ключевые моменты рассмотренных концепций в значительной степени сходны. Представленные в обзоре модели не исчерпывают всего спектра существующих подходов, однако характеризуют основные традиционные для психологии направления исследований проблемы связи личности и депрессии.

**Ключевые слова:** связь личности и депрессии; модели депрессии в психологии; predispositional модели депрессии

The review of foreign psychological studies of association between personality and depressive disorder was presented. It was noted that traditionally singled out models of general causality, spectrum, «scar» were mainly developed within the framework of the clinical approach, while the vast majority of psychological conceptions belonged to predispositional models. The problematic of association between personality and depressive disorder was considered within the framework of studies of psychoanalytic school, including classical psychoanalysis, neopschoanalysis and object relations theory, in cognitive-behavioral works, as well as existential-humanistic approach. Based on the analysis of traditional conceptions, general propositions, concerning the prerequisites of depression development, were formulated. Correlation of personality special features and the mechanisms of depressive disorders formation was traced in works of various theoretical directions. It was emphasized that despite the different theoretical-methodological basis and conceptual apparatus, the pivots of the examined conceptions were similar to a considerable degree. The models presented in the review did not exhaust all the spectrum of existing approaches, however, they characterize the basic directions of investigation of association between personality and depressive disorder traditional for psychology.

**Keywords:** association between personality and depressive disorder; psychological models of depression; predispositional models of depression

**ВВЕДЕНИЕ**

Психологическая разработка проблемы соотношения личности и депрессии велась в рамках различных научных подходов психоаналитического, когнитивного, гуманистического направлений. Хотя исследователи оперировали одной и той же клинической реальностью, были выделены взаимодополняющие аспекты психологической структуры депрессии. Использование разной методологии, иного понятийного аппарата и отличающихся объяснительных схем затрудняет сопоставление, например, психодинамических и бихевиоральных подходов, однако, как мы постараемся показать, на самом деле между теориями альтернативных психологических школ существует очень много общего. В целом все исследователи так или иначе решали следующие вопросы: какова связь личности и депрессии, существует ли личностная predisposition к депрессиям как особый кластер психологических характеристик, черт личности, определяющий повышенную уязвимость к депрессив-

ным расстройствам, каковы predispositional факторы и механизмы формирования депрессий.

История исследования вопроса закономерно начинается с психоаналитического направления, где проблематика связи личности и депрессии была затронута впервые (в работах S. Freud и K. Abraham). Достижения психоаналитиков стимулировали волну исследований как среди последователей этого направления, так и критически настроенных представителей других школ. Создание в 1989 году рабочей группы по изучению проблемы личности и депрессии Network Task Force on Personality and Depression и выход монографии «Personality and Depression» [30], ознаменовало новый этап в анализе вопроса. Подводя итоги многолетних клинических и психологических исследований, авторы выделили ряд концептуальных направлений: теорию общей причинности, патопластическую концепцию, теории спектра и уязвимости. Уже в их названиях имеются указания на методологию и принципы анализа проблемы.

## Стоян Т. Стоянов (1922–1999) К 90-й годовщине со дня рождения



**Б**олгарский профессор психиатрии Стоян Т. Стоянов родился 1 июля 1922 г. Он происходил из старинного рода землевладельцев, восходящего к периоду Ренессанса. За участие в движении сопротивления против фашизма до начала и во время Второй мировой войны (1938–1944) Ст. Стоянов преследовался режимом царя Бориса III и был приговорен к смерти. Впоследствии, будучи противником политического экстремизма, он также подвергался репрессиям (1973–1982).

В 1950 г. Ст. Стоянов получает медицинское образование в Софии. В 1951 г. он основывает Окружной психоневрологический диспансер в г. Велико Тырново и становится его первым главным врачом. В этот же период (1951–1958) он является главным инспектором Контрольной инспекции Министерства народного здравоохранения Болгарии, заведует одной из первых психологических лабораторий в стране. С 1954 г. Ст. Стоянов работает научным сотрудником в Научно-исследовательском психоневрологическом институте (НИПИ) при Министерстве народного здоровья (МНЗ), с 1965 г. — старшим научным сотрудником и является главным специалистом по психиатрии. С 1972 г. — старший научный сотрудник первой степени в том же институте и руководитель пси-

хиатрической клиники НИПИ (1963–1972), а в последующие годы Ст. Стоянов возглавляет Вторую психиатрическую базу Центра неврологии, психиатрии и нейрохирургии Медицинской академии (1972–1979). В 1961 г. под руководством академика проф. А.В. Снежневского в Институте психиатрии РАМН Ст. Стоянов выполняет и успешно защищает диссертацию на соискание степени кандидата медицинских наук, в 1980 г. ему присуждается степень доктора медицинских наук, а в 1986 г. он избирается профессором кафедры психиатрии и в течение многих лет руководит психиатрическим отделением в Клинике психических заболеваний Научного института неврологии, психиатрии и нейрохирургии Медицинской академии Болгарии (1979–1987).

Профессор Ст. Стоянов специализировался в Академии медицинских наук в Москве, в университетской больнице «Шарите» (Берлин), а также в Потсдаме, Венеции и Милане, являлся консультантом по психиатрии в Мичиганском университете (США), экспертом Организации Объединенных Наций.

Академик А.В. Снежневский определял научные достижения Ст. Стоянова как «серьезный вклад в современную психиатрию». Профессор Стоянов является автором и соавтором более 150 научных трудов, в том числе монографий и учебных руководств. В 1977 г. им разработан широко признанный метод терапии негативных форм шизофрении. Он впервые описывает динамику онейроидного (1961, 1968) и парафренного синдромов (1971, 1980) в течении шизофрении. Им впервые испытан Табекс, препарат для лечения никотиновой зависимости (1966, 1971). Профессор Стоянов создает одну из наиболее влиятельных ветвей патокинетической школы в психиатрии, основанной А. Снежневским, К. Конрадом и А. Зем. Он разрабатывает философские и теоретико-методологические вопросы психиатрии и социальной психиатрии, его работы все еще актуальны и продолжают цитироваться.

Различные поколения руководимой им школы при непосредственном его участии изучают патофизиологию и фармакотерапию психических расстройств; высокогорное лечение (1966–1971); проблемы детской психопатологии (1969–1979) и клинической психофизиологии (1984–1993). Среди его значимых достижений — исследование латентности и переработки перцептивной информации при шизофрении (в сотрудничестве с

## К вопросу о структуре и динамике психических функций

Ст. Т. Стоянов, Д. Писева, В. Писев  
София, Болгария



77

Человек является действенным, регулирующим фактором в системе «человек—машина». Человек-оператор и машина вступают в сложные динамические взаимоотношения при реализации различных по сложности задач-программ. Психическая деятельность человека в этом процессе проявляется и сопрягается с машиной через психические характеристики, динамически структурированные в функциональные «единицы». Считаем, что интеркоррелятивные (экзогенные) и интракоррелятивные (эндогенные) динамические структуры формируются на уровнях различной сложности: на уровне «человек—машина»; на уровне разных видов психической деятельности; на уровне характеристик и параметров.

Эволюционная психология, физиология, патофизиология, психиатрия, морфология и др. в многоаспектных исследованиях мозга и его функций показали, что при его структурно-функциональном развитии и совершенствовании ограничиваются более простые физиологические и физико-химические процессы, при этом все более усиливается ведущая роль высших процессов, организованных и специализированных, а также психофизиологических и физико-химических. На модели деструкции мозга наблюдается нарастание роли менее организованных структурно-функциональных систем, при этом доминирующее место занимают все более дифференцированные компоненты.

Считаем целесообразным не останавливаться на проблеме принципов структурно-системного подхода, который широко освещен в современной марксистской гносеологии [1, 2, 7]. Отметим лишь, что основные его аспекты, а именно: теоретико-методологический, научный и методический — всесторонне разработаны и предоставляют достаточно возможностей для углубленного научного анализа вопросов, являющихся предметом нашего сообщения.

На основе огромного фактического материала А.Р. Лурия первым выдвигает генеральный принцип о том, что мозг в конечном счете состоит из трех основных функциональных систем или структур-блоков. Один из них определяет поддержание необходимого напряжения (тонуса) высших отделов коры головного мозга, второй обеспечивает восприятие, переработку и сохранение информации, а третий представляет собой аппарат для программирования ответных реакций, движения и действий.

Ряд новейших исследований в психофизиологии, физиологии, патофизиологии и других областях показали, что любое исследование мозга эффективно, если направлено не на поиск какого-то специального «образования» или клеточной группы как «органа сознания», а на характеристику системы механизмов, звенья которых вносят свой вклад в сложно структурированную и функционирующую нервную систему, осуществляющую сознательную деятельность человека [3, 4, 6, 8].

Этот принцип сегодня, в условиях научно-технической революции, становится аксиоматичным, основным при изучении психических функций человека, которые совместно с объектом управления образуют систему с ее различными по сложности и взаимодействию уровнями. В сложных системах, где алгоритмы управления имеют вероятностный характер, человек превращается в постоянное, ведущее звено системы. Перед человеком-оператором ставятся задачи, связанные с повышенной скоростью реакций, увеличением числа и точности измерений за единицу времени, с необходимостью контролировать динамические режимы машин, строго лимитированные в масштабе времени, с выполнением мыслительных операций, находящихся на границе человеческих возможностей. Человек превращается в субъект действий, специфично детерминированных условиями «человек—машина».

В этом контексте с учетом оптимизации данной системы (в ее многообразии), повышения ее надежности и эффективности возникает задача определения особенностей структуры и динамики психических процессов человека, их функций и характеристик на различных по сложности уровнях, начиная от целостной личностной реакции (в широком смысле слова) и заканчивая отдельными психическими характеристиками и параметрами в их интеркоррелятивных взаимосвязях. Определенно можно сказать, что современная психология не осуществила такого охвата проблем (и одними методами общей психологии осуществить не может). В этом отношении большую роль призвана играть инженерная психология. Предварительно следует отметить, что при современном развитии инженерной психологии информационные связи между человеком и машиной пока ограничиваются двумя афферентными каналами (зрение и слух) и одним эфферентным сигналом (акты движения). Возможно, в будущем число этих каналов увеличится.

## О работе научной конференции молодых ученых, посвященной памяти академика АМН СССР А.В. Снежневского

22 мая 2012 года в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научный центр психического здоровья» состоялась ставшая традиционной очередная конференция молодых ученых-психиатров. Конференция была посвящена памяти выдающегося ученого-психиатра, академика Андрея Владимировича Снежневского.

В этом году внимание участников было обращено на проблемы развития современных и актуальных направлений в психиатрии, разрабатываемых в традиции академического психопатологического подхода. Актуальность избранных тем подтверждает интерес, проявленный молодыми учеными других институтов, научных центров, вузов. Открыл конференцию заместитель директора ФГБУ ЦНПЗ РАМН Г.И. Копейко, с приветствием к собравшимся обратился директор ФГБУ ЦНПЗ РАМН академик А.С. Тиганов.

На заседании были представлены доклады, освещавшие широкую область психической патологии от пограничных расстройств и эндогенных психозов до возрастных аспектов психических заболеваний. В рамках конференции было организовано обсуждение, затронуты дискуссионные вопросы, молодые исследователи активно отстаивали свои позиции, обнаруживая обширную эрудицию и искренний интерес к разрабатываемой проблеме. Говоря о тематиках представленных докладов, следует отметить их особую актуальность.

Живой интерес всех присутствующих вызвал доклад аспиранта отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств И.О. Нефедьевой «Пограничное расстройство личности — эндогенные заболевания (аспекты прогноза)». Автором отражены различные аспекты сложной проблемы, освещены вопросы распространенности, трудностей дифференцировки состояний, предложены направления для поиска диагностической альтернативы. Разработанные автором варианты динамики с поиском аффинитета к аффективному или процессуальному заболеванию представляют собой безусловный научный интерес и отражают важность предложенной темы.

Доклад А.А. Горбуновой, ординатора отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств, на тему «Расстройства личности и соматическая болезнь на модели ишемической болезни сердца» сделан в соавторстве с Т.А. Желонкиной и А.А. Ермушевой. Выполненная в соавторстве с прак-

тической реальностью, работа поднимает проблему приоритетов современной клинической оценки прогноза ИБС. Авторами предложено выделение вариантов перекрывания патохарактерологических проявлений и симптомокомплексов ИБС и определение в рамках выделенных вариантов взаимовлияния РЛ и ИБС (утяжеление ИБС, ипохондрическое развитие). Проблемы, обозначенные автором доклада, представляются весьма важными хотя бы уже потому, что обсуждаются вопросы показателей качества жизни, модуса потребления медицинских ресурсов, комплаентности, а также психотерапевтической коррекции патологического поведения в болезни, дифференцированной в зависимости от структуры перекрывания.

Проблемы возрастной психиатрии были подняты в докладе Ю.А. Ходаковой и В.В. Корнилова. Ю.А. Ходакова, выполняя работу в отделе по изучению проблем подростковой психиатрии, представила доклад на тему «Спектр психической патологии в отделении детской онкогематологии». Автором представлен результат обследования пациентов, проходивших в разные годы стационарное лечение в НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ РАМН по поводу различных форм онкогематологических заболеваний. Обсуждалась представленность нервно-психических нарушений, психогенно обусловленных непсихотических расстройств, относимых по МКБ-10 к расстройствам адаптации. Была отмечена возрастная модификация синдрома со сменой по мере взросления «уровней патологического нервно-психического реагирования» с постепенным смещением пропорции компонентов полиморфного психогенного синдрома в сторону увеличения доли депрессивных проявлений у детей, старших по возрасту.

Доклад, выполненный младшим научным сотрудником отдела по изучению проблем гериатрической психиатрии В.В. Корниловым «Психопатологическая характеристика когорты пожилых больных с аффективными расстройствами, развившимися после тяжелой утраты», поднял вопросы клинико-психопатологической дифференциации указанных состояний. Автором были выявлены наиболее частые исходы патологической реакции утраты (депрессивный эпизод и рекуррентное депрессивное расстройство), существенно реже встречаются дистимия, реакция на тяжелый стресс и биполярное аффективное расстройство. Автором проанализирова-

## По страницам зарубежных журналов



**Культуральные аспекты депрессии как диагностической единицы: историческая перспектива.**  
Kastrup M.C. *Cultural aspects of depression as a diagnostic entity: historical perspective* // *Medicographia*. — 2011. — V. 33, № 2. — P. 119–124.

Глобализация и увеличивающийся плюрализм требуют от психиатров оценки влияния культуральных факторов на депрессивные расстройства. Современные классификационные системы должны будут уделить внимание специфическим факторам, зависящим от культуры, также необходимы систематические, операционализированные подходы для оценки культуральных элементов. В 4-м издании DSM введены формулировки культурального влияния для того, чтобы обеспечить операциональный подход к перспективе культуральных исследований, чтобы найти отражение культуральных элементов в переживаниях пациентов. Доминирующие классификации критикуют за то, что они отражают западнические взгляды и не уделяют достаточного внимания симптоматике пациентов не западных корней. У депрессии многогранная этиология, и мигранты подвергаются особому риску, отчасти вследствие самого миграционного процесса. Необходимо поэтому раз-

граничивать культуральные и миграционные влияния. Риск большой депрессии в течение жизни составляет от 12 до 16%. ВОЗ прогнозирует, что к 2020 году депрессия станет второй наиболее важной причиной инвалидности. Культура влияет на симптоматику депрессий, объясняющую модели, поведение поиска помощи и реакцию общества. Более того, обнаруживается тенденция к тому, что лечение зависит от культуральных влияний, так же как и расхождения в оказании лечебной помощи. Известно, что даже в Европе не получают лечение до 45% больных тяжелой депрессией, в то время как в странах с низкими и средними доходами только небольшая часть больных получает адекватную антидепрессивную терапию. Даже в США имеется большой разброс в значениях этого показателя в разных этнических группах. Сведение этих расхождений к минимуму требует специальных разработок как терапевтических, так и профилактических.

**Рецидив или возврат депрессии: почему пороговое значение временного периода установлено в 6 месяцев?** Moller H.-J., Riedel M., Seemuller F. *Relapse or recurrence in depression: why has the cutoff been set at 6 months?* // *Medicographia*. — 2011. — V. 33, № 2. — P. 125–131.

Квалификация вновь развившегося депрессивного эпизода как рецидива или возврата депрессии имеет важнейшие (терапевтические) последствия для терапии. В прошлом использовались расходящиеся в количественной оценке и спорные определения исхода депрессии в результате лечения в клинических исследованиях антидепрессантов. В попытке гармонизации и стандартизации этих определений фондом МакАртура были выдвинуты задачи исследования. Приведены в суммарном виде используемые в настоящее время определения терапевтического ответа, ремиссии, рецидива, возврата, хронификации и поддерживающей терапии, обсуждается, является ли рецидив следствием неполной ремиссии. Два наиболее существенных показателя важны для отграничения рецидива от возврата

симптомов. Это пороговое значение симптомов для состояния ремиссии и длительность ремиссии для суждения о выздоровлении. Имеется в виду выздоровление от последнего приступа депрессии, а не от заболевания в целом. В настоящее время сообществом исследователей принято считать пороговыми суммарный балл по шкале Гамильтона-17 (из 17 признаков) для оценки состояния как ремиссии и 6-месячную продолжительность ремиссии. Обсуждаются недавние исследования по оценке пороговых значений для ремиссии наряду с ролью нераспознанных резидуальных симптомов в развитии депрессивного расстройства. 6-месячный период для определения окончания эпизода объясняется и подтверждается двумя подходами, которые включают длительность депрессивного эпизода и данные о пре-