



журнал имени

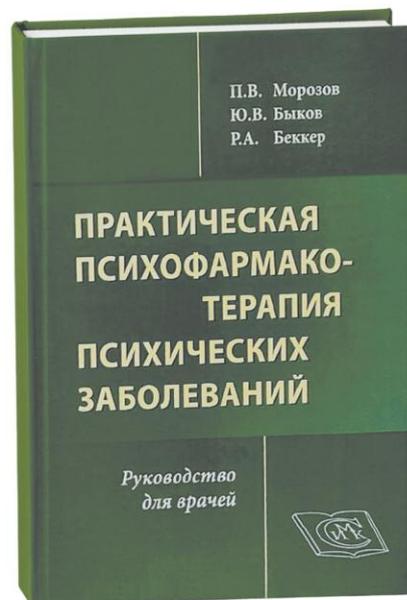
ISSN 2075-1761

П.Б.ГАННУШКИНА

№2 | том 26 | 2024

психиатрия и психофармакотерапия





В данной книге детально рассматриваются как теоретические аспекты психофармакологии (история развития разных групп психотропных препаратов и мотивация для каждого этапа их разработки, химическое строение, фармакокинетика и фармакодинамика психотропных лекарств, патофизиология ряда психических расстройств в связке с теоретическими обоснованиями эффективности определенных препаратов при этих расстройствах), так и вопросы прикладной психофармакотерапии (рациональный выбор лекарств, дозировки, режимы дозирования, их совместимость, их эффективность и безопасность при разных психических патологиях с точки зрения доказательной медицины, показания и противопоказания к их назначению, побочные эффекты и способы их предотвращения или минимизации, способы их коррекции, особые указания).

Книга «Практическая психофармакотерапия психических заболеваний (избранные главы): руководство для врачей» рассчитана на широкий круг врачей, использующих в своей практике психотропные препараты или желающих научиться их использованию (не только психиатры). Она также может быть полезной студентам старших курсов медицинских вузов, особенно тем из них, кто намерен избрать своей специальностью психиатрию, наркологию или неврологию.

руководство для врачей

ПРАКТИЧЕСКАЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ИЗДАТЕЛЬСТВО

Специальное Издательство
Медицинских Книг, Россия

АВТОРЫ

Морозов П.В., Быков Ю.В., Беккер Р.А.

Артикул: 110437
ISBN: 978-5-91894-094-5
Год издания: 2021
Страниц: 1096
Переплет: твердый
Формат, см.: 17.0 x 24.0
Вес: 1.580 кг
Категории: Психиатрия, наркология

Журнал «Психиатрия и психофармакотерапия» им. П.Б. Ганнушкина – издание Российского общества психиатров (РОП), рецензируемый научно-практический журнал для профессионалов в области здравоохранения. Основан в 1999 году П.В. Морозовым. Журнал «Психиатрия и психофармакотерапия» им. П.Б. Ганнушкина индексируется в следующих электронных поисковых системах/базах данных: РИНЦ (Российский индекс научного цитирования).

Том 26, №2, 2024 / Vol. 26, No.2, 2024

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР ЖУРНАЛА
Д.П. Морозов

EDITOR-IN-CHIEF
D.P. Morozov

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.С. Аведисова, д.м.н., проф.
Ю.А. Александровский, чл.-кор. РАН
А.В. Андрищенко, д.м.н.
И.П. Анохина, акад. РАН
Р.А. Беккер, м.к.н.
А.Е. Бобров, д.м.н., проф.
Н.А. Бохан, акад. РАН
Ю.В. Быков, к.м.н.
Д.С. Данилов, д.м.н.
Э.Б. Дубницкая, д.м.н., проф.
Н.Н. Иванец, чл.-кор. РАН
М.В. Иванов, д.м.н., проф.
С.В. Иванов, д.м.н., проф.
Б.А. Казаковцев, д.м.н., проф.
В.В. Калинин, д.м.н., проф.
М.А. Кинкулькина, чл.-кор. РАН
В.Н. Краснов, д.м.н., проф.
Г.П. Костюк, д.м.н., проф.
Е.Г. Костюкова, к.м.н.
В.И. Крылов, д.м.н., проф.
В.Э. Медведев, к.м.н., доцент
М.А. Морозова, д.м.н., проф.
С.Н. Мосолов, д.м.н., проф.
Н.Г. Незнанов, д.м.н., проф.
С.А. Овсянников, д.м.н., проф.
Н.Ю. Пятницкий, к.м.н.
А.Б. Смуглевич, акад. РАН
Н.В. Треушникова, к.м.н.
Г.М. Усов, д.м.н., проф.
А.Б. Шмуклер, д.м.н., проф.

EDITORIAL COUNCIL

A.S.Avedisova, prof. Dr. Sci.
Yu.A.Alexandrovsky, prof. Assoc. Member RAS
A.V.Andryuschenko, Dr. Sci.
I.P.Anokhina, prof. Assoc. Member RAS
R.A.Bekker, M. Sc. in computer Science
A.E.Bobrov, prof. Dr. Sci.
N.A.Bohan, prof. Assoc. Member RAS
Yu.V.Bykov, Ph. D.
D.S.Danilov, Dr. Sci.
E.B.Dubnitskaya, prof. Dr. Sci.
N.N.Ivanets, prof. Assoc. Member RAS
M.V.Ivanov, prof. Dr. Sci.
S.V.Ivanov, prof. Dr. Sci.
B.A.Kazakovtsev, prof. Dr. Sci.
V.V.Kalinin, prof. Dr. Sci.
M.A.Kinkulkina, prof. Assoc. Member RAS
V.N.Krasnov, prof. Dr. Sci.
G.P.Kostuk, prof. Dr. Sci.
E.G.Kostukova, Ph. D.
V.I.Krylov, prof. Dr. Sci.
V.E.Medvedev, Ph. D., Associate Professor
M.A.Morozova, prof. Dr. Sci.
S.N.Mosolov, prof. Dr. Sci.
N.G.Neznanov, prof. Dr. Sci.
S.A.Ovsiannikov, prof. Dr. Sci.
N.Y.Pyatnitskiy, Ph.D.
A.B.Smulevich, prof. Member RAS
N.V.Treoushnikova, Ph. D.
G.M.Usov, prof. Dr. Sci.
A.B.Schmukler, prof. Dr. Sci.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ СОВЕТ

Председатель – А. Jablensky (Перт)
С.А. Алтынбеков (Алматы)
З.Ш. Ашууров (Ташкент)
Т.И. Галако (Бишкек)
Н.В. Измайлов (Баку)
Н.А. Марута (Харьков)
А.Э. Мелик-Пашаян (Ереван)
О.А. Скугаревский (Минск)

INTERNATIONAL COUNCIL

Н.И. Ходжаева (Ташкент)
J.Rybakowski (Познань)
C.Soldatos (Афины)
D.Moussaoui (Касабланка)
G.Milavic (Лондон)
J.Sinzelle (Париж)
H.-J.Moeller (Мюнхен)
J.Chihai (Кишинев)

E-mail: dmr@mentica-pvm.ru, am@mentica-pvm.ru
Электронная версия: con-med.ru

По вопросам рекламы и продвижения:

АНО «Научно-практический центр «Психея» имени Петра Викторовича Морозова».
117437 Москва, ул Островитянова дом 9, корпус 4, кв 249,
тел.: +7 993 908 00 26

Издатель: АНО «Научно-практический центр «Психея» имени Петра Викторовича Морозова».

Адрес издателя: 117437 Москва, ул Островитянова дом 9, корпус 4, кв 249

Адрес типографии: 107023, Москва, ул. Электrozаводская, 21

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Рег. номер: ПИ № ФС77-73902.

Общий тираж: 30 тыс. экз.

Дата выхода: 23.04.2024

Учредитель: Морозова А.П., Морозов Д.П.

Издание распространяется бесплатно.

Каталог «Пресса России» 29575.

Авторы, присылающие статьи для публикаций, должны быть ознакомлены с инструкциями для авторов и публичным авторским договором. Информация на сайте con-med.ru.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции журнала.

Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения редакции.

Все права защищены. 2024 г.

Научное производственно-практическое издание для профессионалов в области здравоохранения. Согласно рекомендациям Роскомнадзора выпуск и распространение данного производственно-практического издания допускаются без размещения знака информационной продукции.



Журнал имени П.Б. Ганнушкина
Gannushkin Journal

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENT

В ФОКУСЕ

Феномен некорректируемых ложных умозаключений в современных психиатрических классификациях
В.Д. Менделевич

IN FOCUS

The phenomenon of uncorrectable false conclusions in modern psychiatric classifications
V.D. Mendelevich

ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ
Актуальные аспекты диагностики шизофрении у детей и подростков

Е.В. Корень, Т.А. Куприянова 9

ADOLESCENT PSYCHIATRY
Current approaches to diagnosis of schizophrenia in children and adolescents

E.V. Koren, T.A. Kupriyanova 9

ИССЛЕДОВАТЕЛЬ – ПРАКТИКЕ
Гендерный аспект негативной симптоматики у пациентов с первым эпизодом шизофрении

Н.Н. Петрова,
А.Е. Добровольская,
В.М. Манюшина 13

RESEARCHER – TO THE PRACTICE
The gender aspect of negative symptoms in patients with the first episode of schizophrenia

N.N. Petrova,
A.E. Dobrovolskaya,
V.M. Manushina 13

Оценка эффективности и переносимости карипразина у пациентов с параноидной шизофренией

И.В. Доровских, Т.А. Павлова 18

Evaluation of the efficacy and tolerability of cariprazine in patients with paranoid schizophrenia

I.V. Dorovskikh, T.A. Pavlova 18

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

Учение об инстинктах и эмоциях в монографии Чарльза Дарвина «Происхождение человека и половой отбор» как основа современной эволюционной психиатрии и психологии
Н.Ю. Пятницкий 28

POINT OF VIEW

The doctrine of instincts and emotions in Charles Darwin's monograph «The Descent of Man and Sexual Selection» as a basis of contemporary evolutionary psychiatry and psychology
N.Yu. Pyatnitskiy 28

Решением ВАК Минобрнауки России журнал «Психиатрия и психофармакотерапия» им. П.Б. Ганнушкина включен в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых публикуются основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук

Феномен некорректируемых ложных умозаключений в современных психиатрических классификациях

В.Д. Менделевич

Казанский государственный медицинский университет, кафедры психиатрии и медицинской психологии, 420012, Казань, ул. Волкова, 80, e-mail: mendelevich_vl@mail.ru

Резюме

В статье анализируется феномен некорректируемых ложных умозаключений и его представленность в современных психиатрических классификациях (МКБ-11 и DSM 5). Обращается внимание на тенденцию смешивать понятия бредовых, сверхценных, доминирующих и навязчивых идей. В частности, речь идет об ипохондрии, дисморфическом расстройстве, патологической озабоченности собственным запахом и о патологическом накопительстве (хординге) «со снижением или отсутствием критичности», которые представлены не в рубрике хронических бредовых расстройств, а в рубрике обсессивно-компульсивных расстройств. Парадокс заключается в том, что отсутствие критичности, убежденность в верности собственных ложных суждений и их некорректируемость традиционно рассматривается как критерии бредовых идей. С другой стороны, анализируется тот факт, что вне психиатрических классификаций оказываются феномены, клинически сходные с бредовыми, но фактически ими не являющиеся. Анализ феномена некорректируемых ложных умозаключений и отношение к нему как к психопатологическому синдрому показывает неоднозначность взглядов психиатров к данной проблеме. Часть из подобных феноменов (ипохондрия, озабоченность собственным запахом, дисморфия) нашли свое место в современных классификациях психических и поведенческих расстройств, другие (расизм, антисемитизм, гомофобия, трансфобия) оказались вне группы хронических бредовых расстройств и продолжают рассматриваться как непсихопатологические. Утверждается, что на процесс отношения к данной проблеме существенно влияет социум, оказывающий давление на психиатрическое сообщество и диктующий выработку диагностических критериев на основании социокультуральных, а не медицинских факторов.

Ключевые слова: бред, паранойя, ложные умозаключения, иррациональные убеждения, ипохондрия, дисморфия, озабоченность собственным запахом, хординг, обсессивно-компульсивное расстройство, МКБ-11, ICD 5.

Для цитирования: Менделевич В.Д. Феномен некорректируемых ложных умозаключений в современных психиатрических классификациях. Психиатрия и психофармакотерапия. 2024; 2: 4–8. DOI: 10.1016/2075-1761-2024-26-2-4-8

The phenomenon of uncorrectable false conclusions in modern psychiatric classifications

V.D. Mendelevich

Kazan State Medical University, Department of Psychiatry and Medical Psychology, 420012, Kazan, st. Volkova, 80, e-mail: mendelevich_vl@mail.ru

Abstract

The article analyzes the phenomenon of uncorrectable false conclusions and its representation in modern psychiatric classifications (ICD-11 and DSM 5). Attention is drawn to the tendency to confuse the concepts of delusional, overvalued, dominant and obsessive ideas. In particular, we are talking about hypochondria, dysmorphic disorder, pathological preoccupation with one's own smell and pathological hoarding (hoarding) "with a decrease or absence of criticality", which are presented not under the heading of chronic delusional disorders, but under the heading of obsessive-compulsive disorders. The paradox is that the lack of criticality, the conviction of the correctness of one's own false judgments and their incorrigibility are traditionally considered as criteria for delusional ideas. On the other hand, the fact is analyzed that outside psychiatric classifications there are phenomena that are clinically similar to delusional ones, but in fact are not delusional ones. Analysis of the phenomenon of uncorrectable false conclusions and the attitude towards it as a psychopathological syndrome shows the ambiguity of psychiatrists' views on this problem. Some of these phenomena (hypochondria, preoccupation with one's own smell, dysmorphia) have found their place in modern classifications of mental and behavioral disorders, others (racism, anti-semitism, homophobia, transphobia) turned out to be outside the group of chronic delusional disorders and continue to be considered non-psychopathological. It is argued that the process of attitude towards this problem is significantly influenced by society, which puts pressure on the psychiatric community and dictates the development of diagnostic criteria based on sociocultural, rather than medical factors.

Keywords: delusion, false conclusions, irrational beliefs, hypochondria, dysmorphia, preoccupation with one's own smell, obsessive-compulsive disorder, ICD-11, DSM 5.

For citation: Mendelevich V.D. The phenomenon of uncorrectable false conclusions in modern psychiatric classifications. Psychiatry and psychopharmacotherapy. 2024; 2: 4–8. DOI: 10.1016/2075-1761-2024-26-2-4-8

Современная психиатрия изобилует диагностическими загадками и противоречиями. Классические представления о феноменологии психопатологических симптомов и синдромов подвергаются ревизии – все чаще в клинической картине непсихотических расстройств описывается появление психотических симптомов [1], смешиваются понятия бредовых, сверхценных, доминирующих и навязчивых идей. Кроме того, учащаются случаи, когда люди высказывают ложные некорректируемые идеи, формально отвечающие критериям диагностики бреда (паранойи), но которые оказываются культурально одобряемыми, широко распространенными и признаются не выходящими за рамки психической нормы.

Проблема усугубилась в связи с внедрением в практику новых классификаций психических и поведенческих рас-

стройств (МКБ-11 и DSM 5), в которых фактически стерты границы между психотическими и непсихотическими расстройствами. Возможно, подобный диагностический релятивизм обусловлен широким распространением терапевтического релятивизма – убеждением, что «все в психиатрии лечится всем» [2, 3], и что назначение психофармакотерапии не коррелирует с процессом установления точного («нозологического») психиатрического диагноза и практически не зависит от обнаружения психотического или непсихотического уровня расстройств.

В реальной клинической практике психиатрам все чаще приходится иметь дело с ситуациями, когда крайне сложно понять, имеется ли у пациента бред или ложные небредовые умозаключения, а некоторые расстройства, традиционно относимые к небредовым, представлены в класси-

фикациях как характеризующиеся некорректируемостью и некорректируемостью – т.е. симптомами, приписываемыми определению бреда.

Если прежние классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-9) четко разделяли психозы и «непсихозы», то нынешние (МКБ-10 и, особенно, МКБ-11) не только практически изъяли из обращения понятие уровней психических расстройств, но и смешали их. В рамках одной рубрики сегодня могут быть объединены и обсессивные, и бредовые, и сверхценные симптомы. Ярким примером этому может служить рубрика «Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства» (ОКР) в МКБ-11, которая раньше входила в раздел невротических, соматоформных и связанных со стрессом расстройств [4]. Подразумевалось, что обсессивно-компульсивные симптомы должны характеризоваться критичностью, «борьбой мотивов», тягостными переживаниями и стремлением пациента избавиться от них. Традиционный взгляд на ананкастные (обсессивно-компульсивные) расстройства исходил из необходимости дифференцировать их с качественно иными расстройствами мышления [4, 5], требующими принципиально иных терапевтических интервенций. В частности, когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) может быть обоснованным выбором при навязчивостях, но неадекватным при бредовых или сверхценных идеях. Поскольку, исходя из определения, бред – это ложное умозаключение, не поддающееся коррекции, и, следовательно, наивно и бессмысленно пытаться с помощью КПТ менять дисфункциональные убеждения пациента. В МКБ-11 классический подход к оценке психопатологии фактически пересмотрен, и в ОКР-рубрику вошло «Обсессивно-компульсивное расстройство со снижением или отсутствием критичности» (6B20.1) [5]. В его диагностические критерии включен параметр убежденности в правильности «навязчивых идей», отсутствие сомнений и недопущение иных объяснений происходящего. Отмечено, что отсутствие критичности существенно не меняется по мере колебания уровня тревоги, т.е. не аффектогенно. Таким образом, фактически обсессивные феномены становятся в новых классификациях неотличимыми от бредовых или сверхценных. Ведь «убежденность в правильности навязчивых идей» входит в противоречие с дефиницией навязчивостей (ананказмов). Если в клинической картине обнаруживается убежденность, а не сомнения, то это точно не обсессии.

Сходная трансформация диагностических критериев произошла и с ипохондрией, которая, согласно МКБ-11, допускает наличие «ипохондри со снижением или отсутствием критичности» (6B23.1 по МКБ-11). То есть комплекс ипохондрических идей, как и в случае с ОКР, перекочевывает из непсихотического на психотический уровень, ведь любая патологическая (ложная) идея, не поддающаяся коррекции и с отсутствием критического к ней отношения, фактически превращается в бредовую. Ранее в МКБ-10 указание на параметр некорректируемости отсутствовало. Кроме того, в МКБ-11 появилось «дисморфическое расстройство со снижением или отсутствием критичности» (6B21.1), «патологическая озабоченность собственным запахом со снижением или отсутствием критичности» (6B22.1), «патологическое накопительство (хординг) со снижением или отсутствием критичности» (6B24.1) [5].

Несколько лет назад после выхода нашумевшей статьи «Влечение как бред» [6] в отечественной научной психиатрической литературе развернулась острая дискуссия. Обсуждался вопрос о том, как психопатологически охарактеризовать аддитивное влечение к психоактивному веществу (ПАВ). В Национальном руководстве по наркологии [7] утверждалось, что пациент с аддитивным влечением ошибочно считает свое влечение к наркотику влечением (потребностью), а оно фактически является «ошибочным суждением, не поддающимся коррекции, возникающим на болезненной основе», то есть некорректируемым ложным умозаключением, или бредом. На этом основании предлагалось лечить крейвинг (влечение) «антибредовыми» антипсихотиками. Нами в статье «Влечение как влечение, бред как бред» [8] была предпринята попытка оспорить позицию о том, что «влечение – это бред», и была высказана мысль о том, что у больных наркозависимостью действительно присутствует «навязчивое» стремление употребить наркотическое вещество, но суждения типа «я хочу употреблять наркотики» являются вербализацией потребности, а не сверхценной идеей или бредом. Коллеги, включившиеся в дискуссию [9], утверждали, что аддитивное влечение следует рассматривать как обсессивно-компульсивное образование (расстройство, структура). Нами был сделан вывод о том, что использование терминов «обсессии» и «компульсии» для описания аддитивного влечения при химических зависимостях носит необоснованный гипердиагностический характер. Клинические проявления аддитивного влечения при химических зависимостях не совпадают с диагностическими критериями обсессий и компульсий. Так же как не каждый «навязчивый страх» обоснованно обозначать фобией, так и не любая «навязчивая идея» является обсессией и не любое «навязчивое действие» компульсией. Термин «аддитивное влечение» в силу доказанности нейробиологических основ зависимости является исчерпывающим и не нуждается в психопатологической интерпретации и нюансировке [10]. Приведенный пример показывает сложности с квалификацией психопатологических состояний, характеризующихся критерием некорректируемости ложных умозаключений (НЛУ).

Возвращаясь к анализу данного феномена на примере обсессивно-компульсивных и сходных расстройств (ипохондри, дисморфии, озабоченности собственным запахом, хордингом), хочется привлечь внимание к тому факту, что в международных классификациях психических и поведенческих расстройств, к примеру, ипохондрия внесена не только в рубрику ОКР, но и отнесена к «паранойе, или хроническим бредовым расстройствам» (F22.0 в МКБ-10 и 6A24 в МКБ-11). Важно, что терапия расстройств невротического уровня, к которым всегда относится ипохондрическое расстройство, не идентична терапии ипохондрического бреда.

Особо следует остановиться на проблеме определения НЛУ вне психиатрической систематики. В последние годы немалое число людей стало придерживаться иррациональных убеждений и открыто выражать нетипичное для большинства конспирологическое мировоззрение. Подобные идеи в некоторых случаях приводят к формированию фанатизма и агрессивного поведения. В связи с этим перед психиатрами остро встал вопрос о необходимости разгра-

ничении бреда как психопатологического синдрома и мировоззренческих установок как проявлений нормы. Среди наиболее часто встречаемых оказались идеи «антиваксерства», ковид-диссидентства, «чипирования» [11, 12]. В ряду сходных оказались и идеи, связанные с расизмом, гомофобией и антисемитизмом.

Ниже приведен клинический случай Тамары О., привлеченной к уголовной ответственности за публичные призывы к осуществлению экстремистской деятельности (ст. 280 УК РФ) в связи с антисемитскими высказываниями в интернете. Судебно-психиатрическая экспертиза расценила данную деятельность как вытекающую из психопатологии и признала пациентку невменяемой.

Тамара О., 64 года. Из медицинской документации и с ее слов известно, что наследственность психопатологически не отягощена. С детского возраста росла и развивалась нормально. Окончила 10 классов средней школы, затем работала токарем на заводе, матросом на рыболовном флоте, маляром и мастером на стройке. Заочно окончила строительный техникум. В возрасте двадцати пяти лет вышла замуж, через три года родила дочь и вскоре развелась с мужем. В настоящее время на пенсии, работает дворником. Соматически здорова и не получает никакой терапии. Сведений об обращении в психиатрические и наркологические учреждения не имеется. Соседи характеризуют ее как уравновешенную и спокойную женщину.

Тамара называет себя сторонницей Единой общероссийской организации «Граждан СССР»¹. Она присоединилась к этому движению с целью борьбы за социальную справедливость. Основным видом борьбы являлась и является борьба с сионизмом и, в частности, с «раскинувшейся по всей России сетью еврейских школ «Ор Авнер»², которые пропагандируют превосходство евреев перед другими нациями». По данным журналистских расследований, число виртуальных участников групп «Граждан СССР» в социальных сетях насчитывало десятки тысяч, а на митинги и народные сходы в крупных городах России выходило около двух-трех десятков человек.

Несколько лет назад на Тамару О. был составлен административный протокол по ст. 20.2 ч. 5 (Нарушение участником публичного мероприятия установленного порядка проведения собрания, митинга, демонстрации, шествия или пикетирования). В то же время в отношении нее было возбуждено уголовное дело по признакам преступления, предусмотренным ч. 2 ст. 280 УК РФ. Ей вменялось в вину то, что она на своем ютуб-канале записала видеоролик, в котором (по мнению следствия) содержались высказывания, негативно оценивавшие группу лиц, объединенных по признакам расы, национальности, языка, происхождения (евреи), и содержались призывы к враждебным действиям в отношении данной группы лиц. В связи с тем, что поведение и высказывания Тамары рассматривались следствием неадекватными, ей была назначена стационарная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

Анализ жизни и общественной деятельности Тамары О. показал, что на протяжении ряда лет основной его особенностью являлось стремление к поиску социальной справедливости и участие в общественном движении

«Граждане СССР». Она полностью разделяла взгляды и мировоззренческие установки участников движения, которые были убеждены, что причиной социальной несправедливости в стране и в городе является «мировой капитализм, финансовый капитал, и высшая стадия капитализма – иудаизм, который... пропагандируют сионисты». В связи с этим движение «Граждан СССР» активно боролось с религиозной еврейской общиной. Обращает на себя внимание тот факт, что идеология вражды по отношению к иудаистской общине являлась и является характерной не только для Тамары О., но и для всего движения «Граждане СССР». Мировоззрение и убеждения Тамары не являлись уникальными и не отличались от мировоззрения и убеждений ее референтной группы.

В экспертном заключении судебных психиатров данное поведение подэкспертной однозначно трактовалось как бредовое (паранойя), и Тамаре О. был выставлен диагноз органического бредового расстройства в связи с сосудистым заболеванием головного мозга. Однако экспертами не были приведены аргументы, на основании каких клинических критериев антисемитские убеждения подэкспертной, которые разделяют участники общественного движения «Граждане СССР», признаны бредовыми. В соответствии с общепризнанной дефиницией бредовыми идеями признаются «ложные суждения и умозаключения, которые отличаются непоколебимой твердостью, не разделяются другими людьми, принадлежащими к той же культурной или социальной группе и обладающими таким же уровнем интеллекта, и стойко удерживаются, несмотря на все доказательства противоположного» [13, 14].

Экспертами-психиатрами в процессе проведения исследования не было проведено дифференциальной диагностики между бредовыми идеями как признаком психического расстройств и мировоззрением, присущим психически здоровым лицам. Экспертами был проигнорирован тот факт, что мнение Тамары О., негативно оценивающее группу лиц, объединенных по признакам расы, национальности, языка, происхождения (евреи), разделяют достаточное большое число ее соратников. В соответствии с критериями диагностики бреда обязательным для постановки диагноза психического расстройства является указание на конкретную форму бредового расстройства. Традиционно выделяются следующие: бред преследования, воздействия, ревности, ипохондрический, отношения, высокого происхождения, величия и некоторые другие. В тексте заключения экспертов-психиатров на Тамару О. не было указано, какая именно форма бредового расстройства ими выявлена. Ни одна из известных форм бреда к описанию случая Тамары не подходит. Кроме того, бред всегда должен носить для пациента личностный смысл – «его преследуют», «на него воздействуют», «ему изменяют», «он великий» и т.д. В описании подэкспертной не выявлен и не описан личностный смысл ее идей о том, что «сионисты... должны нас поработить», не указано, какое отношение деятельность религиозной организации имеет к ней лично, как именно это затрагивает ее интересы, ее жизнь и существование, в чем конкретно заключается возможность «порабощения» именно Тамары О.

¹ Минюстом РФ признана экстремистской организацией в 2022 году.

² Частные образовательные учреждения.

Следует признать, что в описанном экспертами психическом статусе подэкспертной не приведено ни одного доказательства того, что у Тамары обнаруживаются бредовые идеи, а не некорректируемые ложные умозаключения и убеждения. Кроме того, любое психическое расстройство должно иметь начало, и психическое поведенческое состояние и поведение пациента должно кардинально отличаться от того, что было в преморбиде (до болезни). Из анамнеза известно, что взгляды Тамары на роль религиозной и национальной группы (евреев) в социальной несправедливости существовали на протяжении длительного времени и не претерпели никаких изменений за последние годы. Экспертами в заключении не описано, как и когда сосудистое заболевание головного мозга вызвало у Тамары О. появление органического психического расстройства в форме бредовых идей.

Известно, что в соответствии с рекомендациями, изложенными в МКБ-10, диагноз органического бредового расстройства не следует устанавливать в случаях, если органическая причина имеет неспецифический характер или подтверждается ограниченными данными. В экспертном заключении отсутствуют доказательства того, что сосудистое заболевание головного мозга, на которое ссылаются психиатры, имело у Тамары связь с психопатологией. Диагноз дисциркуляторной энцефалопатии II стадии, выставленный неврологом, требовал расшифровки и обоснования.

Известно, что лица, склонные к ксенофобии, выделяют следующие индивидуально-психологическими особенностями: повышенная личностная тревожность, повышенный уровень агрессивности, враждебности, ригидности, физической и косвенной агрессии, высокие показатели маскулинности, преобладание таких психологических защит, как отрицание, проекция, высокий поиск новизны, преобладание неадаптивных копинг-стратегий. Однако эти индивидуально-психологические особенности полностью не объясняют возникновение и склонность к ксенофобии [15]. В связи с этим в научной литературе неоднократно поднимался вопрос *о возможности рассмотрения расизма, антисемитизма и других форм ксенофобии к кругу психопатологических.*

В известной книге Sander L. Gilman, James M. Thomas «Являются ли расисты сумасшедшими?: Как предубеждение, расизм и антисемитизм стали признаками безумия» [16] обращено внимание на то, что антисемитизм в разные исторические периоды рассматривался по-разному. Примерно с 1890 по 1940 год в социальных науках произошли два поворота. Одно изменение касалось того, как понимается раса: от биологической категории к категории социально сконструированной. Сначала раса определялась биологически – в частности, евреи считались отдельной расой, а не просто религиозной или этнической группой. В глазах антисемитов еврейская раса была неполноценна, обладала негативными с точки зрения психического здоровья характеристиками. Чуть позже биологическое определение расы было пересмотрено, и в социальных науках возникло представление о том, что антисемиты – это душевнобольные люди. Их считали параноиками, иррационально ненавидящими, самовлюбленными, жестокими и страдающими «юдофобией». При этом обнаружился пере-

ход от понимания угнетенного как больного к угнетателю как больному.

S.L. Gilman, J.M. Thomas [16] подробно обсуждают попытки некоторых ученых добиться того, чтобы Американская психиатрическая ассоциация признала крайнюю степень фанатизма психическим расстройством, предоставив ему место в диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM). Они отмечают, что психиатры по-прежнему отказываются включать фанатизм как отдельную категорию (например, в группу расстройств личности) или как подраздел параноий или обсессивных расстройств. Авторы критикуют данный подход и рассматривают его как свидетельство того, что социолого-политический взгляд на фанатизм (как социальный эффект) рискует быть замененным психопатологическим взглядом. И все же авторы учитывают довольно распространенное мнение о том, что фанатизм в крайних его формах может рассматриваться как психопатология. На основании того, что Тамара О. высказывала идеи антисемитизма и действовала, исходя из собственных экстремистских принципов, не может быть сделан вывод о психопатологической базе ее мировоззрения, диагноз бредового расстройства не может считаться обоснованным.

Таким образом, анализ феномена некорректируемых ложных умозаключений и отношение к нему как к психопатологическому синдрому показывает неоднозначность взглядов психиатров на данную проблему. Часть из подобных феноменов (ипохондрия, озабоченность собственным запахом, дисморфия, хординг) нашли свое место в современных классификациях психических и поведенческих расстройств, но вне группы хронических бредовых расстройств, другие (расизм, антисемитизм, гомофобия, трансфобия) рассматриваются как непсихопатологические. Следует отметить, что на процесс отношения к данной проблеме существенно влияет социум, оказывающий давление на психиатрическое сообщество и старающийся диктовать, что из культуральных убеждений следует относить к болезням, а что нет. Дальнейшие углубленные клиничко-психопатологические исследования формирования НЛУ должны пролить свет на данный феномен и выявить кардинальные (сущностные) различия бреда и некорректируемых ложных умозаключений.

Литература:

1. Менделевич В.Д., Гатин Ф.Ф., Хамитов Р.Р., Коновалова В.Н., Королева П.В. Психотические симптомы при непсихотических расстройствах: ошибки диагностики или новая реальность? Неврологический вестник. 2022. Т. LIV. Вып. 2. С. 5–12. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb108655>.
2. Зорин Н.А. Неуютное лечение без диагноза. Неврологический вестник. 2021. №1. С. 69-70. <https://doi.org/10.17816/nb58213>.
3. Mendelevich V. Toward diagnostic and therapeutic relativism in psychiatry and addiction medicine. Heroin Addiction and Related Clinical Problems, Published, 2019, 21 (5): 9-14.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Психические и поведенческие расстройства. СПб, 1994. 304 с.
5. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейropsychического развития. Статистическая классификация. 2-е издание, переработанное и дополненное. М.: «КДУ», «Университетская книга». 2022: 432 с. DOI:10.31453/kdu.ru.91304.0172.

6. Михайлов М.А. Влечение как бред. Вопросы наркологии. 2010. №4. С.15-26.
7. Наркология. Национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2008 – 719 с.
8. Менделевич В.Д. Влечение как влечение, бред как бред. //Вопросы наркологии. 2010. №5. С. 95-102.
9. Егоров А.Ю. Аддиктивный спектр: pro et contra. Неврологический вестник. 2020, №4. – С. 60-68. DOI: 10.17816/nb49780.
10. Менделевич В.Д., Зобин М.Л. Аддиктивное влечение. М., МЕДПРЕСС-информ. 2012, 264 с.
11. Carpiniello V. Vaccine hesitancy and psychopathology. A narrative review. Riv Psichiatr. 2023. 58 (1): 1-9. doi: 10.1708/3964.39425.
12. Goldberg J.F. How should psychiatry respond to COVID-19 anti-vax attitudes? J Clin Psychiatry. 2021; 82 (5): 21ed14213. <https://doi.org/10.4088/JCP.21ed14213>.
13. Соложенкин В.В. Избранные лекции по психиатрии с элементами психотерапии. Бишкек, 2011. 318 с.
14. Менделевич В.Д. Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. М.: Городец; 2016. 128 с.
15. Маланцева О.Д. Психологические особенности формирования ксенофобских установок. Психология и право. 2011; № 4. С. 22-32.
16. Gilman S.L., Thomas J.M. Are racists crazy?: How prejudice, racism, and anti-semitism became markers of insanity. New York University Press, 2016: 385 p.

Дата поступления: 07.02.2024

Received: 07.02.2024

Принята к печати: 18.03.2024

Accepted: 18.03.2024

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Author declares no conflicts of interest.

Актуальные аспекты диагностики шизофрении у детей и подростков

Е.В. Корень, Т.А. Куприянова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России (Москва)

Работа выполнена в рамках Государственного задания «Разработка стационарных и динамических прогностических маркеров расстройств аффективного спектра и шизоаффективного расстройства на основе клинико-патогенетических нейробиологических и психопатологических исследований». Регистрационный номер 121041300179-3.

Резюме

В статье представлены современные подходы к установлению диагноза шизофрении у детей и подростков и показаны концептуальные и практические трудности установления данного диагноза в России на основе существующих диагностических критериев МКБ-10.

Ключевые слова: шизофрения, дети, подростки, МКБ-10.

Для цитирования: Корень Е.В., Куприянова Т.А. Актуальные аспекты диагностики шизофрении у детей и подростков. Психиатрия и психофармакотерапия. 2024; 2: 9–12. DOI: 10.1016/2075-1761-2024-26-2-9-12

Current approaches to diagnosis of schizophrenia in children and adolescents

E.V. Koren, T.A. Kupriyanova

Moscow Research Institute of Psychiatry – the branch of FSBSI “National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky” of the Russian Ministry of Health, Moscow

Abstract

Based on current clinical approaches are revealed the challenges and increasing importance of careful diagnosis of schizophrenia in children and adolescences based on ICD-10 criteria.

Keywords: schizophrenia, children, adolescents, ICD-10.

For citation: Koren E.V., Kupriyanova T.A. Current approaches to diagnosis of schizophrenia in children and adolescents. Psychiatry and psychopharmacotherapy. 2024; 2: 9–12. DOI: 10.1016/2075-1761-2024-26-2-9-12

Обращение к проблематике ошибочной диагностики шизофрении в детском и подростковом возрасте в значительной степени основано на нашем опыте проведения Федеральных телеконсультаций практически по всем регионам России и консультативно-диагностической работе в детском отделении Московского НИИ психиатрии, транслирующем относительно высокий удельный вес, среди попавших в наше поле зрения пациентов, детей и подростков с необоснованно выставленным диагнозом шизофрении. Наше сообщение не претендует на всеобъемлющий охват всех аспектов проблемы, поскольку среди запросов на уточнение диагноза мы практически не сталкивались с целым рядом болезненных состояний, включающих органические, метаболические и другие расстройства, характер симптоматики которых может потребовать проведения соответствующего дифференциального диагноза, и имеет скорее практическую направленность, отражающую проблемный характер сложившейся клинической практики.

Предмет нашей обеспокоенности корреспондирует с последними эпидемиологическими данными по России, согласно которым показатели общей заболеваемости шизофренией в детском возрасте увеличились на 6,5% – с 13,53 на 100 тыс. населения в 2000 г. до 14,41 на 100 тыс. населения в 2018 г., а в группе подростков показатель заболеваемости шизофренией возрос на 44,7% – с 54,61 на 100 тыс. населения в 2000 г. до 79,03 на 100 тыс. населения в 2018 г. [1]. Доля больных, страдающих шизофренией, составляет 4,4% среди общего числа детей, признанных инвалидами вследствие психического расстройства [2]. Очевидным образом, причины столь значительного роста ста-

тистических показателей не могут быть объяснены истинным ростом числа заболевших шизофренией детей и подростков.

Помимо существенных негативных социальных, психологических и клинических последствий для пациентов и их семей, выявленная актуальная тенденция может указывать на наличие определенных кризисных явлений в отечественной детской психиатрии в целом, что требует пристального внимания специалистов.

Проблема шизофрения была и остается центральным конструктом классической психиатрии с неизменно высокой актуальностью теоретических и практических аспектов ее изучения. К настоящему времени на эвристическом уровне признается наличие гетерогенного феномена шизофрении с концептуальным разделением на так называемую позитивную и негативную, но общий итог клинических и теоретических изысканий настолько незавиден, что некоторыми исследователями высказывались предложения отказаться от самого названия расстройства.

Накопившийся корпус данных позволяет констатировать отсутствие патогномоничных для шизофрении симптомов, в том числе долгое время бывших ведущей диагностической опорой симптомов 1-го ранга, и неспецифичности других клинических признаков в отношении как продуктивной, так и негативной симптоматики. Как показано многочисленными исследованиями, эти же симптомы могут встречаться и при других психических расстройствах.

Также не нашло убедительного подтверждения концептуальное положение, что каждой форме течения шизофрении соответствует закономерная последовательность динамики психопатологических синдромов («стереотип

развития» болезни), как и не увенчались успехом основательные попытки связать тип шизофрении и течение шизофренического процесса [3].

Трудно разрешимое противостояние между категориальной и прототипической диагностикой пока не имеет своего решения, и сформулированные в современных классификациях диагностические критерии шизофрении носят характер консенсуса среди экспертов с креном последних версий МКБ и ДСМ в сторону статического «среза» наличествующей симптоматики в ущерб играющей существенную роль для диагностики клинико-динамической оценке состояния [4]. Нельзя не упомянуть и считающийся научно обоснованным отказ от традиционной типологии форм шизофрении в МКБ-11 вследствие подавляющего преобладания параноидной симптоматики и частого «перекрестного» присутствия в клинической картине кататонических и других видов психотических симптомов.

Применительно к детской психиатрии сохраняет актуальность ранее высказываемое многими отечественными и зарубежными клиницистами мнение, что развитие шизофренического процесса в детском возрасте, его основные проявления и закономерности течения аналогичны таковым у взрослых больных. Нозологическое единство шизофрении в различные возрастные периоды проявляется в общности основных психопатологических проявлений, прежде всего – негативных расстройств, приводящих по существу к тем же изменениям личности, что и у взрослых больных. Со времен Г.Е. Сухаревой единство детской и взрослой шизофрении проявляется также в общности клинических форм: параноидной, кататонической и гебефренической.

Наряду с общностью основных проявлений, течения и исхода, изучение шизофрении у детей и подростков позволило установить отличительные особенности, связанные с определенной фазой возрастного развития больных (возрастной патоморфоз). Характер такого видоизменения клинической картины и течения отчетливо выступает при сравнительно-возрастном изучении шизофрении в детском возрасте. Обнаружены отличия от взрослых больных в отношении распространенности и частоты возникновения психопатологических проявлений, течения, исхода, особенностей дефекта, изменений личности и т.д. [5].

Несмотря на то, что возрастное видоизменение касается в основном клинических проявлений, а не их сущности, сохраняет свою актуальность мнение основоположников отечественной детской психиатрии, что некоторые особенности клинической картины шизофрении с началом в детском возрасте связаны с одновременным появлением симптомов самой болезни и отклонений в психическом развитии, возникающих под влиянием заболевания, в виде признаков регресса, задержки, искажения или даже его приостановки.

Симптомы дизонтогенеза являются обязательными, но недостаточными для исчерпывающей диагностики, компонентами клинической картины шизофрении в детско-подростковом возрасте, особенно ярко выступающими в случаях раннего начала заболевания, и степень выраженности дизонтогенеза находится в прямой зависимости от

сроков начала заболевания. При этом проявления «вторичных», обусловленных влиянием шизофренического процесса, дизонтогенетических нарушений не следует отождествлять с преморбидными особенностями больных и изменениями доманифестного этапа развития заболевания.

Первое в России описание шизофрении у 10-летнего ребенка было представлено одним из основателей детской психиатрии, петербургским психиатром, приват-доцентом С.Н. Данилло в опубликованной в 1892 году работе «О детской кататонии». Яркое описание картины заболевания привлекло внимание отечественных исследователей и послужило толчком к ее активному изучению в начале XX в.

Современное понимание концепции шизофрении с ранним, по современной терминологии, началом (до 18 лет) тесно связано с появлением в начале 70-е годов революционных работ Kolvin I. (1971) [6] и Rutter M. (1972) [7], которым удалось провести разграничение между шизофренией и расстройствами аутистического спектра, значительная часть случаев которых до этого трактовалась как специфический «детский тип» шизофрении. Ими были представлены доказательные подтверждения неоднократно высказывавшегося ранее клинического предположения об аналогичности клинических проявлений шизофрении у детей и взрослых. Поскольку было показано, что выделение понятия «детская шизофрения» как самостоятельного заболевания не имеет клинических оснований, как диагностическая рубрика «детский тип шизофрении» был удален из DSM-3 (1980), в которой впервые были представлены единые диагностические критерии шизофрении. Последующие катамнестические исследования подтвердили обоснованность их применения и высокий уровень стабильности диагноза шизофрении, установленного в детстве, при переходе во взрослый возраст [8, 9].

Этими находками фактически дезавуируется основанное на клиническом предположении о наличии особого раннего процессуального шизофренического дизонтогенеза, впервые высказанное А.Н. Бернштейном (1912) допущение возможности внутриутробного заболевания шизофренией, когда «больные рождаются на свет с уже готовой болезнью», так же как и мнение О.П. Юрьевой, считавшей возможным начало шизофрении даже в самом раннем периоде развития ребенка (на 1-2 году жизни) [5].

В клинико-диагностическом аспекте важно отметить, что на уровне клинического фенотипа аутистические расстройства и шизофрения имеют общий дефицит социального поведения, странность речи, необычные реакции на окружающую среду и аффективные нарушения. При этом они больше не рассматриваются как взаимоисключающие расстройства, и уже с DSM-III-R (1987) подразумевается, что исследования распространенности должны выполняться с учетом коморбидности между этими двумя расстройствами. По данным Rapoport et. al. (2009) 28% детей с ранней шизофренией имеют коморбидный диагноз расстройства аутистического спектра [10].

Окончательное принятие «детским» психиатрическим сообществом современных представлений о шизофрении с ранним (до 18 лет) и ультраранним (до 13 лет) началом, вкуче с накопившимися данными о возможности форми-

рования психотических симптомов при расстройствах, не ассоциированных с шизофренией, привели к закономерным выводам об относительно редкой встречаемости шизофрении в данной возрастной группе. По последним, весьма сдержанным, оценкам, на возраст до 13 лет приходится лишь 0,05% всех случаев данного расстройства, лишь 2% больных шизофренией сообщают о начале психотических симптомов в этот возрастной период. После 14 лет наблюдается резкий рост заболеваемости шизофренией, приближающийся к показателям распространенности у взрослых [11]. Эти находки даже послужили основанием для высказывания опасений «пропустить» шизофрению в связи с высокой вероятностью для врачей практически не встретить таких больных в рутинной практике, влекущей за собой отсутствие достаточного клинического опыта в ее распознавании [12].

Достаточно тривиальная констатация очень редкой встречаемости шизофрении до 15-летнего возраста в парадигме устоявшейся клинической практики с обязательным использованием формальных общевозрастных критериев диагностики по МКБ-10, первоначально вызвала неприятие, и продолжает вызывать достаточно болезненную реакцию в определенных кругах отечественных детских психиатров.

Ситуация осложняется тем, что именно в российской версии МКБ-10 (1998) вообще крайне редко используемая на практике зарубежными детскими психиатрами рубрика F20.8 – «Другой тип шизофрении» была произвольно заменена на «Шизофрения, детский тип» с совершенно невнятным клиническим описанием, ограничивающимся указанием, что «эта рубрика включает случаи шизофрении, манифестирующей в детском возрасте, характеризующиеся специфическим возрастным своеобразием и полиморфизмом клинической картины, в том числе формы, возникающие в раннем детстве с выраженным дефектом олигофреноподобного типа» [13]. Нам также известно о попытках «протащить» упоминание о «детском типе шизофрении» в готовящуюся редакцию отечественной версии МКБ-11.

В целом на масштаб проблемы гипердиагностики шизофрении в детском возрасте указывают имеющиеся литературные данные, согласно которым от 30 до 50 % пациентов с аффективными или другими атипичными психотическими симптомами ошибочно расцениваются как больные шизофренией [14].

Трудности верификации диагноза шизофрении с началом в детском возрасте наиболее убедительно показаны в уникальном по дизайну исследовании, проведенном детским подразделением Национального института психического здоровья США (NIMH). С 1990 года в течение 22 лет было рассмотрено более 3000 инициальных обращений с подозрением на наличие симптомов шизофрении. Из них у более 90% пациентов в итоге был установлен альтернативный диагноз. Из чуть более 200 детей с предварительно установленным диагнозом шизофрении на этапе скрининга, после динамического наблюдения группой экспертов в условиях стационара на фоне 3-недельной полной отмены препаратов (“washout”) диагноз был изменен с последующим катамнестическим подтверждением еще у почти 40% больных [15].

По результатам проведенных нами телеконсультаций, практически во всех случаях с преобладанием в клинической картине кататонических нарушений и ссылок, без достаточных клинических оснований, на наличие признаков так называемого «олигофреноподобного дефекта», ранее выставленный диагноз «Шизофрения, детский тип» был изменен на расстройство аутистического спектра.

Эта группа пациентов вызывает наибольшую обеспокоенность, поскольку складывается впечатление, что подобного рода диагностические ошибки не были следствием ошибочной интерпретации клинической картины, а являлись следствием своеобразной «индоктринации» специалистов, сознательно игнорирующих требование соответствия имеющимся диагностическим критериям шизофрении и слепо следующих системе устаревших доктрин.

Наличие симптомов кататонии определяется почти у 20% больных с аутизмом, и само по себе не является достаточным основанием для диагноза кататонической шизофрении у больных с расстройствами аутистического спектра, поскольку в обязательном порядке должны наличествовать и другие, так называемые «общие» критерии шизофрении по МКБ-10. Более того, кататония в МКБ-11 выделена как отдельный спецификатор.

Кроме того, долгое время рассматривавшийся как практически патогномичный, критерий «нарастания негативных расстройств мышления и изменений по типу эмоционального оскудения» в силу отсутствия клинической четкости и существенных практических трудностей или даже невозможности определения начала этих пресловутых изменений в детском возрасте, давал возможность произвольной трактовки той или иной жизненной траектории ребенка и простор для субъективной установочной интерпретации детскими специалистами имеющихся клинических данных.

Следует отдельно упомянуть о проблеме «воображаемых друзей», которые вообще не рассматриваются как однозначный признак психических нарушений, и могут встречаться у здоровых детей с определенными особенностями развития, но часто интерпретировались как возрастной эквивалент бредовых или галлюцинаторных расстройств.

Общий ошибочный подход – фрагментация целостной оценки клинической картины с субъективным выхватыванием отдельных симптомов, игнорирование данных анамнеза, семейной истории и т.д. Вместе с тем возникновение шизофрении у детей – признак повышенной биологической уязвимости, и уместно напомнить о случаях так называемой злокачественной шизофрении с преобладанием кататоно-гебефренных расстройств в данной возрастной группе с характерным катастрофически быстрым распадом психики и формированием глубокого дефекта.

В подростковом возрасте с заметным отрывом доминировали случаи ошибочной диагностики параноидной шизофрении у больных с пограничным личностным расстройством с жалобами на «голоса», «сущности», «тени» и т.д. Основной диагностической опорой является отсутствие параноидной структуры состояния и наличие других симптомов, характерных для «пограничного» паттерна патохарактерологического личностного реагирования.

В заключение важно подчеркнуть – существуют объективные и субъективные трудности установления верифицированного диагноза шизофрении в детском возрасте, и обязательным условием для этого является часто упускаемое из виду использование единых для всех групп больных диагностических критериев МКБ-10, а также применение выжидательной тактики в установлении окончательного диагноза.

Литература

- Макушкин Е.В., Демчева Н.К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах. Российский психиатрический журнал. 2019, 4: 4-15.
- Демчева Н.К., Пронина Л.А., Положая З.Б. Показатели инвалидности детей по психическому заболеванию в Российской Федерации в 2002-2012 гг. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2014,1:3-11
- Häfner H. The Concept of Schizophrenia: From Unity to Diversity //Advances in Psychiatry, 2014, 1-39 – September 2014 <https://doi.org/10.1155/2014/929434>
- Tandon R. et al., Definition and description of schizophrenia in the DSM-5, Schizophr. Res. (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.028>
- Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование / Под ред. А.В. Снежневского ; Акад. мед. наук. – Москва: Медицина, 1972. – 400 с.
- Kolvin, I. Studies in the childhood psychoses: I. Diagnostic criteria and classification. British Journal of Psychiatry 1971 118, 381-384
- Rutter M. Childhood schizophrenia reconsidered. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 1972 2(4), 315-337. doi:10.1007/bf01537622
- Jarbin H. et al. Adult outcome of social function in adolescent-onset schizophrenia and affective psychosis //J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003 42:176–183.
- Remschmidt H. et al. Forty-two years later: The outcome of childhood-onset schizophrenia// Journal of Neural Transmission, 2006 114, 505–512. doi:10.1007/s00702-006-0553-z
- Rapoport J., Chavez A., Greenstein D. et al. Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: clinical and biological contributions to a relation revisited. // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009;48:10-18.].
- Pontillo M., Aversa R., Tata M.C. et al. Neurodevelopmental trajectories and clinical profiles in a sample of children and adolescents with early- and very-early-onset schizophrenia. //Front Psych. 2021 12:662093. doi: 10.3389/fpsy.2021.662093
- Driver DI, Thomas S, Gogtay N, Rapoport JL. Childhood-onset schizophrenia and early-onset schizophrenia spectrum disorders: an update // Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2020 29:71–90. 10.1016/j.chc.2019.08.017
- Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б.-М.: Минздрав России, 1998. – 512 с.
- Gordon C.T. et al. Childhood-onset schizophrenia: an NIMH study in progress// Schizophr Bull. 1994; 20(4):697–712.
- Driver D.I., Gogtay N., Rapoport J.L. Childhood onset schizophrenia and early onset schizophrenia spectrum disorders // Child Adolesc Psychiatr Clin N 2013 Am 22(4):539–555 doi:10.1016/j.chc.2013.04.001

Сведения об авторах

Корень Евгений Владимирович, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения детской и подростковой психиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. Москва
E-mail: evkoren@yandex.ru

Куприянова Татьяна Анатольевна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения детской и подростковой психиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. Москва
E-mail: anna_gorbunova@list.ru

Дата поступления: 22.11.2023

Received: 22.11.2023

Принята к печати: 04.03.2024

Accepted: 04.03.2024

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Author declares no conflicts of interest.

Гендерный аспект негативной симптоматики у пациентов с первым эпизодом шизофрении

Н.Н. Петрова¹, А.Е. Добровольская^{2,3}, В.М. Манюшина^{1,2}

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

² Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Городская психиатрическая больница № 3 имени И.И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург, Россия

³ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

Резюме

Данное исследование было направлено на выявление гендерных различий в проявлении негативной симптоматики у пациентов с первым эпизодом шизофрении. Было обследовано 59 пациентов на этапе ремиссии в возрасте от 18 до 40 лет, а также при отсутствии актуального соматического заболевания / органического поражения головного мозга. Для получения результатов использовались психометрические шкалы, а также статистический анализ. По результатам исследования было установлено, что у пациентов разного пола имеются отличия в проявлении негативной симптоматики, выраженность которой не зависит от возраста начала заболевания. Так, у пациентов мужского пола преобладает уплощение аффекта, в то время как у женщин наиболее выражены ангедония и асоциальность. Наличие гендерных различий негативной симптоматики шизофрении свидетельствует о необходимости разработки индивидуализированных подходов к реабилитации пациентов с учетом гендерных факторов.

Ключевые слова: шизофрения, негативная симптоматика, гендерный фактор, первый эпизод.

Для цитирования: Петрова Н.Н., Добровольская А.Е., Манюшина В.М. Гендерный аспект негативной симптоматики у пациентов с первым эпизодом шизофрении. Психиатрия и психофармакотерапия. 2024; 2: 13–17. DOI: 10.1016/2075-1761-2024-26-2-13-17

The gender aspect of negative symptoms in patients with the first episode of schizophrenia

N.N. Petrova¹, A.E. Dobrovolskaya^{2,3}, V.M. Manushina^{1,2}

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "St. Petersburg State University", St. Petersburg, Russia

² St. Petersburg State Public Health Institution "I.I. Skvortsov-Stepanov City Psychiatric Hospital No. 3"

³ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

Abstract

This study was aimed at identifying gender differences in the manifestation of negative symptoms in patients with the first episode of schizophrenia. 59 patients were examined at the stage of remission at the age of 18 to 40 years, as well as in the absence of an actual somatic disease/organic brain lesion. Psychometric scales as well as statistical analysis were used to obtain the results. According to the results of the study, it was found that patients of different sexes have differences in the manifestation of negative symptoms, the severity of which does not depend on the age of onset of the disease. Thus, in male patients, flattening of affect prevails, while in women anhedonia and antisociality are most pronounced. The presence of gender differences in the negative symptoms of schizophrenia indicates the need to develop individualized approaches to the rehabilitation of patients taking into account gender factors.

Keywords: schizophrenia, negative symptoms, gender factor, first episode.

For citation: Petrova N.N., Dobrovolskaya A.E., Manushina V.M. The gender aspect of negative symptoms in patients with the first episode of schizophrenia. Psychiatry and psychopharmacotherapy. 2024; 2: 13–17. DOI: 10.1016/2075-1761-2024-26-2-13-17

Введение

Первый психотический эпизод представляет собой уникальный в клинко-прогностическом отношении период шизофрении. Пациенты с первым психотическим эпизодом (первые 5 лет заболевания, первые три приступа) представляют собой важную целевую группу для вмешательств, направленных на профилактику рецидивов и хронизации заболевания, восстановление социального функционирования и улучшение исхода заболевания [4, 26]. Негативная симптоматика формируется еще в инициальном периоде шизофрении за несколько месяцев и даже лет до манифестации заболевания и первой госпитализации больного [5], наблюдается на всех стадиях заболевания и обусловлена как биологическими, так и психосоциальными факторами [28]. Был достигнут консенсус относительно пятифакторной модели негативных симптомов [14], включающей ангедонию, апатию, социальную изоляцию (асоциальность), алогию и эмоциональную уплощенность. Эта пятифакторная модель негативных симптомов при шизофрении недавно была подтверждена независимым сетевым анализом [13]. Более чем у половины пациентов с хронической шизофренией наблюдается по край-

ней мере один домен негативной симптоматики [9], а распространенность стойкой негативной симптоматики после первого психотического приступа достигает 11-37% [23]. На функциональный исход шизофрении, прежде всего, влияет выраженность негативной симптоматики, которая проявляется еще в инициальном периоде шизофрении за несколько месяцев и даже лет до манифестации заболевания и первой госпитализации больного [5]. Первичные негативные симптомы разной степени выраженности встречались более чем за год до манифестного приступа у 52% пациентов и преобладали у пациентов мужского пола с первым приступом шизофрении [1]. Первичные негативные симптомы – проявления собственно шизофренического процесса, присутствующие длительно или постоянно. Вторичная негативная симптоматика может быть следствием остаточных продуктивных симптомов, депрессии, побочных эффектов антипсихотиков (экстрапирамидные расстройства), госпитализма и нарушения социальных контактов [3]. Гендерные различия негативной симптоматики у пациентов с шизофренией рассматриваются как важный фактор индивидуализации психосоциальной реабилитации [2, 29, 12], понимания па-

Таблица 1. Социально-демографическая характеристика пациентов в зависимости от пола

Показатели	Категории	Количество пациентов абс. (%)		p
		Мужчины	Женщины	
Образование	Высшее	2 (9,5)	4 (26,7)	0,673
	Незаконченное высшее	6 (28,6)	3 (20,0)	
	Среднее специальное	5 (23,8)	4 (26,7)	
	Среднее	5 (23,8)	3 (20,0)	
	Неполное среднее	3 (14,3)	1 (6,7)	
Профессиональный статус	Работающие	3 (14,3)	8 (53,3)	0,014*
	Учащиеся	0 (0,0)	1 (6,7)	
	Не работают и не учатся	18 (85,7)	6 (40,0)	
Проживание	Проживающие с родителями	11 (52,4)	4 (26,7)	0,015*
	Проживающие в собственной семье	2 (9,5)	9 (60,0)	
Дети	Нет	20 (95,2)	10 (66,7)	0,063
	Есть	1 (4,8)	5 (33,3)	
Семья	Нет	19 (90,5)	7 (46,7)	0,007*
	Есть	2 (9,5)	8 (53,3)	

* – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

тогенеза заболевания и реализации стратегий терапевтического вмешательства с учетом гендерных особенностей [24], при этом данные о гендерных различиях функционального исхода у пациентов с шизофренией противоречивы [16].

Целью данного исследования явилось изучение гендерных характеристик негативной симптоматики у пациентов на ранних этапах течения шизофрении.

Материал и методы

На этапе ремиссии обследовано 59 пациентов, среди них 55,9% мужчин и 44,1% женщин с диагнозом F20.0 «Параноидная шизофрения» по МКБ-10. Средний возраст дебюта заболевания составил у мужчин $22,2 \pm 5,18$ года, у женщин $30,6 \pm 3,77$ года. Достоверно большее число женщин работали или учились, имели собственную семью и состояли в браке по сравнению с пациентами мужского пола (табл. 1).

Критерии включения

- 1) Возраст пациентов 18–40 лет
- 2) Наличие письменного добровольного согласия на участие в исследовании
- 3) Первый эпизод шизофрении (первые 5 лет заболевания, первые три приступа)

Критерии исключения

- 1) Отказ пациента от дальнейшего участия в исследовании
- 2) Наличие актуального соматического заболевания/органического поражения головного мозга

Для оценки негативной симптоматики использовались психометрические шкалы: шкала оценки позитивных и негативных симптомов – Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), шкала оценки негативных симптомов – Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS), клиническое интервью для оценки негативных симптомов – The Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS). Шкала CAINS была разработана для измерения текущего уровня тяжести негативных симптомов у людей с шизофренией и шизоаффективным расстройством.

CAINS включает две подшкалы из девяти пунктов и одну подшкалу из четырех пунктов, по результатам оценки которых может быть вычислен общий балл [22, 15, 8, 17]. Для оценки вторичной негативной симптоматики использовались шкала депрессии Калгари, а также шкала оценки побочного действия препаратов Udvald for Kliniske Undersegelser Scale (UKU).

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v.3.1.8. Сравнение двух групп по количественному показателю, имеющему нормальное распределение, при условии равенства дисперсий выполнялось с помощью t-критерия Стьюдента; распределение, отличавшееся от нормального, выполнялось с помощью U-критерия Манна-Уитни. Направление и теснота корреляционной связи между двумя количественными показателями оценивались с помощью коэффициента корреляции Пирсона, а также с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона.

Результаты

Среди обследуемых пациентов у 63,6% среди мужчин и 57,6% среди женщин присутствовала негативная симптоматика. У пациентов разного пола были выявлены статистически значимые различия степени выраженности негативной ($p < 0,001$) и общепсихопатологической симптоматики ($p = 0,004$), а также значения композитного индекса ($p = 0,009$) (PANSS). В обеих группах сравнения средний композитный индекс оказался отрицательным, что указывает на преобладание негативной симптоматики над продуктивной как у мужчин, так и у женщин, однако выраженность негативной симптоматики у пациентов мужского пола была больше (табл. 2).

При использовании шкалы оценки негативных симптомов (SANS) были выявлены статистически значимые различия выраженности всех негативных симптомов у пациентов разного пола, причем в худшую сторону отличались мужчины. Наибольшие различия наблюдались по уровню

PANSS	Пол	Баллы, M±SD	95% ДИ / Q ₁ – Q ₃	N	Достоверность различий
Позитивная субшкала PANSS	Мужчины	14,61 ± 6,58	10 – 17	21	0,227
	Женщины	12,13 ± 3,37	10 – 14	15	
Негативная субшкала PANSS	Мужчины	22,0 ± 7,23	16 – 28	21	<0,001*
	Женщины	11,73 ± 5,03	8 – 14	15	
Композитный индекс PANSS	Мужчины	-7,38 ± 9,22	-12 – -3	21	0,003*
	Женщины	0,4 ± 5,12	-2 – 3	15	
Субшкала общей психопатологии PANSS	Мужчины	36,71 ± 8,70	30 – 41	21	0,005*
	Женщины	28,8 ± 5,87	24 – 34	15	

* – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Показатели SANS	Пол	Баллы, M±SD / Ме	95% ДИ / Q ₁ – Q ₃	Достоверность различий p
Уплотнение аффекта	Мужчины	17,85 ± 8,99	11 – 26	<0,001*
	Женщины	6,33 ± 6,62	2 – 10	
Алогия	Мужчины	6,95 ± 4,57	3 – 10	0,002*
	Женщины	2,13 ± 2,23	0 – 3	
Апато-абулия	Мужчины	10,61 ± 4,43	9 – 15	<0,001*
	Женщины	4,60 ± 4,37	0 – 8	
Ангедония-асоциальность	Мужчины	14,85 ± 5,23	12 – 17	0,002*
	Женщины	9,66 ± 3,71	8 – 12	

Факторы CAINS	Пол	Баллы, M±SD/Ме	95% ДИ / Q ₁ – Q ₃	Достоверность различий p
Мотивация	Мужчины	23,80 ± 5,59	21 – 26	<0,05
	Женщины	15,13 ± 5,60	12 – 18	
Экспрессия	Мужчины	7,57 ± 4,55	4 – 12	<0,05
	Женщины	2,26 ± 2,81	0 – 4	

таких негативных симптомов, как уплотнение аффекта и апато-абулическая симптоматика (табл. 3).

При оценке результатов CAINS у мужчин, по сравнению с женщинами, были выявлены более выраженные нарушения мотивационной сферы (табл. 4).

При сопоставлении баллов по отдельным пунктам CAINS-MAP были выявлены статистически значимые различия: у мужчин больше выражено нарушение мотивации для близких родственников/супружеских/партнерских отношений ($p=0,001$), частота ожидаемых социальных мероприятий, приносящих удовольствие ($p=0,011$), мотивация для работы и занятий в школе ($p=0,033$), частота ожидаемой работы и обучения, приносящих удовольствие ($p=0,035$). В разделе CAINS-EXP статистически значимые различия были выявлены по каждому из пунктов, с большей выраженностью нарушений у мужчин: выразительность мимики ($p < 0,001$), выразительность речи ($p=0,002$), выразительность жестов ($p=0,003$), количество речи ($p=0,014$). В целом в домене экспрессии у мужчин обнаруживались более тяжелые нарушения и более сильные различия с женщинами, чем в домене мотивации.

Наиболее выраженные половые различия при использовании шкалы CAINS выявлены в таких областях, как мо-

тивация к общению с семьей, социальная активность, выразительность мимики, речи и жестов, причем мужчины отличались в худшую сторону.

При оценке депрессии в структуре шизофрении было установлено, что у женщин симптомы депрессии встречались чаще, чем у мужчин: 46% среди обследуемых женщин, в то время как лишь 27% среди мужчин. Следует отметить, что у данных пациентов не было выявлено побочных эффектов психотропной терапии. Была обнаружена обратная корреляционная связь между выраженностью депрессии и первичной негативной симптоматикой по шкале PANSS у пациентов обоего пола ($r = -0,39$, $p < 0,05$ для женщин и $r = -0,75$, $p < 0,05$ для мужчин).

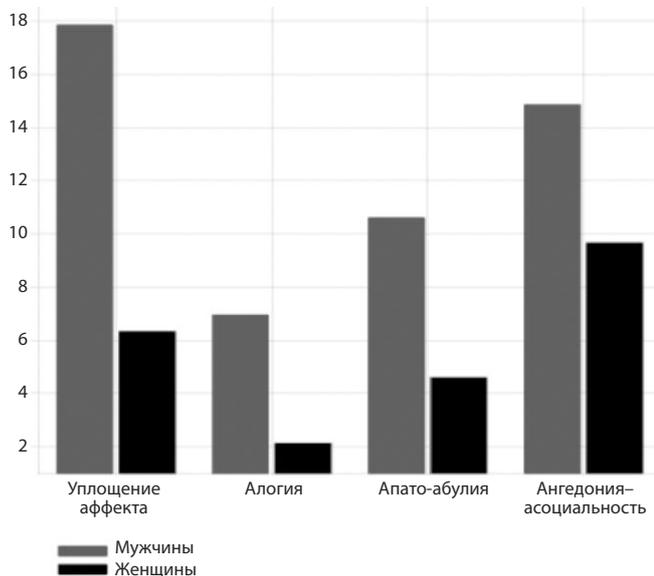
В целом у 88% обследуемых пациентов была выявлена побочная симптоматика, из них у 81,2% – легкой степени выраженности. По показателям неврологических и иных побочных эффектов не было значимой разницы между пациентами мужского и женского пола, тогда как психические и вегетативные побочные эффекты были больше выражены у женщин (табл. 5).

Было выявлено отсутствие корреляции между выраженностью психических побочных эффектов и негативной симптоматикой как у мужчин ($r = -0,19$; $p > 0,05$), так и

Таблица 5. Выраженность побочных эффектов у пациентов разного пола

Побочные эффекты по шкале UKU	Мужчины n=33 баллы, M±SD	Женщины n=26 баллы, M±SD
Психические	4,8±2,24	5,4±3,91
Неврологические	2,7±1,55	2,6±1,65
Вегетативные	2,8±1,67	3,2±1,64
Другие	3,5±2,24	3,5±2,46

Рисунок 1. Структура негативной симптоматики у пациентов разного пола с первым эпизодом шизофрении по данным SANS



у женщин ($r = 0,08$; $p > 0,05$). Вегетативные и другие побочные эффекты также оказались не связаны с негативной симптоматикой и у мужчин, и у женщин ($r = -0,07$ и $r = -0,22$; $p > 0,05$; $r = -0,26$ и $r = -0,15$; $p > 0,05$, соответственно). Аналогичная закономерность наблюдается в отношении неврологических побочных эффектов, как у женщин ($r = -0,29$; $p > 0,05$), так и у мужчин ($r = 0,16$; $p > 0,05$).

У мужчин в целом все компоненты негативной симптоматики выражены больше, нежели у женщин ($p < 0,05$). Важно отметить, что у пациентов мужского пола преобладает уплощение аффекта, в то время как у женщин наиболее выражены ангедония и асоциальность (рис. 1).

Обсуждение

Результаты исследования свидетельствуют о большей выраженности на ранних этапах течения шизофрении первичных негативных симптомов у пациентов мужского пола, что согласуется с данными других исследований [5, 10]. Ряд авторов расценивает большую выраженность негативной симптоматики у мужчин как следствие разного уровня преморбидного социального функционирования у мужчин и женщин [20]. Для пациентов с первым эпизодом психоза на этапе ремиссии независимо от пола характерно отрицательное значение композитного индекса PANSS, что указывает на преобладание негативной симптоматики над продуктивной в обеих группах пациентов и стойкости первичных негативных симптомов [21]. Наибольшие различия выраженности негативной симптоматики выявлены по таким показателям, как уплощение аффекта и апато-абулия. При обследовании пациентов старше 20 лет с первым психотическим эпизодом Chan и соавт. установили, что мужской пол является предиктором выраженной апато-абулии [11], а Giordano с соавт. показали,

что у мужчин на первый план выходит уплощение аффекта [16]. Преобладание конкретных доменов негативной симптоматики связывают с результатами нейровизуализационных исследований, подтверждающих наличие различной биологической основы этих симптомов [18]. Strauss и соавт. в исследовании пациентов с длительным периодом заболевания (более 5 лет) выявили, что у мужчин центральным негативным симптомом является ангедония, а у женщин преобладают притупленный аффект и социальная отгороженность [27], что отличается от наших результатов обследования пациентов на ранних этапах шизофрении.

Была обнаружена обратная связь между тяжестью первичных негативных симптомов и уровнем депрессии у пациентов обоего пола, что согласуется с данными других исследований [6]. Между выраженностью вторичной негативной симптоматики и депрессией в структуре шизофрении, напротив, наблюдается прямая зависимость [8, 19]. Не выявлено корреляции между выраженностью негативной симптоматики и неврологическими побочными эффектами. В то же время в исследовании Petrescu и Парасосеа было показано, что в группе пациентов с преобладанием негативной симптоматики имелась прямая корреляция негативной симптоматики с неврологическими симптомами, а в группе пациентов без негативной симптоматики такой связи не было. Авторы предположили, что потенциальное объяснение взаимосвязи между неврологической побочной симптоматикой и негативными симптомами при шизофрении необходимо искать на уровне архитектуры мозга [25].

Выводы

Выявлены гендерные различия частоты и выраженности первичных и вторичных негативных симптомов. Первичная негативная симптоматика чаще встречается и больше выражена у пациентов мужского пола, чем у женщин, причем мужской пол является предиктором большей выраженности апато-абулической симптоматики. Не выявлено взаимосвязи негативной симптоматики и неврологических, вегетативных и психических побочных эффектов, что может быть связано с незначительной выраженностью побочных эффектов фармакотерапии. Депрессия в структуре шизофрении чаще наблюдается у женщин и ассоциирована с меньшей выраженностью первичной негативной симптоматики.

Литература

1. Ерзин А.И., Антохин Е. Ю. Взаимосвязь негативной симптоматики и проактивности у больных с первым эпизодом шизофрении. // Социальная и клиническая психиатрия. -2015. -Т.4. -С. 5-8
2. Петрова Н.Н., Воинкова Е.Е., Дорофейкова М.В. Половые особенности первого эпизода шизофрении// Психическое здоровье. -.2018. - Т.5.- С. 43-51.

3. Петрова Н. Н. К вопросу о гетерогенности негативной симптоматики при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. – 2020. – Т.1. – С. 81-86.
4. Петрова Н.Н., Кучер Е.О. Препараты пролонгированного действия в поддерживающей терапии больных с первым психотическим эпизодом // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т.2. – С.67-70.
5. Петрова Н.Н., Павлова-Воинкова Е.Е. Терапевтический ответ и прогноз течения у больных с первым эпизодом шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия // – 2018. – Т.28. – С.12-18.
6. Петрова Н.Н., Цыренова К.А., Дорофейкова М.В. Депрессия в структуре шизофрении: клиничко-биохимическая характеристика // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2021. – Т. 121(5 2). – С. – 84 90.
7. An der Heiden, W.; Leber, A.; Häfner, H. Negative symptoms and their association with depressive symptoms in the long-term course of schizophrenia. // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. -2016. – V. – 266. -P.387–396.
8. Blanchard, J.J., Kring, A.M., Horan, W.P., Gur, R.E. Toward the Next Generation of Negative Symptom Assessments: The Collaboration for the Advancement of Negative Symptom Assessment in Schizophrenia. //Schizophrenia Bulletin. -2011. – V.37. – P. 291-299.
9. Bobes J, Arango C, Garcia-Garcia M, Rejas J. Prevalence of negative symptoms in outpatients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice: findings from the CLAMORS study. J Clin Psychiatry. – 2010 – V.71. – P.280-286
10. Carter, B., Wootten, J., Archie, S., Terry, A. L., & Anderson, K. K. Sex and gender differences in symptoms of early psychosis: a systematic review and meta-analysis. //Archives of women's mental health. -2022. – V.25. – №4. – P. 679–691.
11. Chan, S. K. W., Chan, H. Y. V., Pang, H. H., Hui, C. L. M., Suen, Y. N., Chang, W. C., Lee, E. H. M., & Chen, E. Y. H. Ten-year trajectory and outcomes of negative symptoms of patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders. // Schizophrenia research. – 2020. – V.220. – P. 85–91.
12. Charernboon T, Patumanond J. Social cognition in schizophrenia. // Mental Illness. - 2017.-V. 9 -№1.- P.16–19.
13. Cohen AS, Schwartz E, Le TP, Fedechko T, Kirkpatrick B, Strauss GP. Using biobehavioral technologies to effectively advance research on negative symptoms. Using biobehavioral technologies to effectively advance research on negative symptoms. // World psychiatry. -2019. –V.18. –P.103–104.
14. Favrod J, Nguyen A, Chaix J, Pellet J, Frobert L, Fankhauser C, Ismailaj A, Brana A, Tamic G, Suter C, Rexhaj S, Golay P, Bonsack C: Improving Pleasure and Motivation in Schizophrenia: A Randomized Controlled Clinical Trial. //Psychotherapy and psychosomatics. -2019 –V.88. –P.84-95.
15. Forbes, C., Blanchard J.J., Bennett, M., Horan, W.P., Kring, A.M., Gur, R.E. Initial Development and Preliminary Validation of a New Negative Symptom Measure: The Clinical Assessment Inventory for Negative Symptoms. // Schizophrenia Research. – 2010 – V. 124. – P.36-42.
16. Giordano GM, Bucci P, Mucci A, et al. Gender Differences in Clinical and Psychosocial Features Among Persons With Schizophrenia. A Mini Review. // Frontiers in psychiatry – 2021–V.12.– 789179.
17. Horan, W.P., Kring, A.M., Gur, R.E., Reise, S.P., Blanchard, J.J. Development and Psychometric Validation of the Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS). //Schizophrenia Research. – 2011 – V.132.-P. 140-145.
18. Kaiser, S., Lyne, J., Agartz, I., Clarke, M., Mørch-Johnsen, L., & Faerden, A. Individual negative symptoms and domains.Relevance for assessment, pathomechanisms and treatment. //Schizophrenia research. – 2017 – V.186. – P. 39–45.
19. Kim, M., Lee, Y., & Kang, H. Effects of Exercise on Positive Symptoms, Negative Symptoms, and Depression in Patients with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. International journal of environmental research and public health. – 2023. – V.20. – №4.- 3719.
20. Kring AM, Gur RE, Blanchard JJ, Horan WP, Reise SP. The Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS): final development and validation. //Am J Psychiatry. -2013. – V.170. – №2. – P.165-172
21. Lim K, Peh OH, Yang Z, Rekhi G, Rapisarda A, See YM, Rashid NAA, Ang MS, Lee SA, Sim K, Huang H, Lencz T, Lee J, Lam M. Large-scale evaluation of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) symptom architecture in schizophrenia. //Asian J Psychiatr. -2021 –V.62. – 102732.
22. Mier D, Kirsch P. Social-Cognitive Deficits in Schizophrenia. // Current topics in behavioral neurosciences. -2017 –V.30–P.397-409
23. Mucci A, Bitter I. Persistent negative symptoms in first episode patients with schizophrenia: results from the european first episode schizophrenia trial. Eur Neuropsychopharmacol. -2013 – V.23. – P.196– 204.
24. Navarra-Ventura G, Fernandez-Gonzalo S, Turon M, Pousa E, Palao D, Cardoner N, Jodar M. Gender differences in social cognition: a cross-sectional pilot study of recently diagnosed patients with schizophrenia and healthy subjects. // Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie . -2018.- V.63.-№8.- P.538-546
25. Petrescu C, Papacoccea IR, Vilciu C, Mihalache OA. The Impact of Antipsychotic Treatment on Neurological Soft Signs in Patients with Predominantly Negative Symptoms of Schizophrenia//Biomedicines. – 2022. – V.10.- P.29-39.
26. Prakash J, Chatterjee K, Srivastava K, Chauhan VS. First-episode psychosis: How long does it last? A review of evolution and trajectory. //Ind Psychiatry J. – 2021. – V.7 – P.198-206.
27. Strauss G.P., Horan W.P., Kirkpatrick B. et al. Deconstructing negative symptoms of schizophrenia: avolition-apathy and diminished expression clusters predict clinical presentation and functional outcome // The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry. – 2013.- V.47. – №6. –P. 783–790.
28. Unrau J, Percie du Sert O, Joobor R, Malla A, Lepage M, Raucher-Chéné D. Subtyping negative symptoms in first-episode psychosis: Contrasting persistent negative symptoms with a data-driven approach// Schizophr Res. - 2022. – №248.- P.219-227.
29. Wojciak P, Domowicz K, Andrzejewska M, Rybakowski JK Negative symptoms in schizophrenia, assessed by the brief negative symptom scale, self-evaluation of negative symptom scale, and social cognition: a gender effect. //International journal of psychiatry in clinical practice. 2021.-V. 25 – P.252–257.

Дата поступления: 30.01.2024

Received: 30.01.2024

Принята к печати: 04.03.2024

Accepted: 04.03.2024

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Author declares no conflicts of interest.

Оценка эффективности и переносимости карипразина у пациентов с параноидной шизофренией

И.В. Доровских¹, Т.А. Павлова²

¹Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России;

²Врач-психиатр, кандидат медицинских наук, Медицинский центр «Сити Клиник»

Резюме

Несмотря на появление за последние десятилетия большого количества новых антипсихотиков, терапия шизофрении, в особенности параноидной ее формы, остается сложной и актуальной задачей для практикующих врачей-психиатров. Связано это, в первую очередь, со сложностью и зачастую полиморфностью клинической картины заболевания, преобладанием в структуре одного или сразу нескольких характерных симптомокомплексов – галлюцинаторно-параноидного, аффективно-бредового, сенесто-ипохондрического. Дебют параноидной шизофрении в молодом возрасте затрудняет подбор препарата для терапии, который, наряду с выраженным антипсихотическим эффектом, положительным действием одновременно на продуктивную и негативную симптоматику, должен обладать хорошей переносимостью в целом и благоприятным нейроэндокринным профилем, что позволит минимизировать риск отказа пациента от терапии и поддерживать его социально-трудовое функционирование. Равно как и терапия пациентов пожилого возраста и пациентов с коморбидными неврологическими, сердечно-сосудистыми, эндокринными заболеваниями, так же требует тщательного подбора препарата с учетом его возможных неблагоприятных эффектов и влияния на течение сопутствующих заболеваний. Нами представлен ряд клинических наблюдений, в которых показана эффективность антипсихотика третьего поколения карипразина – как мощного антипсихотического препарата с благоприятным профилем безопасности, обеспечивающего высокую приверженность к терапии и успешно применяемого как у молодых пациентов со сложной клинической картиной параноидной шизофрении, в том числе резистентной к психофармакотерапии, так и у пациентов с плохой переносимостью препаратов различных групп и наличием сопутствующей соматической патологии.

Ключевые слова: шизофрения, жалобы, анамнез, психофармакотерапия, антипсихотик, карипразин.

Для цитирования: Доровских И.В., Павлова Т.А. Оценка эффективности и переносимости карипразина у пациентов с параноидной шизофренией. Психиатрия и психофармакотерапия. 2024; 2: 18–27. DOI: 10.1016/2075-1761-2024-26-2-18-27

Evaluation of the efficacy and tolerability of cariprazine in patients with paranoid schizophrenia

I.V. Dorovskih¹, T.A. Pavlova²

¹Honored doctor of the Russian Federation, PhD, professor, N.I.Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation;

²Psychiatrist, PhD, «City Clinic» Medical Center

Abstract

Despite the emergence of a large number of new antipsychotics in recent decades, the therapy of schizophrenia, especially its paranoid form, remains a difficult and urgent task for practicing psychiatrists. This is primarily due to the complexity and often polymorphism of the clinical picture of the disease, the predominance in the structure of one or several characteristic symptom complexes – hallucinatory-paranoid, affective-delusional, senesto-hypochondriacal. The onset of paranoid schizophrenia at a young age makes it difficult to select a drug for therapy, which, along with a pronounced antipsychotic effect, a positive effect on both productive and negative symptoms, should have good tolerability in general and a favorable neuroendocrine profile, which will minimize the risk of the patient refusing therapy and maintain his social and labor functioning. As well as the therapy of elderly patients and patients with comorbid neurological, cardiovascular, and endocrine diseases, it also requires careful selection of the drug, taking into account its possible adverse effects and effects on the course of concomitant diseases. We present a number of clinical observations that demonstrate the effectiveness of the third-generation antipsychotic cariprazine – as a powerful antipsychotic drug with a favorable safety profile, providing high adherence to therapy and successfully used both in young patients with a complex clinical picture of paranoid schizophrenia, including those resistant to psychopharmacotherapy, and in patients with poor tolerability of drugs of various groups and the presence of concomitant somatic pathology.

Keywords: schizophrenia, complaints, anamnesis, psychopharmacotherapy, antipsychotic, cariprazine.

For citation: Dorovskih I.V., Pavlova T.A. Evaluation of the efficacy and tolerability of cariprazine in patients with paranoid schizophrenia. Psychiatry and psychopharmacotherapy. 2024; 2: 18–27. DOI: 10.1016/2075-1761-2024-26-2-18-27

1. Применение карипразина у пациентки с частыми приступами параноидной шизофрении и плохой переносимостью психофармакотерапии

1. The use of cariprazine in a patient with frequent attacks of paranoid schizophrenia and poor tolerance of psychopharmacotherapy

Пациентка: К.Е., 48 лет.

Обстоятельства госпитализации: госпитализация добровольная, доставлена дочерью в связи с «голосами в голове», тревогой, страхом.

Настоящие жалобы: на «голоса в голове», сниженное настроение, апатию, тревогу, сопровождающуюся уча-

щенным сердцебиением, спазмом в горле, удушьем, страхом смерти; снижение аппетита, трудности засыпания.

Анамнез настоящего заболевания: Наследственность психопатологически отягощена личностными особенностями отца психастенического типа. Родилась в г. Климовске Московской области, в полной семье, младшим ребенком из двоих. Раннее развитие без особенностей. В дошкольном возрасте перенесла детские инфекции. Посещала детский сад. По характеру сформировалась замкнутой, тревожно-мнительной, гиперответственной, впечатлительной, легкоранимой. Окончила среднюю школу и музыкальную школу по классу скрипки. После окончания школы получила высшее музыкальное образование. Рабо-

тает по специальности – скрипачка в оркестре. В 20 лет впервые вышла замуж, брак распался спустя 3 года. Вновь вышла замуж, родила здоровую дочь. Однако через несколько лет брак был расторгнут «из-за сложных взаимоотношений с супругом». В настоящее время проживает с матерью и дочерью. Впервые психическое состояние изменилось исподволь в 1992 году, когда без видимой причины повысилось настроение, отмечались ускоренное мышление и речь, скачка мыслей; легко раздражалась, гневалась на близких, планировала множество дел, занимала деньги в долг, бесцельно их тратила, в ночное время спала по несколько часов. Испытывала чувство слезки и подстроенности происходящего. Лечилась в МОПБ №2 им. В.И. Яковенко, где впервые установлен диагноз «параноидная шизофрения, аффективно-бредовый приступ». В последующем неоднократно госпитализировалась в эту больницу всякий раз после обрыва терапии и очередного ухудшения состояния. Психическое состояние постепенно усложнялось от приступа к приступу, появились мужские и женские «голоса в голове» комментирующего, угрожающего и директивного характера; испытывала чувство слезки и подстроенности происходящего. Поведение пациентки изменялось по бредовым мотивам: не выходила из дома, плотно закрывала окна и занавешивала шторы, прислушивалась к звукам за входной дверью. Так же снижалось настроение, отмечались апатия, чувство тревоги, трудности засыпания. В 2000 году во время очередной госпитализации установлен диагноз: «шизофрения параноидная, эпизодический тип течения». После выписки из стационара посещала психиатра ПНД, получила инвалидность 2 группы по психическому заболеванию. Рекомендованную психофармакотерапию (на разных этапах лечения – галоперидол 10 мг/сут, рисперидон 4 мг/сут, венлафаксин 75 мг/сут, тригексифенидил 6 мг/сут) прекращала принимать вскоре после выписки. Последняя госпитализация в МОПБ №2 им. В.И. Яковенко в августе-октябре 2018 года. В начале лета 2018 года рассталась со своим сожителем, «переживала разлад», и вскоре возобновились «голоса в голове», которые запрещали принимать пищу, «уверяли, что она отравлена». Пациентка отказывалась от приема пищи, нарушился ночной сон, кратковременно «застывала» в одном положении, испытывала эпизодическую тревогу, сопровождающуюся учащенным сердцебиением, удушьем, «комом» в горле, чувством «нереальности» окружающего, страхом смерти, деперсонализацией: «тело чужое, не мое». Снизилось настроение, выглядела подавленной, плаксивой. В августе 2018 года декларировала суицидальные мысли, в связи с чем бригадой скорой медицинской помощи доставлена в МОПБ №2 им. В.И. Яковенко, где проводилась терапия галоперидолом 10 мг/сут, феназепамом, корректором. Согласно выписке, первое время пребывания в больнице сохранялись вербальные обманы восприятия, в переживаниях не раскрывалась, оставалась аутичной, малоподвижной, малодоступной. Время проводила в пределах постели, эпизодически становилась тревожна, суетлива, подвижна по палате, к чему-то прислушивалась. Слышала «голос» дочери, стояла у окна, дергала оконные ручки, стремилась выйти из палаты. В результате проводимой терапии полностью редуцирова-

лась психотическая симптоматика, выровнялось настроение, упорядочилось поведение. Выписана в начале октября 2018 года, однако вскоре после выписки самостоятельно прекратила терапию. Состояние ухудшилось с начала января 2019 года по типу клише, как во время предыдущей госпитализации. В ночь перед госпитализацией, 27.01.2019, развился панический приступ, сопровождавшийся учащенным сердцебиением, спазмом в горле, удушьем, чувством «нереальности» окружающего мира, страхом смерти. В сопровождении дочери в конце января 2019 года обратилась в психиатрический центр военного госпиталя с целью лечения. Госпитализирована с согласия.

Соматический статус: Физическое развитие удовлетворительное. Правильного телосложения, умеренного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над легкими: перкуторно – легочный звук; аускультативно – дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД = 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов не выслушивается. Границы сердца в норме. АД = 110/60 мм рт. ст., ЧСС = 74 уд. в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Стул регулярный. Мочеиспускание без особенностей.

Неврологический статус: Зрачки округлые, D=S, фото-реакции живые, содружественные. Нистагма не отмечается. Лицо симметричное. Оскал симметричный. Язык по средней линии. Мягкое небо подвижно. Сухожильные рефлексы D=S. Брюшные рефлексы живые, симметричные. Патологических рефлексов не выявлено. Пальцевосовую пробу выполняет уверенно. В позе Ромберга устойчива. Расстройства чувствительности не выявляются. Менингеальных знаков нет.

Психический статус на момент поступления: Сознание ясное. Продуктивному контакту доступна не в полной мере. Ориентирована верно во всех сферах. Испытывает вербальные псевдогаллюцинации: «голоса в голове», принадлежащие ее родственникам, комментирующего, осуждающего и императивного характера, запрещающие принимать пищу. Высказывает вторичные бредовые идеи отравления, категорически отказывается от приема пищи. Обнаруживает деперсонализационно-дереализационные нарушения: чувство «нереальности» окружающего мира и «чуждости» собственного тела. Суицидальных мыслей не выявлено. На вопросы отвечает в плане заданного, односложно, после длительных пауз. Мышление замедлено по темпу, аутичное, с соскальзываниями и путаницей мыслей. Во время осмотра крайне напряжена, подозрительна, тревожна, замкнута, охвачена бредовыми переживаниями, раскрывает их неохотно. Голос тихий. Фон настроения снижен. Эмоционально тусклая. Формально тяготеет своим состоянием, ищет помощи. Критика снижена.

Диагноз: Учитывая психопатологически отягощенную наследственность, преморбидно-личностные особенности пациентки шизоидного и сензитивного типов; анамнестические указания на эндогенный дебют заболевания, без видимых причин, в виде маниакально-бредового эпи-

зода; последующее усложнение психического состояния от приступа к приступу из-за частых рецидивов болезни, связанных с отсутствием приверженности к лечению: появление мужских и женских «голосов в голове» комментирующего, угрожающего характера; чувство слезки, подстроенности происходящего; полярное изменением аффекта и поведения по бредовым мотивам; неоднократные госпитализации в психиатрический стационар с диагнозом «параноидная шизофрения», положительный эффект проводимой ранее психофармакотерапии традиционными антипсихотиками, настоящее ухудшение вскоре после очередного самостоятельного обрыва терапии, данные объективного осмотра (вербальные псевдогаллюцинации в форме «голосов» комментирующего, императивного характера, вторичные бредовые идеи отравления, замедление темпа и нарушения структуры мышления, сниженный фон настроения, деперсонализационно-дереализационные нарушения, тревожность, эмоциональная тусклость, аутичность, сниженная критика к состоянию), установлен диагноз:

Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения, текущий галлюцинаторно-бредовый приступ.

Терапевтическая тактика: Учитывая развитие очередного острого психотического состояния у пациентки с длительным течением параноидной шизофрении эпизодического типа, выраженность как продуктивных и негативных симптомов шизофрении, так и тревожно-депрессивной симптоматики; неоднократные госпитализации пациентки в психиатрический стационар и отказ от психофармакотерапии всякий раз после очередной выписки, решено проводить терапию АВП рисперидоном до 6 мг/сут, с последующим возможным амбулаторным переходом на рисперидон пролонгированного действия. Помимо этого, назначен антидепрессант из группы СИОЗС с выраженным антидепрессивным и противотревожным эффектом – пароксетин в дозе до 40 мг/сут, транквилизатор бензодиазепинового ряда – феназепам 2 мг/сут, который применялся в течение первых 2 недель госпитализации с целью купирования тревоги и улучшения качества ночного сна. В результате стационарного лечения, проводимого в течение 1,5 месяцев, полностью купировалась галлюцинаторно-бредовая симптоматика, упорядочилось поведение, выровнялся фон настроения, редуцировалось чувство тревоги, нормализовался ночной сон. Пациентка стала более активна, в отделении общалась с соседками по палате, интересовалась текущими новостями. Отмечались побочные эффекты проводимой психофармакотерапии: усиление аппетита и увеличение массы тела, дневная сонливость.

Катамнез: По выписке из госпиталя пациентка непродолжительное время наблюдалась в ПНД по месту жительства, где пароксетин 40 мг/сут был заменен на милнаципран 50 мг/сут. В дальнейшем самостоятельно и бессистемно принимала рисперидон 4 мг/сут и милнаципран 50 мг/сут. Произвольно изменяла дозировки лекарств. С июля 2020 года наблюдается частным психиатром. Милнаципран из-за вызываемой им тахикардии заменен на вортиоксетин 10 мг/сут, а рисперидон из-за гиперпролактинемии и вторичной аменореи – на арипипразол

30 мг/сут. Психическое состояние и поведение в значительной мере нормализовались, возобновился менструальный цикл. Психотических расстройств не было. Фон настроения выровнялся. Восстановилась работоспособность, осложнявшаяся тревогой ожидания тремора рук перед концертом и циркадианным ритмом. Купировала ее сублингвальным приемом 0,5 мг феназепама. Критика оставалась сниженной. В декабре 2020 года в очередной раз самостоятельно отменила лечение, и наступил рецидив психоза по типу клише с вербальным директивным и устрашающим псевдогаллюцинозом, подавленностью, страхом, тревогой, бессонницей, отказом от еды, замкнутостью. От госпитализации категорически отказалась. Под присмотром и ответственностью родителей принимала галоперидол 15 мг/сут, карипразин 3 мг/сут, вальпроат натрия 1500 мг/сут. Рецидив купирован в течение месяца. Галоперидол постепенно отменен, а доза карипразина перекрестно увеличена до 6 мг/сут, введен эсциталопрам 15 мг/сут. В мае 2021 года предъявила жалобы на массивное выпадение волос. Психическое состояние, настроение, поведение, работоспособность оставались удовлетворительными. Ввиду нежелательного явления, по-видимому, вызванного приемом вальпроата натрия, решено его заменить на лития карбонат 1200 мг/сут. Терапевтическое содержание в сыворотке крови обоих нормотимиков контролировалось ежеквартально и не выходило за пределы нормативных значений. В январе 2022 года самостоятельно отменила лития карбонат из-за выраженной экземы туловища и конечностей. Лечилась у дерматолога гормональными мазями. Психиатром проведен месячный курс адеметионином 1600 мг/сут. Психотропная терапия вынужденно сокращена до приема одного препарата – карипразин 6 мг/сут. Через 2 месяца кожные покровы очистились. Психическое состояние до настоящего времени стабильное, настроение ровное, поведение упорядоченное, работоспособность восстановилась полностью. Тревога, тремор рук, выпадение волос исчезли. В значительной мере улучшилась приверженность к лечению.

Обсуждение: Настоящий клинический случай демонстрирует развитие в молодом возрасте параноидной шизофрении, дебютировавшей в виде маниакально-бредового эпизода и, в том числе ввиду низкой приверженности пациентки к психофармакотерапии, последующим усложнением психопатологической картины от приступа к приступу в течение 8 лет, с развитием галлюцинаторно-бредовых расстройств (вербальных псевдогаллюцинаций, бредовых идей преследования, инсценировки, отравления; изменением поведения по бредовым мотивам), выраженными аффективными нарушениями (сниженное настроение, суицидальные мысли, плаксивость, чувство тревоги) и негативными симптомами (нарушения мышления, апатия, эмоциональная тусклость). С 2000 года очередные обрывы пациенткой лечения приводили к рецидиву заболевания по типу клише и многократным госпитализациям в стационар. Использование на госпитальном этапе лечения в 2019 году АВП рисперидона 6 мг/сут и СИОЗС пароксетина 40 мг/сут успешно купировало психотическую и аффективную симптоматику, но развились побочные эффекты препаратов – увеличение массы тела, гиперпро-

лактинемия, аменорея и сонливость. Амбулаторная замена пароксетина на милнаципран 50 мг/сут повлекла возникновение тахикардии. Последующая терапия АВП арипипразолом 30 мг/сут и вортиоксетином 10 мг/сут не имела побочных эффектов, но не полностью купировала тревогу, привела к очередному обрыву пациенткой терапии и развитию острого психоза. Применение традиционного антипсихотика галоперидола 15 мг/сут в сочетании с антипсихотиком третьего поколения карипразином 3 мг/сут позволило купировать психотическое состояние и избежать развития нейроэндокринных побочных эффектов. Попытки дополнить последующую терапию нормотимиками (препарат вальпроевой кислоты, соли лития) так же приводили к развитию побочных эффектов, таких как массивное выпадение волос и выраженная экзема. Это побудило к максимальному сокращению амбулаторного лечения до монотерапии карипразином в дозе 6 мг/сут, который пациентка принимает в течение 8 месяцев. Мощный антипсихотический эффект карипразина, наряду с отсутствием побочных эффектов, позволил избежать применения препаратов других групп (антидепрессантов и нормотимиков, плохо переносимых пациенткой), добиться длительной ремиссии параноидной шизофрении, значительной редукции ее негативных симптомов и исчезновения аффективных проявлений. Тем самым препарат помог наладить комплаенс и обеспечить высокий уровень социально-трудового функционирования пациентки.

2. Карипразин – препарат выбора при первичной резистентности к психофармакотерапии

2. *Cariprazine is the drug of choice for primary resistance to psychopharmacotherapy*

Пациент: К.Б., 24 года.

Обстоятельства обращения: обратился амбулаторно в сопровождении отца, с целью лечения.

Настоящие жалобы: на «голоса» в голове, путаницу мыслей, эпизодическую пустоту в голове, заторможенность, апатию, тремор конечностей.

Анамнез настоящего заболевания (со слов пациента и его отца): Наследственность психопатологически отягощена шизофренией матери и бабушки по линии матери. Родился в полной семье, единственным ребенком. Рос и развивался соответственно возрасту. По характеру сформировался малообщительным, впечатлительным, ранимым, тревожным. Хорошо учился, играл в шахматы, увлекался компьютерными играми. Родители расторгли брак. С 13 лет проживал с отцом ввиду психического заболевания у матери. Вскоре изменился по характеру, замкнулся в себе, отмечались апатия, отсутствие мотивации и инициативы, забросил учебу и шахматы. С трудом окончил 9 классов средней школы и техникум. В 18 лет впервые появились «голоса» в голове: «голос Бога и голос приспешников Дьявола», «они вели борьбу между собой, спорили». Кроме того, «слышал голос Тульпы – собственный внутренний голос, он мог быть злым, нейтральным или хорошим, комментировал мои поступки, управлял мною». Голоса «приспешников Дьявола» постоянно повелевали убить отца», но пациент противился этому. Увидел «через

астрал телеведущую, она показывала масонский жест, понял, что он теперь состоит в масонской ложе». Заметил, что «люди на улице так же показывали тайные масонские жесты». Считал, что он «наделен особым даром для борьбы с Дьяволом в различных испытаниях», «при этом выиграл и победил его», «несмотря на жару во время испытаний, в его организме поддерживался высокий уровень энергетической жидкости». В психомоторном возбуждении госпитализирован в психиатрическую больницу, где установлен диагноз: «острое полиморфное психотическое расстройство». Получал галоперидол, трифлуоперазин, корректор. Купировалось возбуждение, частично редуцировалась бредовая симптоматика, однако сохранялись «голоса» в голове. Отмечал выраженную сонливость и заторможенность. Наблюдался в ПНД по месту жительства, где традиционные антипсихотики заменены на оланзапин 20 мг/сут. Положительной динамики терапии не отмечалось, сохранялись вербальные псевдогаллюцинации и актуальность манихейского бреда, а также дневная сонливость. Прибавил массу тела на 10 кг. Впоследствии в связи с очередными эпизодами психомоторного возбуждения и острого психотического состояния неоднократно госпитализировался в психиатрический стационар с диагнозом «Шизофрения параноидная, непрерывный тип течения». Получил вторую группу инвалидности. Последняя выписка из стационара 11.01.2022 года. Амбулаторно принимал рисперидон 6 мг/сут, клозапин 250 мг/сут, бипериден 6 мг/сут. Несмотря на это, сохранялись псевдогаллюцинации, идеаторные нарушения, анэргия, апатия, безынициативность, заторможенность, тремор конечностей и акатизия. В середине января 2022 года обратился в сопровождении отца, с целью амбулаторного лечения и коррекции терапии.

Соматический статус: Физическое развитие удовлетворительное. Правильного телосложения, умеренного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над легкими: перкуторно – легочный звук; аускультативно – дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД = 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов не выслушивается. Границы сердца в норме. АД = 120/70 мм рт. ст., ЧСС = 80 уд. в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Стул регулярный. Мочеиспускание без особенностей.

Неврологический статус: Зрачки округлые, D=S, фото-реакции живые, содружественные. Нистагма не отмечается. Лицо симметричное. Оскал симметричный. Язык по средней линии. Мягкое небо подвижно. Сухожильные рефлексы D=S. Брюшные рефлексы живые, симметричные. Патологических рефлексов не выявлено. Пальцевосовую пробу выполняет уверенно. В позе Ромберга устойчив. Расстройства чувствительности не выявляются. Менингеальных знаков нет.

Психический статус на момент осмотра: Сознание ясное. Ориентирован в собственной личности, во времени и месте верно. Память сохранна. Испытывает трудности в

концентрации внимания. Обнаруживает вербальные псевдогаллюцинации императивного, комментирующего характера. Сообщает, что «слышит голос Бога и голоса приспешников Дьявола», «они ведут борьбу между собой, спорят». Кроме того, «слышит голос Тульпы – мистического существа. Уверен, что это его собственный внутренний голос, он может быть злым, нейтральным или хорошим, комментирует действия, управляет ими». Высказывает бредовые идеи инсценировки, воздействия, антагонистический бред, бред особого значения: «люди на улице специально показывают ему тайные масонские жесты», «Бог и приспешники Дьявола ведут борьбу», «считает, что наделен особым даром для борьбы с Дьяволом в различных испытаниях, при этом выиграл и победил его». Суицидальных мыслей не выявлено. На вопросы отвечает не всегда в плане заданного, с соскальзываниями. Мышление в замедленном темпе, аутичное, паралогичное, с путаницей мыслей, их выпадением. Мимика однообразная. Фон настроения ровный. Эмоционально тусклый. Во время беседы демонстрирует тремор рук и ног: «Ноги подворачиваются и падаю на улице». Стереотипно повторяет одни и те же вопросы вне контекста беседы: «Вы не говорили, что тут холодно? Мне показалось, что говорили». Переиллюстрирует назначения. Допускает, что «голосов нет и это болезнь, но лишь на 50%». На лечение соглашается, обсуждает с врачом возможную необходимость очередной госпитализации в стационар. Критика снижена.

Диагноз: Учитывая психопатологически отягощенную наследственность шизофренией матери и бабушки по линии матери, преморбидно-личностные особенности пациента шизоидного типа, анамнестические указания на характерологический «сдвиг» в пубертатном возрасте с нарастанием шизоидизации, первый психотический эпизод эндогенного заболевания в 18 лет с развитием галлюциаторно-бредовой симптоматики, параноидного и кататонической синдромов, неоднократные госпитализации в психиатрический стационар с диагнозом «шизофрения параноидная, непрерывный тип течения», отсутствие полной ремиссии расстройства несмотря на проводимую психофармакотерапию традиционными и атипичными антипсихотиками, наличие инвалидности по психическому заболеванию, данные настоящего осмотра: вербальные псевдогаллюцинации комментирующего, императивного характера; бредовые идеи инсценировки, воздействия, антагонистический бред, бред особого значения; замедление темпа и нарушения структуры мышления – аутичность, паралогичность, соскальзывания, путаница и выпадение мыслей; обедненная мимика, эмоциональная тусклость, апато-абулические нарушения, сниженная критика к состоянию), установлен диагноз:

Шизофрения параноидная, непрерывный тип течения, текущий параноидный синдром. Первичная резистентность к психофармакотерапии.

Терапевтическая тактика: Учитывая непрерывное течение параноидной шизофрении, неоднократные госпитализации в стационар, отсутствие полной ремиссии, резистентность к психофармакотерапии, наличие негативной симптоматики (анэргия, апатия, безынициативность) и развившиеся ее побочные эффекты (сонливость, затормо-

женность, акатизия, повышение массы тела) в результате приема традиционных антипсихотиков и АВП (галоперидол, трифлуоперазин, рисперидон, клозапин), решено проводить терапию антипсихотиком последнего поколения карипразином в максимальной суточной дозе – 6 мг. В результате постепенной перекрестной отмены рисперидона и клозапина, введения карипразина 6 мг/сут, пациент отметил уменьшение интенсивности и частоты обманов восприятия. Однако сохранялись тремор конечностей, эпизоды «выпадения мыслей». Через месяц терапии псевдогаллюцинации обрели эпизодический редкий характер, исчезли идеаторные нарушения, тремор конечностей и акатизия, повысились спонтанная активность и инициативность. Беспокоили эпизодические трудности засыпания. После введения кветиапина 50 мг на ночь ночной сон нормализовался. С апреля 2022 года «голоса» не появлялись по 4–5 дней, максимально долго – в течение 10 дней. Появилась частичная критика к состоянию: «осознал, что не принадлежу к масонам, мне так казалось», «все из-за моего заболевания».

Катамнез: Принимает карипразин 6 мг/сут в течение года. Кветиапин отменен, так как засыпает без него, сон глубокий. Бипериден так же отменен ввиду полного исчезновения акатизии и тремора конечностей. Пациент активный, ресоциализировался: устроился на удаленную работу, в свободное время играет в компьютерные игры и шахматы, читает, гуляет с другом, общается с девушкой через Интернет.

Обсуждение: Представленный клинический случай демонстрирует дебют параноидной шизофрении у пациента молодого возраста с постепенным нарастанием шизоидизации, развитием острого психотического состояния с галлюциаторно-бредовой симптоматикой: кататоническим состоянием и психомоторным возбуждением. Последующее непрерывное течение заболевания приводило к неоднократным госпитализациям в психиатрический стационар в связи с первичной резистентностью к психофармакотерапии, низким качеством ремиссии, а именно: актуальным психотическим состоянием, выраженными идеаторными и апато-абулическими нарушениями, невозможностью социального функционирования. Терапия как традиционными, так и атипичными антипсихотиками второго поколения, в том числе клозапином, не помогла достичь полной ремиссии, сохранялись продуктивная симптоматика (вербальные псевдогаллюцинации, бредовые идеи) и выраженная негативная симптоматика (анэргия, апатия, безынициативность). Помимо этого, прием данных препаратов был всякий раз сопряжен с побочными эффектами – экстрапирамидной симптоматикой, сонливостью, метаболическими нарушениями. Постепенная перекрестная замена последней, подобранной в стационаре, терапии – рисперидоном и клозапином на антипсихотик третьего поколения карипразин в максимальной суточной дозе, способствовала достижению ремиссии с резидуальной малоактуальной продуктивной симптоматикой. В значительной мере редуцировалась продуктивная симптоматика – «голоса» стали более редкими и тихими, могли не беспокоить пациента вовсе до 10 дней подряд, исчезла вторичная бредовая трактовка галлюцина-

торных переживаний, упорядочилось поведение и появилась частичная критика к заболеванию. Нивелировались негативная симптоматика и побочные эффекты: исчезли сонливость и экстрапирамидные нарушения, упорядочилось мышление, повысилась спонтанная активность. Пациент стал более активен в социальном и трудовом плане – общается с окружающими, выходит на улицу, уделяет время своим прежним увлечениям, устроился на удаленную работу. Таким образом, монотерапия карипразином позволила преодолеть резистентность как к традиционным антипсихотикам, так и к АВП (в том числе клозапину), в значительной мере купировать продуктивную симптоматику, полностью устранить негативную симптоматику и побочные эффекты, развившиеся на предыдущих этапах лечения, и впервые способствовала достижению более качественной ремиссии параноидной шизофрении, повышению социально-трудового уровня пациента и улучшению дальнейшего прогноза заболевания.

3. Эффективность карипразина при шизофрении с галлюцинаторно-бредовым и сенесто-ипохондрическим синдромами

3. The effectiveness of cariprazine in schizophrenia with hallucinatory delusional and senesto-hypochondriac syndromes

Пациент: И.Д., 36 лет.

Обстоятельства обращения: доставлен братом в связи с появлением «голоса» в голове, постоянным чувством страха и отсутствием ночного сна с целью госпитализации. Госпитализирован в добровольном порядке.

Настоящие жалобы: на «голос» в голове, ощущение воздействия, эпизодическое «жжение» в эпигастрии, урчание и вздутие в животе, неустойчивость стула, постоянное чувство страха, растерянность, «наплывы» мыслей помимо воли, трудности засыпания.

Анамнез настоящего заболевания (со слов пациента): Мать пациента – тревожно-мнительная, гиперопекающая. Младшая сестра обращалась к неврологу по поводу тревожного состояния, сопровождающегося «комом» в горле. Пациент родился в полной семье, 3-м из 5 детей. Беременность и роды у матери протекали без патологии. Рос и развивался соответственно возрасту. По характеру сформировался общительным, тревожно-мнительным, гиперответственным, с обостренным чувством справедливости, легкоранимым, впечатлительным. Учился хорошо. Воспитывался религиозным, занимался на дому с духовным наставником. Со слов пациента, «в детстве был самым низким в классе, все называли маленьким и носатым». В 15 лет после очередного замечания по поводу «некрасивого носа» отметил идеи недовольства собственной внешностью, «рассматривал свой нос в зеркало», в течение последующих лет замечал, что «он потихоньку растет, становится еще некрасивее». В случаях неудачных отношений с противоположным полом считал, что «всему виной некрасивый нос». Успешно окончил среднюю школу и сельскохозяйственный институт в г. Екатеринбурге. После окончания вуза в 2006 г. вернулся в родную республику. С 2006 по 2012 г. подрабатывал в совхозе, однако большую часть времени проводил дома, «ждал вакантной должно-

сти по своей специальности». В 2012 г. устроился на должность заместителя директора по духовно-нравственному воспитанию в общеобразовательную школу. Справлялся со своими обязанностями, «завоевал уважение среди учителей и учащихся», однако из-за обостренного чувства справедливости периодически конфликтовал с руководством школы. После очередного крупного конфликта с директором «казалось, что коллеги стали относиться предвзято», впоследствии судился с директором и в 2013 г. уволился. После увольнения в течение 4 лет занимался земледелием, пытался устроить личную жизнь. Летом 2016 г. расстался с девушкой незадолго до запланированной свадьбы, «считал, что это из-за его носа», снизилось настроение, замкнулся в себе, все дни проводил в мечети. Спустя 3 недели состояние будто бы нормализовалось без медицинской помощи. Продолжал работать, однако появились идеи о «возможной порче, сглазе со стороны бывшей девушки», «все в жизни не ладилось – ни работа, ни женитьба», отмечал «симптомы сглаза» – эпизодическое «жжение» в эпигастрии, урчание и вздутие в животе, неустойчивость стула, «казалось, что спина постоянно сутулая, не могу выпрямиться». Обратился к мулле, «проходил лечение от сглаза, почувствовал себя лучше». В 2019 г. познакомился с девушкой, с которой сложилась обоюдная симпатия, планировал свадьбу. В начале января 2020 г. от знакомых узнал нелестные слухи, «будто его невеста ранее встречалась с другим молодым человеком». Со слов пациента, «это принесло сильное разочарование», снизилось настроение, отмечал плаксивость, эпизодическую тревогу, сопровождавшуюся учащенным сердцебиением, «жаром в теле», поднимающимся от нижних конечностей до грудной клетки; потливостью, чувством «нехватки» воздуха, зевотой, онемением рук, страхом развития инсульта и смерти. Пробуждался из-за панических приступов. Отмечал постоянные «наплывы» мыслей о субъективно значимой психотравмирующей ситуации, не знал, что ему делать, «решил выяснить, правда ли это, и начал собственное расследование, которое продолжал в течение двух месяцев». Так и не выяснив, правдивы ли слухи, предъявил девушке обвинения, в результате она разорвала их помолвку в феврале 2020 г. С этого момента еще более снизилось настроение, беспокоили постоянные «наплывы» негативных мыслей помимо воли, чувство тревоги, апатия, трудности засыпания. Возобновились «признаки наведенной порчи»: ощущение «жжения» в эпигастрии, урчание и вздутие в животе, неустойчивость стула. Постоянно казалось, что окружающие «смотрят с насмешкой», «обсуждают его», «все в округе знают о его конфликте и разрыве с невестой». Во время общения со знакомыми «постоянно ожидал, что во время беседы ему сделают замечание», «боялся осуждения со стороны». Когда находился за рулем автомобиля, казалось, что «за ним постоянно следят сотрудники ДПС», считал, что «помолвка не могла расстроиться сама, это чье-то влияние, сглаз». Вскоре услышал «голос своей первой девушки внутри головы», «она обвиняла его в разрыве отношений». Тогда «понял, что это она навела на него порчу», испытывал постоянное чувство страха, в ночное время не спал. Голос беспокоил эпизодически в течение дня, комментировал действия пациента, осуждал его.

По настоянию брата обратился к психиатру амбулаторно, получал сульпирид 150 мг/сут в течение 5 дней – без эффекта. В марте 2020 г. братом доставлен в психиатрический центр военного госпиталя для обследования и лечения. Госпитализирован с согласия.

Соматический статус: Нормостенического телосложения, умеренного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над легкими: перкуторно – легочный звук; аускультативно – дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД = 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов не выслушивается. Границы сердца в норме. АД = 116/78 мм рт. ст., ЧСС = 88 уд. в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Стул неустойчивый. Мочеиспускание без особенностей.

Неврологический статус: Зрачки округлые, D=S, фото-реакции живые, содружественные. Нистагма не отмечается. Лицо симметричное. Оскал симметричный. Язык по средней линии. Мягкое небо подвижно. Сухожильные рефлексы D=S. Брюшные рефлексы живые, симметричные. Патологических рефлексов не выявлено. Пальцевосовую пробу выполняет уверенно. В позе Ромберга устойчив. Расстройства чувствительности не выявляются. Менингеальных знаков нет.

Психический статус на момент осмотра: Сознание ясное. Доступен продуктивному контакту. Ориентирован верно во всех сферах. Испытывает трудности в концентрации внимания. Память не снижена. Обнаруживает вербальные псевдогаллюцинации: «голос его первой девушки внутри головы», осуждающего, комментирующего характера. Высказывает бредовые идеи воздействия, отношения, преследования, дисморфофобические бредовые идеи. Уверен, что «бывшая девушка навела на него порчу», «помолвка не могла расстроиться сама, это ее влияние, сглаз». Кажется, что окружающие «смотрят с насмешкой», «обсуждают его», «все в округе знают о его конфликте и разрыве с невестой», «постоянно ожидает, что во время общения ему сделают замечание», «боится осуждения со стороны». Во время поездок за рулем автомобиля «казалось, что за ним постоянно следят сотрудники ДПС». Считает, что «у него некрасивый нос, он потихоньку растет в течение жизни», «проблемы в отношениях с противоположным полом связывает со своей внешностью», «девушки обращают внимание на мой нос, все из-за него». Суицидальных мыслей не выявлено. На вопросы отвечает в плане заданного, развернуто. Мышление аутичное, с «наплывами» негативных мыслей помимо воли. Мимика печальная. Фон настроения снижен. Крайне напряжен, тревожен, ажитирован, ипохондричен, склонен к интроспекции. Стойко сосредоточен на сенестопатических ощущениях и соматоформных симптомах – эпизодическом «жжении» в эпигастрии, урчании и вздутии в животе, неустойчивости стула. Уверен, что «это проявления сглаза». Тяготеет своим состоянием, ищет помощи, охотно соглашается на госпитализацию. Критика к состоянию снижена.

Диагноз: Учитывая вышеописанные жалобы, психопатологически отягощенную наследственность тревожными чертами матери и тревожным неврозом родной сестры, преморбидно-личностные особенности пациента тревожного, сензитивного типа; отмечавшиеся с пубертатного возраста нарушения мышления, транзиторные бредовые идеи дисморфофобического характера, идеи отношения; анамнестические указания на психогенный дебют расстройства с появлением транзиторных бредовых идей воздействия, панических приступов, сенестопатических ощущений в эпигастральной области; ипохондрическая фиксация больного на состоянии собственного здоровья, бредовая трактовка данных ощущений, изменение поведения по бредовым мотивам – «попытка снятия сглаза у духовного наставника»; настоящее ухудшение состояния с постепенным развитием галлюцинаторно-параноидного синдрома (вербальные псевдогаллюцинации осуждающего и комментирующего характера, бредовые идеи воздействия, отношения, преследования, дисморфофобические бредовые идеи; сенесто-ипохондрические нарушения, сниженный фон настроения, выраженная тревога, ажитация, страх; сниженная критика к состоянию), данные патопсихологического исследования (грубые расстройства мышления – паралогичность, соскальзывания, разноплановость), установлен диагноз:

Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения, галлюцинаторно-параноидный синдром.

Терапевтическая тактика: Учитывая развитие галлюцинаторно-бредовой симптоматики у пациента молодого возраста с параноидной шизофренией эпизодического течения, сниженный фон настроения и выраженные сенесто-ипохондрические нарушения, проводилась терапия антидепрессантом двойного действия венлафаксином с постепенным увеличением дозы до 150 мг/сут в сочетании с антипсихотиком третьего поколения карипразином с ежедневным увеличением дозы до достижения максимальной – 6 мг/сут и быстрым развитием эффекта нейролептизации. В процессе терапии пациент предъявлял жалобы на задержку мочеиспускания, что, вероятно, являлось побочным эффектом антидепрессанта и купировано введением ипидакрина 60 мг/сут. Помимо этого, после увеличения дозы карипразина до 6 мг/сут пациента беспокоили тремор рук и неусидчивость, что потребовало введения корректора биперидена до 6 мг/сут и позволило быстро нивелировать побочные экстрапирамидные эффекты. В результате проводимой психофармакотерапии полностью купировались сенестопатические ощущения в эпигастральной области, исчезло чувство страха и тревоги, улучшилось настроение, упорядочилось мышление, повысилась спонтанная активность, нормализовался ночной сон.

Катамнез: После выписки пациент наблюдался психиатром амбулаторно в течение 1,5 лет, продолжал прием венлафаксина пролонга 150 мг/сут, с последующим постепенным снижением дозировки и отменой антидепрессанта спустя год от начала терапии. Доза карипразина постепенно снижена до 3 мг/сут, на этой дозировке отменен корректор, так как экстрапирамидных симптомов не отмечалось. Спустя 1 и 3 месяца от начала лечения пациент по-

просил об отмене терапии ввиду стабильного самочувствия. Доза карипразина была снижена до 1,5 мг/сут, пациент продолжал его прием еще 3 месяца. В течение полугодия после окончательной отмены терапии обострений заболевания не отмечалось. Пациент поддерживает высокий уровень социально-трудового функционирования: работает, вступил в брак.

Обсуждение: В настоящем клиническом случае у молодого пациента с отягощенной наследственностью, развившимися в пубертатном возрасте дисморфофобическими идеями и бредовыми идеями отношения, психогенные факторы способствовали дебюту параноидной шизофрении, появлению бредовых идей воздействия и сенесто-ипохондрических симптомов с бредовой трактовкой телесных ощущений. Последующее очередное психогенное обострение заболевания протекало в форме галлюцинаторно-бредового синдрома с депрессивной и сенесто-ипохондрической симптоматикой. Терапия антидепрессантом из группы СИОЗНС венлафаксином в средней дозе и антипсихотиком последнего поколения карипразином в максимальной дозе позволили полностью купировать галлюцинаторно-бредовую и сенесто-ипохондрическую симптоматику, выровнять аффективный фон. Применение карипразина было сопряжено с развитием экстрапирамидных побочных эффектов (тремора верхних конечностей и акатизии), которые удалось полностью купировать введением корректора биперидена. Данные побочные эффекты нивелировались при последующем снижении антипсихотика до средней суточной дозы. У пациента наступила полная ремиссия заболевания, которая сохраняется спустя полгода после полной отмены терапии, отмечается высокий уровень его социально-трудового функционирования. Таким образом, антипсихотик последнего поколения карипразин показал достаточно мощный инцизивный эффект для купирования острого психоза при параноидной шизофрении, а последующее его применение способствовало длительной ремиссии заболевания и успешной профилактике негативных симптомов.

4. Безопасность применения карипразина при шизофрении с сопутствующей неврологической и кардиологической патологией

4. Safety of cariprazine use in schizophrenia with concomitant neurological and cardiological pathology

Пациентка: Н.Д., 55 лет.

Обстоятельства обращения: обратилась амбулаторно в сопровождении дочери, в связи с «голосами в голове», тревогой, отсутствием ночного сна.

Настоящие жалобы: на «голоса» в голове, тревогу и страх, трудности засыпания.

Анамнез настоящего заболевания: Пациентка родилась в г. Москве, в полной семье, единственным ребенком. Мать характеризует как эмоционально холодную, эгоцентричную, требовательную, импульсивную. Пациентка сформировалась малообщительной, тревожно-мнительной, гиперответственной. Успешно окончила среднюю школу и технический университет. Состояла в браке, который расторгла спустя несколько лет, так как «не сошлись характерами с супругом». От брака имеет взрослую

дочь. Проживает с престарелой матерью, в настоящее время не работает.

В 2003 году, когда пациентке было 35 лет, ее дочь получила тяжелую травму в ДТП, длительно лечилась в травматологическом стационаре. Через 5 дней после случившегося у пациентки впервые появился «голос внутри головы, который говорил, что дочь умрет». Снизились настроение и аппетит, испытывала постоянное чувство тревоги и страха, резко похудела. По настоянию матери бригадой скорой медицинской помощи госпитализирована в психиатрический стационар, где проходила лечение в течение 1,5 месяцев. Выписалась в удовлетворительном состоянии. В дальнейшем постоянно наблюдалась психиатром ПНД по месту жительства с диагнозом «шизофрения параноидная, эпизодический тип течения». Принимала трифлуоперазин 5 мг/сут, тригексифенидил 2 мг/сут. течение долгого времени чувствовала себя хорошо, работала, защитила кандидатскую диссертацию. В 2005 году у нее диагностирована киста головного мозга при диспансерном обследовании. По данным МРТ: «В задней черепной ямке определяется расширение субарахноидального пространства по типу ретроцеребеллярной кисты размерами 65×22×45 мм». Получила 2 группу инвалидности, постоянно наблюдалась в динамике неврологом и нейрохирургом, увеличения кисты не отмечалось, клинически она не проявлялась. Весной 2020 года без видимых причин возобновилось чувство тревоги, «голос в голове», который комментировал ее действия. В связи с этим оставила работу. В ПНД выполнена однократная инъекция галоперидола деканоата 100 мг. Психотическая симптоматика купировалась, пациентка продолжала прием трифлуоперазина и корректора в прежних дозах. Обращалась к неврологу по поводу головных болей давящего характера, преимущественно в затылочной области. В течение года принимала прегабалин 150 мг на ночь – с положительным эффектом. За весь период психофармакотерапии набрала массу тела – 20 кг. Помимо этого, последние несколько лет отмечала вялость, тугоподвижность мыслей, двигательную заторможенность. В начале октября 2022 года перенесла острый инфаркт миокарда, проходила лечение в кардиологическом стационаре. Во время пребывания в клинике проведена МРТ головного мозга, отмечена негативная динамика и увеличение размеров ретроцеребеллярной кисты – 70×25×48 мм. Кардиологом рекомендовано соблюдение диеты и исключение препаратов, вызывающих метаболические нарушения. С этого времени постоянно принимала статины, гипотензивные препараты. Самостоятельно отменила психофармакотерапию, связав ожирение с длительным приемом трифлуоперазина. В конце октября 2022 года остро возобновилась психотическая симптоматика: слышала различные знакомые «голоса в голове». Ее отец говорил: «Я пришел за тобой», «скоро умрет мама и ты умрешь». Испытывала немотивированное чувство тревоги и страха. «Казалось, что в квартире присутствуют какие-то люди, хотя не видела их». «Слышала скрип на кухне», «боялась, что квартиру ограбят». В ночное время засыпала с трудом. В начале ноября 2022 года заявила дочери: «Твой муж женат на подруге семьи, выбросила в окно документы на квартиру и паспорт.

Опасалась, что «брат ее мужа хочет отобрать квартиру, для этого нанял киллера». По настоянию дочери амбулаторно обратилась к частному психиатру в ноябре 2023 года. Принимала луразидон 120 мг/сут, кветиапин 50 мг на ночь. Психотическая симптоматика полностью редуцировалась, чувствовала себя хорошо. Однако в начале января 2023 года без видимых причин возобновились мужские «голоса в голове», среди них преобладал «голос давнего возлюбленного», «смеялся и издевался над ней». Вновь заявила дочери, что «зять ее обманет и отберет квартиру», пыталась вызвать полицию. От госпитализации в психиатрический стационар и обращения в ПНД категорически отказывалась. По настоянию дочери согласилась на амбулаторное обращение к психиатру в середине января 2023 года.

Соматический статус: Физическое развитие удовлетворительное. Правильного телосложения, повышенного питания, ИМТ=28 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над легкими: перкуторно – легочный звук; аускультативно – дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД = 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов не выслушивается. Границы сердца в норме. АД = 140/80 мм рт. ст., ЧСС = 70 уд. в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Стул регулярный. Мочеиспускание без особенностей.

Неврологический статус: Зрачки округлые, D=S, фото-реакции живые, содружественные. Нистагма не отмечается. Лицо симметричное. Оскал симметричный. Язык по средней линии. Мягкое небо подвижно. Сухожильные рефлексы D=S. Брюшные рефлексы живые, симметричные. Патологических рефлексов не выявлено. Пальцевую пробу выполняет с интенцией. В позе Ромберга – пошатывание. Расстройства чувствительности не выявляются. Менингеальных знаков нет.

Психический статус на момент осмотра: Сознание ясное. Продуктивному контакту доступна. Ориентирована верно во всех сферах. Испытывает вербальные псевдогаллюцинации: мужские «голоса в голове», чаще всего «голос давнего возлюбленного», «он смеется и издевается». Высказывает бредовые идеи отношения, ущерба: «Не знаю почему, но кажется, что зять настроен ко мне негативно, возможно, хочет отнять мою квартиру». Суицидальных мыслей не выявлено. На вопросы отвечает в плане заданного, излишне детализируя ответы. Мышление замедлено по темпу, аутичное, обстоятельное. Гипомимична. Голос тихий. Фон настроения снижен. Во время беседы напряжена, тревожна, но в переживаниях раскрывается охотно. Частично осознает их болезненность. Категорически отказывается от госпитализации, однако соглашается с необходимостью амбулаторной терапии под контролем дочери.

Диагноз: Учитывая психопатологически отягощенную наследственность (шизоидность матери), преморбидно-личностные особенности пациентки шизоидного, тревожного типов; органически измененную патологическую

почву, анамнестические указания на психогенный дебют психотического расстройства в молодом возрасте, повлекший госпитализацию в стационар и диагностику шизофрении; последующую многолетнюю ремиссию заболевания в результате постоянного приема традиционного антипсихотика; обострение психического расстройства с развитием галлюцинаторно-бредового состояния на фоне самостоятельного обрыва терапии, текущее острое психотическое состояние, развившееся несмотря на прием атипичного антипсихотика; нарастающую негативную симптоматику, обусловившую социальную дезадаптацию; данные объективного осмотра (вербальные псевдогаллюцинации в форме «голосов» комментирующего характера, бредовые идеи отношения и ущерба, замедление темпа, аутичность и обстоятельность мышления; обедненная мимика, сниженный фон настроения, тревожность, сниженная критика к состоянию), установлен диагноз:

Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения, текущий галлюцинаторно-бредовый синдром.

Терапевтическая тактика: С учетом текущего галлюцинаторно-бредового состояния у пациентки с хронической параноидной шизофренией, наличием сопутствующей органической патологии (киста головного мозга), перенесенного инфаркта миокарда, ожирения алиментарного характера, развившегося вследствие длительного приема антипсихотика первого поколения; при этом учитывая неэффективность применяемого ранее атипичного антипсихотика в максимальной дозе, принято решение проводить терапию антипсихотиком третьего поколения карипразином в дозе 6 мг/сут. На ночь с целью коррекции нарушений сна назначен алимемазин 5 мг. В результате амбулаторной терапии в течение двух недель полностью купировалась острая психотическая симптоматика: исчезли вербальные обманы восприятия, дезактуализировались бредовые идеи, упорядочилось мышление и поведение, нормализовался ночной сон. Пациентка принимает карипразин 6 мг/сут в течение 8 месяцев, при этом наблюдается устойчивая ремиссия психического расстройства. Кроме того, нивелировалась негативная симптоматика: активна в интеллектуальном и физическом плане, ведет быт, ухаживает за престарелой матерью, читает научную литературу, переводит зарубежные статьи, регулярно выходит на прогулки и посещает бассейн. Субъективно довольна отсутствием идеаторной и моторной заторможенности, которые беспокоили ранее во время приема трифлуоперазина. За время текущей терапии масса тела снизилась на 10 кг. Отмечался тремор рук, который был купирован приемом корректора биперидена в дозе 4 мг/сут.

Обсуждение: В представленном клиническом разборе у пациентки с отягощенной наследственностью и преморбидными характерологическими чертами шизоидного и тревожного типов, произошел психогенный дебют психотического расстройства с развитием псевдогаллюцинаторной и тревожно-депрессивной симптоматики, потребовавший госпитализации в психиатрический стационар. Последующий после выписки длительный прием традиционного антипсихотика трифлуоперазина в малой дозе позволил достичь многолетней ремиссии параноидной шизофрении и поддержания успешной трудовой и соци-

альной активности пациентки. Однако проводимая терапия способствовала постепенному формированию метаболических нарушений и алиментарного ожирения, что впоследствии являлось одним из факторов развития острого инфаркта миокарда. Помимо этого, диагностированная органическая патология головного мозга – ретроцеребеллярная киста и увеличение ее размеров, вероятно, наряду с обрывом психофармакотерапии, послужило патологической почвой для обострения хронического психического заболевания, а также ухудшило переносимость традиционного антипсихотика в течение последних нескольких лет, способствовало появлению и нарастанию негативной симптоматики. Очередной галлюцинозобредовый приступ параноидной шизофрении был успешно амбулаторно купирован атипичным антипсихотиком луразидоном в максимальной дозе 120 мг/сут. Однако антипсихотической мощности данного антипсихотика не хватило для достижения устойчивой ремиссии, а также сохранялись повышенный аппетит и масса тела. Спустя 1,5 месяца острая психотическая симптоматика возобновилась без видимых причин. С учетом сопутствующей кардиологической и неврологической патологии, отрицательной динамики и увеличения размеров ретроцеребеллярной кисты задней черепной ямки, выраженных метаболических нарушений, развившихся в результате приема традиционного антипсихотика трифлуоперазина в малой дозе, нарастающей негативной симптоматики и социальной дезадаптации, для настоящей терапии выбран антипсихотик последнего поколения с благоприятным профилем нейроэндокринной и сердечно-сосудистой безопасности – карипразин. Применение максимальной дозы карипразина позволило не только купировать острую психотическую симптоматику в течение короткого времени, но и, в сравнении с предыдущим опытом применения максимальных доз атипичного антипсихотика луразидона, способствовало формированию устойчивой 8-месячной ремиссии. Помимо этого, препарат способствовал улучшению метаболического фона пациентки и снижению массы тела. Нивелировал негативную симптоматику: не отмечалось идеаторной и моторной заторможенности, возросла интеллектуальная и физическая активность пациентки, существенно улучшилось качество жизни. Развившиеся легкие экстрапирамидные нарушения (тремор рук), по всей видимости, связаны с наличием органической патологии головного мозга и были успешно купированы введением средней дозы корректора.

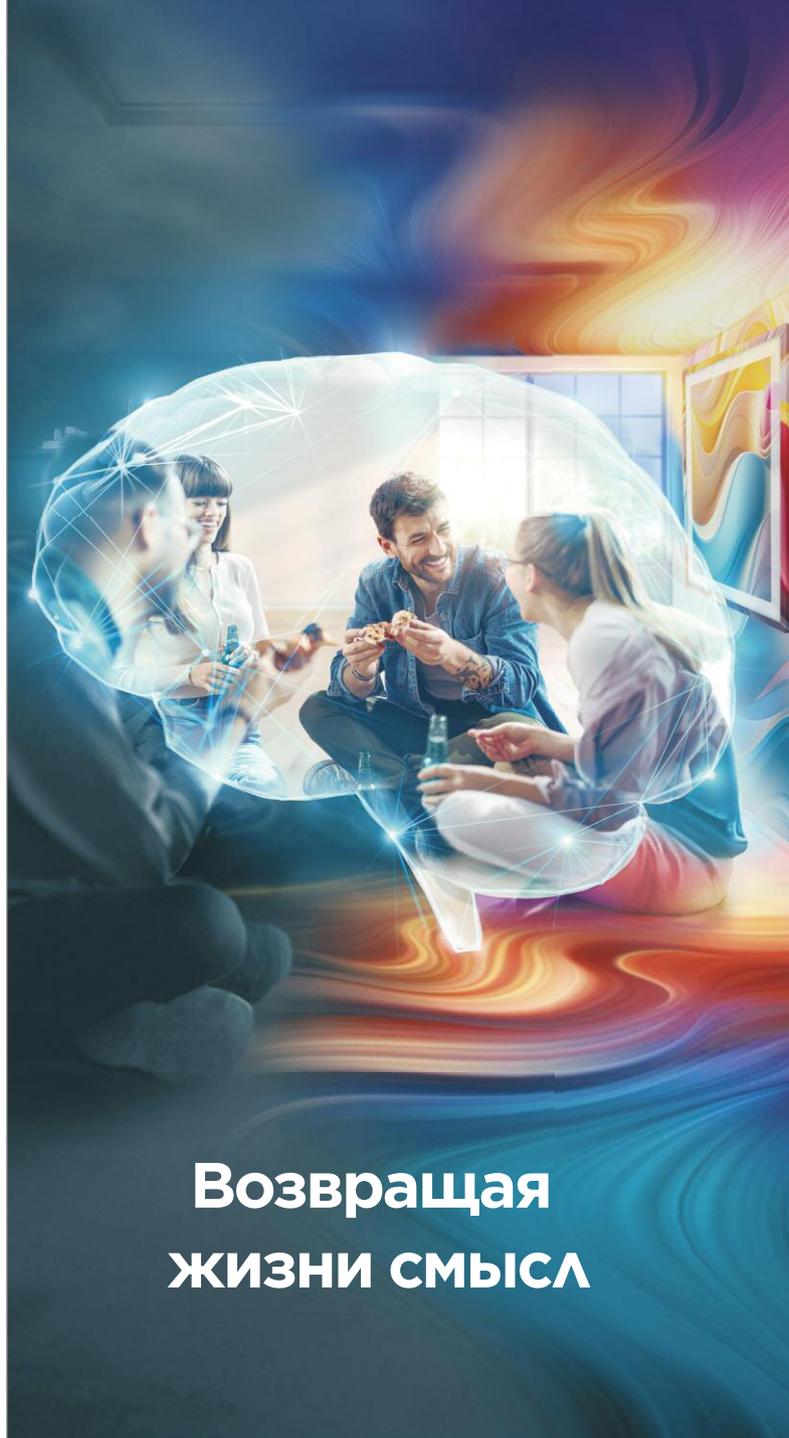
В представленных клинических наблюдениях детально описаны клиничко-анамнестические сведения о формировании шизофрении, разных ее форм, трудности диагностики и терапии. Авторы надеются, что предлагаемые варианты обоснования окончательного диагноза, выработки терапевтической тактики, подбора эффективного и безопасного антипсихотика будут полезны практикующим психиатрам.

Дата поступления: 25.03.2024

Received: 25.03.2024

Принята к печати: 08.04.2024

Accepted: 08.04.2024



Возвращая ЖИЗНИ СМЫСЛ



РЕАГИЛА®

КАРИПРАЗИН



ГЕДЕОН РИХТЕР

Здоровье - наша миссия

ООО «ГЕДЕОН РИХТЕР ФАРМА» г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8.
Тел.: +7 (495) 987-18-80,
e-mail: GRFarma@g-richter.ru.
Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия) г. Москва: г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8.
Тел.: +7 (495) 987-15-55,
e-mail: centr@g-richter.ru,
www.gedeonrichter.com/ru/ru.

Информация для специалистов здравоохранения. Имеются противопоказания. Перед назначением, пожалуйста, ознакомьтесь с общей характеристикой лекарственного препарата Реагила® РУ: № ЛП-№(001510)-(РГ-РУ) от 06.12.2022. С общей характеристикой можно ознакомиться на сайте <https://portal.eaunion.org/> Реклама.

Учение об инстинктах и эмоциях в монографии Чарлза Дарвина «Происхождение человека и половой отбор» как основа современной эволюционной психиатрии и психологии

Н.Ю. Пятницкий

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

Резюме

В статье представлен анализ учения об инстинктах и эмоциях в фундаментальном труде Чарлза Дарвина «Происхождение человека и половой отбор» с точки зрения его значимости для современной эволюционной психиатрии и психологии. Дарвин полагал, что человек обладает общими с животными инстинктами (половой любви, самосохранения, материнским, общественным и др.) и эмоциями (страхом, подозрительностью, чувством соперничества, симпатии; удовольствием, страданием, мстительностью, добродушием, нравственным чувством и пр.), и для обоснования этого проводил конкретные сопоставления поведения человека и животных разных видов, утверждая, что при всем многообразии инстинктов их количество у человека меньше, чем у животных. Особое внимание Дарвин уделял животным, «выигрывающим от жизни» в сплоченных сообществах. При этом Дарвин не видел принципиального различия между умственными способностями человека и низших животных, отмечая, что некоторые виды высших животных обладают и самосознанием. Большая часть инстинктов, по мнению Дарвина, была приобретена и людьми, и животными, за счет естественного отбора, действующего «методом проб», почему в инстинктах нередко встречаются ошибки. Также Дарвин полагал, что животные могут страдать умопомешательством, но в меньшей степени, чем человек. В «Происхождении человека» Дарвин обозначил актуальную для современной эволюционной психиатрии и психологии проблему существования альтруизма и «высокого уровня нравственности», черт, которые на индивидуальном уровне естественного отбора могут и не приносить своему обладателю никакой пользы (и даже приводить его к гибели в результате самопожертвования), и, казалось бы, вести к исчезновению обладателей таких качеств в последующих поколениях.

Ключевые слова: Чарлз Дарвин, учение об инстинктах и эмоциях, эволюционная психиатрия и психология, альтруизм.

Для цитирования: Пятницкий Н.Ю. Учение об инстинктах и эмоциях в монографии Чарлза Дарвина «Происхождение человека и половой отбор» как основа современной эволюционной психиатрии и психологии. Психиатрия и психофармакотерапия. 2024; 2: 28–34. DOI: 10.1016/2075-1761-2024-26-2-28-34

The doctrine of instincts and emotions in Charles Darwin's monograph «The Descent of Man and Sexual Selection» as a basis of contemporary evolutionary psychiatry and psychology

N.Yu. Pyatnitskiy

FSBSI «Mental Health Research Center», Moscow, Russia

Abstract

The article presents an analysis of the doctrine of instincts and emotions in Charles Darwin's fundamental work "The Descent of Man and Sexual Selection" from the point of view of its significance for contemporary evolutionary psychiatry and psychology. Darwin believed that man has common instincts with animals (sexual love, self-preservation, maternal, social, etc.) and emotions (fear, suspicion, feelings of competition, sympathy; pleasure, suffering, vindictiveness, good nature, moral sense, etc.), and to substantiate this, he made systematic comparisons of the behavior of humans and animals of different species, arguing that with all the diversity of instincts, their number in humans is less than in animals. Darwin paid particular attention to animals that "gained from living" in close-knit communities. At the same time, Darwin did not see a fundamental difference between the mental abilities of humans and lower animals, noting that some species of higher animals also possess self-awareness. Most of the instincts, according to Darwin, were acquired by both people and animals through natural selection, operating by the "trial method," because of that errors are often found in instincts. Darwin also believed that animals could suffer from insanity, but to a lesser extent than humans. In «The Descent of Man», Darwin outlined the problem of the existence of altruism and a "high level of morality", which is relevant for contemporary evolutionary psychiatry and psychology. At the individual level of natural selection these traits may not bring any benefit to their owner (and even lead to his death as a result of self-sacrifice), and, it would seem, lead to the disappearance of owners of such qualities in subsequent generations.

Keywords: Charles Darwin, doctrine of instincts and emotions, evolutionary psychiatry and psychology, altruism.

For citation: Pyatnitskiy N.Yu. The doctrine of instincts and emotions in Charles Darwin's monograph «The Descent of Man and Sexual Selection» as a basis of contemporary evolutionary psychiatry and psychology. 2024; 2: 28–34. DOI: 10.1016/2075-1761-2024-26-2-28-34

Мозг муравья есть одна из самых удивительных в мире совокупность атомов материи, может быть, более удивительная, чем мозг человека.

Ч. Дарвин

Знаешь? Люди ведь все со звериной душой, – Тот медведь, тот лиса, та волчица...

С. Есенин

Как уже указывалось в предыдущей статье [1], эволюционная теория Чарлза Дарвина является основой совре-

менной биологии, а биология, как известно, является основой современной медицины и, в частности, психиатрии. В действительности, многие десятилетия мышление психиатров и психологов мало ориентировалось на эволюционную теорию. В монографии «Происхождение видов» Ч. Дарвин [2, 3] изложил основные положения теории естественного отбора (с тремя направлениями: «усовершенствования», «упрощения» и неопределенно долгого «сохранения вида без изменений»), инстинктов, «гомологических» (сходство по генетическому происхождению) и «аналогических» (сходство лишь по характеру адаптации) при-

знаков строения живых организмов, и обозначил некоторые механизмы полового отбора: например, эстетическое чувство у животных при выборе партнера. В фундаментальном труде «Происхождение человека и половой отбор» Чарлз Дарвин [4, 5] – выделяющий естественный отбор отдельно от полового – описал целый ряд механизмов, обуславливающих внешние признаки животных и их поведение собственно половым отбором и провел целый ряд аналогий между поведением, эмоциями и инстинктами общественных животных и человека.

Человек – произошедший от «некоторой менее организованной формы» – согласно Чарлзу Дарвину, приобрел различные «маловажные» признаки путем полового отбора (важные индивидуально полезные признаки, как полагал Дарвин, в первую очередь, приобретаются путем естественного отбора). По отношению к строго общественным животным естественный отбор иногда так действует на особь, что сохраняются те отклонения, которые полезны обществу. При этом Дарвин [4,5] отмечал, что не знал примера, чтобы для высших общественных животных какая-либо черта видоизменялась «исключительно ради блага общества», хотя многие черты оказываются «косвенно полезны обществу». В качестве примера Дарвин приводил рога жвачных животных и клыки павиана, которые были приобретены самцами как оружие в половой борьбе, но ими пользуются и для защиты стада. Исключение Дарвин делал для «некоторых умственных способностей», которые были, главным образом, приобретены для блага общества, а отдельные особи извлекали из них «косвенную пользу». Животные, обладающие большим ростом, силою и свирепостью и способные защищаться от каких угодно врагов, «вряд ли смогли бы стать общественными», что задержало бы приобретение «высших духовных качеств – симпатии и любви к ближнему». По Дарвину [4, 5], происхождение человека от сравнительно слабого существа могло оказаться величайшим преимуществом. Он не видел принципиального различия между умственными способностями человека и низших животных и находил, что умственные способности развивались постепенно: «расстояние между низшими рыбами и высшими обезьянами больше отделяющего обезьяну от человека, а между человеком и высшими млекопитающими не существует какого-либо радикального различия относительно умственных способностей».

Человек обладает общими с животными инстинктами: инстинктом самосохранения, половой любви, любви матери к новорожденному потомству. Более того, Чарлз Дарвин полагал, что человек, по-видимому, обладает меньшим количеством инстинктов, нежели животные, ближайšie к нему по организации; и что насекомые, обладающие наиболее изумительными инстинктами, в то же время и умственно наиболее развиты. По Дарвину, среди позвоночных наименее умные, рыбы и амфибии, не обладают сложными инстинктами, а из числа млекопитающих наиболее замечательное по своим инстинктам, бобр, очень высоко развит в умственном отношении. Большая часть инстинктов, по мнению Дарвина, была приобретена за счет естественного отбора. Уже у низших животных присутствуют эмоции: так, низшие животные, подобно человеку, способны ощущать удовольствие и страдание,

счастье и несчастье. «Выражение счастья ни у кого так не заметно, как у щенков, котят, ягнят, когда они играют вместе». Даже насекомые играют друг с другом. Страх действует таким же образом на животных, как и на человека. Подозрительность – это последствие страха, как подмечал Дарвин [4, 5], – чрезвычайно характерна большинству диких животных. Самки слонов, когда их используют для приманки (при охоте на диких слонов) способны на намеренный обман. И храбрость, и трусость хорошо наблюдаются на примере собак. Некоторые собаки и лошади обладают злым нравом, их легко рассердить, другие добродушны и эти качества, по Дарвину, наследуются. Существует и заранее обдуманное и очень искусное мщение животных. С другой стороны, у обезьян сироты всегда принимаются и тщательно охраняются другими членами стада, как самцами, так и самками.

Как утверждал Дарвин [4, 5], животные не только любят, но и желают быть любимыми, им также свойственно чувство соперничества. Они любят одобрение и похвалы хозяина. Собака, несущая рядом с хозяином его корзину, выражает высочайшее самодовольство и гордость. Собаке знакомо чувство стыда, она обнаруживает застенчивость, когда слишком часто просит пищу. Большая собака не обращает внимания на ворчание маленькой собаки – это можно назвать великодушием, кроме того, по Дарвину, собаки способны к юмору. Животные любят развлечения и страдают от скуки, что легко наблюдать у собак и обезьян, и все животные способны удивляться и испытывать любопытство. Ни одно животное не подражает добровольно действиям человека, пока по восходящему ряду мы не дойдем до обезьян, которые весьма комично передразнивают людей. Но животные иногда подражают действиям друг друга. Птицы подражают пению своих родителей, а иногда и других птиц, попугай подражает любому звуку. Родители многих животных, полагаясь на способность своих детенышей к подражанию и еще более на их унаследованные побуждения, так сказать, «воспитывают» их. Многие животные обладают превосходной памятью на лица и местности. Более того, животные обладают в некоторой степени способностью рассуждать. Можно постоянно видеть, как они останавливаются, обдумывают и принимают решения. «Понятие о собственности присуще каждой собаке, добывшей кость, и многим птицам по отношению к их гнездам». Кроме этого, Дарвин [4, 5] полагал, что животные, как и человек, страдают умопомешательством, хотя подвержены ему в меньшей степени. Речь не может быть отнесена к настоящим инстинктам, поскольку она должна быть выучена. Но она отличается от обычных «искусств», потому что человек обладает инстинктивным стремлением говорить (видно по лепету детей), при том, что ни у одного ребенка нельзя заметить инстинктивного стремления варить, печь, или писать. Дарвин сравнивал незначительные естественные отличия в пении птиц у одного и того же вида, живущего в разных местах, с провинциальными диалектами, а пенье родственных, хотя и различных видов – с языками различных человеческих рас. Таким образом, по Дарвину, инстинктивное стремление к приобретению искусства говорить не составляет исключительной особенности человека, а «выживание» или сохранение некоторых благоприятствующих

щих слов в борьбе за существование является проявлением естественного отбора.

У многих высших общественных животных обнаруживается готовность помогать товарищам известными общими способами. Но такие чувства вовсе не распространяются на всех особей одного вида, а только на членов той же ассоциации. Чувство красивого – наслаждение, доставляемое красками, формами и звуками, согласно Дарвину, присуще не только высшим, но и низшим животным, хотя у громадного большинства животных понимание красоты ограничивается целями привлечения противоположного пола. Так, приятное пение самцов птиц в «брачный» период нравится самкам, и глаз животных предпочитает симметрию и фигуры с правильными повторениями. Даже низшим животным свойственны «причуды», и животные, как и человек, «способны любить новизну ради нее самой».

Особо следует отметить, что, согласно Чарлзу Дарвину [4, 5], животным присуще в какой-то мере не только чувство прекрасного – хотя они могут восхищаться очень разнородными предметами, – но и понятия о добре и зле, которые ведут к поступкам, совершенно противоположным нашим. По утверждению Дарвина, «если бы мы были воспитаны совершенно в тех же условиях, как домашние пчелы, то наши незамужние женщины, подобно пчелам-работницам, считали бы своим священным долгом убивать своих братьев, матери стремились бы убивать своих плодovitых дочерей – и никто не подумал бы протестовать против этого». При этом пчела имела бы какое-то чувство добра и зла, или «совесть». Всякое животное должно иметь внутреннее чувство, что одни из его инстинктов более сильны и долговечны, другие менее, и у животных часто должна возникать борьба, какому из этих импульсов следовать, а в сознании оставаться удовлетворение или неудовлетворение, или даже ощущение несчастья при сравнении прошлых впечатлений. В этом случае внутренний голос должен говорить животному, что лучше было бы следовать тому, а не другому инстинкту, что это было бы хорошо, а то дурно.

Как подчеркивал Дарвин и другие этологи (в частности, видный отечественный этолог и политический деятель П.И. Кропоткин¹), многие виды животных общественны², известны даже случаи, когда разнородные животные держаться вместе (стаи галок, ворон и скворцов), а человек нередко обнаруживает чувство сильной привязанности к своей собаке, за которое та платит ему с избытком. Самая обыкновенная услуга, оказываемая друг другу высшими животными – предупреждение о грозящей опасности³. Многие птицы и некоторые млекопитающие ставят часовых: роль последних у тюленей всегда исполняют самки. Предводитель стада обезьян играет роль часового. Общественные животные оказывают друг другу много мелких услуг: лошади чешут, а коровы лижут друг у друга зудящие места, обезьяны ищут друг у друга наружных паразитов («груминг» в современном определении [8]). Волки охо-

тятся стаями и помогают один другому при нападении на добычу. Павианы вместе переворачивают камни. С одной стороны, Дарвин отмечает [4, 5], что общественные животные взаимно защищают друг друга, с другой – что иногда животные бывают далеки от всякой жалости и выгоняют раненого товарища из стада или же забивают его до смерти (порой для избегания преследований со стороны хищных животных и человека, которым легче нагнать стадо при его замедленном продвижении). Кроме любви и участия (а также ненависти), животные обнаруживают еще и другие свойства, связанные с общественным инстинктом: так, например, собаки обладают чем-то «весьма похожим на совесть», когда не позволяют себе украсть съестное в отсутствии хозяина.

Все животные, которые живут вместе и защищают друг друга или нападают сообща на неприятеля, должны до известной степени быть верны друг другу, а те, кто следует за своим предводителем, до известной степени послушны⁴. При этом Дарвин приводит в пример поведение «полудикого рогатого скота в Южной Африке», который, по его мнению, наделен в высшей степени рабскими инстинктами, поддается всякому общему решению и спокойно подчиняется любому быку, достаточно решительному, чтобы принять на себя роль вожака. Самостоятельные животные оказываются редки и были бы быстро истреблены, поскольку львы всегда подкарауливают тех, кто отстает от стада.

Согласно учению Дарвина об инстинктах, отлет перелетных птиц доставляет им наслаждение – они тоскуют, когда им мешают улететь. Напротив, некоторые из инстинктов обуславливаются неприятными ощущениями, например, страхом, ведущим к самосохранению или действиям против неприятелей. Во многих случаях, как предполагает Дарвин [4, 5], животные следуют инстинктам вследствие врожденной склонности, без всякого побуждения со стороны приятных или неприятных ощущений, так и у человека не все действия обуславливаются чувством наслаждения или страдания. Если инстинкты подавляются насильственно, в сознании остается неопределенное чувство недовольства.

С точки зрения Дарвина, между животными, выигрывавшими от жизни в сплоченных сообществах, те особи, которые находили наибольшее удовольствие в обществе своих, всего легче избегали различных опасностей, тогда как те, которые мало заботились о своих товарищах и держались в одиночку, погибали в большем числе. Позднее, эти положение «заботливости» будут пересмотрено в эволюционной концепции «халывщиков и альтруистов», согласно которой живущие за счет других эгоистичные «халывщики» неизбежно вытеснят альтруистов из общественного генетического пула [12-14], обозначив проблему существования «альтруизма» как такового.

Согласно Дарвину, чувства родительской и детской любви, лежащие в основе общественного инстинкта, развились, в значительной степени, путем естественного отбо-

¹ По выражению П.И. Кропоткина [6], «общество возникло задолго до человека».

² По данным современной зоологии [7], начала «общественности» уже наблюдается у некоторых видов простейших.

³ Особенно много исследований в современной социобиологии посвящено «сигналам тревоги» в поведении птиц [9], причем есть интерпретации сигнального поведения пернатых об опасности в обратном смысле – с целью переориентировать внимание хищника от себя и повисить, таким образом, собственную «приспособленность» [10].

⁴ Чарлз Дарвин обозначает базисную общественную модель «иерархии», или «доминантности-подчиняемости», в современной эволюционной психиатрии [11] используемую для трактовки аффективных расстройств, в частности, маний и депрессий.

ра. Но естественный отбор обусловил и противоположное, более редкое чувство ненависти между ближайшими родственниками, например, у пчел-работниц, убивающих своих братьев-трупней, и у маток-пчел, убивающих своих дочерей. В этом случае, по Дарвину, желание уничтожить своих ближайших родственников вместо того, чтобы любить их, приносит пользу общине. Родительское чувство, или какое-нибудь другое чувство, заменяющее его, как полагал Дарвин, развилось у многих весьма низко организованных животных, например, у морских звезд и пауков.

По наблюдениям Дарвина, у всех животных чувство симпатии направлено на членов одного и того же сообщества. Следовательно, на более знакомых и, более или менее, любимых особей, но не на всех индивидуумов того же вида. Симпатия усиливается путем естественного отбора и представляет громадную важность для всех тех животных, которые помогают и защищают друг друга. Таким образом, по Дарвину, те сообщества, которые имели наибольшее число сочувствующих друг другу членов, должны были процветать и оставлять после себя большее число потомков. При этом, согласно Дарвину [4, 5], «нас заставляет помогать другим надежда, что нам отплатят тем же». И бояться животные лишь некоторых особых своих врагов.

Если говорят о том, что человек испытывает борьбу мотивов, то животные, согласно Дарвину, – борьбу между инстинктами, например, подавление материнского инстинкта инстинктом миграции; и животные, как и люди, могут колебаться между двумя противоположными инстинктами. У человека примером подавления инстинкта самосохранения общественным (или, по Дарвину, материнским) инстинктом являются случаи, когда взрослые люди и мальчики, не думая ни минуты, бросались в поток для спасения утопающего, даже и чужого им человека. Общественные инстинкты (включая любовь к похвале и боязнь стыда) могут быть сильнее других инстинктов: самосохранения, голода, полового чувства. Напротив, в некоторых людях инстинкт самосохранения может быть до такой степени силен, что они не в состоянии подвергнуть себя риску даже в случае, когда опасность коснется их собственного ребенка.

Если какое-либо инстинктивное побуждение оказывается более полезным для вида, чем другой, противоположный ему инстинкт, то оно со временем возьмет верх над последним путем естественного отбора. Черта, свойственная большинству общественных животных (включая и человека) – «наклонность быть верным своим товарищам и повиноваться вождю своего племени», наследственная склонность защищать своих близких и помогать им всеми способами, не идущими чересчур наперекор собственной пользе или собственным сильным желаниям. И пленные дикари сознательно жертвуют жизнью, чтобы не выдать товарищей (не руководимые религиозными верованиями и лишены всяких понятий о человеколюбии). Их поведение, по мнению Дарвина, следует назвать нравственным.

Желание обладать собственностью другого человека является, по Чарльзу Дарвину, «одним из наиболее упорных стремлений, какие вообще могут быть названы», на низ-

ком уровне цивилизации ограбление иностранцев считается везде делом «весьма почетным», но даже в этом случае удовлетворение при действительном обладании бывает обыкновенно слабее самого желания. При этом сознание сделанной ошибки вызывает «у всех животных чувство неудовлетворенности или даже скорби». Стыд почти исключительно основан на страхе осуждения со стороны близких. Значение, какое человек придает мнению других, зависит от степени врожденного или усвоенного им чувства симпатии, а также от того, насколько он способен принимать в расчет отдаленные последствия своих поступков. Крайне важен, хотя и не столь необходим, другой элемент – почтение или страх перед богом или духами. Исходя из положения о наследуемости приобретенных привычек в теории эволюции Ж.-Б. Ламарка [15, 16], Дарвин предполагал, что и «привычка владеть собой, подобно другим привычкам, может наследоваться»⁵.

Ч. Дарвин [4, 5] отмечал, что, хотя «некоторые дикари находят особое наслаждение в том, чтобы мучить животных» и жалость к последним им неизвестна, при этом у них же распространено сострадание и участие к членам своего племени, особенно к больным. Человек, согласно Дарвину, как и животное, может часто действовать внезапно, вовсе не думая об удовольствии, подобно тому, «как поступают, вероятно, пчела или муравей, когда они слепо повинуются инстинкту». При пожаре человек бросается на помощь ближнему, побуждение его и есть «общественный инстинкт». Сущность инстинкта состоит в том, что ему следуют независимо от рассудка. Специальные инстинкты у человека и низших животных развивались по одним и тем же ступеням. По теории инстинктов Дарвина, «у низших животных развитие общественных инстинктов совершалось ради «общего блага», под которым Дарвин подразумевал средства, благодаря которым «возможно большее число особей может вырасти в полном здоровье и силе, и развить все свои способности».

Таким образом, Чарльз Дарвин полагал, что различия психики человека и высших животных только количественное, а не качественное. Даже у низших животных впечатления, различные эмоции и способности (любовь, память, внимание, любопытство, подражание, рассудок) могут быть найдены в зачатке, а иногда и в хорошо развитом состоянии. Он находил сомнительным, что высшие умственные способности, например, самосознание, формирование общих представлений, могут быть свойственны исключительно человеку. Обращаясь к человеческим примитивным первобытным обществам, Дарвин – применяя к ним закон «естественного отбора» – отмечает, что наиболее смысленные, изобретавшие и употреблявшие наилучшим образом оружие и западни, и наиболее способные защитить самих себя, должны были вырастить наибольшее число потомков. Племена, обладавшие наибольшим числом таких даровитых людей, должны были увеличиваться в числе и вытеснять другие племена⁶. Если одаренные люди не оставят потомков, в племени будут все-таки находиться их кровные родственники, и ценные качества передадутся по наследству.

⁵ По данным современных генетиков человеческого поведения [17], все черты характера являются наследственными.

⁶ Следует отметить, что Ж.Б. Ламарк [15, 16] аналогичным образом оценивал судьбу других высших животных по отношению к человеку, последний, по Ламарку, оттеснил их в неблагоприятные места обитания и не позволил им прогрессивно развиваться далее.

Дарвин обозначил и уже упомянутую нами активно обсуждаемую в современной эволюционной психологии и психиатрии проблему сохранения «альтруистов». Так, он отмечал, что «весьма сомнительно, чтобы потомки людей благожелательных и самоотверженных, или особенно преданных своим товарищам, были многочисленнее потомков себялюбивых и склонных к предательству членов того же племени». (При этом, по Дарвину, послушание в человеческом обществе чрезвычайно важно, потому что «любая форма правления лучше, чем отсутствие такового»).

Тот, кто готов скорее пожертвовать жизнью, чем выдать товарищей, чему известно столько примеров между дикарями, часто не оставляет потомков, которые могли бы наследовать его благородную природу. Наиболее храбрые люди, идущие всегда на войне в первых рядах и добровольно рискующие жизнью ради других, должны, в среднем, гибнуть в большем числе, чем другие. Поэтому едва ли окажется вероятным, чтобы число людей, одаренных такими благородными качествами, или уровень их развития, могло возрасти путем естественного отбора, т.е. в результате выживания наиболее приспособленных. По Дарвину, привычка помогать другим возникла из себялюбивого побуждения: помогая другим, человек обычно получал помощь в свою очередь (а привычка у Дарвина, как и у Ламарка, передавалась по наследству). Другим источником формирования «общественных добродетелей», по Дарвину, является «одобрение и порицание наших ближних». Даже собаки умеют ценить одобрение, похвалу и порицание. Самому грубому дикарю знакомо понятие о славе: в первобытных племенах сохраняют трофеи своих подвигов и имеют привычку ими хвастаться. Так и на первобытного человека в очень отдаленное время влияли одобрение и порицание товарищей. Однако и человек, который не побуждался никаким глубоким инстинктивным чувством жертвовать жизнью для блага других – несмотря на это – способен на такие поступки из-за любви к славе, и возбуждает своим примером такое же желание славы в других. Согласно Дарвину [4, 5], лишь позже начинают цениться такие личные добродетели как умеренность и целомудрие, в ранние времена не пользовавшиеся никаким почетом. В «Происхождении человека» Чарлз Дарвин формулирует непростое, но актуальное до сих пор определение «нравственного чувства» (присущего, как был убежден великий натуралист, уже первобытному человеку и даже некоторым высшим животным). Согласно Дарвину [4, 5], нравственное чувство (или совесть) – «чрезвычайно сложное чувство, которое имеет своим первым источником общественные инстинкты, руководится в значительной степени одобрением себе подобных, управляется рассудком, личной выгодой, а в позднейшие времена – глубоким религиозным чувством, и подкрепляется образованием и привычкой».

Более того, Дарвин отмечает, что высокий уровень нравственности дает человеку и его детям весьма небольшие преимущества перед другими членами того же племени или даже вовсе не приносит им никаких выгод, тем не менее общее повышение этого уровня и увеличение числа даровитых людей, несомненно, дает огромный перевес одному племени над другим. Естественный отбор на «племенном» уровне, по Дарвину, приведет к тому, что племя,

закрывающее в себе большое число членов, которые наделены высоко развитым чувством патриотизма, верности, послушания, храбрости и участия к другим; людей, которые всегда готовы помогать друг другу и жертвовать собой для общей пользы, – должно одержать верх над большинством других племен. При этом в отношении развития нравственности в концепции Дарвина присутствует противоречие. Так, с одной стороны, он утверждает, что общий уровень нравственности и число одаренных людей должны постоянно стремиться к увеличению и нарастанию. При этом он не исключает, что высокий уровень нравственности на индивидуальном уровне может и не нести человеку никаких выгод, т.е. оказаться «нейтральным» (или даже «негативным») по отношению к естественному отбору признаком, поскольку естественный отбор сохраняет полезные и уничтожает вредные для индивидуума свойства.

В цивилизованном обществе, согласно Дарвину [4, 5], «слабые члены» распространяют свой род. В каждой стране, где существуют большие постоянные армии, цвет молодежи подпадает призыву. Они подвергаются риску преждевременной смерти на войне, нравственной порче и не имеют возможности вступить в брак. Более низкорослые и слабые по своей конституции люди остаются дома и имеют больше шансов вступить в брак и оставить потомство. Дети богатых людей получают преимущество перед детьми бедняков, независимо от их телесного или умственного превосходства (очень большое богатство, по Дарвину, превращает мало-помалу людей в бесполезных трупней, но число их никогда не бывает велико, притом оно нередко подвергается сокращению (ввиду растрат)).

Эти обстоятельства, как замечает Дарвин, «крайне неблагоприятны для человеческой расы», и рекомендует «единственное возможное средство» – чтобы браки между слабыми и мало одаренными членами общества были реже, чем между здоровыми.

Подобно итальянскому психиатру С.Ломброзо [18] («генный не оставляет потомства») Ч. Дарвин [4, 5] отмечает, что «наиболее талантливые люди из когда-либо существовавших обыкновенно не оставляют потомков», которые могли бы наследовать их высокое умственное развитие. И добавляет при этом, что «усовершенствованию вида способствует преимущественно отбор несколько более одаренных и исключение несколько менее одаренных особей, а не сохранение резких и редких аномалий». Напротив, если в обществе создается перевес беспечных, порочных, «худших» людей над «лучшим классом», то нация, по Дарвину, очевидно, начнет регрессировать. Прогресс не представляет неизменного закона. Это положение Ч. Дарвина [4, 5] в отношении возможности регресса человеческого общества отражает изложенные им три направления эволюции живых существ в предшествующей знаменитой монографии «Происхождение видов» [2, 3]: усложнение, упрощение и «застывание на одном уровне». В «Происхождении человека» [4, 5] Ч. Дарвин подчеркивает чрезвычайно важное, в том числе, для формирования через столетие последующего «эволюционного» подхода к психическим расстройствам в психиатрии и медицинской психологии [13, 19-21], еще одно положение: «естественный отбор действует только путем проб». А согласно дар-

виновскому учению об инстинктах, на которые также действует естественный отбор [2, 3], чрезвычайно многообразные «инстинкты не всегда бывают вполне совершенными и могут вести к ошибкам, нельзя доказать образование ни одного инстинкта, полезного для других животных, хотя одни животные извлекают пользу из инстинктов других». Таким образом, Чарлз Дарвин в «Происхождении человека» провел систематизированное сопоставление поведения и эмоций «свободноживущих» животных совершенно различных видов с поведением человека, и предложил объяснение сходных образцов такого «инстинктивного» поведения аналогичными механизмами, что и составило сущность последующего этологического (или «эволюционного») подхода в психологии и психиатрии.

Половой отбор Чарлз Дарвин [4, 5] рассматривал относительно независимо от естественного (что в свете современных знаний генетики может представляться уже не совсем корректным). Ввиду обилия материала на тему полового отбора в монографии «Происхождение человека» и его значения для современной эволюционной психологии и психиатрии, мы рассмотрим эту тему в отдельной статье. В заключение следует также заметить, что Дарвин в «Происхождении видов» [1-3] утверждал, что громадное число животных и растений преждевременно погибает и от случайных причин, будучи созданы даже более «приспособленными» к жизни, и что естественный отбор в некоторых обстоятельствах «теряет силу», в «Происхождении человека» [4, 5] воздействие «случайных причин» на судьбу видов уже так не выделялось.

Список литературы

1. Пятницкий Н.Ю. Теория эволюции в «Происхождении видов» Чарлза Дарвина как основа современной «эволюционной» психиатрии. Журнал психиатрии и психофармакотерапии им. П.Б. Ганнушкина. 2024; 1:43-49. DOI: 10.62202/2075-1761-2024-26-1-43-49 [Pyatnitskiy N.Yu. The theory of evolution in Charles Darwin's "The Origin of Species" as a basis for contemporary modern evolutionary psychiatry. Psychiatry and psychopharmacotherapy. 2024; 1: 43-49. (In Russ.) DOI: 10.62202/2075-1761-2024-26-1-43-49]
2. Дарвин Чарлз. Происхождение видов путем естественного отбора или сохранение благоприятных рас в борьбе за жизнь. Издание второе, дополненное. Перевод с шестого издания (Лондон, 1872). (Отв. редактор Акад. А.Л. Тахтаджян). Санкт-Петербург: «Наука», 2001. [Darvin Charlz. Proishozhdenie vidov putem estestvennogo otbora ili sohranenie blagoprijatnyh ras v bor'be za zhizn'. Izdanie vtoroe, dopolnennoe. Perevod s shestogo izdaniya (London, 1872). (Otv. redaktor Akad. A.L. Tah-tadzhan). Sankt-Peterburg: «Nauka», 2001. (In Russ.)]
3. Darwin Ch. On the Origin of Species by Means of Natural Selection. London: John Murray, 1859.
4. Дарвин Чарлз. Происхождение человека и половой отбор (под редакцией академика Е.Н. Павловского). В кн.: Чарлз Дарвин. Сочинения в 9 томах. Том 5. Москва: Издательство Академии Наук Союза Советских Социалистических Республик, 1953. С. 133-656. [Darvin Charlz. Proishozhdenie cheloveka i polovoj otbor (pod redakciej akademika E.N. Pavlovskogo). V kn.: Charlz Darvin. Sochineniya v 9 tomah. Tom 5. Moskva: Izdatel'stvo Akademii Nauk Sojuza Sovetskikh Socialisticheskikh Respublik, 1953. S. 133-656. (In Russ.)]
5. Darwin Ch. The Descent of Man and Natural Selection in relation to Sex. In two Volumes. London: John Murray, 1871.
6. Кропоткин П.И. Взаимопомощь как фактор эволюции. Москва: «Самообразование», 2007. [Kropotkin P.I. Vzaimopomoshh' kak faktor jevoljucii [Mutual help as a factor of evolution]. Moskva: «Samoobrazovanie», 2007. (In Russ.)]
7. Полянский Ю.И. Тип простейшие (Protozoa). В кн.: Жизнь животных в 6 томах. 1 Том. Беспозвоночные (Под редакцией чл.-кор. АН СССР проф. Л.А. Зенкевича). Москва: Издательство «Просвещение», 1968. С. 65-180. [Poljanskij Ju.I. Tip prostejshie (Protozoa). V kn.: Zhizn' zhivotnyh v 6 tomah [Life of animals in 6 Vol]. 1 Tom. Bespozvonochnye [Invertebrates] (Pod redakciej chl.-kor. AN SSSR prof. L.A. Zenkevicha). Moskva: Izdatel'stvo «Prosveshhenie», 1968. S. 65-180. (In Russ.)]
8. Wilson E.O. Sociobiology. The new synthesis. 25th Anniversary Edition. Cambridge, Massachusetts and London, England: The Belknap Press of Harvard University Press, 2000.
9. Barash D.P. Sociobiology and behavior. Second Edition. New York – Amsterdam – Oxford: Elsevier Science Publishing Co., Inc., 1982.
10. Charnov E.L., Krebs J.R. The evolution of alarm calls: altruism or manipulation? American Naturalist. 1975. 109:107-112.
11. Price J.S. Hypothesis: The dominance hierarchy and the evolution of mental illness. Lancet. 1967: 2:243-246.
12. Dawkins R. (1976). The selfish gene. 30th anniversary edition. Oxford – New York: Oxford University Press, 2006.
13. Stevens A., Price J. Evolutionary Psychiatry. A new beginning. Second Edition. London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2000.
14. Пятницкий Н.Ю. Аффективные расстройства и шизофрения с точки зрения «эволюционной» психологии и психиатрии. В коллективной монографии: Клиническая психология XXI века: методология, теория и практика. Москва: Издательство ФГБНУ НЦПЗ, 2023. С.121-136. [Pyatnitskiy N.Yu. Affective disorders and schizophrenia from the point of view of «evolutionary» psychology and psychiatry. V kollektivnoj monografii: Klinicheskaja psihologija XXI veka: metodologija, teorija i praktika [Clinical psychology of the XXI century: methodology, theory and practice. Moskva: Izdatel'stvo FGBNU NCPZ, 2023. S.121-136. (In Russ.)]
15. Ламарк Ж.-Б. Философия зоологии (перевод с французского С.В. Сапожникова, редакция В.П. Карпова). Том 1. Москва – Ленинград: Государственное издательство биологической и медицинской литературы, 1935. [Lamarck J.-B. Filosofija zoologii (perevod s francuzskogo S.V. Sapozhnikova, redakcija V.P. Karpova). Tom 1. Moskva – Leningrad: Gosudarstvennoe izdatel'stvo biologicheskoi i medicinskoj literatury, 1935. (In Russ.)]
16. Ламарк Ж.-Б. Философия зоологии (перевод с французского С.В. Сапожникова). Том 2. Москва – Ленинград: Государственное издательство биологической и медицинской литературы, 1937. [Lamarck J.-B. Filosofija zoologii (perevod s francuzskogo S.V. Sapozhnikova). Tom 2. Moskva – Leningrad: Gosudarstvennoe izdatel'stvo biologicheskoi i medicinskoj literatury, 1937. (In Russ.)]
17. Turkheimer E. Three Laws of Behavior Genetics and what they mean. Current Directions in Psychological Science. 2000. Vol. 9. N 5, October, P. 160-164.
18. [Lombroso C.] Ломброзо Ч. Гениальность и помешательство. Параллель между великими людьми и помешанными (1863) (пер с итал. 4-го издания 1882 г.). В сборнике: Ломброзо Ч. Гениальность и помешательство, Женщина преступница и проститутка; Любовь у помешанных. Минск: ООО «Попурри», 2000. С. 1-302. [Lombroso C. Genial'nost' i pomeshatel'stvo [Genius and madness]. Parallel' mezhdru velikimi ljud'mi i pomeshannymi (1863) (per s ital. 4-go izdaniya 1882 g.). V sbornike: Lombroso C. Genial'nost' i pomeshatel'stvo, Zhenshchina prestupnica i prostitutka; Ljubov' u pomeshannyh. Minsk: OOO «Popurri», 2000. S. 1-302. (In Russ.)]

19. McGuire M., Troisi A. Darwinian Psychiatry. New York – Oxford: Oxford University Press, 1998.
20. Oxford Handbook of Evolutionary Psychology (Edited by R.I.M. Dunbar, L. Barrett). Oxford, New York: Oxford University Press, 2007.
21. Buss D.M. Evolutionary Psychology. The new science of the mind. Fifth edition. London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2015.

Информация об авторе

Пятницкий Николай Юрьевич, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия,

ORCID ID 0000-0002-2413-8544

E-mail: piatnits09@mail.ru

Information about the author

Nikolay Yu. Pyatnitskiy, MD, PhD, Cand. of Sci. (Med.), Leading scientific worker of Medical Psychology Department, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia,

ORCID ID 0000-0002-2413-8544

E-mail: piatnits09@mail.ru

Дата поступления: 11.10.2023

Received: 11.10.2023

Принята к печати: 18.03.2024

Accepted: 18.03.2024

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Author declares no conflicts of interest



Психиатрия и психотерапия

Журнал имени П.Б.ГАННУШКИНА

Время – деньги

Зигмунд Фрейд – основатель
теории психоанализа



Огюст Анри Форель – создатель
психологической картины мозга
человека



Benjamin Rush

Юлиус Вагнер фон Яурегг –
лауреат Нобелевской премии,
предложивший маляротерапию
как средство лечения
прогрессивного паралича



Бенджамин Раш – автор первых
американских трудов в области
психиатрии



Всё о психиатрии
на сайте: www.con-med.ru

Психическое здоровье населения в условиях пандемии

РУКОВОДСТВО ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ



Под ред. Н.Г. Незнанова
2024, 336 с.



В руководстве представлен междисциплинарный взгляд на пандемию новой коронавирусной инфекции COVID-19 как на экстремальную ситуацию в области общественного здоровья. Основное внимание обращено на вопросы нейропсихиатрических нарушений на фоне инфекционного заболевания, а также неблагоприятные социально-психологические факторы пандемии – совокупно определяющие риски нарушений психического здоровья у разных возрастных групп населения и пациентов психоневрологического профиля.

Издание предназначено организаторам здравоохранения и врачам, занимающимся клинической практикой в психиатрии, неврологии, наркологии, патофизиологии, медицинским психологам и психотерапевтам, а также научным сотрудникам, студентам и врачам-ординаторам перечисленных специальностей.