

**АУТОХТОННЫЕ
НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА**

Под редакцией А. П. Коцюбинского

Санкт-Петербург
СпецЛит
2015

УДК 616.89-02/.891/.895
А93

Ведущий автор:

Коцюбинский Александр Петрович — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева».

Рецензенты:

Крылов Владимир Иванович — доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова;

Петрова Наталья Николаевна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии медицинского факультета СПбГУ.

Аутохтонные непсихотические расстройства / под ред. А93 А. П. Коцюбинского. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015. — 495 с. ISBN 978-5-299-00669-8

Монография посвящена вопросам психопатологии и типологической дифференциации непсихотических расстройств, относимых к шизофреническому или аффективному спектрам психических заболеваний и традиционно рассматриваемых в рамках так называемой малой или пограничной психиатрии. В книге эти состояния анализируются с позиций биопсихосоциальной концепции, базирующейся на системной адаптационной и уязвимость-диатез-стрессовой модели психических заболеваний. Специальному рассмотрению подвергаются ремиссионные особенности таких состояний, а также дифференцированное использование психофармакологических и психотерапевтических подходов при лечении и реабилитации этих больных.

Монография предназначена для психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов и может быть рекомендована в качестве руководства для слушателей системы постдипломного образования.

УДК 616.89-02/.891/.895

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Мазо Г. Э. — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения психофармакологии и фармакотерапии больных с резистентными состояниями с группой эндокринологической психиатрии ФГБУ «СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева»;

Шейнина Н. С. — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации ФГБУ «СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева»;

Аксенова И. О. — кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации ФГБУ «СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева»;

Бутома Б. Г. — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации ФГБУ «СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева»;

Гусева О. В. — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации ФГБУ «СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева»;

Еригев А. Н. — кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации ФГБУ «СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева»;

Лукманова К. А. — младший научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации ФГБУ «СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева»;

Медведев С. Э. — кандидат медицинских наук, врач отделения биопсихосоциальной реабилитации ФГБУ «СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева»;

Мельникова Ю. В. — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации ФГБУ «СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева»;

Пенгул Н. А. — кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации ФГБУ «СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева»;

Саврасов Р. Г. — младший научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации ФГБУ «СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева»;

Степанова А. В. — психолог отделения биопсихосоциальной реабилитации ФГБУ «СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева»;

Чумагченко А. А. — кандидат медицинских наук, заведующий отделением Городской психиатрической больницы № 7 им. акад. И. П. Павлова (клиника неврозов) СПб ГБУЗ.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения.....	5
Предисловие (Незнанов Н. Г.)	8
Глава 1. Место непсихотических расстройств в континууме «здоровье – болезнь» (Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С.)	10
Глава 2. Психический диатез как состояние предболезни (Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Мельникова Ю. В., Чумагенко А. А.)	19
Глава 3. Переходные психопатологические состояния (Коцюбинский А. П.)	47
Глава 4. Общие представления об аутохтонных психических расстройствах	58
4.1. Основные подходы к диагностике аутохтонных расстройств (Коцюбинский А. П.).....	58
4.2. Современные представления об этиопатогенезе аутохтонных психических расстройств (Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Мазо Г. Э., Бутома Б. Г.)	63
4.2.1. Расстройства шизофренического спектра.....	63
4.2.2. Расстройства аффективного спектра.....	75
4.2.3. Концепция позитивных и негативных расстройств	78
4.3. Категориальные и дименсиональные характеристики аутохтонных психических расстройств (Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С.)	82
Глава 5. Клинические особенности аутохтонных непсихотических расстройств	102
5.1. Продромальные проявления (Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С.)	102
5.2. Морбидные проявления	114
5.2.1. Шизотипические расстройства (Коцюбинский А. П., Мельникова Ю. В., Шейнина Н. С., Саврасов Р. Г.)	114
5.2.2. Аффективные расстройства (Коцюбинский А. П., Мазо Г. Э., Аксенова И. О., Мельникова Ю. В.).....	243
5.3. Особенности ремиссий (Коцюбинский А. П., Мельникова Ю. В., Бутома Б. Г., Пенгул Н. А., Лукманова К. А.) ...	266
Глава 6. Особенности терапии аутохтонных непсихотических расстройств	296
6.1. Особенности психофармакотерапии (Коцюбинский А. П., Мазо Г. Э., Аксенова И. О.)	296
6.2. Особенности психотерапии (Коцюбинский А. П., Гусева О. В., Еригев А. Н., Медведев С. Э., Бутома Б. Г., Степанова А. В.)	332
Заключение (Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С.)	393
Литература	420

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АВГ	— антипсихотики второй генерации или атипичные нейролептики
АКТГ	— адренокортикотропный гормон
АПГ	— антипсихотики первой генерации или традиционные нейролептики
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ВОЗЖЖ-100	— шкала качества жизни (Всемирная организация здравоохранения), 100 вопросов
ВПА	— Всемирная психиатрическая ассоциация
ГАМК	— гамма-аминомасляная кислота
ГБ	— гипертоническая болезнь
ГВС	— гипервентиляционный синдром
ГГН-система	— гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система
ЖКТ	— желудочно-кишечный тракт
ИБС	— ишемическая болезнь сердца
КЖ	— качество жизни
КЖ2Ф	— двухформатная шкала качества жизни
КЖСД-46	— шкала качества жизни (семантический дифференциал), 46 вопросов
КЖСМ-44	— шкала качества жизни (специфический модуль), 44 вопроса
КК	— когнитивная концептуализация
КПП	— когнитивно-поведенческая психотерапия
КТРФ	— кортикотропин-рилизинг-фактор
МАО-А	— моноаминоксидаза типа А
МГЭ	— мобильные генетические элементы
МКБ-10	— Международная классификация болезней 10-го пересмотра
МКБ-11	— Международная классификация болезней 11-го пересмотра (проект)
МКР	— международные критерии ремиссий
ОИМАО-А	— обратимые селективные ингибиторы моноаминоксидазы типа А
ПМДС	— предменструальный дисфорический синдром
ПМС	— предменструальный синдром
СеТА-депрессия	— связанная с серотонином и кортизолом тревожно-агрессивная депрессия
СИОЗС	— селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СИОЗСН	— селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
СКФКР	— стандартизированные клинико-функциональные критерии ремиссии
СПИД	— синдром приобретенного иммунодефицита
СУЛ	— опросник субъективной удовлетворенности лечением в психиатрическом стационаре
ТЦА	— трициклические антидепрессанты
ЦНС	— центральная нервная система
ЭПС	— экстрапирамидный синдром
ААСАР	(American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) — Американская академия детской и подростковой психиатрии
АВС	(Age-Beginnen-Course) — ретроспективное исследование раннего распознавания шизофрении

APA	(American Psychiatric Association) – Американская психиатрическая ассоциация
BPRS	(Brief Psychiatric Rating Scale) – краткая психиатрическая рейтинговая шкала
BSABS	(Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms) – Боннская шкала базисных симптомов
CAARMS	(Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States) – комплексная шкала оценки риска психоза
CGI-SCH	(Clinical Global Impression-Schizophrenia scale) – шкала общего клинического впечатления (шизофрения)
COGDIS	(Cognitive Disturbances) – критерий риска развития шизофрении на основании когнитивных нарушений
COPER	(Cognitive-Perceptive Basis Symptoms) – критерий риска развития шизофрении на основании когнитивно-перцептивных базисных симптомов
COPS	(Criteria of Prodromal Syndromes) – критерии продромальных синдромов
CPT	(Continuous Performance Test) – тест на длительное поддержание функции
DSM-IV	(Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) – руководство по диагностике и статистике психических расстройств, четвертая редакция
DSM-IV-TR	(Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) – руководство по диагностике и статистике психических расстройств, четвертая редакция, пересмотренная
DSM-V	(Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) – руководство по диагностике и статистике психических расстройств, пятая редакция (проект)
DTI	(Diffusion Tensor Imaging) – диффузионно-тензорная томография
EUFAMI	(European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness) – Европейская федерация ассоциаций семей лиц, страдающих психическими заболеваниями
FDA	(Food and Drug Administration) – Управление по контролю за продуктами и лекарствами (США)
FKBS	(Fragebogen zu Konfliktbew ltigungsstrategien) – вопросник стратегии управления конфликтами
fMRI	(functional Magnetic Resonance Imaging) – функциональная магнитно-резонансная томография
GAF	(Global Assessment of Functional Scale) – глобальная оценка уровня функционирования
GARF	(Global Assessment of Relational Functioning) – глобальная оценка уровня отношений
GnR	– гонадотропин-рилизинг-гормон
HAMD	(Hamilton Depression Rating Scale) – шкала депрессии Гамильтона
HDRS	(Hamilton Rating Scale for Depression) – рейтинговая шкала депрессии Гамильтона
IFN- γ	– интерферон- γ
IRS	(Inflammatory response system) – системный воспалительный процесс
MADRS	(Montgomery – Asberg Depression Rating Scale) – рейтинговая шкала депрессии Монтгомери – Асберга

MARS	(Maryland Assessment of Recovery in People with Serious Mental Illness) — Мэрилендская шкала оценки восстановления при тяжелых психических заболеваниях
MRI	(Magnetic Resonance Imaging) — магнитно-резонансная томография
MRS	(Magnetic Resonance Spectroscopy) — магнитно-резонансная спектроскопия
MSIF	(Multidimensional Scale of Independent Functioning) — многомерная шкала независимого функционирования
NICE	(National Institute for Health and Clinical Excellence) — Национальный институт здравоохранения и клинического мастерства Великобритании
NMDA-рецепторы	— ионотропные рецепторы глутамата, селективно связывающие N-метил-D-аспартат
OR	(odds ratio) — отношение шансов изучаемого события в основной группе к шансам в группе контроля
PANSS	(Positive and Negative Syndrome Scale) — шкала позитивных и негативных синдромов
PET	(Positron Emission Tomography) — позитронно-эмиссионная томография
PSP	(Personal and Social Performance Scale) — шкала личностного и социального функционирования
RAVLT	(Rey Auditory Verbal Learning Test) — тест Рея на слухоречевое заучивание
SANS	(Scale for the Assessment of Negative Symptoms) — шкала для оценки негативных симптомов
SAPS	(Scale for the Assessment of Positive Symptoms) — шкала для оценки позитивных симптомов
SBAK	(Selbstbeurteilung von Abwehrkonzepten) — опросник самооценки психологической защиты
SD	(Self-Disturbances) — нарушение самовосприятия
SDM	(shared decision making) — совместное принятие решения
SIPS	(Structured Interview for Prodromal Syndrom) — структурированное интервью продромальных симптомов
SOFAS	(Social and Occupational Functioning Assessment Scale) — шкала уровня функционирования в социальной сфере и сфере занятости
SOPS	(Scale of Psychosis-Risk Symptoms) — симптоматическая шкала риска психоза
SPECT	(Single Photon Emission Computed Tomography) — эмиссионная компьютерная томография одиночных фотонов
SPI-A	(Schizophrenia Proneness Instrument, Adult version) — инструмент риска шизофрении, взрослая версия
SPI-CY	(Schizophrenia Proneness Instrument, Child and Youth version) — инструмент риска шизофрении, детская и юношеская версия
SVF	(Stressverarbeitung/fragebogen) — опросник изучения копинг-механизмов
TOVA	(Test of Variables of Attention) — тест на концентрацию внимания
UCLA recovery criteria	— критерии восстановления Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе
VFT	(Verbal Fluency Test) — тест на вербальную беглость
WCST	(Wisconsin Card Sorting Test) — Висконсинский тест сортировки карточек

ПРЕДИСЛОВИЕ

Монография, подготовленная коллективом авторов под руководством известного российского психиатра А. П. Коцюбинского, посвящена сложной в теоретическом и прикладном планах проблеме непсихотических психических расстройств эндогенного происхождения.

Проблема соотношения эндогенного и экзогенного при психических расстройствах приобретает особое значение в условиях развития современной медицины, ориентированной на раннюю диагностику, профилактику, лечение и реабилитацию больных. Становление и реанимация персонифицированной медицины, акцентирующей внимание на генетической предрасположенности к заболеванию, разработке индивидуализированной фармакотерапии больному в соответствии с его генотипом на основе фармакогенетических и фармакогеномных данных, — актуальная задача, стоящая перед отечественным здравоохранением.

Поиск биологических маркеров психических расстройств, вероятно, станет одной из важнейших ступеней на пути становления и развития этого направления в психиатрии. Сложившееся к настоящему времени представление о том, что ряд основных психических заболеваний имеет наследственную предрасположенность, нацеливает исследователя на поиск дискретных маркеров, позволяющих отделить одно заболевание от другого.

Между тем хорошо известно, что особенностью генных болезней является их гетерогенность, и одна и та же наблюдаемая картина заболевания может быть обусловлена мутациями в разных генах или внутри одного и того же гена.

В ряде исследований показано, что половина случаев генетически обусловленной шизофрении вызвана случайными мутациями, отсутствующими в генах родителей (Karayiorgou M. [et al.], 2012). Складывается впечатление, что при большинстве эндогенных психических заболеваний (шизофрения, биполярное расстройство, эпилепсия и ряд других) по наследству передается предрасположенность, определенный диатез. Манифестация заболевания часто провоцируется внешними факторами. В этой связи обращение к проблеме «уязвимость — диатез — стресс — заболевание» представляется важным звеном в понимании трактовки авторами

условий формирования эндогенных психических расстройств непсихотического уровня.

Возможно, ряд положений (прежде всего, теоретических), выдвигаемых авторами, покажутся читателям небесспорными, но, как хорошо известно специалистам, в современной психиатрии гораздо больше дискуссионных вопросов, чем устоявшихся догм.

В монографии представлен обширный и мало известный отечественным врачам-психиатрам материал, выходящий за рамки заявленной в названии монографии темы.

Обращает на себя внимание глубокий анализ работ отечественных психиатров и основанные на нем попытки сопоставления традиционных представлений, существующих в отечественной психиатрии в области систематики, оценки психопатологических феноменов, с трактовками, изложенными в основном зарубежными авторами.

Полагаю, что монография будет интересна широкому кругу специалистов, работающих в области сохранения психического здоровья населения страны.

*Н. Г. Незнанов,
директор ФГБУ «СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева»
Минздрава России, председатель Российского общества психиатров,
главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии
Росздрава, доктор медицинских наук, профессор*

ГЛАВА 1

МЕСТО НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КОНТИНУУМЕ «ЗДОРОВЬЕ — БОЛЕЗНЬ»

Современное развитие психиатрии базируется на признании **биопсихосоциальной сущности психических расстройств**, что стало основанием для формулирования биопсихосоциальной концепции болезни. Основные ее положения рассматривались еще в трудах В. М. Бехтерева, но терминологически закрепились в работах G. L. Engel (1982) и способствовали появлению интереса исследователей к изучению психологических особенностей пациентов и характера их социального приспособления. Отражая сложный мультифакториальный характер патологии, биопсихосоциальная концепция, с точки зрения Н. Г. Незнанова (2009), «формирует комплексный подход к изучению и лечению психических расстройств, смещая акцент с поиска главного фактора на установление характера их взаимодействий».

Признание биопсихосоциальной сущности психических расстройств делает необходимым определенный пересмотр взглядов, согласно которым некоторые заболевания трактуются как сугубо «эндогенные» (термин, введенный Р. J. Möbius, 1893), т. е. обусловленные наследственными и конституциональными факторами (Блейхер В. М., Крук И. В., 1995; Первый В. С. [и др.] 2013), что предопределяет нозологическую структуру и последующее развитие болезни, включая ее исход.

Связанный с таким подходом «нозологический диктат» существовал в психиатрии в течение ста с лишним лет. Однако он так и не привел к сколь-нибудь убедительным доказательствам правомочности нозологической трактовки выделенных «эндогенных» заболеваний и их принципиальной независимости от «экзогенных» факторов. Это обстоятельство делает предпочтительным обозначение расстройств, возникающих вне связи с какими-либо отчетливыми внешними причинами и обстоятельствами, не как «эндогенных» (первично обусловленных исключительно наследственными и конституциональными факторами), а как относительно «аутохтонных».

Относительность аутохтонности некоторых психических расстройств связана с тем обстоятельством, что взаимоотношения отдельных составляющих биопсихосоциального единства весьма разнообразны и, в силу сложности изучаемого явления, далеко не всегда доступны с точки зрения определения иерархии их значимости в процессе заболевания (Краснов В. Н., 2012). В результате этого отдельные клинические феномены невозможно объяснить ни исключительно психологическими, ни исключительно биологическими мозговыми дисфункциями. Как отмечает М. Мај (2011), последние, являясь показателем уязвимости человека, определяются взаимодействием мозговых и личностных — как системы межчеловеческих взаимоотношений — механизмов.

В связи с этим использование термина «аутохтонность» направлено не на то, чтобы подчеркнуть не оспариваемую в настоящее время нозологическую «особость» состояний, возникающих вне видимой связи с внешними обстоятельствами, а на то, что в клинически «спонтанном» возникновении и последующей динамике психопатологических расстройств допустимо участие не только наследственных, врожденных процессов (Жмуров В. А., 2010), но и некоторых дополнительных внешних или внутренних стимулов, выступающих в неявной форме.

Обнаруживаемые сложности характера взаимодействия различных факторов, участвующих в формировании психических расстройств, привели исследователей к тому, что в разрабатываемых психиатрических классификациях теоретические гипотезы о сущности психических расстройств заменяются внеконцептуальным подходом, направленным на механическое группирование различных по своей сути, но внешне сходных состояний.

В отличие от этого, биопсихосоциальная концепция психических расстройств базируется на следующих теоретических положениях:

- 1) уязвимость-диатез-стрессовой модели возникновения и динамики развития психических заболеваний;
- 2) системной адаптационной модели формирования психопатологических феноменов.

Уязвимость-диатез-стрессовая модель возникновения и динамики развития психических заболеваний, основанная на работах Г. Селье (1972), служит преодолению методологических противоречий, существующих между генетическими и психодинамическими теориями этиопатогенеза психических расстройств. Традиционно стресс связывают с изменением функционирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (ГГН-системы), что способствует формированию большей чувствительности (по современной терминологии — уязвимости) индивидуума, проявляющейся

снижением уровня его устойчивости (сопротивления) болезнетворным стрессорам на протяжении всей последующей жизни; это послужило основанием для формирования представлений о психическом диатезе.

Диатез-стрессовое понимание психической патологии, как подчеркивает Р. Д. Тукаев (2012), обладает одновременно признаками новизны и традиционности (что и обуславливает отчасти его популярность). Новизна определяется приданием именно психическому стрессу значения триггера, запускающего психическое расстройство. Традиционность основана на постулировании необходимости, помимо триггера, особой предрасположенности «почвы», на фоне которой психический стрессор включает развертывание психопатологического процесса.

Нет сомнений, что те или иные события, которые можно рассматривать как стрессовые, происходят в жизни каждого человека. При этом в качестве стресса может рассматриваться как психогенный фактор (жизненные события, утрата близких, уход за тяжело больным родственником и др.), так и физиологический (соматические заболевания, изменения гормонального фона, сопряженные с репродуктивным циклом у женщин). Результаты многочисленных исследований указывают на значимость диатез-стрессовых моделей как для расстройств шизофренического спектра (Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О., Шейнина Н. С. [и др.], 2004; Jones S. R., Fernyhough C., 2007), так и постстрессовых (Koenen K. C., 2008; Xie P., Kranzler H. R., Poling J. [et al.], 2009; Afifi T. O. [et al.], 2010), тревожных и аффективных расстройств (Caspi A., Sugden K., Moffitt T. E. [et al.], 2003; Hudson J. I., Mangweth B., Pope H. G. [et al.], 2003; Gotlib I. H. [et al.], 2008; Van Winkel R., Stefanis N. C., Myin-Germeys I., 2008).

Таким образом, базовым положением модели «уязвимость — диатез — стресс — заболевание» является наличие динамической взаимосвязи определяющих ее параметров в возникновении и развитии психического расстройства при условии обязательного участия трех глобальных факторов (в разных соотношениях): биологического, психологического и социального, чему посвящено немало исследований (Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., 1998, 1999; Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О., Шейнина Н. С. [и др.], 2004). Характерные особенности самих факторов и их взаимодействия в одних случаях способствуют развитию или рецидивированию заболевания, мешают восстановлению пациента, а в других — препятствуют ухудшению состояния и помогают больному использовать все его резервные возможности адаптации (Belsky J., Jonassaint C., Pluess M. [et al.], 2009; Belsky J., Pluess M., 2009).

Вместе с тем в современной отечественной психиатрии и клинической психологии присутствует заметная неоднородность в оценках диатез-стрессовых моделей развития психических расстройств. Так, в ряде авторитетных психиатрических публикаций диатез-стрессовые модели либо просто обходятся молчанием, либо упоминаются в общем контексте, либо подаются как некие базовые конструкты, синонимичные общему понятию «биопсихосоциальный подход» (Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., 1998, 1999).

В результате во многих исследованиях эти модели:

- 1) учитываются формально либо опускаются;
- 2) трактуются широко и декларативно;
- 3) разрабатываются применительно лишь к отдельным заболеваниям.

Такая ситуация делает проведение дальнейших исследований, в основе которых лежит уязвимость-диатез-стрессовая модель развития психических расстройств, настоятельно необходимым.

Системная адаптационная модель формирования психопатологических феноменов предполагает целостное видение объекта, выделение структуры элементов и характера их взаимодействия между собой, а всей системы — с «внешним миром», учет развития как всей системы в целом, так и ее элементов, и т. д. Основным постулатом теории функциональных систем служит положение о том, что ведущим системообразующим фактором является полезный для системы и организма приспособительный результат (Анохин П. К., 1975, 1980; Судаков К. В., 1984, 2003; Шанин В. Ю., Кропотов С. П., 1997; Шанин В. Ю., 2003). В случае психического заболевания таким системообразующим фактором являются биологические и психологические адаптационно-компенсаторные возможности больного, определяющие характер его социального функционирования (Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О., Шейнина Н. С. [и др.], 2004).

Адаптационно-компенсаторная модель позволяет углубленно рассматривать различные аспекты психического состояния пациентов как на биологическом, так и на психологическом и социальном уровнях, т. е. является системой многосторонней оценки состояния больного, основанной на единых теоретических позициях.

Эта модель делает более осмысленным и продуктивным изучение механизмов взаимодействия внешних и внутренних стрессорных факторов, вызывающих изменения в трансмиссерных системах мозга, что, безусловно, способствует развитию нового направления в изучении патофизиологических основ патогенеза заболевания.

Однако в ней явно недостаточно разработанными (хотя и не отвергаемыми) являются представления об участии в аутохтон-

ном процессе личностных механизмов адаптации, в значительной степени определяющих психологические возможности пациентов.

В то же время именно результаты взаимодействия патофизиологических и психологических адаптационно-компенсаторных механизмов (Березин Ф. Б., 1988), лежащие в основе психопатологических проявлений заболевания и психологических характеристик внутреннего мира пациента, отражаются на формировании его социальной компетенции. Совокупное же влияние биологических, психологических и социальных параметров в значительной мере определяет особенности функциональных возможностей индивидуума. Различие при определенной взаимозависимости всех этих понятий, подчиненных целостному описанию изучаемого объекта, делает уместным метафору о «бинокулярности» (De Shazer S., 1985), используемую представителями постклассических системных подходов: если различия изображений слишком велики, возникнет «двоение», если слишком малы, исчезнет трехмерное восприятие объекта.

Фундаментальные положения биопсихосоциальной концепции психических расстройств, заменившие бытовавшие ранее представления о «линейных» закономерностях процессов, участвующих в формировании психической патологии, на «объемное», «стереоскопическое», многомерное видение сложных механизмов ее этиопатогенеза и динамики, оказались особенно неразработанными в области непсихотических нарушений, традиционно относимых к так называемой пограничной психиатрии.

При этом следует отметить, что психиатрией за последние сто с лишним лет развития накоплен огромный опыт, который показывает, что разрыв между «чертой личности» (trait) и болезненным состоянием (state) не столь уж непреодолим и противопоставление этих категорий некорректно (Циркин С. Ю., 2012). В частности, хорошо известно, что предболезненные состояния и даже относительно благоприятные болезненные состояния с непсихотическими проявлениями могут быть совсем неглубокими и длиться долгие годы и даже десятилетия.

Сказанное делает оправданным уточнение содержательной характеристики состояний, относимых к пограничным психическим расстройствам, и рассмотрение с этих позиций таких непсихотических симптомокомплексов, которые, будучи клинически сходными с невротическими и характерологическими феноменами, по ряду параметров приближаются или вообще могут быть отнесены к проявлениям аутохтонных психических расстройств.

Состояния, относимые к проявлениям непсихотических психических расстройств, находятся в диапазоне аномалий, на одном полюсе которого располагаются нарушения, являющиеся «мягкими»

вариантами **аутохтонных психических расстройств**, а на другом — примыкающие к особенностям «нормальной» психики. На широкий диапазон психического континуума, простирающийся от оптимума до пессимума, указывали различные авторы (Семинов С. Б., 1987; Семке В. Я., 1999; Овчинников Б. В., Дьяконов И. Ф., Богданова Л. В., 2010). При этом, как подчеркивает С. Ю. Циркин (2012), категориальная оценка этих состояний «нуждается в таком клинко-психопатологическом анализе, который основывается на общем, универсальном противопоставлении психической патологии и нормы, чтобы исключить возможность включения в психиатрическую систематику вариантов последней».

При рассмотрении понятия «психическая норма», носящего, как известно, конвенциональный (договорной) характер, существенным является входящее в него умозрительное, т. е. не имеющее пока строгих доказательств, представление об «уязвимости». Последнее лежит в основе гипотетической модели заболевания и реализуется в форме субклинических аномалий, относимых к психическому диатезу.

В системе этих взглядов «психическая норма», равно как и понятие «практического психического здоровья», подразумевает не только «оптимум функционирования» и «благополучие в основных жизненных сферах», но и, согласно модели «уязвимость — диатез — стресс — заболевание», наличие в той или иной степени выраженной уязвимости к психическим расстройствам. Под воздействием внешних или внутренних стрессоров уязвимость может «материализоваться» в виде различных проявлений психического диатеза.

Это знаменует переход от состояния «нормы» к состоянию «предболезни», которое остается еще в области «практического здоровья». Конкретные проявления психического диатеза могут при продолжительном влиянии стрессоров трансформироваться в непсихотические или психотические формы психических заболеваний, т. е. именно проявления психического диатеза могут стать началом динамики как непсихотических расстройств в широком смысле этого понятия, так и психозов.

Вслед за состоянием предболезни далее по оси «здоровье — психическое заболевание» следует область так называемой пограничной психиатрии. С нашей точки зрения, ее можно разделить на примыкающую к «рубежу» психического диатеза «аллохтонную (неаутохтонную)» часть (расстройства личности, невротические, а также связанные со стрессом и соматоформные расстройства, «мягкие» органические поражения головного мозга и т. п.) и соседствующую с «большими» психозами «аутохтонную» часть, представленную непсихотическими психическими расстройствами.

АУТОХТОННЫЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Под редакцией А. П. Коцюбинского

Редактор *Кригель Е. М.*
Корректор *Терентьева А. Н.*
Компьютерная верстка *Рельевой Н. Н.*

Подписано в печать 22.06.2015. Формат 60 × 88 ¹/₁₆.
Печ. л. 31. Тираж 500 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15
Тел. (812) 495-36-09, 495-36-12
<http://www.speclit.spb.ru>

Первая Академическая типография «Наука»
199034, Санкт-Петербург, 9-я линия, 12/28

ISBN 978-5-299-00669-8



9 785299 006698