

№ 04 (68) 2015

# ПСИХИАТРИЯ PSYCHIATRY

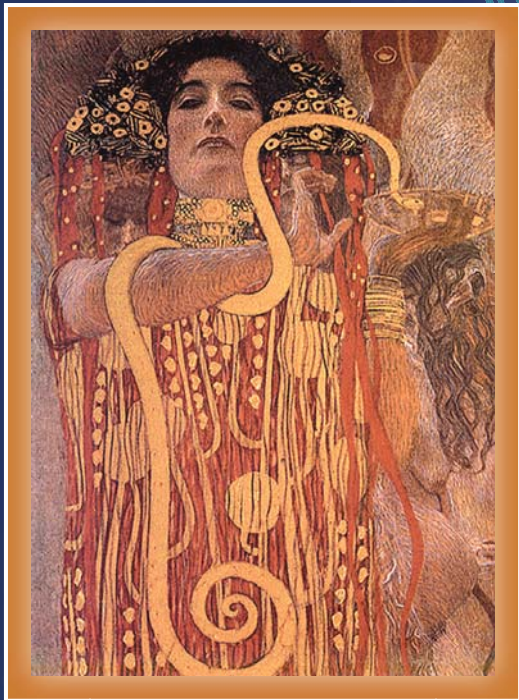
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ  
И БИОЛОГИЧЕСКОЙ  
ПСИХИАТРИИ

НАУЧНЫЕ  
ОБЗОРЫ

ПАМЯТНЫЕ  
ДАТЫ

НАШЕ  
НАСЛЕДИЕ



ISSN 1683-8319



*A.S. Tiganov*

psychiatry

#### Главный редактор

**А.С. Тиганов** академик РАН, проф., д. м. н. (Москва)

**Зам. гл. редактора Н.М. Михайлова**, д. м. н. (Москва)

E-mail:mikhaylovanm@yandex.ru

**Отв. секретарь Л.И. Абрамова**, д. м. н. (Москва)

E-mail:L\_Abramova@rambler.ru

#### Редакционная коллегия

**Н.А. Бохан**, проф., д. м. н. (Томск)

**О.С. Брусов**, к. б. н. (Москва)

**С.И. Гаврилова**, проф., д. м. н. (Москва)

**С.Н. Ениколопов**, к. п. н. (Москва)

**О.С. Зайцев**, д. м. н. (Москва)

**А.Ф. Изнак**, проф., д. б. н. (Москва)

**В.В. Калинин**, проф., д. м. н. (Москва)

**А.С. Карпов**, к. м. н. (Москва)

**Т.П. Ключник**, проф., д. б. н. (Москва)

**Г.И. Копейко**, к. м. н. (Москва)

**В.И. Крылов**, проф., д. м. н. (Санкт-Петербург)

**Н.А. Мазаева**, проф., д. м. н. (Москва)

**М.А. Морозова**, д. м. н. (Москва)

**Н.Г. Незнанов**, проф., д. м. н. (Санкт-Петербург)

**Г.П. Пантелеева**, проф., д. м. н. (Москва)

**С.Б. Середенин**, академик РАН, проф., д. м. н. (Москва)

**Н.В. Симашкова**, д. м. н. (Москва)

**А.Б. Смудевич**, академик РАН, проф., д. м. н. (Москва)

**Т.А. Солохина**, д. м. н. (Москва)

**В.К. Шамрей**, проф., д. м. н. (Санкт-Петербург)

#### Иностранные члены

**В. Мачюлис**, д. м. н. (Вильнюс, Литва)

**О.А. Скугаревский**, проф., д. м. н. (Минск, Белоруссия)

**А.А. Шюркюте**, к. м. н. (Вильнюс, Литва)

#### Editor-in-Chief

**A.S. Tiganov**, Academician of RAS, PhD, MD (Moscow)

**Deputy Editor-in-Chief N.M. Mikhaylova**, PhD, MD (Moscow)

E-mail:mikhaylovanm@yandex.ru

**Executive Secretary L.I. Abramova**, PhD, MD (Moscow)

E-mail:L\_Abramova@rambler.ru

#### Editorial Board

**N.A. Bokhan.**, Academician of RAS, PhD, MD (Tomsk)

**O.S. Brusov.**, PhD (Moscow)

**S.N. Enikolopov**, PhD (Moscow)

**S.I. Gavrilova**, Prof., PhD, MD (Moscow)

**A.F. Iznak**, Prof., PhD (Moscow)

**V.V. Kalinin**, Prof., PhD, MD (Moscow)

**A.S. Karpov**, PhD, MD (Moscow)

**T.P. Klyushnik**, Prof., PhD (Moscow)

**G.I. Kopeyko**, PhD, MD (Moscow)

**V.I. Krylov**, Prof., PhD, MD (St. Petersburg)

**N.A. Masayeva**, Prof., PhD, MD (Moscow)

**M.A. Morozova**, PhD, MD (Moscow)

**N.G. Neznanov**, Prof., PhD, MD (St. Petersburg)

**G.P. Panteleyeva**, Prof., PhD, MD (Moscow)

**S.B. Seredenin**, Academician of RAS, PhD, MD (Moscow)

**V.K. Shamrey**, Prof., PhD, MD (St. Petersburg)

**N.V. Simashkova**, PhD, MD (Moscow)

**A.B. Smulevich**, Academician of RAS, PhD, MD (Moscow)

**T.A. Solokhina**, PhD, MD (Moscow)

**O.S. Zaitsev**, PhD, MD (Moscow)

#### Foreign Members of Editorial Board

**V. Matchulis**, PhD, MD (Vilnius, Lithuania)

**A.A. Shurkute**, PhD, MD (Vilnius, Lithuania)

**O.A. Skugarevsky**, Prof., PhD, MD (Minsk, Byelorussia)

# СОДЕРЖАНИЕ

## Вопросы клинической и биологической психиатрии

<i>_Основополагающие задачи и проблемы охраны психического здоровья детей в России_</i> Макушкин Е.В., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В., Демчева Н.К. ....	5
<i>_Особенности психических расстройств у детей с малыми аномалиями развития и нарушениями ритма сердца_</i> Калинина М.А., Котляров В.Л., Козловская Г.В., Баз Л.Л., Крылатова Т.А. ....	12
<i>_Терапевтическое значение концентрации клозапина в плазме крови больных приступообразной шизофренией в состоянии симптоматической ремиссии_</i> Бурминский Д.С., Потанин С.С., Ханнанова А.Н., Морозова М.А., Евтушенко В.Я. ....	19
<i>_Аффективные расстройства в посткоматозном периоде после тяжелой травмы мозга_</i> Зайцев О.С. ....	25
<i>_Кататонические расстройства в структуре приступа эндогенной депрессии_</i> Болгов М.И. ....	32
<i>_Феномен ангедонии в структуре расстройств аффективного и шизофренического спектра_</i> Кананович П.С. ....	37
<i>_Клинико-катамнестическое исследование когорты больных с галлюцинаторными психозами, манифестировавшими в позднем возрасте_</i> Громова Н.С. ....	42
<i>_Ультроструктурное морфометрическое исследование лимфоцитов у больных шизофренией при лечении оланзапином_</i> Бонарцев П.Д., Рахманова В.И., Уранова Н.А. ....	47

## Материалы конференции молодых психиатров, посвященной памяти А.В. Снежневского

<i>_Тезисы докладов на конференции молодых психиатров, посвященной памяти А.В. Снежневского_</i> ....	53
---	----

## Научные обзоры

<i>_Патологические реакции горя у лиц пожилого и старческого возраста_</i> Корнилов В.В. ....	78
---	----

## Творчество и психическое здоровье

### Колонка главного редактора

<i>_Константин Николаевич Батюшков (1787–1855)_</i> Туганов А.С. ....	85
---	----

## Юбилеи

<i>_Игорю Ивановичу Мирошниченко 65 лет_</i> ....	88
---	----

## Наше наследие

<i>_Основатель психиатрии в России П.А. Бутковский, и его руководство «Душевные болезни» (1834)_</i> Двирский А.Е. ....	90
--	----

## Некрологи

<i>_Татьяна Дмитриевна Савина (22.12.1938–10.12.2015)_</i> ....	97
---	----

## Информация

<i>_Рецензия на монографию В.П. Критской и Т.К. Мелешко «Патопсихология шизофрении»_</i> Рощина И.Ф., Абрамова Л.И. ....	98
<i>_Научно-практическая конференция «Расстройства аутистического спектра и другие психические нарушения детского возраста. Современные подходы и перспективы межведомственного взаимодействия», Тула, 1–2 октября 2015 г.»_</i> Симашкова Н.В. ....	100
<i>_Конгрессы и симпозиумы в 2016–2017 гг.»_</i> Коренев А.Н. ....	102

## По страницам зарубежных журналов

<i>_Французские перспективы психиатрической классификации (расширенный реферат)_</i> Коренев А.Н. ....	104
--	-----



# contents



## Problems of Clinical and Biological Psychiatry

<i>_Fundamental tasks and problems of a mental health care of children in Russia_</i> Makushkin E.V., Baybarina E.N., Chumakova O.V., Demcheva N.K. ....	5
<i>_The features of mental disorders in children with small anomalies of the heart and heart rhythm disorders_</i> Kalinina M.A., Kotlyarov V.L., Kozlovskaya G.V., Baz L.L., Krylatova T.A. ....	12
<i>_Therapeutical significance of clozapine blood plasma concentration in patients with episodic schizophrenia in symptomatic remission_</i> Burminskiy D.S., Potanin S.S., Khannanova A.N., Morozova M.A., Evtushenko V.Ya. ....	19
<i>_Affective disorders in post-comatose period after severe traumatic brain injury_</i> Zaitsev O.S. ....	25
<i>_Catatonic disorders in the structure of endogenous depression_</i> Bolgov M.I. ....	32
<i>_Anhedonia in a structure of affective disorders and schizophrenia_</i> Kananovich P.S. ....	37
<i>_Clinical follow-up study a group of patients with hallucinatory psychosis, manifested in old age_</i> Gromova N.S. ....	42
<i>_Ultrastructural morphometric study of lymphocytes in patients with schizophrenia treated with olanzapine_</i> Bonartsev P.D., Rakhmanova V.I., Uranova N.A. ....	47



## Materials of the Scientific Conference of Young Scientists Devoted to Memory of Andrey Vladimirovich Sneznevsky, 20 May 2015, Moscow

<i>_Materials of the scientific conference of young scientists devoted to memory of Andrey Vladimirovich Sneznevsky_</i> .....	53
--	----



## Scientific Reviews

<i>_Denouement of pathological grief reactions in elderly and senile_</i> Kornilov V.V. ....	78
---	----



## Creative Genius and Mental Health A Column of Chief Editor

<i>_Konstantin Nikolaevich Batyushkov (1787–1855)_</i> Tiganov A.S. ....	85
---	----



## Jubilee

<i>_Igor Ivanovitch Miroshnitchenko_</i> .....	88
--	----



## Our Heritage

<i>_The founder of psychiatry in Russia_</i> P.A. Butkovsky and his manual «Mental diseases» (1834) Dvirsky A.E. ....	90
---	----



## Obituary

<i>_Tatiana Dmitrievna Savina (22.12.1938–10.12.2015)_</i> .....	97
--	----



## Information

<i>_Review of the book by V.P. Kritskaya, T.K. Meleshko «Pathopsychology of Schizophrenia»_</i> Roshchina I.F., Abramova L.I. ....	98
<i>_Scientific and practical conference «Autistic spectrum disorders and others mental disorders in childhood», Tula, 1–2 October 2015_</i> Simashkova N.V. ....	100
<i>_Psychiatric events in 2016–2017_</i> Korenev A.N. ....	102



## Foreign Press Digest

<i>_Marc-Antoine Crocq. French perspectives on psychiatric classification_</i> Korenev A.N. ....	104
---	-----

**Учредители:**

**ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»  
ООО «Издательство «Медицинское  
информационное агентство»**

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

Свидетельство о регистрации СМИ:  
ПИ № ФС77-50953 от 27.08.12.

Журнал основан в 2003 г.  
Выходит 4 раза в год.  
Все статьи рецензируются.

Журнал включен в перечень научных и научно-технических изданий РФ, рекомендованных для публикации результатов докторских диссертационных исследований.

**Издатель:** ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство»

**Научный редактор**

Петров Алексей Станиславович

**Выпускающий редактор**

Демидова Ольга Леонидовна

**Верстальщик**

Сергин Андрей Викторович

**Директор по развитию**

Черешкова Елена Анатольевна

**Менеджер рекламных проектов**

Пархоменко Светлана Владимировна

**Адрес издательства:**

119048, г. Москва, ул. Усачева д. 62, стр. 1, оф. 6  
Телефон/факс: (499)245-45-55  
Сайт: [www.medagency.ru](http://www.medagency.ru)  
E-mail: [medjournal@mail.ru](mailto:medjournal@mail.ru)

**Адрес редакции:**

115522, Москва, Каширское шоссе, д. 34  
Телефон/факс: (499)617-71-29  
Сайт: [www.psychiatry.ru](http://www.psychiatry.ru)  
E-mail: [L\\_Abramova@rambler.ru](mailto:L_Abramova@rambler.ru);  
[mikhaylovanm@yandex.ru](mailto:mikhaylovanm@yandex.ru)

**Приобрести журнал вы можете:**

- в издательстве по адресу:  
Москва, ул. Усачева д. 62, стр. 1, оф. 6;
- либо сделав заявку по  
e-mail: [miapubl@mail.ru](mailto:miapubl@mail.ru)  
или по телефону: (499)245-45-55

**Подписка на 1-е полугодие 2016 г.**

Подписной индекс в объединенном каталоге «Пресса России» — 91790.

Журнал представлен в Российском индексе научного цитирования ([www.e-library.ru](http://www.e-library.ru)).

Электронную версию архива журнала вы можете заказать на сайте Научной электронной библиотеки — [www.e-library.ru](http://www.e-library.ru).

Воспроизведение материалов, содержащихся в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции.

Мнение редакции журнала может не совпадать с точкой зрения авторов.

Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

Подписано в печать 27.02.16

Формат 60×90/8

Бумага мелованная

ISSN 1683-8319

07004>



9 771683 831007

УДК 614.2

## Основополагающие задачи и проблемы охраны психического здоровья детей в России

### Fundamental tasks and problems of a mental health care of children in Russia

Макушкин Е.В.<sup>1</sup>, Байбарина Е.Н.<sup>2</sup>, Чумакова О.В.<sup>2</sup>, Демчева Н.К.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва; <sup>2</sup>Министерство здравоохранения Российской Федерации, Москва

Makushkin E.V.<sup>1</sup>, Baybarina E.N.<sup>2</sup>, Chumakova O.V.<sup>2</sup>, Demcheva N.K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FSBI «V. Serbsky Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

<sup>2</sup>Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow



5

**Цель.** Провести анализ данных государственной статистики в части общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами в детско-подростковой популяции.

**Материал и методы.** Статистические отчетные материалы служб психиатрической помощи России. Ряд статистических данных, сведения о скрининге, клинических рекомендациях, стандартах помощи приводятся впервые.

**Результаты.** Проведенный аналитический мониторинг показателей первичной и общей заболеваемости позволил представить состояние проблемы оказания психиатрической помощи детям и подросткам. Обсуждение полученных данных проводится в соотношении с законодательными и ведомственными основами обеспечения психиатрической помощи. Базисные направления в здравоохранении, обеспечивающие заботу о психическом здоровье детей, включают систему диспансеризации, решение специфических проблем диагностики и профилактики, внедрение современных медико-социальных организационных форм работы с этим возрастным контингентом населения.

**Выводы.** Статистические данные о психиатрической заболеваемости детей и подростков являются основой разработки Национальной стратегии действий в интересах улучшения психического здоровья детей.

**Ключевые слова:** дети, подростки; психические и поведенческие расстройства; организация помощи детям в психиатрии; гарантированные медицинские услуги; мониторинг показателей психического здоровья несовершеннолетних; Национальная стратегия действий в интересах детей

The aim is to present the basal trends in health care, which assure taking care of the mental health of children, prevention, and the modern medical and social organizational forms of work.

**Material and methods.** In order to present the realistic picture of these problems, we submit the national statistics data concerning the prevalence and incidence of mental disorders in children and adolescents.

**Results.** The analytical monitoring of a number of other indicators, as well as the legislative and the departmental fundamentals for ensuring the provision of psychiatric care, clinical examination, diagnosis and prophylaxis was made. Certain statistical data, screening information, clinical recommendations, and standards of care are being presented for the first time.

**Conclusions.** The data of prevalence and incidence of mental and behavioral disorders in children and adolescents is a basis for development of National action strategy in the interests of mental health of this population.

**Keywords:** children, adolescents; mental and behavioral disorders; organization of child psychiatric care; guaranteed medical services; monitoring the indicators of mental health in minors; National action strategy in the interests of children

Приоритет охраны здоровья детей определен Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Охрана психического здоровья детей относится к наиболее важным и сложным вопросам, так как зависит не только от медицинской составляющей, но и от многих других факторов. Большинство из этих факторов носят социально-психологический, социально-культурный и социально-экономический характер. Психическое состояние ребенка формируется под влиянием наследственности, внутрисемейного климата и воспитания, среды в образовательных учреждениях, влиянием окружающей среды, в том числе информационного пространства, а также большим числом других социальных и биологических факторов.

Приоритетом национальной политики в области охраны психического здоровья детей и подростков являются комплексные медико-социальные меры, направленные на предотвращение суицида, общественно-опасных

действий, совершаемых несовершеннолетними, страдающими психической патологией, предупреждение их вовлечения в криминальную среду, алкогольную и наркотическую зависимость, а также снижение инвалидизации, формирование психосоциальной гармонизации и адаптации ребенка в социуме.

Для этого необходимо объединение усилий всех ведомств, заинтересованных в охране психического здоровья подрастающего поколения, в том числе предоставление и развитие доступных и качественных услуг в здравоохранении с акцентом на развитие профилактического направления. Актуальность проблемы охраны психического здоровья несовершеннолетних определяется высокой распространенностью психических расстройств в данных возрастных группах населения. В Российской Федерации при анализе общей заболеваемости в 2000 г. было зарегистрировано 820 955 детей (в возрасте до 14 лет), страдающих психическими расстройствами, а в 2014г. — 706 724, что составляет

УДК 616.89-008.48

**Особенности психических расстройств у детей с малыми аномалиями развития и нарушениями ритма сердца****The features of mental disorders in children with small anomalies of the heart and heart rhythm disorders**Калинина М.А.<sup>1</sup>, Котляров В.Л.<sup>1</sup>, Козловская Г.В.<sup>1</sup>, Баз Л.Л.<sup>2</sup>, Крылатова Т.А.<sup>1</sup><sup>1</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва<sup>2</sup>ГАОУ ВО г. Москвы «Московский городской педагогический университет», МоскваKalinina M.A.<sup>1</sup>, Kotlyarov V.L.<sup>1</sup>, Kozlovskaya G.V.<sup>1</sup>, Baz L.L.<sup>2</sup>, Krylatova T.A.<sup>1</sup><sup>1</sup>FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow; <sup>2</sup>Moscow City Teacher Training University, Moscow

12

Сердечно-сосудистые аномалии при психических нарушениях встречается чаще, чем в популяции, а в детском возрасте выступают в роли соматических эквивалентов психических нарушений.

*Цель работы.* Изучение феноменологических особенностей психосоматических проявлений в детском возрасте.

*Материал и методы.* Проведена клиническая оценка психического, неврологического и физического состояния 60 детей дошкольного и школьного возраста с соединительнотканной дисплазиями и нарушениями ритма сердца в сравнении с группой из 45 детей с расстройствами шизофренического и аутистического спектра. Дополнительно использовались параметрические шкалы (шкала общего клинического впечатления, CGI; шкалы позитивных и негативных симптомов, PANSS, SANS, SAPS), психологические методы. Для оценки результатов использовались статистические методы (Statistica7), факторный анализ.

*Результаты.* Помимо общих эхокардиографических признаков клиническую картину состояния детей определяли психические расстройства преимущественно пограничного уровня. Выявлен ряд психологических феноменов, а также особенности нервно-психического развития детей в виде стигм шизотипальной отягощенности в раннем анамнезе и депривационные тенденции в семейных взаимоотношениях.

*Выводы.* Полученные данные позволяют рассматривать детей с соединительнотканной патологией в качестве группы повышенного риска по развитию разной степени выраженности психических девиаций. Представленные результаты являются предварительными, а проблема нуждается в дальнейшем изучении.

**Ключевые слова:** психопатология детского возраста; соматовегетативные дисфункции; нарушения ритма сердца; синдром соединительнотканной дисплазии сердца; малые аномалии развития сердца (МАРС)

*Background.* Cardiovascular abnormalities in psychiatric disorders in childhood is more common than in the population and play the role of somatic equivalents of mental disorders.

The aim was to study the phenomenology of psychosomatic disorders in children with small anomalies of connective tissue dysplasia of heart.

*Material and methods.* The main group consisted of 60 children at preschool and school age with somatoform autonomic dysfunction of cardiovascular system. The control group included 45 children with classic features of autistic spectrum disorders in comparable age. The assessments were conducted by the clinical method, psychological methods, CGI, PANSS, SANS, SAPS scales. Conducted correlation analysis, factor analysis clinical and psychological data were made.

*Results.* Besides the general the cordial symptom by sonography the clinical picture was defined by mental disorders, mainly borderline level. A number of psychological phenomena, features of psychological development of children as look stigmas a schizotypal burdeness in the early anamnesis, deprivation tendencies in family relationship were revealed.

*Conclusion.* The obtained data allow to consider increased risk for the development of different severity of mental deviations children with connective tissue diseases. The data presented are preliminary and the issue needs further study.

**Keywords:** psychopathology of childhood; functional disturbances in the autonomic nervous system; cardiac rhythm disorders; heart connective tissue dysplasia; small anomalies of the heart development

Вегетативные нарушения в детском возрасте, по мнению многих авторов [1–8], могут выступать предвестниками таких заболеваний, как шизофрения, аутизм, аффективные нарушения. Это обусловлено преобладанием у детей, особенно в раннем онтогенезе соматовегетативного уровня реагирования как ведущей симптоматики, под которой скрываются симптомы психических отклонений [9].

В свою очередь, педиатры указывают на повышенную частоту сочетания психопатологических расстройств с различными формами сердечной патологии, начиная от так называемых малых аномалий развития сердца (МАРС) до больших сердечных пороков. Так, Н. Kristensen и соавт. [10] отмечают у детей с тре-

вожными и аффективными нарушениями множество субъективных жалоб на болевые или неприятные ощущения в области сердца при отсутствии серьезных отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы, не подтвержденных объективными обследованиями. R. Buchhorn [11] отнес в группу риска по сердечно-сосудистой патологии детей с гиперкинетическим расстройством. J.I. Bromberg и соавт. [12] в проспективном пилотном исследовании на взрослой выборке амбулаторных больных с врожденными компенсированными пороками сердца выявили у 36,43% обследованных выраженные симптомы тревоги и депрессии. Исследование привело авторов к заключению, что эта категория больных находится в зоне риска развития

УДК 616.895.8

## Терапевтическое значение концентрации клозапина в плазме крови больных приступообразной шизофренией в состоянии симптоматической ремиссии

### Therapeutic significance of clozapine blood plasma concentration in patients with episodic schizophrenia in symptomatic remission

Бурминский Д.С.<sup>1</sup>, Потанин С.С.<sup>1</sup>, Ханнанова А.Н.<sup>2</sup>, Морозова М.А.<sup>1</sup>, Евтушенко В.Я.<sup>2</sup><sup>1</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва; <sup>2</sup>ГБУЗМО ЦКПБ, МоскваBurminskiy D.S.<sup>1</sup>, Potanin S.S.<sup>1</sup>, Khannanova A.N.<sup>2</sup>, Morozova M.A.<sup>1</sup>, Evtushenko V.Ya.<sup>2</sup><sup>1</sup>FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow; <sup>2</sup>SBDH MR «Central Clinical Psychiatric Hospital», Moscow

19

Шизофрения — хроническое заболевание, ремиссия при котором определяется не полным отсутствием симптомов, а скорее минимальной степенью их выраженности и умеренной дезадаптацией. У 35% больных после рецидива сохраняются симптомы, устойчивые к действию антипсихотических препаратов. Клозапин является одним из наиболее эффективных антипсихотиков и препаратом выбора для лечения терапевтически резистентных пациентов. Одновременно с этим в клинической практике его применение бывает ограничено плохой переносимостью у многих больных, особенно в инициальном периоде терапии. Отмечена большая индивидуальная вариабельность эффективных доз клозапина.

**Цель исследования.** Оценка клинической значимости концентрации клозапина в плазме крови больных приступообразной шизофренией в состоянии неполной ремиссии низкого качества.

**Материалы и методы.** Обследовано 25 пациентов (7 мужчин, 18 женщин) с диагнозом шизофрения приступообразно-прогредиентная (параноидная шизофрения, состояние неполной ремиссии — F20.04 по МКБ-10). Средний возраст на момент обследования составил  $41 \pm 11$  лет, средняя длительность заболевания  $13 \pm 8,6$  года, средний возраст начала заболевания  $28 \pm 7,4$  года. Клозапин назначался в состоянии неполной ремиссии низкого качества со стойкими выраженными резидуальными психотическими расстройствами в виде бредовой и/или галлюцинаторной симптоматики. Основным критерием включения в исследование была выраженность легкой и более степени (три балла и выше) по меньшей мере одного из двух пунктов шкалы позитивных и негативных симптомов (PANSS), отражающих психотическую симптоматику (пункт «Бред» и пункт «Галлюцинаторное повеление»). Забор крови осуществлялся в период между седьмым и десятым днем приема терапевтической дозы клозапина. Анализ проводился масс-спектрометрическим методом в лаборатории фармакокинетики ФГБНУ НЦПЗ. Клиническое и психометрическое (PANSS, CGI-S) исследование проводилось на 7–10-й и 28-й день приема препарата. Побочные эффекты оценивались по шкале UKU.

**Результаты.** При психометрическом обследовании средние показатели по суммарному баллу шкалы PANSS на момент забора крови составили  $94,9 \pm 13,9$  балла, по подшкале позитивной симптоматики —  $23,2 \pm 5,1$  балла (средний балл по пункту «Бред» составил  $4,5 \pm 1,04$ , средний балл по пункту «Галлюцинаторное поведение» —  $3,9 \pm 1,15$ ), по подшкале негативной симптоматики —  $24,2 \pm 4$  балла, по подшкале общей психопатологии —  $47,6 \pm 8$  баллов. Средний балл по шкале общего клинического впечатления тяжести (CGI-S) равнялся  $4 \pm 0,7$  балла. Средняя суточная доза клозапина составила 245 мг (минимум 100 мг, максимум 700 мг). В результате исследования концентрации клозапина в плазме крови «попадание» в терапевтическое окно обнаружено у 4 пациентов (16%), в то время как у 15 больных (60%) она была ниже и у 6 (24%) выше терапевтического уровня, при этом у 2 пациентов (8%) концентрация клозапина превышала токсический уровень. Через 3 недели после начала лечения (через 2 недели после забора крови) обнаружилось, что у больных с низкими уровнями концентрации клозапина в плазме (13 человек) показатели суммарного балла шкалы PANSS, а также суммарных баллов всех подшкал шкалы PANSS были ниже, чем в группе с высокой концентрацией (4 больных). Показатели психометрических шкал больных, которые имели нормальную концентрацию клозапина в плазме крови (3 больных), были ниже по большинству признаков, чем в обеих группах с аномальной концентрацией. Общее количество случаев побочных эффектов по UKU в среднем по группе составило  $2,35 \pm 3,7$ : у больных нормальной концентрацией —  $3 \pm 3,6$ ; с низкой концентрацией —  $0,38 \pm 1,12$ ; с высокой концентрацией —  $8,25 \pm 3$ . Обнаружилась достоверная умеренная связь между числом случаев побочных эффектов по UKU как с дозой ( $r = 0,52$ ), так и с концентрацией в плазме крови ( $r = 0,63$ ). К дозозависимым побочным эффектам относились седация, тахикардия, артериальная гипотензия, головокружение.

**Выводы.** Подбор оптимальной для конкретного больного дозы клозапина, основанный только на клинических данных, представляет большие сложности. Оптимальное сочетание первичного клинического эффекта и переносимости клозапина у больных может быть достигнуто при коррекции дозы препарата под контролем его концентрации в плазме крови. Сведения о концентрации клозапина в крови могут оказать помощь практическому врачу в индивидуализации фармакотерапии пациентов уже на начальном этапе назначения препарата.

**Ключевые слова:** шизофрения; неполная ремиссия; клозапин; концентрация

Schizophrenia is a chronic disease, where remission is defined not only by complete absence of symptoms but rather by the minimum degree of their intensity and by moderate patient's maladjustment. After relapse 35% of patients have symptoms resistant to most antipsychotic drugs. Clozapine is one of the most effective antipsychotic drugs and is the drug of choice for treatment-resistant patients. At the same time, its application could be limited by poor tolerance in majority of patients, especially in the initial treatment period. There is a large individual variety in effective doses of clozapine.

**Objective.** Assessment of clinical relevance of clozapine blood plasma concentration in patients with episodic schizophrenia in partial remission of poor quality.

**Materials and methods.** Twenty five patients (7 men, 18 women) average age of patients with diagnosis of episodic schizophrenia in partial remission of poor quality with persistent severe residual psychotic disorders in the form of both delusional and/or



УДК 616.895; 616.892

**Аффективные расстройства в посткоматозном периоде после тяжелой травмы мозга****Affective disorders in post-comatose period after severe traumatic brain injury**

Зайцев О.С.  
НИИ нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко МЗ РФ, Москва  
Zaitsev O.S.  
Burdenko Neurosurgical Research Institute, Moscow



25

*Актуальность* исследования обусловлена высокой частотой эмоциональных расстройств после тяжелых травм мозга, их влиянием на процесс реабилитации и качество жизни больных.

*Цель исследования.* Изучение различных вариантов аффективной патологии в процессе восстановления психической деятельности после тяжелой травмы мозга.

*Материал и методы.* Клиническим методом оценивались в динамике аффективные нарушения у 153 пациентов с тяжелой ЧМТ, поступивших в стационар в коматозном состоянии (с оценкой 3–7 баллов по шкале комы Глазго в первые сутки после травмы). В исследование вошли больные, выжившие в первые полгода после травмы и вышедшие из бессознательного состояния.

*Результаты.* Установлена частота появления у изученных больных различных эмоциональных расстройств: апатии (46%), эйфории (33%), дисфории (26%), депрессии (48%), тревоги (38%) и гипертимии (6%). Обнаружена предпочтительная очередность их возникновения после комы в ряду апатия–эйфория–дисфория–депрессия–тревога. В виде тенденции выявлена связь локализации посттравматических очаговых мозговых изменений и вероятности появления отдельных вариантов эмоциональных нарушений: апатии — при поражении левой лобной доли, эйфории — правой, депрессии — при поражении задних отделов правого полушария, тревоги — левого. Показано неблагоприятное прогностическое значение для клинических исходов тяжелой ЧМТ симптомов апатии и дисфории и относительно благоприятное — депрессии и гипертимии. Подтверждена необходимость индивидуализации психотерапии, необходимость исключения трициклических антидепрессантов и бензодиазепинов при лечении эмоциональной патологии у посткоматозных больных.

**Ключевые слова:** тяжелая черепно-мозговая травма; аффективные расстройства; апатия; эйфория; дисфория; депрессия; тревога; психотерапия

*The currency* of the study is caused by high frequency of emotional disorders after severe traumatic brain injuries and their impact on rehabilitation process and life quality of the patients.

*The aim of the study* was to investigate different variants of affective pathology in the process of rehabilitation of psychic activity after severe traumatic brain injury.

*Materials and methods.* Affective impairments in 153 patients with severe TBI admitted to hospital in comatose state (with the value 3–7 scores on Glasgow come scale in the first day after injury) were assessed in dynamics by using the clinical method. The study included patients, who survived in the first 6 months after the injury and resuscitated.

*Results.* The following set probability of occurrence of different emotional disorders was found in studied group: apathy (46%), euphoria (33%), dysphoria (26%), depression (48%), anxiety (38%), and hyperthymia (6%). Preferred sequence of their onset after coma in the range of apathy–euphoria–dysphoria–depression–anxiety was found. Interconnection of localization of posttraumatic focal brain changes and possibility of appearance of separate variants of emotional impairments were revealed as a trend: apathy in a case of lesion of left frontal lobe, euphoria in a case of lesion of right frontal lobe, depression in a case of lesion of posterior parts of right hemisphere, anxiety in a case of lesion of posterior parts of the left hemisphere. Unfavorable prognostic value was found for clinical outcomes of severe TBI symptoms for apathy and dysphoria and relatively favorable for symptoms of depression and hyperthymia. The necessity of individualization of psychopharmacotherapy was confirmed, as well as the necessity of exclusion of tricyclic antidepressants and benzodiazepines in the treatment of emotional pathology in postcomatose patients.

**Keywords:** severe traumatic brain injury; affective disorders; apathy; euphoria; dysphoria; depression; anxiety; psychopharmacotherapy

**АКТУАЛЬНОСТЬ**

Согласно различным исследованиям, 42–77% пациентов, выживших после черепно-мозговой травмы (ЧМТ), в течение первых лет после нее обнаруживают различные аффективные расстройства [1, 2]. Часто именно они связаны с неблагоприятным функциональным и социальным исходом, препятствуют реабилитации, снижают качество жизни, требуют длительного лечения. Диагностика возникших после ЧМТ аффективных нарушений зачастую крайне за-

труднена фоновыми когнитивными и поведенческими расстройствами, что делает, в частности, весьма относительной целесообразность применения различных психометрических шкал. Диагностическая оценка во многих случаях должна опираться исключительно на непосредственную клиническую квалификацию эмоционального состояния пациента. Остается малоизученной зависимость аффективной патологии от особенностей поражения мозга, в частности от преимущественной локализации очаговых посттравматических изменений.

УДК 616.89; 616.895.4; 616.89-008.431

**Кататонические расстройства в структуре приступа эндогенной депрессии****Catatonic disorders in the structure of endogenous depression**

Болгов М.И.  
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва  
Bolgov M.I.  
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow



32

**Цель работы.** Изучение психопатологических особенностей, тенденций динамики проявлений кататонии в структуре эндогенной депрессии и прогностических факторов течения заболевания.

**Материал и методы.** Клинико-психопатологическим методом были обследованы 38 больных в возрасте 16–58 лет с депрессиями, протекающими с участием кататонических расстройств.

**Результаты.** Показана психопатологическая неоднородность проявлений кататонии в структуре сложных эндогенных депрессий. Выделены три типа кататонических расстройств в исследуемых депрессивных состояниях: 1) с исключительно гипокинетическими проявлениями кататонии; 2) с дискретностью проявлений кататонических расстройств полярных регистров; 3) с парциальной дискинетической кататонией. Установлены существенные различия между выделенными типами кататонических расстройств не только в психопатологических проявлениях, но и в патокинезе аффективных и кататонических расстройств. Выявлена значимость отдельных симптомов кататонии в исследуемых депрессивных состояниях для нозологической оценки и определения прогноза заболевания.

**Ключевые слова:** депрессия; кататония; аффективные расстройства; шизофрения; шизоаффективный психоз

**Objectives.** Studying of psychopathological manifestations, tendencies of dynamics of catatonic features in the structure of endogenous depression, and prognostic factors of the disease.

**Material and methods.** 38 patients aged 16–58 years with depression occurring with catatonic disorders were examined by clinical-psychopathological method.

**Results.** Psychopathological heterogeneity of catatonic features in the structure of complex endogenous depressions was revealed. 3 subtypes of catatonic disorders were defined in the structure of depression: 1) exclusively with hypokinetic symptoms of catatonia; 2) with a discreteness of the manifestations of catatonic disorders of polar registers; 3) with partial dyskinesic catatonia. It is shown that between the examined groups there are significant differences not only in the psychopathological manifestations, but in patokinesis of affective and catatonic disorders. It is revealed the importance of particular catatonic signs in the structure of depression for nosological assessment and determination of prognosis of the disease.

**Keywords:** depression; catatonia; affective disorders; schizophrenia; schizoaffective disorder

**ВВЕДЕНИЕ**

Начиная с первых описаний кататонического синдрома, значение придавалось аффективным расстройствам, которые регистрировались у пациентов с кататонией. Так, J.G. Baillarger [1] в 1843 году выделил синдром, названный им *melancholie avec stupeur*, который фактически совпадает с описанием кататонического ступора в структуре депрессии. Ведущее значение в этом состоянии он отводил меланхолическому бреду, также отмечалась высокая частота суицидальных мыслей у пациентов. Основоположник учения о кататонии K.L. Kahlbaum подчеркивал, что кататония в значительной степени связана с аффективными расстройствами [2]. Однако ведущая роль отводилась моторным нарушениям, когда аффективные нарушения рассматривались как стадии прогрессирующего заболевания. В 1893 году E. Kraepelin стал рассматривать кататонию как вариант *dementia praecox* [3], что в последующем нашло отражение и в концепции шизофрении E. Bleuler. На протяжении большей части XX века кататония не рассматривалась в связи с аффективными расстройствами. Так, во всех версиях МКБ и DSM (до появления DSM-IV)

кататоническая симптоматика рассматривалась исключительно в рамках шизофрении.

К концу XX века представление о месте кататонического синдрома в общей психопатологии было существенно пересмотрено. J.R. Morrison в 1973 году указал на тесную связь кататонии и аффективных расстройств [4]. В исследовании Abrams и Taylor было показано, что около 2/3 случаев кататонического синдрома связано с проявлениями аффективных заболеваний. Подобного мнения придерживались также M.P. Barnes и M. Saunders [5]. По данным исследования S.E Starkstein [6], у 20% пациентов с депрессивными состояниями были выявлены симптомы кататонии. Среди пациентов с кататоническим синдромом (за исключением органических заболеваний головного мозга) депрессии были выявлены в 17% случаев, по данным G.S. Ungvari [7], и в 25% случаев, по данным V. Venegal [8].

Следует отметить, что в клинической картине депрессий стертые проявления кататонии превалируют над ее тяжелыми формами. В связи с этим кататоническая симптоматика зачастую не выявляется либо неверно расценивается клиницистами при обследовании пациентов. Таким образом, у многих специалистов создается ложное

УДК 616.895.4; 616.895.8; 616.89-02-036; 616.89-02-056;  
616.89-008.48

## Феномен ангедонии в структуре расстройств аффективного и шизофренического спектра

### *Anhedonia in a structure of affective disorders and schizophrenia*

Кананович П.С.  
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва  
Kananovich P.S.  
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow



**Цель работы.** Изучить клинико-психопатологические особенности ангедонии и закономерности развития в зависимости от структуры конативных составляющих в рамках аффективных заболеваний или шизофрении, разработать критерии дифференциальной диагностики и прогноза.

**Материал и методы.** Клинико-психопатологическим методом обследованы 37 пациентов (средний возраст  $27,6 \pm 1,2$  года).

**Результаты.** Выделено три основных типа ангедонии: 1) в структуре депрессии при аффективном заболевании; 2) в рамках депрессии на продромальном этапе шизофрении с сохранением и углублением отдельных ее компонентов в дальнейшем; 3) ангедония без сопутствующих аффективных расстройств (или их незначительной выраженностью) на начальных этапах шизофренического процесса и персистирующая в последующем. Феномен ангедонии обнаружил существенную неоднородность как в плане динамики формирования, так и собственно качественных характеристик, реализующихся в различиях прогностической значимости феномена.

**Выводы.** Выявленные различия в структуре ангедонии, обусловленные развитием аффективного заболевания или шизофрении, определяют прогностическую значимость этого феномена в отношении риска манифестации эндогенного психоза и особенностей его течения.

**Ключевые слова:** ангедония; депрессия; аффективное расстройство; шизофрения; негативные расстройства

**Objectives.** To identify clinical and psychopathological features of anhedonia and its dynamics depending on a structure of sub-components in the framework of affective disorders or schizophrenia, as well as patterns of a process, development of the criteria of differential diagnosis and prognosis.

**Material and methods.** Using psychopathological method we examined 37 patients (average age was  $27,6 \pm 1,2$  years).

**Results.** We selected 3 main types of anhedonia: 1) an anhedonia in the framework of depression in affective disorders; 2) a loss of ability to feel pleasure in the framework of depression at the prodromal stages of schizophrenia with continuation and further intensification its particular components; 3) an anhedonia without associated mood disorders (or their minimal expression) in the framework of schizophrenia, registered at initial stage and persisted in the future. The phenomenon of anhedonia has found a considerable heterogeneity, either in terms of the dynamics formation, or proper qualitative characteristics regarding to prognostic significance of the phenomenon.

**Conclusions.** The presented differences of the anhedonia structure allow to speak about its correlation with a risk of manifestation of endogenic psychosis, the course of illness and its prognosis.

**Keywords:** anhedonia; affective disorders; depression; schizophrenia; negative symptoms

Ангедония (в переводе с греч. — отрицание наслаждения) — психопатологическое расстройство, под которым подразумевается уменьшение способности испытывать удовольствие от ранее приятной деятельности, зачастую сосуществующее с другими клиническими состояниями (апатией, адинамией) и оказывающее влияние на социальную адаптацию. Термин был введен французским психологом Т. Рибо в конце XIX века и рассматривался не только в контексте психической патологии, но чаще при соматических болезнях [1]. В дальнейшем понятие ангедонии использовалось при характеристике нарушений при шизофрении и депрессивных расстройствах, что нашло отражение в современных классификациях, где ангедония приобретает ключевое значение для постановки диагноза депрессивного расстройства или при оценке степени выраженности негативных изменений [2]. С учетом часто встречающегося доминирования ангедонии при депрес-

сивных состояниях была выделена особая эндоформная депрессия, одним из основных проявлений которой выступает утрата чувства удовольствия [3]. Некоторые авторы полагают, что ангедония в большей степени, чем тревожный, тоскливый и апатический аффект, оказывает влияние на уровень общего снижения социально-психического функционирования при депрессивном состоянии, представляя собой один из факторов дезадаптации [4]. В последние десятилетия рассматривается роль ангедонии как ключевого нарушения в рамках негативных расстройств при шизофрении, что послужило основанием для их подразделения на две подгруппы, в одной из которых ведущим признаком является ангедония, а в другой — сниженная экспрессия [5]. Установлено, что формирование ангедонии сопряжено с развитием других расстройств (безэмоциональность, малая общительность, безразличие, безынициативность, утрата мотивации), оказывающих влияние на адапта-

УДК 616.892.3

**Клинико-катамнестическое исследование когорты больных с галлюцинаторными психозами, манифестировавшими в позднем возрасте****Clinical follow-up study a group of patients with hallucinatory psychosis, manifested in old age**

Громова Н.С.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва; ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева, Москва

Gromova N.S.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow; PCH № 1 Named After N.A. Alekseev, Moscow



42

В настоящее время данные о течении и исходах психозов, впервые возникших в пожилом возрасте, практически отсутствуют. *Цель исследования.* Изучение закономерностей динамики галлюцинаторных психозов позднего возраста и их прогноза по данным клинико-катамнестического исследования.

*Материал исследования.* Обследованы катамнестически 60 пациентов в возрасте 60 лет и старше с впервые развившимися в позднем возрасте галлюцинаторными психозами.

*Методы исследования.* Клинико-катамнестический, клинико-психопатологический, психометрический с использованием шкал MMSE, Hachinsky, Hamilton, NPI, нейровизуализационный (МРТ головного мозга).

*Результаты.* Клинико-катамнестическое обследование когорты больных с галлюцинаторными психозами, впервые развившимися в позднем возрасте, показало высокую частоту неблагоприятных исходов заболевания. Прогностически неблагоприятными в отношении рецидивирования галлюцинаторной симптоматики оказались пациенты с истинным зрительным галлюцинозом, с длительным течением галлюциноза, а также пациенты с деменцией умеренной или тяжелой степени выраженности при поступлении. Психопатологическая картина рецидивов психоза при повторном поступлении в целом соответствовала характеристике галлюциноза при первичной госпитализации. Среди пациентов с рецидивами галлюцинаторного психоза преобладали случаи зрительного галлюциноза. У половины больных, повторно поступивших в стационар, на протяжении двух лет было обнаружено прогрессирование деменции и, как следствие, значительное упрощение продуктивной психотической симптоматики.

*Вывод.* Галлюцинаторные психозы позднего возраста прогностически неблагоприятны, имеют высокую частоту рецидивирования заболевания, что зависит не только от психопатологической картины психоза, но и от течения заболевания и наличия когнитивных расстройств.

**Ключевые слова:** поздний возраст; галлюцинаторные психозы; деменция; клинико-катамнестическое исследование; прогноз

At the present time information about course and outcomes of psychosis of late age, are virtually absent.

*The aim of the study* was to establish the laws of the dynamics and prognosis of hallucinatory psychoses of late age according to clinical follow-up study.

*Material.* The material included 60 patients at the age of 60 and older with hallucinatory psychoses, developed in late age at first time.

*Methods.* During the study methods were used as follows: clinical follow-up clinical-psychopathological, neuroimaging (MRI/CT), psychometric (MMSE, Hachinsky ischemic scale, Neuropsychiatric Questionnaire, NPI).

*Results.* Clinical and follow-up examination of a group of patients, manifested in old age at the first time, showed a high incidence of adverse outcome. Prognostically unfavorable were patients with a true visual hallucinosis, hallucinosis with a long history, and patients with moderate or severe dementia on admission to hospital. Psychotic relapse pattern of psychosis with repeated admission generally is matched the characteristics of hallucinosis on admission. Among patients with recurrent hallucinatory psychosis prevailed cases of visual hallucinosis. Half of the patients re-admitted to the hospital for two years, was found the progression of dementia, and as a consequence a significant simplification of the productive psychotic symptoms.

*Conclusion.* Hallucinatory psychoses of late age prognostically unfavorable, have a high frequency of recurrence of the disease, which depends not only on the psychopathological picture of psychosis, but also on the course of the disease and the presence of cognitive impairment.

**Keywords:** late age; hallucinatory psychosis; follow-up study; dementia; prognosis

Несмотря на относительную частоту психозов, впервые возникших в пожилом возрасте, данные об их последующем течении и исходах практически отсутствуют. В трехлетнем катамнестическом исследовании популяционной выборки лиц старческого возраста (старше 85), не обнаруживавших признаков деменции к началу исследования, S. Ostling и I. Skoog (2002) установили показатель распространенности галлюци-

наторных психозов на уровне 7,1–13,7% [1]. При том, что феноменология различных галлюцинаторных психозов, развивающихся впервые в пожилом и старческом возрасте, была тщательно описана в отечественной литературе середины прошлого века (Жислин С.Г., 1956; Рахальский Ю.Е., 1957; Штернберг Э.Я., 1971, 1977) [2–5], данные о частоте их рецидивирования, хронификации или перехода в деменцию практически отсутствуют.

УДК 616.89; 616.895.8; 616.8-091.8

**Ультраструктурное морфометрическое исследование лимфоцитов у больных шизофренией при лечении оланзапином****Ultrastructural morphometric study of lymphocytes in patients with schizophrenia treated with olanzapine**Бонарцев П.Д.<sup>1</sup>, Рахманова В.И.<sup>2</sup>, Уранова Н.А.<sup>1</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва; <sup>2</sup>ФГБНУ «Научный центр неврологии», МоскваBonartsev P.D.<sup>1</sup>, Rakhmanova V.I.<sup>2</sup>, Uranova N.A.<sup>1</sup>FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow; <sup>2</sup>FSBSI «Scientific Neurological Centre», Moscow

**Цель исследования.** Настоящая работа является продолжением предыдущего ультраструктурного морфометрического исследования лимфоцитов у больных хронической шизофренией до лечения и здоровых людей. Целью являлось исследование влияния терапии оланзапином у тех же больных шизофренией на ультраструктуру лимфоцитов для выяснения гендерных различий и влияния эффективности терапии.

**Материал и методы.** Проведено электронно-микроскопическое морфометрическое исследование лимфоцитов у 56 больных после 8 недель лечения оланзапином и 49 пациентов после 28 недель лечения этим препаратом по сравнению с исследованными ранее 59 пациентами до лечения. Определяли процентное содержание и оценивали ультраструктурные морфометрические параметры малых лимфоцитов, больших лимфоцитов, больших активированных лимфоцитов (содержащих 10 и более митохондрий) и атипичных лимфоцитов (лимфобластов) у мужчин и женщин, резистентных к терапии оланзапином, и респондеров.

**Результаты.** Показано отсутствие гендерных различий и резистентности к терапии в процентных соотношениях малых и больших лимфоцитов, больших активированных лимфоцитов и лимфобластов по сравнению с больными до лечения. Выявлено достоверное снижение объемной фракции и числа митохондрий в малых лимфоцитах и числа митохондрий в больших лимфоцитах только у резистентных к терапии больных. Показано снижение числа митохондрий в больших активированных лимфоцитах и в лимфобластах у женщин в отличие от мужчин. Гендерные статистически значимые различия найдены в больших активированных лимфоцитах после 8 недель лечения.

**Заключение.** Резистентность к терапии и половые различия связаны с дефицитом митохондрий в лимфоцитах больных шизофренией.

**Ключевые слова:** шизофрения; оланзапин; лимфоциты; ультраструктура; морфометрия; митохондрии; пол; терапевтическая эффективность

**Background.** Previously we performed the ultrastructural morphometric study of lymphocytes in patients with chronic schizophrenia before treatment and normal controls. We aimed to continue this study of the same patients with schizophrenia under olanzapine treatment to detect the effects of gender and treatment efficacy.

**Material and methods.** We studied lymphocytes in 56 patients with schizophrenia treated 8 weeks with olanzapine and 49 patients treated 28 weeks with olanzapine as compared with 59 patients before treatment and 31 normal controls. Electron microscopy and morphometry were applied to estimate frequency and ultrastructural parameters of small, large, large activated lymphocytes (containing 10 and more mitochondria) and of atypical lymphocytes (lymphoblasts) in men and women, in responders and non-responders.

**Results.** No gender or treatment resistance effects were found in the percentage of small, large and large activated lymphocytes and lymphoblasts in schizophrenia patients treated with olanzapine as compared to the patients before treatment. The volume fraction and the number of mitochondria in small lymphocytes and the number of mitochondria in large lymphocytes decreased significantly only in non-responders. The reduction of the number of mitochondria in large activated lymphocytes and in lymphoblasts was found in men but not in women. Gender significant differences were revealed in large activated lymphocytes after 8 weeks treatment.

**Conclusion.** Treatment resistance and gender differences are associated with the deficit of mitochondria in lymphocytes of schizophrenia patients treated with olanzapine.

**Keywords:** schizophrenia; olanzapine; lymphocytes; ultrastructure; morphometry; mitochondria; gender; treatment efficacy

Оланзапин является атипичным антипсихотиком, эффективным при лечении позитивных и негативных симптомов шизофрении [1] и способным в большей степени блокировать серотониновые (5-HT<sub>2</sub>), чем дофаминовые (D<sub>2</sub>) рецепторы [1, 2]. Известно, что лечение оланзапином влияет на иммунную систему [3].

В проведенных ранее исследованиях [4, 5] было показано нарушение обмена тромбоцитарного серотонина у больных шизофренией в процессе лечения оланзапином и установлена связь ультраструктурных

изменений тромбоцитов у больных шизофренией с серотониновым метаболизмом и эффективностью терапии. В наших предыдущих работах [6, 7] у больных хронической шизофренией до лечения было показано пониженное процентное содержание малых лимфоцитов и повышенное содержание больших, больших активированных лимфоцитов (содержащих 10 и более митохондрий) и лимфобластов по сравнению со здоровыми лицами. При этом у больных до лечения выявили снижение объемной фракции митохондрий

## Тезисы докладов на конференции молодых психиатров, посвященной памяти А.В. Снежневского

*Materials of the scientific conference of young scientists devoted  
to memory of Andrey Vladimirovich Sneznevsky*



УДК 616.89; 615.035

### **Методические аспекты мониторинга концентрации нейролептиков**

Баймеева Н.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

### **Methodological aspects monitoring of the neuroleptics' concentration**

Baymееva N.V.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow

**П**роблема рационального дозирования как один из подходов к персонализированной медицине и оптимизации лечения больных с психическими расстройствами в современной практике может быть решена проведением терапевтического лекарственного мониторинга (ТЛМ). С целью снижения побочных эффектов при приеме нейролептиков (экстрапирамидные нарушения, гиперпролактинемия и т.д.) и оптимизации терапии может проводиться ТЛМ данной группы лекарственных препаратов.

**Цель исследования.** Разработать универсальную методику количественного определения нейролептиков (клозапин, рисперидон) и их метаболитов (норклозапин, палиперидон) для проведения ТЛМ в повседневной клинической практике посредством высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-детектором.

**Материалы и методы.** Биопробы анализировали на двух хромато-масс-спектрометрических системах 6410-2K Triple Quad (фирмы Agilent) и Quantiva (фирмы Thermo Scientific). Измерения проводили в режиме положительной полярности мониторинга мультиреакций, с использованием методов ионизации электрораспылением (ESI) и химической ионизации при атмосферном давлении (APCI). Стационарные фазы — колонка «Zorbax Eclipse-C18 4,6 × 15 мм, 3,5 мкм» и Thermo «Hipersil Gold 100 × 2,1 мм, 3 мкм». Элюэнт А — 0,2% водный раствор муравьиной кислоты, элюэнт В — 0,2% раствор муравьиной кислоты в ацетонитриле; насос работал в градиентном режиме со скоростью потока 0,5 мл/мин, температура термостата колонки — 30 °С. Объем вводимой пробы 5 мкл. Общее время анализа составило 10 минут.

Для извлечения искомого вещества из проб плазмы крови использовали жидкостную экстракцию метилтретбутиловым эфиром. Кросс-валидацию метода осуществляли в соответствии с рекомендациями

к биоаналитическим методикам МЗ РФ. Программное обеспечение — Agilent MassHunter B.01.04 и Xcalibur. Статистический анализ данных проводили в программе SAS.

**Результаты и обсуждение.** Калибровочные кривые были линейными во всем диапазоне анализируемых концентраций на обоих приборах, а коэффициент достоверности аппроксимации был  $R^2 \geq 0,99$ , нижний предел количественного обнаружения для определяемых веществ на приборе 6410 Agilent составил 1 нг/мл, на Thermo Quantiva — 0,25 нг/мл.

Степень экстракции каждого из определяемых веществ оценивали также на трех уровнях концентрации, она варьировалась в пределах 50–60%.

Оценили стабильность QC (образцов контроля качества) для трех уровней концентраций после трех циклов замораживания (–20 °С) и оттаивания (при комнатной температуре) — образцы оставались пригодными для рутинного анализа после трех циклов замораживания-оттаивания.

Правильность и точность метода при работе на каждом из двух масс-спектрометров оценивали путем анализа пяти контрольных образцов (QC) аналитов на трех уровнях концентраций ( $n = 15$ ). Для критерия оценки значений точности и правильности использовали 15% интервал отклонений от опорных значений для данных, полученных для каждого прибора. Проверку на выброс проводили по Q-критерию Диксона. Для сравнения значений концентраций, полученных на каждом из приборов, применили критерий различия между общими средними значениями и каждой измеренной концентрацией; различие не превышало 10% для каждой пары измерений. Дополнительно провели сравнение двух средних каждого уровня концентрации по t-критерию Стьюдента: значимого расхождения средних резуль-

УДК 616.89-008.441.1; 616.89-008.431

**Шизотипическое расстройство с обсессивно-компульсивными и кататоническими симптомокомплексами**

Горшкова И.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

**Obsessive-compulsive and catatonic symptom complexes in schizotypal disorders**

Gorshkova I.V.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow

58

**Цель исследования.** Анализ структуры и динамики шизотипического расстройства с обсессивно-компульсивными (ОК) и кататоническими проявлениями. В задачи исследования входили интерпретация психопатологии коморбидных соотношений обсессивно-компульсивных и кататонических симптомокомплексов; анализ динамики указанных расстройств; определение зависимостей между психопатологической структурой коморбидных симптомокомплексов и течением эндогенного заболевания.

**Материал исследования.** Изученную выборку составили 19 наблюдений (17 мужчин, 2 женщины; средний возраст 33 года). На момент исследования 84% пациентов не состояли в браке, 89% не работали или являлись инвалидами по психическому заболеванию. Средний возраст начала заболевания 19 лет, средняя частота госпитализаций в год — 2, средняя продолжительность госпитализаций 3 месяца.

**Результаты исследования.** Структура коморбидных соотношений обсессивно-компульсивных и кататонических симптомокомплексов неоднородна и включает два клинических типа: 1) расстройства, дебютирующие обсессивно-компульсивной симптоматикой; 2) расстройства, дебютирующие явлениями мягкой кататонии. При первом типе в ряду ОК феноменов доминируют идеаторные навязчивости (овладевающие представления, контрастные обсессии, навязчивые сомнения), а также защитное поведение в виде идеаторных (реже двигательных) ритуалов. Кататонические феномены представлены ступорозными состояниями, блокировкой, моторными стереотипиями, эхо-феноменами, изменениями мышечного тонуса. При втором типе доминируют двигательные навязчивости (компульсии), явления мизофобии, а также генерализованная тревога. Защитное поведение исчерпывается компульсивными ритуалами. Кататонические феномены представлены более широко, нежели при первом типе и включают моторные стереотипии, возбуждение, ступорозные состояния, эхо-феномены, персеверации, изменения мышечного тонуса, негативизм, мышечное противодействие, манерность и вычурные позы. Также обнаружены различия и в сте-

реотипе динамики изученных расстройств. Для коморбидных расстройств первого типа характерно начало заболевания в юношеском возрасте, доминирование ОКР с постепенным формированием кататонических симптомов, возникающих на высоте обсессий и исчезающих в периоды послабления симптоматики. Для коморбидных расстройств второго типа характерно более раннее начало заболевания (в детском и подростковом возрасте) с доминированием явлений мягкой кататонии. ОКР присоединяются к 6–8-му году течения заболевания, быстро хронифицируются, обнаруживая независимый от кататонии стереотип динамики.

**Обсуждение.** В рамках состояний первого типа кататонические феномены выступают в качестве вторичных по отношению к ОКР психопатологических образований. Кататоническая симптоматика формируется в пределах обсессивно-компульсивного симптомокомплекса и тесно связана с динамикой навязчивостей. Видоизменение обсессивно-компульсивного симптомокомплекса происходит за счет включения в структуру ритуалов (идеаторных и двигательных) отдельных кататонических проявлений (ступорозные состояния, блокировка, двигательные стереотипии). Обратные зависимости обнаружены при состояниях второго типа. Синдромально незавершенные кататонические расстройства (без тенденции к развитию и утяжелению) формируются в качестве инициального проявления эндогенного процесса. Данные феномены сосуществуют с расстройствами невротического регистра, обнаруживая тропность к ОКР с доминированием двигательных расстройств (компульсий и ритуалов).

**Выводы.** Резюмируя выявленные типологические различия, можно сделать вывод о том, что речь идет о полярной структуре коморбидности. Формирование коморбидных расстройств первого типа реализуется расширением обсессивно-компульсивного синдрома за счет присоединения кататонических феноменов с образованием общих симптомов. Коморбидные расстройства второго типа характеризуется автономным сосуществованием обсессивно-компульсивных и кататонических (мягкая кататония) расстройств в условиях относительной низкой активности эндогенного процесса.

Горшкова Ирина Валерьевна — младший научный сотрудник ФГБНУ НЦПЗ

Gorshkova Irina — Junior Researcher, FSBSI MHRC

E-mail: ivgorshkova@mail.ru

УДК 159.9; 616.89

**Прокрастинация и психологическое благополучие в норме и при разных вариантах психической патологии у лиц молодого возраста**

Зверева М.В., Хромов А.И.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

**Procrastination and well-being in normal subjects and patients with mental disorders**

Zvereva M.V., Khromov A.I.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow

**Введение.** Молодые люди, которые чаще прибегают к прокрастинации, сталкиваются с большими препятствиями на пути к психологическому благополучию, чем их сверстники, не имеющие подобной склонности. Необходимые для получения положительных эмоций и счастья действия чаще откладываются, игнорируются или избегаются, что приводит к снижению уровня субъективного психологического благополучия и самоуважения человека. Большинство зарубежных исследователей отмечают, что увеличение показателя прокрастинации имеет связь с пониженными параметрами самоуважения и психологического благополучия (Tibbett T.P., Ferrari J.R., 2014).

**Цель исследования.** Сравнительный анализ связи показателей прокрастинации и параметров психологического благополучия и самоуважения в группах молодых людей, имеющих психическую патологию, и без таковой.

**Материалы и методы исследования.** Обследованы две группы испытуемых. Контрольная группа: здоровые юноши и девушки в возрасте 18–25 лет, обучающиеся в средних специальных и высших учебных заведениях, — 61 человек. Экспериментальная группа: 54 человека обоего пола, пациенты ФГБНУ НЦПЗ, находящиеся на лечении с диагнозами шизофрения приступообразная, шизоаффективное расстройство, биполярное аффективное расстройство, расстройства личности (коды F20.01, F25, F31, F60 по МКБ-10) и обследованные в состоянии становления ремиссии. Диагностический комплекс включал шкалу оценки прокрастинации PASS, опросник самоуважения М. Розенберга и шкалу психологического благополучия Варвик-Эдинбург (для оценки уровня субъективного уровня психологического благополучия). Математическая обработка данных проводилась в программе SPSS v.20.

**Результаты исследования.** С целью разделения испытуемых на однородные группы по показателям прокрастинации нами был использован иерархический кластерный анализ (КА), в который были включены переменные второй части опросника шкалы оценки прокрастинации PASS: «Социальная тревожность», «Лень», «Вызов», «Плохой перфекционизм». КА проводился методом внутригрупповых связей на основе квадрата евклидова расстояния непроброзованных значений переменных. Оценка конечного числа кластеров основывалась на визуальном анализе

построенной дендрограммы и изменении коэффициента агломерации. Проверка качества кластеризации осуществлялась с помощью дискриминантного анализа, который показал, что 96,7% наблюдений в контрольной группе нормы и 92,6% в экспериментальной группе больных были классифицированы верно. Наиболее оптимальным для последующего анализа оказалось решение с тремя кластерами: кластер 1 — с минимальными показателями по прокрастинации, кластер 2 — со средними показателями по прокрастинации, кластер 3 — с высокими показателями по прокрастинации. Таким образом были кластеризованы и контрольная, и экспериментальная группы. Значимых различий между кластерами контрольной и экспериментальной групп получено не было. Средние значения параметра самоуважения по кластерам в контрольной группе: кластер 1 — 32,8, кластер 2 — 30,8, кластер 3 — 24,7. Аналогичные показатели для кластеров экспериментальной группы по параметру самоуважения: кластер 1 — 28,5, кластер 2 — 26,8, кластер 3 — 24,8. Средние значения параметра психологического благополучия в контрольной группе: кластер 1 — 57,5, кластер 2 — 52,7, кластер 3 — 50,0. Аналогичные показатели для кластеров экспериментальной группы по параметру психологического благополучия: кластер 1 — 49,0, кластер 2 — 47,0, кластер 3 — 43,3. Однофакторный дисперсионный анализ был применен для поиска связей между кластеризованными группами (контрольной и экспериментальной) по параметрам прокрастинации и параметрам самоуважения и психологического благополучия. Значимые различия были получены только для контрольной группы между кластером 1 и кластером 3 по обоим параметрам. Сравнение показателя самоуважения и параметров прокрастинации между кластерами 1 и 3 показало наличие значимых различий,  $F = 0,012$  (при  $p < 0,05$ ). Сравнение показателя психологического благополучия и параметров прокрастинации между кластерами 1 и 3 показало наличие значимых различий,  $F = 0,042$  (при  $p < 0,05$ ). Достоверные различия между кластерами 1 и 3 в контрольной группе указывают на наличие определенных связей между показателями самоуважения и психологического благополучия и уровнем показателей прокрастинации, а именно: чем выше уровень самоуважения и психологического благополучия, тем ниже показатели прокрастинации. В клинической экспериментальной



УДК 615.851.4; 364.42.44

**К вопросу о реабилитации детей-сирот**Кремнёва Л.Ф., Иванов М.В., Козловская Г.В., Крылатова Т.А.  
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва**To the question of the rehabilitation of orphans**Kremneva L.F., Ivanov M.V., Kozlovskaya G.V., Krylatova T.A.  
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow

**Цель.** Осветить состояние проблемы реабилитации детей-сирот в России.

В последние годы стремительными темпами увеличивалась заболеваемость психозами (среди детей 0–14 лет) и непсихотическими расстройствами (среди подростков 15–17 лет); во всех возрастных группах отмечен рост инвалидности [1]. По статистическому прогнозу к 2020 году предполагается рост психической патологии у детей и подростков на 20% [1]. Аналогичное положение имеет место в состоянии физического здоровья детей [2]. Высказывается мнение, что в России деградировал институт семьи (Петров В., 2014). В наше время десятки тысяч детей остаются без родителей. В стране более 100 тысяч сирот находятся в интернатных учреждениях, хотя у 80% из них есть родители, которые зачастую не желают заботиться о своих детях [1, 3].

Каково состояние воспитательных учреждений в России? Специалисты отмечают, что детские дома сейчас находятся в хорошем состоянии, они получают помощь из разных источников и могут обеспечить воспитанников комфортными условиями проживания. Однако проблема состоит в том, что эти учреждения оказались неспособны организовать обучение воспитанников способами адекватной социализации в «большом обществе» [3]. На это указывают специалисты в области педагогики, подчеркивая преимущества семейного воспитания перед пребыванием в сиротских учреждениях, и в силу этого даже поднимается вопрос о закрытии детских домов. Из профессионально замещающих семей наибольшее распространение получает патронатная семья, которая является аналогом широко практикуемой за рубежом так называемой фостеровской семьи [3]. Опекуном ребенка в патронатной семье в России пока остается детский дом, хотя в настоящее время уже происходит преобразование детских домов в центры медико-психолого-педагогического сопровождения профессиональных семей (Обносова Г.П., 2007). Воспитание становится профессиональной деятельностью родителей. Срок патронирования ограничивается совершеннолетием ребенка, хотя ребенок может быть помещен в семью и на краткосрочный патронат. Из патронатной семьи он может быть переведен в семейную воспитательную группу, приемную семью, под опеку, может быть передан на усыновление либо возвращен в биологическую семью [3].

Однако для нормального развития ребенку необходима стабильность в жизни. Ребенок испытывает стресс, когда приходит в новую семью и переживает травму от-

деления, когда уходит из семьи. Как известно, привязанность между ребенком и взрослым является совершенно необходимым условием для его успешного развития. Между тем адаптация в приемной семье, в том числе патронатной, процесс трудный и длительный. Некоторые семьи возвращают детей, или сами несовершеннолетние возвращаются в детский дом [4], а повторное сиротство является большой психической травмой для ребенка. В то же время в стране отмечается уменьшение количества детских домов. Если в 2009 году их было 1095, то в 2014 стало 819, а число проживающих в них детей сократилось более чем на 40% [5]. Однако есть основания настаивать на невозможности планирования полного закрытия детских домов, так как часть детей так и останется там жить, поскольку в силу особенностей своего индивидуального развития они неспособны «вжиться» в семейную структуру. Среди тех, кто попадает в детские дома и школы-интернаты, около 50% — дети уже подросткового возраста. Их практически невозможно устроить на воспитание в «семейный дом» (Николаева Е.И., Япарова О.Г., 2012), как и подростков — воспитанников детских домов, употребляющих психоактивные вещества [6], или психически нездоровых.

Необходимо подчеркнуть, что речь идет о закрытии детских домов в стране, где А.С. Макаренко — замечательный практик и теоретик педагогики — не только создал прекрасные воспитательные учреждения своего времени, но и впервые в мировой практике воспитания обосновал принципы функционирования образовательного учреждения. Его труды причислены к выдающимся достижениям науки и культуры [7]. Он разработал теорию воспитания в коллективе и методику реформирования личности, преодоления недостатков характера [7]. На Западе используют идеи А.С. Макаренко для перевоспитания молодых правонарушителей (Лялькина А.Т., Аладышева О.В., 2007). Многие японские фирмы построены «по лекалам» системы А.С. Макаренко.

**Вывод.** В России следует использовать отечественный опыт выдающегося педагога в работе детских домов, а не закрывать их.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Копцева О.В. Психические расстройства как одна из ведущих причин детской инвалидности в Российской Федерации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009;25. Доступно по <http://www.mednet.ru/images/stories/files/abstracts/kopcevaov.pdf> Ссылка активна на 30.06.2015.
2. Баранов А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации. *Педиатрия*. 2012;91(3):9–14.

УДК 616.895

**Патологические реакции горя у лиц пожилого и старческого возраста****Denouement of pathological grief reactions in elderly and senile**

Корнилов В.В.  
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва  
Kornilov V.V.  
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow



78

**Цель.** Обзор и анализ публикаций, посвященных исходам патологической реакции горя у лиц пожилого и старческого возраста.

**Материал и методы.** Научные публикации, доступные к общему пользованию в Интернете на сайтах: pubmed.com, crossref.org, psychoreanimatology.org, cyberleninka.ru, elibrary.ru, печатные работы, представленные в периодических медицинских изданиях, авторефераты докторских и кандидатских диссертаций, учебные пособия и монографии, материалы конференций. Ретроспекция работ по данной тематике и обзор состояния проблемы проведены в соотношении с современными представлениями о формировании различных психогенных расстройств.

**Результаты.** Патологическая реакция горя (ПРГ) — состояние, инициирующее целый комплекс психологических и медицинских проблем у лиц пожилого и старческого возраста: от легких психогенных расстройств до тяжелых протрагированных аффективных заболеваний и органических психических расстройств. Анализ научных работ, посвященных особенностям динамики, терапии и прогноза исходов ПРГ в пожилом возрасте, дает представление о состоянии этой проблемы в настоящее время.

**Заключение.** Изучение проблемы исходов психогенных расстройств, в частности ПРГ, у лиц пожилого и старческого возраста имеет большое значение для прогнозирования и профилактики возможного исхода, а также для выбора адекватной терапии.

**Ключевые слова:** поздний возраст; психогенные расстройства; патологическая реакция горя; исходы

*The aim of review:* analysis of publications devoted to the outcomes of pathological grief reactions in elderly and senile age.

*Materials and methods.* The scientific publications available to the general use of the Internet, websites pubmed.com, crossref.org, psychoreanimatology.org, cyberleninka.ru, elibrary.ru, printing works, presented in the periodic medical journals, abstracts of doctoral and master's theses, manuals and monographs, conference proceedings. Retrospective review of works and the state of the problem in relation was made concerning the modern ideas about the formation of the various psychogenic disorders.

*Results.* The basic provisions: pathological grief — state initialization whole complex of problems in elderly and senile age. The outcomes of psychogenic disorders are described as severe, protracted affective disorders and neurodegenerative brainlesions. Analysis of scientific papers devoted to the peculiarities of the dynamics, therapy and prognosis of these outcomes provides insight into the current situation of this problem.

*Conclusion.* The study of the problems of outcomes psychogenic disorders, in particular of the pathological grief in elderly and senile age is of great importance for the prediction and prevention of possible outcomes, and the correct choice of therapy.

**Keywords:** aging; psychogenic disorder; pathological grief; outcomes

**ВВЕДЕНИЕ**

Проблема исхода патологической реакции горя (ПРГ) привлекла к себе внимание во второй половине XX века, когда начался заметный рост популяции людей старшего возраста, а также прошло достаточное время после массовых катастрофических событий, обусловленных Второй мировой войной, где утрата значимого лица была очень частым событием. Многочисленные исследования свидетельствуют о высокой распространенности среди лиц старшего возраста различных психических заболеваний, инициированных утратой значимого лица.

**Эпидемиологические аспекты.** По данным исследований, проведенных в 70-х годах прошлого века, от 42 до 56% лиц старшего возраста, перенесли ПРГ с развитием депрессивного расстройства после утраты значимого лица [1, 2]. Причем симптомы ПРГ и большой депрессии сохранялись у 24% пациентов два месяца, у 23% — семь месяцев, у 16% — 13 месяцев

и у 1% — 25 месяцев [3]. Приблизительно у стольких же амбулаторных больных фактор утраты предшествовал развитию психопатологических заболеваний неаффективного ряда и обнаруживался у 24,9% пожилой популяции [4, 5, 6].

В эпидемиологическом сплошном популяционном исследовании населения в возрасте 60 лет и старше, проживающего на ограниченной территории Москвы, сотрудниками ФГБНУ НЦПЗ установлено, что депрессивные реакции в ответ на воздействие стрессогенного фактора составили 8,5% от общего числа обследованных лиц, а наиболее мощным стрессогенным фактором развития психической патологии, в том числе аффективных заболеваний, признана смерть значимого лица [7]. В подобном исследовании, проведенном в США в 2003 году, было установлено, что депрессии у лиц старше 50 лет после смерти значимого лица развиваются значительно чаще (на 69,4%), чем при потере работы, физического здоровья, социальной и матери-

**Константин Николаевич Батюшков (1787–1855)****Konstantin Nikolaevich Batyushkov (1787–1855)**

Тиганов А.С.  
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва  
Tiganov A.S.  
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow



**В** этом году исполняется 160 лет со дня кончины Константина Николаевича Батюшкова, о стихах которого с восторгом отзывались А.С. Пушкин, В.А. Жуковский, В.Г. Белинский.

Противоречивость — определение, которое очень часто встречается в письмах поэта и критических статьях, посвященных его творчеству. Вместе с этим современники отмечали такие качества поэта, как влюбленность в благозвучие, поиск гармонии в природе и обществе.

Константин Николаевич родился в Вологде в 1787 году в дворянской семье. С раннего детства его воспитывал отец, так как мать вскоре после рождения сына лишилась рассудка, была помещена в больницу, где и скончалась. В десятилетнем возрасте мальчика отдали в Петербургский пансион француза Жакино, а затем в пансион итальянца Триполи. Во время учебы он овладел французским, немецким, итальянскими языками, а также латынью и греческим, с удовольствием знакомился с античной литературой, творчеством итальянских и французских поэтов. Особый интерес у него вызвала поэзия Торквато Тассо, страдавшего психическим расстройством. Уже в возрасте четырнадцати лет он сочинял стихи, отдельной брошюрой были опубликованы его первые поэтические произведения.

Батюшкову не исполнилось и двадцати лет, когда он был зачислен в Министерство народного просвещения; служба тяготила его, но оставить ее он не мог, так как имение пришло в упадок. Все свободное время он сочинял стихи, сблизился с литераторами — членами «Вольного общества любителей словесности, наук и художеств», часто встречался с Державиным и Капнистом, в эти же годы завязывается дружба поэта с Н.И. Гнедичем — поэтом и переводчиком, впоследствии издававшим сочинения Батюшкова.

В 1807 году в возрасте двадцати лет Батюшков оставил гражданскую службу и, искренне желая защитить Отечество от Наполеона, записался в народное ополчение и отправился в Пруссию, затем принял участие в войне со Швецией и в походе в Финляндию. Во время походов он зарекомендовал себя как смелый поэт-воин, который не раз бывал под пулями, трясся в седле на трудных дорогах войны, спорил на биваках с друзьями, был ранен. В событиях 1812 года он практически не участвовал из-за лихорадки и сложных семейных обстоятельств. Однако в 1813 году вернулся в армию, в составе подразделения под командованием Н.Н. Раевского принял участие в «битве народов» под Лейпцигом и вошел вместе с русскими войсками в Париж. После окончания войны он вышел в отставку, начал службу в дипломатической миссии. Позже начал работать в Публичной библиотеке в качестве помощника хранителя манускриптов; в это время в библиотеке работали Н.И. Гнедич и И.А. Крылов.

В эти годы К.Н. Батюшков увлекался живописью, прекрасно рисовал, обнаруживал интерес к архитектуре. Он много сочинял: поэмы, сатиры, басни, эпиграммы, переводы, мемуары. Его сатира «Видение на берегах Леты» вызвала большой интерес в литературных кругах. О военных стихах Батюшкова говорили, что они достойны лучших строк поэтов, писавших о боевых действиях.

Античная поэзия занимала огромное место в творчестве Константина Николаевича. Для глубокого понимания литературного наследия Батюшкова необходимо знать мифологические легенды, которые помогают читателю проникнуть в суть строк ряда поэтических произведений. Особенно удачными были его переводы итальянской поэзии, которую он прекрасно знал и беззаветно любил. Свободно владеющий греческим языком он создал антологию греческой поэзии.

**Игорю Ивановичу Мирошниченко 65 лет****Igor Ivanovitch Miroshnitchenko**

**Д**олгое время фармакокинетика была приоритетом исследователей и разработчиков лекарств. Однако в настоящее время уже трудно переоценить все возрастающую роль фармакокинетики в решении практических вопросов оптимизации психофармакотерапии. Все чаще практикующим психиатрам требуется понимание основ этой фундаментальной медицинской дисциплины. Среди ведущих ученых, внесших вклад в становление и развитие отечественной фармакокинетики, особое место по праву принадлежит замечательному ученому, доктору медицинских наук Игорю Ивановичу Мирошниченко. Его научное имя неразрывно связано с внедрением принципов фармакокинетики в решение вопросов практической медицины.

Связывание творческой судьбы с медицинскими науками было определено поступлением во 2-ой Московский государственный медицинский институт им. Н.И. Пирогова, после окончания которого в 1980 году И.И. Мирошниченко получил специальность врача-биофизика.

Начиная с того времени научный интерес ученого был сосредоточен на вопросах психофармакологии. В 1988 году в НИИ фармакологии АМН СССР И.И. Мирошниченко успешно защитил кандидатскую диссертацию «Нейрохимическое изучение функциональных по-

казателей мозга катехоламин- и серотонинергических систем мозга при действии нейрорептиков».

Продолжая напряженную и плодотворную работу в области разработки лекарств с психоактивным потенциалом, ученый в 1995 году получает докторскую степень за работу по теме: «Нейрохимические и фармакокинетические аспекты механизма действия препаратов с ноотропной и антиамнестической активностью».

После трудоемкой исследовательской работы сначала в НИИ фармакологии АМН СССР, потом во ВНЦ БАН, начиная с октября 1999 года Игорь Иванович связал свою творческую жизнь с НЦПЗ РАМН, где в настоящее время он продолжает проводить научную работу в должности заведующего лабораторией фармакокинетики. Именно здесь, в Научном центре психического здоровья, накопленный исследовательский опыт получил огранку и был систематизирован в серии монографий, предназначенных начинающим исследователям, опытным ученым и практикующим врачам.

Действительно, пытаясь освоить такую непростую дисциплину, как фармакокинетика, в основе которой находится понимание не только закономерностей превращения лекарственных веществ в организме, но и начал математического анализа, трудно обойтись без изучения базовой монографии И.И. Мирошниченко «Основы фармакокинетики» (2002 г.). Неповторимость и научно-педагогическая ценность этой работы заключаются прежде всего в структурированном и пошаговом изложении базовых теоретических принципов в форме, доступной для понимания специалистами широкого профиля, что в настоящем особенно актуально, когда фармакокинетика приобретает все большую прикладную значимость. Стоит отметить, что данная работа по полноте изложения и особенно по математической емкости может быть сопоставима лишь с самым ранним и единственным в своем роде руководством в этой области: «Фармакокинетика», изданным в 1988 году (Соловьев В.Н. и соавт.).

В следующей монографии «Биодоступность лекарственных средств», вышедшей в свет в 2003 году, научный интерес ученого был сконцентрирован на проблеме лекарственной взаимозаменяемости, краеугольным камнем которой является доказательство биоэквивалентности. В работе освещаются концептуальные и практические вопросы сравнительной биодоступно-

УДК 616.89-083

**Основатель психиатрии в России П.А. Бутковский и его руководство «Душевные болезни» (1834)****The founder of psychiatry in Russia P.A. Butkovsky and his manual «Mental diseases» (1834)**

Двирский А.Е.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского;

ФГАОУВО Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского, Симферополь, Республика Крым, Россия

Dvirsky A.E.

S.I. Georgievsky Medical Academy; Crimean Federal University V.I. Vernadsky, Simferopol, Republic of Crimea, Russia



Автор первого руководства по психиатрии «Душевные болезни» (1834) профессор П.А. Бутковский является основоположником российской психиатрии. Он впервые внедрил нозологические, эволюционные и физиологические принципы в психиатрию, при описании и анализе психопатологических феноменов использовал психологию и физиологию. Им впервые выделены психопатии, кататония, простая форма шизофрении, инволюционная депрессия и инволюционный параноид. При характеристике заболеваний, относящихся к шизофрении, описана симптоматика, которая соответствует расстройствам мышления по структуре, мыслительному и чувственному бреду, редукции энергетического потенциала, экстракампинным галлюцинациям, расстройству схемы тела. Впервые проведено отграничение олигофрении от деменции.

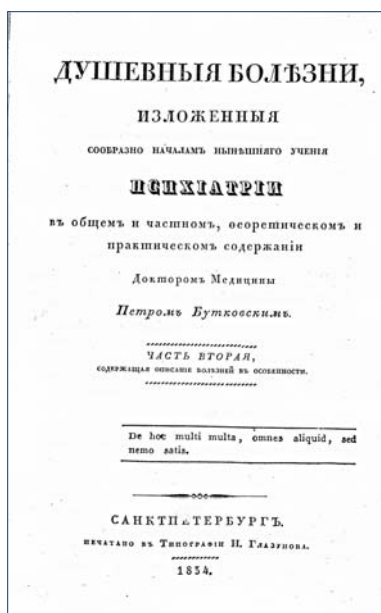
**Ключевые слова:** П.А. Бутковский; основоположник российской психиатрии; частная и общая психиатрия

The author of the first handbook on psychiatry «Mental diseases» (1834) professor P.A. Butkovsky is the founder of Russian psychiatry. He first introduced psychological, evolutionary and physiological principles in psychiatry. For the description and analysis of psychopathological phenomena he used psychology and physiology. He was the first apportionment psychopathic, catatonia, a simplex form of schizophrenia, involution depression and involution paranoid. In the characteristic of the diseases related to schizophrenia, described a symptom which corresponds to the thought disorder on the structure, mental and sensual delirium, reduction of energy potential, extracampinic hallucinations, disorder of the body schema. For the first time carried out the delimitation of mental retardation from dementia.

**Keywords:** P.A. Butkovsky; the founder of Russian psychiatry; private and public psychiatry

До настоящего времени отсутствовало единство взглядов на фактические истоки российской психиатрии. В прошлом в течение длительного периода многие авторы [1–5] утверждали, а некоторые [6] и сейчас настаивают, что основоположником психиатрии в России является И.М. Балинский [7, 8], а не П.А. Бутковский [9]. После защиты в 1855 г. докторской диссертации по терапии «*Conspectus hystoricus in febris doctrinam*» И.М. Балинский в течение года читал курс детских болезней в медико-хирургической академии в Санкт-Петербурге. С 1857 г. на вновь созданной кафедре он преподавал душевные болезни. В 1859 г. были опубликованы его лекции под названием «Записки по психиатрии» [7], которые считаются первым учебником по психиатрии в России [1–6]. При этом они были изданы через 25 лет после публикации в 1834 г. первого российского учебника психиатрии «Душевные болезни» П.А. Бутковского [9].

В начале XX века Л.А. Прозоров [10] высказал сомнения в такой трактовке истоков развития российской психиатрии. В отношении И.М. Балинского автор от-



мечал, что он «еще при жизни получил почетное звание "отца русской психиатрии", имеющего возможность приложить свои силы в удобное время, при благоприятном стечении обстоятельств... заслонил собой более ранних скромных работников на ниве русской научной и практической психиатрии». Им же было отмечено, что на этот период приходилась научная деятельность профессора П.А. Бутковского, который написал первый русский учебник психиатрии.

И.М. Балинский не оставил научных трудов, заявляя, что «после нас лучше напишут» [4]. Выйдя в отставку, он сожалел о том, что не занимался научной работой, и критично оценил прежние восхваления в свой адрес: «Никакого капитального научного трактата я не написал, никакой составляющей эпоху в науке работы я после себя не оставляю» [4]. Приводя эти самокритичные высказывания И.М. Балинского, позитивно оценивающий его научную деятельность Н.Н. Тимофеев [4] называл их «удивительной скромностью».

Осенью 1834 г. в Санкт-Петербурге были опубликованы «Душевные болезни» П.А. Бутковского [9]. Осно-

**Татьяна Дмитриевна Савина (22.12.1938–10.12.2015)****Tatiana Dmitrievna Savina (22.12.1938–10.12.2015)**

**10** декабря 2015 г. на 77-м году жизни скончалась одна из ведущих российских клинических психологов.

Т.Д. Савина с отличием закончила психологический факультет МГУ, среди ее учителей были Б.В. Зейгарник, А.Р. Лурия, Е.Д. Хомская. Вся трудовая жизнь Татьяны Дмитриевны — более 40 лет — была связана с Научным центром психического здоровья (ранее — Институт психиатрии АМН СССР), где пройден путь от аспирантки до ведущего научного сотрудника.

В лаборатории патопсихологии под руководством профессора Ю.Ф. Полякова Савина выполнила кандидатскую диссертацию по теме «Исследование вызванных потенциалов у больных шизофренией в условиях перцептивной деятельности», которую она успешно защитила в 1973 году. Это была одна из первых работ по изучению вызванных потенциалов при шизофрении. Т.Д. Савина стояла у истоков мультидисциплинарного

подхода к изучению шизофрении, была среди инициаторов психофизиологических исследований при этом заболевании. Эти исследования получили высокую оценку в нашей стране и за рубежом.

Татьяна Дмитриевна отличалась тщательностью, добросовестностью и изобретательностью в проведении любых самых сложных экспериментальных процедур. Ее разработки в области методологии экспериментально-психологических исследований получили широкую известность, представляли важные данные о соотношении произвольных и произвольных процессов памяти и внимания, о роли мотивации в протекании психических процессов в норме и патологии. Результаты этих исследований сохраняют свою актуальность и задают важные перспективы для изучения специфики когнитивных нарушений при шизофрении и депрессии, а методики, прежде всего по оценке памяти и внимания, разработанные или адаптированные Т.Д. Савиной, нашли широкое распространение не только в России, но и других странах (страны Балтии).

Работа в лаборатории профилактической генетики, в отделе по изучению состояния риска функциональных психических расстройств также показала высокий научный потенциал и значительный вклад Савиной в развитие отечественной клинической психологии.

Т.Д. Савина всегда умела наладить продуктивное взаимодействие со специалистами из многих смежных дисциплин: психиатрами, психофизиологами, неврологами, генетиками, пользовалась глубоким уважением коллег за редкие человеческие качества, свои знания и преданность интересам науки.

Татьяна Дмитриевна была очень светлым, душевным, чутким и скромным человеком, такой она и останется в памяти коллег.

## Рецензия на монографию В.П. Критской и Т.К. Мелешко «Патопсихология шизофрении»

*Review of the book by V.P. Kritskaya and T.K. Meleshko  
«Pathopsychology of Schizophrenia»*

Рощина И.Ф., Абрамова Л.И.  
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва  
Roshchina I.F., Abramova L.I.  
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow



98

Информация

Авторы рецензируемой монографии В.П. Критская и Т.К. Мелешко, сотрудники отдела медицинской психологии одной из ведущих научных организаций страны ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (ФГБНУ НЦПЗ), более 50 лет своей профессиональной деятельностью посвятили изучению нарушений психических функций пациентов при эндогенных заболеваниях.

Одним из основных направлений научных исследований центра является изучение клинико-динамических аспектов шизофрении, поиск сущности и структуры шизофренического дефекта, приводящего к значительным нарушениям функционирования пациента в разных сферах его деятельности (социальной, семейной, профессиональной). Наряду с историческими оценками личностного дефекта при шизофрении, в последние годы особое внимание исследователей привлечено к проблеме когнитивных нарушений у данной группы больных.

Несомненно, изучение сущности шизофренического дефекта требует применения усилий не только клиницистов, но и специалистов иной научной направленности, в частности патопсихологов. При этом понятно, насколько сложна эта задача. Представленная монография позволяет дополнить основы традиционного клинического подхода к квалификации шизофренического дефекта научными изысканиями в области патопсихологии.

Объем выполненной работы отражает широкий спектр обсуждаемых авторами проблем, что становится очевидным уже при ознакомлении с содержанием монографии. Оно включает следующие разделы: «Предисловие»; «Теоретико-методологические основы исследования»; «Введение в проблему»; 9 глав, а именно: «Дефицит социальной направленности и проблемы дизонтогенеза»; «Особенности когнитивного стиля больных шизофренией»; «Когнитивный стиль как индивидуально-типологическая характеристика личности»; «Проблема регуляции психической деятельности. Нарушение ее мотивационного компонента»; «Соотношение компонентов патопсихологического синдрома (лонгитюдное исследование)»; «Патопсихологический синдром шизофренического дефекта»; «Психологические особенности больных с аффективными расстройствами»; «Половые и гендерные различия больных шизофренией»; «Проблемы психологической коррекции и социальной адаптации больных эндогенными психическими расстройствами» и «Заключение». Из представленного содержания следует, что авторы в своей работе

используют комплексный патопсихологический подход с опорой на фундаментальные знания общей психологии.

В книге представлены результаты многолетних последовательных научных исследований особенностей психической деятельности у больных шизофренией и аффективными расстройствами, выполненных в рамках московской школы отечественной патопсихологии, созданной Б.В. Зейгарник и продолженной работами ее ученика Ю.Ф. Полякова. Авторы следуют классическим этапам научного исследования: проблема — гипотеза — эмпирическое исследование — количественный и качественный анализ результатов, который включает множество клинико-психологических описаний пациентов.

В предисловии, обосновав сложности, стоящие на пути исследования специфики психической патологии шизофренического генеза, авторы работы сформулировали основные задачи: попытаться наметить подходы и пути, способствующие разработке обобщающей психологической концепции, отражающей специфические закономерности шизофренической патологии; найти то общее, что объединяет разные варианты проявлений этого заболевания, и то, чем они различаются.

Для решения этих задач авторами на протяжении многих лет обследован в стационарных и амбулаторных условиях большой контингент пациентов разного возраста и пола. Диагностическая верификация осуществлялась ведущими психиатрами-клиницистами, что позволило выделить сопоставимые по основным критериям группы больных с учетом решаемых в ходе работы проблем и получить в результате такой работы репрезентативные данные.

При выполнении работы был применен комплексный подход с использованием знаний клинической психологии, психиатрии, общей и социальной психологии. Использован объемный методический аппарат, составленный на основе применения номотетического принципа, связанного с выделением общих закономерностей совокупности частных наблюдений, и идиографического подхода, учитывающего индивидуальные особенности исследуемых. Помимо этого, для решения поставленных задач авторами тщательно отобран и описан ряд методик как традиционных, так и оригинальных. Полученные данные были систематизированы и подвергнуты статистическому анализу, что позволило сделать выводы, значимые при решении задач, стоящих перед психологами и психиатрами.

## **Научно-практическая конференция «Расстройства аутистического спектра и другие психические нарушения детского возраста. Современные подходы и перспективы межведомственного взаимодействия», Тула, 1–2 октября 2015 г.**

**Scientific and practical conference «Autistic spectrum disorders and others mental disorders in childhood», Tula, 1–2 October 2015**

**1–2** октября 2015 года в Туле состоялась Межрегиональная научно-практическая конференция с международным участием «Расстройства аутистического спектра и другие психические нарушения детского возраста. Современные подходы и перспективы межведомственного взаимодействия», организованная ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии», Тула, и некоммерческим партнерством детских психологов и коррекционных педагогов по оказанию профессиональной помощи детям с особенностями развития «Содействие», Тула, при поддержке правительства Тульской области, министерства здравоохранения Тульской области, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, муниципального образования г. Тула.

В конференции приняли участие более 260 человек из 16 регионов России, руководители региональных министерств социальной сферы, руководители муниципальных органов власти, эксперты, ученые, научные сотрудники, педагоги, специалисты сопровождения и представители родительских и профессиональных общественных организаций, работающих в области нормализации жизни детей с расстройствами аутистического спектра.

В работе конференции приняли участие Е.Ю. Ключко, сопредседатель Координационного совета по делам детей-инвалидов и лиц с ограничениями жизнедеятельности Общественной палаты РФ, член Совета по вопросам попечительства в социальной сфере при Правительстве РФ, Москва; Т.П. Ключник, директор ФГБНУ НЦПЗ, профессор, доктор медицинских наук, Москва; Н.В. Симашкова, заведующая отделом детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ, доктор медицинских наук, главный внештатный детский психиатр ЦФО РФ, Москва; Т.А. Строганова, руководитель лаборатории междисциплинарных исследований аутизма МГППУ, профессор, доктор биологических наук, Москва; А.Л. Битова, директор региональной благотворительной общественной организации «Центр лечебной педагогики», член Совета по вопросам попечительства в социальной сфере при Правительстве РФ, Москва; И.Л. Шпицберг, руководитель центра реабилитации инвалидов детства «Наш Солнечный Мир», Москва, член правления международной ассоциации «Autism Europe», Москва, а также представители других веду-

щих научных, образовательных и реабилитационных учреждений Российской Федерации.

Работа конференции освещалась в средствах массовой информации, обсуждалась среди специалистов и родителей в Интернете.

В первый день работы конференции на пленарном заседании актуальная проблема расстройств аутистического спектра была всесторонне представлена сотрудниками ФГБНУ НЦПЗ. В докладе заведующей отделом детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ, д.м.н. Н.В. Симашковой «Мультидисциплинарные аспекты расстройств аутистического спектра в моделях оказания помощи больным» освещены последние данные, касающиеся сложнейшей проблемы медицины и биологии — расстройств аутистического спектра (РАС). Охвачен широкий круг вопросов, являющихся результатами совместных усилий клиницистов, психологов, нейрофизиологов, биохимиков. Докладчиком представлены модели сопровождения больных с РАС в рамках межведомственной организации помощи больным (Министерство здравоохранения РФ, Министерство образования и науки РФ, Министерство труда и социальной защиты РФ).

Директор ФГБНУ НЦПЗ, заведующая лабораторией нейроиммунологии, д.м.н., профессор Т.П. Ключник в докладе «Состояние иммунной системы при расстройствах аутистического спектра» особо отметила, что продолжение клинико-биологических исследований для изучения данной патологии продиктовано, прежде всего, гетерогенностью РАС и, соответственно, необходимостью решения вопросов дифференциальной диагностики, уточнения этиологии, патогенеза, нозологической принадлежности, поиска маркеров (тест-систем) разных типов РАС для разработки новых подходов к терапии, поиску профилактической стратегии в оказании помощи детям с нарушениями психического развития. Определены корреляционные связи между иммунологическими и клиническими показателями, что свидетельствует о вовлеченности врожденного и приобретенного иммунитета при формировании аутистических расстройств у больных РАС.

В докладе старшего научного сотрудника лаборатории нейрофизиологии ФГБНУ НЦПЗ, кандидата биологических наук Л.П. Якуповой «Корреляции отдельных параметров ЭЭГ с клиническими состояниями при РАС» показано, что наряду с другими параклиническими



## Французские перспективы психиатрической классификации (расширенный реферат)

**Marc-Antoine Crocq. French perspectives on psychiatric classification**

Корнев А.Н.  
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва  
Kornev A.N.  
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow



**Marc-Antoine Crocq. French perspectives on psychiatric classification** // Dialogues in Clinical Neuroscience. — 2015. — Vol. 17. — № 1. — P. 51–57. (Французские перспективы психиатрической классификации)

В статье рассматривается вклад французской школы в развитие психиатрической нозологии. Французские психиатрические школы занимали исключительное положение в развитии психиатрической нозологии до 1880 года. С 1880 года до Первой мировой войны, германская школа оказала огромное влияние благодаря вкладу таких гигантов, как Emil Kraepelin и Eugen Bleuler. В XX веке английский язык стал международным научным языком, что было встречено во Франции с некоторыми проблемами. Помимо этого, наилучшие условия финансирования исследований были в США. Другим важным определяющим фактором в развитии французской школы является высокая степень административной и культурной централизации, что наблюдалось и в большинстве других западных стран. Ввиду ограничений в объеме в статье не предлагается исчерпывающая историческая оценка, вместо этого внимание сфокусировано на ключевых исторических ситуациях.

### ПРОСВЕЩЕНИЕ

Первый известный французский медицинский трактат Francois Boissier de Sauvages (1706–1767) был опубликован в то время, когда латынь была языком медицинской науки. В духе времени он был инспирирован ботанической нозологией. Предполагалось, что заболевания, являясь природными видами, могут быть классифицированы таким же образом, как растения. Francois Boissier de Sauvages изучал ботанику и медицину в университете Монпелье. Он переписывался со шведским натуралистом Карлом Линнеем и присылал ему ботанические образцы. В 1763 году он опубликовал свою знаменитую методическую нозологию. Труд был издан на латыни, а французский перевод появился только после смерти автора в 1772 году. Уже на титульном листе Francois Boissier de Sauvages провозгласил, что его нозология будет создана «в духе Сиденгама и его ботанических методов». Он обратился к методу клинического наблюдения Томаса Сиден-

гама (1624–1689) и к ботаническому методу Линнея. Соответственно, классификационная система Boissier de Sauvages содержит список 10 больших классов заболеваний, которые были в дальнейшем подразделены внутри на порядки, семейства и 2400 отдельных заболеваний. Психические расстройства (Vesaniae) были отнесены к 8-му классу, который включал 4 порядка: (1) Галлюцинации, подразделявшиеся на головокружение (Vertigo), Suffusion, двоение (Diplopia), воображаемый шум в ушах (Syrgimus), ипохондрию и сомнамбулизм; (2) состояния ступора (Morositates) с дальнейшим выделением парорексии, поедания несъедобного (Pica), булимии, полидипсии, антипатии, ностальгии, панофобии (т.е. панического ужаса), сатириазиса, нимфомании, тарантизма (т.е. страстного желания танцевать) и гидрофобии; (3) бред с подразделением на парафрозинию (Paraphrosine), то есть временный бред, вызванный субстанциями или соматическим заболеванием), аменцию («универсальный» бред без возбуждения); меланхолию («частичный» и неагрессивный бред с тоской и хроничностью), манию («универсальный бред» с возбуждением и хроническими проявлениями), демономанию и (4) атипичное помешательство (Folies anormales), включая амнезию и агрипнию. На первый взгляд, классификация Boissier de Sauvages выглядит подобно античной «сборной солянке». В действительности, если диагностические термины перевести в их современные эквиваленты, обнаружится, что систематика Boissier de Sauvages имеет некоторое сходство с современными классификациями. Предпринимались попытки по созданию групп заболеваний внутри разделов на основании общих механизмов или симптомов (галлюцинации или бред). Некоторые, но немногие заболевания отражают любимую страсть, которая является общим выражением психического страдания в определенное время в особой культуре (например, тарантизм). Нелишне отметить, что греческое слово *mania* обычно связано с его латинским значением возбуждения (*furor*). Термин «делирий»