
Авторский коллектив

Алфимова Маргарита Валентиновна — доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории клинической генетики ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Андрющенко Алиса Владимировна — доктор медицинских наук, руководитель отдела психических расстройств при нейродегенеративных заболеваниях головного мозга Научно-клинического исследовательского центра ГБУЗ «ПКБ 1 ДЗМ».

Бархатова Александра Николаевна — доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Березкин Александр Сергеевич — доктор медицинских наук, первый заместитель директора ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы».

Воронова Евгения Ивановна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и психосоматики Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Минздрава России, ведущий научный сотрудник отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Голимбет Вера Евгеньевна — доктор биологических наук, профессор, руководитель лаборатории клинической генетики ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Горюнов Александр Владимирович — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Зозуля Светлана Александровна — кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории нейроиммунологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Иванов Станислав Викторович — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Клюшник Татьяна Павловна — доктор медицинских наук, профессор, руководитель лаборатории нейроиммунологии, директор ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Колыхалов Игорь Владимирович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом гериатрической психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Копейко Григорий Иванович — кандидат медицинских наук, заместитель директора по научной работе ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Лебедева Ирина Сергеевна — доктор биологических наук, профессор, руководитель лаборатории нейровизуализации и мультимодального анализа ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Лобанова Вероника Маратовна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Романов Дмитрий Владимирович — доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и психосоматики Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Минздрава России, ведущий научный сотрудник отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Смулевич Анатолий Болеславович — доктор медицинских наук, академик Российской академии наук, заведующий отделом по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», заведующий кафедрой психиатрии и психосоматики Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Минздрава России.

Уранова Наталия Александровна — доктор медицинских наук, руководитель лаборатории клинической нейроморфологии с патологоанатомической группой ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Юров Иван Юрьевич — доктор биологических наук, профессор Российской академии наук, руководитель лаборатории молекулярной генетики и цитогеномики мозга имени профессора Ю.Б. Юрова ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие (<i>Н.Г. Незнанов., М.В. Иванов</i>)	12
Введение (<i>А.Б. Смулевич, Т.П. Ключник</i>)	16
РАЗДЕЛ 1. ИСТОРИЯ ШИЗОФРЕНИИ	21
<i>Глава 1. Шизофрения — современная история (концепт шизофрении и спектр эндогенных психических расстройств)</i> (<i>А.Б. Смулевич</i>)	21
<i>Глава 2. Концепция А.В. Снежневского — формы течения шизофрении</i> (<i>Г.И. Копейко</i>)	39
РАЗДЕЛ 2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ШИЗОФРЕНИИ (<i>Д.В. Романов, А.В. Андрющенко</i>)	47
РАЗДЕЛ 3. ШИЗОФРЕНИЯ И РАССТРОЙСТВА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА	78
<i>Глава 1. Новая психопатологическая парадигма шизофрении</i> (<i>А.Б. Смулевич</i>)	78
<i>Глава 2. Основные клинические расстройства</i>	113
2.1. Кататония (<i>А.Б. Смулевич</i>)	113
2.2. Бредовые психозы (<i>А.Б. Смулевич, Д.В. Романов</i>)	133
2.3. Расстройства шизофренического спектра (<i>А.Б. Смулевич</i>) .	155
<i>Глава 3. К определению понятия «аффективный психоз»</i> (<i>А.Н. Бархатова</i>)	174
<i>Глава 4. Шизофрения в детском, подростковом и юношеском возрасте</i> (<i>А.В. Горюнов, А.Н. Бархатова</i>)	200
<i>Глава 5. Шизофрения в позднем возрасте</i> (<i>И.В. Колыхалов</i>)	228
РАЗДЕЛ 4. ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИИ ШИЗОФРЕНИИ	250
<i>Глава 1. Психологические концепции — конструкт клинических моделей шизофрении</i> (<i>В.М. Лобанова, А.Б. Смулевич</i>)	250
<i>Глава 2. Нейрокогнитивный дефицит</i> (<i>М.В. Алфимова</i>)	271
РАЗДЕЛ 5. ТЕРАПИЯ ШИЗОФРЕНИИ (<i>С.В. Иванов</i>)	288
РАЗДЕЛ 6. БИОЛОГИЯ ШИЗОФРЕНИИ	323
<i>Глава 1. Генетика шизофрении</i>	323
1.1. Геномная архитектура шизофрении (<i>В.Е. Голимбет</i>)	324

1.2. Хромосомные аномалии и геномная нестабильность при шизофрении (<i>И.Ю. Юров</i>)	342
<i>Глава 2. Иммунология шизофрении (Т.П. Ключник, С.А. Зозуля) ..</i>	355
<i>Глава 3. Нейрофизиология шизофрении (И.С. Лебедева)</i>	373
<i>Глава 4. Нейропатология шизофрении (Н.А. Уранова)</i>	397
<i>Глава 5. Нейровизуализация шизофрении (И.С. Лебедева)</i>	421
РАЗДЕЛ 7. КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ШИЗОФРЕНИИ (А.Б. Смулевич, Т.П. Ключник)	444
РАЗДЕЛ 8. ШИЗОФРЕНИЯ: АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ (Е.И. Воронова, А.Б. Смулевич, А.С. Березкин)	457
Приложение	472
Список рекомендованной литературы	478



CONTENTS

Preface (<i>N.G. Neznanov, M.V. Ivanov</i>)	12
Introduction (<i>A.B. Smulevich, T.P. Klyushnik</i>)	16
SECTION 1. HISTORY OF SCHIZOPHRENIA	21
<i>Chapter 1.</i> Schizophrenia — modern history (the concept of schizophrenia and the spectrum of endogenous mental disorders) (<i>A.B. Smulevich</i>)	21
<i>Chapter 2.</i> A.V. Snezhnevsky's concept — forms of schizophrenia (<i>G.I. Kopeiko</i>)	39
SECTION 2. EPIDEMIOLOGY OF SCHIZOPHRENIA (<i>D.V. Romanov, A.V. Andryushchenko</i>)	47
SECTION 3. SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS	78
<i>Chapter 1.</i> The new psychopathological paradigm of schizophrenia (<i>A.B. Smulevich</i>)	78
<i>Chapter 2.</i> Main clinical disorders	113
2.1. Catatonia (<i>A.B. Smulevich</i>)	113
2.2. Delusional psychoses (<i>A.B. Smulevich, D.V. Romanov</i>)	133
2.3. Schizophrenia spectrum disorders (<i>A.B. Smulevich</i>)	155
<i>Chapter 3.</i> To the definition of the “affective psychosis” concept (<i>A.N. Barkhatova</i>)	174
<i>Chapter 4.</i> Schizophrenia in childhood, adolescence and youth (<i>A.V. Goryunov, A.N. Barkhatova</i>)	200
<i>Chapter 5.</i> Schizophrenia in later age (<i>I.V. Kolykhalov</i>)	228
SECTION 4. THE PROBLEM OF PSYCHOLOGY OF SCHIZOPHRENIA.	250
<i>Chapter 1.</i> Psychological concepts — a construct of clinical models of schizophrenia (<i>V.M. Lobanova, A.B. Smulevich</i>)	250
<i>Chapter 2.</i> Neurocognitive deficit (<i>M.V. Alfimova</i>)	271
SECTION 5. THERAPY OF SCHIZOPHRENIA (<i>S.V. Ivanov</i>)	288
SECTION 6. BIOLOGY OF SCHIZOPHRENIA	323
<i>Chapter 1.</i> Genetics of schizophrenia	323
1.1. Genomic architecture of schizophrenia (<i>V.E. Golimbet</i>)	324

CONTENTS

1.2. Chromosomal abnormalities and genomic instability in schizophrenia (<i>I.Yu. Yurov</i>)	342
<i>Chapter 2. Immunology of schizophrenia (T.P. Klyushnik, S.A. Zozulya)</i>	355
<i>Chapter 3. Neurophysiology of schizophrenia (I.S. Lebedeva)</i>	373
<i>Chapter 4. Neuropathology of schizophrenia (N.A. Uranova)</i>	397
<i>Chapter 5. Neuroimaging of schizophrenia (I.S. Lebedeva)</i>	421
SECTION 7. CLINICAL-BIOLOGICAL MODEL OF SCHIZOPHRENIA (<i>A.B. Smulevich, T.P. Klyushnik</i>)	444
SECTION 8. SCHIZOPHRENIA: ASPECTS OF TEACHING IN MEDICAL UNIVERSITIES (<i>E.I. Voronova, A.B. Smulevich, A.S. Berezkin</i>)	457
Applicatio	472
Список рекомендованной литературы	478



Раздел 1

ИСТОРИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Глава 1

ШИЗОФРЕНИЯ — СОВРЕМЕННАЯ ИСТОРИЯ (концепт шизофрении и спектр эндогенных психических расстройств)

А.Б. Смулевич

XX век с точки зрения культурной истории умопомешательства —
век шизофрении.
Jean Garrabe, 1992

XXI век — век эндогенных психических расстройств
широкого спектра

Настоящее издание планировалось как ремейк монографий, содержащих исследования сотрудников Института психиатрии АМН СССР и посвященных проблемам шизофрении, опубликованных под редакцией А.В. Снежневского в прошлом столетии (50 лет назад)¹. В этих изданиях содержится обстоятельный исторический обзор (Р.А. Наджаров), отражающий как основные этапы развития учения о шизофрении, так и вклад зарубежных и отечественных авторов в исследования этой проблемы.

Текстуальное пространство настоящего исторического экскурса ограничено анализом одной из наиболее спорных проблем, являющейся на протяжении многих лет «яблоком раздора» в построении нозологической систематики эндогенных заболеваний.

Речь идет о моделях шизофрении — процессах их формирования и последующего преформирования, реализующихся

¹ Шизофрения. Клиника и патогенез / под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1969. 463 с.; *Снежневский А.В.* Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование. М.: Медицина, 1972. 400 с.

в прямой зависимости от концептуализации (дименсиональная структура, нозологические границы) клинического пространства расстройств эндогенного спектра.

Формированию нозологического концепта эндогенных заболеваний предшествовала длительная — более двух столетий — история накопления клинических фактов, создания психопатологических, психологических, психоаналитических, клинико-патогенетических концепций, относящихся к проявлениям, закономерностям течения и исходам отдельных, не взаимосвязанных между собой групп психических расстройств.

Часть эндогенных психопатологических расстройств, определяющихся неблагоприятным течением, была объединена в начале XX в. в рамках нозологически оформленного психического заболевания — *Dementia praecox* (DP)¹.

Несколько позднее эндогенные симптомокомплексы, представленные широким спектром психопатологических расстройств, соучаствуют в процессе формирования шизофрении.

Развитие учения о шизофрении не было лишено резких поворотов и трагических эпизодов, вплоть до попыток ее ликвидации как нозологически самостоятельного образования, последовавших вслед за этапом широкой трактовки границ этого заболевания.

¹ Предпосылки к формированию DP в качестве самостоятельной нозологической единицы, как указывает Р.А. Наджаров, содержатся в исследованиях юношеских неблагоприятно протекающих психозов, в том числе психотические формы гебефрении E. Necker (гл. 4 раздела 3), с первичным характером слабоумия или его быстрым присоединением (P. Pinel, J.-É. Esquirol, A. Prichard, П.П. Малиновский, П.А. Бутковский). Первая попытка нозологической квалификации, этиологического и патогенетического анализа этой группы расстройств, как и введение термина «раннее слабоумие», «юношеское слабоумие», принадлежит В.А. Morel (1853). Исследования кататонии (K. Kahlbaum) положили начало одноименной форме DP. K. Kahlbaum принадлежит синтез конструкта кататонии — «безумия напряжения», объединившего выделявшиеся еще в донозологических исследованиях каталептические феномены, симптомокомплексы *dementia stupida*, а также явления *melancholia attonita*. Среди исследований, послуживших основой для выделения параноидной формы DP наряду с работами, посвященными неблагоприятно протекающими бредовыми формами юношеских психозов, наиболее полно представлено стадийное направление в изучении бредовых заболеваний (клинико-описательная модель хронического бреда с этапным течением [Magnan, 1891]).

Однако эти события не нарушают, а лишь отражают общую логику развития учения о шизофрении и расстройствах эндогенного круга — в целом как в клинической, так и биологической сферах.

Прогресс научных исследований в развитии учения о шизофрении XX в. в настоящей публикации рассматривается сквозь призму трудов выдающихся психиатров, опубликованных в этот временной период.

История развития учения о шизофрении может быть представлена в виде последовательно сменяющихся этапов, клиническая характеристика которых определяется тремя моделями этого заболевания¹.

I этап. Категориальная модель, ограниченная пространством неблагоприятно протекающих форм эндогенных расстройств. Концепт DP (E. Kraepelin).

II этап. Категориальная модель, объединяющая в пределах территории нозологически единого заболевания, широкий спектр эндогенных расстройств. Концепт шизофрении (E. Bleuler, А.В. Снежневский).

III этап. Современная (соответствующая DSM-5) модель шизофрении и расстройств шизофренического, шизоаффективного спектра.

I этап. Заслуги E. Kraepelin как основоположника нозологического направления в психиатрии общеизвестны. E. Kraepelin создал концепцию, означившую не только прогресс в развитии учения об эндогенных психозах, но и базу для дальнейших исследований [Наджаров, 1969]. Здесь же, в контексте концептуальной направленности настоящей главы, необходимо остановиться



E. Kraepelin

¹ Вгл. 1 раздела 4 выделяются четыре модели шизофрении. Отмеченные расхождения связаны с анализом различных аспектов проблемы шизофрении.

на некоторых клинических характеристиках созданного Е. Краепелин нозологического конструкта DP.

Существуют «крылатые» выражения, которые дают в общем виде правильную, но в то же время не совсем точную характеристику как путей создания, так и самой концепции DP. Чтобы не быть голословными, процитируем А.С. Кронфельда (1936): «Краепелиновская концепция DP стояла под знаком “созвездия” Морель — Маньян — Кальбаум. Все ведущие идеи и исходная позиция Е. Краепелин были синтезом их учения». На самом деле, Е. Краепелин не просто механически трансформировал описания и характеристики клинических форм, представленных в исследованиях упомянутых нами крупнейших психиатров XIX в., в соответствующие формы DP. Как свидетельствует анализ доступных публикаций, Е. Краепелин тщательно отбирал, в том числе путем проведения самостоятельных исследований, клинический материал, соответствующий разработанной им концепции DP как наиболее неблагоприятно протекающей группы эндогенных психических расстройств. DP — эндогенный ослабумливающий процесс, заболевание, основанное на эволюционном критерии: непрерывное течение; неблагоприятный исход, завершающийся слабоумием (Verblödung)¹. Соответственно, главенствующую роль в развитии DP Е. Краепелин отводит прогрессивно нарастающему дефекту. Формирующиеся при DP дефицитарные образования рассматриваются Е. Краепелин в рамках категориальной модели в качестве дименсий, взаимодействующих с позитивными расстройствами (рис. 1).

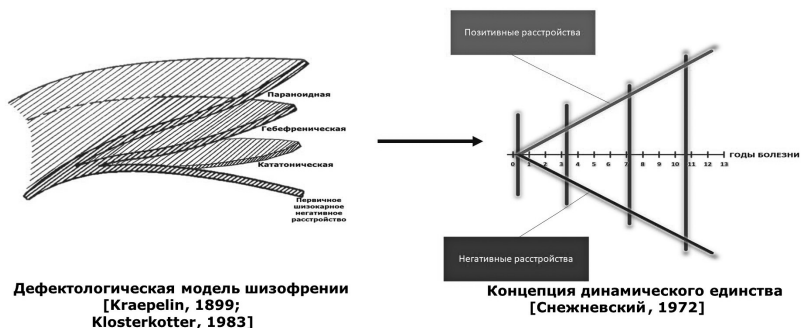


Рис. 1. Модель «джексонианского единства»

¹ См. гл. 1 раздела 4.

Основа дефекта — «ядерные» эмоционально-волевые нарушения¹. Благодаря такому подходу, Е. Краепелин удалось объединить группу злокачественно протекающих расстройств эндогенного круга, квалифицированных им в рамках DP. Концепция *Dementia praecox* (окончательный научный синтез: доклад на конгрессе в Гельдейберге в 1898 г. [6-е изд. Руководства по психиатрии, 1899]) включает три формы раннего слабоумия: гебефрения, кататония, хронические бредовые психозы (позже, после публикации исследования О. Diem (1903), в состав DP была введена простая форма).

Так, Е. Краепелин, выделяя кататонию как одну из форм *Dementia praecox*, включает в состав свойственных DP лишь дименсиональные структуры двигательных расстройств (установленные автором на базе собственных катамнестических исследований), характеризующиеся неблагоприятным течением, с частыми рецидивами и плохим исходом.

Тот же подход обнаруживается при определении границ параноидной формы *Dementia praecox*. В состав этой формы Е. Краепелин включает лишь прогрессивно протекающие бредовые психозы: *Dementia paranoides gravis* (параноидную деменцию), а также *Dementia paranoides mitis* — бредовой психоз, развивающийся в соответствии со стадийной схемой V. Magnan (т.е. пройдя несколько этапов, также завершающийся деменцией). Вместе с тем выделенные Е. Краепелин относительно благоприятно протекающие бредовые психозы (паранойя, парафрения) рассматриваются автором вне пределов DP в качестве самостоятельных заболеваний.

Необходимо подчеркнуть, что данный подход Е. Краепелин имеет не только исторический смысл. Заложенная Е. Краепелин традиция исследования злокачественно протекающих эндогенных психозов получила развитие в работах ряда как зарубежных [Еу, 1954; Klosterkotter, 1983], так и отечественных авторов [Останков, 1927 и др.]. Концепция форм DP получила дальнейшее развитие в ряде последующих исследований, посвященных закономерностям динамики, выделенных в рамках DP дискретных психопатологических групп. В завершенном виде эта проблема представлена в рамках учения А.В. Снежневского о формах течения шизофрении². Разрабо-

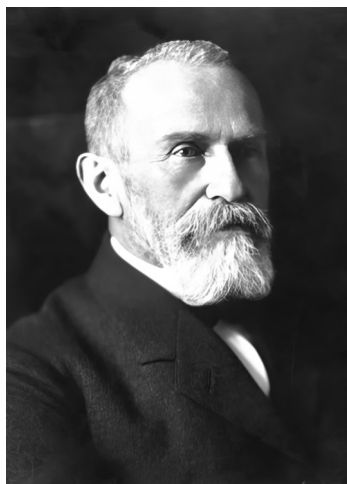
¹ Там же.

² См. гл. 2 раздела 1.

таннный Е. Краерелин концепт DP как комплекс неблагоприятно протекающих эндогенных расстройств находит отражение в современных систематиках шизофрении (МКБ-10, МКБ-11). Шизофрения в классификации МКБ-11 содержит основные дименсиональные структуры, свойственные DP.

Переходя ко **II этапу**, т.е. к исследованиям шизофрении, — концепту, определяющему ее границы и клиническое содержание, объединяющему в пределах территории нозологически единого заболевания широкий спектр эндогенных расстройств, необходимо уточнить временной диапазон рассматриваемых исследований, который приходится на период с 1911 по 1987 г.

По существу, клинический анализ шизофрении в широком понимании границ этого заболевания начинается с исследований Е. Bleuler и завершается работами А.В. Снежневского и коллектива его сотрудников¹.



Е. Bleuler

Общим направлением в ряду проводимых Е. Bleuler, а в последующем А.В. Снежневским, в разные годы и на разных клинических и патопсихологических платформах исследований шизофрении, является концептуализация этого клинического конструкта, объединяющего в своих пределах злокачественные — «ядерные» формы с широким спектром, относительно благоприятных и даже латентных форм, эндогенных психических расстройств.

Проведенные Е. Bleuler исследования шизофрении означают очередной логически дополняющий и расширяющий клинические границы DP Е. Краерелин этап в развитии учения об эндогенных психических заболеваниях. Н. Еу (1955), подчеркивая актуальность учения Е. Bleuler, указывает на не укладывающиеся в клиническое пространство

¹ Учитывая огромный вклад в развитие учения о шизофрении двух выдающихся психиатров XX столетия, нами было предложено обозначение термина «шизофрения» как болезнь Блейлера — Снежневского [Смулевич, 2015].

DP и требующие «нового слова», т.е. клинического обобщения «целого пласта психических расстройств: фантастических, загадочных, странных, не соответствующих фатальной простоте деменции». В апреле 1908 г. E. Bleuler на пленуме немецкого общества психиатров в Берлине представил проект нового заболевания, построенный на базе E. Kraepelin принципов нозологии¹, но включивший широкий круг эндогенных расстройств с различным уровнем прогрессивности, не облигатно связанных с формированием деменции.

«Крепелиновская *Dementia praecox* не обязательно деменция и не обязательно ранняя. Поэтому я позволю себе использовать слово шизофрения для трактовки E. Kraepelin термина»².

На базе разработанной концепции E. Bleuler объединил в пределах клинического пространства шизофрении большинство хронически протекающих бредовых и галлюцинаторных психозов, в том числе парафрению и паранойю. Наряду с этим в состав шизофрении были включены постепенно развивающиеся, не обнаруживающие грубых психических нарушений, а также abortивные формы эндогенных расстройств. Прежде всего это относилось к выделенной E. Bleuler латентной шизофрении (*ganze leichte, latent Schizophrenie*). В монографии “*Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*” (1911) автор подчеркивает, что случаи латентной шизофрении, протекающие с минимальным количеством манифестных симптомов, встречаются значительно чаще, чем явные, прогрессивные формы заболевания. Наряду с «мягко» протекающими латентными вариантами в рамки шизофрении E. Bleuler были отнесены психогенно спровоцированные эндоформные расстройства (в последующем реактивная шизофрения J. Berze и др.), а также атипичные аффективные (дистимии, гипомании) состояния.

¹ При изложении учения E. Bleuler о шизофрении (1911), признающего биологическую природу базисного болезненного процесса, мы позволим себе не останавливаться на концепте «расщепления» / диссоциации, рассматривавшемся автором в качестве фундаментального механизма патогенеза шизофрении (раздел 8).

² “Kraepelin’s dementia praecox is neither necessarily a dementia, nor does it always appear praecociter. Therefore I allow myself here to use the word schizophrenia to outline the Kraepelinian term” — из статьи E. Bleuler, прочитанной на Ежегодном пленуме Немецкого общества психиатров в Берлине, апрель 1908 г. Опубликовано в: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin*. Vol. 65.

Е. Minkowski в монографии «Шизофрения. Психопатология шизоидов и шизофреников» (1953), давая высокую оценку исследованиям Е. Bleuler, утверждает, что все попытки сузить или расширить определенные Е. Bleuler рамки шизофрении, «разбились о фундамент, на котором зиждется труд цюрихского психиатра». На самом деле, фундамент данного концепта шизофрении, тесно связанного с проблемой нозологической идентификации всей группы эндогенных расстройств, как это будет показано при дальнейшем изложении, не оказался столь незыблемым.

На протяжении последующих десятилетий объем сведений, относящихся к проблеме шизофрении (исследования в области коэнестезиопатических, галлюцинаторно-бредовых расстройств, юношеской шизофрении и др.), значительно расширился. Однако в реальности, как свидетельствуют данные отечественных и зарубежных исследований, расширение клинического пространства шизофрении произошло за счет благоприятно протекающих форм эндогенных расстройств. Прежде всего это относится к исследованиям малопрогрессирующей, вялотекущей шизофрении («мягкая» [Kronfeld, 1928], непсихотическая шизофрения [Розенштейн, 1933]) — заболеванию, характеризующемуся медленным, многолетним развертыванием симптоматики, с преобладанием в картине болезни того или иного, относительно неизменного ряда психопатологических расстройств. Соответственно, выделялась малопрогрессирующая шизофрения с навязчивостями [Наджаров, 1955, 1972; Завидовская, 1970], с истерическими проявлениями [Мелехов, 1936; Морозов, Наджаров, 1956; Дубницкая, 1979; Жилин, 2021], с деперсонализацией [Меграбян, 1962; Воробьев, 1971; Ильина, 2006], ипохондрическая шизофрения [Консторум и др., 1935, 1939; Басов, 1981; Аведисова, 1983; Буренина Н.И., 1977], астеническая шизофрения [Горчакова, 1989; Соколовская, 1991], паранойяльная шизофрения [Соцевич, 1955; Смулевич, 1968], с преобладанием аффективных расстройств [Румянцева, 1970; Колесина, 1983; Читлова, 2013; Воронова, 2016; Германова, 2017], юношеская малопрогрессирующая шизофрения, протекающая в виде атипичного затяжного пубертатного приступа [Копейко, Цуцуйковская, 2012], вялотекущая шизофрения по типу простой [Юдин, 1941; Наджаров, 1972; Измайлова, 1976].

Клинико-динамическая парадигма шизофрении, представленная в исследованиях А.В. Снежневского и его сотрудников,

завершает, как уже указывалось, второй берущий начало в исследованиях E. Bleuler этап в развитии учения о шизофрении.

А.В. Снежневским в результате многолетних исследований (1953–1987) на базе категориальной психопатологической модели DP и модели шизофрении E. Bleuler был создан новый концепт шизофрении. Построение концепта носит мультидисциплинарный характер: наряду с клиническими учитываются результаты психологических, нейрофизиологических, иммунологических, генетических, эпидемиологических и других исследований шизофрении. Шизофрения в рамках рассматриваемого концепта выступает как нозологически самостоятельное заболевание, включающее (как было уже сказано) не только злокачественные «ядерные» формы, но и широкий круг относительно благоприятно протекающих психических расстройств (рис. 2).



А.В. Снежневский

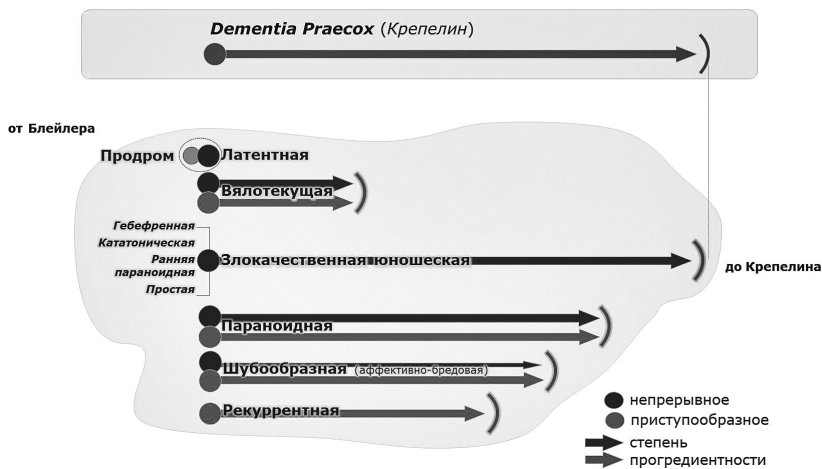


Рис. 2. Границы и типы течения шизофрении по А.В. Снежневскому

В качестве облигатной клинической составляющей выступают негативные дименсии, представляющие в соответствии с фундированными данными психологического исследования

(конструкт единого патопсихологического симптомокомплекса [Поляков, 1974])¹ концепцию А.В. Снежневского, «диалектическое единство» (рис. 1), ряд последовательно (симультанно с позитивными дименсиями) углубляющихся дефицитарных расстройств (истощаемость, субъективно осознаваемые, объективно определяемые изменения личности, дисгармония, эмоциональное обеднение, падение энергетического потенциала, снижение уровня личности).

В рамках концепта шизофрении представлена берущая начало в систематике форм DP, выделявшаяся Е. Краерелін преимущественно на синдромальном уровне [Наджаров, 1969], но значительно расширенная и детализированная клиническая характеристика форм течения заболевания². Границы заболевания рассматриваются в широких пределах, в соответствии с моделью шизофрении Е. Bleuler, но включая ряд психопатологических образований, клиническое изучение которых относится к постблейлеровскому периоду исследований шизофрении: исследования приступообразной шизофрении [Тиганов, 1963, 1966, 1969], детской шизофрении [Сухарева, 1925; Юрьева, 1970; Вроно, 1971; Башина, 1980; Мамцева, 1957; Козлова, 1967], юношеской [Каледа, Голубев, 2020; Бархатова, 2015], шизофрении позднего возраста [Штернберг, 1983; Концевой и др., 2012], малопрогрессирующей шизофрении [Наджаров, 1964, 1972; Смулевич, 1987, 2017], психогенно, ситуационно спровоцированных форм шизофрении-реакции отказа [Ильина, Иконников, 2002; Иконников, 2005], юношеской несостоятельности [Олейчик, 1998], «метафизической интоксикации» [Цуцурьковская, Пантелева, Дубницкий, 1974; Крылова, 2004].

Высокая оценка учения А.В. Снежневского о шизофрении декларируется как в отечественных [Бобров, 2008; Тиганов, 1999; 2012; Сергеев, 2008; Иванец и др., 2006, 2019; Морозов, 2014; Шамрей и др., 2019; Шмуклер, 2021], так и зарубежных публикациях [Lavretsky, 1998]. При этом анализ научных достижений мэтра отечественной психиатрии проводится преимущественно в аспекте успешной разработки клинико-динамической парадигмы шизофрении, с характеристиками отдельных форм и вариантов течения, составляющих клинический контент заболевания [Краснов, 2008].

¹ См. гл. 1 раздела 4.

² См. гл. 2 раздела 1.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица П.1

Антипсихотики, допустимые в РФ для лечения психозов в детском возрасте согласно действующим инструкциям и рекомендациям, утвержденным Минздравом РФ

Препарат	Официальная инструкция	Клинические рекомендации — Психозы (2021–2023), утверждены Минздравом РФ	Клинические рекомендации — Шизофрения (2019), утверждены Минздравом РФ	Эффективность установлена в клинических исследованиях
Хлорпромазин (таблетки)	с 12 лет	с 12 лет	с 3 лет	
Хлорпромазин (раствор)	с 6 месяцев (для лечения психических состояний)	с 3 лет	с 6 месяцев	
Галоперидол	ГРИС «Гедон — Рихтер», «Велфарм» с 18 лет. «Озон» с 13 лет. Органика, Биоканоль, Фарма ГмБХ с 3 лет	с 3 лет	с 3 лет Тики и вокальные нарушения при с-м Туретта (внутрь); препарат второй линии при коррекции выраженных поведенческих расстройств, связанных с чрезмерной возбудимостью и агрессией (внутрь); препарат второй линии для краткосрочного лечения гиперактивности у детей (внутрь)	
Перидазин (капли)	с 3 лет	с 3 лет	с 3 лет	

Препарат	Официальная инструкция	Клинические рекомендации — Шизофрения (2021–2023), утверждены Минздравом РФ	Клинические рекомендации — Шизофрения (2019), утверждены Минздравом РФ	Эффективность установлена в клинических исследованиях
Тиоридазин	с 4 лет	с 4 лет при наличии психомоторного возбуждения, ажитации, грубых поведенческих расстройств	с 4 лет	+
Трифлуоперазин	с 6 лет	отсутствует	с 3 лет	
Левомепромазин	с 12 лет	с 12 лет при наличии психомоторного возбуждения, ажитации, грубых поведенческих расстройств	с 12 лет	
Тиаприд	с 6 лет	с 4 лет при наличии психомоторного возбуждения, ажитации, грубых поведенческих расстройств	отсутствует	
Перфеназин	ГРЭС (2022) с 18 лет; РЛС с 12 лет	с 12 лет	с 12 лет	
Алимемазин	с 6 лет		с 6 лет	
Атипичные нейролептики (второе поколение)				
Палиперидон	с 12 лет	с 12 лет в форме таблеток при резистентности к терапии другими антипсихотиками с целью коррекции негативной симптоматики	FDA с 12 лет; «Россия» с 18 лет	

ПРИЛОЖЕНИЕ

Препарат	Официальная инструкция	Клинические рекомендации (2021–2023), утверждены Минздравом РФ	Клинические рекомендации — Шизофрения (2019), утверждены Минздравом РФ	Эффективность установлена в клинических исследованиях
Клозапин	с 18 лет	детям с диагностированной шизофренией при наличии суицидального риска, при резистентности к терапии другими антипсихотиками в дозах 25–50 мг в сутки	с 5 лет	
Луразидон	с 13 лет	отсутствует	отсутствует	
Сультиприд в капсулах	с 14 лет	с 14 лет с целью коррекции негативной симптоматики при преобладании в клинической картине аффективных и когнитивных нарушений	капсулы с 6 лет, таблетки с 18 лет	
Эглонил (сультиприд): 1 капсула = 50 мг	с 6 лет			
Амисульприд	с 15 лет	отсутствует	отсутствует	
Оланзапин	с 18 лет	детям с диагностированной шизофренией при наличии психотических симптомов, включая кататонические расстройства, резистентности к терапии другими антипсихотиками, психомоторного возбуждения, агрессии, грубых поведенческих расстройств в дозах 2,5–10 мг в сутки	с 18 лет	эффективность перорального применения оланзапина в лечении острых маниакальных или смешанных эпизодов у подростков (от 13 до 17 лет) была установлена в ходе трехнедельного двойного слепого плацебо-контролируемого рандомизированного исследования

Препарат	Официальная инструкция	Клинические рекомендации — Шизофрения (2021–2023), утверждены Минздравом РФ	Клинические рекомендации — Шизофрения (2019), утверждены Минздравом РФ	Эффективность установлена в клинических исследованиях
Кветиапин	с 18 лет	детям с диагностированной шизофренией с целью коррекции негативной симптоматики при преобладании в клинической картине невротоподобных и аффективных симптомов в дозах 50–100 мг	отсутствует	
Клозапин	с 18 лет	детям с диагностированной шизофренией при наличии суицидального риска, при резистентности к терапии другими антипсихотиками в дозах 25–50 мг в сутки	с 18 лет	
Арипипразол	с 18 лет	детям с диагностированной шизофренией при наличии суицидального риска, при резистентности к терапии другими антипсихотиками в дозах 25–50 мг в сутки	шизофрения (от 13 лет); острая мания / смешанная мания (от 10 лет в качестве монотерапии или дополнения); раздражительность при аутизме (от 6 до 17 лет); с-м Туретта (от 6 до 18 лет)	

<p>Препарат</p>	<p>Официальная инструкция</p>	<p>Клинические рекомендации — Шизофрения (2021–2023), утверждены Минздравом РФ</p>	<p>Клинические рекомендации — Шизофрения (2019), утверждены Минздравом РФ</p>	<p>Эффективность установлена в клинических исследованиях</p>
<p>Рисперидон</p>	<p>с 18 лет</p>	<p>с 13 лет</p>	<p>детям с диагностированной шизофренией при резистентности к терапии другими антипсихотиками с целью коррекции негативной симптоматики в дозе 10 мг в сутки; FDA шизофрения (от 13 лет); острая мания / смешанная мания (от 10 лет, в качестве монотерапии и дополнения); раздражительность при аутизме (от 5 до 16 лет)</p>	<p>эффективность была установлена в трех краткосрочных испытаниях у детей и подростков (от 5 до 17 лет) для лечения раздражительности, связанной с аутистическим расстройством, включая симптомы агрессии по отношению к другим, преднамеренное самоповреждение, приступы гнева и быстро меняющиеся настроения</p>

Таблица П.2

Рекомендуемые дозы некоторых антипсихотиков для лечения психотических симптомов у пациентов с ОПШП [Nilsson et al., 2018]

Препараты	Начальная доза (мг)	Период титрования	Рекомендуемая доза (мг)
Кветиапин	12,5	4–7 дней	25,0–150,0
Рisperидон	0,5	еженедельно	0,5–2,0
Оланзапин	2,5	еженедельно	2,5–10,0
Клозапин	6,25	4–7 дней	12,5–50,0
Арипипразол	5,0	2–4 дня	10,0–15,0

Таблица П.3

Ожидаемые нежелательные эффекты терапии антипсихотиками у пациентов пожилого возраста [Jagsch, Hofer, 2018]

	Галоперидол	Рisperидон	Арипипразол	Кветиапин	Оланзапин	Зипразидон	Клозапин
Акатизия / Паркинсонизм	+++	0/++	+	0/(+)	0/(+)	0/(+)	0
Поздняя дискинезия	+++	(+)	(+)	?	(+)	?	0
Судорожные припадки	+	0	(+)	0	0	0	++
Удлинение QTc	+	(+)	(+)	(+)	(+)	++	(+)
Нарушение метаболизма глюкозы	(+)	++	0	++	+++	0	+++
Нарушение липидного обмена	(+)	++	0	++	+++	0	+++
Запор	+	++	0	+	++	0	+++
Артериальная гипотония	++	++	+	++	(+)	0	(+)
Агранулоцитоз	0/(+)	0/(+)	0/(+)	0/(+)	0/(+)	0/(+)	+
Увеличение веса	+	++	(+)	++	+++	(+)	+++
Седация	+	+	0	++	+ / ++	0/(+)	+++
Злокачественный нейролептический синдром	+	(+)	(+)	(+)	(+)	?	(+)

Примечания: 0 — без риска; (+) — изредка; + — незначительно (менее 1%); ++ — иногда (<10%); +++ — часто (>10%); ? — нет информации.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Бобров А. С., Павлова О. Н., Рожкова Н. Ю.* Вялотекущая шизофрения Приступообразная шизофрения с аффективной, фобической, обсессивно-компульсивной и соматоформной симптоматикой: пособие для врачей / М-во здравоохранения и социального развития РФ, Гос. бюджетное образовательное учреждение доп. проф. образования «Иркутская гос. мед. акад. последипломного образования». Иркутск: ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2011. 55 с.
2. *Вроно М.Ш.* Проблемы шизофрении детского возраста: сборник научных трудов. М.: ВНЦПЗ, 1986. 174 с.
3. *Ганнушкин П.Б.* Постановка вопроса о шизофренической конституции // Ганнушкин П.Б. Избр. труды. М., 1964.
4. *Гаррабе Ж.* История шизофрении / Ред. изд. на рус. яз.: М.М. Кабанов, Ю.В. Попов; пер. с фр. А.Д. Пономарева. М.; СПб., 2000. 303 с.
5. *Джонс П.Б., Бакли П.Ф.* Шизофрения / Пер. с англ.; под общей ред. проф. С.Н. Мосолова. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 192 с.
6. *Иванов М.В., Незнанов Н.Г.* Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. М.: МЕДпресс-информ, 2021. 320 с.
7. *Кандинский В.Х.* О псевдогаллюцинациях. М.: Медгиз, 1952. 176 с.
8. Кататония — история и современность (мультидисциплинарное исследование) / под ред. А.Б. Смулевича. М.: МИА, 2023. 292 с.
9. *Клерамбо Г.Г. де.* Психический автоматизм. М.: Городец, 2018. 112 с.
10. *Коцюбинский А.П.* Аутохтонные непсихотические расстройства. СПб.: Спецлит, 2015. 495 с.
11. *Леонгард К.* Систематика эндогенных психозов и их дифференцированная этиология / Пер. с нем.; под ред. А.С. Тиганова. М.: Практическая медицина, 2010. 454 с.
12. *Личко А.Е.* Шизофрения у подростков. Л.: Медицина, 1989. 214 с.
13. *Мелехов Д.Е.* Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М.: Медгиз, 1963. 198 с.
14. *Минковский Э.* Шизофрения. Психопатология шизоидов и шизофреников. М.: Городец, 2017. 208 с.
15. *Перельман А.А.* Шизофрения: Клиника, этиология, патогенез и лечение. Томск: Томский мед. ин-т им. В.М. Молотова, 1944 (тип. изд-ва «Кр. Знамя»). 288 с.
16. *Попандонулос Т.Ф.* Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика). М.: Медицина, 1975. 192 с.
17. *Сергеев И.И., Басова А.Я.* Бредовая деперсонализация. М.: Цифровичок, 2009. 192 с.
18. *Смулевич А.Б.* Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М.: Медицина, 1987. 239 с.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

19. *Смулевич А.Б.* Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. 4-е изд. М.: Медпресс-информ, 2019. 304 с.
20. *Смулевич А.Б.* Негативные расстройства в психопатологическом пространстве шизофрении. М.: Медпресс-информ. 2021. 248 с.
21. *Смулевич А.Б., Щирин М.Г.* Проблема паранойи. М.: Медицина, 1972. 183 с.
22. Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте / под ред. Э.Я. Штернберга. М.: Медицина, 1981. 191 с.
23. *Тиганов А.С.* Фебрильная шизофрения. М.: Медицина, 1982. 128 с.
24. *Цыганков Б.Д.* Клинико-патогенетические закономерности развития фебрильных приступов шизофрении и система их терапии. М., 1997. 232 с.
25. Шизофрения: Клиника и патогенез. М.: Медицина, 1969. 463 с.
26. Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование. М.: Медицина, 1972. 400 с.
27. *Эй А.* Шизофрения. Очерки клиники и психопатологии. Киев: Сфера, 1998. 388 с.
28. *Юдин Т.И.* Шизофрения как первичный дефект-психоз // Сборник трудов, посвященный 40-летию юбилею деятельности Т.А. Гейера. М.; Л., 1941. С. 50.

