

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

IV

2009

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

В соответствии с требованиями Минюста РФ, читать всюду “Независимая психиатрическая ассоциация России” как «Общероссийская общественная организация “Независимая психиатрическая ассоциация России”»

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

Альфред Краус (Гейдельберг)
К. В. М. Фулфорд (Варвик)
Майкл Шварц (Бостон)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. С. Савенко (гл. редактор)
Ю. Н. Аргунова
М. Е. Бурно
Л. Н. Виноградова
Б. А. Воскресенский
В. Е. Каган
Г. М. Котиков
А. Ю. Магалиф
В. В. Мотов
В. Н. Прокудин

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

Alfred Kraus (Heidelberg)
K. W. M. Fulford (Warwick)
Michael Alan Schwartz (Boston)

EDITORIAL BOARD

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)
Yulia Argunova
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Boris Voskresenski
Victor Kagan
Grigori Kotikov
Alexander Magalif
Vladimir Motov
Vladimir Prokudin

Сдано в набор 17.12.2009. Подписано в печать 25.12.2009. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2009-04-ИРА.

Цена свободная

Оригинал-макет подготовлен в издательстве “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58
тел./факс: (495) 482-5590, 482-5544, E-mail: npz@folium.ru
Отпечатано в типографии издательства “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|-----|
| ВЕЛИКИЙ ПРЕДТЕЧА ФЕНОМЕНОЛОГИИ. ГЕТЕВСКИЙ ПУТЬ В НАУКЕ | 5 |
| 110-ЛЕТИЕ ВЫДАЮЩИХСЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ КЛИНИЦИСТОВ | |
| Самуил Григорьевич Жислин | 8 |
| Федор Федорович Детенгоф | 10 |
| 20-ЛЕТИЕ ВОЗВРАЩЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ В WPA. | 12 |
| АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ | |
| <i>Со второго Конгресса психиатрической ассоциации Восточной Европы и Балкан</i> | |
| Проблемы и перспективы сотрудничества специалистов: опыт НПА России | |
| — Ю. С. Савенко | 13 |
| Теория и практика командного подхода в психиатрии — Ю. С. Савенко | 15 |
| Интеграция психиатрии и соматической медицины: плюсы и минусы | |
| — Б. Н. Пивень (Барнаул) | 16 |
| К вопросу о концептуальном кризисе психиатрии и путях его разрешения | |
| — О. А. Савенков (Сидней, Канада) | 19 |
| Наукометрический анализ тезисов XIII и XIV съездов психиатров России: суицидология | |
| — А. А. Ивушкин, А. В. Немцов | 23 |
| Сравнительная характеристика физиологической и патологической акинезии — | |
| Д. Н. Сакеллион, (Афины, Греция), | |
| У. Х. Алимов, Н. Н. Брянцева, Б. С. Бусаков (Ташкент, Узбекистан) | 27 |
| КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ | |
| Клинический разбор в контексте судебно-психиатрического заключения | |
| — О. А. Бухановская, А. О. Бухановский, А. А. Кашин (Ростов-на-Дону) | 30 |
| ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ | |
| Ганс Груле (Гейдельберг) — Психология шизофрении (ч. 2) | 42 |
| ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО | |
| Судебная практика признания гражданина недееспособным — Ю. Н. Аргунова | 56 |
| Реализация международных стандартов в сфере недееспособности и опеки | |
| в странах Восточной Европы — Д. Г. Бартнев (СПб) | 61 |
| ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА | |
| Жертвы кампании против усыновителей | 65 |
| ПСИХОТЕРАПИЯ | |
| Место психотерапевтических мероприятий в комплексном лечении расстройств | |
| шизофренического спектра — А. В. Павличенко | 72 |
| Улучшение социализации психически больных в условиях санаторного отделения | |
| — А. Л. Дмитриев | 76 |
| ПОЛЕМИКА | |
| О психоаналитическом понимании этиологии патогенеза и клинической картины | |
| зависимости от азартных игр. (З. Фрейд, О. Фенихель) — Д. А. Автономов | 80 |
| ОТКЛИКИ | |
| Отклик на статью проф. Б. Н. Пивень «“Новое” в психопатологии» — И. П. Киреева. | 88 |
| Ответ проф. Б. Н. Пивень (Барнаул) | 88 |
| ХРОНИКА | |
| Сотрудничество специалистов — представительный форум отечественных | |
| и зарубежных психиатров в Москве (27 – 30 октября 2009 г.). | 89 |
| Современное состояние долгой борьбы за состязательность экспертных заключений. | 91 |
| Конференция по “Правовым и этическим проблемам психиатрической помощи”. | 93 |
| Круглый стол в Комитете Совета Федерации. | 94 |
| Создание видимости объективности на ТВ | 95 |
| ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО | |
| Гете и “Физиогномика” Лафатера | 97 |
| РЕКОМЕНДАЦИИ | 99 |
| АННОТАЦИИ | 100 |

Сравнительная характеристика физиологической и патологической акинезии

Д. Н. Сакеллион, У. Х. Алимов, Брянцева Н. Н., Бусаков Б. С.¹

Ключевые слова: гипнотическая и патологическая каталепсия, биоритмы мозга, акинезия.

Феномен каталепсии исследовали как гипнологи, так и психиатры. Имеется большое количество работ о патологической каталепсии, часто называемой в психиатрии “восковой гибкостью”, проявляющейся, в частности, при ступоре кататонической формы шизофрении.

Ступорозная каталепсия изучена достаточно подробно как со стороны симптоматики, так и энцефалографически, однако попытки выявить различия механизмов, лежащих в основе патологической и физиологической каталепсии, не предпринимались. Между тем, это позволило бы оптимизировать показания к применению гипноза (моделируемой каталепсии) как состояния, повышающего адаптогенные свойства мозга.

В нашей работе поставлена цель сравнить сложные системные характеристики электрических процессов мозга и внешние проявления акинезии у больных шизофренией и здоровых лиц в состоянии гипнотической каталепсии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование каталепсии в гипнозе выполнено на 35 здоровых добровольцах в возрасте 18 – 38 лет. Нами обследована также больная М. М., 1983 г., 24 лет с диагнозом: шубообразная шизофрения в стадии кататонического ступора. Больная находилась на стационарном лечении в Городской клинической психиатрической больнице г. Ташкента в течение 3 недель.

Собирали неврологический и системный анамнез. Определяли психический статус добровольцев, особенности их характера, адекватность самооценки. Тестировали степень внушаемости и гипнабельности. Использовали авторскую шкалу оценки гипнотической каталепсии по выраженности симптоматики этого феномена. Степень каталепсии определяли по срокам ее достижения, восприятию времени и окружающего пространства, постгипнотической амнезии и депривационным феноменам различных модальностей, в частности, по феномену анальгезии. Проводили мануальное исследование мышечного тонуса верхних конечностей и шеи испытуемого, визуально от-

слеживали чистоту удерживания конечности в приданном им положении, выявляли симптом “зубчатого колеса”.

ЭЭГ-обследование выполняли с помощью 8-канального электроэнцефалографа “Нейрон-Спектр-3”, а в случае с больной шизофренией — 16-канального “Нейро-КМ” при установке активных электродов по системе (10/20) монополярных стандартных отведений: лобных, центральных, височных и затылочных. Референтные электроды располагались на мочках ушей. Для каждого из отведений в левом и правом полушариях оценивали спектральную мощность, амплитудно-частотную характеристику и индекс ЭЭГ-ритмов в пределах 0,5 – 32 Гц. Продолжительность регистрации ЭЭГ составляла 30 сек. Программное обеспечение электроэнцефалографа при обследовании здоровых испытуемых позволяло оценивать функциональные пробы, включающие фоновую, моторную и каталепсию, с помощью которых изучали акинетический феномен [14].

Большую шизофренией обследовали, используя только фоновую пробу в состоянии бодрствования (положение сидя), в связи с невозможностью контакта.

Параметры коэффициента межполушарной асимметрии (КМПА) мозговой активности рассчитывали для основных кинестетических проб, объективизирующих состояние феномена [1].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Мы обращали внимание на связь психомоторики и индивидуальности испытуемых, проявляющуюся в особенностях позы, пантомимике, мимике, движениях глаз, тонких движениях рук и пальцев, выполняемых невольно или намеренно. Нас особенно интересовали кинестетические явления.

При введении в гипноз здоровых добровольцев каталепсия выражалась длительным сохранением отдельными частями тела (голова, руки, ноги) приданного им положения, развиваясь постепенно и распространяясь последовательно от мышц шеи и верхних конечностей на мышцы нижних.

При каталепсии отмечалось сужение зрачков, отсутствовали волнообразные движения глазных яблок, типичные для кататонии, глазодвигательные рефлексы без особенностей, нет нистагма, зрачкового рефлекса, саккад, мигания. Мимика сглажена, нет реакции зрачков на боль. Наши результаты в плане исчез-

¹ Клиника “Evgenidio”, Афины, Греция; Ташкентский Институт усовершенствования врачей Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Городская клиническая психиатрическая больница (ГКПБ), Ташкент.

новения рефлекса мигания совпадают с данными Куделина А. С. и Герашенко А. В. (2003) [7].

На ЭЭГ суммарная электрическая активность мозга при каталепсии достоверно изменялась: ритмы α - и β -диапазона подавлялись, а δ - и θ -ритмы — усиливались. Выраженные изменения θ -ритмов отмечены в лобно-височных и δ -ритмов в лобно-затылочных отведениях обоих полушарий. Полученные у здоровых лиц данные мы сравнили с результатами обследования больной шизофренией в состоянии кататонического ступора.

Обследование больной: психически изменилась в 19 лет, через 5–6 мес. после родов. Получала лечение нейролептическими и антихолинергическими препаратами. При обследовании: кататонический ступор, восковая ригидность, каталептический симптом.

Невростатус: патология со стороны черепно-мозговых нервов отсутствует. Парезов и параличей нет. Активная реакция зрачков на болевые раздражения. При открытых глазах их произвольные движения отсутствуют. Восковая гибкость пропадает во время сна и вновь появляется после пробуждения, сразу же после открытия глаз. Зрачки широкие, D=S, фотореакция вялая. Постоянное ритмичное мигание век. Сухожильные рефлексы D=S, значительно оживлены. Мышцы в гипертонусе. Симптом “хоботка” положительный, симптом “зубчатого колеса” положительный. Координационные пробы не выполняет, т.к. не контактна.

Психика: в контакт не вступает, лицо амимичное. Стоит в одной позе, взгляд застывший. Восковидная каталепсия. Удерживает приданное извне положение конечностей, но моделирование позы затруднено. Молчит. Негативистична, при попытке сдвинуть ее с места активно сопротивляется.

ЭЭГ-обследование от 27.04.2009. На фоне фармакотерапии диагностирован десинхронный тип ЭЭГ, снижение корковой активности, локальной-пароксизмальной патологической активности не выявлено.

При повторной госпитализации 04.05.09 ЭЭГ до начала терапии изучали единственно возможную в данной ситуации фоновую пробу. Обнаружены: низкоамплитудная дезорганизованная активность, доминирует β -ритм, α -ритм немодулированный, слабовыраженный. θ -ритм представлен одиночными трехфазными и полифазными вспышками с преобладанием в отведениях левого полушария. Артефакты от напряжения мышц скальпа, мигательных движений глазных яблок в лобных отведениях. Замедление мозговой активности в лобной и передне-височной области левого полушария.

Проявления акинезии у здоровых лиц и больной, несмотря на определенное сходство, имеют некоторые различия:

1. У больной в ступоре длительное время сохраняется приданное ей положение конечностей. В гип-

нозе моделирование позы происходит легче, но время удержания конечностей короче.

2. В ступоре увеличиваются базовые рефлекс и тонус мышц вплоть до паралича. В гипнозе снижены сухожильные рефлексы, ослаблена кожно-тактильная чувствительность, вплоть до анальгезии.

3. В ступоре сочетается акинезия лица с парциальными гиперкинезами, наблюдаются резкие горизонтальные и вертикальные морщины лба и флуктуирующие гримасы, активная реакция зрачков на болевые раздражения, в гипнозе лицо спокойно, в глубокой стадии реакции зрачков на боль нет.

4. В ступоре глаза открыты, увеличена скорость мигания и саккад.

Полученная характеристика ступорозного состояния согласуется с данными Р. Кромера [5]. Наблюдаемые нами саккады, по сведениям Каплан Г. И., Сэддок Б. Дж. [4], регистрируются только у 8 % здорового населения и у 40 % родственников больных шизофренией первой степени родства и могут служить нейрофизиологическим маркером предрасположенности к шизофрении.

В гипнозе глаза в большинстве случаев закрыты, отсутствуют волнообразные движения глазных яблок, нет глазодвигательных рефлексов: нистагма, зрачкового рефлекса, саккад, мигания, и только при сомнамбулизме гипнотик открывает глаза, не выходя из гипнотического транса.

5. В ступоре наблюдаются широкие зрачки, что соответствует данным Тинсли Р. Харрисон (2002) [10], в гипнозе зрачки сужаются, что отмечает и Кронфельд А. [6].

6. Восковая гибкость у кататоников самостоятельно пропадает во время сна и вновь появляется после пробуждения. Каталепсия у них начинается сразу же после открытия глаз, что отмечает также и Виноградов Н. В. и соавт. [2]. В гипнозе каталепсия является управляемой.

Анализ ЭЭГ-параметров показал следующее:

1. При гипнотической каталепсии наблюдается подавление высокочастотных (ВЧ) ритмов мозга α - и β -диапазона и усиление низкочастотных (НЧ) δ - и θ -ритмов. Наиболее ранее угнетение α - и β -ритма в гипнозе и возникновение медленных θ -волн происходит в лобной области мозга; иррадиация указанных изменений в коре совершается постепенно в затылочном направлении. В ступоре θ -активность в затылочном отведении практически не наблюдается.

2. В ступоре доминирует β -ритмовая активность, δ -ритм полностью отсутствует, а θ -ритм дезорганизован и одиночными импульсами представлен только в левом полушарии лобных и височных отведений. В гипнотической каталепсии β -ритм практически исчезает, δ -ритм генерализован по всем отведениям, преимущественно в левом полушарии, а θ -ритм в височ-

ных отведениях активно проявляется по отношению к моторной и фоновой пробам.

3. В гипнотической катаlepsии нами отмечено левополушарное лобное преимущество НЧ активности, что отличает это состояние от ступора при шизофрении, когда выявляется гипофункция фронтальных левых долей, что отмечено и Зенковым Л. Р. [3].

4. При гипнотической катаlepsии межполушарная асимметрия управляема и с положительным знаком коррелирует с глубиной гипноза. В ступоре асимметрия спонтанна, ее возникновение по показателям, например, спектральной мощности α -ритма, как утверждают Стрелец В. Б. и соавт. [9], является негативным признаком и уменьшается с улучшением клинического состояния, что отмечено Меграбян А. А., Арутюнян Р. К. [8].

Выявленные нами особенности ритмической активности мозга позволяют убедительно доказать преобладание ВЧ составляющих спектра ЭЭГ в ступоре при шизофрении, о чем свидетельствуют и данные Koella W. P. [12], в отличие от установленных нами НЧ ритмов коры при гипнотической акинезии [14]. Установленное нами преобладание левополушарной лобной НЧ активности в состоянии катаlepsии описано и другими гипнологами [13] в исследовании здоровых испытуемых.

ВЫВОДЫ:

1. Гипнотическая катаlepsия может рассматриваться как модель акинезии (кинестетической депривации) с генерализованным дезафферентирующим воздействием на сенсомоторную функции мозга. Блокада кинестетических афферентных проекций может быть представлена как физиологический коррелят активного отказа от двигательной активности. “Закрывающая” сенсорные входы, связывающие его с внешней средой, испытуемый “отгораживается” от реальной для него ситуации, переходя в состояние полной неподвижности.

2. Проявления гипнотической катаlepsии по многим признакам отличны от патологической ступорозной акинезии, а ЭЭГ-корреляты патологической катаlepsии отличаются от акинезии в гипнозе.

3. При шизофрении наблюдается диссоциация между перевозбуждением мозговых структур, прояв-

ляющаяся в виде усиления β -активности и выпадения δ -ритмов, и отсутствием движений в ступорозном состоянии. В свою очередь при гипнотической акинезии наблюдается положительная нейродинамика процессов восстановления низкочастотных составляющих мозговой активности и соответствующей им психо-моторной поведенческой стабилизации.

Несмотря на элементы симптоматического сходства, эти состояния представляют по сути совершенно противоположную деятельность мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А. Функциональные асимметрии человека. М.: Медицина. 1988. 240 с.
2. Виноградов Н. В., Головина В. П., Майоров Ф. П., Нарбутovich И. О. Наблюдение над естественным сном у шизофреников-кататоников. Архив биологических наук. Т 36., сер. Б., стр. 165 – 180. 1934.
3. Зенков Л. Р. Клиническая электроэнцефалография. “МЕДпресс-информ”. М. 2002. 368 с.
4. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. Том. 1. “Медицина”. М. 1994. 672 с.
5. Кромер Рональд. Патопсихология поведения. “ОЛМА-ПРЕСС”. М. 2002. 604 с.
6. Кронфельд Артур. Гипноз и внушение. Гос. Издат. М.-Л. 1929.
7. Куделин А. С., Геращенко А. В. Гипноз. Практическое руководство. “Феникс”. Ростов-на Дону. 2003. 352 с.
8. Меграбян А. А., Арутюнян Р. К. О клинико-патофизиологических особенностях кататонии. Актуальные проблемы психиатрии. Сосудистые заболевания головного мозга. Шизофрения. Психогигиена и психопрофилактика. 1959. М. С. 238 – 249.
9. Стрелец В. Б., Новотоцкий-Власов В. Ю., Голикова Ж. В. Корковые связи у больных шизофренией с позитивными и негативными симптомами. // Журнал высшей нервной деятельности. 2001. том 51, № 4, С. 452 – 460.
10. Тунсли Р. Харрисон. Внутренние болезни. 14-е издание. “Практика”. М. 2002. Том. 1. 1536 с. Том. 2. 1760 с.
11. Edgette, J. H, & Edgette, J. S. The Handbook of Hypnotic Phenomena in Psychotherapy. Brunner // Mazel Publishers. New York: 1995.
12. Koella W. P. Electroencephalographic Signs of Anxiety / Progr. Neuro-Psychopharmacol, 1981. v. 5. № 2. p. 189 – 192.
13. Jasiukaitis P., Nouriani P., Hugdahi K., Spiegel D. Relateralizing hypnosis: or, have we been barking up the wrong hemisphere? // Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1997. V. 45. № 2. p. 158 – 177.
14. Σακελλίων Δ. Ν. Ψυχοφυσιολογικοί δείκτες που αντικειμενοποιούν την υπνωτική κατάληψη. Περίληψη διδακτορικής διατριβής για την απόκτηση του επιστημονικού τίτλου του διδάκτορα ψυχολογικών επιστημών. Πρακτικά του ΔΟΑΤΑΠ . Αθήνα : 2009 — 35 σελ.

ABSTRACTS

On conceptual crisis in psychiatry and its resolution

O. A. Savenkov (Sydney, Canada)

Key words: *psychiatry, evolutionary psychiatry, psychotherapy, biological psychiatry*

The article explores some factors in conceptual crisis in psychiatry: numerous theoretical schools, explaining the causes and mechanisms of psychopathology, their weak scientific methodology, reductionism of the biological psychiatry, and “atheoretical” approach in contemporary classifica-

tions of psychiatric disorders. Evolutionary approach is viewed as one of the solution to this problem. Evolutionary theory is the only scientific theory that explains the origins of biological species. It can be used as a meta-theory in psychiatry, enabling researches to understand and connect proximate and ultimate causes of mental illness, which will allow the development of new and more effective treatments.

Sciencemetric analysis of the XIII and XIV psychiatric congresses' articles: suicidology

A. A. Ivushkin, A. V. Nemtsov

Key words: *suicides, suicidology, sciencemetrica*

Analysis of the chapter “Suicidology” (27 articles for the XIII congress and 36 articles for the XIV congress) suggests the following changes in scientific work during last 5 years. The number of the articles increased, yet number of the topics remains the same. The great majority of the topics are single present. The arti-

cles of the XIV congress contain less psychological and psychopathological subjects. The diagnosis according to the ICD-10 presents only in 1 article. More articles of the XIV congress are dedicated to the organization and methodology of research in suicidology. There is a significant increase in use of the standard scales, interviews and questionnaires.

Comparative characteristics of physiological and pathological akinesia

D. N. Sakellion (Athens, Greece),

U. H. Alimov, N. N. Bryantzeva, B. S. Busakov (Tashkent, Uzbekistan)

Key words: *hypnotic and pathological catalepsy, brain biorhythms, akinesia*

Symptoms and EEG-characteristics in hypnotic and pathological catalepsy are given. Differences of low- and

high frequency brain biorhythms, correlated with expression of external manifestation of hypnotic state and catatonic stupor are described. These data present an additional information of akinesia mechanisms.

Position of psychotherapy in combined treatment of schizophrenic spectrum disorders

A. V. Pavlichenko

Key words: *schizophrenic spectrum disorders, psychotherapeutical targets, cognition, motivations, psychotherapeutical principles*

The current investigations of clinical features and cognition in schizophrenic spectrum disorders have

been examined. Targets of psychotherapy in the field of these researches have been discussed. In addition to this, common psychotherapeutical principles in combined treatment of schizophrenic patients have been described.

On psychoanalytical understanding of etiology, pathogenesis, and clinical picture of dependence on gambling

D. A. Avtonomov

Key words: *gambling, gambler, etiology, pathological addiction, psychoanalytical approach, S. Freud, regression*

The author discussed etiology, pathogenesis, and clinical picture of dependence on gambling from the point of view of psychoanalysis. The evolution of psychoanalytical views on the problem is shown. Initial hypothesis about pathological addiction to gambling discussed in psycho-

analytical literature are underlined. The author presents an approach based on the concept of regression, intrapsychical conflict, drives, and pleasure principle, according to that the process of gambling for the pathological gambler represents a surrogate sexual excitement, and the gain becomes an equivalent of orgasm. Five clinical examples illustrate the views.