

## КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ И ШКАЛА НЕГАТИВНЫХ СИНДРОМОВ: ТРАДИЦИИ И/ИЛИ НОВАЯ СКРЫТАЯ ПАРАДИГМА ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ

*Геннадий Николаевич Носачев<sup>1</sup>, Игорь Геннадьевич Носачев<sup>1</sup>,  
Екатерина Андреевна Дубицкая<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Самарский государственный медицинский университет, клиники Самарского государственного медицинского университета, кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89, e-mail: nosachev.g@mail.ru,

<sup>2</sup>Самарский психоневрологический диспансер, 443001, г. Самара, ул. Арцыбушевская, д. 102

Реферат. Обсуждается скрытая парадигма отечественной шкалы негативных расстройств А.В. Снежневского с позиций когнитивного дефицита и позиций МКБ-10 применительно к психиатрии и неврологии. Приводятся основные понятия шкалы негативных (дефицитарных) синдромов с позиций когнитивных процессов.

Ключевые слова: когнитивный дефицит, шкала негативных расстройств А.В. Снежневского, скрытая парадигма, когнитивные процессы, психиатрия, неврология.

COGNITIVE DEFICIT AND NEGATIVE SYNDROMES  
SCALE: TRADITIONS AND/OR NEW HIDDEN PARADIGM  
OF PSYCHIATRY AND NEUROLOGY

Gennady N. Nosachev<sup>1</sup>, Igor G. Nosachev<sup>1</sup>,  
Ekaterina A. Dubitskaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Samara state medical University, Clinics of Samara state medical University, Department of psychiatry, narcology, psychotherapy and clinical psychology, 443099, Samara, Чапаевская str., 89, e-mail: nosachev.g@mail.ru,

<sup>2</sup>Samara psychoneurological clinic 443001, Samarsky region, Samara, Artsybushevskaya street, 102

The hidden paradigm of A.V. Snezhnevsky's domestic scale of negative disorders is discussed from the standpoint of cognitive deficit and the position of ICD-10 in relation to psychiatry and neurology. The basic concepts of the scale of negative (deficit) syndromes from the standpoint of cognitive processes are given.

Key words: cognitive deficit, A.V. Snezhnevsky's scale of negative disorders, hidden paradigm, cognitive processes, psychiatry, neurology.

*Когда разделились неврология и психиатрия,  
то неврология стала бездушной,  
а психиатрия безмозгой.*

*Академик Н.К. Боголепов*

*Новое – хорошо забытое старое.*

*Пословица*

**В** «корзине» нейронаук, где теории познания и на теоретическом, и практическом уровнях составляют основу профессионального

знания, появилось обилие «новых» подходов от «когнитивного мозга» и когнитивного стиля личности до простого исследования когнитивных процессов. Не остались в стороне и клинические нейронауки – психиатрия, неврология, клиническая психология [4, 6]. При этом происходит подмена (замена, избегание) терминов (понятий), даже разделов клинической психологии и психопатологии (в частности, в психиатрии последние 10–15 лет произошла подмена понятия «патопсихологический» на «нейропсихологический») и «проникновение» неврологов в психиатрию, в частности, в сферу диагностики и лечения синдрома деменции (без знания общей психопатологии) [1, 2, 5, 12]. Хотя большинство неврологов [2, 5, 12] считает деменцию именно синдромом, возникшим вследствие различных экзогенно-органических заболеваний, они вкладывают в это понятие не структурное значение симптомокомплекса, а динамическое, прогрессирующее и прогностическое значение, описывая преимущественно легкие и умеренные когнитивные расстройства («додементные психические расстройства») и уделяя их диагностике основное значение, не подозревая, что в отечественной психиатрии существует шкала негативных (дефицитарных) синдромов А.В. Снежневского [11].

С таким практическим превентивным подходом неврологов можно было бы полностью согласиться, если бы существовала достаточно разработанная синдромальная динамика развития деменции (когнитивного дефицита). Большинство неврологов [1, 2, 5, 12] и часть психиатров [9], опираясь преимущественно на психологические тесты и опросники (например, шкалу общего психического снижения – MMSE) [5], предлагают следующие синдромальные классификации развития деменции: норма, субъективные (легкие)

когнитивные нарушения, умеренные когнитивные нарушения, легкая, средняя и тяжелая деменция, которая даже появилась в национальном руководстве «Психиатрия» (2009).

При этом нет как симптомной и динамической насыщенности этапов психопатологического синдрома деменции, так и их клинического описания, особенно указанной градации тяжести синдрома. Из синдромов и закономерной последовательной их смены – патокинеза (синдроккинеза) – складывается клиническая картина болезни в её статике и динамике, на что указывали А.В. Снежневский и И.В. Давыдовский [11], а также прогноза и терапии. Поиск этих закономерностей, т.е. учение о психопатологических синдромах, всегда занимал умы психиатров, это связано с именами Ж.Э. Эскироля (1816), С. Шюле (1880), Д.Х. Джексона (1884), С.С. Корсакова (1901), А.Е. Щербакова (1909), П.Ф. Малкина (1958), А.В. Снежневского (1960) и многих других [7–9].

Цель настоящей работы: исходя из системного и сетевого динамического подхода, показать возможность нового прочтения клинической концепции психиатрии второй половины прошедшего столетия, в частности, шкалы негативных (дефицитарных) синдромов, предложенной А.В. Снежневским (1983) [11], что позволяет в последующем рассмотреть их в следующих аспектах: 1) симптом – синдром; 2) синдром – болезнь; 3) синдром – этиопатогенез; 4) синдром – морфологическая локализация; 5) синдром – статус – течение; 6) синдром – тяжесть расстройства; 7) синдром – личность; 8) классификация синдромов [7–9]. В данной статье ограничимся рассмотрением взаимоотношений «синдром – статус – динамика» в соотношении синдром – распад личности (синдром деменции) при экзогенно-органических психических расстройствах (заболеваниях).

Вся противоречивость классификаций синдромов при экзогенно-органических расстройствах по шкале негативных синдромов и МКБ-10 (F 00-09) приведена ниже. При всей условности любой классификации, включая синдромальную, с разделением на позитивные и негативные шкалы, опора на синдром позволяет судить о его диагностической принадлежности. Психопатологию, основывающуюся на анализе сущности, происхождения, структуры и значения симптомов принято называть аналитической. Ограничение описания не позволяет установить, что часть

симптомов является базисными, выражающими суть психического расстройства (синдрома), без которых его нет, а другие производны от них и лишь помогают их выявить, тогда как сами по себе они не должны рассматриваться в качестве дополнительной психической патологии.

При всей условности выделения негативных и позитивных шкал в синдромокинезе в общей психопатологии, отражающих нарастание, глубину и этапность развития синдромов при основных группах психических расстройств, можно говорить о некоторой специфичности синдромов при экзогенно-органических психических расстройствах, что возможно при разно-сторонней оценке симптомов, т.е. многоосевом подходе [2, 6–9].

Рассматривая негативные синдромы как нарастающий распад (расстройство, дефицит, дефект, регресс) личности, мы сталкиваемся с еще большей проблемой – необходимостью четкого определения личности. Авторы клинических описаний и указаний по диагностике этих расстройств указывают (МКБ-10, рубрика F60 «Расстройства зрелой личности»), что возникают особые трудности «при попытках изложить детальные диагностические критерии, связанные с различием между наблюдением и интерпретацией» [5]. В рубрике МКБ-10 F00-F09 выделена группа F07 «Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждений и дисфункции головного мозга», в частности, органическое расстройство личности (F07.0).

Исходя из биопсихосоциального единства человека (личности), рассмотрим основную негативную шкалу распада личности вплоть до синдрома деменции (условно опираясь на развитие деменции при болезни Альцгеймера или деменции альцгеймеровского типа) [8], исключая возможные параллельные и пересекающиеся позитивные расстройства.

Истощаемость психической деятельности (астенический личностный сдвиг, хроническая усталость) (F06.6) при сохранности задатков, опыта и навыков личности характеризуется преимущественно нарушением количественных и отдельных качественных её сторон. Отмечается несоответствие глубины и длительности психической истощаемости и сравнительно небольшой умственной, реже физической нагрузки, чаще всего возникает удлинение времени обучаемости и решения новых задач.

При субъективно осознаваемых изменениях личности мнестические и интеллектуальные способности и задатки личности формально остаются сохранными, включая результаты по нейро(пато)психологическим тестам. Нарастающие изменения касаются в основном проявлений темперамента, характера и самосознания. Пациенты отмечают, что прежняя быстрота и автоматизированное использование прежних интеллектуально-мнестических способностей затруднены, новые приобретаются с некоторым трудом и требуют усилий и более длительного времени. Формализуются высшие чувства, проявляются эмоциональная непластичность, нетерпимость, которая часто оценивается личностью критически и порождает раскаяние и сплин. Решения и поведение не всегда глубоко продуманы, что в последующем требует изменения решений и извинений за поведение.

Объективно определяемые изменения личности диагностируются по субъективному предъявлению симптомов изменений личности, становящихся заметными родным, близким и знакомым пациента. Идет дальнейшее нарастание утраты преморбидных индивидуальных свойств темперамента и черт характера, а главное – социального функционирования личности. У части пациентов происходит заострение и огрубление преморбидных черт темперамента и характера, приводящих к социальным затруднениям. По МКБ-10 это соответствует легкому когнитивному расстройству (F06.7), что подтверждается и данными экспериментально-психологического исследования.

Дисгармония личности (по МКБ-10 «Органическое расстройство личности» F07.0, психопатический, психопатоподобный синдром, взрывчатый вариант психоорганического синдрома) характеризуется выраженным «шарживанием» имеющихся черт и свойств конкретной личности с нарушением критичности и управления эмоциями и управления поведением, принятием решений, признания нового, перспективного.

Собственно описание клинических вариантов органического расстройства личности в МКБ-10 отсутствуют, но там же существует F6 «Расстройства зрелой личности», которые были выделены П.Б. Ганнушкиным (1933) как психопатии и определены О.В. Кербиковым (1962) как тотальность, относительная стабильность патологических черт характера (личности) и их выраженность в такой степени, что приводит к выраженной социальной

дезадаптации. В анализируемом случае – вследствие органического поражения мозга.

Снижение энергетического потенциала (умеренные когнитивные расстройства) характеризуется более существенной редуциацией всей психической деятельности, в первую очередь психической активности, продуктивности, значительными затруднениями и, в то же время, активным использованием имеющегося объема знаний, навыков, умений. Формальная сохранность предпосылок к интеллекту, возможность его функционирования и дальнейшего совершенствования становится все беднее или почти невозможной. Нарастают изменения характера, и направленность личности становится столь выраженной, что начинает сказываться на отношении больного к самому себе, окружающим, труду. Продолжают нарастать явления аутизации и обеднения эмоциональной сферы, достигающие достаточной выраженности.

Снижение уровня личности характеризуется дальнейшим прогрессированием снижения умственной и частично физической продуктивности, проявляющегося в затруднениях профессиональной деятельности, особенно той, которая требует активного внимания, достаточного объема оперативной памяти, усвоения параллельных даже легких заданий. Затруднено либо утрачивается активное приспособление к профессиональным и новым житейским обязанностям. Отчетливы дисмнестические расстройства, усиливающиеся при длительной привычной работе. Затруднения в оперативной и текущей памяти, которые плохо купируются записными книжками, ежедневниками и требуют постоянных напоминаний.

Регресс личности характеризуется выраженным распадом индивидуального облика личности. Так же, как и при предыдущем негативном синдроме, различия связаны с нозологической принадлежностью. При одной из форм наблюдается почти полное равнодушие, безразличие к окружающей обстановке, к своей собственной судьбе, к пребыванию в стационаре, приходу родных (апатия, реже эйфория). Резко падает интенсивность волевых устремлений и, соответственно, активных целенаправленных волевых действий (абулия). При другой форме в клинической картине преобладают крайняя взрывчатость, брутальность и однообразная бедность аффекта, выраженная аффективная лабильность. Поведение отличается однообразием, бедностью вне аффективной лабильности и стереотипно

однообразного возбуждения при взрывчатости. Мышление малопродуктивное, тупоподвижное со склонностью к застреванию и даже стереотипным кверулянтским и примитивным тенденциям. Полностью отсутствует критическое отношение к своему состоянию и поведению. Отмечается значительное снижение интеллектуально-мнестических (когнитивных) функций. При третьей форме ведущими являются беспечность, благодушие, облегченность, бестактность с невозможностью осмысления и предвидения последствий своих поступков, эмоциональных реакций, бытовых ситуаций, снижение памяти, расторможенность низших влечений при полной акритичности к поведению и высказываниям (эйфорический вариант психоорганического синдрома).

При амнестическом расстройстве (по МКБ-10 «Органический амнестический синдром» F04, корсаковский синдром, лакунарное (частичное) слабоумие, регрессирующее слабоумие) страдают, в первую очередь, не интеллектуальные, а преимущественно мнестические функции, проявляющиеся в основном гипомнезией как текущего запоминания, удерживания и воспроизведения некоторых событий и фактов из прошлой жизни.

Деменция (тотальное слабоумие, которое не может быть ни легким, ни средним) представлена распадом индивидуально-личностных особенностей человека, утратой высших эмоций и бедностью низших, потерей целенаправленной деятельности, амнестической дезориентировкой, распадом логических и стереотипных систем мышления, речь перестает быть функцией общения, утрачивается способность к самообслуживанию, к самоконтролю даже в обыденной ситуации, к целенаправленному пользованию одеждой, привычными предметами. В зависимости от нозологической принадлежности присоединяются (или возникают ранее) неврологические синдромы (апраксия, агнозия, афазия, парезы и параличи, судорожные припадки и др.).

Опираясь на философию науки и философию познания биопсихосоциальной модели личности [3, 6, 8, 9], с одной стороны, и когнитивной психологии, – с другой, можно выделить при развитии здоровой личности когнитивный стиль личности (индивидуально-психологические особенности и способности, «собственно интеллект» [7–9], когнитивные образования («шаржирование», изменения характера – психопатизация, способность к обучению и пользованию знаниями и навыками [3, 6–9]), когнитивные

процессы (психологические процессы: память, внимание, речь, восприятие, сознание; «предпосылки к интеллекту» [7–9]). При таком подходе становится ясно, что, хотя при разных неврологических заболеваниях (в частности, болезни Альцгеймера) имеются клинические различия, но есть общие психопатологические закономерности. Снижение, искажение когнитивного стиля личности включает в себя истощение психической деятельности, субъективное и объективное изменение, дисгармонию личности, снижение энергетического потенциала. Снижение и искажения когнитивных образований, которые включают в себя объективное изменение личности, дисгармонию личности, снижение энергетического потенциала, снижение личности. Когнитивные процессы, на которых любят строить всю диагностику деменций неврологи [1, 2, 4, 10, 11], снижаются при объективных изменениях личности, дисгармонии личности, снижении энергетического потенциала; искажаются при дисгармонии личности, снижении энергетического потенциала, снижении и регрессе личности; утрачиваются частично при снижении энергетического потенциала, снижении и регрессе личности и полностью утрачиваются при деменции и особенно психическом маразме.

Междисциплинарный характер взаимоотношений психиатрии и неврологии обязателен и существенно дополняют и обогащают и этот процесс в познании болезней мозга, а следовательно, бесконечен. Однако принцип демаркации наук, имеющих самостоятельные предмет и методы исследования, никто не отменял, а «экспансию» неврологов в психиатрию следует признать скорее деструктивной, чем конструктивной не только в клинических, но и в организационно-правовых вопросах.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Болезни нервной системы: Руководство для врачей: В 2-х т. [Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана]. 3-е изд., испр. и доп. М.: Медицина, 2003. Т.1. 744 с.
2. Захаров В.В. Диагностика и лечение деменции. Методические рекомендации. М., 2005.
3. Крылов В.И. Клиническая психопатология и доказательная медицина (проблема методологии диагноза) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2011. №4. С. 9–13.
4. Левин О.С. Алгоритм диагностики и лечения деменции. 3-е изд., испр. и доп. М.: МЕДпресс-информ, 2011. 192 с.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания

по диагностике [Перевод на русский язык под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина]. ВОЗ. Россия. СПб: АДИДАС, 1994.

6. Незнанов Н.Г., Мороз П.В., Мартынихин И.А. Куда идешь? // Психиатрия и психофармакотерапия. 2011. №4. С. 4–9.

7. Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Бурдаков В.В. Органические психические расстройства (психоорганический синдром). СамГМУ, Самара: ООО «ИПК», 2008. 290 с.

8. Носачев Г.Н., Романов Д.В., Носачев И.Г. Семиотика психических заболеваний (общая психопатология): учебное пособие. М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2015. 336 с.

9. Носачев Г.Н., Носачев И.Г. Психология и психопатология познавательной деятельности. Основные симптомы и синдромы. М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2016. 240 с.

10. Руководство по гериатрической психиатрии [под ред. С.И. Гавриловой]. М.: Пульс, 2011. 380 с.

11. Снежневский А.В. Закономерности синдрообразования и течение психических заболеваний. В кн.: Руководство по психиатрии [Под ред. А.С. Тиганова]. Т. 1. М., 1999.

12. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б. и др. Деменции: Руководство для врачей. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2010. 272 с.

#### REFERENCES

1. *Bolezni nervnoi sistemy: Rukovodstvo dlya vrachei. V 2-kh t.* [Pod red. N.N. Yakhno, D.R. Shtul'mana]. 3-e izd., ispr. i dop. Moscow: Meditsina, 2003. Vol.1. 744 p. (in Russian)

2. Zakharov V.V. *Diagnostika i lechenie dementsii. Metodicheskie rekomendatsii.* Moscow, 2005. (in Russian)

3. Krylov V.I. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya.* 2011. №4. pp. 9–13. (in Russian)

4. Levin O.S. *Algoritm diagnostiki i lecheniya dementsii.* 3-e izd., ispr. i dop. Moscow: MEDpress-inform, 2011. 192 p. (in Russian)

5. *Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-i peresmotr) Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv. Klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike* [Perevod na russkii yazyk pod red. Yu.L. Nullera, S.Yu. Tsirkina]. VOZ. Russia. St.Petersburg: ADIDAS, 1994. (in Russian)

6. Neznanov N.G., Moroz P.V., Martynikhin I.A. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya.* 2011. №4. S. 4–9. (in Russian)

7. Nosachev G.N., Nosachev I.G., Burdakov V.V. *Organicheskie psikhicheskie rasstroistva (psikhoorganicheskii sindrom).* SamGMU, Samara: ООО «ИПК», 2008. 290 p. (in Russian)

8. Nosachev G.N., Romanov D.V., Nosachev I.G. *Semiotika psikhicheskikh zabolevanii (obshchaya psikhopatologiya): uchebnoe posobie.* Moscow: FORUM: INFRA-M, 2015. 336 p. (in Russian)

9. Nosachev G.N., Nosachev I.G. *Psikhologiya i psikhopatologiya poznavatel'noi deyatel'nosti. Osnovnye simptomy i sindromy.* Moscow: FORUM: INFRA-M, 2016. 240 p. (in Russian)

10. *Rukovodstvo po geriatricheskoi psikhiatrii* [pod red. S.I. Gavrilovoi]. Moscow: Pul's, 2011. 380 p. (in Russian)

11. Snezhnevskii A.V. In: *Rukovodstvo po psikhiatrii* [Pod red. A.S. Tiganova]. Vol. 1. M., 1999. (in Russian)

12. Yakhno N.N., Zakharov V.V., Lokshina A.B. et al. *Dementsii: Rukovodstvo dlya vrachei.* 2-e izd. Moscow: MEDpress-inform, 2010. 272 p. (in Russian)

Поступила 02.11.18.