

На отдаленном этапе исследования наблюдалось дальнейшее снижение активности ЛЭ у больных аффективно-астенической группы (192 [180,2; 205] нмоль/мин·мл, достигающее высокого уровня достоверности по сравнению с соответствующим показателем до лечения ( $p=0,0042$ ). В негативно-астенической группе статистически значимых изменений в активности ЛЭ выявлено не было (173,7 [159,6; 187,3] нмоль/мин·мл,  $p>0,05$ ). Активность острофазного белка  $\alpha 1$ -ПИ в обеих обследованных группах больных в ходе проведенной плацебо терапии также не изменялась.

**Заключение:** результаты проведенного исследования подтверждают, что эффект плацебо существует и доказывает свою результативность, однако следует учитывать, что аффективные расстройства у данного контингента больных соответствовали легкой степени тяжести, а редукция симптомов астении была кратковременной. Данный эффект не проявляется при доминировании негативной симптоматики, что еще раз подтверждает необратимый характер данных расстройств. Кроме того, воспалительные маркеры, обнаруженные у больных шизофренией с доминированием астении в ремиссии, могут дать ключ к пониманию сложной проблемы дифференциации аффективной и негативной симптоматики.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аблахатов Ю.И., Лапин И.П. Нестабильность и стабильность выбора цвета и плацебо-реактивность психически больных // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 1994. №4. С. 80–83.
2. Аведисова А.С., Чахава В.О., Люпаева Н.В. Плацебо-эффект в психиатрии (обзор литературы) // *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2004. Т. 06, №2. С. 48.
3. Ключник Т.П., Зозуля С.А., Андросова Л.В. и др. Лабораторная диагностика в мониторинге пациентов с эндогенными психозами («Нейро-иммуно-тест»): Медицинская технология. 2-е изд., испр. и доп. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016.
4. Ключник Т.П., Зозуля С.А., Олейчик И.В. Биологические маркеры шизофрении: поиск и клиническое применение. Новосибирск: Изд-во ИЭОПП СО РАН, 2017. С. 34–46.

5. Лапин И.П. Плацебо и терапия. СПб: Лань, 2000. 224 с.
6. Addington D., Addington J., Maticka -Tyndale E., Joyce J. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics // *Schizophr Res*. 1992. Vol. 6, № 3. P. 201–208.
7. Bergink V., Gibney S.M., Drexhage H.A. Autoimmunity, inflammation, and psychosis: a search for peripheral markers. // *Biological Psychiatry*. 2014. Vol.75, №4. P. 324–331.
8. Colagiuri B., Schenk L.A., Kessler M.D. et al. Colloca The placebo effect: From concepts to genes // *Neuroscience*. 2015. Vol. 307. P. 171–190.
9. Hall K.T., Loscalzo J., Kaptchuk T.J. Genetics and the placebo effect: the placeboome // *Trends in Molecular Medicine*. 2015. Vol. 21, №5. P. 285–294.
10. Smets E.M. Garssen B., Bonke B., De Haes J.C. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue // *J Psychosom Res*. 1995. Vol. 39, №3. P. 315–325.
11. Vits S., Cesko E., Enck P. et al. Behavioural conditioning as the mediator of placebo responses in the immune system // *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2011. Vol. 366, №1572. P. 1799–1807.

#### REFERENCES

1. Ablakhatov Yu.I., Lapin I.P. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 1994. №4. pp. 80–83. (in Russian)
2. Avedisova A.S., Chakhava V.O., Lyupaeva N.V. *Psikiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2004. Vol. 06, №2. pp. 48. (in Russian)
3. Klyushnik T.P., Zozulya S.A., Androsova L.V. et al. *Laboratornaya diagnostika v monitoringe patsientov s endogenymi psikhozami («Neiro-immuno-test»): Meditsinskaya tekhnologiya*. 2-e izd., ispr. i dop. Moscow: OOO «Izdatel'stvo «Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo», 2016. (in Russian)
4. Klyushnik T.P., Zozulya S.A., Oleichik I.V. *Biologicheskie markery shizofrenii: poisk i klinicheskoe primenenie*. Novosibirsk: Izd-vo IEOPP SO RAN, 2017. pp. 34–46. (in Russian)
5. Lapin I.P. *Platsebo i terapiya*. St.Petersburg: Lan', 2000. 224 p. (in Russian)

Поступила 17.11.18.

УДК: 616.89–08

## НОВЫЕ ИЗЫСКИ ТЕРМИНОЛОГИИ В ПСИХИАТРИИ

*Алексей Валерьевич Худяков*

*Ивановская государственная медицинская академия,  
153012, г.Иваново, проспект Шереметевский, 8, e-mail: app237110@yandex.ru*

Реферат. В дискуссионной статье автор ставит вопросы относительно обоснованности «психологизации» понятия «галлюцинаторный бред», а также о необходимости соблюдения точности в психиатрической терминологии. В частности, понятие «псевдодеменция» получило необоснованное расширение, термин «ятрогеня» стал включать в себя и «ятропатию». Отмечается, что возникают попытки внести в психиатрическую терминологию «исправления». Часть из них основана на особых теоретических воззрениях авторов, другая часть – на пренебрежении к точности содержания формулировок, а также на банальном незнании отдельных положений обсуждаемого предмета.

Ключевые слова: психиатрия, терминология.

## NEW SEARCH OF TERMINOLOGY IN PSYCHIATRY

*Alexey V. Khudyakov*

*Ivanovo State Medical Academy,  
153012, Ivanovo, prospekt Sheremetevsky, 8*

Questions concerning validity of need to give psychological sense to the concept «hallucinatory delusion» and of need of observance of accuracy for psychiatric terminology are raised by the author in debatable article. Particularly the concept «pseudo-dementia» received unreasonable expansion; the term «iatrogeny» began to include «iatropathy». It is noted that there are attempts to make in psychiatric terminology «corrections». Some of them are based on special theoretical views of the authors, the other part – on disregard for the accuracy of the content of the formulations, as well as on the banal ignorance of certain provisions of the subject under discussion.

Key words: psychiatry, terminology.

На протяжении десятилетий поколения психиатров знали, что в общей психопатологии выделяют первичные и вторичные симптомы, и ни у кого это не вызывало возражений. Однако А.С. Тиганов [1] опровергает эту достаточно стройную конструкцию. В «Руководстве по психиатрии» сказано «В картине галлюцинозов могут развиваться бредовые идеи, идентичные по фабуле содержанию галлюциноза (галлюцинаторный бред). Следует обратить внимание, что развитие бреда в этих случаях является особенностью саморазвития галлюцинаторного синдрома. Попытка психологического объяснения возникновения бреда как вторичного и психологически понятного представляется недостаточно убедительной. Многие галлюцинозы, несмотря на протрагированное, нередко многолетнее течение, не сопровождаются развитием галлюцинаторного бреда».

С этими доказательствами трудно согласиться. Психологическая понятность содержания переживаний достаточно широко применяется в психиатрической диагностике. Вспомним триаду Ясперса, которая применяется в дифференциальной диагностике психогенных заболеваний, в том числе и реактивных психозов. Следуя вышеописанной логике, следовало бы признать, что не должно быть логически понятной связи между сенестопатиями и ипохондрией, а также считать, что конгруэнтный бред в структуре депрессивного синдрома изначально основан на саморазвитии.

Эту дискуссию можно было бы вообще не затрагивать, но обсуждаемые вопросы имеют практический выход. В последние годы фармацевтическими компаниями активно предлагаются нейролептики для лечения больных, страдающих депрессией, в структуру которой входит бред (в том числе, и конгруэнтный). В противном случае, как считают сторонники такого подхода, может наступить «расщепление синдрома». То есть, при назначении больным классической депрессией одних антидепрессантов без нейролептиков депрессивная триада редуцируется, а конгруэнтный бред сохраняется. Экспресс-опрос, проведенный среди десяти психиатров, показал, что никто из них не сталкивался с ситуацией, когда после выхода из депрессии у больного сохранялся бред самообвинения (самоуничужения и др. ...). Возможно, что позиция независимости вторичного бреда обусловлена критическим отношением некоторых отечественных психиатров к «психологизации психотических переживаний», что досталось нам в наследство от прежних времен, когда от психологизации было принято отрешиваться, поскольку она была взята на вооружение психоанализом. Последний же с тридцатых годов и до конца XX века официальной отечественной наукой подвергался критике, и во всех учебных пособиях рассматривался исключительно в негативном аспекте.

В последнее десятилетие понятие псевдодеменции сменило свое содержание: теперь под ним понимают атипичную депрессию с преобладанием интеллектуальной заторможенности. Удивительно, что ни у кого из психиатров эта метаморфоза не вызывает публичного возражения. По всей вероятности это обусловлено тем, что данный психоз, представляющий собой вариант реактивного истерического психоза, в последние десятилетия почти исчез из практики даже судебных психиатров. По нашим наблюдениям он был «подобран» невропатологами по принципу «что плохо лежит» и предложено ко всеобщему пользованию в новом смысле. Мы полагаем, что описываемую атипичную депрессию более правильно было бы именовать «дементно-подобной».

Еще один термин, который «экспроприировал» у психиатров психолог В.В. Бойко – это «деперсонализация». Термин применяется при анализе результатов тестирования на эмоциональное выгорание и рассматривается как вариант личностной отстраненности – именно так он и помечен в разделе интерпретации результатов. Использование его в этом смысле представляется не очень удачным.

В последние годы в СМИ активно муссируется тема «ятрогенных преступлений». Целесообразность применения этого термина абсолютно непонятна и только запутывает общественное сознание. Обратимся к «Википедии» – здесь представлена небольшая, но достаточно емкая по содержанию статья. Имеет смысл привести ее с небольшими сокращениями.

«Ятрогенія (др.-греч. *ιάτρος* – врач + др.-греч. *γενεά* – рождение) – ухудшение физического или эмоционального состояния человека, ненамеренно спровоцированное медицинским работником. Термин «ятрогенія» был введён немецким психиатром Освальдом Бумке в работе в 1925 году (на русский язык эта статья никогда не переводилась), а в русскоязычной медицинской литературе был впервые использован в работах таких психиатров и терапевтов как Ю.В. Каннабих, Р.А. Лурия, К.И. Платонов. По определению, данному в довоенном издании Большой медицинской энциклопедии, ятрогенія – это «термин, обозначающий отрицательное воздействие врача на больного, когда вместо терапевтического эффекта у больного создаются представления, усугубляющие его болезненное состояние, или образуется психический комплекс новой болезни». Также ятрогенія характеризуется как «отрицательная психотерапия». Начиная с довоенного периода и вплоть до 1970-х годов, этот термин продолжал использоваться преимущественно для обозначения психогенных болезней, возникающих от неосторожного высказывания врача. В настоящее время термин используется расширенно, и согласно МКБ-10, ятрогенія понимается как любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти; осложнения медицинских мероприятий, развившиеся в результате как ошибочных, так и правильных действий врача. Иными словами, ятрогенія в современном употреблении этого термина понимается как «брак медицинской работы». Наряду с таким расширительным толкованием, термин «ятрогенное заболевание» некоторыми продолжает рассматриваться в изначальном смысле.

Таким образом, в традиционном понимании «ятрогенія» – это психогенное заболевание. Физическое воздействие на больного (например, оставленная салфетка в теле больного во время операции) с негативными последствиями имеет название «ятропатия». Поисковая система на запрос «ятрогенія» находит 68 млн. результатов, тогда как на запрос «ятропатия» – только 71 тыс. Источником обоих явлений могут быть как врачебные ошибки, так и проявления халатности. Точное определение содержания понятия становится особо актуальным в свете последних событий по привлечению врачей к уголовной ответственности за врачебные ошибки.

Хочется отметить, что приведенными примерами не исчерпывается терминологическая путаница. Настало время общими усилиями расчистить эти терминологические «завалы», иначе мы скоро перестанем понимать друг друга [2].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по психиатрии [под ред. А.С. Тиганова]. В 2 томах. Т.1. М.: Медицина, 1999. 712 с.
2. Менделевич В.Д. Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. М.: Городец, 2016. 128 с.

## REFERENCES

1. *Rukovodstvo po psikiatrii [pod red. A.S. Tiganova]. V 2 tomakh. Vol. 1. Moscow: Meditsina, 1999. 712 p. (in Russian)*
2. *Mendelevich V.D. Terminologicheskie osnovy fenomenologicheskoi diagnostike v psikiatrii. Moscow: Gorodets, 2016. 128 p. (in Russian)*

Поступила 02.11.18.

УДК: 616.89–008.484

## ВЛИЯНИЕ АПАТИИ НА ДЕПРЕССИЮ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

*Ксения Валерьевна Захарова<sup>1</sup>, Алла Сергеевна Аведисова<sup>1</sup>, Ирина Сергеевна Самотаева<sup>2</sup>, Инна Анатольевна Аркуша<sup>1</sup>, Роман Владимирович Лузин<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского МЗ РФ, 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23, e-mail: ksushkaa@bk.ru, <sup>2</sup>Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева, 115419, г. Москва, ул. Донская, д. 43*

Реферат. Апатия – часто встречающийся феномен при депрессиях позднего возраста, который в последнее время стал объектом пристального изучения. Целью этого исследования явилось сравнение пациентов с депрессией, впервые возникшей в позднем возрасте с и без апатического компонента. Полученные нами данные показали, что именно апатия в большей степени оказывает влияние на тяжесть состояния пациентов, их качество жизни и когнитивные нарушения.

Ключевые слова: апатия, депрессия позднего возраста.

## INFLUENCE OF APATHY ON LATE-LIFE DEPRESSION

*Ksenia V. Zakharova<sup>1</sup>, Alla S. Avedisova<sup>1</sup>, Irina S. Samotaeva<sup>2</sup>, Inna A. Arkusha<sup>1</sup>, Roman V. Luzin<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, 119034, Russia, Moscow, Kropotkinsky per., 23,*

*<sup>2</sup>Moscow Research and Clinical Center for Neuropsychiatry, 115419, Russia, Moscow, Donskaya street, 43*

Apathy is a common phenomenon in late age depressions, which has recently become the object of close study. The aim of this study was to compare patients with late-onset depression with and without the apathetic component. The data obtained showed that it is apathy that has a greater effect on the serious conditions in patients, their quality of life and cognitive impairment.

Key words: apathy, late-life depression.

В исследованиях последних лет все чаще приводятся данные, свидетельствующие о том, что перенесенная в пожилом возрасте депрессия представляет собой фактор риска последующего развития когнитивных нарушений и, таким образом, депрессия патогенетически оказывается связана с деменцией [1]. Результаты мета-анализа 23 клинических исследований, которые включили в себя 49612 человек (28746 пациентов с болезнью Альцгеймера (из них 5116 с депрессией) и 14901 пациента с сосудистой деменцией (из них 3437 с депрессией) выявили ассоциацию между депрессией в позднем возрасте и риском развития деменции этих типов [3]. По данным Vougin M. [2], первый эпизод депрессии у пациентов старше 70 лет в 90% случаев предшествует началу болезни Альцгеймера. Вероятно, что

помимо самого факта наличия депрессии, предшествующей формированию отчетливых когнитивных расстройств, имеют значение особенности клинической картины депрессивного состояния. В этом отношении внимание уделяется симптому апатии в структуре депрессии (апатическая депрессия), особенно в свете концепции апатического синдрома, связанного с утратой мотивации, и встречающегося при многих неврологических заболеваниях, сопровождающихся когнитивным снижением: инсульте, болезни Паркинсона, прогрессирующем параличе, болезни Хантингтона, болезни Альцгеймера, сосудистой и лобно-височной деменции [5]. Многие авторы считают, что апатия может ускорять развитие когнитивных нарушений при этих заболеваниях, ухудшать качество жизни пациентов и снижать осознание ими своего состояния и мотивацию к лечению [4, 6–9]. Другие авторы, считая бессмысленным отличать апатию от депрессии в связи с переплетающимися в единую структуру признаками, призывают сосредоточиться, прежде всего, на нейробиологических факторах, лежащих в основе различных депрессивных и апатических проявлений [2]. В то же время исследование, сравнивающее здоровых пожилых волонтеров и подобранных по возрасту пациентов с болезнью Альцгеймера, не выявило различий между группами в отношении распространенности депрессии, но продемонстрировало, что апатия присутствовала только у пациентов с деменцией [10].

Целью настоящего исследования явился сравнительный анализ клинических характеристик когнитивного и социального функционирования пациентов пожилого возраста с впервые выявленной апатической депрессией и депрессией без апатии. Критерием включения являлся первичный депрессивный эпизод у пациентов старше 60 лет. Критериями исключения являлись наличие алкогольной или наркотической зависимости, наличие тяжелых декомпенсированных соматических и/или неврологических заболеваний. Значимые неврологические нарушения (новообразования, постинсультные и посттравматические нарушения и другие), кроме очаговых микроангиопатических изменений. Все пациенты до включения в программу исследования подписывали информированное согласие. В работе использовались клинико-психопатологический, психометрический (шкала