

## Литература

1. Стойко Ю. М., Кириенко А. И., Затевахин И. И., Покровский А. В. и др. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен // *Флебология*. 2018. Т. 12, № 3. С. 146–240.
2. Бурлева Е. П., Фокин А. А., Иванов Е. В., Ермолаев В. Л. Введение в ангиологию и сосудистую хирургию : учебное пособие для вузов (студентов, интернов и ординаторов). Екатеринбург : Баско, 2015. 308 с.
3. Pascarella L., Lulic D., Penn A. H. et al. Mechanisms in experimental venous valve failure and their modification by Daflon 500 mg // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2008. Vol. 35, № 1. P. 102–110.
4. Sundaresan S., Migden M. R., Silapunt S. Stasis Dermatitis: Pathophysiology, Evaluation, and Management // *Am. J. Clin. Dermatol.* 2017. Vol. 18, № 3. P. 383–390.
5. Petruzzellis V., Florio T., Quaranta D. et al. Epidemiologic observations on the subject of phlebopathy of the legs and its dermatologic complications // *Minerva Med.* 1990. Vol. 81, № 9. P. 611–616.
6. Weismann K., Krakauer R., Wanscher B. Prevalence of skin diseases in old age // *Acta Derm. Venereol.* 1980. Vol. 60, № 4. P. 352–353.
7. Beauregard S., Gilchrist B. A. A survey of skin problems and skin care regimens in the elderly // *Arch. Dermatol.* 1987. Vol. 123, № 12. P. 1638–1643.
8. Polat M., İlhan M. N. Dermatological complaints of the elderly attending a dermatology outpatient clinic in Turkey: a prospective study over a one-year period // *Acta Dermatovenerol. Croat.* 2015. Vol. 23, № 4. P. 277–281.
9. Кириенко А. И., Золотухин И. А., Юмин С. М., Селиверстов Е. И. СПЕКТР. Эффективность специализированной флебологической помощи в России: результаты проспективного обсервационного исследования СПЕКТР // *Флебология*. 2015. Т. 9, № 2. С. 4–11.
10. Joseph N., B A., Faizan Thouseef M. et al. A multicenter review of epidemiology and management of varicose veins for national guidance // *Ann. Med. Surg.* 2016. № 8. P. 21–27.
11. Иванов Е. В., Романченко К. В., Сотченко Е. М. Новые данные по эпидемиологии варикозной экземы // *Флебология*. 2018. № 2, вып. 2. С. т6–т7.
12. Егорова О. Н., Белов Б. С., Глухова С. И., Раденска-Лоповок С. Г. Липодерматосклероз как разновидность лобулярного panniculitis: клинические особенности // *Клиницист*. 2015. Т. 9, № 4. С. 28–34.
13. Иванов Е. В. Липодерматосклероз голени при хронической венозной недостаточности и его влияние на качество жизни // *Флебология*. 2018. № 2, вып. 2. С. т5.
14. Савельев В. С., Покровский А. В., Кириенко А. И. и др. Системная терапия венозных трофических язв. Результаты применения микронизированного диосмина (Детралекс®) // *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2002. Т. 8, № 4. С. 47–53.
15. Ханевич М. Д., Хрупкин В. И., Щелоков А. Л. и др. Осложненные формы хронической венозной недостаточности нижних конечностей. М. : МедЭкспертПресс ; Петрозаводск : ИнтелТэк, 2003. 176 с.
16. Иванов Е. В., Низамов Ф. Х., Речкалов А. А. Роль диспансеризации в снижении распространенности осложненных форм хронических заболеваний вен // *Флебология*. 2018. № 2, вып. 2. С. т6.
17. Сушков С. А. Компрессионная терапия при хронической венозной недостаточности // *Новости хирургии*. 2012. Т. 20, № 2. С. 105–117.
18. Gohel M. S., Heatley F., Liu X. et al. A Randomized Trial of Early Endovenous Ablation in Venous Ulceration // *N. Engl. J. Med.* 2018. Vol. 378, № 22. P. 2105–2114.
19. Иванов Е. В. Варикозная экзема: современное состояние проблемы // *Новости хирургии*. 2018. № 4. С. 473–481.

## Сведения об авторе

**Иванов Евгений Владимирович**, канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; тел. 8 3452 20-21-97; e-mail: ivanov\_ev@mail.ru

Принята в печать 07.04.2019.

УДК 616.89-008.1

## Энергетическая концепция формирования нервно-психических расстройств шизоидного регистра

С. Л. Леончук

Государственное казенное учреждение «Курганская областная психоневрологическая больница»

## Energy concept of neuropsychiatric disorders formation of the schizoid register

S. L. Leonchuk

Kurgan Regional Neuro-Psychiatric Hospital

**Аннотация.** В статье предложены авторские концепция формирования шизоидной структуры нервной психики, клинические шкалы шизоидии и регрессии, типов нервно-психического дефекта, определяющие шизоидный регистр нервно-психических расстройств. Автором выделяются различные энергетические режимы и уровни функционирования нервной психики. Предлагается новый авторский взгляд на шизотипическое расстройство.

**Ключевые слова:** энергетический режим; энергетический уровень; шизоидия; шизофрения; шизотипическое расстройство; нервно-психический дефект; шкалы шизоидии и регрессии.

**Abstract.** In this paper the new author's formation conception of schizoid structure of psyche, new clinical scales of schizoidia and regression, types of neuro-psyche defect, which determines schizoid register of disorders, were described. Author suggests various energy regimes and levels of function of neuro-psyche. The new concept of schizotypic disorder was proposed in this article.

**Keywords:** energy regime; energy level; schizoidia; schizophrenia; schizotypic disorder; neuropsychic defect; schizoid and regression scales.

Прогресс в области изучения нервно-психических расстройств шизоидного спектра связан с классическими работами Е. Краепелина [1], Е. Блейлера [2], Е. Кретшмера [3], Л. Каннера [4], К. Шнейдера [5], Р. Меехля [6], А. Снежневского [7], А. Тиганова [8], А. Смелевича [9] и других известных авторов, однако в связи со сложностью вопросов данной проблематики необходимы дальнейшие научные изыскания. До настоящего времени соотношение различных клинических форм шизоидного спектра остается неясным; нет внутренней связи между ранним детским аутизмом, врожденными астеническим, диссоциальным, шизоидным расстройствами психики, шизотипическим расстройством и шизофренией; не решен вопрос о нозологической самостоятельности отдельных клинических форм шизоидного спектра.

На мой взгляд, следует выделять две клинические шкалы нервно-психических расстройств шизоидного спектра:

1. Шкала шизоидии: синдромы раннего детского аутизма, врожденные астеническое, шизоидное и диссоциальное расстройства нервной психики.

Врожденный энергетический дефект базальных структур головного мозга приводит к неравномерности и асинхронии развития, шизоидной дефицитарной структуре нервной психики с ядерными формами ее социального недоразвития [10, 11], так как развитие социальной психики требует высокого энергетического потенциала. Это первичные, непроецессуальные расстройства психики шизоидного спектра.

2. Шкала регрессии: шизофрения, шизотипическое расстройство, нервно-психический дефект. В отличие от шкалы шизоидии здесь наблюдаются синдромы процессуального регресса, прогрессивности и нервно-психического дефекта.

Шизофрения — это процесс формирования нервно-психического дефекта, который отражает регресс, переход нервной психики на более низкий, но устойчивый, адаптивный, энергетический уровень функционирования [12]. Дефект нервной психики — это совокупность дефицитарных симптомов распада, стойкое упрощение, расщепление или выпадение нервно-психических функций [13].

На врожденную шкалу шизоидии могут накладываться процессуальные расстройства, возникает полиморфная картина недоразвития и регресса психической деятельности.

Предлагаю разделять следующие структурно-функциональные слои нервной психики в ее филогенетическом развитии:

1. Биологическая психика — способность ЦНС, головного мозга отражать биологическую информацию

экосистемы и использовать ее в регуляции жизнедеятельности организма.

А. Нервно-вегетативные и нервно-эндокринные структуры. Участвуют в регуляции гомеостаза, физиологической адаптации организма в экосистеме.

Б. Нервно-психические структуры. Организуют адаптивное биологическое поведение особи в природе.

2. Социальная психика — высшая форма развития психики, отражение социальной информации и использование ее в практической деятельности, связана с развитием сознания и интеллекта. Социальная психика подчиняет и присваивает биологическую психику себе, организует адаптивное поведение человека в природе и социуме.

Созревание головного мозга — это биосоциальный процесс. Биологическое созревание идет одновременно с формированием его социальных функций путем количественных изменений и качественных скачков — метаморфозов, которые отражают этапы развития. Биологическое и социальное — это две стороны одного процесса развития [14]. Биологическое созревание головного мозга — это рост, увеличение мощности гомеостатов, дифференциации и интеграции нервной ткани. Социальное созревание головного мозга — это развитие его социальных функций: сознания, речи, высших эмоций, мышления, интеллекта, воли. Биологическое созревание неокортекса реализует его врожденный социальный потенциал. Биологическая и социальная детерминанты развития головного мозга взаимосвязаны. Психическая детерминанта более интенсивна во время биологических кризисов, социальная детерминанта более интенсивна в сензитивных периодах развития социальной психики. Процессы созревания человека идут от простых психических актов к высшим социальным формам. Морально-нравственное и эстетическое являются высшими формами социального движения материи и появляются только в конце созревания неокортекса.

Объем потенциалов развития нервной психики индивидуален и ограничен врожденным энергетическим потенциалом головного мозга, темпераментом. Врожденный энергетический дефицит базальных структур мозга приводит к неравномерности и асинхронии развития, шизоидной дефицитарной структуре нервной психики и ядерным формам ее социального недоразвития.

Можно выделить следующие условия развития человека как социально-биологической системы:

1. Наличие в организме социально-биологической структуры, способной отражать социальную информацию. Такой структурой у человека является неокортекс.

2. Наличие социальной среды, социального сигнала — стимула для реализации социальных потенциалов социально-биологической структуры.

3. Наличие богатого энергетического потенциала для развития структур неокортекса.

Наиболее энергозатратными в работе мозга являются социально-биологические структуры неокортекса, так как обработка социального сигнала требует гораздо более сложной и дифференцированной работы, чем обработка биологического сигнала.

В нервной системе имеются различные энергетические режимы и уровни работы, поддерживается энергетический гомеостаз, что необходимо для ее бесперебойной работы. Энергетический режим является переменной величиной, его смена наблюдается при изменении мотивации, биоритмах, колебаниях аффекта. Энергетический уровень — это врожденная характеристика системы, фиксированное количество энергии, энергетический потенциал нижних этажей мозга [15], определяющий реактивность нервной психики, темперамент, силу эмоционально-волевых реакций. Смена энергетического режима и уровня работы нервной системы является биологической адаптацией, предохраняющей ее от перенапряжения.

Структура психики отражает энергетические процессы головного мозга. Врожденный энергетический дефицит нижних этажей мозга приводит к неравномерности и асинхронии развития нервной психики, ее шизоидной структуре. Шизоидная структура психики является дефицитарной, усеченной, что ведет к ядерным формам недоразвития социальной психики, тре-

бующей высокого энергетического потенциала. Шкала шизоидии, шизоидного недоразвития социальной психики является большой, что ведет к разнообразию ее клинических форм.

При шизофрении, синдромах Ретта, Геллера происходит адаптивный регресс уровня энерговооруженности и структурно-функциональной организации нервной психики с формированием патологического гомеостаза, повышением энтропии организма с целью повысить уровень его устойчивости в экосистеме [16]. Нервно-психический дефект, связанный с регрессом, процессуальным переходом нервной психики на более низкий энергетический уровень функционирования, является биологической адаптацией и направлен на сохранение структуры. Клинические варианты шкалы регрессии, нервно-психического дефекта отражают уровни энергетического регресса [12].

На врожденную шкалу шизоидии могут накладываться процессуальные расстройства, возникает полиморфная картина недоразвития и регресса психической деятельности. Шкала шизоидии является энергетически дефицитарной, реактивность нервной психики при шизоидии низкая, поэтому шизофрения на фоне шизоидии течет вяло, уступами в виде шизотипического расстройства. Шизотипическое расстройство — это ареактивная, латентная форма шизофрении. Острые развернутые приступы шизофрении возникают при высокой реактивности нервной психики.

Сравнение шкал шизоидии и регрессии — типов нервно-психического дефекта представлено в таблице 1.

Таблица 1

Сравнение шкал шизоидии и регрессии

Шкала шизоидии, клинических форм недоразвития нервной психики	Шкала регрессии, типов нервно-психического дефекта
Астеническое расстройство	Астенический
Шизоидное расстройство	Шизотипический
Диссоциальное расстройство	Диссоциальный
Синдром Аспергера	Аутистический
Дезинтегративное расстройство	Диссоциативный
Синдром Каннера	Апатоабулический
Параорганический	Параорганический
Ядерный энергетический дефицит	Энергетический дефект

При врожденном энергетическом дефиците базальных структур головного мозга формируются клинические формы шизоидии [17, 18]. При процессуальной патологии происходит адаптивный регресс, переход нервной психики на более низкий энергетический уровень функционирования, сравнимый с уровнем энергетического дефицита при шизоидии. Каждому

энергетическому уровню функционирования нервной психики соответствует свой клинический феномен.

Тяжелые формы шизоидии осложняются умственной отсталостью. Тяжелые формы процессуального регресса ведут к выраженному нервно-психическому дефекту, тотальной дезинтеграции и распаду нервно-психической деятельности [7, 8, 19].

**Выводы:**

1. Структура нервной психики отражает происходящие в ней энергетические процессы.

2. В нервной системе имеются различные энергетические режимы и уровни функционирования, смена которых является биологической адаптацией.

Смена энергетического режима работы нервной психики наблюдается при изменении мотивации, биоритмах, аффективных расстройствах.

Изменение энергетического уровня — регресс, переход нервной психики на более низкий энергетический уровень функционирования — наблюдается при шизофрении, процессуальном нервно-психическом дефекте.

При шизоаффективном расстройстве имеет место сочетание обоих механизмов биологической адаптации.

3. Шизоидный регистр нервной психики включает две клинические шкалы:

А. Шкала шизоидии. Врожденный энергетический дефицит базальных отделов головного мозга приводит к шизоидной структуре и ядерным формам недоразвития социальной психики. Включает ранний детский

аутизм, врожденные астеническое, шизоидное и диссоциальное расстройства нервной психики.

Б. Шкала регрессии. Включает клинические типы процессуального нервно-психического дефекта: астенический, диссоциальный, шизотипический, аутистический, диссоциативный, апатоабулический. Отражает уровни энергетического регресса.

В отличие от шизоидии здесь наблюдаются синдромы регрессии, прогрессивности и нервно-психического дефекта.

4. Клинические формы шизоидии и процессуального дефекта нервной психики сравнимы по содержанию. Каждому энергетическому уровню функционирования нервной психики соответствует своя клиническая форма.

5. Шизофрения на фоне шизоидии течет вяло, уступами в виде шизотипического расстройства. Шизотипическое расстройство — это ареактивная, латентная форма шизофрении.

6. При патологии сначала страдает социальная психика как наиболее энергозатратная и сложная, высшими уровнями которой являются нравственность и красота.

**Литература**

1. Kraepelin E. *Psychiatry. A textbook for students and doctors.* Leipzig : J. A. Barth, 1899. Sixth, completely revised ed. Vol. 2. P. 362, 607.
2. Bleuler E. *Manual of Psychiatry.* Berlin, 1920. 542 p.
3. Kretschmer E. *Der sensitive beziehungswahn. Ein beitrag zur paranoidefrage und zur psychiatrischen charakterlehre.* Berlin : Springer, 1919. 400 p.
4. Kanner L. *Autistic disturbances of affective contact // Nerv. Child.* 1943. Vol. 2. P. 217–250.
5. Schneider K. *Primare und secundare Symptome bei Schizophrenie // Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 1957. Vol. 25. P. 487.
6. Mehl P. *Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia // American Psychologist.* 1962. Vol. 17. P. 827.
7. Снежневский А. В. *Руководство по психиатрии.* М. : Медицина, 1983. Т. 1, Т. 2.
8. Тиганов А. С. *Руководство по психиатрии.* М. : Медицина, 1999. Т. 1, Т. 2.
9. Смулевич А. Б. *Расстройства личности.* [Б. м.] : Мед. информ. агентство, 2007. 189 с.
10. Башина В. М. *Аутизм в детстве.* М. : Медицина, 1999. 236 с.
11. Борисова Д. Ю. *Особенности формирования клинической картины шизоидного расстройства личности у подростков // Психиатрия.* 2005. № 2. С. 13–19.
12. Leonchuk S. L., Leonchuk S. S. *Emotional Volitional Defect — Quintessence of Schizophrenia // Acta Psychopathol.* 2017. Vol. 3. P. 3.
13. Мелехов Д. Е. *Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении.* М. : Гос. изд-во мед. лит., 1963. 197 с.
14. Выготский Л. С. *Развитие высших психических функций.* М. : Изд-во АПН, 1960. 499 с.
15. Лурия А. Р. *Высшие корковые функции человека.* М. : Медицина, 1969. 312 с.
16. Бехтерева Н. П. *Принципы функциональной организации мозга человека // Вестник АМН СССР.* 1972. № 9. С. 43–49.
17. Мнухин С. С., Зеленицкая А. Е., Исаев Д. Н. *О синдроме раннего детского аутизма, или синдроме Каннера // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* 1967. № 2. С. 12–18.
18. Лебединский В. В. *Нарушения психического развития у детей : учеб. пособие.* М. : МГУ, 1985. 148 с.
19. Ковалев В. В. *Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей.* М. : Медицина, 1985. 285 с.

**Сведения об авторе**

**Леончук Сергей Львович**, врач-психиатр ГКУ «Курганская областная психоневрологическая больница»

Адрес: 640000, г. Курган, ул. Смирнова, 7; тел. +7 3522 54-17-13; e-mail: leon4yukk@mail.ru

Принята в печать 08.12.2018.