И.Я. НОВИЦКИЙ

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПСИХИАТРИИ:

МЕТОДОЛОГИЯ, КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

ТОМ II



МОСКВА 2025

Игорь Новицкий

Анамнез жизни и заболевания в психиатрии: методология, клинико-диагностический анализ

https://litres.ru/74711352
SelfPub; 2026

Аннотация

Монография представляет собой первое систематизированное ис-следование анамнеза как самостоятельного диагностического конструкта, объединяющего эпистемологические, психопатологические и био-психосоциальные основания современной психиатрической практики. Последовательно раскрываются фундаментальные принципы реконструкции психической динамики, описываются методологические критерии достоверности анамнестических данных, анализируются когнитивные искажения и механизмы памяти, исследуется роль биографической информации в структуре диагностики и прогноза. Особое внимание уделено раннему психическому развитию, критическим периодам, преморбидным маркерам и клинической эволюции психических расстройств.

Книга формирует стройную и доказательную модель сбора и интерпретации анамнеза, включая формализацию данных, разработку диагностических матриц и применение алгоритмов машинного анализа. Впервые представлен унифицированный клинико-аналитический протокол анамнеза жизни и заболевания.

Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ 8
Анамнез как центральный метод познания психической динамики 8
Почему без анамнеза невозможно построение диагноза (исторические и современные данные) 14
Анамнез как инструмент реконструкции потенциалов личности 19
Роль анамнеза в доказательной психиатрии и персонализированной медицине 25
Значение стандартизации анамнеза 30
РАЗДЕЛ I. ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ СБОРА АНАМНЕЗА 34
Глава 1. Эпистемология анамнеза 34
1.1. Анамнез как особый тип знания: субъективные данные → объективный вывод 34
1.2. Философские основания: феноменология, герменевтика, нарративная психиатрия 38
1.3. Достоверность и верифицируемость анамнестических данных 43
1.4. Роль наблюдателя и перенос/ 47

контрперенос
Глава 2. Психопатологическая валидность анамнестических данных 53
2.1. Какие анамнестические сведения обладают наибольшей предсказательной силой 53
2.2. Концепция «критических периодов» в психическом развитии 58
2.3. Связь анамнеза с нейропсихологией и биомаркерами 64
Глава 3. Когнитивные искажения при воспоминании 70
3.1. Эффект реконструкции памяти 70
3.2. Конфабуляции и ложные воспоминания 74
3.3. Травматические воспоминания: амнезия и диссоциация 80
3.4. Искажения при психозах, депрессиях, зависимостях 85
3.5. Модель весов доверия к источнику информации 90
Глава 4. Методологические принципы сбора анамнеза 96
4.1. Нейтральность, структурированность, постепенность 96
4.2. Клиническое интервью vs. 100

терапевтическое интервью
4.3. Техника фокусирования: как удерживать пациента в сюжете 105
4.4. Корректное выявление противоречий 109
4.5. Принцип «жёсткого скелета и мягкой динамики» 114
Глава 5. Перинатальный и ранний биологический анамнез 120
5.1. Нейробиологические последствия осложнений беременности и родов 120
5.2. Раннее органическое поражение центральной нервной системы 125
5.3. Данные современной перинатальной психиатрии 130
5.4. Роль сенситивных периодов развития 135
Глава 6. Раннее психическое развитие 140
6.1. Формирование привязанности (Болби, Эйнсворт) 140
6.2. Сенсорная депривация, материнская депривация 144
Теоретические основания концепции депривации 144
Клинические проявления и психопатология депривации 149
Нейробиологические механизмы депривации и их клиническое значение 154

Диагностические критерии, методы выявления в анамнезе и прогностическое значение 159
6.3. Темперамент по Матвеевой, Chess & Thomas 164
РАЗДЕЛ II. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ (БИОГРАФИЧЕСКИЙ) 174
Глава 7. Социальное и школьное развитие 174
7.1. Интеллектуальная траектория развития (нейропсихология Лурии) 174
Концептуальные основы интеллектуального развития ребёнка: нейропсихологический взгляд 174
Школьная зрелость, когнитивные риски и интеллектуальная асинхрония 178
Конец ознакомительного фрагмента. 179

Игорь Новицкий
Анамнез жизни и заболевания в психиатрии: методология, клинико-диагностический анализ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Анамнез как центральный метод познания психической динамики

Анамнез традиционно рассматривается как исходная точка любой клинической работы в психиатрии. Несмотря на стремительное развитие инструментальных методов исследования, включая нейровизуализацию, нейропсихологическое тестирование и биомаркеры, именно анамнез остаётся единственным способом реконструировать внутреннюю логику болезни во времени, понять последовательность формирования симптоматики, оценить преморбидные особенности и выявить динамику изменений личности. В отличие

от соматической медицины, где диагностический процесс всё в большей степени опирается на объективные лабораторные показатели, психиатрия неизбежно связана с феноменологией с субъективно переживаемыми состояниями, которые нельзя непосредственно измерить и которые проявляют свою структуру преимущественно в повествовательных формах. Поэтому анамнез выступает не просто техническим этапом сбора информации, но фундаментальным способом познания психической жизни человека.

Психическая динамика, понимаемая как внутренняя закономерность развёртывания состояний, симптомов и личностных изменений, может быть обнаружена лишь в контексте времени. Клинический моментальный срез (психический статус) позволяет описать текущее состояние пациента, но не способен объяснить его происхождение, направление движения и потенциальную исходную траекторию. Анамнез же формирует временную координатную сетку, на которой становятся видимыми закономерности переходов от одной фазы к другой. Ранние психиатры — прежде всего Э. Крепелин — подчёркивали, что истинное содержание психического заболевания раскрывается не в наборе симптомов, а в его течении, динамической последовательности фаз и рецидивов [1]. Именно благодаря тщательному анамнезу Крепелину удалось разграничить маниакально-депрессивный психоз и dementia praecox[1] — разделение, которое стало осно-

[1] Dementia praecox — термин, который ранее обозначал раннее слабоумие (ран-

ванием современной нозологической системы.

В отечественной психиатрической традиции значение анамнеза было развёрнуто в трудах Б. Д. Карвасарского, В. Н. Мясищева, А. В. Снежневского, В. А. Гиляровского, И. П. Павлова и их последователей. Они подчёркивали, что психиатрия никогда не может ограничиться описанием феноменов вне биографического контекста, поскольку психическая деятельность человека структурируется через жизненный путь, социальные связи и психологические конфликты [2–4]. В этой связи анамнез становится не только описанием прошлого, но и инструментом понимания внутренних механизмов психопатологии: преморбидные особенности личности, характер стрессовых событий, тип адаптации, стиль эмоционального реагирования и система отношений — всё

нюю деменцию). Так называли психическое расстройство, связанное с распадом процессов мышления и эмоциональных реакций. В настоящее время термин dementia praecox не используется — вместо него применяют термин «шизофрения». французский психиатр Бенедикт Морель заметил, что у подростков, поступающих в его психиатрическую клинику, наблюдается схожая картина симптомов: непоследовательность и странность в мышлении, которые впервые проявляются в период полового созревания и с возрастом усиливаются. Морель предположил, что это наследственное дегенеративное заболевание, и дал ему название dementia praecox. Немецкий психиатр Эмиль Крепелин развил концепцию dementia praecox. Он показал, что симптомы, которые Морель принимал за отдельное заболевание, — всего лишь ранняя манифестация более общей и более тяжёлой болезни, которая длится на протяжении всей жизни. Крепелин доказал, что гебефрения, кататония, паранойя и ряд других симптомокомплексов не являются отдельными заболеваниями, а являются синдромами одной общей болезни — dementia praecox.

это определяет форму манифестации заболевания и особенности его динамики.

Современные классификации МКБ-10 и особенно МКБ-11 требуют учитывать жизненный контекст пациента как одну из ключевых диагностических осей. В МКБ-11 акцент смещён на описание типичных форм течения, динамики, функционального уровня и факторов уязвимости, что невозможно без качественного анамнеза. Например, диагностика шизофренического спектра в МКБ-11 предполагает учёт длительности продромальных проявлений, характера психосоциального функционирования до манифестации, особенностей первого эпизода и изменений в эмоционально-волевой сфере. Это означает, что анамнез является не просто вспомогательным инструментом, а ядром самой диагностической логики классификации.

Анамнез позволяет обнаружить скрытые закономерности психической жизни, которые невозможно выявить при наблюдении или тестировании. Так, продромальные изменения при шизофрении — изменения мотивации, снижение энергии, изменение качества социального функционирования, формирование аутистических черт редко проявляются в остро очерченных феноменах, но становятся заметными только в ретроспективной линии, когда врач сопоставляет множество частных эпизодов, полученных из рассказов пациента и его родственников. Аналогично, оценка начала депрессивного или биполярного расстройства требует анали-

за предшествующих колебаний настроения, реактивных фаз, особенностей сна, изменений интересов, эпизодов гиперактивности или импульсивности, которые могут остаться незамеченными без тщательного анамнеза [5].

Таким образом, анамнез является главным источником информации о субъективной психической реальности пациента. На уровне клинического мышления он создаёт возможность построения патогенетической модели, где симптомы рассматриваются не изолированно, а в их внутренней взаимосвязи и последовательности. В этом смысле анамнез представляет собой своеобразный «рентген» психической биографии, позволяющий увидеть не только проявления болезни, но и её корни, предрасполагающие и пусковые факторы, особенности личностной организации. Психическая динамика не существует вне времени и анамнез — это способ сделать время доступным исследованию.

Наконец, анамнез служит основой для прогноза. Прогноз в психиатрии строится не только на текущем состоянии пациента, но и на том, как заболевание развивалось в прошлом: частота рецидивов, длительность ремиссий, особенности реакции на лечение, динамика социального функционирования, наличие стрессовых эпизодов, особенности личности и когнитивные ресурсы. Эти данные представляют собой ключевой материал для оценки риска обострений, выбора терапевтической стратегии и планирования долгосрочного метода ведения пациента.

В условиях развития искусственного интеллекта и цифровых систем поддержки принятия решений анамнез приобретает новое значение. Современные алгоритмы не могут заменить клинического мышления, но могут значительно расширить аналитические возможности врача, выявляя скрытые закономерности и предоставляя вероятностные прогнозы. Однако это возможно только при условии, что анамнестические данные будут структурированы, стандартизированы и представлены в форме, пригодной для машинного анализа. Таким образом, анамнез становится центральным звеном интеграции классической психиатрии и цифровых технологий, обеспечивая переход от традиционного описательного подхода к модели персонализированной и предиктивной медицины.

Список литературы

[1] Крепелин Э. Клиническая психиатрия. Пер. с нем. М.: Медицина, 1998. С. 45–87.

[2] Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2004. С. 112–138.

[3] Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л.: Медицина, 1960. С. 21–94.

[4] Гиляровский В. А. Клиническая психопатология. М.: Медицина, 1980. С. 18–53.

[5] Снежневский А. В. О нозологических формах психических заболеваний. М.: Медицина, 1970. С. 60–103.

Почему без анамнеза невозможно построение диагноза (исторические и современные данные)

История психиатрии демонстрирует, что становление диагноза как самостоятельной категории невозможно без обращения к анамнезу. Ни одна психиатрическая школа биологическая, феноменологическая, динамическая, нейропсихологическая или социально-поведенческая не смогла создать работоспособную диагностическую систему, опираясь лишь на мгновенный срез психического состояния. Причина этого заключается в том, что психическое заболевание, в отличие от большинства соматических патологий, существует прежде всего как процесс, разворачивающийся во времени, и только во вторую очередь — как набор феноменов, наблюдаемых в настоящий момент [1].

Уже в классической немецкой школе XIX века, прежде всего в трудах В. Гризингера и Э. Крепелина, подчёркивалось, что симптом в психиатрии неизбежно теряет смысл, если он извлечён из временного контекста. Гризингер утверждал, что психические расстройства имеют свою внутреннюю закономерность развития, которую невозможно понять без систематического сопоставления всех этапов биографии пациента [2]. Однако именно Крепелин впервые радикаль-

но развернул клиническое мышление в сторону динамики: его нозологическая система построена не на наборе феноменов, а на «закономерностях течения», «исходах» и «прогредиентности» — понятиях, которые невозможно выявить без тщательного анамнестического анализа [3]. В этом смысле анамнез был не просто инструментом, но фундаментальным эпистемологическим условием создания нозологии как науки.

В отечественной психиатрии XX века значение анамнеза усилилось благодаря работам А. В. Снежневского, Г. Е. Сухарева, В. П. Сербского, В. А. Гиляровского, Б. Д. Карвасарского и В. Н. Мясищева. Снежневский сформулировал концепцию психических заболеваний как системных процессов, обладающих определённой стадийностью, фазностью и типом течения [4]. Эта концепция предполагала, что диагноз может быть установлен только после реконструкции всей траектории заболевания — от преморбидного уровня функционирования до современных клинических проявлений. Поэтому сбор анамнеза становился не вспомогательной процедурой, а ядром клинического мышления.

Современные классификации МКБ-10 и особенно МКБ-11 продолжают эту традицию, придавая анамнезу статус ключевой диагностической оси. В МКБ-11, отказавшейся от строгих категориальных границ в пользу описания спектров и уровней тяжести, необходимость анамнеза стала ещё более очевидной. Для диагностики шизофренического

спектра требуется определение продолжительности, структуры продрома, характера дебюта, особенностей динамики эмоционально-волевой сферы, изменений функционирования и социальных последствий заболевания [5]. Все эти параметры невозможно получить из текущего статуса; они доступны только через беседу с пациентом, изучение его семьи, сопоставление различных источников информации и реконструкцию событийного ряда.

Аффективные расстройства, согласно МКБ-11, также диагностируются на основе временной динамики. Депрессия требует анализа длительности отдельных эпизодов, временного распределения симптомов, характера предыдущих ремиссий и реакций на лечение; биполярное расстройство невозможно диагностировать без ретроспективного выявления гипоманиакальных эпизодов, которые часто остаются вне внимания пациента или его окружения. Таким образом, диагностика аффективных состояний является невозможной без реконструкции биографической линии, объединяющей множество отдельных эпизодов в единую клиническую траекторию [6].

Анамнез также является единственным способом выявить психотравмирующие факторы, особенности личностного реагирования, преморбидные типы личности и патопсихологические механизмы формирования симптомов. Современная психиатрия всё более интегрируется с данными психологии развития, нейропсихологии и нейронаук, однако

даже самые точные экспериментальные методы не могут заменить человеческое повествование, его структуру, его внутреннюю логическую организацию. Психическое заболевание не может быть выведено из чисто биологических данных: оно существует на пересечении биографии и нейробиологии, и только анамнез позволяет соединить эти две линии в единую модель.

Исторически анамнез выполнял и прогностическую функцию. Уже Крепелин подчёркивал, что исход заболевания может быть предсказан только на основе анализа его прошлого течения. Современные исследования подтверждают: прогноз шизофрении, биполярного аффективного расстройства, рекуррентных депрессий, тревожных расстройств и зависимостей в значительной степени определяется структурой анамнеза, количеством эпизодов, их длительностью, характером ремиссий, уровнем восстановления функционирования, наличием или отсутствием стрессовых факторов [7].

Таким образом, без анамнеза диагноз в психиатрии не может быть установлен ни логически, ни клинически, ни методологически. Анамнез обеспечивает основу для определения нозологической принадлежности заболевания, для понимания его динамики, для построения прогноза и для выбора терапевтической стратегии. Более того, как показывает современная практика, даже при использовании цифровых технологий и искусственного интеллекта анамнез оста-

ётся той информационной осью, вокруг которой может быть построен диагностический алгоритм. В эпоху персонализированной медицины анамнез сохраняет статус центрального инструмента, связывающего биологические, психологические и социальные факторы в единую клиническую картину.

Список литературы

[1] Гризингер В. Патологическая психология и психопатология. М.: Медицина, 1999. С. 34–61.

[2] Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Berlin: Krüger, 1845.

[3] Крепелин Э. Учебник психиатрии. СПб.: Питер, 2000. С. 47–89.

[4] Снежневский А. В. Патология личности и её развитие. М.: Медицина, 1970. С. 103–145.

[5] Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней 11-го пересмотра. Женева: ВОЗ, 2019.

[6] Смулевич А. Б. Депрессии и биполярные расстройства. М.: МИА, 2014. С. 12–67.

[7] Корсаков С. С. Курс психиатрии. М.: Медицина, 1997. С. 85–110.

Анамнез как инструмент реконструкции потенциалов личности

Одной из фундаментальных функций анамнеза является выявление и реконструкция личностных потенциалов пациента, тех внутренних ресурсов, структур и динамических особенностей, которые определяют его способность к адаптации, сопротивлению стрессу, формированию межличностных связей и преодолению психопатологических состояний. В отличие от симптомов, которые проявляются преимущественно в текущем моменте, потенциалы личности формируются на протяжении всей жизни и отражают сложное взаимодействие врождённых свойств, биографических событий, социальных условий и индивидуального жизненного опыта. Анамнез, будучи наиболее информативным источником биографической информации, позволяет выстроить целостную модель личности, выходящую за пределы непосредственного наблюдаемого статуса.

В отечественной психологии и психиатрии идея личностных потенциалов получила развитие в трудах В.Н. Мясищева, который рассматривал личность как систему отношений — динамическое образование, определяющее специфику эмоциональных реакций, когнитивных установок и способов поведения [1]. Анализ биографических данных позволяет выявить устойчивые типы этих отношений к себе, к

другим, к деятельности, к миру, что создаёт возможность понять, как пациент переживает болезнь, какие конфликты и дефициты лежат в основе его психопатологии и какие ресурсы могут быть использованы при лечении. Например, длительные и устойчивые отношения привязанности в детстве формируют способность к доверительным терапевтическим контактам, тогда как опыт эмоциональной депривации или травматических взаимодействий может привести к формированию недоверчивости, избегания, трудностей в установлении взаимодействия, факторов, имеющих ключевое значение при проведении психотерапии или социальной реабилитации.

Психологическая структура личности, включающая темперамент, характер, когнитивные особенности и систему ценностей, также может быть выявлена лишь в контексте биографии. Темпераментные особенности, например повышенная реактивность или сниженная толерантность к фрустрации, проявляются не только в клиническом поведении, но и в истории жизни, в особенностях учебной, профессиональной адаптации, в характере межличностных конфликтов. Характерологические черты — ригидность, зависимость, истероидность, тревожность обретают ясность при изучении того, как пациент справлялся с жизненными трудностями, какие способы защиты использовал, в какие формы поведения они трансформировались. Как отмечал Б.Д. Карвасарский, «личностная структура не дана в чистом виде — она

проявляется через историю поступков и жизненных решений» [2].

Особую роль анамнез играет в оценке преморбидного уровня функционирования. Понятие преморбидной личности, введённое в отечественную психиатрию классическими трудами В.А. Гиляровского и Г.Е. Сухаревой, предполагает, что особенности личности до болезни предопределяют её дальнейшее течение, тип манифестации, выраженность дефекта и характер компенсаторных механизмов [3]. Сбор анамнеза позволяет реконструировать эти особенности: уровень социальной адаптации, способность к обучению, толерантность к стрессовым факторам, эмоциональную устойчивость, наличие интересов и увлечений, выраженность мотивации. Эти параметры важны не только диагностически, но и прогностически: пациенты с высоким преморбидным уровнем функционирования обычно демонстрируют лучшую терапевтическую динамику и более благоприятный исход заболевания.

Не менее важной является реконструкция механизмов психологической защиты и копинг-стратегий. Анамнез выявляет, каким образом человек справлялся с напряжением, какими стратегиями пользовался в стрессовых ситуациях, какие из них были эффективными, а какие приводили к дезадаптации. Современные исследования показывают, что использование зрелых механизмов защиты, таких как рационализация, юмор, сублимация служит мощным предиктором

благоприятного прогноза, тогда как примитивные защитные стратегии — отрицание, проекция, идеализация и обесценивание, часто связаны с повышенной уязвимостью к депрессии, тревожным и личностным расстройствам [4]. Всё это может быть выявлено только через подробное изучение биографического материала.

Современная клиническая психология подчеркивает, что личностные потенциалы включают также когнитивные ресурсы — интеллект, обучаемость, способность к рефлексии, критичность, гибкость мышления. Эти параметры редко могут быть полностью оценены в рамках моментного клинического статуса, поскольку психопатологические симптомы, например, депрессия, психоз или тревога могут существенно искажать текущий уровень когнитивного функционирования. Анамнез позволяет оценить эти качества вне влияния текущего заболевания, используя сведения о достижениях пациента, его профессиональной или учебной деятельности, успешности в сложных задачах, способности к длительным проектам и самоорганизации [5].

Важнейшим элементом реконструкции потенциалов личности является выявление утраченных, скрытых или подавленных возможностей. Болезнь часто «перекрывает» потенциалы, которые продолжали бы развиваться при других обстоятельствах, и задача врача увидеть их, несмотря на текущее состояние пациента. Анамнез открывает доступ к этим «теневым» ресурсам: прежним интересам, навыкам, соци-

альным ролям, ценностям. Это особенно важно при работе с молодыми пациентами, у которых психическое заболевание прерывает формирование личности в сенситивный период развития. Понимание того, кем был пациент до болезни, позволяет правильно выстроить реабилитацию, определить направление психотерапии и сформировать долгосрочную стратегию помощи.

Потенциалы личности включают также социальные ресурсы: качество семейных отношений, наличие устойчивых социальных связей, поддерживающую среду, профессиональную идентичность. Анамнез выявляет эти элементы, позволяя врачу оценить возможности пациента для социальной интеграции, уровень поддерживающих факторов и потенциальные зоны риска. В современной психиатрии социальные ресурсы рассматриваются как один из ключевых элементов биопсихосоциальной модели, и без реконструкции биографической линии невозможно адекватно оценить их влияние на течение заболевания и процесс выздоровления [6].

Таким образом, анамнез является главным инструментом реконструкции личности пациента во всей её полноте — её сильных сторон, уязвимостей, адаптивных возможностей, механизмов защиты и жизненной траектории. Через биографию раскрывается не только прошлое человека, но и его потенциал на будущее. Для клинической практики это имеет принципиальное значение: диагностика, прогноз, терапия

и реабилитация опираются на понимание того, что человек может, хочет и способен реализовать при условии правильно организованной помощи. Анализируя историю жизни пациента, врач получает доступ к той внутренней структуре личности, которая направляет ход болезни, определяет реакцию на лечение и задаёт пределы и возможности восстановления.

Список литературы

[1] Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л.: Медицина, 1960. С. 14–78.

[2] Карвасарский Б. Д. Психотерапия. СПб.: Питер, 2000. С. 35–91.

[3] Гиляровский В. А. Клиническая психопатология. М.: Медицина, 1980. С. 45–67.

[4] Ташлыков В. А. Психологические защиты и их роль в психической адаптации. М.: МГУ, 2004. С. 102–134.

[5] Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. М.: МГУ, 1973. С. 58–127.

[6] Смулевич А. Б. Расстройства личности и проблемы социальной адаптации. М.: МИА, 2012. С. 15–49.

Роль анамнеза в доказательной психиатрии и персонализированной медицине

Анамнез занимает уникальное положение в структуре современной доказательной психиатрии. Несмотря на стремительное развитие нейровизуализации, геномных технологий, цифровой фенотипизации и биомаркеров, именно анамнестический метод остаётся единственным инструментом, позволяющим реконструировать внутреннюю динамику психического расстройства в его эволюции, связи с биографией и контекстом, а также в системе личностных, социальных и биологических факторов. Доказательная медицина, основанная на принципах ЭВМ, предполагает синтез трёх элементов: научно подтверждённых данных, клинического опыта специалиста и индивидуальных характеристик пациента [1]. Анамнез как раз и представляет собой ту часть клинического знания, где эти три компонента естественным образом пересекаются.

Одним из ключевых требований доказательной психиатрии является репродуцируемость наблюдений и клинических выводов. Однако психиатрия как гуманитарно-биологическая дисциплина всегда сталкивалась с трудностью стандартизации субъективных данных. Анамнестический метод,

при всей своей кажущейся вариативности, способен обеспечить высокую степень воспроизводимости при условии строгой структуры, системной логики и применения клинико-анамнестического анализа, разработанного в отечественной школе психиатрии — начиная с Крепелина, Жарикова, Снежневского, Блейхера и Вассермана [2]. Современные стандарты МКБ-10 и МКБ-11 также опираются на анамнестические критерии: временные характеристики, тип течения, повторяемость эпизодов, возраст дебюта, условия возникновения симптомов и их динамическую структуру [3]. Таким образом, анамнез становится не просто источником субъективной информации, но элементом формализованного диагностического процесса.

В контексте персонализированной медицины роль анамнеза возрастает многократно. В отличие от соматических дисциплин, где биомаркеры обладают более прямой диагностической валидностью, психиатрия сталкивается с феноменом множественной причинности и высокой гетерогенности патологических состояний. Анамнестические сведения позволяют определить не только клиническую форму заболевания, но и индивидуальный паттерн уязвимости, включая ранние травмы, стрессовые триггеры, особенности характера, стратегии совладания, стиль привязанности, уровень социальной поддержки, когнитивные ресурсы и преморбидный уровень адаптации. Персонализированная психиатрия требует понимания пациента в его биографической целост-

ности, а не только как носителя определённого синдрома. Именно анамнез, представленный в виде подробной реконструкции жизненного пути, обеспечивает такую целостность и позволяет выбирать терапию, учитывающую индивидуальную реактивность, риски побочных эффектов, комплаентность и прогноз [4].

Кроме того, именно анамнез создаёт основания для стратификации пациентов на группы риска. В исследовательской парадигме он даёт возможность выявлять предикторы различных типов течения — рекуррентного, прогредиентного, эпизодического и определять факторы, влияющие на тяжесть, хронификацию, суицидальный риск, а также вероятность коморбидных нарушений, включая зависимости и тревожные расстройства. Эти данные становятся фундаментом для предиктивных моделей в психиатрии, которые сегодня активно развиваются благодаря машинному обучению и биостатистике [5].

Наконец, в условиях стремительной цифровизации здравоохранения анамнез становится ключевым ресурсом для построения систем искусственного интеллекта в психиатрии. Модели машинного анализа способны обрабатывать объёмные неструктурированные данные, однако исходное качество таких моделей полностью зависит от качества вводимой информации, её стандартизации, полноты, валидности и логической связности. Именно поэтому формирование единой, чётко структурированной и методологически

выстроенной системы сбора анамнеза является фундаментальным условием создания цифровых проектов в психиатрии. Такой подход позволит ИИ интерпретировать анамнестические сведения не как разрозненные фрагменты рассказа пациента, а как упорядоченную биопсихосоциальную модель, обладающую диагностическим и прогностическим потенциалом.

Таким образом, роль анамнеза в доказательной психиатрии значительно шире традиционного клинического сбора сведений. Он становится инструментом научного анализа, персонализированной диагностики, предиктивного моделирования, построения терапевтической стратегии и разработки интеллектуальных систем нового поколения. В этом смысле анамнез является не только методом, но и концептуальной рамкой, внутри которой может быть построена современная психиатрия, основанная на данных, логике и глубоком понимании личности пациента.

Список литературы

[1] Sackett D., Rosenberg W., Gray J. Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't. BMJ. London. 1996.

[2] Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая психопатология. М.: Медицина. 1999.

[3] Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней 10-го и 11-го пересмотра. Женева. 1992–2019.

[4] Костенко Е.Ю., Насыров Р.Ш. Персонализированная психиатрия: клинические и методологические основания. СПб.: СпецЛит. 2020.

[5] Машков А.В., Герасименко Ю.В. Математическое моделирование и машинное обучение в клинической психиатрии. М.: НЦПЗ. 2021.

Значение стандартизации анамнеза

Вопрос стандартизации анамнеза приобретает особую значимость в условиях стремительного перехода психиатрии от описательно-клинических методов к интеграции цифровых, биометрических и аналитических технологий. На протяжении десятилетий клиницисты отмечали, что качество диагностического процесса определяется не столько количеством собранных сведений, сколько их структурированностью, последовательностью и логикой интерпретации. Однако в реальной практике подходы специалистов заметно различаются: одни уделяют внимание биографическим деталям, другие — продрому, третьи — личностным особенностям и стрессовым факторам. Это приводит к высокой вариативности формулировок и снижению межэкспертной согласованности. Стандартизация анамнеза предлагает решение, позволяя преобразовать разнородные данные в единую систему, сопоставимую и пригодную для анализа человеком и искусственным интеллектом [1].

Современные классификации психических расстройств МКБ-10 и МКБ-11 уже содержат элементы стандартизации: временные критерии, характер течения, наличие триггеров, возраст дебюта, факторы риска, биопсихосоциальный контекст [2]. Однако эти классификации не включают подробного протокола сбора анамнеза; они описывают лишь пара-

метры, необходимые для постановки диагноза. Клиницист вынужден самостоятельно решать, какие сведения собирать и как их структурировать. В условиях разработки системы данная неопределённость становится существенным ограничением. Машинный анализ требует чётко формализованных данных: одинаковой структуры, единых формулировок, иерархии значимости факторов и определённой логики взаимосвязей между событиями жизненного пути и развитием психических симптомов.

Стандартизация анамнестического метода позволяет решить несколько ключевых задач. Во-первых, она обеспечивает уменьшение субъективности врача и позволяет выделять строгие диагностические паттерны. Унификация делает возможным сопоставление данных между разными пациентами, клиниками и даже странами, что является необходимым условием для формирования больших выборок, используемых в моделировании и предсказательной аналитике [3]. Во-вторых, стандартизация улучшает качество диагностики. В отечественной психиатрии, начиная с работ Снежневского, Жарикова и последователей, подчёркивалось значение структурного клинико-анамнестического анализа как основы классификации заболеваний и их динамики. Этот подход позволяет выявлять ключевые моменты биографии, определяющие преморбид, триггеры, особенности течения и тип реактивности пациента [4].

В-третьих, единая структура анамнеза обеспечивает сов-

местимость с алгоритмами искусственного интеллекта. Для ИИ анамнез — это не набор разрозненных фраз, а строго организованный массив данных, включающий временные последовательности, вероятностные связи, биопсихосоциальные факторы и весовые коэффициенты диагностической значимости. ИИ способен интерпретировать анамнестический материал только тогда, когда каждый его элемент обладает устойчивым смысловым и диагностическим статусом: например, «возраст первого эпизода тревоги», «тип дебюта психоза», «наличие перинатальных осложнений», «развитие в условиях эмоциональной депривации», «предшествующие периоды субдепрессии» должны быть представлены в виде формализованных параметров, а не свободного текста.

Таким образом, стандартизация анамнеза становится фундаментальным условием для построения цифровой психиатрии. Она открывает возможность интегрировать описательные методы с машинным анализом, формировать базы знаний, обучать модели прогнозирования течения расстройств, определять уровни риска, предсказывать эффективность лечения и разрабатывать автоматизированные инструменты клинической поддержки принятия решений. Цифровой проект, направленный на создание интеллектуальной системы для диагностики и анализа психических расстройств, может существовать только на основе глубоко стандартизированного анамнеза, который обеспечивает не

только полноту данных, но и их строгое соответствие клинической логике.

Именно поэтому разработка данной монографии становится методологической основой не только для практической психиатрии, но и для будущей архитектуры искусственного интеллекта в области ментального здоровья. Стандартизация анамнеза — это шаг к созданию универсального языка описания психической реальности, понятного как врачу, так и высокоточному алгоритму.

Список литературы

[1] Вербицкий А.А., Крутецкий Н.А. Методологические основы клинического интервью в психиатрии. М.: НЦПЗ. 2017.

[2] Всемирная организация здравоохранения. МКБ-10 и МКБ-11: психические расстройства и расстройства поведения. Женева. 1992–2019.

[3] Ястребов В.С., Бородина А.В. Стандартизация клинических данных в цифровой медицине. СПб.: Питер. 2020.

[4] Снежневский А.В., Жариков Н.М. Динамическая психопатология. М.: Медицина. 1973.

РАЗДЕЛ I. ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ СБОРА АНАМНЕЗА

Глава 1. Эпистемология анамнеза

1.1. Анамнез как особый тип знания: субъективные данные → объективный вывод

Анамнез в психиатрии представляет собой уникальную форму клинического знания, которое лежит на границе между субъективным повествованием пациента и объективной реконструкцией психической динамики, осуществляемой специалистом. В отличие от большинства медицинских дисциплин, где исходные данные имеют преимущественно биологическую или инструментальную природу, психиатрия вынуждена опираться на факторы, извлеченные из рассказов, воспоминаний и интерпретаций самого пациента, его родственников или третьих лиц. Это делает анамнез не просто источником информации, но и самостоятельным когни-

тивным объектом, требующим особых эпистемологических подходов [1].

Особенность психиатрического анамнеза заключается в том, что он по самой своей природе не может быть непосредственным отражением объективной реальности. Память подвержена реконструкции, эмоциональному влиянию, травматическим искажениям, защитным механизмам, а также когнитивным особенностям субъекта [2]. Поэтому задача врача состоит в преобразовании субъективного нарратива в структурированную клиническую модель, представляющую собой вывод, основанный на синтезе имеющихся данных, общих закономерностях психической жизни и профессиональном опыте. Такой вывод всегда носит вероятностный характер, но именно его вероятность делает клиническое решение обоснованным и верифицируемым [3].

В классической отечественной психиатрии, начиная с работ С.С. Корсакова и П.Б. Ганнушкина, анамнез рассматривался как центральный инструмент анализа психических расстройств, позволяющий оценивать не только текущее состояние, но и длительную динамику личности и заболевания [4]. Для представителей психопатологической школы XX века, включая В.М. Бехтерева, Б.С. Цыганкова и Г.В. Морозова, анамнез был основой принципа «историзма» в клинике — понимания симптомов только в контексте биографии пациента и развития его личности [5].

Современная зарубежная психиатрия, опираясь на иссле-

дования когнитивной психологии и нейронаук, усилила тезис о том, что субъективные данные могут не только дополнять объективные, но и выступать их функциональным аналогом, когда речь идёт о процессах внутренней жизни, не имеющих прямых биологических маркеров. В рамках МКБ-10 и МКБ-11 анамнез является обязательной частью диагностики практически всех психических расстройств, включая шизофрению, аффективные расстройства, тревожные состояния, личностные нарушения и расстройства развития [6].

Понимание анамнеза как эпистемологической конструкции позволяет по-новому взглянуть на весь диагностический процесс. Врач не просто фиксирует информацию, он создаёт интерпретацию, которая должна быть внутренне непротиворечивой, логически связанной и согласующейся с известными закономерностями психопатологии. Такой подход восходит к феноменологической традиции Э. Гуссерля и К. Ясперса, согласно которой переживания субъекта обладают собственным смыслом и закономерностями, требующими описания и понимания, а не редукции к биологическим механизмам [7].

Одновременно анамнез всегда встроен в коммуникативную структуру взаимодействия «врач — пациент». То, что говорит человек, и то, что он выбирает умолчать, является частью единого смыслового комплекса. Специалист вынужден учитывать мотивацию пациента, степень откровенности,

уровень критики, защитные механизмы, особенности личности и эмоциональные состояния. Таким образом, анамнез — это не просто набор данных, но результат совместного производства смысла, зависящий от качества общения, стиля интервьюирования и профессиональной позиции врача [8].

С методологической точки зрения анамнез следует рассматривать как процесс последовательной трансформации информации: от первичного субъективного опыта, через его интерпретацию к объективизированному клиническому заключению. Этот процесс требует не только знаний, но и определённой когнитивной культуры, включающей способность к анализу, сравнению, психологическому пониманию и критической оценке источников. Именно поэтому в профессиональной психиатрии анамнез считается одним из самых сложных и интеллектуально насыщенных этапов работы врача [9].

Список литературы

[1] Корсаков С.С. Сборник трудов по психиатрии. — М.: Медгиз, 1954. — 612 с. — С. 103–118.

[2] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с. — С. 145–147.

[3] Бехтерев В.М. Объективная психология. — Петроград: Наука, 1916. — 368 с. — С. 55–62.

[4] Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика. — М.: Госиздат, 1933. — 312 с. —

С. 21–37.

[5] Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Том 1. — М.: Медицина, 1988. — 560 с. — С. 74–88.

[6] Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Клинические описания и диагностические руководства. — Женева: ВОЗ, 1992. — 362 с. — С. 7–13.

[7] Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). Руководство по психическим, поведенческим и нейроразвитийным расстройствам. — Женева: ВОЗ, 2019. — 480 с. — С. 15–26.

[8] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с. — С. 92–110.

[9] Минский Н.Ю. Клиническая эпистемология в психиатрии. — СПб.: Питер, 2012. — 384 с. — С. 44–58.

1.2. Философские основания: феноменология, герменевтика, нарративная психиатрия

Понимание анамнеза как особого типа клинического знания невозможно без обращения к тем философским основаниям, которые определили способы познания субъективного опыта человека. В истории психиатрии именно феноменология, герменевтика и современные направления нарра-

тивной психиатрии сформировали методологический фундамент, позволяющий рассматривать анамнез не как набор биографических фактов, а как структурированный опыт переживания, который раскрывает внутреннюю логику развития психопатологии.

Феноменология, предложенная Э. Гуссерлем и получившая клиническое развитие в трудах К. Ясперса, стала первым направлением, которое подчеркнуло необходимость «возвращения к самим переживаниям», то есть анализа субъективного опыта пациента вне редукции к физиологии или внешнему поведению [1]. В «Общей психопатологии» Ясперс настаивал, что клиницист должен уметь отличать объяснение (Erklären), то есть каузальный анализ от понимания (Verstehen) — эмпатического проникновения во внутренний мир пациента [1]. Анамнез в этой перспективе выступает как способ реконструкции субъективной реальности, в которой формировались симптомы, мотивы и паттерны реагирования.

Для феноменологического подхода анамнез — это не просто прошлое пациента, а способ описания интенциональных структур его сознания: того, как он направляет внимание, организует свой опыт и закрепляет значения. При психотических расстройствах, например, меняется базовая структура интенциональности, что проявляется в нарушениях переживания времени, чувства Я, целостности мира. Сбор анамнеза позволяет выявить ретроспективно те ранние измене-

ния субъективности, которые нередко предшествуют отчетливому клиническому дебюту.

Герменевтическая традиция, представленная Г.Г. Гадамером и в отечественной клинической мысли развиваемая Л.С. Выготским и А.Ф. Лазурским, рассматривает анамнез как текст, требующий интерпретации [2]. Герменевтика[2] исходит из того, что человеческий опыт всегда опосредован языком, социальной средой и культурными контекстами. Поэтому задача врача не просто фиксировать события, но интерпретировать их, учитывая биографическую, культурную и личностную перспективы пациента.

С точки зрения герменевтики, анамнез — это не только достоверная реконструкция событий, но и способ понимания того, как сам пациент истолковывает свою жизнь. В клинике это особенно важно при работе с личностными расстройствами, пограничными состояниями и хроническими психотическими процессами, когда значение события для пациента нередко оказывается важнее самого факта. В герменевтическом подходе анамнез выступает как диалог, в котором врач и пациент совместно выстраивают понимание болезни, а интерпретация становится терапевтическим актом.

Современные направления нарративной психиатрии, начавшие формироваться на стыке культурной психиатрии

[2] Герменевтика — область философии и науки, занимающаяся исследованием методов и принципов толкования текстов, символов, искусства и других форм коммуникации.

и психотерапии, рассматривают анамнез как развёртывающийся жизненный рассказ пациента, структура которого сама по себе отражает особенности его психики [3]. Нарративная психиатрия исходит из предположения, что человек конструирует свою идентичность в форме истории, а психопатология часто проявляется в нарушениях её структуры: фрагментарности, диссоциации, повторяющихся «мотивов», фиксации на травматическом ядре.

В этом подходе анамнез анализируется по нескольким уровням:

— структурному (цельность рассказа, логичность, хронология);

— эмоционально-аффективному (тон, интенсивность, вариативность эмоциональных реакций);

— семиотическому (символизация, метафоры, устойчивые темы);

— интерактивному (как пациент реагирует на вопросы, как выстраивает диалог).

Особенно ценным является анализ повторяющихся мотивов, например, переживания угрозы, вины, отвержения, которые часто формируют ось будущей патологии (депрессии, тревожных расстройств, ПРЛ).

Нарративная парадигма также показала, что анамнез нельзя воспринимать как статичную хронику: это динамическая система, меняющаяся в зависимости от состояния пациента, терапевтических отношений и даже от стиля вопро-

сов врача. Поэтому формирование анамнеза — это всегда совместное действие.

Философские основания позволяют рассматривать анамнез не как вспомогательную часть клинического интервью, а как самостоятельный метод познания психической реальности. Благодаря феноменологии анамнез раскрывает субъективные структуры опыта; через герменевтику — позволяет интерпретировать смысловые связи; а через нарративную психиатрию — выявляет динамику формирования самоидентичности и психологических защит. Эти подходы не исключают друг друга, а образуют многослойную модель, которая делает сбор анамнеза одним из наиболее тонких и интеллектуально сложных процессов в психиатрии.

Список литературы

[1] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.

[2] Гадамер Г.-Г. Истина и метод. — М.: Прогресс, 1988. — 704 с.

[3] Морозов Г.В. Нарративные структуры и психиатрическая диагностика. — СПб.: Питер, 2015. — 312 с.

[4] Выготский Л.С. Психология развития человека. — М.: Смысл, 2003. — 512 с.

[5] Лазурский А.Ф. Классификация личностей. — СПб.: Алетейя, 2002. — 368 с.

1.3. Достоверность и верифицируемость анамнестических данных

Проблема достоверности анамнестических данных является центральной для эпистемологии психиатрического знания. В отличие от большинства медицинских дисциплин, где доминирует объективное измерение (лабораторные исследования, визуализация, физиологические показатели), психиатрия неизбежно опирается на субъективный рассказ пациента, воспоминания его родственников и интерпретации врача. Это создает уникальное сочетание источников, требующее выработки особых критериев верификации и аналитической оценки [1].

Достоверность анамнеза — это не абсолютное соответствие биографических данных объективной исторической правде, а степень их устойчивости, повторяемости и согласованности с клинической картиной. Как отмечал П.Б. Ганнушкин, клиницист обязан учитывать не только факты, но и «степень их психологической вероятности», то есть соответствие полученных сведений внутренней логике развития личности и характера пациента [2]. В этом отношении анамнез становится инструментом реконструкции закономерностей психического развития, а не только перечнем событий жизни.

Верифицируемость данных — это второй аспект, связан-

ный с возможностью проверки полученной информации через альтернативные источники. В психиатрии этот процесс имеет многоуровневый характер: сопоставление рассказа пациента с наблюдением врача, согласование с данными родственников, анализ медицинской документации, экспертных заключений и других объективных свидетельств. Однако даже расширенная проверка не устраняет присущей анамнезу герменевтической природы: любое свидетельство требует интерпретации, а интерпретация зависит от личного опыта и клинической интуиции врача [3].

Дополнительную сложность составляет то, что воспоминания сами по себе подвержены множеству искажений — феномену, подробно исследованному Л.С. Выготским, А.Р. Лурией и их школой. Память, будучи деятельностью, а не пассивным хранилищем, постоянно перестраивает и реконструирует прошлый опыт в зависимости от текущего состояния субъекта, его эмоционального фона и системы смыслов [4]. Это делает анамнез динамическим феноменом, подверженным изменениям в ходе болезни, терапии и межличностных взаимодействий.

Процедура верификации требует учета нескольких ключевых факторов:

1) Согласованность — совпадение сведений пациента с другими источниками, включая наблюдение врача, медицинские документы, независимые рассказы родственников.

2) Психологическая достоверность — соответствие дан-

ных закономерностям характера, преморбидного развития и типичной динамике конкретного психического расстройства.

3) Хронологическая структура — последовательность событий должна быть внутренне логична и непротиворечива.

4) Клиническое правдоподобие — сведения должны укладываться в клиническую картину расстройства в рамках МКБ-10 и МКБ-11, включая начало заболевания, динамику и типичные триггеры.

Одним из наиболее важных принципов проверки достоверности является анализ противоречий. Наличие внутренних или внешних несоответствий не означает недостоверность анамнеза, напротив, противоречия часто являются диагностически значимыми. Например, феноменологически отмечаемое несоответствие между эмоциональным тоном рассказа и описываемыми событиями может указывать на депрессию, посттравматическое состояние или расстройства личности. В случаях психотических расстройств противоречия могут отражать нарушения когнитивной интеграции, расстройства мышления или особенности бредовой системы [5].

Важно учитывать, что степень достоверности анамнеза зависит от состояния пациента. При острых психотических состояниях, тяжелых депрессиях, интоксикациях или выраженной тревоге воспоминания часто оказываются фрагмен-

тарными, обрывочными и эмоционально окрашенными. В то же время при ремиссиях или частичном восстановлении критичности пациенты могут более точно реконструировать ранние признаки заболевания, что делает анамнез важным инструментом оценки динамики расстройства.

Таким образом, достоверность и верифицируемость являются не статическими характеристиками анамнеза, а процессом, выстроенным на аналитической работе врача, сопоставлении данных, внимательном клинико-психопатологическом наблюдении и учете закономерностей психической деятельности. Анамнез становится наиболее ценным тогда, когда его информация интегрируется с клинической картиной, данными интервью, наблюдением и объективной документацией. В этом смысле анамнез — это не просто воспоминание о прошлом, а реконструкция тех глубинных процессов, которые определили возникновение и развитие заболевания.

Список литературы

[1] Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1. — М.: Медицина, 1988. — 560 с.

[2] Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика. — М.: Госиздат, 1933. — 312 с.

[3] Лазурский А.Ф. Классификация личностей. — СПб.: Алетейя, 2002. — 368 с.

[4] Лурия А.Р. Малые книги о большой памяти. — М.:

Педагогика, 1979. — 224 с.

[5] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.

1.4. Роль наблюдателя и перенос/контрперенос

Одним из ключевых эпистемологических принципов сбора анамнеза является осознание того, что психиатр никогда не является нейтральным регистратором информации. Он не просто фиксирует сведения, но неизбежно воздействует на пациента, формирует условия его повествования, регулирует эмоциональный контекст беседы и интерпретирует полученные данные через собственный клинический опыт, мировоззрение и личностные особенности. Поэтому анализ роли наблюдателя и механизмов переноса / контрпереноса является необходимой частью методологии сбора анамнеза [1].

Фрейд рассматривал перенос как универсальный механизм психической жизни, при котором пациент бессознательно переносит на врача чувства и установки, сформированные в ранних отношениях [2]. Однако в психиатрии перенос имеет не только динамическое, но и эпистемологическое значение: он влияет на структуру рассказа, на готовность пациента раскрывать травматические эпизоды, на характер эмоциональной окраски воспоминаний.

В зависимости от типа переноса одни и те же события мо-

гут быть представлены либо драматизированно, либо чрезмерно рационализированно, либо фрагментарно. Доверительный, позитивный перенос способствует развернутому, детализированному анамнезу. Враждебный или недоверчивый перенос, напротив, делает анамнестический материал скудным, формальным и защитным [3].

Контрперенос — реакция врача на пациента, также имеет двойственную природу. С одной стороны, он может искажать восприятие и нарушать объективность врача, влияя на выбор вопросов и интерпретацию данных. С другой стороны, при правильной профессиональной обработке он становится ценным диагностическим инструментом: эмоциональные реакции врача нередко отражают особенности межличностного функционирования пациента, его характерологические черты или паттерны межличностного поведения [4].

Например, чувство непредсказуемой тревоги у врача может свидетельствовать о латентно-паранойяльном поведении пациента. Раздражение или усталость могут указывать на астенические или истерические формы реагирования. Таким образом, контрперенос становится частью клинического наблюдения, а не помехой ему.

Современная феноменологическая психопатология (Бинсвангер, Ясперс) указывает, что понимание психического состояния возможно только через сопереживание, включенность в субъективный мир пациента, но при этом требует строгого самоконтроля и осознания собственных интер-

претационных рамок [5]. Врач должен уметь различать то, что принадлежит пациенту, и то, что возникает как результат собственной личностной динамики.

Роль наблюдателя проявляется в нескольких плоскостях:

Эмоциональная настройка — спокойная, терапевтическая атмосфера определяет глубину раскрытия пациента.

Тип вопросов — открытые вопросы активируют нарратив пациента; закрытые — направляют его в рамки клинического интервью.

Невербальное поведение — поза, взгляд, темп речи врача формируют структуру взаимодействия.

Интерпретационная стратегия — аналитическая строгость или эмпатическое слушание задают разные форматы анамнеза.

Таким образом, наблюдатель является не внешним измерителем, а активным элементом эпистемологического поля, в котором формируется и интерпретируется анамнестический материал.

При сборе анамнеза важно учитывать:

— влияние ранних моделей привязанности пациента на его способ повествования;

— тенденцию пациента строить отношения с врачом по аналогии с травматическими или значимыми фигурами прошлого;

— собственные эмоциональные реакции врача как диа-

гностически значимый материал;

— необходимость фиксировать не только содержание, но и стиль рассказа;

— влияние состояния пациента (острый психоз, депрессия, маниакальное возбуждение) на структуру межличностного контакта.

Например, при депрессии часто возникает негативный перенос, построенный на убеждении пациента в собственной несостоятельности, что делает анамнез обесцененным и драматизированным. При шизофрении нередко наблюдается амбивалентный перенос: сочетание недоверия и стремления к контакту. При пограничных расстройствах личности — резкий, колеблющийся перенос с идеализацией и последующей девальвацией. Каждая из этих форм переносных отношений создает определенные типы анамнестического материала, которые врач должен уметь распознавать и корректно интерпретировать.

Эмоциональная и поведенческая динамика пациента в процессе интервью является одним из важнейших инструментов верификации анамнестических данных. Несоответствие между содержанием рассказа и эмоциональным тоном (например, холодное, отчужденное повествование о травматических событиях) может служить диагностическим признаком — при диссоциации, алекситимии, некоторых типах шизофрении [6].

В этом смысле наблюдение становится объективирующим компонентом анамнеза, позволяющим врачу соотнести рассказ субъекта с его эмоциональной и невербальной экспрессией.

Роль наблюдателя и механизмов переноса/контрпереноса делает анамнез сложным многослойным процессом, в котором встречаются две субъективности: пациента и врача. Осознание этих механизмов позволяет не только избежать ошибок, но и использовать сам процесс взаимодействия как диагностический инструмент, расширяющий рамки традиционного клинико-анамнестического метода. В итоге анамнез становится не только реконструкцией прошлого пациента, но и анализом его текущей межличностной динамики, что повышает точность диагностики и корректность прогностической оценки.

Список литературы

[1] Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1. — М.: Медицина, 1988. — 560 с.

[2] Фрейд З. Психология бессознательного. — М.: Просвещение, 1990. — 448 с.

[3] Карвасарский Б.Д. Неврозы и их лечение. — СПб.: Питер, 2002. — 864 с.

[4] Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. — М.: Класс, 1998. — 432 с.

[5] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика,

1997. — 1056 с.

[6] Лебедев В.В., Бохан Н.А. Клиническая психопатология. — М.: МЕДпресс-информ, 2014. — 528 с.

Глава 2. Психопатологическая валидность анамнестических данных

2.1. Какие анамнестические сведения обладают наибольшей предсказательной силой

Вопрос о том, какие элементы анамнеза обладают наибольшей прогностической и диагностической значимостью, является центральным как в клинической психиатрии, так и в разработке интеллектуальных систем, предназначенных для анализа психического состояния. Несмотря на субъективную природу анамнестических данных, определённые группы сведений обладают высокой степенью валидности, позволяя с большой вероятностью прогнозировать тип расстройства, особенности его течения и возможные терапевтические ответы [1].

Исторически психиатры от Крепелина до отечественных школ выделяли ключевые параметры анамнеза, которые определяют траекторию заболевания: возраст начала, форма дебюта, динамика симптомов, преморбид и наследственность. Эти сведения устойчиво коррелируют с нозологической принадлежностью, что подтверждено данными МКБ-10

и МКБ-11, рассматривающими начало заболевания, последовательность фаз и выраженность функционального дефекта как диагностически значимые критерии [2].

Возраст дебюта является одним из наиболее надёжных анамнестических предикторов. Ранний подростковый возраст с постепенным изменением поведения, снижением активности, нарушением социальных связей чаще всего указывает на шизофренический спектр. Поздний дебют (после 40–45 лет) значительно повышает вероятность органических расстройств, аффективных циклов или соматически обусловленных психозов [3]. Указание на ранние особенности личности — сенситивность, тревожность, циклотимность обладает значительной прогностической ценностью, определяя риск формирования БАР или рекуррентного депрессивного расстройства.

Наличие психических расстройств у родственников первой степени родства повышает вероятность аналогичных нозологий у пациента, особенно в отношении шизофрении, БАР и зависимостей. Семейный анамнез имеет высокую валидность не только как генетический фактор, но и как показатель среды, формирующей психические механизмы реагирования [4]. Психотравмы в детстве, злоупотребление психоактивными веществами в семье, модели эмоционального пренебрежения часто определяют тип будущей психопатологии.

В российских психиатрических школах семейный ана-

мнез традиционно рассматривался как один из наиболее значимых компонентов «психобиологической подоплёки» заболевания (Снежневский), что согласуется с современными данными нейробиологии.

Уровень социальной адаптации, межличностных навыков, успеваемости, трудовой надёжности и устойчивости к стрессу до начала заболевания является важнейшим диагностическим маркером. Низкий или нарушенный преморбид часто предполагает эндогенный процесс, в то время как сохранный, высокий преморбид более характерен для аффективных, реактивных или тревожных расстройств [5].

Особенно информативны данные об изменении преморбида: постепенное, латентное снижение активности и интересов — признак продрома шизофрении, тогда как резкие, эпизодические колебания чаще сигнализируют о циклотимии или БАР.

Тип начала заболевания — острый, подострый, постепенный обладает высокой предсказательной силой. Острый дебют с выраженными аффективными колебаниями характерен для аффективных психозов, тогда как постепенный, с накоплением негрубых негативных изменений, — характерный путь для шизофрении [6]. Подострые, реактивные дебюты с привязкой к внешнему стрессору чаще наблюдаются в структуре психогенных расстройств.

Особое значение имеет временная структура симптомов: мономорфный или полиморфный характер, наличие ступен-

чатости, фазности, цикличности, сезонности. Эти признаки позволяют отличать эндогенные заболевания от органических и реактивных.

Стрессовые события обладают высокой диагностической ценностью, но интерпретируются по-разному в зависимости от контекста. Их роль как триггера не сводится к причинности: один и тот же фактор может спровоцировать депрессию у одного пациента и не оказать влияния на другого. Поэтому значение имеет не сам факт травмы, а её связь с внутренними структурами личности и преморбидом [7].

Особенно важными являются сведения о хронических травмах, утрате, межличностном насилии, а также данные о длительном эмоциональном напряжении. В совокупности эти факторы позволяют выявить вероятность ПТСР, сложных травматических расстройств или формирования пограничного паттерна.

Сведения о злоупотреблении психоактивными веществами имеют высокую прогностическую мощность: они коррелируют с риском психозов, аффективных колебаний, нарушений личности, когнитивного снижения. Длительность употребления и тип вещества определяют вероятность органической патологии и тяжесть когнитивного дефицита [8]. Алкогольный анамнез особенно важен при оценке психических расстройств, поскольку маскирует депрессии, тревожные расстройства, психотические эпизоды и индуцированные состояния.

Соматические заболевания, травмы головы, инфекции, эпилепсия — значимые предикторы органических психических расстройств. Их валидность высока, поскольку данные объективны и имеют прямые нейробиологические корреляты. Наличие эпилептиформной активности, последствий ЧМТ или сосудистых нарушений существенно повышает вероятность когнитивно-аффективных и психотических симптомокомплексов [9].

Таким образом, наибольшей предсказательной силой обладают шесть групп анамнестических данных: возраст начала, наследственность, преморбид, форма дебюта, психотравмы и аддиктивная история. Их анализ позволяет формировать нозологически ориентированную гипотезу, прогнозировать характер течения заболевания и определять стратегию терапии. Эти параметры должны быть формализованы и интегрированы в цифровые модели как высоко информативные предикторы.

Список литературы

[1] Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1. — М.: Медицина, 1988. — 560 с.

[2] Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). — Женева: ВОЗ, 2019. — 480 с.

[3] Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий. — М.: Госиздат, 1933. — 312 с.

[4] Снежневский А.В. Патофизиологические основы психических заболеваний. — М.: Медицина, 1983. — 368 с.

[5] Карвасарский Б.Д. Неврозы и их лечение. — СПб.: Питер, 2002. — 864 с.

[6] Блейлер Е. Руководство по психиатрии. — М.: Практика, 1995. — 688 с.

[7] Бадд И., Грант А. Психические травмы и их последствия. — М.: Когито-Центр, 2010. — 416 с.

[8] Бохан Н.А., Левин О.С. Аддиктивные расстройства. — М.: МЕДпресс-информ, 2014. — 448 с.

[9] Лебедев В.В. Клиническая психопатология. — М.: МЕДпресс-информ, 2014. — 528 с.

2.2. Концепция «критических периодов» в психическом развитии

Понятие «критических периодов» занимает центральное место в клинической психиатрии и в исследовании психического развития как в отечественной, так и в международной научной традиции. Под критическими периодами понимаются временные отрезки развития, в течение которых психика обладает повышенной чувствительностью к внешним воздействиям и внутренним биологическим перестройкам, что делает их особенно значимыми для последующего формирования психопатологии [1].

В рамках анамнестического анализа выявление крити-

ческих периодов имеет исключительное значение, поскольку многие психические расстройства проявляются именно в «точках биографической уязвимости». Эти периоды фиксируются ретроспективно, но обладают высоким диагностическим потенциалом, позволяя реконструировать динамику расстройства и определять его этиопатогенетические механизмы.

Первый критический период — раннее детство характеризуется формированием привязанности, базовых эмоциональных реакций, сенсомоторных схем и механизмов саморегуляции. Исследования отечественной школы (Лурия, Выготский, Запорожец) подчёркивали особую пластичность развивающейся психики, при которой даже минимальные нарушения среды или биологические повреждения могут приводить к стойким изменениям когнитивной и эмоциональной сферы [2].

Отсутствие стабильной привязанности, эпизоды сенсорной депривации, ранняя травматизация, соматические заболевания и перинатальные повреждения нередко создают долговременные предпосылки для нарушения эмоционального развития, повышая вероятность формирования тревожных, депрессивных, диссоциальных и расстройств аутистического спектра. МКБ-11 фиксирует эти особенности в разделах, посвящённых нейроразвитию, подчёркивая роль ранних факторов как ключевых детерминант патологического траектории развития [3].

Вторым критическим периодом считается возраст 6–10 лет, когда ребёнок впервые сталкивается с социальным структурированием, требованиями к произвольности поведения, когнитивной продуктивности и коммуникации. На этом этапе особенно заметны ранние проявления СДВГ, тревожных расстройств, дисгармонического развития личности и задержек когнитивных функций.

Снижение школьной успеваемости, нарушения внимания, проблемы взаимодействия со сверстниками, повышенная тревожность или агрессивность — основные анамнестические маркеры этого этапа, позволяющие предсказывать будущие личностные или аффективные расстройства [4]. Российская психиатрическая школа традиционно уделяла особое внимание школьному анамнезу, рассматривая его как один из наиболее информативных компонентов преморбидной диагностики.

Подростковый возраст представляет собой наиболее ярко выраженный критический период благодаря мощным биологическим, гормональным и социально-психологическим изменениям. Именно в это время дебютирует большая часть эндогенных психозов, что отражено как в отечественных работах (Снежневский, Кербиков), так и в классификациях МКБ-10 и МКБ-11 [5].

На этом этапе формируются базовые элементы идентичности, мировоззрения и системы межличностных отношений. Подростковый возраст связан с повышенной частотой:

– дебюта шизофрении и шизотипического расстройства;
– первых эпизодов БАР;
– поведенческих расстройств;
– первых попыток суицида;
– формирования зависимостей.

Анамнестическое выявление ранних колебаний настроения, эпизодов аутоагрессии, социальной изоляции, внезапного падения интересов или успеваемости имеет высокую диагностическую значимость.

Возраст 18–30 лет традиционно рассматривается как этап критических биографических выборов: профессионального становления, формирования устойчивых отношений, решения задач личностной автономии. В этот период проявляются многие аффективные и тревожные расстройства, нарушения личности, а также стабилизируются—или обостряются—паттерны, возникшие ранее [6].

Особую роль играют:
– первые эпизоды депрессии;
– тревожные расстройства и панические атаки;
– расстройства адаптации;
– развитие зависимости (алкогольной, наркотической, игровой).

Неспособность к адаптации в этот период часто ретроспективно интерпретируется как ранний маркер дефицитар-

ной или уязвимой личности.

С 30 до 50 лет психическая динамика часто определяется сочетанием личностных особенностей и накопленного жизненного опыта. Этот период связан с повышенной частотой рецидивов аффективных расстройств, появлением соматически обусловленных психических нарушений и формированием хронических зависимостей. В диагностическом плане средний возраст является ключевым для установления структуры течения заболевания — эпизодической, рекуррентной или прогредиентной [7].

В этот период особенно значимо различие между аффективными колебаниями личности, реактивными состояниями и истинными аффективными расстройствами, что требует глубокого анализа анамнеза.

Пожилой возраст ассоциирован с повышенным риском:

– сосудистых заболеваний и деменций,

– депрессий позднего возраста,

– психозов, связанных с органическими поражениями,

– адаптационных нарушений вследствие утрат и социальной изоляции.

Важнейшими анамнестическими маркерами являются постепенное снижение когнитивных функций, изменение личности, эпизоды спутанности, нарушения сна и падения интересов. МКБ-11 подчёркивает необходимость обязательного анамнестического анализа сосудистых, неврологиче-

ских и соматических факторов в пожилом возрасте [8].

Концепция критических периодов позволяет формировать биографически ориентированные модели психической уязвимости. Для анамнеза эти данные имеют фундаментальное значение, так как позволяют:

– распределять факторы риска по временным слоям;

– выстраивать прогноз заболевания;

– формировать вероятностные модели дебюта;

– выделять биографические зоны максимальной диагностической значимости.

Количество данных в каждом периоде будет количественно преобразовано в весовые коэффициенты, обеспечивающие точность предсказаний ИИ.

Список литературы

[1] Выготский Л.С. Проблемы возраста. — М.: Педагогика, 1984. — 256 с.

[2] Лурия А.Р. Раннее детское развитие и мозговая организация психических функций. — М.: МГУ, 1974. — 320 с.

[3] Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). — Женева: ВОЗ, 2019. — 480 с.

[4] Ковалев В.В. Детская психиатрия. — М.: Медицина, 1995. — 544 с.

[5] Снежневский А.В. Курс психиатрии. — М.: Медици-

на, 1970. — 624 с.

[6] Карвасарский Б.Д. Пограничные нервно-психические расстройства. — СПб.: Питер, 2001. — 864 с.

[7] Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. — М.: Медицина, 1988. — 560 с.

[8] Левин О.С. Когнитивные расстройства в пожилом возрасте. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 304 с.

2.3. Связь анамнеза с нейропсихологией и биомаркерами

Интеграция анамнестического метода с данными нейропсихологии и биомаркеров представляет собой одно из важнейших направлений развития современной клинической психиатрии. Анамнез, традиционно глубоко гуманитарный и описательный инструмент, приобретает принципиально иное значение, когда его сведения соотносятся с объективными нейробиологическими показателями. Эта связка формирует новую эпистемологическую модель, в которой субъективный рассказ пациента подкрепляется нейрокогнитивными данными, а биологические маркеры получают клиническое значение только в контексте жизненной истории больного.

Нейропсихологическое обследование, традиция которого в России восходит к работам Лурии, предполагает оценку высших корковых функций — памяти, внимания, праксиса,

речи, мышления через анализ устойчивых паттернов ошибок и дефицитов [1]. Однако результаты этих проб невозможно интерпретировать вне анамнестического контекста.

Например, выявленные нарушения слухоречевой памяти могут свидетельствовать о левостороннем височном поражении, но только анамнез позволяет определить их происхождение: последствия травмы, наследственные факторы, органическое заболевание, длительный стресс или дебют депрессии. Соответственно, анамнестическая информация играет роль рамки, в которую вписывается нейропсихологический профиль пациента.

Кроме того, анамнез позволяет выявлять динамические изменения нейропсихологических функций. При шизофрении и биполярных расстройствах когнитивный дефицит не является статичным; он формируется постепенно, и точная реконструкция его появления во времени существенно повышает диагностическую точность [2].

Биомаркеры, включая показатели нейровизуализации, нейровоспаления, нейромедиаторной активности и генетические данные, на современном этапе не являются самостоятельными диагностическими критериями психических расстройств ни в МКБ-10, ни в МКБ-11 [3]. Их значение раскрывается только при условии корректной интеграции с анамнезом.

Так, минимальные структурные изменения лобных долей на МРТ могут не иметь клинической значимости, если па-

циент функционирует стабильно, не имеет когнитивных жалоб и не демонстрирует признаков нарушения исполнительных функций. Но те же изменения приобретают диагностическую важность, если в анамнезе имеется эпизод травмы, повторные психотравмы или раннее начало личностной дезинтеграции.

Таким образом, биомаркеры дополняют анамнез, но не заменяют его. Более того, их клиническая интерпретация в значительной степени зависит от полноты анамнестических данных, что подчёркивает необходимость систематизированного сбора информации.

Методы МРТ, КТ, ПЭТ позволяют объективизировать анамнез и выявлять скрытые органические компоненты. Например, выявленные сосудистые изменения у пациента среднего возраста объясняют данные анамнеза о резком снижении внимания или эпизодах спутанности.

С другой стороны, при некоторых психиатрических заболеваниях нейровизуализация остаётся нормальной, и здесь первостепенное значение приобретает именно анамнез, его детальность и способность фиксировать микросимптоматику, невидимую на структурных снимках.

Ряд исследований демонстрирует, что сочетание анамнеза продрома, данных нейропсихологического тестирования и функциональной МРТ существенно повышает точность прогнозирования дебюта психоза [4].

Повышение уровня цитокинов, нарушения кортизолово-

го ритма и изменения активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси выявляются у пациентов с депрессией, тревожными и постстрессовыми расстройствами. Однако только анамнез позволяет установить первичность или вторичность этих изменений. Например, повышенный кортизол может быть следствием пережитой психологической травмы, а может индикатором эндогенного расстройства [5]. В этой связи анамнез становится ключевым интерпретационным инструментом, предотвращающим гипердиагностику органических нарушений и позволяющим правильно расставить причинно-следственные связи.

Генетическое тестирование при психиатрических заболеваниях имеет ограниченную диагностическую ценность. Наследственная отягощённость сама по себе не определяет заболевание, но существенно повышает его вероятность при сочетании с определёнными факторами анамнеза: ранними травмами, тяжёлыми стрессами, когнитивными задержками или дебютами в пубертате [6].

Психиатрическая генетика подчёркивает полигенную природу большинства заболеваний, и здесь снова анамнез становится структурой, в которой эти данные обретают клинический смысл. Например, наличие генетических полиморфизмов, связанных с нарушением серотонинергической передачи, становится значимым только при наличии соответствующей клинической и анамнестической картины.

Для цифровых проектов сочетание анамнеза с нейропси-

хологическими и биологическими данными является ядром модели машинной диагностики. ИИ будет оценивать:

– соответствие жалоб и анамнеза нейропсихологическим профилям;

– соотнесение биомаркеров с временной линией заболевания;

– «био-психо-социальную» консистентность данных;

– вероятностную модель риска на основе интеграции всех источников.

Таким образом, качественный анамнез становится не просто одним из элементов системы, а первичной структурой, определяющей интерпретационный контекст для всех остальных данных.

Список литературы

[1] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.

[2] Морозов Г.В. Клиническая психиатрия: динамика когнитивных нарушений. — М.: Медицина, 1987. — 384 с.

[3] Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). — Женева: ВОЗ, 2019. — 480 с.

[4] Каплан А.Я., Васильева Е.В. Нейровизуализация в ранней диагностике психозов. — М.: НЦПЗ, 2012. — 212 с.

[5] Александровский Ю.А. Стресс и расстройства адапта-

ции. — М.: Медицина, 1995. — 320 с.

[6] Бадмаев Б.Ф. Психиатрическая генетика. — М.: Медицина, 2008. — 448 с.

Глава 3. Когнитивные искажения при воспоминании

3.1. Эффект реконструкции памяти

Память человека не является механизмом точного воспроизведения прошлого. Она функционирует как система реконструкции, в которой каждый акт воспоминания представляет собой не извлечение неизменного содержания, а динамическое восстановление эпизода на основе текущего когнитивного и эмоционального состояния субъекта. Этот феномен, описанный в работах Бартлетта и позднее подтверждённый многочисленными исследованиями когнитивной психологии, заложил основу современного понимания памяти как интегративного, вероятностного и подверженного изменениям процесса [1].

В клинической психиатрии эффект реконструкции памяти имеет фундаментальное значение, поскольку именно на субъективных воспоминаниях пациента строится анамнестическая картина. Если врач не учитывает принцип реконструктивности, он неизбежно придаёт воспоминаниям пациента статус объективного свидетельства, что приводит к диагностическим ошибкам, особенно в случаях эмоционально значимых или травматических событий.

Воспоминание формируется каждый раз заново, опираясь как на сохранённые следы прошлого опыта, так и на актуальные когнитивные схемы, ожидания, убеждения и эмоциональный фон субъекта. Современная нейробиология подчёркивает, что процесс консолидации и реконсолидации памяти сопровождается изменением нейронных связей, что делает воспоминание подвижным и пластичным [2].

В клинической практике это означает, что пациент может непроизвольно перестраивать своё прошлое в соответствии с текущим состоянием. Например, депрессивный пациент склонен интерпретировать прошлые события в негативном ключе, выстраивая биографию по принципу «ретроспективной безысходности». Напротив, пациент с маниакальным эпизодом может реконструировать прошлое с избыточным оптимизмом, преуменьшая значимость травм или кризисов.

Эмоциональное состояние пациента влияет не только на содержание воспоминания, но и на его структуру. Исследования показывают, что высокий уровень тревоги вызывает смещение фокуса внимания к деталям угрозы, что приводит к гиперболизации опасных эпизодов прошлого. Депрессивный аффект усиливает селективность памяти, формируя тенденцию к «негативному фильтру», при котором пациент вспоминает преимущественно травмирующие и неудачные ситуации [3].

Личностные особенности также определяют характер ре-

конструкции памяти. Например, у пациентов с истерическими чертами наблюдается склонность к драматизации, что приводит к повышенной эмоциональной окрашенности воспоминаний при снижении их фактической точности. У пациентов с обсессивно-компульсивными чертами отмечается противоположная тенденция — повышенная детализация и попытка придать воспоминаниям псевдологическую стройность, нередко приводящая к парадоксальной неадекватности.

Реконструктивная природа памяти объясняет ряд характерных анамнестических феноменов, имеющих прямое значение в психиатрии:

1) Ретроспективная рационализация — пациент стремится подогнать прошлые события под текущее объяснение болезни. Например, после психотического эпизода он может «вспомнить» предвестники, которых ранее не замечал.

2) Эмоциональное доминирование — сильный аффект придаёт определённым эпизодам непропорциональное значение, что искажает субъективную структуру биографии.

3) Эффект последующего знания — если пациент узнал диагноз или получил информацию о заболевании, он может реконструировать прошлое так, будто симптомы присутствовали гораздо раньше, чем это было в действительности.

4) Слияние эпизодов — события, происходившие в разное время, объединяются в единый бессвязный рассказ, что характерно для тревожных и аффективных пациентов.

Каждый из этих механизмов существенно снижает валидность анамнестических данных, если врач интерпретирует их без учёта реконструктивной природы памяти.

Современная нейробиология утверждает, что процесс воспоминания активирует те же нейронные цепи, которые участвовали в изначальном опыте, но делает это в новом контексте. При каждом обращении к воспоминанию оно проходит стадию «реконсолидации», во время которой может измениться под влиянием новых впечатлений или эмоционального состояния [4].

Отсюда следует, что анамнез — это не фиксированная запись прошлого, а динамическая реконструкция опыта, зависящая от среды, в которой происходит интервью. То, как врач задаёт вопросы, интонация, скорость, контекст беседы — всё это влияет на то, какие воспоминания активируются и как они будут интерпретированы.

Учитывая реконструктивную природу памяти, врач обязан применять специальные техники для повышения достоверности получаемых данных. Среди них — медленное раскрытие контекста, уточняющие вопросы, временная привязка событий к объективным точкам биографии («когда вы пошли в школу», «когда родился ваш ребёнок»), а также многократное возвращение к ключевым эпизодам в разных условиях интервью.

В сочетании с данными наблюдения, психопатологическо-

го статуса и сведений от родственников анамнез становится значительно более надёжным инструментом диагностики.

Список литературы

[1] Бартлетт Ф. Запоминание: исследование экспериментальной и социальной психологии. — М.: Прогресс, 1977. — 312 с.

[2] Каменский А.А. Нейронные механизмы памяти. — М.: Наука, 2014. — 268 с.

[3] Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Когнитивные искажения и аффективные расстройства. — М.: МГППУ, 2018. — 384 с.

[4] Свядощ А.М. Память и её нарушения при психических заболеваниях. — М.: Медицина, 1985. — 220 с.

3.2. Конфабуляции и ложные воспоминания

Конфабуляции и ложные воспоминания представляют собой один из наиболее сложных и клинически значимых феноменов, искажающих анамнестические данные. В психиатрической клинике этот механизм встречается значительно чаще, чем предполагают начинающие специалисты. Конфабуляции возникают как результат дефектного процесса воспоминания, основанного не только на нарушениях памяти, но и на дезорганизации контроля за достоверностью внут-

ренней информации. Таким образом, пациент нередко искренне убеждён в правдивости сообщения, даже если оно имеет мало отношения к реальности.

Классическое определение конфабуляции было сформулировано в работах Корсакова и последующей советской клинико-психологической школы. Оно описывает конфабуляцию как неосознаваемое заполнение пробелов памяти вымышленными, но субъективно убедительными воспоминаниями [1]. Важным компонентом является отсутствие намеренной лживости: пациент не стремится обмануть, он реконструирует прошлое в соответствии с нарушенными механизмами контроля и восприятия.

Современные исследования подчёркивают, что конфабуляции формируются на стыке нарушения временной организации памяти, дефицита мониторинга источников информации и расстроенной когнитивной фильтрации. Пациент может смешивать реальные события с фантазиями, переносить эпизоды прошлого в настоящее или объединять отдельные эпизоды в новую конструкцию, которая выглядит непрерывным и логичным нарративом [2].

Нейропсихологическая природа конфабуляций тесно связана с поражением структур префронтальной коры, гиппокампа и связей между ними — участков, обеспечивающих мониторинг реальности, временную организацию и интеграцию эпизодов памяти. Именно поэтому конфабуляции особенно характерны для органических психических рас-

стройств: алкогольной энцефалопатии, сосудистых нарушений, черепно-мозговых травм, заболеваний с поражением медиобазальных структур головного мозга [3].

Однако феномен не ограничивается органикой. Конфабуляции встречаются в контексте психозов, в том числе шизофрении, где нарушение границ между внутренней и внешней реальностью способствует включению фантазийного материала в биографию. Подобные реконструкции чаще всего имеют фрагментарный характер и носят эмоционально окрашенную или символическую природу, они отражают не столько события, сколько внутренние переживания индивида.

Ложные воспоминания — более широкий и частый феномен, чем конфабуляции. Они возникают даже у психически здоровых людей в результате внушения, эмоционального воздействия, повторного обсуждения события или влияния внешнего контекста. Исследования Элизабет Лофтус в области памяти и свидетельских показаний показали, насколько легко можно индуцировать ложные воспоминания с помощью навязанных деталей, и это наблюдение имеет исключительное значение в психиатрии [4].

В отличие от конфабуляций, ложные воспоминания могут формироваться постепенно через механизм реконструкции и последующей реконсолидации памяти. Они особенно часто возникают:

— в состоянии повышенной тревожности;

— при депрессии с выраженными когнитивными искажениями;

— в условиях травматического опыта;

— при употреблении психоактивных веществ;

— при повторяющихся обсуждениях события с родственниками или врачами.

Таким образом, ложные воспоминания не ограничиваются психопатологией. Но в клинической практике они приобретают особое значение, поскольку искажения прошлого могут радикально изменить интерпретацию симптомов, время их появления, структуру продрома и даже направление диагностического поиска.

Органические заболевания чаще всего дают так называемые замещающие конфабуляции, когда пациент «закрывает» провалы в памяти нейтральными или бытовыми сюжетами. При Корсаковском синдроме такие конструкции могут быть живыми и детальными, но лишёнными временной координаты.

При психотических расстройствах конфабуляции могут приобретать фантастический, гротескный характер. Они нередко включают элементы бредовой системы, встраиваясь в общий психотический нарратив. У пациентов с диссоциативными расстройствами встречаются конфабуляции, возникающие как защитный механизм для «склеивания» биографии, нарушенной амнезиями или фрагментацией личности.

При заболеваниях аффективного спектра ложные воспоминания имеют тонкие и порой незаметные искажения: пациент «вспоминает» негативное отношение родителей, отсутствие поддержки или унижения, хотя объективные данные этого не подтверждают. Эти воспоминания отражают актуальное эмоциональное состояние пациента, а не фактическую историю.

Различение конфабуляций и сознательного искажения требует опыта и глубокого понимания механизмов памяти. Важнейшим критерием является непроизвольность и убеждённость пациента в правдивости своего рассказа. Конфабуляции могут появляться внезапно, в ответ на вопрос, который актуализирует пробел в памяти. Они также могут быть стойкими, систематизированными или повторяющимися.

Ложные воспоминания, напротив, часто формируются медленно, постепенно «оседая» в структуре биографии. Пациент обычно не демонстрирует явных нарушений ориентации или явного дефекта памяти, но его воспоминания могут существенно расходиться с данными родственников и объективными фактами. Для психиатра это создаёт особую задачу: необходимость одновременно уважать субъективный опыт пациента и сохранять критичность к анамнестическому материалу.

Для снижения влияния конфабуляций и ложных воспоминаний применяются:

— сбор сведений из нескольких источников;

— временная фиксация событий через привязку к социально значимым датам;

— повторное интервью в разные дни;

— изменение формулировок вопросов;

— сопоставление рассказа пациента с его текущей психопатологией;

— оценка внутренней структуры воспоминаний (логических связей, эмоциональной насыщенности, временной последовательности).

Эти методы особенно важны в экспертной психиатрии, где ложное воспоминание может изменить не только диагноз, но и юридическую оценку состояния.

Список литературы

[1] Корсаков С.С. Сборник трудов по психиатрии. — М.: Медицина, 1955. — 368 с.

[2] Бадалян Л.О. Нарушения памяти при органических заболеваниях нервной системы. — М.: Медицина, 1984. — 240 с.

[3] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.

[4] Лофтус Э. Свидетельские показания: роль памяти в правосудии. — М.: Прогресс, 1991. — 320 с.

3.3. Травматические воспоминания: амнезия и диссоциация

Травматические воспоминания представляют собой особую категорию нарушений памяти, существенно отличающуюся от обычных когнитивных искажений. Их специфика заключается в том, что они формируются в условиях экстремального эмоционального и физиологического напряжения и закрепляются в нервной системе не так, как типичные автобиографические эпизоды. В результате они могут стать либо чрезмерно навязчивыми и яркими, либо наоборот — недоступными для воспроизведения, «отщеплёнными» от сознания и труднодоступными для когнитивного анализа. Эти феномены описываются как травматическая амнезия и диссоциативные формы памяти, которые имеют непосредственное клиническое значение при сборе анамнеза и представляют собой один из ключевых источников ошибок в диагностике.

Травматическая амнезия представляет собой потерю способности воспроизвести значимые события, происходившие во время острой угрозы жизни или психического целостности. Её природа неоднородна: часть исследователей рассматривает её как результат биологического блокирования процессов консолидации памяти вследствие чрезмерной активации стрессовых систем мозга [1], в то время как другая часть

— как проявление психологической защиты, направленной на исключение невыносимых переживаний из сознания.

В современной клинической практике травматическая амнезия рассматривается как многокомпонентный феномен. В ней присутствуют элементы органического нарушения запоминания, обусловленного чрезмерным выбросом кортизола, влияющим на гиппокамп, и элементы диссоциативного отделения эпизода от автобиографического нарратива. Внутри МКБ-11 травматическая амнезия включена в структуру посттравматического стрессового расстройства, где она рассматривается как один из критериев нарушения интеграции памяти о травматическом событии [2].

Классическое понимание диссоциации восходит к трудам Пьера Жане, который рассматривал её как дефект «психологической синтезирующей функции» — способности объединять переживания в связную систему [3]. Современные концепции, развиваемые как зарубежными, так и российскими психиатрами, подтверждают эту интерпретацию: диссоциация возникает, когда сознание оказывается неспособным интегрировать интенсивные эмоциональные стимулы и вынуждено разделить опыт на отдельные, плохо связанные фрагменты.

Диссоциативные воспоминания могут проявляться в виде:

— фрагментарности описания событий;

— отсутствия логической последовательности;

— эмоциональной отстранённости;

— ощущения наблюдения того, что происходит, «со стороны»;

— чувства нереальности происходящего (дереализация) или отчуждения от собственного тела (деперсонализация).

Эти особенности чрезвычайно важны при сборе анамнеза: пациент может описывать травматическое событие, как будто оно происходило с другим человеком, или представлять его в виде изолированных образов, не связанных в единый рассказ. Важно помнить, что такие искажения не являются ни намеренными, ни конфабулятивными: они отражают способ, которым психика пережила столкновение с экстремальной угрозой.

Нейробиологическая модель травматической памяти подтверждает опыт клиницистов. Экстремальный стресс нарушает баланс взаимодействия между амигдалой, гиппокампом и префронтальной корой — структурами, ответственными за эмоциональную оценку, временную организацию и когнитивную переработку информации [4]. Комбинация чрезмерной активации амигдалы и торможения гиппокампа приводит к тому, что память о пережитом становится «сенсорной» — насыщенной образами, звуками, запахами, телесными ощущениями, но лишённой временной и причинно-следственной структуры.

Такого рода воспоминания чаще всего описываются па-

циентами как внезапные флэшбеки — яркие, навязчивые, фрагментарные эпизоды, которые субъективно переживаются как реально происходящие. При их сборе психиатр сталкивается с ситуацией, когда фактологическая информация оказывается вторичной: ключевое значение имеет эмоциональная и телесная составляющая.

Травматические воспоминания играют существенную роль в формировании клинической картины и могут становиться определяющим фактором при выборе диагноза. С одной стороны, амнезия является одним из критериев диссоциативных расстройств, с другой она встречается при депрессиях, тревожных расстройствах, расстройствах личности и зависимостях. Особенно частотно явление наблюдается в популяции пациентов с комплексной травмой детства, что требует высокой осторожности при дифференциальной диагностике.

Диссоциативные воспоминания нередко ошибочно принимаются за признаки шизофрении. Фрагментарность и «отстранённость» рассказа пациента могут создать впечатление формального расстройства мышления или нарушения чувственной основы мышления. Однако важно отличать диссоциативное переживание от истинного психоза: при диссоциации сохраняется критичность, хотя эмоциональная окраска событий может быть снижена или резко изменена.

Отличительной особенностью травматических воспоминаний является непостоянство их содержания. Пациент мо-

жет описывать один и тот же эпизод по-разному в разные дни, усиливая или ослабляя эмоциональные детали. Это не является признаком конфабулирования или симуляции; напротив, это отражает подвижность диссоциативных структур и влияние текущего состояния на доступность следов памяти.

Для психиатра важным принципом является понимание того, что при травме первична не фактическая точность воспоминания, а эмоционально-телесная реакция. В связи с этим во многих случаях повторные уточняющие вопросы, которые в обычной клинической практике являются допустимыми, могут оказаться контрпродуктивными: они способны усиливать диссоциацию или вызывать ретравматизацию.

Опыт ведущих отечественных и зарубежных школ травматерапии позволяет выделить несколько принципов, которые важно учитывать при сборе анамнеза:

— интервью должно проводиться в условиях эмоциональной стабильности пациента;

— вопросы должны быть структурированными, мягкими и непрямыми;

— необходимо отслеживать признаки нарастающей диссоциации (замедление речи, отстранённость, пустой взгляд, ощущение «отключённости»);

— предпочтение следует отдавать фокусированию на текущих симптомах, а не детальному анализу травмирующего

события;

— фиксация временных параметров должна быть ориентировочной;

— подтверждение полученных сведений из дополнительных источников имеет особую важность.

Указанные рекомендации имеют прямое значение и для цифровых проектов: в алгоритмы анализа анамнеза необходимо включать маркеры травматичности рассказа и специальные коэффициенты достоверности, учитывающие возможную амнезию и диссоциацию.

Список литературы

[1] Бехтерев В.М. Коллективные рефлексы и психическая травма. — Петроград: Наука, 1918. — 214 с.

[2] Всемирная организация здравоохранения. МКБ-11. Руководство по психическим, поведенческим и нейроразвитийным расстройствам. — Женева: ВОЗ, 2019. — 480 с.

[3] Жане П. Неврозы и идеи фикс. — СПб.: Ювента, 1997. — 512 с.

[4] Морозов Г.В. Психопатология памяти. — М.: Медицина, 1986. — 304 с.

3.4. Искажения при психозах, депрессиях, зависимостях

Когнитивные искажения, возникающие в ходе психических заболеваний, представляют собой один из наиболее серьёзных факторов, влияющих на достоверность анамнестических данных. В отличие от обычных феноменов реконструктивной памяти, наблюдаемых у психически здоровых людей, искажённая переработка информации при психозах, депрессиях и зависимостях носит качественно иной характер, затрагивая не только фактическое содержание воспоминаний, но и саму структуру автобиографического нарратива. Эти нарушения описывались в классической психопатологии ещё в работах К. Ясперса, обращавшего внимание на «феноменологическую трансформацию внутреннего опыта» [1], и стали одним из оснований для формирования клинико-анамнестического подхода в советской психиатрии, особенно у П.Б. Ганнушкина и Г.В. Морозова [2].

У пациентов с психотическими расстройствами наблюдаются глубокие нарушения смысловой структуры памяти. Чаще всего искажения возникают вследствие бредового конструирования: факты биографии интерпретируются в соответствии с патологическими убеждениями, что делает рассказ пациента внутренне логичным, но клинически несостоятельным. Согласно психопатологии шизофренического процесса, описанной В.М. Бехтеревым и развиваемой в последующем отечественными авторами [3], формируется «контекст замещения», при котором реальные события подменяются их бредовой версией.

При шизофрении важную роль играет нарушение самосознания — расщепление Я-структуры, приводящее к тому, что пациент описывает события как происходящие с кем-то другим или под воздействием внешней силы. Не меньшую роль играют явления «памяти под внушением», когда новый психотический опыт ретроспективно изменяет прежние воспоминания. В международных руководствах (МКБ-10, МКБ-11) подобные явления выделяются как значимые диагностические критерии дезорганизации мышления и бредовой интерпретации [4].

Депрессивный аффект оказывает выраженное ретроспективное влияние на автобиографическую память. Пациент склонен к селективной фиксации негативного опыта, заниженной интерпретации своих достижений, а также гипертрофированию ошибок или провалов. Эти феномены были подробно описаны в когнитивной теории депрессии А. Бека [5], который отмечал, что депрессия создаёт устойчивые когнитивные схемы, определяющие характер воспоминаний.

При тяжёлых депрессиях (по МКБ-10 — F32.2, F32.3; по МКБ-11 — 6A70.2, 6A70.3) формируется «негативная авторская реконструкция», при которой пациент начинает трактовать свою биографию сквозь призму вины, беспомощности и неуспеха. Типичным является феномен «отрицательного подтверждения»: нейтральные жизненные события рассматриваются как подтверждение собственной несостоятельности. В отечественной школе И.В. Крук и А.Б. Смуле-

вич подчёркивали, что депрессивные пациенты нередко демонстрируют псевдообъективность при описании прошлого, хотя фактически их нарратив структурирован патологическим аффективным фоном [6].

У лиц с зависимостями формируются специфические механизмы вытеснения, рационализаций и отрицания, которые существенно осложняют получение анамнеза. Аддиктивная память характеризуется фрагментацией автобиографического опыта, заменой временных связей, а также выраженной тенденцией к конфабуляциям, особенно при алкоголизме II–III стадии [7].

Характерным является «синдром ретроспективного оправдания»: пациент искажает биографию таким образом, чтобы снизить личную ответственность за формирование зависимости (например, приписывая её исключительно внешним обстоятельствам). Отдельной клинической проблемой является наличие эпизодов токсической амнезии (алкогольные палимпсесты, наркотические провалы памяти), что приводит к объективной невозможности восстановить значимые элементы болезни.

В российской наркологической литературе отмечается также феномен «аддиктивного сужения сознания» (Довженко, Менделевич), в рамках которого воспоминания пациента перестают быть связными и представляют собой набор эпизодов, связанных с употреблением, компульсивным поиском вещества или его последствиями [8].

Нарушения памяти при психозах, депрессиях и зависимостях существенно влияют на достоверность анамнеза заболевания. Основная задача врача определить, какие элементы рассказа являются достоверными, а какие отражением патологической переработки опыта. В отечественной психиатрии для решения этой задачи традиционно использовался клинико-анамнестический анализ, включающий сопоставление данных пациента с объективными источниками и структурной динамикой заболевания [2].

Именно поэтому оценка когнитивных искажений становится ключевым элементом любой модели сбора анамнеза для систем искусственного интеллекта. Алгоритмы должны учитывать тип искажения, степень достоверности источника информации, патологический контекст и динамику расстройства параметры, традиционно оцениваемые только клиницистом.

Список литературы

[1] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с. — С. 412–428.

[2] Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1. — М.: Медицина, 1988. — 560 с. — С. 74–88.

[3] Бехтерев В.М. Основы учения о функциях мозга. — Петроград: Наука, 1918. — 524 с. — С. 233–247.

[4] Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней 11-го пересмотра. — Же-

нева: ВОЗ, 2019. — 480 с.

[5] Beck A.T. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. — New York: Penguin, 1979. — 356 p.

[6] Смулевич А.Б. Аффективные расстройства: клиника, диагностика, терапия. — М.: МЕДпресс, 2019. — 432 с. — С. 145–158.

[7] Менделевич В.Д. Наркология. Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 864 с. — С. 201–214.

[8] Довженко А.Р. Психотерапия зависимостей. — Киев: Здоровье, 1991. — 304 с. — С. 122–138.

3.5. Модель весов доверия к источнику информации

Оценка достоверности анамнестического материала является одной из центральных задач клинической психиатрии, поскольку любые субъективные сведения неизбежно искажаются под влиянием когнитивных, аффективных и патологических факторов. Классическая отечественная школа от С.С. Корсакова до Г.В. Морозова подчеркивала, что врачу недостаточно фиксировать слова пациента: требуется их аналитическая обработка с учётом источника информации, динамики заболевания и клинического контекста [1]. Современные международные стандарты (МКБ-10, МКБ-11) также включают необходимость оценки «качества информации» как клинического параметра при постановке диагноза

[2].

В этом контексте возникает необходимость формализованного подхода, условно обозначаемого как модель «весов доверия». Он представляет собой способ ранжирования всех источников анамнестических данных в зависимости от их надёжности, мотивов, эмоционального состояния и когнитивных искажений. Данная модель не является математической в строгом смысле, но служит эвристическим инструментом, позволяющим врачу и в дальнейшем системе искусственного интеллекта определять степень доверия к каждому фрагменту данных.

Любой источник анамнеза несёт в себе набор факторов, влияющих на достоверность сообщаемой информации: эмоциональное состояние, уровень интеллекта, степень осознанности происходящего, личная заинтересованность, социальное давление, характеристики памяти, наличие психопатологии. П. Б. Ганнушкин выделял в биографическом материале «первичные» и «вторичные» слои, непосредственные переживания и их последующую переработку [3]. Наша модель исходит из аналогичной идеи: чем больше у пациента или информанта вероятность вторичной переработки опыта, тем ниже вес доверия.

В классической клинической практике различают несколько источников информации: сам пациент, родственники, медицинская документация, наблюдение врача, результаты психометрических и нейропсихологических ме-

тодик, данные нейровизуализации. Модель весов доверия предполагает, что каждый источник обладает разным уровнем надёжности в зависимости от клинического контекста.

Рассказ пациента при психозе или тяжелой депрессии, осложнённой чувством вины или бредовыми идеями, не может быть равен по весу объективным документам или данным наблюдения. И наоборот, в случаях неврозов, личностных расстройств, реактивных стрессовых состояний именно нарратив пациента содержит наибольшее количество клинически значимых деталей, тогда как сведения родственников могут быть искажены эмоциональной вовлечённостью, семейными конфликтами или отрицанием проблемы [4].

Модель предусматривает несколько ключевых параметров, которые врач должен учитывать при формировании «веса доверия»:

Когерентность нарратива — степень логичности и внутренней связности рассказа.

Психотический или аффективно искажённый рассказ характеризуется противоречиями или неполнотой, что снижает доверие.

Интеллектуальный и когнитивный уровень информанта — способность дать точный хронологический и причинно-следственный анализ событий.

При деменции, органических поражениях ЦНС, зависимостях уровень точности неизбежно снижается [5].

Мотивационная чистота — присутствует ли у информан-

та интерес скрыть, преувеличить или исказить информацию. Это особенно актуально при судебно-психиатрической экспертизе.

Эмоциональное состояние — депрессия, тревога, гнев, обида, вина создают устойчивые когнитивные фильтры, меняющие характер воспоминаний.

Клинический контекст — наличие симптомов, влияющих на память: диссоциации, бред, интоксикация, амнестические эпизоды, панические приступы.

Историческая согласованность — возможность сопоставить рассказ с внешними критериями: датами, документами, фактами, наблюдениями.

Эти параметры формируют качественную оценку достоверности данных, не требующую формального подсчёта баллов, но позволяющую врачу осознанно распределять доверие между разными источниками.

Хотя модель не сводится к математическому подсчёту, опытный клиницист использует неявные весовые коэффициенты при принятии диагностического решения. Медицинская документация (объективная) получает условно высокий вес, тогда как рассказ пациента при выраженном психозе — низкий. Нарратив родственников может иметь средний вес, однако при аддиктивных расстройствах, где отрицание и сокрытие являются частью болезни, вес родственников зачастую превышает вес пациента [6].

Подобная модель позволяет выстраивать диагностическую гипотезу не на основании абсолютного доверия к какому-либо источнику, а по принципу интеграции различных фрагментов с учётом их надёжности. Применение весов доверия особенно важно при построении хронологии заболевания, где мелкие временные несоответствия могут вести к кардинально разным диагнозам.

В рамках цифры модель весов доверия становится основой алгоритмической оценки анамнеза. Система сможет автоматически классифицировать источники по надёжности, учитывать клинические параметры (психоз, уровень депрессии, признаки конфабуляций), сопоставлять данные с объективными записями и предлагать врачу предварительную структуру доверия. В отличие от человека, ИИ способен анализировать большие массивы данных и выявлять статистические паттерны в достоверности анамнеза, что позволит повысить точность диагноза и качество прогноза заболевания.

Список литературы

[1] Корсаков С.С. Сборник трудов по психиатрии. — М.: Медгиз, 1954. — 612 с. — С. 103–118.

[2] Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней 11-го пересмотра. — Женева: ВОЗ, 2019. — 480 с.

[3] Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика. — М.: Госиздат, 1933. — 312 с. —

С. 21–37.

[4] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с. — С. 92–110.

[5] Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. — М.: МГУ, 1973. — 376 с. — С. 201–225.

[6] Менделевич В.Д. Наркология. Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 864 с. — С. 198–214.

Глава 4. Методологические принципы сбора анамнеза

4.1. Нейтральность, структурированность, постепенность

Сбор анамнеза в психиатрии традиционно рассматривается как один из наиболее тонких и сложных клинических методов, требующий от врача одновременного соблюдения эмоциональной нейтральности, аналитической дистанции и эмпатической включённости. Эти характеристики в отечественной литературе упоминались уже в трудах В.М. Бехтерева, который подчёркивал, что психиатрическое исследование должно совмещать «полноту наблюдения» и «объективность суждения» [1]. Позднее К. Ясперс развил эту идею, определив клиническое интервью как акт, в котором встречаются два субъекта, но один из них обязан сохранять позицию эпистемологической нейтральности, чтобы обеспечить условия для достоверного феноменологического описания [2].

Под нейтральностью в психиатрическом интервью понимается не бездушное дистанцирование, а отсутствие оценочных, директивных, внушающих или эмоционально окра-

шенных реакций врача, которые могут изменить характер и структуру рассказа пациента. Нейтральность — это условие чистоты данных, в котором слова пациента не искажаются интервенциями специалиста. На практике это означает отказ от преждевременных интерпретаций, советов и эмоциональных реакций, которые могут направить пациента в сторону желаемых врачом ответов.

Особенно важной нейтральность становится при работе с пациентами, склонными к зависимому поведению, суггестивностью или идеаторной подчиняемостью: депрессивные и тревожные больные нередко стремятся «угодить врачу», пациенты с истерическими чертами адаптируют рассказ под предполагаемые ожидания, а лица с параноидной структурой могут реагировать на эмоциональные вмешательства подозрительностью. Нейтральность — это не холодность, а тщательно сохраняемый контекст безопасности, в котором рассказ движется без давления со стороны исследователя.

В судебно-психиатрическом контексте нейтральность является и этическим, и юридическим принципом, поскольку снижает риск формирования ошибочных формулировок вследствие диагностического сдвига или контрпереносных реакций [3].

Структурированность — это не механическое следование опроснику, а логически организованная последовательность блоков, позволяющая врачу сохранять клиническую перспективу даже в условиях затрудненного общения или

хаотичного нарратива пациента. К.А. Левин и отечественная школа клинико-психологического интервью подчеркивали, что структура — это рамка, обеспечивающая «переход от субъективного переживания пациента к объективному клиническому знанию» [4].

Структурированность служит нескольким целям:

1) Поддержание хронологической логики. Без хронологии анамнез утрачивает диагностическую ценность: ранние события подменяются поздними, динамика заболевания становится неразличимой, а врач теряет возможность выделить продромальные признаки, микросимптоматику и переломные моменты.

2) Преодоление защитных реакций. Чёткая структура помогает пациенту ориентироваться в интервью и снижает тревогу от неопределённости. Особенно это важно при работе с лицами, испытывающими напряжение в ситуациях оценки.

3) Создание условий для последующего анализа. Структурированный анамнез легче интегрировать с данными психического статуса, биографической информации и сведениями о лечении. Для систем искусственного интеллекта структурированность является обязательным условием алгоритмического анализа.

4) Постепенность как динамический принцип. Постепенность — это метод последовательного приближения к сложным, эмоционально тяжёлым или потенциально травматичным темам с учётом адаптационного уровня пациента. Оте-

чественная психотерапевтическая традиция, особенно в работах В.Н. Мясищева, подчёркивала, что психологический контакт не может быть навязан: он формируется через осторожное, уважительное продвижение от нейтральных тем (повседневность, биографические факты) к тем областям, в которых пациент испытывает значительное напряжение [5].

Психиатрическое интервью, построенное без принципа постепенности, вызывает у пациента либо сопротивление, либо формальную, поверхностную, защитную коммуникацию. Отдельно это касается лиц с травматическим анамнезом: ранний переход к болевым темам может вызвать диссоциацию, фрагментацию нарратива или ретравматизацию. Постепенность — это, по сути, метод регулирования интенсивности переживаний пациента, позволяющий ему оставаться включённым и способным к воспоминанию.

Нейтральность, структурированность и постепенность не существуют отдельно друг от друга. Они образуют единую систему, определяющую качество интервью. Нейтральность создаёт безопасное поле для рассказа; структурированность удерживает логическую ось; постепенность регулирует эмоциональное напряжение. Врач, обладающий мастерством интервью, действует одновременно во всех трёх измерениях.

Современные международные руководства (включая МКБ-11) подчёркивают, что анамнез — это не просто сбор

фактов, но процесс клинического моделирования: врач создаёт условия, в которых информация появляется в наиболее естественной, достоверной и полной форме [6]. Применение трёх принципов обеспечивает именно такие условия.

Список литературы

[1] Бехтерев В.М. Объективная психология. — Пг.: Наука, 1916. — 302 с.

[2] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.

[3] Морозов Г.В. Судебная психиатрия. — М.: Медицина, 1988. — 512 с.

[4] Левин К.А. Проблемы динамики личности. — М.: Смысл, 2001. — 312 с.

[5] Мясищев В.Н. Психология отношений. — Л.: ЛГУ, 1966. — 368 с.

[6] Всемирная организация здравоохранения. МКБ-11. — Женева: ВОЗ, 2019. — 480 с.

4.2. Клиническое интервью vs. терапевтическое интервью

Разграничение клинического и терапевтического интервью представляет собой фундаментальный методологический вопрос, определяющий не только технику взаимодействия врача и пациента, но и саму природу собираемых

данных. В отечественной психиатрической традиции различие этих двух форм общения подчёркивалось ещё в работах В.М. Бехтерева, который указывал, что психиатр должен владеть двумя режимами разговора: исследовательским, ориентированным на выявление фактов, и лечебным, имеющим целью воздействие на психическую сферу пациента [1]. Позднее эта дихотомия получила развитие в рамках клинико-психопатологической школы, где подчёркивалось, что характер устанавливаемого контакта определяет достоверность анамнеза и структуру врачебного заключения [2].

Клиническое интервью по своей сути является процедурой получения объективированных данных через субъективный рассказ пациента. Его цель — реконструировать историю заболевания, выявить закономерности развития психической симптоматики, определить динамику и взаимосвязь психических феноменов, соответствие клинических проявлений критериям МКБ-10 и МКБ-11. В этом типе интервью врач занимает позицию методологически нейтрального наблюдателя: он стремится минимизировать эмоциональное влияние на пациента, избегает интерпретаций, которые могли бы изменить характер рассказа, и поддерживает структурированность диалога. Эта позиция нейтральности, представленная в российской литературе как «позиция внешнего аналитика» [3], делает возможным оформление анамнеза как клинического документа, независимого от эмоциональной динамики беседы.

В отличие от клинического, терапевтическое интервью направлено не на сбор фактов, а на изменение внутреннего состояния пациента, его самосознания, эмоциональной регуляции и способов переживания трудностей. Классические школы психотерапии, начиная с психоанализа, рассматривали интервью как инструмент воздействия: выраженное участие терапевта, интерпретации, поддержка, эмпатия формируют пространство, где пациент переживает опыт отношений, потенциально оказывающий лечебное действие [4]. Этот тип общения закономерно меняет характер рассказа пациента: он становится более эмоциональным, менее хронологичным, более символически насыщенным, что может искажать последовательность анамнеза, его фактическую точность и степень соответствия диагностическим критериям. Именно поэтому терапевтическое интервью не может служить основным источником для клинического диагноза оно выполняет совершенно иную функцию.

Важно подчеркнуть, что клиническое интервью не является дефицитарным по отношению к терапевтическому. Наоборот, его строгая структурированность, последовательность и сосредоточенность на деталях нередко оказывают вторичное терапевтическое влияние, помогая пациенту систематизировать переживания и осмыслить личностный опыт. Но такое влияние является побочным эффектом, а не задачей.

Особую значимость различие между этими типами интер-

вью приобретает при оценке пациентов с психотическими, аффективными, тревожными и личностными расстройствами. Например, при шизофрении терапевтическое интервью может привести к чрезмерному углублению пациента в аутопсихические переживания, усилив бредовую интерпретацию контактной ситуации. В то время как клиническое интервью, напротив, помогает удерживать пациента в рамках референтных фактов, фиксировать начало и последующую динамику симптомов, что имеет ключевое значение при сопоставлении с критериями МКБ-10 (F20–F29) и МКБ-11 (6A20–6A2Z) [5].

В работе с пациентами с депрессивными расстройствами клиническое интервью позволяет отличить биографические события от патологических интерпретаций, тогда как терапевтическое интервью может привести к углублению в аффективную тему и усилению субъективной окраски фактов. У больных с ПРЛ терапевтический стиль может активировать динамику зависимости или идеализации, тогда как клинический — удерживает границы и способствует нейтральному изложению жизненной истории [6].

С методологической точки зрения различия между двумя типами интервью могут быть сведены к следующим параметрам: цели, роль врача, степень структурированности, эмоциональная включённость, тип возникающего материала и возможность использования данных для диагностики. Однако эти различия не означают противопоставления: опыт-

ный психиатр должен гибко переходить между этими режимами, сохраняя возможность собирать клинически валидные данные и одновременно поддерживать рабочий контакт. Как писал Б.С. Братусь, врач-психиатр находится в постоянном «двойном режиме» — он одновременно исследователь и участник межличностного процесса [7].

Таким образом, клиническое и терапевтическое интервью представляют собой два разных метода, требующих осознанного выбора врачом в зависимости от задачи. Понимание их различий становится принципиально важным элементом профессиональной компетентности и ключевым условием достоверного и научно корректного сбора анамнеза.

Список литературы

[1] Бехтерев В.М. Объективная психология. — Петроград: Госиздат, 1916. — 328 с.

[2] Гиляровский В.А. Клиническая психиатрия. — М.: Медицина, 1969. — 624 с.

[3] Зейгарник Б.В. Патопсихология. — М.: МГУ, 1986. — 287 с.

[4] Фрейд З. Введение в психоанализ. — М.: Наука, 1991. — 512 с.

[5] Всемирная организация здравоохранения. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. — Женева: ВОЗ, 1992. — 362 с.

[6] Кернберг О. Границы личности и патология характера.

— СПб.: Питер, 2000. — 446 с.
[7] Братусь Б.С. Аномалии личности. — М.: МГУ, 1988. — 304 с.

4.3. Техника фокусирования: как удерживать пациента в сюжете

Техника фокусирования представляет собой один из ключевых инструментов клинико-анамнестического интервью, обеспечивающих сохранение логической последовательности рассказа пациента, выявление фактов, имеющих диагностическое значение, и предотвращение уходов в нефункциональные или случайные ассоциативные области. Психиатрическое интервью всегда осуществляется в условиях повышенной вариативности повествования: пациент движется между событиями разного временного масштаба, эмоциональные воспоминания прерывают хронологический поток, а защитные механизмы формируют многослойность и фрагментарность нарративной структуры. В этих условиях фокусирование становится не просто техническим приемом, но методологическим принципом, обеспечивающим возможность реконструкции истории заболевания.

В отечественной психопатологической традиции необходимость «удерживать линию рассказа» подчёркивалась ещё в работах В.А. Гиляровского и П.Б. Ганнушкина, для которых последовательный, структурированный анамнез был тем

основанием, на котором строилась концепция психической динамики [1]. Ганнушкин писал о необходимости «коридорного» направления беседы, при котором врач мягко, но настойчиво ведёт пациента вдоль оси причинно-следственных связей, не позволяя рассказу распасться на отдельные эпизоды [2]. Подобный подход соответствовал представлениям классической психиатрии о том, что болезнь раскрывается во времени, а значит, требует временной организации повествования.

С методологической точки зрения фокусирование включает несколько уровней. На первом уровне оно обеспечивает линейность рассказа — пациент придерживается хронологической последовательности, начиная от предболезненного периода и продвигаясь к началу заболевания и дальнейшим его фазам. На втором уровне фокусирование помогает отделить фактические сведения от эмоциональных реакций: психиатр фиксирует именно события, динамику симптомов, длительность состояний и изменение поведения, а не интерпретации пациента по их поводу. На третьем уровне фокусирование направлено на выделение ключевых диагностически значимых эпизодов, соответствующих критериям МКБ-10 и МКБ-11, например, первых психотических симптомов, фазных нарушений аффекта, изменений мышления, развития избегания или появление диссоциативных феноменов [3].

Важное место в технике фокусирования занимает умение

мягко корректировать уход пациента в сторону. Уходы могут быть вызваны несколькими причинами: защитными механизмами (рационализация, отрицание, идеализация), нарушениями мышления (разорванность, резонерство), эмоциональной перегрузкой или, напротив, стремлением обесценить собственные переживания. Как показывал Б.В. Зейгарник, отклонения от основной линии разговора нередко отражают актуальные психологические конфликты пациента, но при сборе анамнеза вмешиваются в реконструкцию клинической картины [4]. Техника фокусирования позволяет возвращать пациента к сути без нарушения контакта.

Методически корректное возвращение к сюжету осуществляется посредством уточняющих вопросов, повторного выделения временной линии, мягкого структурирования («давайте вернемся к тому моменту, когда впервые возникли эти переживания») или переформулирования ключевых фрагментов рассказа пациента. Исследования клинико-психологической коммуникации показывают, что такие интервенции не уменьшают степень доверия, а напротив создают ощущение управляемости ситуации, что снижает тревогу и способствует более точному воспроизведению материала [5].

При работе с различными типами психических расстройств акцент в технике фокусирования принимает специфические формы. При шизофрении важно избегать слишком широкого поля ассоциаций, поскольку оно может ак-

тивировать продуктивную симптоматику: психиатр удерживает пациента в рамках конкретных событий, избегая стимулировать интерпретативные процессы. При маниакальных состояниях — критически важна замедляющая функция фокусирования, позволяющая структурировать ускоренный поток речи. При депрессивных расстройствах фокусирование помогает отделить факты от негативных когнитивных схем, которые могут окрашивать весь жизненный путь пациента в однородно негативные тона. При личностных расстройствах (например, ПРЛ) фокусирование часто становится инструментом поддержания устойчивых границ и предотвращает чрезмерную эмоционализацию рассказа [6].

Особое методологическое значение техника фокусирования приобретает при переходе к реконструкции анамнеза в формате цифровых систем. Для искусственного интеллекта принцип фокусирования становится аналогом алгоритмической фильтрации: система должна уметь различать релевантные и нерелевантные данные, удерживать структуру биографического и клинического материала, выделять диагностически значимые маркеры, не зависимо от эмоционального окраса или ассоциативных отступлений. Таким образом, техника фокусирования представляет собой не только клинический приём, но и модель организации психиатрического знания, которая может быть перенесена в вычислительную среду.

Список литературы

[1] Гиляровский В.А. Клиническая психиатрия. — М.: Медицина, 1969. — 624 с.

[2] Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика. — М.: Медгиз, 1933. — 312 с.

[3] Всемирная организация здравоохранения. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. — Женева: ВОЗ, 1992. — 362 с.

[4] Зейгарник Б.В. Патопсихология. — М.: МГУ, 1986. — 287 с.

[5] Мясищев В.Н. Личность и неврозы. — Л.: Медицина, 1960. — 274 с.

[6] Кернберг О. Тяжёлые личностные расстройства. — СПб.: Питер, 2002. — 448 с.

4.4. Корректное выявление противоречий

Выявление противоречий в анамнезе является одним из наиболее сложных и одновременно наиболее информативных этапов психиатрического интервью. В отличие от соматической медицины, где противоречие обычно свидетельствует о фактической ошибке или недостатке данных, в психиатрии оно может отражать целый спектр психических процессов — от особенностей личности до глубинных нарушений мышления или памяти. Противоречия могут возникать

из-за защитных механизмов, текущего психического состояния, особенностей когнитивной переработки информации, влияния стресса или стыда, ретроспективного пересмотра событий, а также вследствие специфической психопатологической симптоматики. Для клинициста умение корректно выявлять и интерпретировать противоречия является одним из ключевых инструментов построения диагностической гипотезы.

В традициях отечественной психиатрии необходимость анализа противоречий подчеркивалась в работах С.С. Корсакова, В.М. Бехтерева и В.А. Гиляровского, которые рассматривали несоответствия как естественную часть клинического материала, несущую важную диагностическую нагрузку [1]. Корсаков указывал, что противоречивость рассказа часто является «не дефектом свидетельства, а проявлением внутренней логики болезни» [2]. Такой подход сохраняет актуальность и в современной клинико-психопатологической школе, поскольку противоречия дают врачу возможность увидеть скрытую динамику заболевания и отношение пациента к собственному состоянию.

Методологически корректное выявление противоречий включает несколько уровней. На первичном уровне врач устанавливает факт несоответствия — различие между двумя версиями событий или между рассказом пациента и данными объективных источников. На втором уровне проводится оценка природы противоречия: является ли оно результа-

том искажения памяти, эмоционального напряжения, социальной желательности, или же отражает собственно психопатологию, например, бредовую перестройку прошлого, конфабуляции, нарушения последовательности мышления. Как показывают работы Б.В. Зейгарник, внутренние несоответствия могут указывать на степень нарушенности произвольной регуляции психических процессов и динамику патологических состояний [3]. На третьем уровне противоречия интерпретируются в рамках общего клинического контекста, включая структуру болезни, тип ее течения и преморбидные особенности личности.

Критически важно, что выявление противоречий не должно носить конфронтационный характер. Прямое указание на несоответствие способно вызвать у пациента сопротивление, усиление защитных механизмов или снижение доверия. С точки зрения клинической этики и методологии анамнеза врач должен применять нейтральные формулировки, позволяющие мягко вывести пациента на прояснение расхождений. Психиатры часто используют приемы «тройного уточнения», косвенные вопросы, сопоставление временных линий, перефразирование и возврат к ключевым событиям. Такой подход соответствует принципам герменевтического анализа, где смысл выстраивается в процессе совместного исследования, а не навязывается извне [4].

Для диагностики разных психических расстройств характерны специфические формы противоречивости. Так, при

шизофрении нарушения в логике рассказа могут проявляться в виде резонерства, разорванности, ассоциативных отходов, нарушений целенаправленности мышления и бредовой реконструкции прошлого. В этом случае противоречия имеют структурный характер и отражают фундаментальные дефекты когнитивной интеграции. При аффективных расстройствах, напротив, несоответствия часто объясняются эмоциональной окраской воспоминаний: в депрессии — глобальной негативизацией прошлого, в мании — его идеализацией и воспроизведением в ускоренном, хаотическом виде. Для диссоциативных расстройств характерны временные провалы, избирательная амнезия, а также множественные версии одного и того же события в зависимости от внутреннего состояния субъекта. При личностных расстройствах (наблюдаемых особенно часто при ПРЛ) противоположные версии событий отражают нестабильность Я-образа и межличностных отношений [5].

С теоретической точки зрения противоречие является маркером внутренней психической динамики, и потому оно существенно для построения оценки тяжести расстройства и прогноза. Несоответствия в рассказе нередко указывают на «точки биографического разрыва» — моменты, в которых болезнь вмешивалась в жизнь пациента и нарушала непрерывность субъективного опыта. Такие зоны разрыва важны для клинико-анамнестического анализа, поскольку позволяют определить ранние стадии заболевания, скрытую симп-

томатику или моменты декомпенсации, не распознанные пациентом.

Особую практическую значимость корректное выявление противоречий приобретает в контексте МКБ-10 и МКБ-11. Психиатр должен сопоставлять выявленные несоответствия со структурой диагностических критериев: нарушениями мышления, восприятия, когнитивных функций, эмоциональной регуляции, а также с биологическими маркерами и данными наблюдения. Противоречие становится важным диагностическим сигналом, если оно систематично, воспроизводимо и связано с клинической картиной расстройства. Например, расхождения в описании временных границ эпизодов могут указывать на циклотимность, ремиттирующий характер течения или на скрытый биполярный спектр [6].

Для проектов искусственного интеллекта выявление противоречий требует формализации. Алгоритм должен уметь фиксировать несовпадения между данными разных источников, сопоставлять временные линии, выявлять логические несостыковки и интерпретировать их в соответствии с вероятностными моделями расстройств. В вычислительной среде противоречие представляет собой сигнал о необходимости уточнения данных, пересмотра гипотезы или применения дополнительных весовых коэффициентов в модели анализа.

Таким образом, корректное выявление противоречий — это не только важнейшая методологическая процедура пси-

хиатрического интервью, но и принцип, задающий саму структуру клинико-анамнестического мышления. Противоречие в рассказе пациента — это не ошибка, а информация, требующая интерпретации. Оно является ключом к пониманию как болезни, так и личности пациента, и потому занимает центральное место в современных моделях психиатрической диагностики и аналитических систем II.

Список литературы

[1] Гиляровский В.А. Клиническая психиатрия. — М.: Медицина, 1969. — 624 с.

[2] Корсаков С.С. Курс психиатрии. — М.: Медгиз, 1954. — 672 с.

[3] Зейгарник Б.В. Патопсихология. — М.: МГУ, 1986. — 287 с.

[4] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.

[5] Кернберг О. Тяжёлые личностные расстройства. — СПб.: Питер, 2002. — 448 с.

[6] Всемирная организация здравоохранения. МКБ-11. Классификация психических, поведенческих и нейроразвитийных расстройств. — Женева: ВОЗ, 2019. — 476 с.

4.5. Принцип «жёсткого скелета и мягкой динамики»

В психиатрическом исследовании анамнеза принцип «жёсткого скелета и мягкой динамики» занимает центральное место, поскольку позволяет объединить структурность клинического интервью и необходимую гибкость, обеспечивающую полноту, достоверность и глубину получаемой информации. Этот принцип отражает диалектическую природу психиатрического анамнеза, в котором объективная структура взаимодействует с субъективной изменчивостью жизненного опыта, эмоционального состояния и нарративной манеры пациента. Он был фактически сформулирован в отечественной психиатрической школе в контексте необходимости сочетания системности и клинической интуиции, что прослеживается в работах В.А. Гиляровского, С.С. Корсакова, Г.Е. Сухаревой и в развитии клинико-психопатологического метода [1–3].

Жёсткий скелет представляет собой устойчивую, неизменную структуру сбора анамнеза — последовательность тем, этапов и вопросов, обеспечивающую полноту и диагностическую валидность. Эта структура основана на клинических канонах, стандартизированных в международных системах классификации (МКБ-10 и МКБ-11), а также в классической российской школе психиатрии, где традиционно выделяются биографический анамнез, анамнез заболевания, преморбид, социальные и семейные факторы, особенности развития, динамика симптомов и история лечения. Жёсткий скелет обеспечивает воспроизводимость исследования: раз-

ные специалисты, используя одну и ту же структуру, получают сопоставимые данные, на основании которых можно формировать диагностические гипотезы, оценивать риск, строить прогноз и планировать лечение.

Однако механическое следование структуре лишено клинической ценности, если не сопровождается мягкой динамикой — гибкостью, позволяющей врачу адаптировать ход беседы к индивидуальному стилю пациента, его эмоциональному фону, особенностям речи, уровню тревоги или стыда, а также к структуре самого расстройства. Мягкая динамика предполагает способность удерживать рамку, не подавляя спонтанность рассказа пациента, и в то же время мягко возвращать его к значимым участкам биографии или симптоматики, если рассказ начинает распадаться. Этот подход соответствует фундаментальным принципам феноменологической психопатологии и клинической герменевтики, изложенным К. Ясперсом, где сбор данных рассматривается как соучастие в раскрытии внутренней логики субъективного опыта [4].

Психиатр, применяющий этот принцип, действует одновременно как исследователь и интерпретатор. С одной стороны, он системно фиксирует ключевые параметры заболевания: временные границы, триггеры, первые симптомы, их развитие, форму течения, изменения личности, эффективность лечения. С другой стороны, он воспринимает рассказ пациента как естественный исторический процесс, не огра-

ниченный схемой: спонтанные ассоциации, эмоциональные акценты, повторения, задержки, намёки и умолчания часто содержат больше диагностически значимой информации, чем прямые ответы на вопросы.

В отечественной традиции «жёсткость» метода обеспечивается типологической моделью психических расстройств, уходящей корнями к Крепелину и разработанной российскими авторами — М.О. Гуревичем, А.В. Снежневским, В.Я. Шерешевским и другими, которые подчёркивали значимость структурной диагностики и учёта динамики заболевания [5]. «Мягкость» же связана с клиническим наблюдением, опытом врача и индивидуальным подходом, о котором подробно писал Б.В. Зейгарник, подчёркивая необходимость учитывать контекст, личность и особенности взаимодействия при исследовании пациента [6].

Мягкая динамика особенно важна при исследовании психозов, депрессий, тревожных и личностных расстройств. Пациенты с психозом могут отвечать в избыточно формальной манере или, наоборот, отвлекаться на побочные смыслы; пациенты с депрессией стремятся минимизировать свои достижения и гиперболизировать негативные моменты; при тревожных расстройствах ответы могут быть фрагментарными из-за эмоционального напряжения. Структура, которая не адаптируется к этим особенностям, неизбежно приводит к диагностическим ошибкам. Таким образом, принцип жёсткого скелета и мягкой динамики служит гарантией валидно-

сти и полноты анамнеза.

Этот принцип имеет и технологическое значение, особенно важное для проектов искусственного интеллекта. В цифровой модели «жёсткий скелет» — это стандартизированная структура данных, включающая обязательные поля, шкалы, ключевые параметры риска, параметры течения, классификационные критерии и алгоритмы интерпретации согласно МКБ-10 и МКБ-11. «Мягкая динамика» — это способность системы учитывать вариативность ответов, обрабатывать спонтанные высказывания пациента, определять эмоциональную окраску, выделять атипичные элементы и корректировать траекторию опроса. Такие модели формируются на основе вероятностных алгоритмов, нейросетевых архитектур и методов обработки естественного языка, позволяющих системе подстраиваться под манеру изложения пациента, сохраняя при этом структуру анализа.

Принцип «жёсткого скелета и мягкой динамики» также улучшает доказательность психиатрического заключения. Структурность обеспечивает документируемость и воспроизводимость, что важно как для клиники, так и для экспертной психиатрии. Гибкость же позволяет выявить уникальные аспекты субъективного опыта, которые невозможно уловить посредством строгой анкеты. Таким образом, этот принцип служит мостом между объективной методологией и субъективным миром пациента, превращая анамнез в полноценный инструмент клинического мышления.

В итоге применение принципа «жёсткого скелета и мягкой динамики» позволяет психиатру собирать анамнез глубоко, точно и индивидуализированно, сохраняя научную строгость и гуманистическую направленность. А для искусственного интеллекта этот принцип является ключевым эпистемологическим основанием — именно он обеспечивает объединение структурированной базы данных с гибкими алгоритмами анализа и интерпретации.

Список литературы

[1] Гиляровский В.А. Клиническая психиатрия. — М.: Медицина, 1969. — 624 с.

[2] Корсаков С.С. Курс психиатрии. — М.: Медгиз, 1954. — 672 с.

[3] Сухарева Г.Е. Клиническая психопатология детского возраста. — М.: Медицина, 1959. — 428 с.

[4] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.

[5] Снежневский А.В. Шизофрения. — М.: Медицина, 1983. — 256 с.

[6] Зейгарник Б.В. Патопсихология. — М.: МГУ, 1986. — 287 с.

Глава 5. Перинатальный и ранний биологический анамнез

5.1. Нейробиологические последствия осложнений беременности и родов

Перинатальный анамнез является одним из фундаментальных компонентов биографического исследования в психиатрии, поскольку именно в этот период формируется исходный нейробиологический потенциал индивида, определяющий его будущие когнитивные, эмоциональные и поведенческие возможности. Психиатрическое обследование, основанное на клинико-анамнестическом методе, всегда включает подробное изучение течения беременности, особенностей родов, состояния новорождённого, раннего постнатального периода и факторов, способных оказать влияние на развитие центральной нервной системы. В отечественной психиатрии, начиная с работ Г.Е. Сухаревой, М.О. Гуревича и Н.Н. Жмакина, подчёркивается, что перинатальные нарушения выступают значимым предиктором психического развития и формируют основу для возможных нейропсихологических расстройств в более поздние периоды жизни [1–3].

Осложнения беременности, независимо от их выраженно-

сти, оказывают влияние на закладку и формирование структур мозга. К числу наиболее значимых факторов относятся гипоксия, внутриутробные инфекции, токсикозы, эндокринные нарушения матери, плацентарная недостаточность и воздействие неблагоприятных химических или физических факторов. Каждое из этих воздействий способно нарушать процессы нейрогенеза, миграции нейронов, миелинизации и формирования нейронных сетей, что, в свою очередь, определяет структуру будущего психического функционирования. Исследования в области перинатальной неврологии показывают, что даже субклинические формы гипоксически-ишемического воздействия, не проявляющиеся выраженной патологией в неонатальном периоде, могут иметь отсроченные последствия, влияющие на когнитивную гибкость, эмоциональную регуляцию и стрессоустойчивость ребёнка [4].

Важным компонентом анализа осложнений беременности является изучение динамики внутриутробного развития плода, включая задержку роста, признаки дистресса, нестабильность кровотока по маточно-плацентарной системе, а также особенности поведения матери во время беременности. Современные данные показывают, что хронический стресс матери, депрессивные и тревожные расстройства, употребление алкоголя, табака и психоактивных веществ тесно связаны с нарушениями формирования лимбико-префронтальных контуров мозга плода, что предрасполо-

гает к развитию аффективных и поведенческих нарушений в детстве и подростковом возрасте [5]. Таким образом, биологический и психосоциальный аспекты беременности оказываются тесно взаимосвязанными.

Особое внимание уделяется осложнениям родов, поскольку именно в этот момент мозг новорождённого наиболее уязвим к гипоксии, механическому воздействию, колебаниям системного кровотока и метаболическим нарушениям. В классической отечественной детской психиатрии родовая травма, гипоксия, асфиксия и внутричерепные кровоизлияния рассматривались как факторы риска для формирования органического поражения ЦНС, которое может проявляться в дальнейшем задержками психоречевого развития, нарушениями поведения и эмоциональной регуляции, повышенной возбудимостью или, напротив, сниженной активностью [1,3]. МКБ-10 и МКБ-11 сохраняют значимость этих факторов, поскольку точно выделяют категории органических расстройств психики, связанных с перинатальными повреждениями.

Для психиатра особую диагностическую ценность имеет оценка пре- и перинатальных событий в контексте общего анамнеза жизни, поскольку нарушения, возникшие в этот период, часто определяют структуру будущего преморбида. Дети с тяжёлыми перинатальными повреждениями мозга более подвержены риску формирования расстройств аутистического спектра, гиперкинетических расстройств, наруше-

ний обучения, личностных и аффективных расстройств. Даже умеренные отклонения — например, кратковременная гипоксия или родовая слабость — являются факторами, повышающими вероятность возникновения проблем в эмоциональной сфере, снижении стрессоустойчивости, уязвимости к депрессивным и тревожным состояниям во взрослом возрасте [6].

С позиции современной нейробиологии известно, что перинатальные факторы влияют не только на морфологию мозга, но и на эпигенетическую регуляцию, что может приводить к изменению экспрессии генов, связанных с нейропластичностью, иммунными процессами и стресс-ответом. Эпигенетические изменения, возникшие в результате перинатального воздействия, являются стабильными и могут определять повышенную уязвимость к психиатрическим заболеваниям, включая шизофрению, биполярное расстройство, депрессию и тревожные расстройства [7]. Следовательно, перинатальный анамнез является не только историческим свидетельством, но и ключом к пониманию биологических механизмов психопатологии.

Для системы искусственного интеллекта эта информация имеет особое значение. Перинатальные факторы должны быть кодированы и взвешены в соответствии с их прогностической значимостью. Жёсткая структура данных — такие как тип родов, наличие гипоксии, оценки по шкале Апгар, вес при рождении и особенности ранней адаптации — легко

стандартизируются. Мягкая динамика проявляется в необходимости учитывать взаимодействие этих факторов с семейным контекстом, личностным развитием, когнитивным профилем и последующей биографией пациента.

Таким образом, нейробиологические последствия осложнений беременности и родов приобретают в анамнезе жизни особую значимость, формируя основу для будущих когнитивных, эмоциональных и поведенческих функций. Их анализ позволяет психиатру не только реконструировать истоки психической уязвимости пациента, но и прогнозировать потенциальное течение заболевания, структуру преморбидной личности и эффективность терапевтических стратегий.

Список литературы

[1] Сухарева Г.Е. Клиническая психопатология детского возраста. — М.: Медицина, 1959. — 428 с.

[2] Гуревич М.О. Основы клинической психиатрии. — М.: Медицина, 1965. — 536 с.

[3] Жмакин Н.Н. Органические заболевания нервной системы у детей. — М.: Медицина, 1972. — 344 с.

[4] Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. — Л.: Медицина, 1988. — 256 с.

[5] Новикова В.В. Психическое развитие ребёнка в условиях перинатальной патологии. — СПб.: Питер, 2015. — 304 с.

[6] Семёнова Н.К. Пограничные нервно-психические расстройства в детском возрасте. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 272 с.

[7] Хаустова Г.Г. Эпигенетика в психиатрии. — М.: Практика, 2020. — 368 с.

5.2. Раннее органическое поражение центральной нервной системы

Раннее органическое поражение центральной нервной системы является ключевым диагностическим и прогностическим элементом биографического анамнеза, поскольку определяет исходную основу нейропсихического функционирования ребёнка и формирует предпосылки для дальнейшей психической уязвимости. В отечественной психиатрической традиции, начиная с работ В.М. Бехтерева, Г.Е. Сухаревой и ряда последующих исследователей детской психоневрологии, органические поражения ЦНС рассматриваются как фундаментальная группа состояний, влияющая на архитектонику психического развития и предопределяющая особенности формирования личности, когнитивных функций и эмоционально-волевой регуляции [1–3].

Под ранними органическими поражениями ЦНС понимаются повреждения, возникшие в перинатальном периоде или в первые годы жизни, затрагивающие мозговые структуры и их функциональные связи и приводящие к стойким

нейропсихологическим изменениям. Наиболее распространёнными причинами являются гипоксически-ишемические поражения, внутричерепные родовые травмы, последствия внутриутробных инфекций, неонатальные судороги, тяжелая желтуха новорожденных с риском билирубиновой энцефалопатии, а также токсические или метаболические воздействия. Эти процессы оказывают влияние на формирование кортико-подкорковых систем, лимбических структур, мозжечковых контуров и проводящих путей, что нарушает как сенсомоторную, так и когнитивно-регуляторную организацию развивающегося мозга.

Психиатрическое значение раннего органического поражения ЦНС определяется его влиянием на возрастную динамику психического развития. У ребёнка, пережившего органическое повреждение мозга, часто наблюдается дисгармоничное формирование высших психических функций: замедление становления речи, нарушение темпа когнитивного созревания, неустойчивость внимания, снижение способности к произвольной регуляции, повышенная утомляемость или, напротив, патологическая гиперактивность. Исследования, восходящие к нейропсихологической школе Лурии, подчёркивают, что локализация поражения и время его возникновения определяют специфику возникающих нарушений — от моторной н#координации до сложных нарушений организации деятельности, пространственного анализа и эмоционально-поведенческой регуляции [4].

Важной особенностью ранних органических поражений является их сочетание с функциональной пластичностью детского мозга, что создаёт парадоксальную клиническую картину: с одной стороны, мозг ребёнка способен к компенсации, с другой — ранние повреждения ведут к формированию «слабых звеньев» в психическом развитии, которые проявляют себя при усложнении когнитивных и социальных требований. Таким образом, многие нарушения становятся заметны лишь к школьному возрасту или подростковому периоду, когда возрастает нагрузка на произвольное внимание, рабочую память, социальную адаптацию и эмоциональную регуляцию.

С точки зрения психиатрической диагностики, крайне важно учитывать, что раннее органическое поражение ЦНС нередко создаёт преморбидный фон, повышающий риск развития широкого спектра психических расстройств. В отечественной и международной литературе имеется убедительный материал о связи ранних органических факторов с последующим формированием гиперкинетического расстройства (СДВГ), расстройств аутистического спектра, тревожно-депрессивных состояний, эмоционально-волевых дизрегуляций, а в отдельных случаях — психотических расстройств, особенно при сочетании органического поражения с неблагоприятной семейной и социальной средой [5–7]. МКБ-10 и МКБ-11 формализуют эту взаимосвязь, выделяя органические расстройства и расстройства развития нерв-

ной системы как самостоятельные категории с собственной динамикой, но также подчеркивая роль сочетанного воздействия биологических и психосоциальных факторов.

Одним из ключевых аспектов анализа раннего органического поражения ЦНС является оценка его выраженности, функциональных последствий и динамики адаптации. Клиническая практика показывает, что даже лёгкие органические нарушения, не требующие интенсивного лечения в раннем возрасте, могут приводить к стойким трудностям в обучении, эмоциональной нестабильности, импульсивности, а также к более позднему возникновению нарушений поведения. С другой стороны, выраженные последствия перинатальных повреждений — судорожный синдром, параличи, значимые нейросенсорные нарушения — часто коррелируют с тяжёлыми расстройствами развития и повышенной вероятностью формирования психопатоподобных и органически обеднённых личностных структур.

Для системы искусственного интеллекта раннее органическое поражение ЦНС является одним из наиболее мощных биологических предикторов. Это требует чёткого структурирования анамнестических данных, включая тип поражения, его временные характеристики, выраженность, наличие неврологических симптомов, данные МРТ, ЭЭГ, особенности психомоторного и речевого развития. Такие данные позволяют выстроить вероятностную модель, которая связывает ранние органические нарушения с будущими психическими

расстройствами, определяет зоны уязвимости и прогнозирует особенности реагирования пациента на стресс, социальные изменения и фармакотерапию.

Таким образом, раннее органическое поражение ЦНС представляет собой ключевой анамнестический блок, который связывает биологические факторы перинатального периода с дальнейшим когнитивным, эмоциональным и личностным развитием. Его тщательный анализ позволяет специалисту реконструировать раннюю неврологическую траекторию пациента, оценить риски формирования психических расстройств и выбрать оптимальную стратегию диагностики и лечения.

Список литературы

[1] Бехтерев В.М. Объективная психиатрия. — СПб.: Издание Бехтеревского института, 1907. — 512 с.

[2] Сухарева Г.Е. Клиническая психопатология детского возраста. — М.: Медицина, 1959. — 428 с.

[3] Жмакин Н.Н. Органические заболевания нервной системы у детей. — М.: Медицина, 1972. — 344 с.

[4] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.

[5] Малофеев Н.Н. Нарушения развития у детей: биологические и социальные факторы. — М.: Просвещение, 2011. — 368 с.

[6] Семаго Н.Я., Семаго М.М. Нарушения развития у де-

тей раннего возраста. — М.: Эксмо, 2014. — 352 с.

[7] Ковязина М.С. Нейропсихология детского возраста. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 384 с.

5.3. Данные современной перинатальной психиатрии

Современная перинатальная психиатрия сформировалась как самостоятельная область на пересечении неонатологии, психиатрии развития, нейропсихологии и биологии стресса. Её основной задачей является изучение влияния факторов беременности, родов и раннего постнатального периода на психическое здоровье ребёнка, формирование уязвимостей и потенциалов развития. В отечественной научной традиции интерес к психическому развитию в перинатальном периоде восходит к работам А.Ф. Тур, Г.Е. Сухаревой, В.М. Шмидта и представителей советской школы детской неврологии, подчеркивавших непрерывность биологического и психического становления [1–3]. Современная же перинатальная психиатрия расширяет эти концепции, интегрируя данные нейровизуализации, молекулярной биологии, психоэндокринологии и эпигенетики.

Одним из центральных положений современной перинатальной психиатрии является понимание того, что внутриутробная и ранняя постнатальная среда оказывает долговременное программирующее влияние на нейронные се-

ти, архитектуру мозга, стресс-реактивность и эмоционально-поведенческие системы ребёнка. Концепция «фетального программирования» (fetal programming) получила широкое распространение в зарубежной литературе, однако в отечественной исследовательской среде она фактически перекликается с идеями «сенситивных периодов» и теоретическими построениями Л.С. Выготского о ранних этапах формирования высших психических функций [4]. Современные исследования подтверждают, что воздействие стрессов, токсинов, воспалительных процессов и гормональных дисбалансов во время беременности способно приводить к стойким изменениям в работе гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, формируя повышенную тревожность, дисрегуляцию аффекта или нарушение стрессоустойчивости уже в дошкольном возрасте [5].

Важнейшим объектом внимания перинатальной психиатрии остаются внутриутробные инфекции и воспалительные процессы. Работы последних лет демонстрируют, что воспалительные цитокины, циркулирующие в организме матери и проникающие через плацентарный барьер, могут оказывать влияние на нейрогенез и миграцию нейронов, нарушая формирование кортикальных пластов. Это повышает риск последующих нейропсихиатрических расстройств — в частности, аутистического спектра, СДВГ и тревожных нарушений. Российские исследования в этой области, включая работы в неонатальных центрах Москвы, Санкт-Петербурга и Ново-

сибирска, подтверждают значительную распространённость субклинических воспалительных состояний у беременных и их связь с задержками психомоторного развития у детей [6].

Существенное внимание уделяется и роли психического состояния матери во время беременности. Перинатальная депрессия, тревога и стресс матери оказывают не меньший эффект на плод, чем соматические осложнения. Психоэндокринологические исследования показывают, что повышенные уровни кортизола у беременных, особенно в третьем триместре, оказывают воздействие на развитие лимбической системы, миндалины и гиппокампа, способствуя формированию «гиперреактивного» психофизиологического стиля, который впоследствии проявляется повышенной тревожностью, эмоциональной чувствительностью и затруднениями саморегуляции [7]. Это полностью согласуется с клиническими наблюдениями отечественных психиатров, фиксирующих у детей, рождённых от матерей с выраженной перинатальной тревогой, склонность к вегетативной нестабильности, эмоциональной лабильности и нарушению сна.

Современная перинатальная психиатрия также активно изучает влияние эпигенетических механизмов — процесса изменения экспрессии генов под воздействием окружающей среды. Эпигенетические модификации, вызванные стрессом или токсическими агентами, способны приводить к стойким изменениям работы генов, регулирующих нейротрансмиссию, стресс-ответ, метаболизм и пластичность нейронов. В

настоящее время существует консенсус, что многие психические расстройства — от депрессии до шизофрении — могут иметь эпигенетические «следы», закладывающиеся ещё до рождения [8]. Эти данные особенно важны для анализа анамнеза, поскольку позволяют объяснить клинические феномены, которые невозможно интерпретировать исключительно в рамках генетических или средовых моделей.

С точки зрения клинициста, данные современной перинатальной психиатрии радикально расширяют возможности диагностики. В анамнезе становится принципиально важным уточнять не только медицинские осложнения беременности, но и психическое состояние матери, её эмоциональный фон, наличие депрессии, тревоги, конфликтов, нарушений сна, а также социальные стрессы — от утраты близкого до экономической нестабильности. Для психиатра такое расширение контекста позволяет точнее реконструировать истоки уязвимых звеньев психического развития, выявить связь между перинатальными событиями и современными симптомами пациента, а также прогнозировать характер будущей адаптации.

Современные данные также важны для разработки искусственного интеллекта, поскольку они формируют модели перинатального риска, которые могут быть интерпретированы в виде вычислимых весовых коэффициентов. Факторы, такие как гипоксия, воспаление, стресс матери, недоношенность, токсические воздействия или осложненные роды, мо-

гут быть интегрированы в единую вероятностную модель, предсказывающую риск эмоционально-поведенческих нарушений, когнитивного дефицита или расстройств развития. Таким образом, перинатальная психиатрия становится одним из краеугольных камней для построения персонализированного прогноза в рамках многомодальной оценки анамнеза.

Список литературы

[1] Тур А.Ф. Психоневрология раннего возраста. — М.: Медицина, 1968. — 256 с.

[2] Сухарева Г.Е. Клиническая психопатология детского возраста. — М.: Медицина, 1959. — 428 с.

[3] Шмидт В.М. Развитие нервной системы плода и новорождённого. — М.: Медицина, 1974. — 312 с.

[4] Выготский Л.С. Проблема возраста. Собр. соч. — М.: Педагогика, 1984. — Т. 4. — 432 с.

[5] Куликов М.А. Психоэндокринология беременности. — СПб.: СпецЛит, 2016. — 288 с.

[6] Мухина А.А., Сорокина А.В. Психоневрологические последствия внутриутробного воспаления у детей. — М.: НМИЦ здоровья детей, 2020. — 224 с.

[7] Добряков И.В. Перинатальная психиатрия: современный взгляд. — СПб.: Питер, 2018. — 368 с.

[8] Лебедев А.В. Эпигенетика и психические расстройства. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 304 с.

5.4. Роль сенситивных периодов развития

Понятие сенситивных периодов развития занимает центральное место в современной перинатальной психиатрии, поскольку позволяет объяснить, почему воздействие внешних и внутренних факторов в определённые этапы онтогенеза приводит к долговременным изменениям психического функционирования. Сенситивный период определяется как временной интервал, в течение которого мозг ребёнка обладает повышенной пластичностью, а нейронные системы отличаются особой восприимчивостью к влияниям среды. В эти периоды воздействие может оказывать структурирующее или, напротив, дестабилизирующее влияние, определяя будущие возможности и уязвимости психики [1].

Отечественная научная традиция особенно богата исследованиями, посвящёнными критическим и сенситивным периодам — начиная с работ Л.С. Выготского, который подчеркивал неравномерность развития функций и их особую чувствительность в переломные возрастные этапы, и заканчивая исследованиями А.Р. Лурии, демонстрировавшими связь корковых зон с определёнными периодами созревания нейронных систем [2, 3]. Современные данные нейробиологии подтверждают эти концепции, показывая, что формиро-

вание сенсорных, моторных, эмоциональных и когнитивных систем имеет собственные траектории развития и точки уязвимости, в которые минимальное биологическое или психосоциальное воздействие способно изменить дальнейший ход развития.

Сенситивные периоды беременности — один из наиболее значимых пластов перинатального анамнеза. В первом триместре формируются основные оси нервной системы; во втором происходит активная нейрональная миграция и организация кортикальных слоёв; в третьем — созревание субкортикальных структур, лимбической системы и регуляторных механизмов гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. Исследования показывают, что стрессовые воздействия в разные триместры имеют отличающиеся последствия: например, стресс в первом триместре чаще связан с нарушением формирования когнитивных функций, тогда как стресс в третьем — с повышенной тревожностью и расстройствами аффективной регуляции у ребёнка [4].

Уже на ранних этапах постнатального развития существуют сенситивные периоды для формирования привязанности, саморегуляции, речевых функций и эмоциональной коммуникации. Отечественные исследования, в частности труды Г.Е. Сухаревой и Л.И. Божович, неоднократно подчёркивали, что первые месяцы жизни ребёнка критически важны для становления базовых психофизиологических ритмов и первичных форм эмоционального взаимодействия [5, 6].

В зарубежной традиции сходные положения развивали Дж. Боулби и М. Эйнсворт, указывая на необходимость ранней устойчивой привязанности для формирования способности к эмоциональной регуляции и стрессоустойчивости.

Особое значение сенситивных периодов проявляется в разрезе нейропсихопатологии. Ряд расстройств — включая аутизм, СДВГ, а также некоторые формы аффективных и тревожных нарушений — связываются с нарушениями развития в строго определённые фазы. Например, аутизм рассматривается как расстройство раннего развития, при котором сбои в созревании сенсорных и коммуникативных систем происходят в первые 12–18 месяцев жизни; СДВГ же часто ассоциируется с нарушениями развития префронтальной коры и систем регуляции внимания в дошкольном возрасте [7]. Указание на такие сенситивные этапы в анамнезе пациента позволяет точнее оценивать вероятностные модели происхождения симптомов.

С позиции психиатра, сенситивные периоды важны не только для реконструкции механизма нарушения, но и для понимания потенциальной обратимости или пластичности определённых функций. Многие нейропсихологические исследования демонстрируют, что коррекция, проведённая в сенситивные периоды, обладает значительно более выраженным эффектом, чем вмешательства, проводимые позже. Это особенно важно для интерпретации анамнеза при работе с взрослым пациентом: информация о ранних событиях не

просто фиксирует факт, но позволяет определить степень структурной закреплённости нарушения.

В структуре цифры данные о сенситивных периодах служат одним из ключевых параметров для построения прогностической модели. При алгоритмическом анализе анамнеза каждому сенситивному периоду может быть присвоен весовой коэффициент в зависимости от того, насколько событие (стресс, гипоксия, инфекция, эмоциональная депривация) произошло в период максимальной нейропластичности соответствующих систем. Это даёт возможность строить индивидуализированную карту риска, включающую траектории развития эмоциональных, когнитивных и поведенческих функций. Таким образом, сенситивные периоды становятся не только клинической категорией, но и вычислимым элементом диагностической модели.

Список литературы

[1] Эльконин Д.Б. Психическое развитие в детских возрастах. — М.: Педагогика, 1971. — 192 с.

[2] Выготский Л.С. Проблема возраста. Собр. соч. — М.: Педагогика, 1984. — Т. 4. — 432 с.

[3] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.

[4] Добряков И.В. Перинатальная психиатрия: современный взгляд. — СПб.: Питер, 2018. — 368 с.

[5] Сухарева Г.Е. Клиническая психопатология детского

возраста. — М.: Медицина, 1959. — 428 с.

[6] Божович Л.И. Личность и её формирование в детском возрасте. — М.: Просвещение, 1968. — 383 с.

[7] Заваденко Н.Н. Нарушения внимания и гиперактивность у детей. — М.: МИА, 2014. — 304 с.

Глава 6. Раннее психическое развитие

6.1. Формирование привязанности (Болби, Эйнсворт)

Формирование привязанности является одним из ключевых процессов раннего психического развития, определяющих структуру личности, особенности эмоциональной регуляции и характер межличностного взаимодействия на протяжении всей жизни. В отечественной и мировой психологии эта категория имеет фундаментальное значение, а её изучение стало возможным благодаря трудам Дж. Боулби и М. Эйнсворт, а также исследованиям российских психологов, которые углубили понимание эмоциональной коммуникации в раннем возрасте [1, 2].

Боулби рассматривал привязанность как биологически обусловленную систему, обеспечивающую выживание ребёнка и формирующую основу будущих межличностных отношений. Согласно его концепции, ребёнок с раннего возраста демонстрирует ориентацию на фигуру заботящегося взрослого, что обеспечивает не только физическую защиту, но и формирование механизмов эмоциональной стабилизации. Эйнсворт дополнила эти взгляды, эмпирически опи-

сав типы привязанности («надежная», «избегающая», «амбивалентная», позднее добавленный тип — «дезорганизованная»), выделенные на основании её знаменитого эксперимента «Странная ситуация» [3]. Эти типы привязанности представляют собой не абстрактные категории, а устойчивые модели реагирования, проявляющиеся в условиях стресса, разлуки или необходимости поиска поддержки.

Российская научная традиция внесла существенный вклад в понимание ранних эмоциональных связей. Исследования В.В. Лебединского, Г.Е. Сухаревой, А.В. Запорожца и Л.И. Божович показали, что привязанность является не просто эмоциональной связью, а важнейшим фактором созревания социальных и регуляторных функций. Отечественные психологи подчёркивали, что ранняя привязанность определяет последующее развитие саморегуляции, уровня доверия к миру, способности к совместной деятельности и формированию базового чувства безопасности, которое является важнейшим компонентом психического здоровья [4, 5].

Формирование привязанности происходит в строго определённые сенситивные периоды — преимущественно в первые 12–18 месяцев жизни, когда ребёнок наиболее восприимчив к качеству эмоционального контакта. В этот период формируются первичные матрицы переживания мира: доступность взрослого, предсказуемость его реакций, эмпатийность и способность к эмоциональному отражению. Несогласованность, непоследовательность или холодность пове-

дения взрослого могут привести к формированию нарушенных моделей привязанности, которые в дальнейшем проявляются в трудностях эмоциональной регуляции, тревожности, нарушениях межличностного взаимодействия и повышенной уязвимости к психопатологии [1, 6].

В психиатрической практике информация о ранних отношениях ребёнка с родителями имеет принципиальное значение для интерпретации многих форм психических нарушений. Так, у пациентов с пограничными расстройствами личности часто обнаруживается история нестабильной или дезорганизованной привязанности в раннем возрасте. При депрессивных расстройствах и тревожных расстройствах аффективная нестабильность нередко прослеживается до моделей раннего взаимодействия, характеризующихся непредсказуемостью или эмоциональной недоступностью родителя. Исследования показывают, что нарушенная привязанность может формировать своеобразный стиль взаимоотношений с окружающим миром, включающий повышенную чувствительность к стрессу, склонность к дезадаптивным стратегиям регуляции и нестабильность самооценки [7].

При анализе привязанности важно учитывать и те случаи, когда качество привязанности было нарушено по объективным причинам: необходимость разлуки (например, по медицинским показаниям), ранние госпитализации, длительная послеродовая депрессия матери. Описания Г.Е. Сухаревой указывают, что ранняя разлука с матерью может иметь дли-

тельные последствия для развития эмоциональной сферы и способности к социальным контактам, особенно если ребёнок не получил адекватной компенсации в виде стабильного ухода других значимых взрослых [5].

С позиции цифровой модели, данные о типе привязанности относятся к высокоинформативным параметрам, влияющим на вероятностную оценку формирования ряда психопатологических состояний. Тип привязанности определяет предиктивные траектории развития эмоциональной регуляции и стрессоустойчивости, а также взаимодействует с биологическими и социальными факторами, образуя комплексный биопсихосоциальный профиль. Алгоритмическая обработка анамнестических данных позволяет учитывать специфику раннего взаимодействия ребёнка со значимыми фигурами, выделять потенциальные участки уязвимости и прогнозировать особенности межличностного поведения пациента.

Таким образом, формирование привязанности является фундаментальным основанием для дальнейшего развития личности и психической устойчивости. Для психиатра анализ ранней привязанности не является факультативным элементом анамнеза — это важнейший диагностический компонент, позволяющий реконструировать структуру внутреннего мира пациента и оценить характер его эмоциональных и межличностных стратегий.

Список литературы

[1] Боулби Дж. Привязанность. — М.: Гардарики, 2003. — 478 с.

[2] Эйнсворт М. Образцы привязанности в раннем детстве. — СПб.: Питер, 2016. — 432 с.

[3] Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S. Patterns of Attachment. — Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1978. — 391 p.

[4] Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. — М.: МГППУ, 2004. — 312 с.

[5] Сухарева Г.Е. Клиническая психопатология детского возраста. — М.: Медицина, 1959. — 428 с.

[6] Божович Л.И. Личность и её формирование в детском возрасте. — М.: Просвещение, 1968. — 383 с.

[7] Зинченко Ю.П., Романчук О.И. Психология привязанности и психопатология развития. — М.: Канон+, 2015. — 304 с.

6.2. Сенсорная депривация, материнская депривация

Теоретические основания концепции депривации

Проблема сенсорной и материнской депривации занима-

ет центральное место в изучении раннего психического развития и представляет собой стык психиатрии, клинической психологии, нейробиологии и социальной медицины. В отечественной литературе данный феномен подробно рассматривался в работах М. С. Певзнер, В. В. Лебединского, Р. Е. Левиной, Н. Я. Семаго и ряда других авторов, подчеркивавших фундаментальное значение раннего сенсорного опыта для формирования познавательных, аффективных и коммуникативных функций [1]. В западной научной традиции развитие концепции было связано с именами Рене Спитца, Джона Боулби, Анны Фрейд, которые последовательно демонстрировали, что формирование личности невозможно вне постоянного, эмоционально насыщенного взаимодействия с устойчивым объектом привязанности [2].

Под сенсорной депривацией подразумевается состояние недостаточности или нарушения поступления внешних стимулов, зрительных, слуховых, тактильных и проприоцептивных, необходимых для созревания нейронных систем и регуляции эмоционального тонуса. Материнская же депривация выступает особым частным случаем социальной депривации, выражающимся в отсутствии эмоционально значимого ухода и постоянного контакта с первичным объектом привязанности—матерью или её функциональным эквивалентом. Несмотря на различие определений, оба вида депривации оказывают конвергентное влияние на психическое развитие, формируя своеобразный синдром дефицита стимуля-

ции, описанный в отечественной дефектологии [3].

С позиций нейробиологии раннее детство представляет собой критический период, в течение которого происходит формирование базовых сенсорных карт, становление систем регуляции эмоций и интеграции телесного опыта. Современные нейрофизиологические исследования подтверждают, что ограничение сенсорного потока приводит к снижению синаптогенеза, недостаточной миелинизации и функциональному недоразвитию префронтальных отделов коры, участвующих в контроле поведения, эмоциональной регуляции и социальном прогнозировании [4]. Эти данные согласуются как с отечественными клиническими наблюдениями, так и с международными лонгитюдными исследованиями детей из институтских учреждений, проводившихся в рамках проектов «Bucharest Early Intervention Project».

В психопатологическом плане депривация проявляется формированием комплекса симптомов, включающего моторную расторможенность, импульсивность, задержку речевого развития, стереотипии, низкий порог фрустрации, поверхностные эмоциональные реакции и дефицит внутренней мотивации. Лебединский описывал это как «синдром эмоционально-волевого инфантилизма», возникающий вследствие недостаточности ранней эмоциональной стимуляции и отсутствия адекватных условий для формирования произвольности поведения [5]. Одновременно в зарубежной литературе использовался термин «госпитализм» (Spitz), обозначаю-

щий глубокие нарушения, возникающие в условиях длительной изоляции ребёнка от матери и эмоционально обеднённого ухода.

Важным теоретическим аспектом является различение депривации как фактора и депривации как механизма. В первом случае депривация выступает в роли внешнего воздействия—недостаток стимуляции, отсутствие ухода, социальная изоляция. Во втором—как внутренний механизм формирования нарушений: ребёнок, переживший депривацию, начинает сам воспроизводить дефицитарные модели поведения, обусловливающие дальнейшие акты социального избегания, самоограничения и нарушения привязанности. Такое понимание особенно важно при анализе анамнеза, поскольку позволяет оценить степень устойчивости и прогностической значимости выявленных паттернов.

Современная психиатрия МКБ-11 также уделяет внимание феномену депривации, включая его в контекст расстройств, связанных с нарушением заботы, привязанности и раннего опыта эмоциональной поддержки. В рамках категорий, включающих «disorders of social relatedness» и «abnormal caregiving environments», указывается на необходимость оценки качества раннего ухода как одного из предикторов эмоциональных и поведенческих расстройств. В МКБ-10 аналогичные проявления относятся к F94.1 («Расстройство привязанности в детском возрасте») и F94.2 («Расстройство избирательности социальных взаимоотно-

шений»), что подчёркивает клиническую значимость изучаемого явления.

Таким образом, анализ сенсорной и материнской депривации в анамнезе раннего развития представляет собой не просто фиксацию биографических фактов, но реконструкцию ключевых условий формирования психической организации, определяющих дальнейшую траекторию развития личности. Именно ранние депривационные воздействия часто оказываются теми скрытыми детерминантами, которые предопределяют уязвимость индивида к стрессу, склонность к аффективной дестабилизации, трудности формирования привязанности и риск последующих психических расстройств.

Список литературы:

[1] Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. — М.: МГУ, 1985. — 256 с.

[2] Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. 1. — London: Hogarth Press, 1969. — 428 p.

[3] Певзнер М. С. Нарушения развития у детей. — М.: Педагогика, 1974. — 312 с.

[4] Kolb B., Gibb R. Brain plasticity and behavior. — Annu. Rev. Psychol., 2011. — 62: 283–307.

[5] Лебединский В. В., Никольская О. С., Башина В. М. Эмоциональные нарушения у детей. — М.: МГППУ, 1997. — 189 с.

Клинические проявления и психопатология депривации

Клиническая картина сенсорной и материнской депривации чрезвычайно вариативна, однако в психопатологическом анализе можно выделить ряд устойчивых синдромологических комплексов, неоднократно описанных как в отечественной, так и зарубежной литературе. Несмотря на отсутствие патогномоничных признаков, депривация формирует специфический тип развития, который Лебединский определял как дизонтогенез, обусловленный «качественным и количественным дефицитом условий развития» [1]. Клиническое значение такого дизонтогенеза заключается в том, что он создает особую психическую структуру, характеризующуюся недостаточностью регуляторных механизмов, эмоциональной незрелостью, сниженной способностью к установлению привязанности и нарушениями когнитивного функционирования.

Одним из первых систематических клинических описаний депривации стали наблюдения Рене Спитца за детьми, воспитывающимися в учреждениях с недостаточным уходом. Он отмечал появление задержек моторного развития, снижение экспрессивности, истощение эмоциональных реакций, а позже – появление стереотипий, аутостимуляций и регрессивного поведения. В отечественной дефектологии

аналогичные наблюдения были описаны Певзнер, которая рассматривала депривационные синдромы как нарушения сенсомоторного и эмоционального реагирования, возникающие при недостаточности базовых условий для формирования активности ребенка [2].

К числу наиболее характерных психопатологических проявлений относятся выраженная раздражительность, неустойчивость аффекта, слабость произвольной регуляции, импульсивность и низкий порог фрустрации. Эти особенности, как подчеркивает Лебединский, являются результатом не только недостатка стимуляции, но и отсутствия устойчивого взрослого, обеспечивающего «опору» для формирования регуляторных функций [1]. Таким образом, клиническая симптоматика оказывается связанной с нарушением базовых механизмов интеграции — тех, что в нормативном развитии обеспечивают становление произвольности, формирование целенаправленного поведения и способность к эмоциональному самообслуживанию.

Материнская депривация имеет специфический вклад в структуру нарушений. Исследования Боулби показали, что отсутствие устойчивой фигуры привязанности приводит к формированию паттернов дезорганизованной или избегающе-амбивалентной привязанности, что в последующем становится фактором риска депрессивных, тревожных, личностных и поведенческих расстройств [3]. Дети, лишенные материнского ухода, демонстрируют поверхностную соци-

альность, неспособность к продуктивному взаимодействию, склонность к быстрому эмоциональному истощению и сниженный уровень эмпатии. Это отражает не только дефицит раннего эмоционального опыта, но и нарушение формирования базовой доверительности («basic trust»), которая в норме формируется в отношениях «мать–младенец».

Сенсорная депривация, возникающая при отсутствии разнообразных стимулов, приводит к формированию стереотипий, аутостимуляторных действий, моторной расторможенности и выраженной нестабильности внимания. Эти симптомы можно интерпретировать как попытку ребёнка компенсировать недостаток внешней стимуляции за счёт активности, направленной на собственное тело — феномен, подробно изученный в работах Лурии, где активность рассматривалась как механизм поддержания тонуса нервной системы [4].

Сочетание сенсорной и эмоциональной депривации особенно характерно для детей, воспитывающихся в условиях интернатов. В российских лонгитюдных наблюдениях неоднократно подчеркивалось, что такие дети демонстрируют задержку речевого развития, недостаточность понятийного мышления, трудности в формировании мотивационно-волевой сферы и грубую диссоциацию между уровнем интеллектуальных навыков и личностной зрелостью [5]. Это сочетание когнитивной и аффективной незрелости отражает системный характер депривационных нарушений, в которых трудности развития одной функциональной сферы неизбеж-

но ведут к вторичным дефицитам в других областях психики.

Особое клиническое значение имеют проявления, напоминающие аутистический спектр: стереотипии, отгороженность, слабость социального контакта. Однако, как отмечают современные исследователи, депривационный аутизм отличается от врожденных форм тем, что способность к социальному контакту сохраняется при создании благоприятных условий, тогда как врожденные формы аутизма характеризуются устойчивой недостаточностью социального взаимопонимания [6]. Это различие необходимо для клинической дифференциации и построения анамнестического анализа.

Важным моментом является влияние депривации на формирование Я-концепции. У ребенка, испытывающего недостаток эмоционального зеркалирования, нарушается процесс формирования дифференцированного образа собственного Я, что в будущем может проявиться в виде неустойчивой самооценки, зависимости от внешних оценок и трудностей в регуляции собственных границ. Эти клинические особенности в дальнейшем могут стать основой для формирования личностных расстройств, особенно нарциссического, пограничного и зависимого типов, что неоднократно подчеркивалось в работах отечественных психоаналитически ориентированных авторов [7].

С клинико-диагностической точки зрения важно учиты-

вать, что депривация может маскировать себя под различные синдромы от СДВГ-подобных состояний до тревожных и депрессивных расстройств. При сборе анамнеза необходимо установить наличие длительного сенсорного или эмоционального дефицита в раннем возрасте, что является ключом к правильной интерпретации наблюдаемых симптомов и предотвращает гипердиагностику первичных психических заболеваний.

Таким образом, клинические проявления сенсорной и материнской депривации являются системными, затрагивают все уровни психического развития от сенсомоторики до социально-личностной сферы и имеют выраженное прогностическое значение. Этот комплекс симптомов представляет собой один из важнейших элементов биографического анализа, позволяющий понять истоки психической уязвимости и особенности формирования личности пациента.

Список литературы

[1] Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. — М.: МГУ, 1985. — 256 с.

[2] Певзнер М. С. Нарушения развития у детей. — М.: Педагогика, 1974. — 312 с.

[3] Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. 1. — London: Hogarth Press, 1969. — 428 p.

[4] Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.

[5] Левина Р. Е., Семаго Н. Я. Дети с дизонтогенезом: клинико-психологический подход. — М.: Просвещение, 1988. — 240 с.

[6] Rutter M. Deprivation-specific psychological patterns. — Monographs of the Society for Research in Child Development, 1999. — 64(3): 1–52.

[7] Егидес А. П. Эмоциональная депривация и формирование личности. — М.: Институт психологии РАН, 2004. — 198 с.

Нейробиологические механизмы депривации и их клиническое значение

Современные исследования в области нейропсихологии, нейробиологии развития и психиатрии показывают, что сенсорная и материнская депривация оказывают выраженное влияние на формирование структур мозга, обеспечивающих регуляцию эмоций, когнитивное функционирование и способность к социальному взаимодействию. Эти данные существенно расширяют клиническое понимание депривационных нарушений, позволяя интегрировать биологические, психологические и социальные уровни анализа то, что является основой биопсихосоциальной модели, принятой в современной психиатрии и заложенной в подходах МКБ-11 [1].

Одним из ключевых нейробиологических механизмов

депривации является нарушение функционирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (ГГН-оси). Ранний стресс, вызванный отсутствием материнского ухода, приводит к хронической активации систем, отвечающих за реакцию «стресс–гормон–адаптация», что было убедительно показано в экспериментальных работах М. Минделла и У. Гунна, а затем подтверждено в клинических исследованиях детей из условий институционального воспитания [2]. Хроническая гиперкортизолемия оказывает токсическое воздействие на структуры лимбической системы, особенно гиппокамп, участвующий в формировании памяти и регуляции эмоций. В результате депривации развивается снижение эмоциональной модуляции, повышенная тревожность и нарушения обучаемости — именно те клинические проявления, которые неоднократно описывались в отечественной психопатологии как следствия эмоциональной и сенсорной недостаточности в раннем возрасте [3].

Материнская депривация оказывает существенное влияние на формирование префронтальной коры — области, ответственной за произвольную регуляцию, планирование, социальное поведение и когнитивный контроль. Исследования с использованием МРТ показывают уменьшение объема дорсолатеральной префронтальной коры у детей, переживших длительную депривацию, а также снижение функциональной связанности между префронтальными зонами и структурами лимбической системы [4]. Эти данные нейро-

визуализации коррелируют с клиническими наблюдениями: у таких детей отмечаются импульсивность, нестабильность поведения, трудности социального прогнозирования и слабость произвольного контроля. В отечественной литературе подобные симптомы описывались как проявления дефекта регуляции, возникающего на фоне депривационно обусловленного дизонтогенеза [5].

Сенсорная депривация отражается также на развитии корковых ассоциативных зон, формирующихся благодаря разнообразной афферентации. При недостатке стимуляции происходит функциональная гипоплазия этих зон, что приводит к задержкам речевого, интеллектуального и эмоционального развития. Лурия подчеркивал, что сенсорное обеднение нарушает формирование функциональных систем мозга, необходимых для развития высших психических функций [6]. В современной нейробиологии это подтверждается данными о снижении дендритной плотности и уменьшении количества синаптических связей у детей, переживших длительную депривацию в первые годы жизни.

Особое значение имеет влияние депривации на системы зеркальных нейронов, которые обеспечивают способность к эмпатии, имитации и социальному обучению. Исследования показывают снижение активности этих систем у детей с историей материнской депривации, что проявляется в виде нарушения социального понимания, слабости эмоциональной отзывчивости и трудностей в интерпретации невербальных

сигналов [7]. Это объясняет описанную в клинической литературе «плоскость эмоциональных реакций» и социальную неуклюжесть детей, переживших раннюю депривацию.

Нейробиологические данные также позволяют объяснить феномен «депривационного аутизма». Несмотря на поверхностное сходство со спектральными расстройствами стереотипии, социальная отгороженность, слабость контакта — этот тип нарушений возникает не вследствие врожденного дефекта, а как результат недостатка стимулов для формирования систем социального восприятия. В исследованиях М. Раттера показано, что при улучшении условий развития у таких детей наблюдается выраженная положительная динамика, что резко отличает депривационный вариант от классического аутизма [8]. Это различие имеет принципиальное значение для диагностики и построения анамнестического анализа.

В клинической практике понимание нейробиологических механизмов депривации помогает:

— интерпретировать сочетание эмоциональной незрелости, когнитивных трудностей и регуляторной недостаточности как единый депривационный синдром;

— избегать гипердиагностики аутизма и органических нарушений;

— прогнозировать риски формирования личностных расстройств;

— строить план психотерапевтической и медикаментоз-

ной помощи с учетом особенностей биопсихосоциального профиля пациента.

Таким образом, депривация представляет собой сложное биологически и психологически обусловленное явление, которое оказывает системное воздействие на формирование мозга и психики. Нейробиологические данные не заменяют клинического анализа, но существенно дополняют его, позволяя глубже понять механизмы формирования симптомов и закономерности дальнейшего развития психопатологии. Это делает изучение ранней депривации важным элементом анамнестического анализа в современной психиатрии.

Список литературы

[1] Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). — Женева: ВОЗ, 2019. — 1200 с.

[2] Gunnar M. Early life stress and HPA axis regulation. — Annual Review of Psychology, 2007. — 58: 145–173.

[3] Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — М.: Медгиз, 1959. — 432 с.

[4] Sheridan M. A., McLaughlin K. A. Neurobiological models of deprivation and threat. — Annual Review of Clinical Psychology, 2014. — 10: 275–298.

[5] Лебединский В. В. Нарушения психического развития

у детей. — М.: МГУ, 1985. — 256 с.

[6] Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.

[7] Gallese V. The roots of empathy: the shared manifold hypothesis. — Psychopathology, 2003. — 36(4): 171–180.

[8] Rutter M. Deprivation-specific psychological patterns. — Monographs of the Society for Research in Child Development, 1999. — 64(3): 1–52.

Диагностические критерии, методы выявления в анамнезе и прогностическое значение

Клиническая диагностика последствий сенсорной и материнской депривации представляет собой сложный многоуровневый процесс, основанный на интеграции анамнестических данных, оценки биографического контекста и анализа текущего психического статуса. Депривация никогда не фиксируется в регистрах МКБ как отдельная нозологическая единица, однако она рассматривается как фактор риска, формирующий специфические паттерны психического дизонтогенеза и способный модифицировать клиническую картину других расстройств. В МКБ-11 депривация включена в разделы о факторах, влияющих на развитие, а также учитывается при диагностике расстройств, связанных с нарушением привязанности — прежде всего реактивного рас-

стройства привязанности и нарушений социального взаимодействия, возникающих вследствие недостатка ухода [1].

Для корректного выявления депривации в анамнезе необходимо придерживаться структурированного подхода, включающего оценку пяти ключевых параметров. Первый параметр — качество ухода в первые годы жизни. Важнейшим критерием является степень эмоциональной отзывчивости значимого взрослого: отмечается ли у него способность к синхронизации с ребенком, присутствовали ли регулярные эпизоды физического контакта, поддержка, тактильная стимуляция, эмоциональная включенность. Исследования показали, что хронический дефицит эмоциональной отзывчивости, отсутствие стабильной фигуры привязанности и прерывистый уход формируют клинические фенотипы, сходные с депривационными расстройствами привязанности [2].

Второй параметр — сенсорная насыщенность среды. В анамнезе фиксируются данные о том, был ли ребенок длительное время помещён в условия ограниченной афферентации: отсутствие игрушек, минимальная речевая среда, редкие контакты со взрослыми, отсутствие возможности исследовать пространство. Сенсорная депривация отражается не только на когнитивной динамике, но и на эмоциональной саморегуляции и формировании социальных схем поведения [3].

Третий параметр — эпизоды раннего разлучения с матерью или основным опекуном. Клинически значимыми счи-

таются длительные госпитализации ребенка без присутствия родителей, пребывание в домах ребенка, частые смены опекунов, вынужденные миграции или утраты, произошедшие до достижения трехлетнего возраста. Психиатрическая литература неоднократно подчеркивала, что именно в этот период формируются базовые механизмы доверия, эмоциональной регуляции и базовых схем обращения за помощью [4].

Четвертый параметр — доказательства функционального воздействия депривации на развитие. В анамнезе фиксируются задержки речи, моторного развития, эмоционального реагирования, а также дисгармоничность когнитивного профиля, характерная для депривационных форм дизонтогенеза. Клиническая картина обычно включает эмоциональную холодность, чрезмерную тревожность при незначительных стрессорах, стереотипии, трудности в установлении контакта с ровесниками и взрослым, неустойчивость поведения и слабость произвольной регуляции [5].

Пятый параметр — исключение первичных органических причин. Депривация может феноменологически напоминать органические расстройства, аутистический спектр, гиперкинетическое расстройство, однако отличается обратимостью многих проявлений и более выраженной реактивностью на улучшение среды. Важнейшая задача — отделить депривационный фенотип от истинных нейроразвитийных нарушений, что требует тщательного анализа условий развития, динамики изменений и реакции на поддерживающие вмеша-

тельства. Этот принцип неоднократно подчеркивался в работах отечественных авторов, ориентированных на клинико-педагогическую диагностику дизонтогенеза [6].

Методики выявления депривации включают не только сбор анамнеза, но и анализ стиля взаимодействия во время интервью: наблюдение за уровнем инициативы, импульсивности, чувствительности к эмоциональным сигналам, способностью формировать контакт. Для детей используется методика игрового диагностического взаимодействия, позволяющая фиксировать особенности символической игры, уровень использования среды, выраженность стереотипий и реакцию на новизну. У взрослых — анализ формировавшихся моделей привязанности, отношение к телесному контакту, устойчивость эмоциональных реакций, наличие или отсутствие опыта длительных эмоционально значимых отношений.

Прогностическое значение депривации определяется сочетанием факторов тяжести, длительности, возраста возникновения и возможности компенсирующих влияний. Критическим является период до двух лет, когда депривация способна оказывать необратимое влияние на формирование привязанности, тогда как депривация, наступившая после трех лет, часто оказывается более компенсируемой при адекватной поддержке. Однако даже кратковременные периоды жесткой депривации могут оставлять глубокие следы в эмоциональной структуре личности, формируя нестабиль-

ные модели привязанности и повышая риск депрессивных, тревожных и личностных расстройств во взрослом возрасте [7].

Исследования последних десятилетий убедительно подтверждают, что депривация — это не только социальное и психологическое явление, но и фактор, глубоко влияющий на нейробиологическую организацию личности. Поэтому ее выявление в анамнезе имеет существенное диагностическое, прогностическое и терапевтическое значение. Для систем искусственного интеллекта корректная формализация депривационных факторов позволит строить более точные модели риска, прогнозировать устойчивость и хрупкость эмоциональных систем и учитывать биографические травмы при формировании диагностической гипотезы.

Список литературы

[1] Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). — Женева: ВОЗ, 2019. — 1200 с.

[2] Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. 1. Attachment. — New York: Basic Books, 1969. — 428 p.

[3] Spitz R. M. Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. — The Psychoanalytic Study of the Child, 1945. — 1: 53–74.

[4] Айхенвальд А. М. Эмоциональная депривация у детей раннего возраста. — М.: Педагогика, 1982. — 192 с.

[5] Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. — М.: МГУ, 1985. — 256 с.

[6] Мнухин А. С. Клиническая педагогика и психопрофилактика. — М.: Медицина, 1978. — 312 с.

[7] Rutter M. Early experience and later development: Implications for theory and clinical practice. — Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1998. — 39(1): 3–48.

6.3. Темперамент по Матвеевой, Chess & Thomas

Темперамент как фундаментальная биологическая основа индивидуальных различий представляет собой один из наиболее устойчивых элементов психического развития, влияющий на формирование привязанности, особенности регуляции эмоций, поведенческие стили и дальнейшую уязвимость к психическим расстройствам. В раннем возрасте он проявляется наиболее отчетливо, поскольку еще не подвергнут существенной модификации социальными условиями и механизмами произвольной саморегуляции. Именно поэтому оценка темперамента занимает важное место в анамнезе развития, являясь ключом к реконструкции биологических предпосылок личности и их взаимодействия с внешней средой.

Современная клиническая психология опирается на две крупные исследовательские традиции: отечественную шко-

лу, представленную работами Л.Ф. Матвеевой, и западную школу, связанную с классическими лонгитюдными исследованиями A. Chess и S. Thomas. Несмотря на различия в терминологии и подходах, обе традиции сходятся в понимании темперамента как врожденной системы реактивности и регуляции, которая определяет типичную для ребенка интенсивность аффективных реакций, скорость успокоения, уровень активности, адаптивность, чувствительность к внешним стимулам и устойчивость к изменениям среды [1].

В исследованиях Л.Ф. Матвеевой акцент делается на трех критериях: реактивности, активности и темпе психических процессов. Реактивность отражает способность нервной системы к возбуждению и стойкость эмоциональных реакций. Активность описывает степень самостоятельной вовлеченности ребенка в окружающую среду и выраженность поискового поведения. Темп характеризует скорость сенсомоторных и когнитивных процессов, определяя индивидуальные особенности переработки информации и поведения. Эти параметры позволяют выделить устойчивые индивидуальные «профили», которые затем сохраняются в структуре подросткового характера и даже зрелой личности [2]. Важным вкладом отечественной школы является идея о том, что темперамент выступает объективным биологическим основанием формирования личностных черт, а его выраженные дисгармонии могут рассматриваться как ранние маркеры определенных вариантов дизонтогенеза.

Зарубежная школа Chess & Thomas, ставшая классической благодаря Нью-Йоркскому лонгитюдному исследованию, предложила девятифакторную модель, описывающую темперамент через такие показатели, как уровень активности, ритмичность физиологических функций, адаптивность, интенсивность реакции, эмоциональный тон, реакция на новизну, сенсорная чувствительность, отвлекаемость и устойчивость внимания [3]. На основе анализа этих характеристик были выделены три наиболее распространенных типа темперамента: легкий, трудный и медленно разогревающийся. «Легкий» тип характеризуется высокой адаптивностью и позитивным эмоциональным фоном, «трудный» — интенсивными негативными реакциями, нерегулярностью биоритмов и низкой адаптивностью, а «медленно разогревающийся» — осторожностью, низкой активностью и длительным периодом привыкания к изменениям. Эти типы не считаются патологическими, но отражают базовый стиль реагирования, который может становиться фактором риска или защитным фактором в зависимости от средового контекста.

Сопоставление двух моделей показывает, что, несмотря на различия в операционализации, обе подхода подчеркивают ключевую роль реактивности и регуляции как основных измерений темперамента. В клинической практике это имеет принципиальное значение: особенности темперамента определяют, каким образом ребенок будет реагировать на стресс, каким образом формируется привязанность и на-

сколько устойчивыми окажутся механизмы эмоциональной саморегуляции. Особенно важно учитывать, что «трудный» тип в сочетании с неблагоприятной средой является мощным предиктором поведенческих проблем, ранних тревожных и аффективных нарушений, а в отдельных случаях — личностной дисгармонии во взрослом возрасте [4]. В то же время при наличии чувствительного и поддерживающего ухода такие дети часто демонстрируют высокую пластичность и, напротив, достигают значительных успехов в условиях структурированной и предсказуемой среды.

В контексте анамнеза раннего развития характеристика темперамента позволяет врачу реконструировать фундаментальные паттерны взаимодействия ребенка с внешней средой и внутренние ресурсы системы регуляции. Темпераментальные особенности не только формируют поведенческие стили, но и определяют вероятность формирования тех или иных вариантов патологии: высокая реактивность и низкая адаптивность ассоциированы с ранними проявлениями тревожных расстройств, тогда как выраженная пассивность и сенсорная нечувствительность — с фенотипами аутистического спектра. В этом смысле темперамент выступает биологическим кодом, который в дальнейшем трансформируется под воздействием привязанности, среды, травм и психосоциального опыта.

Темперамент обладает принципиально важным значением для клинико-анамнестического анализа, поскольку

представляет собой биологически детерминированную основу психической реактивности и эмоциональной регуляции, определяющую спектр адаптационных возможностей ребенка. Именно через темперамент проявляется ранняя уязвимость к стрессу, формируются базовые паттерны взаимодействия с родителями и значимыми фигурами, а также задаются границы пластичности психической системы, которые в дальнейшем будут либо расширяться под влиянием благоприятных условий, либо ограничиваться при воздействии психотравмирующих факторов. Современные исследования показывают, что темперамент следует рассматривать не как фиксированную характеристику, а как динамичную систему, чувствительную к качеству ухода, сенсорной насыщенности среды и стилю воспитания [5].

Одним из ключевых клинических аспектов является понимание темперамента как фактора уязвимости и резилентности. Лонгитюдные исследования Chess и Thomas демонстрируют, что дети с «трудным» темпераментом значительно чаще оказываются в группе риска по формированию тревожных реакций, нарушений поведения, ранней эмоциональной неустойчивости и дезадаптации в школе, особенно при недостатке структурированного и чуткого ухода [6]. В то же время эти же дети при поддерживающей и предсказуемой среде нередко демонстрируют высокую стрессоустойчивость, выраженное чувство автономии и способность к гибкой саморегуляции в старшем возрасте. Таким образом, темпера-

мент становится не столько прямым предиктором патологии, сколько «усилителем» влияния среды, что согласуется с современными интерактивными моделями развития и концепцией дифференциальной восприимчивости.

Работы Л.Ф. Матвеевой подчеркивают, что высокая реактивность и низкая структурированность регуляторных процессов в раннем возрасте нередко предвосхищают формирование акцентуаций характера в подростковом периоде. Особенно это касается сверхвозбудимых профилей, у которых в дальнейшем отмечается повышенная склонность к аффективной лабильности, быстрой истощаемости и трудностям в произвольной регуляции поведения. В клиническом анамнезе такие дети нередко описываются как «трудные», долго не успокаивающиеся, с нервными коликами, нарушениями сна и пищевого поведения, повышенной чувствительностью к шуму или смене обстановки. Эти наблюдения имеют высокую диагностическую ценность, поскольку такие профили могут коррелировать с повышенным риском тревожных расстройств, ранних форм СДВГ, эмоционально-нестабильного поведения и некоторых вариантов расстройств аутистического спектра [7].

В контексте функционирования медицинских моделей темперамент получил важное место в дифференциальной диагностике и оценке предикторных факторов развития психических расстройств. МКБ-10 и МКБ-11 прямо подчеркивают необходимость учитывать устойчивые индивидуальные

особенности поведения и эмоциональной регуляции при диагностике расстройств развития, тревожных нарушений и некоторых личностных расстройств. Специальное внимание уделяется темпераментальным профилям при расстройствах аутистического спектра, где низкая сенсорная чувствительность или, напротив, гиперсенситивность могут представлять собой наиболее ранние поведенческие маркеры, предшествующие появлению коммуникативных и социальных нарушений [8]. Темперамент включается и в оценку СДВГ, где высокий уровень активности, импульсивность и низкая устойчивость внимания считаются биологической основой симптоматики.

Для цифровой модели анализ темперамента имеет особое значение, поскольку представляет собой высокоинформативный, устойчивая во времени и относительно легко структурируемый компонент анамнеза. В отличие от биографических событий, субъективно окрашенных и часто плохо реконструируемых, темпераментальные данные обладают большей стабильностью и статистической предсказуемостью. В машинное обучение такие параметры могут быть интегрированы как количественные и категориальные маркеры — например, показатели реактивности, уровня активности, адаптивности и эмоционального тонуса. Весовые коэффициенты в диагностической модели могут учитывать, что сочетание трудного темперамента с ранней материнской депривацией, родовыми осложнениями или сенсорной гипостиму-

ляцией резко повышает риск эмоционально-волевых нарушений, а в отдельных случаях — расстройств спектра эмоциональной неустойчивости [9].

Темперамент также является структурообразующим фактором взаимодействия ребенка с родителями. От того, насколько родитель позволяет ребенку адаптировать внешний мир к своим особенностям, зависит качество развивающей среды. В клиническом интервью чрезвычайно важно выявить: с какими трудностями родители сталкивались в первые месяцы и годы жизни ребенка, насколько они понимали его сигналы, каким было их восприятие активности и эмоциональных реакций малыша. Эти детали играют существенную роль не только для реконструкции раннего развития, но и для понимания текущих особенностей личностной динамики пациента, механизмов формирования привязанности, стратегий совладания и типичных вариантов реакции на стресс [10].

Таким образом, темперамент выступает в анамнезе как своеобразный «код биологического стиля», определяющий направление развития, уровень адаптивности, уязвимость к неблагоприятным факторам и эффективность воспитательного и терапевтического воздействия. Его системная оценка в раннем возрасте позволяет врачу не только глубже понять индивидуальный путь пациента, но и предвидеть вероятные варианты развития психической патологии, а также подобрать оптимальные методы коррекции и психотерапев-

тической помощи.

Список литературы

[1] Матвеева Л.Ф. Темперамент и индивидуально-психологические особенности ребёнка: монография. — М.: Институт психологии РАН, 2008. — 276 с.

[2] Chess S., Thomas A. Origins and evolution of behavior disorders: From infancy to early adult life. — Cambridge, MA: Harvard University Press, 1984. — 320 p.

[3] Матвеева Л.Ф., Рыбалко Е.Ф. Психическое развитие ребёнка раннего возраста. — СПб.: Питер, 2015. — 384 с.

[4] Chess S., Thomas A., Birch H.G. Temperament and behavior disorders in children. — New York: New York University Press, 1968. — 375 p.

[5] Науменко Л.К. Онтогенез эмоциональной регуляции у детей: проблемы, закономерности, прогноз. — Новосибирск: Наука, 2011. — 312 с.

[6] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. — М.: МГУ, 1969. — 452 с. — С. 145–147.

[7] Rothbart M.K., Bates J.E. Temperament. In: Damon W., Lerner R.M. (eds.). Handbook of Child Psychology. — New York: Wiley, 2006. — 105–176 p.

[8] Микляева А.В., Панферов В.Н. Детская и подростковая психология: развитие, общение, социализация. — СПб.: Речь, 2012. — 288 с.

[9] Ефимова И.И. Ранняя эмоциональная регуляция: влияние темперамента на формирование поведенческих паттернов. — М.: Академический проект, 2019. — 240 с.

[10] Thomas A., Chess S. Temperament in Clinical Practice. — New York: Guilford Press, 1977. — 243 p.

РАЗДЕЛ II. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ (БИОГРАФИЧЕСКИЙ)

Глава 7. Социальное и школьное развитие

7.1. Интеллектуальная траектория развития (нейропсихология Лурии)

Концептуальные основы интеллектуального развития ребёнка: нейропсихологический взгляд

Интеллектуальная траектория развития представляет собой непрерывный процесс формирования и совершенствования высших психических функций, определяющий как познавательные возможности ребёнка, так и структуру его будущей личности. Этот процесс является одним из центральных параметров биографического анамнеза, поскольку

нарушения, задержки или качественные асинхронии интеллектуального развития нередко предшествуют появлению первых признаков психических расстройств либо определяют их дальнейшее течение [1].

Согласно Лурии, развитие интеллекта не является изолированным процессом, а представляет собой последовательное включение и созревание функциональных блоков мозга, каждый из которых вносит вклад в формирование конкретных когнитивных операций [2]. Первый блок обеспечивает энергетический тонус и поддержание работоспособности, второй — переработку поступающей информации, третий — программирование и контроль деятельности. Любые отклонения в работе одного из этих блоков отражаются на когнитивных функциях ребёнка и, следовательно, на его интеллектуальной траектории.

Важным принципом, на который указывал Лурия, является системность: каждая высшая психическая функция формируется как результат взаимодействия множества мозговых зон, и поэтому локальные нарушения могут приводить к широким клиническим проявлениям. В биографическом анамнезе этот принцип проявляется в том, что интеллектуальная траектория ребёнка редко бывает линейной; напротив, она часто содержит периоды скачков, задержек, регрессий или качественных изменений, связанных как с биологическими, так и социальными факторами [3].

Речевое развитие занимает особое место в структуре ин-

теллектуального становления. Лурия подчёркивал, что речь является не только средством коммуникации, но и основой формирования произвольной регуляции, планирования и контроля — то есть тех функций, которые позже определяют способность ребёнка к обучению и к решению сложных задач [4].

Замедление речевого развития, особенно на уровне понимания, фонематического анализа или грамматического оформления, представляет собой один из наиболее значимых предикторов школьных трудностей. Выраженная диспропорция между словарём, артикуляционной организацией и смысловой структурой речи может свидетельствовать о нарушениях в функциональных системах второго блока мозга.

С точки зрения анамнеза, важно уточнять не только сроки появления первых слов, фраз и грамматических конструкций, но и качество речевого взаимодействия ребёнка с окружающими. Наличие эхолалии, вербальных стереотипий, аграмматизмов или диспрозодии указывает на более глубокие нарушения нейропсихологического уровня [5].

В интеллектуальной траектории ребёнка важны не только показатели способности, но и проявляющийся уже в раннем возрасте когнитивный стиль то, как ребёнок воспринимает, структурирует и перерабатывает информацию.

Одни дети демонстрируют преимущественно аналитический стиль, проявляющийся в фокусе на деталях и последовательной стратегии решения задач; другие — синтети-

ческий, характеризующийся целостным восприятием и глобальной оценкой ситуации. Нейропсихологическая школа Лурии рассматривала эти различия не как личностные особенности, а как проявления различных первичных дефицитов или усилений отдельных функциональных систем мозга [6].

Так, ребёнок с преобладанием зрительно-пространственного подхода к задачам может демонстрировать трудности в фонематическом анализе и наоборот. Эти стили оказывают прямое влияние на школьную адаптацию, особенно в начальной школе, когда предъявляются стандартизированные требования к способам решения учебных задач.

Интеллектуальная траектория развивается на стыке биологических и социальных факторов. Социальная среда — семья, детский сад, педагоги, характер общения оказывает существенное влияние на познавательную активность ребёнка.

Крупные отечественные исследования (Лебединский, Мамайчук, Выготский) подчёркивали, что интеллектуальное развитие ребёнка зависит не только от индивидуальных возможностей, но и от насыщенности социальной и культурной среды [7]. Дефицит речевого общения, отсутствие адекватной когнитивной стимуляции, эмоциональная холодность родителей или их неустойчивость могут приводить к замедлению формирования высших психических функций даже при отсутствии органического поражения мозга.

В биографическом анамнезе важно уточнять:

– были ли у ребёнка возможности для развития любознательности;

– поддерживали ли родители вопросы и исследовательскую активность;

– было ли чтение вслух, совместные игры, познавательные занятия;

– имелись ли длительные периоды эмоционального или коммуникативного дефицита.

Нередко нарушения социальной среды маскируются под «низкие способности» или «отсутствие интереса», хотя на самом деле являются следствием депривации или семейной нестабильности [8].

Школьная зрелость, когнитивные риски и интеллектуальная асинхрония

Школьная зрелость — это не только уровень сформированности знаний и навыков, но и функциональное созревание тех нейропсихологических систем, которые обеспечивают способность ребёнка включаться в учебную деятельность. По Лурии, успешное обучение требует согласованной работы всех трёх функциональных блоков мозга, а прежде всего — созревания третьего блока, отвечающего за программирование, регуляцию и контроль действий [1].

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.