

Познавательные процессы и психофармакология

Плужников Илья Валерьевич

студент

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

E-mail: pluzhnikov_iv@mail.ru

Интенсивное развитие психофармакологии и когнитивной науки (*cognitive science*) ставит перед клинической психологией новые цели и задачи. Среди них важное место занимает изучение познавательных процессов при воздействии на организм психоактивных веществ.

До сих пор большее внимание уделялось влиянию психотропных препаратов на личность, эмоциональную сферу и поведение. Даже названия основных групп лекарственных препаратов, направленных на коррекцию психических нарушений отражают эту закономерность: антипсихотики (препараты, направленные на редукцию бреда, галлюцинаций, кататонии и психических автоматизмов), антидепрессанты (препараты, созданные для улучшения патологически сниженного фона настроения), анксиолитики (от лат. *anxietas* – тревога, страх и греч. *lytikos* – способный растворять, ослабляющий), или транквилизаторы (от лат. *tranquillo* – способный успокаивать). Большое количество исследований посвящено влиянию психоактивных веществ на формирование аддиктивного (зависимого) поведения.

Тем не менее, накоплен обширный материал о влиянии психотропных препаратов на познавательную сферу. В первую очередь, это касается клинической психофармакотерапии расстройств психики, в рамках которой обсуждается роль тех или иных химических агентов на нарушение или восстановление познавательных способностей. Таким образом, психотропные препараты можно разделить на два основных класса: препараты, улучшающие функционирование познавательных процессов (изначально дефицитарных, или сравнительно сохраненных) и препараты, ухудшающие познавательную деятельность.

К препаратам, улучшающим когнитивное функционирование относят *церебропротекторы* или *ноотропы* [1], основными эффектами которых являются собственно ноотропное действие (улучшение мышления, внимания, речевых функций), мнемотропное действие, т.е. влияние на память и обучаемость, адаптогенное и психостимулирующее действие, а также антиастенические эффекты (влияние на слабость, вялость, истощаемость, явления психической и физической астении). Схожими эффектами обладают такие вещества как кофеин, никотин, амфетамины и производные ацетилхолина. *Современные атипичные нейролептики* (кветиапин, клозапин, оланзапим, рисперидон и др.) также способны коррегировать когнитивные нарушения, возникающие у больных с расстройствами шизофренического спектра [2][4]. Позитивное влияние на познавательную деятельность антидепрессантов и транквилизаторов изучено мало.

Препараты, ухудшающие функционирование познавательных процессов, на сегодняшний день, практически исключены из клинической практики [2]. Когнитивные нарушения, возникающие при лечении этими препаратами, входят в более широкий контекст побочных эффектов, включающих в себя экстрапирамидные расстройства (тремор, двигательный дискомфорт, тики), сонливость, заторможенность и проч. Негативное влияние на познавательную деятельность оказывают *трициклические антидепрессанты* (амитриптилин, кломипрамин, имипрамин, доксепин, нортриптилин) и другие препараты с холинолитическим действием, т.е. действием, вызывающим двоение в глазах (диплопию), нечеткость зрения, нарушения памяти, состояния спутанности и т.п. [2][3] Ухудшение памяти, снижение концентрации внимания,

нарушения произвольных движений и действий возникают при принятии высоких доз *алкоголя* (особенно при патологических формах опьянения) и *наркотических веществ*.

Таким образом, накопленный клинический материал относительно нарушений познавательных процессов в связи с действием психотропных веществ обширен, разнообразен, часто противоречив и нуждается в систематизации и специальных исследованиях, в том числе психологических. Основной задачей здесь является выявление когнитивного дефицита и точная оценка структуры и динамики нарушений познавательных процессов. Использование только психометрических тестов и других количественных методик (см. например [4]) недостаточно, поскольку в поле зрения специалистов оказываются лишь внешние проявления дисфункций, а механизмы их возникновения оказываются неизвестными.

Принцип *синдромного анализа* нарушений познавательных процессов, в котором отразилась методология культурно-исторической и деятельностной психологии, не отменяет использования количественных и компьютеризированных методик, он является более адекватным принципом построения исследования [5][6][7]. Достоинством клинко-психологического подхода, опирающегося на принцип синдромного анализа, является то, что полученные результаты, в ряде случаев, помогают вскрыть *механизмы* тех или иных нарушений. Например, открытым остается вопрос – за счет чего улучшаются когнитивные функции больных депрессией, принимающих антидепрессанты нового поколения (например, сертралин), является ли это следствием прямого действия психотропного вещества на церебральные аппараты, или нарушения памяти и внимания редуцируются вследствие редукции основного психопатологического синдрома, который и вызывал эти мотивационно-обусловленные или аффектогенные когнитивные расстройства? Психометрическая оценка, в отличие от синдромного анализа, не способна ответить на подобные вопросы. Главным недостатком клинко-психологического подхода является необходимость высокой квалификации клинического психолога.

Развитие взаимодействия психофармакологии, клинической психологии и когнитивных наук позволит по-новому посмотреть на структуру и функции важнейших познавательных процессов, возможно открытие новых путей в решении проблемы «мозг и психика». Практическая значимость психологических исследований когнитивных функций в психиатрической и наркологической клиниках также чрезвычайно высока: данные, полученные в этих исследованиях, значимо влияют как на синтез и производство новых препаратов, так и на различные стратегии терапии психических расстройств.

Литература

1. Ковалев Г.В. Ноотропные средства. Волгоград, 1990.
2. Арана Дж., Розенбаум Дж. Фармакотерапия психических расстройств. М., 2004.
3. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб., 1995.
4. Кабанов С.О., Мосолов С.Н. Нейрокогнитивный дефицит у больных параноидной шизофренией в процессе терапии кветиапином, рисперидоном и галоперидолом. // Психиатрия – 2005 - №1 - С. 38-49.
5. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. М., 1969.
6. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1986.
7. Сидорова М.А. Нейрокогнитивные расстройства и их динамика в процессе лечения у больных юношеской приступообразной шизофренией и шизоаффективным психозом. Автореф. дисс. канд. психол. наук. М., 2005.