



ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

имени В. М. Бехтерева



№ 1

2013 год

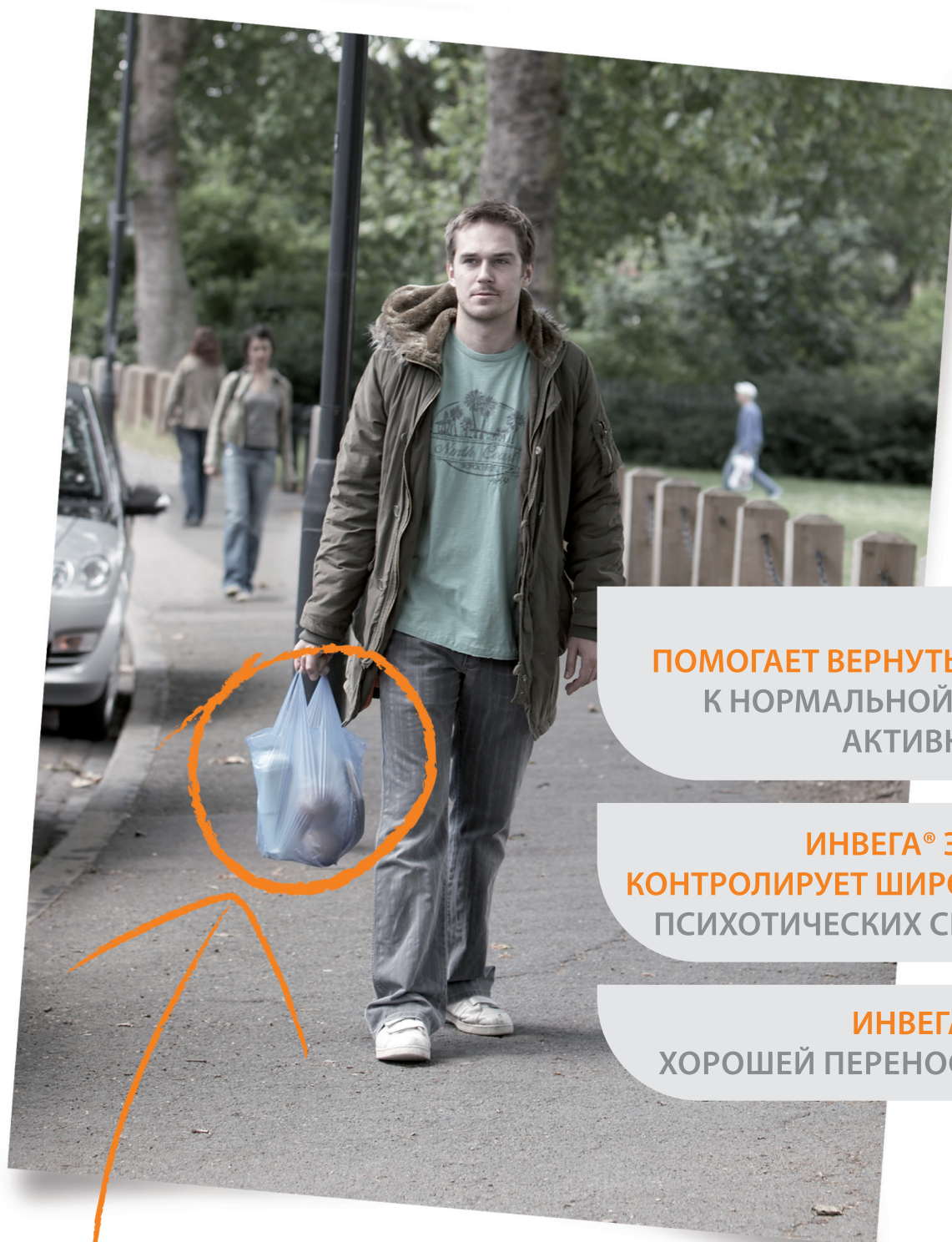
Основан в 1896 г. В. М. Бехтеревым

ПО КАКИМ КРИТЕРИЯМ ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ УЛУЧШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ?



ИНВЕГА® ПАЛИПЕРИДОН

Таблетки пролонгированного действия,
покрытые оболочкой



ИНВЕГА®

**ПОМОГАЕТ ВЕРНУТЬ ПАЦИЕНТОВ
К НОРМАЛЬНОЙ СОЦИАЛЬНО
АКТИВНОЙ ЖИЗНИ^{1,2}**

**ИНВЕГА® ЭФФЕКТИВНО
КОНТРОЛИРУЕТ ШИРОКИЙ СПЕКТР
ПСИХОТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ^{1,3}**

**ИНВЕГА® ОБЛАДАЕТ
ХОРОШЕЙ ПЕРЕНОСИМОСТЬЮ^{4,5}**

Ссылки:

1. Meltzer H et al. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(5): 817-829.
2. Emsley R et al. *Int Clin Psychopharmacol* 2008; 23(6): 343-356.
3. Turkoz I et al. *Neuropsychiat Dis Treat* 2008; 4(5): 949-958.
4. Spina E, Cavallaro R. *Expert Opinion On Drug Safety* 6 (6); P651-662, 2007.
5. Инструкция по препарату ИНВЕГА®.

Подразделение ООО «Джонсон & Джонсон»
Россия 121614, Москва, ул. Крылатская, 17/2
Тел.: (495) 755-83-57; факс: (495) 755-83-58
бесплатный номер для России 8-800-700-88-10
www.janssencilag.ru

Перед назначением внимательно прочитайте инструкцию
по применению препарата Инвега®
РУ: ЛСР-001646/07

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF **Johnson & Johnson**

**Российское общество психиатров
Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева (учредитель)**

**ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
имени В.М. Бехтерева**

№ 1, 2013

V.M. BEKHTEREV REVIEW OF PSYCHIATRY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

Председатель редакционного совета

Н.Г. Незнанов

Главный редактор

Ю.В. Попов

Члены редакционной коллегии

Л.И. Вассерман (раздел «Медицинская психология»)

А.П. Коцюбинский (раздел «Психиатрия»)

Б.Д. Карвасарский (раздел
«Психотерапия и психопрофилактика»)

И.В. Макаров (ответственный секретарь)

Члены редакционного совета

Ю.А. Александровский (Москва)

М. Аммон (Мюнхен)

М.А. Беребин (Челябинск)

В.С. Битенский (Одесса)

Н.А. Бохан (Томск)

В.Д. Вид (Санкт-Петербург)

А.А. Гоштаутас (Каунас)

С.Н. Ениколопов (Москва)

Г.В. Залевский (Томск)

Г.Л. Исурина (Санкт-Петербург)

В.Н. Краснов (Москва)

Е.М. Крупицкий (Санкт-Петербург)

О.В. Лиманкин (Санкт-Петербург)

В.В. Макаров (Москва)

П.В. Морозов (Москва)

Н.Н. Петрова (Санкт-Петербург)

Л.П. Рубина (Санкт-Петербург)

В.Я. Семке (Томск)

П.И. Сидоров (Архангельск)

Е.В. Снедков (Санкт-Петербург)

С. Тиано (Тель-Авив)

А.С. Тиганов (Москва)

Б.Д. Цыганков (Москва)

В.К. Шамрей (Санкт-Петербург)

В.М. Шкловский (Москва)

Э.Г. Эйдемиллер (Санкт-Петербург)

К.К. Яхин (Казань)

The chairman of editorial board

N.G. Neznanov

Editor-in-chief

Yu.V. Popov

Editorial board

L.I. Wasserman (section «Medical psychology»)

A.P. Kotsubinsky (section «Psychiatry»)

B.D. Karvasarsky
(section «Psychotherapy and prevention»)

I.V. Makarov (executive secretary)

Editorial council

Yu.A. Alexandrovsky (Moscow)

M. Ammon (Munich)

M.A. Berebin (Chelyabinsk)

V.S. Bitensky (Odessa, Ukraine)

N.A. Bohan (Tomsk)

V.D. Vid (Saint-Petersburg)

A.A. Goshtautas (Kaunas)

S.N. Enikolopov (Moscow)

G.V. Zalewsky (Tomsk)

G.L. Issurina (Saint-Petersburg)

V.N. Krasnov (Moscow)

E.M. Krupitsky (Saint-Petersburg)

O.V. Limankin (Saint-Petersburg)

V.V. Makarov (Moscow)

P.V. Morozov (Moscow)

N.N. Petrova (Saint-Petersburg)

L.P. Rubina (Saint-Petersburg)

V.Ya. Semke (Tomsk)

P.I. Sidorov (Arkhangelsk)

E.V. Snedkov (Saint-Petersburg)

S. Tiano (Tel-Aviv)

A.S. Tiganov (Moscow)

B.D. Tsygankov (Moscow)

V.K. Shamrej (Saint-Petersburg)

V.M. Shklovsky (Moscow)

E.G. Eidemiller (Saint-Petersburg)

K.K. Yakhin (Kazan)

Журнал входит в рекомендованный ВАК РФ список изданий для публикации материалов докторских диссертаций.
Журнал зарегистрирован в Государственном комитете РФ по печати. Свидетельство о регистрации ПИ № ФС 77-48985
Тираж 3000 экз. ISSN 0762-7475. Подписной индекс по каталогу агентства «Роспечать» — 70232
© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2013. Все права защищены. Полное или частичное воспроизведение материалов,
опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения редакции.

Издательский дом «Аре меденти». Генеральный директор С.Н. Александров, главный редактор О.В. Островская
Почтовый адрес издательства: г. Санкт-Петербург, 191119, а/я 179, тел/факс +7 812 3653550. E-mail: amedendi@mail.ru
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.
По вопросам рекламы обращаться к директору издательства.

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ	
К вопросу о целесообразности выделения гиперкинетического расстройства в самостоятельную нозологическую единицу <i>Р.Ф. Гасанов</i>	3
Тенденции развития внебольничных форм обслуживания психически больных в нашей стране и за рубежом <i>А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутыма, А.Н. Еричев</i>	6
НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ	
Высокофункциональный аутизм <i>В.Э. Пашиковский</i>	16
ИССЛЕДОВАНИЯ	
Сексуальные дисфункции у женщин с психогенными депрессиями <i>Б.Е. Алексеев, И.М. Белоус</i>	22
Адаптация «интервью о практике воспитания» для родителей и перспективы его использования при диагностике и коррекции проблем поведения у детей <i>А.В. Вариал, Е.Р. Слободская</i>	25
Перспективы использования стандартизованных шкал для оценки риска насильственных действий психических больных <i>С.И. Григорьев, Е.В. Снедков</i>	32
Злоупотребление алкоголем у больных, экстренно госпитализированных в больницу скорой помощи <i>А.Ю. Егоров, Е.М. Крупицкий, А.Г. Софронов, А.Е. Бобров, Е.Ю. Тявокина, А.Е. Добровольская</i>	36
Модели судебно-психиатрической экспертной оценки <i>Д.Н. Корзун, А.А. Ткаченко</i>	44
Комплаенс и психодинамические параметры больных психозами <i>Н.Б. Лутова</i>	49
Клиническая типология синдрома фантазирования у детей и подростков <i>И.В. Макаров, И.В. Кравченко</i>	56
Сравнительная оценка различных подходов к терапии больных псориазом <i>Н.Н. Петрова, И.О. Смирнова, Л.М. Лихонос</i>	63
Нейропсихологические механизмы алекситимии и ее связь с алкогольной анозогнозией <i>А.У. Тархан</i>	71
Сексуальные дисфункции, выявляемые у мужчин, страдающих алкоголизмом второй стадии <i>М.И. Ягубов, А.А. Касторная</i>	80
В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ	
Дифференциальная диагностика между обсессивно-компульсивными расстройствами (ОКР) с выраженным моторным компонентом и экстрапирамидными нарушениями <i>А.Г. Нарышкин, И.В. Галанин, А.Л. Горелик, Р.Ю. Селиверстов</i>	85
Бредовые инволюционные психозы: клинические особенности и лечение <i>Н.А. Тювина, Л.С. Тутер</i>	91
Влияние глуталина на когнитивные функции, уровень невротической астении и депрессии у пациентов с хронической вертебрально-базиллярной недостаточностью <i>И.А. Рождественская, В.А. Сорокоумов, Л.А. Нарбут, Ю.Д. Богатенкова, Н.М. Потапова</i>	99
Анализ результатов поддерживающей терапии шизофрении <i>А.Г. Софронов, А.А. Спикина, А.П. Савельев, Ю.А. Парфенов</i>	101
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА	
Варианты приобретенного слабоумия у литературных персонажей Чарльза Диккенса <i>А.А. Михайленко, В.К. Шамрей, С.В. Лобзин, А.Ю. Емелин, А.В. Кашин, Н.С. Ильинский</i>	114
Рецензия на монографию И.В. Макаров. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста	118
Научно-практическая конференция «Мир аддикций»	119
Резюме исследования «ESENSE 1»	124
PROBLEM-SOLVING ARTICLES	
On the question of whether separation of hyperkinetic disorder in an independent clinical entity <i>R.F. Gasanov</i>	3
Tendencies of development of extramural forms of service for mentally ill patients in our country and abroad <i>A.P. Kotsjubinsky, B.G. Butoma, A.N. Erichev</i>	6
RESEARCH REVIEWS	
The high-functioning autism (the review of literature) <i>V.E. Pashkovskiy</i>	16
INVESTIGATIONS	
Sexual dysfunction in women with psychogenic depression <i>B.Ye. Alekseev, I.M. Belous</i>	22
Association between «parenting practice interview» and conduct problems in children <i>A.V. Varshal, H.R. Slobodskaya</i>	25
Perspectives of using the standardized scales for assessing violence risk among mental patients <i>I.S. Grigoryev, E.V. Snedkov</i>	32
Alcohol consumption in the patients of somatic hospital <i>A.Y. Egorov, E.M. Krupitsky, A.G. Sofronov, A.E. Bobrov, E.Y. Tyavokina, A.E. Dobrovolskaya</i>	36
Models of a forensic psychiatric expert examination <i>D.N. Korzun, A.A. Tkachenko</i>	44
Medication compliance and psychodynamic parameters in mental ill patients <i>Lutova N.B.</i>	49
The clinical typology of syndromes of fantasizing in children and adolescent <i>I.V. Makarov, I.V. Kravchenko</i>	56
Comparative estimation of various approaches to therapy in patients with psoriasis <i>Petrova N.N., Smirnova I.O., Likhonos L.M.</i>	63
Neuropsychological Mechanisms of Alexithymia and its Connection with Alcoholic Anosognosia <i>A.U. Tarkhan</i>	71
Sexual dysfunctions in male alcoholics <i>M.I. Yagubov, A.A. Kastornaya</i>	80
GUIDELINES FOR THE PRACTITIONER	
Differential diagnosis between obsessive-compulsive motor disorders (OCD) and extrapyramidal disorders <i>A.G. Naryshkin, I.V. Galanin, A.L. Gorelik, R.Y. Seliverstov</i>	85
Delirium Involution Psychoses: Clinical Peculiarities and Treatment <i>N. A. Tjuvina, L.S. Tuter</i>	91
The effect of gliatiline on cognitive functions and levels of neurotic asthenia and depression in patients with chronic vertebrobasilar insufficiency	99
Analysis of the results of long-term supporting therapy of schizophrenia <i>A.G. Sofronov, A.A. Spikina, A.P. Saveljev, Ju.A. Parfenov</i>	101
PSYCHIATRIC NEWSPAPER	
Options of the acquired intellectual disability at Charles Dickens's literary characters <i>A.A. Mikhailenko, V.K. Shamrej, S.V. Lobsin, A.V. Emelin, A.V. Kashin, N.S. Ilinsky</i>	114
Review of the monograph I.V. Makarov. Clinical psychiatry of children's and teenage age	118
Scientific-practical conference «The world of addiction»	119
Resume of the study «ESENSE 1»	124

К вопросу о целесообразности выделения гиперкинетического расстройства в самостоятельную нозологическую единицу

Р.Ф. Гасанов

Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Резюме. В статье представлены основные данные о характере дискуссии относительно целесообразности выделения гиперкинетического расстройства, называемого также синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Показаны наиболее частые причины гипердиагностики данного расстройства и результаты экспертизы обзора литературы ведущими научными организациями и учеными. Анализ представленных данных позволяет судить о гиперкинетическом расстройстве как о самостоятельной нозологической единице.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, гиперкинетическое расстройство, нозологическая единица, дети и подростки.

On the question of whether separation of hyperkinetic disorder in an independent clinical entity

R.F. Gasanov

The Service of children's psychiatry of St.-Petersburg V.M. Bekhterev psychoneurological research institute of Ministry of public health of Russia

Summary. The article provides basic information on the nature of the debate on whether to release hyperkinetic disorder, also known as attention deficit disorder with hyperactivity. It shows the most common causes of overdiagnosis of this disorder and the results of examination of the literature review leading scientific organizations and scientists. Analysis of the data gives an indication of hyperkinetic disorder as an independent clinical entity. **Keywords:** attention deficit hyperactivity disorder, children and adolescents.

Key words: attention deficit hyperactivity disorder, hyperkinetic disorder, clinical entity, children and teenagers.

С конца прошлого века до настоящего времени практически каждое десятилетие научным сообществом ставится вопрос о целесообразности выделения гиперкинетического расстройства в самостоятельную нозологическую единицу. По всей видимости, диагностические критерии данного расстройства, широко известного также как синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), представленные фенологически понятными категориями, вступают в конфликт со сведениями о данном заболевании, как нейробиологическом, сложным патогенетически и одновременно широко распространенным в общей популяции.

Последним научно обоснованным сомнением существования данного расстройства явились статьи немецких исследователей из университетов Ruhr-Universität Bochum и University of Basel под названиями «Является ли синдром дефицита внимания синдромом?» и «Разве СДВГ диагностируется строго на основании предложенных критериев?» [8, 9]. Silvia Schneider, Jurgen Margraf и Katrin Bruchmuller выясняли возможность гипердиагностики СДВГ и масштабы распространения подобного заблуждения среди детских психиатров и психотерапевтов Германии. Были использованы опросники, включающие созданные иссле-

дователями клинические случаи описания детей с СДВГ. Специалистов просили поставить диагноз на основании предложенных эмпирических данных и рекомендовать терапию. Представленные данные в трех из четырех случаях не удовлетворяли критериям гиперкинетического расстройства. Варианты опросника отличались не только соответствием критериям СДВГ, но и включали, как переменную, вариацию пола. Результаты обработки полученных данных привели к нескольким любопытным выводам. Было обнаружено, что детские врачи склонны ставить диагноз СДВГ, больше руководствуясь такими эмпирическими данными, как повышенная двигательная активность, дефицит внимания и импульсивность, чем более широко и точно представленными критериями гиперкинетического расстройства. Кроме того, в случае идентичной клинической картины предложенного в опроснике случая доктора предпочитали выбирать мальчиков в качестве пациентов, страдающих синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, нежели девочек. Авторы исследования поставили под сомнение существование гиперкинетического расстройства как самостоятельной нозологической единицы.

Надо отметить, что сомнения в справедливости выделения гиперкинетического расстрой-

ства высказываются и в отечественной литературе. В частности, Б.В. Воронков считает, что «гиперактивность с дефицитом внимания, как диагностический термин... представляется неудачным...», «не адекватен клинической реальности» и «не приближает к пониманию его [описываемого феномена] природы» [3, с. 126].

Еще с конца 1970-х годов гиперкинетическое расстройство справедливо называли самым противоречивым диагнозом. И этиология, и патогенез и, намного чаще, терапия данного расстройства становились предметом дискуссии настолько, что данный вопрос был освещен в «Энциклопедии социальных проблем» (Encyclopedia of Social Problems) в одной из шестисот статей, поднимающих наиболее острые противоречия современного общества [16]. Основными темами дискуссии явилась гипердиагностика гиперкинетического расстройства и связанное с ним бесконтрольное назначение психостимуляторов [11].

Многочисленные дискуссии ученых привели к необходимости экспертизы данных о целесообразности выделения СДВГ в качестве самостоятельной нозологической единицы. В качестве экспертной комиссии выступил Национальный институт здоровья и клинической квалификации Великобритании (National Institute for Health and Clinical Excellence — NICE). Результаты были представлены в опубликованном в сентябре 2008 года документе «Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): full guideline» [12]. В нем сообщается, что время от времени существование гиперкинетического расстройства [СДВГ] ставится под сомнение [Р. 23]. Однако далее подчеркивается, что основная масса критических высказываний носит либо социальный, либо философский характер и имеет мало отношения к медицине, хотя обзор литературы по данному вопросу подтверждает принятую научными кругами оценку этого явления как самостоятельного расстройства [Р. 133, Р. 138]. Данное расстройство имеет определенную этиологию, известные патогенетические механизмы, клинику и течение [Р. 139].

Но несмотря на то что многие клиницисты поддерживают принятые клинко-этиологические данные и критерии диагностики СДВГ [12, 14], появилось множество теорий происхождения основных симптомов гиперкинетического расстройства [8]. К наиболее распространенным относятся «теория охотника и фермера» [15], нейромногообразие [7] и теория социального конструкта [18].

Теория охотника и фермера была предложена Т. Hartmann в 2003 году [15]. В этой теории гиперкинетическое расстройство объясняется с позиции адаптивного поведения: в течение многих тысячелетий человечество было представлено кочевыми племенами, где залогом успеха являлось развитие у охотников состояния «гиперфокусировки» (hyperfocus), как особое свойство внимания, называемое в современном обществе рассеянным вниманием. Кроме того, Т. Hartmann подчеркивал, что следование социальными нормам, развитие организаторских способностей не явля-

лись необходимыми для кочевых племен. Поэтому не получили развития. С другой стороны, появление земледельческого общества, сменившего кочевое, напротив, способствовало развитию всех этих способностей. Четырех—шестикратное преобладание мальчиков, страдающих СДВГ, над девочками, с точки зрения Т. Hartmann, косвенным образом подтверждает эту теорию: мужчины — охотники, женщины — хранители очага.

В начале этого века, в 2001 году, D.L. Baker предложил теорию нейромногообразия (neurodiversity) [7]. Согласно постулируемому автором данным, гипотетически существует некая идеальная конфигурация головного мозга, включая структуру и функционирование, любое отклонение от которых признано медицинскими кругами «патологическим». Автор призывает относиться к небольшим отклонениям от нормы терпимо и не считать их патологическими. К подобным отклонениям D.L. Baker относит дислексию, дискалькулию, диспраксию, расстройства аутистического спектра, СДВГ и синдром Туретта. Предложенная автором теория стала своеобразным отголоском исследований G.F. Still, проведенных около века назад (1902), где обращалось внимание в первую очередь, на «дефект морального контроля» детей с СДВГ [17]. Но в отличие от D.L. Baker G.F. Still рассматривал такое поведение как патологическое и считал, что работа над редукцией симптомов «морального дефекта» должна сопровождаться и лекарственной терапией, и социальной реабилитацией через качественное изменение социального окружения ребенка [17].

И наконец, теория социального конструкта СДВГ (Social construct theory of ADHD), предложенная психиатрами Sami Timimi and Eric Taylor в 2002 году [18]. Авторы теории выступали против «патологизации» симптомов СДВГ, считая критерии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью не расстройством, а неким «социальным конструктом», то есть состоянием, лежащим в пределах спектра нормального поведения, но неудобным для общества.

Необходимо отметить, что гиперкинетическое расстройство впервые было заявлено в качестве самостоятельной нозологической единицы раньше синдрома Каннера. Впоследствии были описаны этиология, феноменология и патогенетическая терапия. Синдромом дефицита внимания, с одной стороны, называют расстройство развития, проявляющееся выраженными симптомами невнимательности и/или гиперактивности/импульсивности [13], с другой — одним из клинических вариантов минимальной мозговой дисфункции (ММД), которые в настоящее время рассматриваются как особые формы дизонтогенеза, характеризующиеся возрастной незрелостью отдельных высших психических функций и асинхронностью их развития [5]. И.П. Брызгунов и Е.В. Касатикова [2] определяют синдром нарушения внимания с гиперактивностью как нейробиологическое состояние, характеризующееся неадекватной для стадии развития невнимательностью (недостаточность концентрации,

отвлекаемость, неустойчивость внимания), гиперактивностью и импульсивностью. Е.Д. Белоусова и М.Ю. Никанорова считают, что «синдром дефицита внимания/гиперактивности — дисфункция центральной нервной системы (преимущественно ретикулярной формации), проявляющаяся трудностями концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов» [1, с. 40]. Н.Н. Заваденко [4] рассматривает ММД как «последствия ранних, локальных повреждений головного мозга, проявляющиеся возрастной незрелостью отдельных выс-

ших психических функций и их дисгармоничным развитием». О.В. Халецкая, В.М. Трошин [6] понимают под этим термином диффузную церебральную дизрегуляцию, которая обусловлена задержкой созревания связей между различными отделами ЦНС.

Наиболее оптимальным, как нам представляется, было бы определить данное расстройство как хроническое непроцессуальное, начинающееся в раннем детстве и имеющее среди основных симптомов нарушение внимания, гиперактивность и импульсивность в сочетании с нормальным интеллектом.

Литература

1. Белоусова Е.Д., Никанорова М.Ю. Синдром дефицита внимания/гиперактивности // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*.—2000.—№ 3.—С. 39–42.
2. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей.—М.: Медпрактика.—2002.—128 с.
3. Воронков Б.В. Психиатрия детского и подросткового возраста.—СПб: Наука и Техника.—2012.—288 с.
4. Заваденко Н.Н. Факторы риска для формирования дефицита внимания и гиперактивности у детей // *Мир психологии*.—2002.—№ 3.—С. 196—208.
5. Заваденко Я.Я., Горбачевская Я.Л., Григорьева Я.В., Сорокин А.Б., Суворина Я.Ю., Якупова Л.П. Церебролизин в лечении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей // *Неврологический журнал*.—1999.—№ 2.—С. 4–6.
6. Халецкая О.В., Трошин В.М. Минимальные мозговые дисфункции в детском возрасте.—Нижний Новгород.—1995.—110 с.
7. Baker D. L. *The Politics of Neurodiversity: Why Public Policy Matters*.—Lynne Rienner Publishers.—2011.—239 p.
8. Barkley R.A. *Taking charge of ADHD: the complete, authoritative guide for parents*.—364 p.
9. Bruchmüller K., Margraf J., Schneider S. Is ADHD Diagnosed in Accord With Diagnostic Criteria? Overdiagnosis and Influence of Client Gender on Diagnosis // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.—2012.—№ 80.—P. 128–138.
10. Bruchmüller K., Schneider S. Fehldiagnose Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssyndrom? Empirische Befunde zur Frage der Überdiagnostizierung // *Psychotherapeut*.—2012.—№ 57.—P. 77–89.
11. Cormier E. Attention deficit/hyperactivity disorder: a review and update // *J Pediatr Nurs*.—2008.—№ 23 (5).—P. 345–57.
12. CG72 Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): full guideline (PDF). NHS (24 September 2008): <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG72FullGuideline.pdf>
13. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4-th Ed.—Washington.—1994.—886 p.
14. *Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents*. Council on Scientific Affairs, American Medical Association // *JAMA*.—1998.—№ 279(14).—P. 1100–1107.
15. Hartmann T. *The Edison gene: ADHD and the gift of the hunter child*.—Rochester, Vt: Park Street Press.—2003.—280 p.
16. Parrillo V. *Encyclopedia of Social Problems*.—SAGE.—2008.—P. 63.
17. Still G.F. The Goulstonian lectures on some abnormal psychical conditions in children // *The Lancet*.—1902.—№ 1.—P. 1008–1012, 1077–1082, 1163–1168.
18. Timimi S., Taylor E. In Debate: ADHD is best understood as a cultural construct // *The British Journal of Psychiatry*.—2004.—№184.—P. 8–9.

Сведения об авторе

Гасанов Рауф Фаикович — отделение детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, старший научный сотрудник, к.м.н. E-mail: raufgasanov@mail.ru

Тенденции развития внебольничных форм обслуживания психически больных в нашей стране и за рубежом

А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома, А.Н. Еричев
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический
институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. Анализ современных тенденций развития внебольничных форм обслуживания психически больных в нашей стране и за рубежом представляется важным для более глубокого понимания сложившейся ситуации в психиатрии и актуализации точек приложения усилий не только на уровне государства, но и в масштабах конкретного лечебного учреждения. В структуре статьи авторы приняли попытку проанализировать ситуацию не только в нашей стране, но и за рубежом. Если говорить о внебольничной психиатрической помощи в нашей стране, то можно сказать, что она явно отстает от уровня в развитых европейских странах. К сожалению, в условиях общественной экономической и политической перестройки многие из форм психиатрического обслуживания либо минимизировали свою деятельность, либо прекратили ее полностью. Авторами статьи рассматриваются основные тенденции дальнейшего развития внебольничной психиатрической помощи.

Ключевые слова: деинституализация, внебольничная психиатрическая помощь, комплекс «дневной/ночной стационар», реабилитация, ведение индивидуального случая, мультидисциплинарная бригада психического здоровья в сообществе, бригада интенсивного (настойчивого) лечения в сообществе.

Tendencies of development of extramural forms of service for mentally ill patients in our country and abroad

A.P. Kotsjubinsky, B.G. Butoma, A.N. Erichev
St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary. The analysis of modern lines of development of extramural forms of service for mentally ill patients in our country and abroad is obviously important for deeper understanding of the developed situation in psychiatry and actualization of points of application for efforts not only at a level of the state, but also in scales of concrete medical hospital. In structure of clause authors have made an attempt to analyze a situation not only in our country, but also abroad. Speaking about extramural psychiatric help in our country, it is possible to tell, that it obviously lags behind a level in the developed European countries. Unfortunately, in conditions of public economic and political reorganization many of forms of psychiatric service or minimized the activity, or have stopped it completely. Authors of clause consider the basic tendencies of the further development внебольничной the psychiatric help.

Keywords: deinstitutionalization, extramural psychiatric help, complex of day/night hospital, rehabilitation, case management, multidisciplinary community mental health teams, assertive community treatment

Современные тенденции в психиатрии характеризуются развитием биопсихосоциального представления о природе психических расстройств и обусловленным этим обстоятельством обоснованием необходимости **системы терапевтических воздействий**, направленных на биологическое, психологическое и социальное восстановление больных.

Сказанное явилось важным обоснованием для изменения как за рубежом, так и в нашей стране идеологии организации психиатрической службы. Это заключается, в частности, в **переносе акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия**. Такой подход, с точки зрения ряда авторов, является оправданным не только с клинической точки зрения, но и имеет определенные экономические преимущества. Однако для его реализации, как показывает мировая практика, важное значение имеют, помимо доминирую-

щих научных идей, господствующие в обществе социальные изменения, политические решения, экономические приоритеты и ряд других параметров. Констелляция перечисленных выше разнонаправленных факторов нередко на деле приводит подчас к парадоксальным и прямо противоположным научно постулируемым результатам. Подтверждением этого является анализ влияния проводимой в нашей стране реорганизации психиатрической службы на основные показатели успешности ее функционирования.

В отличие от мировой статистики у нас за последние годы отмечается снижение числа лиц с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства. Это касается как **абсолютного числа** этих лиц, так и их количества **в расчете на 100 000 населения**, причем это отражается как в цифрах, характеризующих **всю совокупность этих пациентов в целом**, так и при

анализе составляющих их **различных нозологических групп заболеваний** (в том числе и шизофрении и аффективных психозов). При этом **внутри группы шизофрении** такое уменьшение происходит за счет **уменьшения** числа больных (на 100 000 населения) с **собственно шизофренией при некотором увеличении** количества пациентов с **шизотипическими и шизоаффективными** расстройствами.

Такую ситуацию, по мнению А.А. Чуркина и Н.А. Твороговой [20], можно расценить как своеобразную реакцию населения на продолжающуюся административную реформу в здравоохранении, приведшую к значительному сокращению числа психоневрологических диспансеров, а также психоневрологических и психотерапевтических кабинетов, которые ранее функционировали в рамках общесоматических учреждений, обеспечивая тем самым доступность психиатрической помощи по месту жительства больных. Отрицательное влияние на снижение обращаемости населения за психоневрологической помощью оказал и тот фактор, что произошли изменения в системе финансирования специализированной помощи при параллельном сокращении числа врачей-психиатров в сельских районах и малых городах.

Одновременно отмечается увеличение числа инвалидов по психическому заболеванию. Негативные тенденции, характеризующие уровень инвалидизации психически больных, отражены в табл. 1 [19].

Как видно, число инвалидов как в целом, так и в расчете на 100 000 населения с годами увеличивается, при этом среди них несколько увеличивается количество пациентов с III группой инвалидности.

В связи с этим актуальным оказывается вопрос о новых организационных формах обслуживания

психически больных. При этом, хотя обеспеченность страны врачами-психиатрами на 2009 год (14360 физических лиц при 16299 занятых должностей) приближается в расчете на 100 000 населения к экономически развитым странам (10,0 против 10,5), имеется дефицит специалистов с немедицинским образованием, участвующих в лечебно-восстановительной работе, осуществляемой с психически больными (табл. 2) [19].

В результате имеется существенное запаздывание в реализации современных тенденций организации психиатрической помощи, которые характеризуются тремя взаимосвязанными составляющими:

1) повсеместное использование полипрофессиональных бригадных форм обслуживания пациентов;

2) деинституционализация с одновременной реорганизацией задач стационарного звена помощи;

3) создание и существенное расширение различных по своим задачам учреждений стационарного и внебольничного (стационар-замещающего) звена помощи.

1. Повсеместное использование полипрофессиональных бригадных форм обслуживания пациентов.

На Западе на смену традиционной патерналистской медицинской модели лечения с доминирующей фигурой врача-психиатра уже давно пришла модель команды специалистов-партнеров [24, 26].

Повсеместное использование полипрофессиональных форм обслуживания пациентов, в деятельности которых входит ведение **индивидуального случая (case management)**.

Таблица 1. Основные показатели инвалидизации психически больных

Признанные инвалидами по всем видам психических заболеваний	Годы				
	2005	2006	2007	2008	2009
а) абсолютное число	989 353	1 010 745	1 175 79	1 020 002	1 026 759
б) в т.ч. имеющие инвалидность III группы	81 835	82 604	86 420	89 797	93 129
в) % инвалидов III группы	8,3	8,2	8,5	8,8	9,1
г) число инвалидов на 100 000 населения	698,7	710,7	716,6	718,5	723,6

Таблица 2. Занятые должности лиц с немедицинским образованием

Должности лиц с немедицинским образованием	Годы						
	2005	2006	2007	2008	2009	2009/2008 (%)	2009/2005 (%)
Медицинские психологи	3158	3415	3432	3652	3660	100,2	115,9
Социальные работники (расчетное количество — около 6000)	1464	1615	1630	1858	1611	86,7	110,0
Специалисты по социальной работе (расчетное количество — около 2000)	577	655	651	773	846	109,4	146,6

Бригадный полипрофессиональный метод ведения пациентов является наиболее оправданным как с клинической, так и с социальной точек зрения и, кроме того, имеет определенные экономические преимущества [5–8, 23, 25].

Модель **междисциплинарной бригады** базируется на свободном взаимодействии и обмене знаниями и опытом между специалистами, относящимися к разным, хотя и связанным дисциплинам, и подчиненным общей пациент-обусловленной цели [25]. Это отличается как от **мультидисциплинарной**, так и от **интердисциплинарной** бригады.

В мультидисциплинарной бригаде сотрудники работают независимо друг от друга, с минимальным взаимодействием по отношению к пациент-обусловленной цели.

В интердисциплинарной бригаде принимается больше согласованных попыток по достижении общей цели, но роль специалиста каждой дисциплины остается обособленной внутри своих устоявшихся границ. Это приводит к «профессиональному протекционизму» и к ощутимой разнице в понимании членами бригады состояния пациента.

В условиях психиатрической службы нашей страны, подчеркивают И.Я. Гурович, А.Б. Шмуkler, Я.А. Сторожакова [7], «вероятно, наиболее целесообразно возложение лидерских функций на врача-психиатра. При сохранении за ним общей ответственности за клиническую работу (при этом каждый член бригады ответственен за свое направление работы) функции эти должны быть скорее координирующими, а не властными. Только такой подход сохранит автономию каждого специалиста — участника бригады и оптимальное выполнение им своих ролевых обязанностей.

Бригадная форма работы осуществляется за рубежом не только в стационарных, но и во внебольничных условиях. При этом она осуществляется полипрофессиональными бригадами двух видов:

1) для более традиционной деятельности используется словосочетание «**мультидисциплинарная бригада психического здоровья в сообществе**» (СМНТ — multidisciplinary community mental health teams);

2) для более энергичной терапевтической активности — «**бригада интенсивного (настойчивого) лечения в сообществе**» (assertive community treatment).

И.Я. Гурович с соавт. [7, 18] также различают **бригаду (отделение) психиатрической помощи (осуществляющей более традиционное лечение во внебольничных условиях)** и **бригаду (отделение) настойчивого (ассертивного) лечения в сообществе**. Под «сообществом» (community) имеется в виду население, проживающее в районе обслуживания комплекса психиатрических учреждений, проявляющих участие в проблемах психически больных [7].

2. **Деинституционализация**, начиная с 70-х годов прошлого века, охватила психиатрические службы большинства развитых стран, что привело

к уменьшению числа госпитализированных в психиатрические стационары и уменьшению сроков пребывания в них.

Идеи деинституционализации существенным образом изменили представление не только о длительности нахождения больных в клиниках, но и о содержании осуществляемой в них терапевтической работы. Так, по мнению Лоренцо Торесини, которое он представил в своем докладе, сделанном на конференции Европейского регионального офиса ВОЗ для Европейских национальных координаторов новых независимых государств в сентябре 2008 года, **психиатрические больницы могли бы функционировать как терапевтическое сообщество**. В нашей стране идеи о необходимости содержательного переосмысления осуществляемых по отношению к психически больным лечебных мероприятий получили свое теоретическое обоснование и практическое воплощение в работах и деятельности М.М. Кабанова, под влиянием которого произошла трансформация мышления специалистов, оказывающих помощь этим пациентам, и изменилась сама идеология осуществляемого специалистами терапевтического процесса.

Однако практическое воплощение деинституционализации не обошлось без крайней радикализации лежащих в ее основе научных идей, что наиболее отчетливо видно на примере системы организации психиатрической помощи в Италии (частично — в Бразилии). Так, парламентом Италии, в результате активной деятельности итальянского психиатра Ф. Базальи, 13 мая 1978 года был принят закон о психиатрической помощи и реформе психиатрии (закон Базальи, Закон 180 — Legge Basagli, Legge 180). Этот закон содержал указание о закрытии почти всех психиатрических больниц (оставались лишь небольшие психиатрические отделения при соматических больницах), которые заменялись целым рядом внутриобщественных служб, включая службы по оказанию помощи острым стационарным больным. Полная ликвидация системы государственных психиатрических больниц в Италии относится к 1998 году, когда была завершена реализация закона о психиатрической реформе. Закон 180 выдержал несколько попыток внести в него поправки, однако остается основой итальянской системы психиатрической помощи. Такого рода крайности способствовали тому, что в последние годы стали раздаваться голоса, оспаривающие практическую эффективность деинституционализированной (общественной) психиатрии. Основные пункты критических замечаний при этом сводятся к следующим:

1. Переход от психиатрической больницы к системе деинституционализированной (общественной) психиатрии не может быть применен ко всем больным.

2. Закрытие больниц не должно быть самоцелью.

3. Прежде чем закрыть больницы, совершенно необходимо учредить соответствующие аль-

тернативные возможности в обществе для проживания, реабилитации и, если возможно, трудоустройства психически больных.

4. Неразумно начинать программу реабилитации без гарантированного адекватного и постоянного притока финансовых ресурсов для поддержки пациентов в обществе.

5. Должны быть приняты во внимание культуральные проблемы.

6. Деинституционализация является лишь одним из аспектов психиатрической реформы, акцентуированной на третичную профилактику.

Соглашаясь с разумностью отмеченных выше замечаний, необходимо добавить также следующее. Отчетливым представляется то обстоятельство, что деинституционализация психиатрических учреждений **имеет свои пределы**. Система организации психиатрической службы, как общественный институт, должна учитывать **благополучие окружающих больного и общества в целом**, что связано с необходимостью недобровольной госпитализации (в психиатрическую больницу общего типа) при агрессивном поведении пациента или с назначением ему принудительного лечения (в том числе и в специализированной психиатрической больнице) при обусловленном болезнью делинквентном поведении. При этом наряду с обычным в наше время часто **кратковременным стационарным лечением** в некоторых случаях оказывается необходимым и целесообразным проведение в стационарных условиях **длительного** лечения. Игнорирование этого факта и чрезмерное уменьшение стационарной психиатрической помощи могут привести к тому, что внебольничные учреждения под влиянием новой парадигмы могут стать слишком открытыми и психиатрия в целом перестанет выполнять защитную функцию. Об этом следует упомянуть и в связи с тем, что если развитие организации психиатрической помощи в 70-е годы стимулировалось профессиональной дискуссией, то в настоящее время мы должны констатировать, что оно все более определяется в основном экономической составляющей. Влияние финансирующих структур на здравоохранение стало в некоторых вопросах весьма ощутимым. В то же время, как показали проведенные исследования, **экономическая выгода деинституционализации, по сравнению с традиционным лечением в стационарах, весьма скромна**, а ее смысл заключается не в экономических, а в гуманистических характеристиках: при разумной реализации идей деинституционализации степень приемлемости пациентами психиатрической помощи и удовлетворенность ею оказывается значительно более высокой [28]. В связи с этим довлеющим экономическим интересам должны быть противопоставлены данные обширных исследований психиатрических служб, свидетельствующих о **качественной** эффективности деинституционализации, и гуманистические соображения, позволяющие в совокупности избежать неблагоприятных последствий доминирования при оценке эффективности пси-

хиатрической службы сугубо финансового подхода [24].

При этом, если говорить о нашей стране, следует признать, что высказываемые некоторыми психиатрами идеи о качественном переструктурировании при деинституционализации содержания работы стационарных отделений психиатрических больниц на практике не получили впечатляющей реализации. Так, несмотря на наметившуюся тенденцию к сокращению коечного фонда (с 1990 года на 46 505 коек, или почти ¼ всего коечного фонда за счет закрытия части небольших больниц и стационарных отделений), они по-прежнему многими рассматриваются как **центры организации помощи психически больным**, а идеи гуманизации содержания работы в стационарных психиатрических отделениях, специализации отделений и поиск стационар-замещающих форм помощи осуществляются лишь некоторыми энтузиастами, работающими в этих учреждениях. Не случайно уровень госпитализации в стационары по-прежнему практически не снижается. Эта же тенденция прослеживается и в неизменном числе повторных поступлений в стационар больных в том же году.

Кроме того, анализ официальных отчетных данных всех психиатрических служб России за 2007 год показывает, что происходит накопление пациентов с частыми и длительными госпитализациями: более 23 % их коечного фонда занимают пациенты, находящиеся в больницах свыше 1 года, и их число за последние годы даже несколько увеличивается [18]. Однако решение проблемы «накопления» психически больных в стационарах не может быть решено простой выпиской таких пациентов. Ciompi L. [22] показал, что для возможности выписать хронически психических больных из стационара необходима система реабилитации (работа, жилье, свободное время), которая включает в себя **связанные между собой различные внебольничные учреждения**. В ином случае жизненный путь больных продолжается в приютах для бездомных, интернатах, в местах лишения свободы и связан с драматическим ущербом для качества жизни. В то же время в нашей стране, при некотором уменьшении коечного фонда, динамическая «переориентация» психиатрической сети со стационарной на внебольничную отсутствует и повсеместно наблюдается снижение как стационарных, так и внебольничных форм помощи.

Так, по данным, представленным Н.А. Твороговой [19], потери психиатрической сети выглядят следующим образом (табл. 3).

3. Создание и существенное расширение различных по своим задачам учреждений стационарного и внебольничного (стационар-замещающего) звена помощи.

Современная ситуация характеризуется тем обстоятельством, что, с одной стороны, имеются пациенты (преимущественно с шизофренией), обострение состояния которых приводит к длительным и частым госпитализациям, с другой — редко госпитализирующиеся в стационары

Таблица 3. Потери психиатрической сети

Сеть психиатрических учреждений	1999	2005	2008	2009
Психиатрические больницы		270	257	253
ПНД, имеющие стационары		115	88	88
ПНД без стационаров		173	145	144
Психиатрические кабинеты (отделения)	2322	2249	2078	2133
Психотерапевтические кабинеты	1134	1095	933	891

и получающие лечение преимущественно во внебольничных условиях, а с третьей — так называемые «хроники», пребывание которых в стационарах является неоправданным, так как психические особенности этих пациентов делают действительно необходимым проведение с ними не активно лечебных, а социально-реабилитационных мероприятий. Между тем показано, что комплексное лечение, включающее, наряду с активной фармакотерапией, и психосоциальные воздействия, позволяет добиться в данных случаях значительного результата. Это делает необходимым развитие и совершенствование новых форм психиатрической помощи.

В СИСТЕМЕ СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ получили свое развитие новые формы стационарной психиатрической помощи, заключающиеся в дифференциации отделений больниц: создание клиник первых эпизодов.

2. Создание реабилитационных отделений психиатрического стационара.

3. Открытие психиатрических отделений в структуре соматических больниц.

В нашей стране эта тенденция прослеживается в форме открытия в ряде соматических больниц психосоматических отделений. В то же время, как подчеркивает И.Я. Гурович [18], «если мы хотим строить психиатрию с опорой на сообщество, неизбежно нужно будет не только сохранять, но и еще создавать такие отделения, приближенные к сельскому населению, столь же необходимые, как и психиатрические кабинеты. Вопрос чрезвычайно важный, и необходимо сделать все, чтобы отстоять это положение».

В СИСТЕМЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ перед клиницистами и организаторами здравоохранения встает задача поиска максимально эффективных и отвечающих современным тенденциям стационар-замещающих форм помощи в отношении пациентов, страдающих психическими расстройствами.

Целью всех внебольничных психиатрических учреждений является проведение психиатрического обслуживания пациентов в домашних или приближенных к ним условиях. **В качестве** задач, решаемых в настоящее время в различных учреждениях внебольничной психиатрической помощи, рассматриваются следующие: 1) активное лечение первичных психических больных; 2) предот-

вращение рецидивов у пациентов, лечившихся во внебольничных или больничных условиях ранее; 3) долечивание выписанных из больницы; 4) признание психически больных.

В результате такого подхода в мировой практике было сформулировано представление о том, что внебольничное лечение психически больных может осуществляться в разных внебольничных медицинских учреждениях, часть из которых относится к **первичной (общей) неспециализированной помощи**, а другая, большая часть, — к **специализированной**.

В структуре первичной (общей) медицинской (неспециализированной) помощи (осуществляемой преимущественно за рубежом) обследование психически больных осуществляет в качестве консультанта врач-психиатр, который привлекается врачом общей практики и проводит также назначение или подтверждение (изменение) уже проводящегося больному лечению. При этом координирующая роль врача общей практики в организации амбулаторного психиатрического лечения оказывается разной: от центральной (в Голландии) до контролирующей терапию, рекомендованную психиатром-консультантом (в Англии).

В нашей стране еще в 1986 году В.В. Ковалев и И.Я. Гурович отметили возникновение нового — **внедиспансерного** — раздела психиатрической службы с развитием звеньев в виде сети психотерапевтических кабинетов при районных поликлиниках («поликлиническая» психиатрия) или **психотерапевтической помощи в общей медицине**, суицидологической службы, сети кабинетов сексологической службы (междисциплинарная специальность, развивающаяся больше в рамках психиатрии), лечения пациентов с патологией речи и их нейрореабилитации, наконец, **«промышленной» психиатрии** — в виде кабинетов при многих крупных промышленных предприятиях. Однако в настоящее время контакты психиатрии с первичным поликлиническим звеном (или с общей медицинской практикой) осуществляются лишь в виде отдельных научных исследовательских проектов. Конечно, психиатрическое обслуживание, осуществляемое в условиях неспециализированных учреждений, в какой-то степени напоминает консультативный учет в психоневрологических диспансерах.

При консультативном наблюдении в психоневрологическом диспансере отсутствуют те преиму-

щества, которые выгодно отличают организацию этого психиатрического обслуживания за рубежом от консультативного наблюдения в психоневрологическом диспансере, имеющегося в нашей стране, а именно — проведение консультативного осмотра пациентов вне стен психиатрических учреждений, наличие соматического сопровождения больного и бригадный способ (терапевт-психиатр-социальный работник) решения многих специальных вопросов. Кроме того, даже имеющиеся в поликлиниках психотерапевтические кабинеты (количество которых прогрессивно уменьшается) не нацелены ни на мониторинг состояния пациентов, уже получающих назначенное психиатром лечение, ни на раннее выявление психически больных, которые подчас в течение многих лет являются постоянными (что связано с особенностями их психической патологии) пациентами учреждений первичной медицинской помощи (поликлиник).

В структуре специализированной (психиатрической) внебольничной помощи, осуществляющей активное лечение больных, имеются различные ее формы:

- амбулаторные психиатрические службы;
- учреждения собственно внебольничной психиатрической помощи;
- учреждения, предназначенные для призрения психически больных.

Амбулаторные психиатрические службы. В развитых странах Европы специализированная психиатрическая помощь, оказываемая больному в амбулаторных условиях, по своим задачам идентична тем, которые должны были бы стоять в нашей стране перед психоневрологическими диспансерами. Однако при этом в деятельности психоневрологических диспансеров нашей страны заметна гораздо **меньшая степень терапевтической активности** и стремление ограничить свои задачи функциями, которые можно было бы назвать **диспетчерскими или контролирующими проведение поддерживающей терапии**. Кроме того, следует учитывать, что сам **имидж психоневрологического диспансера**, первоначально созданного в нашей стране в начале двадцатых годов двадцатого столетия как учреждения, заботящегося о больном, превратился в инстанцию, нередко ущемляющую права больных, что, с одной стороны, способствовало снижению привлекательности психоневрологических диспансеров в глазах пациентов, а с другой — увеличивало количество психиатрических мифов и основанных на них явлений стигматизации и самостигматизации психически больных.

За прошедшее после публикации «Закона о психиатрии» в 1993 году время ситуация стала несколько более либеральной, но явно недостаточной для коренного изменения имиджа этого звена психиатрической службы. Наконец, для выполнения психоневрологическим диспансером этого объема работы необходима **его коренная реформа, связанная с решением территориальных, штатных, профессионально-**

образовательных и финансовых проблем. В этом отношении перспективным выглядит точка зрения, высказанная И.Я. Гуровичем, А.Б. Шмуклером и Я.А. Сторожаковой [7], о том, что «создание... (полипрофессиональных.— Авт.) бригад в условиях нашей страны (возможно, за счет сокращения коек в стационарах) значительно усилило бы внебольничную помощь, повысило ее эффективность. В районе обслуживания очень крупных диспансеров могли бы функционировать несколько таких бригад». В связи с этим И.Я. Гуровичем, А.Б. Шмуклером и Я.А. Сторожаковой [7] выдвигается идея о создании в этом звене диспансерной службы **новой формы психиатрической помощи — отделения психосоциальной работы во внебольничных условиях.**

Кроме того, при такой трансформации диспансерной работы может быть успешно реализовано интенсивно развиваемое за рубежом активное **лечение на дому**. В нашей стране попытки лечения психических больных на дому (стационар на дому), робко использовавшиеся в семидесятых—восьмидесятых годах двадцатого столетия [14, 15], в настоящее время практически сошли на нет. Причина этого заключается в факторах, о которых говорилось выше, при изложении возможных терапевтических функций, которые можно было бы придать существующим в нашей стране психоневрологическим диспансерам. Тем не менее в ряде регионов такая форма помощи имеется [1]. В последние годы эта идея получила свое развитие в представлениях, развиваемых И.Я. Гуровичем с соавт. [18], о **новой форме психиатрической помощи — отделении интенсивного оказания помощи во внебольничных условиях.**

Как считают И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер и Я.А. Сторожакова [7], сокращение за пятилетие около 9 тысяч стационарных коек могло бы позволить открыть и обеспечить функционирование 120–130 отделений в психоневрологических диспансерах страны. При этом работа собственно участковых врачей психоневрологического диспансера, проводимая с пациентами, выписанными из психиатрических отделений, позволит повысить качество оказания им помощи и может сместиться в сторону предотвращения рецидивов заболевания (в рамках **отделения психосоциальной работы во внебольничных условиях**), в то время как работа врачей **отделения интенсивного оказания помощи во внебольничных условиях** — быть направленной на предотвращение госпитализации пациентов.

Учреждения собственно внебольничной психиатрической помощи. Эта работа осуществляется при условиях пребывания больных в **полустационарных** психиатрических учреждениях или **других учреждениях** системы внебольничной психиатрической помощи.

Дневные стационары. В настоящее же время в России наиболее распространенным из числа внебольничных учреждений, оказывающих активное лечение психически больных, является дневной стационар. Возникновение **дневного стацио-**

нара в 1933 году связывают с именами В.А. Гиляровского и М.А. Джагарова. За рубежом дневные стационары появились значительно позже: первые в Канаде — в 1946 году и в Англии.

Не случайно в настоящее время в России именно дневной стационар, в котором проводится активное лечение психически больных, является наиболее распространенным из числа внебольничных учреждений. В то же время развитие сети дневных стационаров осуществляется очень медленными темпами, что видно из табл. 4 [19].

Таблица 4. Развитие сети дневных стационаров

Годы	Количество мест
2005	16325
2006	16145
2007	16789
2008	17130
2009	17352

Для нашей страны, где дневные стационары функционируют в основном в структуре не больниц, а психоневрологических диспансеров и где разработаны достаточно четкие (хотя и нуждающиеся со временем уточнения) показания для направления в них пациентов, актуальным представляются имеющиеся мифы о более фундаментальном лечении в круглосуточном стационаре, которые определяют позицию как многих врачей, так и членов семьи больного.

Ночные стационары. Гораздо меньше исследований посвящено терапевтическим возможностям ночных стационаров [9, 10]. При открытии ночных стационаров первоначально предполагалось, что основным контингентом в них будут работающие больные, которым по различным причинам необходимо лечение и наблюдение без отрыва от производства [2, 4, 16]. Однако практика показала трудность реализации таких представлений о функционировании ночного стационара [4] и большую целесообразность его использования в комплексе с дневным стационаром [12, 17].

Комплекс дневной-ночной стационар. Идеи, которые легли в основу создания комплекса «дневной-ночной стационар» (дневное пребывание, кратковременное круглосуточное лечение во внебольничных условиях), в значительной степени оказались реализованными за рубежом в форме так называемых **амбулаторных клиник**.

Наш опыт использования комплекса «дневной-ночной стационар» позволяет сделать следующие выводы о преимуществах такого рода психиатрическом учреждении.

1. Использование комплекса «дневной-ночной стационар» позволяет **значительно расширить терапевтические возможности** учреждений частичной госпитализации, сократив тем самым количество пациентов, госпитализируемых в психиатрические больницы.

2. Терапевтические возможности комплекса «дневной-ночной стационар» сравнимы с таковыми в психиатрических больницах; при этом **экономические преимущества** учреждений частичной госпитализации ни у кого не вызывают сомнений.

3. Лечение пациентов в условиях комплекса «дневной-ночной стационар» существенно **сокращает время круглосуточного пребывания больных**, то есть их изоляции от привычных условий жизни, что снижает вероятность развития госпитализма.

4. Проведение лечебно-восстановительных мероприятий в условиях комплекса «дневной-ночной стационар» позволяет осуществить **преимущество в реабилитационном процессе на всех его этапах — от острого психотического состояния до стабилизации ремиссии** и подбора адекватной поддерживающей терапии.

Однако дальнейшему развитию такой формы работы препятствует положение, согласно которому в комплексе «дневной-ночной стационар» пациент может находиться круглосуточно не более чем на протяжении 10 дней, что вступает в противоречие с имеющейся практикой, снижает реабилитационный потенциал этого типа учреждения и затрудняет превращение его в **принципиально новую форму психиатрической помощи**. Имеющийся в НИПНИ им. В.М. Бехтерева опыт позволяет убедительно говорить о целесообразности такой формы помощи психически больным.

Внебольничные реабилитационные отделения. Организация внебольничных реабилитационных отделений (отделений внебольничной реабилитации) является **новой формой психиатрической помощи, организуемой в структуре психоневрологического диспансера**. Это объясняется как фактическим разрушением системы ЛТМ, так и тем обстоятельством, что до последнего времени нерешенным остается вопрос об удержании психически больных в состоянии устойчивой ремиссии. Однако созданные в ряде психоневрологических диспансеров Санкт-Петербурга эти звенья внебольничной психиатрической помощи не получили своего внятного решения как с точки зрения определения своих специфических целей, так и с точки зрения выработки конкретных задач, что в конечном счете определяет как контингент, так и методы работы с этими пациентами, сроки пребывания в них (имеющие какие-то ограничения или неограниченные), систему реабилитационных мероприятий, вознаграждения пациентов за труд и т.д. Пока можно лишь констатировать, что созданные при психоневрологических диспансерах реабилитационные отделения характеризуются разнообразием деятельности, в одних случаях сближающейся и характерной для дневного стационара (но при условии несколько большего участия пациентов в трудовых процессах), а в других — с характерными для ликвидированных раньше лечебно-трудовых мастерских (правда, с более дифференцированными видами трудовой деятельности, которая, к сожалению, финансово не проработана). Эффективность такого рода

Таблица 5. Основные квалификационные показатели работающих инвалидов

Работающие инвалиды с психическими расстройствами	Годы				
	2005	2006	2007	2008	2009
Абсолютное число	40 138	37 500	39 032	34 642	33 247
Удельный вес работающих инвалидов по отношению к общему их числу (%)	4,1	3,7	3,8	3,4	3,2
Работающие на общем производстве					
а) абсолютное число	35 556	33 672	35 424	31 559	29 987
б) % от числа работающих инвалидов	88,6	89,8	90,6	91,1	90,2
Работающие в спеццехах					
а) абсолютное число	921	820	821	641	632
б) % от числа работающих инвалидов	2,3	2,2	2,1	1,9	1,9
Работающие в ЛПМ (ЛТМ)					
а) абсолютное число	3 661	3 008	2 787	2 442	2 628
б) % от числа работающих инвалидов	9,1	8,0	7,1	7,0	7,9

учреждений, равно как и их значимость в системе внебольничной психиатрической помощи, требует дальнейшего изучения.

Работа с поддержкой. В литературе имеются данные, что на обычном производстве работает меньше чем 20 % больных с выраженной психической патологией; больные шизофренией работают на обычном производстве еще реже [26].

Основные показатели, характеризующие ситуацию с вовлечением инвалидов, страдающих психическими расстройствами, в трудовую деятельность, представлены в табл. 5 [19].

В целом можно отметить снижение как абсолютного числа всех работающих инвалидов с различными психическими расстройствами, так и удельного веса работающих инвалидов по отношению к общему их числу. При этом такое уменьшение числа работающих инвалидов касается как общего производства, так и их работы в спеццехах или в ЛПМ (ЛТМ).

В то же время именно задача «работы с поддержкой» в значительной степени решалась ранее в таких формах, как лечебно-трудовые мастерские и спеццеха.

За рубежом используются различные модели трудоустройства с поддержкой [26, 27, 29], но все они имеют общие черты: минимальный отбор по уровню трудоспособности, отсутствие предшествующего тренинга, осуществляемого вне рабочего места, индивидуального подбора рабочего места, неограниченной во времени поддержки, учета индивидуальных предпочтений клиента. В России в этом аспекте пока имеются лишь робкие высказывания о целесообразности создания пунктов трудоустройства (совместно с центром занятости) при диспансерах [7, 18], так как решение этой проблемы связано с безусловными финансовыми расходами.

Жилье под защитой. Различные реабилитационные формы «жилья с поддержкой», своего рода «групповые дома» для хронически психически больных, равно как и другие виды «жилья под защитой» (жилья под опекой) оказались более действенными, чем традиционное пребывание пациентов в больницах, и относятся к **новым формам психиатрической помощи**. Имеются групповые дома либо с временным, либо с относительно постоянным проживанием. В настоящее время очевидно, что развитие моделей жилья под защитой: от общежитий (групповых домов) для психически больных, утративших социальные связи, дифференцированных по психическому состоянию пациентов, этапов реабилитации, городских или сельских условий проживания, обеспеченных или не обеспеченных трудоустройством, «спателитных» (реабилитационных) до квартир независимого проживания может компенсировать последствия деинституционализации и обеспечить поддержку новому поколению хронически психически больных с помощью этой значимой составляющей современной системы психиатрической службы [7, 18].

В России в системе психиатрической помощи существует единственная форма «жилья под защитой» — общежития для психически больных, утративших социальные связи. На 2009 год в нашей стране имелось лишь 10 общежитий, рассчитанных на проживание в них 397 человек. Несомненно, что подобные организационные формы должны использоваться как «промежуточные» на пути к самостоятельному проживанию для значительно более широкого контингента больных. При этом в одних случаях такого рода учреждения создаются в структуре психоневрологического диспансера, как, например, в Нижнем Тагиле и Первоуральске, а в других — в структуре больниц за счет реоргани-

зации существующих и создания новых подразделений (отделение-общеежитие для больных), в которых широко внедряются методы психосоциальных подходов (тренинг навыков независимого проживания, психообразование, использование трудотерапии, арт-терапии и психотерапии в комплексном психосоциальном лечении, социально-восстановительная работа и пр.) в рамках полипрофессионального бригадного ведения больных [13, 21].

Учреждения, предназначенные для призревания психически больных. Число больных в учреждениях социального обслуживания достаточно велико. Так, в 2006 году их было 128 809 человек (на 100 000 населения — 90,6). Задача, стоящая перед этими учреждениями, касается проведения работы с больными, не нуждающимися в активной медикаментозной терапии, но в силу выраженности глубины психических изменений, обусловленных болезнью, не способными к автономному существованию. К числу таких учреждений могут быть отнесены психиатрические интернаты, а также традиционно существующие в некоторых странах приюты и богадельни.

Помимо создания новых организационных форм внебольничной помощи психически больным существует и важная задача изменения содержания характера участия в этой работе различных общественных организаций и членов семей больных, оказывающих им социальную поддержку. На современном этапе связь с различными общественными организациями особенно важна, потому что реформа психиатрии, направленная на индивидуализацию и гармонизацию помощи и сопряженная с облегчением доступа к ней, предполагает базирование не только на определенных показателях и ценностных ориентирах, но и на изменении отношений к психически больным со стороны разных групп населения, а также представителей общественных организаций. Встречи больных могут осуществляться и в рамках **клубной работы**, которая предоставляет возможность пациенту получить психо-

логический комфорт и одновременно социальный тренинг.

Таким образом, в условиях общественной экономической и политической перестройки многие из форм психиатрического обслуживания либо минимизировали свою деятельность, либо прекратили ее полностью, в результате чего реорганизация в нашей стране системы психиатрической помощи **явно отстает от уровня в развитых европейских странах.** Это касается как модификации содержания работы и дальнейшей дифференциации стационарных психиатрических учреждений, так и системы организации сети различных внебольничных учреждений, как относящихся к первичной (общей) неспециализированной, так и к специализированной (психиатрической) помощи. В связи с этим основными тенденциями развития в нашей стране психиатрической помощи представляются следующие.

1. Реформирование психиатрической службы на основе комплексного бригадного (полипрофессионального) ведения больных в рамках психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. Настоятельная необходимость пересмотра задач, стоящих перед психоневрологическим диспансером, с целью превращения его в центр психического здоровья. Существенное расширение сети внебольничных психиатрических учреждений.

2. Сближение некоторых задач, решаемых в больничных и экстрамуральных условиях, но подчиненных одной цели: проведению специально организованной работы по отношению к больным, состояние которых характеризуется преимущественно терапевтической резистентностью; значительной тяжестью расстройств и неблагоприятным течением процесса; нарушенным терапевтическим комплайенсом; выраженными явлениями госпитализма.

3. Повышение актуальности и значимости различных общественных организаций инвалидов вследствие психических расстройств и их родственников.

Литература

1. Алисханов М.А., Любов Е.Б. Стационар на дому как альтернатива госпитализации // Социальная и клиническая психиатрия — 2005. — Т. 15. — № 2. — С. 103–106.
2. Воловик В.М. Клиника начальных проявлений медленно развивающейся шизофрении и проблема ранней реабилитации : дисс... докт. мед. наук. — Л., 1980. — 572 с.
3. Воловик В.М., Вид В.Д. Психологическая защита как механизм компенсации и ее значение в психотерапии больных шизофренией // Психологические проблемы психогигиены/психопрофилактики и медицинской деонтологии. — Л., 1976. — Т. 1. — С. 26–28.
4. Воловик В.М., Шерешевский А.М., Гурович И.Я. Возникновение и развитие полустационарной помощи в СССР. / Полустационарные формы психиатрической помощи. — Л., Медицина. — 1988. — С. 8–27.
5. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994–1999 г.). — М., ИД Медпрактика — 2000. — С. 21–54.
6. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. — М., ИД Медпрактика. — 2003. — 264 с.
7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных. — М., Медпрактика. — 2004. — 492 с.
8. Кабанов М.М. Охрана психического здоровья и проблема стигматизации и комплаенса // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. Т. 8. — № 2. — С. 58–62.

9. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных.— Л., Медицина.— 1985.— 216 с.
10. Красик Е.Д. Реабилитация психически больных: достижения и проблемы // Новое в теории и практике реабилитации психически больных.— Л., Изд-во Ин-та им. В.М. Бехтерева.— 1985.— Т. 1—С. 39–43.
11. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Госпитализм при шизофрении (клинико-реабилитационные аспекты).— Изд-во Томского ун-та.— 1983.— 136 с.
12. Кучеров А.Ю., Круглянский М.Я. Об одной из форм работы комплекса «дневной-ночной стационар» (с этапом круглосуточного пребывания больных) при психоневрологическом диспансере // Журн. невропатол. и психиатр.— 1984.— Вып. 9.— С. 1358–1362.
13. Лиманкин О.В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: автореф. дисс ... канд. мед. наук.— М.— 2007.— 24 с.
14. Мазур М.А. Реабилитация психически больных с затяжным течением заболевания на различных ступенях психиатрической помощи: автореф. дисс ... канд. мед. наук.— М.— 1970.— 20 с.
15. Мазур М.А. Системный подход в реабилитации психически больных. Вопросы организации, управления, эффективности // Новое в теории и практике реабилитации психически больных.— Л.— 1985.— С. 15–17.
16. Мазур М.А., Гольдфельд Э.И. К вопросу об оптимальной структуре психиатрической службы области // Вопросы организации психиатрической помощи.— М.— 1982.— С. 133–141.
17. Найдёнов О.Ф., Гурович И.Я. О дальнейшем развертывании сети дневных стационаров для психически больных // Вопросы внебольничной психиатрической помощи.— М.— 1979—С. 71–77.
18. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / И.Я. Гурович, Д. Аддингтон, Т. Н. Асоскова [и др.] / Под ред. И.Я. Гуровича, О.Г. Ньюфельдта.— М., Медпрактика— 2007.— 355 с.
19. Творогова Н.А. О состоянии психического здоровья населения Российской Федерации в 2010 году // Презентация к выступлению ст. научного сотрудника ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Н.А., представленная на Всероссийском совещании службы медицинской статистики, состоявшемся в рамках XII Всероссийской конференции «Информационные технологии в медицине-2011», проходившей с 13 по 14 октября 2011 года в Москве. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gosbook.ru/node/367999>.
20. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2008 г. // Российский психиатрический журнал.— 2009.— № 4.— С. 35–40.
21. Этапы психосоциальной реабилитации пациентов психиатрического стационара / А.К. Гажа, В.А. Монастырский, Т.Н. Асоскова, Е.Ю. Струкова // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи.— М.— 2007.— С. 72–83;
22. Ciompi L. Gedanken zu einer patienten- statt institutionszentrierten psychiatrischen Versorgungsstruktur // Spektrum.— 1989.— Bd. 18—S. 29–38.
23. Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness / A.F. Lehman, L. Dixon, J.S. Hoch et al. // British Journal of Psychiatry— 1999.— Vol. 174.— P. 346–352.
24. Eikelman B. Grenzen der Deinstitutionalisierung: Die Sicht der Fachklinik // Psychiatrische Praxis.— 2000.— Bd. 27.— № 2.— S. 53–58.
25. Latimer E.A. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature // Canadian Journal of Psychiatry.— 1999.— Vol. 44.— № 5.— P. 443–454.
26. Lehman A., Steinwachs D. Translating research into practice: the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations // Schizophrenia Bulletin.— 1998.— Vol. 24.— P. 1–10.
27. Kupper Z., Hoffmann H. Course patterns of psychosocial functioning in schizophrenia patients attending a vocational rehabilitation program // Schizophrenia Bulletin. —2000.— Vol. 26— № 3.— P. 681–698.
28. McCrone P., Becker T. Grenzen der Deinstitutionalisierung: Erfahrungen in England Psychiatrische Praxis.— 2000— Vol. 27.— № 2.— P. 68–77.
29. Noble J.H. Jr. Policy reform dilemmas in promoting employment of persons with severe mental illnesses // Psychiatric Services.— 1998— Vol. 49.— P. 775–781.

Сведения об авторах

Коцюбинский Александр Петрович — д. м. н., профессор, гл. науч. сотр. отделения внебольничной психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: ak369@mail.ru

Бутوما Борис Георгиевич — д. м. н., вед. науч. сотр. отделения внебольничной психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: butbor08@gmail.com

Еричев Александр Николаевич — к. м. н., вед. науч. сотр. отделения внебольничной психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: an@erichev.ru

Высокофункциональный аутизм

В.Э. Пашковский

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Резюме. В обзоре литературы рассмотрено современное состояние проблемы высокофункционального аутизма у детей и подростков. Приведены данные по когнитивному функционированию при детском аутизме, эпидемиологии, этиологии, морфометрии, клинической картине, особенностям высокофункционального аутизма у подростков и взрослых. Уделено внимание вопросам оказания помощи детям с высокофункциональным аутизмом.

Ключевые слова: высокофункциональный аутизм, синдром Аспергера, аутистический спектр.

The high-functioning autism (the review of literature)

V.E. Pashkovskiy

I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint-Petersburg

Summary. In the literature review the problem current state high-functioning autism at children and teenagers and adults is considered. The review provides information about cognitive to functioning is cited at children's autism, epidemiology, aetiologies, morphometry, clinical picture, features of high-functioning autism at teenagers and adults. The attention is paid to questions of rendering assistance to children with a high-functioning autism.

Key words: high-functioning autism, Asperger syndrome, autistic spectrum.

Введение. В последние годы в литературе ожилилась дискуссия о диагностике детского аутизма. Этому способствовали исследования, проводимые в Йельском университете, направленные на сужение его критериев в DSM-V [34]. И хотя новые критерии еще не приняты, опасения предстоящего исключения из системы социальной поддержки аутистов с высокими познавательными способностями вызвало озабоченность не только детских психиатров, но и широкой общественности в США [10]. Проблема, по мнению D.H. Skuse [47], состоит в том, что индивидуумы с нормальным и высоким интеллектом не будут отвечать диагностическим признакам, если у них не окажется речевых стереотипий, приверженности к раз и навсегда заведенному порядку во многих аспектах повседневной жизни, ритуалам, гиперактивности. Таким образом, как указывает автор, из аутистического спектра будут исключены многие случаи синдрома Аспергера или случаи, входящие в рубрику «Общие расстройства развития, неуточненные».

Определение. Дискуссия в англоязычной литературе показала, что наиболее не проясненными являются вопросы диагностики высокофункционального аутизма (ВФА). В одних случаях этим термином обозначают расстройство, встречающиеся у детей с ранним детским аутизмом (синдромом Каннера) без признаков психического недоразвития [3], в других — обосновывается тесная связь ВФА с синдромом Аспергера [25], в третьих — ВФА определяется как форма аутизма без задержки умственного развития, но с ясной задержкой или ухудшением овладения языком на более ранних стадиях онтогенеза [38]. По С. Gillberg [16] у детей с ВФА в некоторых случаях

в определенный период времени диагностируется ранний детский аутизм, а в другой период — синдром Аспергера. При этом четкая дифференциальная диагностика становится невозможной. Таким образом, к ВФА относятся случаи, соответствующие критериям аутизма, но ребенок при этом имеет нормальные познавательные навыки и способности к обучению. Ребенок, возможно, первоначально имел трудности в овладении языком, но, в конечном счете, овладел речевыми навыками на уровне, соответствующем его возрасту [39]. Наиболее часто в литературе используется термин «синдром Аспергера — ВФА».

Когнитивное функционирование при детском аутизме (классические работы)

Обобщая материал наблюдений 11 детей-аутистов, L. Kanner [22] отметил: «Хотя большинство детей временами выглядели слабоумными, у них бесспорно хороший когнитивный потенциал... поразительный словарь говорящих детей, прекрасная память на события даже нескольких лет давности. Феноменальная механическая память на стихи и имена вместе с педантичным воспроизведением сложных паттернов и последовательностей указывают на хороший интеллект в том смысле, в каком это слово вообще употребляется».

Важным в классической работе Н. Asperger [5] является указание на необходимость рассматривать наряду с конкретным типом разнообразные подтипы, комбинации. Это в полной мере относится к интеллектуально развитым аутистам, в особенности к тем, чьи умственные способности превосходят средний уровень. «В подавляющем большинстве случаев они достигают довольно многого в профессиональном отношении, следствием чего является и хорошая социальная адаптация».

Постканнеровский период

Развитие взглядов в отечественной психиатрии с 70-х гг. характеризовалось трактовкой аутизма Каннера как шизофренического постприступного расстройства [2] и синдрома Аспергера как конституциональной патологии характера аутистического типа или аутистического дизонтогенеза [1]. Значительное влияние на дальнейшее изучение проблемы оказала работа L. Wing [54].

Автор подчеркивала, что аутизм, который является, по сути, гетерогенным психическим расстройством, невозможно охватить несколькими статичными критериями. Его клиническая картина характеризуется возрастной изменчивостью и сильными индивидуальными различиями. Ею было выдвинуто представление об аутистическом спектре расстройств с различной степенью тяжести по уровню развития, социальному взаимодействию, коммуникативности, поведению.

Результаты исследований по дифференциации ВФА от синдрома Аспергера противоречивы. A. Klin с соавт. [23] обнаружили различия в 11 нейropsychологических сферах. В других исследованиях существенных различий по данным нейropsychологических тестов обнаружено не было [50]. Большинство авторов сходятся во мнении о том, что в настоящее время нет четких клинических критериев ВФА, поэтому исследования должны быть сконцентрированы на типичных потребностях и проблемах больных с расстройствами аутистического спектра с высокими показателями IQ [20, 24, 35].

Эпидемиология

Распространенность аутизма среди населения начали изучать с середины прошлого века. По данным V. Lotter, в 1966 г. она составила 4,5 на 10 000 детей [27]. Синдром Аспергера, по данным S. Ehlers (Гетеборг, Швеция) [12], распространен в диапазоне 3,6–7,1 у детей и подростков — 7–16 лет. Финские исследователи M.L. Matilla с соавт. [30] изучили распространенность психических расстройств аутистического спектра в соответствии с критериями DSM-IV-TR и DSM-5 (проект). Она составила, соответственно, 4,1/1000 и 8,4/1000. Пациентов с ВФА (IQ>70) было, соответственно, 61% и 65%. В статье F. Fombonne [13] рассматриваются результаты 43 исследований, опубликованных с 1966 г. По данным автора, в последние годы распространенность расстройств аутистического спектра возросла до 60–70 на 10 000 чел. Среди нарушений, обозначенных как «общее расстройство развития, неуточненное», число лиц с нормальным интеллектом в различных выборках составляет от 31,8% до 74,2%. Рост аутизма объясняется расширением диагностических критериев, увеличением количества исследований, повышением информированности о данном расстройстве среди населения и, следовательно, повышением обращаемости.

Гендерные различия при аутизме определяются соотношением 3,5 — 4 лиц мужского пола на 1 лицо женского. Это соотношение меняется в за-

висимости от уровня интеллектуального развития (IQ): с его увеличением оно достигает 6/1, с понижением — выравнивается до 1,5/1. По-видимому, это связано с понижением порога для дисфункции головного мозга у мужчин [24].

Этиология

Обусловленность ВФА неспецифическими пре- и перинатальными факторами подтверждается не всеми. K.B. Nelson [37] не обнаружил существенных связей между осложнениями во время беременности и возникновением аутизма. В то же время выявлено, что у пациентов с ВФА по сравнению с нормально развивающимися братьями и сестрами больше случаев осложнений беременности у матери, увеличений сроков беременности > 42 недель [26]. При синдроме Аспергера, по сравнению с ВФА, обнаружено преобладание случаев с более низкими баллами по шкале Апгар и увеличение рождений матерями в возрасте > 30 лет [15]. Расстройства аутистического спектра характеризуются генетическим полиморфизмом и фенотипической гетерогенностью [11]. Выявлены тесные фенотипические корреляции между братьями и сестрами с аутизмом и другими расстройствами развития [51].

Накапливаются факты о роли нейрпептидов окситоцина в регуляции социальной привязанности, получены доказательства участия генетической вариации в гене рецептора окситоцина в этиологии ВФА [53].

Морфометрия

Вопрос взаимосвязи синдрома Аспергера и ВФА с теми или иными морфологическими деформациями головного мозга вызывает много споров. По мнению одних авторов [29], в настоящее время не накоплено достаточно данных, позволяющих дифференцировать ВФА от синдрома Аспергера. В других — содержатся данные о некоторых морфологических отличиях этих разновидностей аутистического спектра.

В работе G.M. McAlonan с соавт. [32] показано, что дети с ВФА, по сравнению с детьми с синдромом Аспергера, имели меньший объем серого вещества в подкорковых областях, задней части поясной извилины и в предклинье. По сравнению со здоровыми, у детей с ВФА выявлено уменьшение серого вещества в хвостатом ядре и таламусе. При синдроме Аспергера снижение объема серого вещества обнаружено в амигдалогиппокампальных структурах, префронтальных отделах, левой затылочной извилине, мозжечке, скорлупе и в предклинье [55]. Аномалии белого вещества при ВФА обнаружены преимущественно в левом полушарии, в то время как при синдроме Аспергера — в правом [33].

Клиническая картина

В ICD—10 и DSM—IV признаки синдрома Аспергера носят довольно общий характер, поэтому они подверглись детализации в работах C. Gillberg, который разработал дополнитель-

ные критерии [16, 17]. К ним относятся: 1) большие трудности во взаимном социальном общении, 2) узкие интересы, 3) потребность в постоянстве распорядка и интересов, 4) речевые и языковые проблемы, 5) проблемы невербальной коммуникации, 6) двигательная неуклюжесть. В сравнительных исследованиях было обнаружено, что при аутизме, особенно в более младшем возрасте, чаще встречались такие симптомы, как эхолалия, нарушения использования местоимений, социальная ограниченность, однако это не позволяло рассматривать аутизм Каннера, синдром Аспергера и ВФА как дискретные нозологические единицы. Различия между группами были связаны с изменениями в тяжести симптомов, однако альтернативных профилей симптомов найдено не было [43, 49]. С клинической точки зрения ВФА чаще всего сопоставляется с синдромом Аспергера. Подчеркивается, что синдром Аспергера или ВФА так, как они определяются во многих клиниках сегодня, охватывают слишком разнородную группу, в которую входят дети как с низкими познавательными навыками и плохой социальной адаптацией, так и дети с высоким интеллектом и хорошей социальной адаптацией [14].

Как и при других расстройствах аутистического спектра, для синдрома Аспергера и ВФА характерно нарушение социального взаимодействия. В то время как количество детей с диагнозом ВФА продолжает расти, количество научнообоснованных методов для удовлетворения их потребностей отстает. Социальная дисфункция является, пожалуй, самой распространенной и крайне тягостной для этой группы пациентов [46].

В работе А.М. Scheeren с соавт. [45] выявлены качественные различия в социальном взаимодействии детей с ВФА. Оказалось, что эти различия обусловлены многими факторами, среди которых тяжесть симптомов аутизма, психосоциальный уровень, исполнительное функционирование и перспективы обучения социальным навыкам. Уровень социального взаимодействия существенно повышается при положительном влиянии социальной среды, которая, в свою очередь, увеличивает возможности детей и стимулирует социальное познание.

Согласно гиперсистематизационной теории аутизма S. Baron-Cohen, предполагается, что механизмы систематизации установлены у людей с аутизмом на слишком высоком уровне. Как результат, они могут управляться только с высокозакономерными системами и не могут справиться с системами с высокой вариабельностью или изменчивостью, такими, например, как социальный мир [7]. Автор приводит аргументы за рассмотрение синдрома Аспергера/ВФА не как дефектного, а как своеобразного развития. Это своеобразие заключается в следующем:

доминирование интересов к физическим объектам и физическим системам [48];

низкая потребность к общению со сверстниками;

следование собственным желаниям и верованиям без учета желаний и верований других [6]; отсутствие интереса к работе в группе [9];

наличие узких, специальных и относительно постоянных интересов, не свойственных сверстникам;

повышенная склонность к гиперсистематизации (растения, древние животные, транспортные развязки и т.д.);

точность при восприятии деталей информации [42].

Исследования коморбидности синдрома Аспергера/ВФА указали на связь этой патологии с депрессией [18], биполярным расстройством настроения [36], тревогой [41].

Недостаточно проясненным является вопрос принадлежности психопатологической симптоматики, наблюдаемой при синдроме Аспергера/ВФА к расстройствам аутистического спектра или к иной диагностической категории. Это происходит потому, что основные симптомы этих расстройств маскируют симптомы сопутствующих заболеваний. Решению проблемы могут помочь продольные исследования, при которых появляется возможность проследивать тонкие изменения поведения на разных возрастных этапах [31].

Обобщая клинические исследования синдрома Аспергера/ВФА, С. Gillberg [17] указывает, что базовые социальные, коммуникативные и поведенческие симптомы, хотя и модифицированные, сохраняются у этих пациентов в течение всей жизни. Существенно затрудняет адаптацию отсутствие естественной импровизации в общении, несмотря на полученный социальный опыт и различные виды психотерапии. Вместе с тем, некоторые пациенты были способны отыгрывать социальные роли в течение ограниченного времени. T. Ljunggård, M.U. Hallerbäck, С. Gillberg [28] исследовали 26 мужчин и 28 женщин (средний возраст 27 лет). Из них у 70% наблюдался один эпизод депрессии, у 50% — периодические приступы депрессии, и у 50% — тревожные расстройства.

Синдром Аспергера/ВФА у подростков и взрослых

В единичных работах по проблеме качества жизни выявлено, что значительное количество подростков, особенно девушек, были объектом насмешек, а порой и агрессии со стороны сверстников. Несмотря на высокий уровень образования, более половины исследуемой группы были безработными или имели пенсию по инвалидности. Лишь немногие пациенты имели долговременные отношения с противоположным полом, количество лиц, состоящих в браке, было выше среди женщин [19]. Известно, что IQ является важным предиктором успешности детей с аутизмом. Изучив судьбу 16 пробандов во временном промежутке 11–27 лет с момента выписки из центра, специализирующегося на работе с детьми, страдающими аутизмом, P. Szatmari с соавт. выделили 16 человек со средним показателем IQ — 92. Оказалось, что у 4 из них были

хорошие профессионально-социальные результаты [49]. Показатели социального функционирования обнаружили отрицательную связь с выраженностью симптомов аутизма и положительную с показателями невербальных нейропсихологических тестов.

Оказание помощи детям с синдромом Аспергера/ВФА

Детям, испытывающим дефицит социальных навыков, не хватает поведенческого репертуара для взаимодействия с другими людьми согласно общепринятым нормам. У детей с синдромом Аспергера/ВФА трудности в освоении социальных навыков пронизывают все сферы академического, социального и эмоционального развития, несмотря на сохранность их общего когнитивного функционирования [44]. Отсутствие ориентации на социальные стимулы, недостаточное использование зрительного контакта, проблемы инициирования социальных взаимодействий, трудности в интерпретации вербальных и невербальных сигналов, парадоксальные эмоциональные реакции, отсутствие эмпатии являются теми симптомами, которые должны быть подвергнуты корригирующему воздействию [52].

Однако большинство существующих программ разработаны для детей с более тяжелыми расстройствами аутистического спектра и поэтому не могут быть направлены для лечения детей с синдромом Аспергера/ВФА. Возможно, в раннем возрасте проблемы синдрома Аспергера/ВФА затушевываются специфически сильными сторонами — развитой речью, специальными интересами, прекрасной памятью. Поэтому родители обращаются за помощью только при наступлении школьного кризиса — то есть отказа от дальнейшего обучения из-за непонимания педагогами проблем ребенка и агрессии со стороны сверстников. Исследований, на базе которых появляется возможность составления «дорожной карты» для работы с детьми с синдромом Аспергера/ВФА, немного. D. Kamps с соотр. [21] включили в свою программу обучение навыкам инициирования беседы, приветствия, принятия комплиментов, просьб о поддержке и т. д. Обучение проходило в течение 20 мин. в форме ролевых игр. Ролевые игры по аналогичной методике проведены T.D. Barry с соавт. [8]. В отчетах после прове-

дения занятий дети сообщили об улучшении социальной поддержки со стороны одноклассников, однако сохранялись значительные трудности в ведении диалога. A. Palmen с соотр. [40] исследовали эффективность обучения социальным навыкам в малых группах подростков в течение 6 недель. Ролевая игра включала моделирование разговора, обучение стратегиям диалога с использованием блок-схем. Средний процент адекватных вопросов и ответов во время урока оказался значительно выше у детей, прошедших тренировку.

Заключение

ВФА является расстройством аутистического спектра к которому привлечено внимание многих исследователей. В PubMed NCBI эта проблема отражена в 1163 источниках и составляет 5,6% из всех работ по вопросам аутизма. В настоящее время ВФА не рассматривается как отдельный синдром в психопатологическом смысле, и тем более не имеет нозологического прикрепления. Выделение ВФА в структуре аутистического спектра обусловлено практической целесообразностью, так как эта группа пациентов, по данным литературы, имеет лучшие перспективы социального функционирования, чем дети с другими формами аутизма. Вместе с тем возможность оказания помощи этим детям наталкивается на следующие трудности. Поскольку ВФА не кодируется в ICD-10, невозможно точно определить эпидемиологические характеристики этого расстройства. Высокий интеллект не снимает педагогических проблем. В массовой школе дети настолько отличаются от обычных, что для педагога в их обучении практически нет «известных» и «стандартных» путей. Дети с ВФА, как и все «аутисты», имеют, как правило, неравномерный уровень интеллектуальных достижений и сложностей в поведении, что не «вписывается» в стандартную систему школьного обучения [4]. Способность к естественной импровизации в общении у детей с ВФА (как и при других формах аутизма) отсутствует, но в силу высокого интеллекта у них есть возможность обучиться тому, что у сверстников присутствует с рождения. Поэтому дальнейшая судьба детей с ВФА зависит от семейного, школьного и социального окружения в целом, а также от усилий детских психиатров и педагогов в совершенствовании методов лечения и психолого-педагогической коррекции.

Литература

1. Башина В.М. Аутизм в детстве. — М., Медицина. — 1999. — 236 с.
2. Вроно М.Ш., Башина В.М. Синдром Каннера и детская шизофрения // Журн. невропатол. и психиатр. — 1974. — Т. 74. — С. 112–115
3. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение // Пер. с нем. — М., Медицина. — 2003. — 120 с.
4. Шапошникова А.Ф. Скрининговая диагностика и динамический контроль детей с заболеваниями аутистического спектра с использованием рейтинговой шкалы для оценки детского аутизма // Социальная и клин. психиатр. — 2012. — Т. 22. — С. 63–68.
5. Asperger H. Die «Autistischen Psychopathien» im Kindesalter // Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. — 1944. — Т. 117. — P. 76–136; (Вопр. психич. здоровья детей и подростков. — 2010. — Т. 10. — С. 91–117; 2011. — Т. 11. — С. 82–109).

6. Baron-Cohen S., Leslie A.M., Frith U. Does the autistic child have a «theory of mind» // *Cognition*.—1985.—V. 21. № 1.—P. 37–46.
7. Baron-Cohen S. The hyper-systemizing, assortative mating theory of autism // *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*.—2006.—V. 30.—P. 865–872.
8. Barry T.D. et.al. Examining the effectiveness of an outpatient clinic-based social skills group for high-functioning children with autism // *J. Autism Dev. Disord.*—2003.—V. 33.—№ 6.—P. 685–701.
9. Bowler D.M. “Theory of mind” in Asperger’s syndrome // *J. Child Psychol. Psychiatry*.—1992.—V. 33. № 5.—P. 877–893.
10. Carey B. New definition of autism will exclude many, study suggests // *The New York Times*.—2012.—January 19.
11. Demonceau N., Roubertie A., Cheminal R. et al. Genetics contribution to the understanding of autism // *Arch. Pediatr.*—2005.—V. 12.—P. 1509–1512.
12. Ehlers S, Gillberg C. The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study // *J. Child Psychol. Psychiatry*.—1993.—V. 34.—P. 1327–1350.
13. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders // *Pediatr. Res.*—2009.—V. 65.—P. 591–598.
14. Frith U. Emanuel Miller lecture: confusions and controversies about Asperger syndrome // *Child Psychol. Psychiatry*.—2004.—V. 45.—P. 672–686.
15. Ghaziuddin M., Shakal J., Tsai L. Obstetric factors in Asperger syndrome: comparison with high-functioning autism // *J. Intellect Disabil. Res.*—1995.—V. 39.—P. 538–543.
16. Gillberg C. Asperger syndrome and high-functioning autism // *Br. J. Psychiatry*.—1998.—V. 172.—P. 200–209.
17. Gillberg I.C., Gillberg C. Asperger syndrome- some epidemiological considerations: A research note // *J. Child Psychol. Psychiatr.*—1989.—V. 30.—P. 631–638.
18. Green J., Gilchrist A., Burton D. et al. Social and psychiatric functioning in adolescents with Asperger syndrome compared with conduct disorder // *J. Autism Dev. Disord.*—2000.—V. 30.—P. 279–93.
19. Hofvander B., Delorme R., Chaste P. et al., Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders // *BMC Psychiatry*.—2009.—Jun.
20. Howlin P. Outcome in high-functioning adults with autism with and without early language delays: implications for the differentiation between autism and Asperger syndrome // *J. Autism Dev. Disord.*—2003.—V. 33. № 1.—P. 3–13.
21. Kamps D. et.al. Teaching social skills to students with autism to increase peer interactions in an integrated first-grade classroom.—*J. Applied Beh. Analysis*—1992.—V. 25.—P. 281–288.
22. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact // *Nervous Child*.—1943.—№ 2.—P. 217–250. (Вопр. психич. здоровья детей и подростков).—2010.—Т. 10.—№ 1.—С. 85–98; № 2.—С. 70–90)
23. Klin A., Volkmar F.R., Sparrow S.S. et.al. Validity and neuropsychological characterization of Asperger syndrome: convergence with nonverbal learning disabilities syndrome // *J. Child Psychol. Psychiatry*.—1995.—Vol. 36.—№ 7.—P. 1127–1140.
24. Klin A. Autism and Asperger syndrome: an overview // *Rev. Bras. Psiquiatr.*—2006.—V. 28.—P. 3–11.
25. Koyama T., Tachimori H., Osada H., et.al. Cognitive and symptom profiles in Asperger’s syndrome and high-functioning autism // *Psychiatry Clin. Neurosci.*—2007.—V. 61. № 1.—P. 99–104.
26. Lord C., Mulloy C., Wendelboe M. et al. Pre- and perinatal factors in high-functioning females and males with autism // *J. Autism Dev. Disord.*—1991.—V. 21. № 2.—P. 197–209.
27. Lotter V. Epidemiology of autistic conditions in young children: I. Prevalence // *Social Psychiatry*. 1966. № 1. P. 124–137.
28. Lugnégård T., Hallerbäck M.U., Gillberg C. Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome // *Res. Dev. Disabil.*—2011.—V. 32.—№ 5.—P. 1910–1917.
29. Macintosh K.E, Dissanayake C.J. Annotation: The similarities and differences between autistic disorder and Asperger’s disorder: a review of the empirical evidence // *Child Psychol Psychiatry*.—2004.—V. 45.—№ 3.—P. 421–434.
30. Mattila M.L., Kielinen M., Linna S.L., et al. Autism spectrum disorders according to DSM-IV-TR and comparison with DSM-5 draft criteria: an epidemiological study // *J. Am. Acad Child Adolesc. Psychiatry*.—2011.—V.50.—№ 6.—P. 583–592.
31. Mazzone L., Ruta L., Reale L. Psychiatric comorbidities in asperger syndrome and high functioning autism: diagnostic challenges // *Ann. Gen. Psychiatry*.—2012. Jun 25.—P. 11–16.
32. McAlonan G.M., Suckling J., Wong N. et al. Distinct patterns of grey matter abnormality in high-functioning autism and Asperger’s syndrome // *J. Child Psychol. Psychiatry*.—2008.—V. 49.—P. 1287–1295.
33. McAlonan G.M., Cheung C., Cheung V. et al. Differential effects on white-matter systems in high-functioning autism and Asperger’s syndrome // *Psychol. Med.*—2009.—V. 39.—P. 1885–1893.
34. McPartland J.C., Reichow B., Volkmar F.R. Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*.—2012.—V. 51.—P. 368–383.
35. Mikami K., Matsumoto H. Differentiation between childhood autism and Asperger’s syndrome // *Nihon Rinsho*.—2007.—V. 65.—P. 487–491.
36. Munesue T., Ono Y., Mutoh K. et.al. High prevalence of bipolar disorder comorbidity in adolescents and young adults with high-functioning autism spectrum disorder: a preliminary study of 44 outpatients // *J. Affect Disord.*—2008.—V. 111.—P. 3170–3175.
37. Nelson K.B. Prenatal and perinatal factors in the etiology of autism // *Pediatrics*.—1991.—V. 87.—P. 761–766.

38. Noterdaeme M., Wriedt E., Höhne C. Asperger's syndrome and high-functioning autism: language, motor and cognitive profiles // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*.—2010.—V. 19.—P. 475–481.
39. Ozonoff S., Dawson G., McPartland J. A Parent's Guide to Asperger Syndrome and High-Functioning Autism: How to Meet the Challenges and Help Your Child Thrive. N.Y.: The Guilford Press.—2002.—278 p.
40. Palmen A., Didden R., Arts M. Improving question asking in high-functioning adolescents with autism spectrum disorders: effectiveness of small-group training // *Autism*.—2008.—V. 12.—P. 83–98.
41. Pine D.S., Guyer A.E., Goldwin M. et al. Autism spectrum disorder scale scores in pediatric mood and anxiety disorders // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*.—2008.—V. 47.—P. 652–661.
42. Plaisted K., O'Riordan M., Baron-Cohen S. Enhanced visual search for a conjunctive target in autism: a research note // *J. Child Psychol. Psychiatry*.—1998.—V. 39.—P. 777–783.
43. Prior M., Eisenmajer R., Leekam S. et al. Are there subgroups within the autistic spectrum? A cluster analysis of a group of children with autistic spectrum disorders // *J. Child Psychol. Psychiatry*.—1998.—V. 39.—P. 893–902.
44. Rao P.A., Beidel D.C., Murray M.J. Social skills interventions for children with Asperger's syndrome or high-functioning autism: a review and recommendations // *J Autism Dev. Disord.*—2008.—V. 38.—P. 353–361.
45. Scheeren AM, Koot HM, Begeer S. Social Interaction Style of Children and Adolescents with High-Functioning Autism Spectrum Disorder // *J Autism Dev. Disord.*—2012.—Feb 1.
46. Schreiber, C. Social skills interventions for children with high-functioning Autism spectrum disorders // *J. Positive Beh. Interventions*.—2011.—№ 13.—P. 49–62.
47. Skuse D.H. DSM-5's conceptualization of autistic disorders // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*.—2012.—V. 51.—P. 344–346.
48. Swettenham J., Baron-Cohen S., Charman T. et al. The frequency and distribution of spontaneous attention shifts between social and nonsocial stimuli in autistic, typically developing, and nonautistic developmentally delayed infants // *J. Child Psychol. Psychiatry*.—1998.—V. 39.—P. 747–753.
49. Szatmari P., Bartolucci G., Bremner R. Asperger's syndrome and autism: comparison of early history and outcome // *Dev. Med. Child Neurol.*—1989.—V. 31.—P. 709–720.
50. Szatmari P., Tuff L., Finlayson M.A. et al. Asperger's syndrome and autism: neurocognitive aspects // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*.—1990.—V. 29.—P. 130–136.
51. Szatmari P., Jones M.B., Holden J. et al. High phenotypic correlations among siblings with autism and pervasive developmental disorders // *Am. J. Med. Genet.*—1996.—V. 67.—P. 354–360.
52. Weiss M.J., Harris S.L. Teaching social skills to people with autism // *Behav. Modif.*—2001.—V. 25.—P. 785–802.
53. Wermter A.K., Kamp-Becker I., Hesse P. et al. Evidence for the involvement of genetic variation in the oxytocin receptor gene (OXTR) in the etiology of autistic disorders on high-functioning level // *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet.*—2010.—V. 153 B.—P. 629–639.
54. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account // *Psychol Med.*—1981.—V. 11.—P. 115–129.
55. Yu K.K., Cheung C., Chua S.E., et al. Can Asperger syndrome be distinguished from autism? An anatomic likelihood meta-analysis of MRI studies // *J. Psychiatry Neurosci.*—2011.—V. 36.—P. 412–421.

Сведения об авторе

Пашковский Владимир Эдуардович — д. м. н., профессор кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова». E-mail: pashvladimir@yandex.ru

Сексуальные дисфункции у женщин с психогенными депрессиями

Б.Е. Алексеев, И.М. Белоус

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
Минздравсоцразвития России, Санкт-Петербург

Резюме. В статье рассмотрены варианты женских сексуальных дисфункций при депрессиях, представлены данные о структуре сексуальных дисфункций при психогенных депрессивных расстройствах.

Ключевые слова: женские сексуальные дисфункции, депрессия.

Sexual dysfunction in women with psychogenic depression

B.Ye. Alekseev, I.M. Belous

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg

Summary. The article describes the options of female sexual dysfunction at depression, presents data on the structure of sexual dysfunction with psychogenic depressive disorders.

Keywords: female sexual dysfunctions, depression.

В различных исследованиях показана высокая коморбидность невротических расстройств и сексуальных дисфункций [9, 18]. Среди женщин с невротическими расстройствами половые дисфункции описаны в 65,7% случаев, в то время как только 22,4% обследуемых контрольной группы имели сексуальные нарушения [3]. Большинство женщин с депрессивными расстройствами, имея высокую значимость сексуальных отношений, не удовлетворены ими [2].

Нарушение сексуальной функции и неудовлетворенность своей сексуальной жизнью у женщин могут иметь место при дисгармоничных отношениях или сексуальных дисфункциях у партнера, поэтому сами по себе нарушения сексуальной функции не должны относиться к заболеваниям, непременно требующим медикаментозной терапии. Низкий уровень сексуального функционирования может быть обусловлен значимым внутрличностным или межличностным конфликтом, сопровождаемым дистрессом [11]. Качество эмоциональных отношений, изменение статуса и длительность отношений с партнером также достоверно влияют на сексуальную функцию [1, 14]. Показана связь сексуальных дисфункций с низким качеством жизни и здоровья (благополучия), низким уровнем самооценки и с плохими представлениями о себе [12]. Таким образом, важно отметить, что сексуальные дисфункции не носят изолированный характер [7], а диапазон сексуальных проблем простирается от неудовлетворенности, на фоне которой человек способен реализовать копулятивный цикл, до дисфункций, в том числе тяжелой, биологически обусловленной патологии.

При депрессии сексуальные дисфункции могут предшествовать основному заболеванию, являясь самостоятельным расстройством, наблюдаться в структуре депрессивного расстройства, а также возникать как побочный эффект лечения психотропными препаратами [9, 15].

Нарушения, связанные непосредственно с депрессией, у женщин выявляются на всех этапах копулятивного цикла. Могут наблюдаться: снижение/отсутствие либидо, нарушение реакций полового возбуждения и оргазма (от снижения яркости оргазма до аноргазмии), различные сенесто-ипохондрические ощущения — гинеталгии (боли, не связанные с половым актом) и диспарейнии (боли, возникающие в половом акте) [4, 9].

Самым частым нарушением сексуальной функции при депрессивных расстройствах считается снижение либидо. В исследовании 133 пациентов с биполярной и униполярной депрессией было выявлено, что жалоба на снижение либидо — вторая по частоте после нарушения сна [8].

Нарушения сексуальной функции при депрессии связаны с изменениями психической и нейроэндокринной составляющих копулятивного цикла. Прямой взаимосвязи между выраженностью сексуальных дисфункций и тяжестью депрессий не выявлено, тем не менее при тяжелых депрессиях угнетение функции щитовидной железы и дисбаланс в системе половых гормонов могут приводить к аменорее у женщин и угнетению сперматогенеза у мужчин. В то же время при более легких депрессиях сексуальные дисфункции могут доминировать в клинической картине или становиться манифестным проявлением депрессивного состояния и ошибочно расцениваться как мнимые или самостоятельные сексуальные нарушения. В таких случаях аффективное расстройство может быть не распознано и выбрана неверная тактика лечения [4, 5].

С целью изучения состояния сексуальной функции женщин с психогенными депрессивными расстройствами невротического уровня нами обследованы 64 пациентки Городской психиатрической больницы № 7. Возраст обследуемых находился в диапазоне от 18 до 47 лет; средний воз-

раст — $32 \pm 2,09$ года. Состояли в браке или проживали с партнером только 30 женщин (46,88%). Были удовлетворены своим семейным положением 28 опрошенных (43,75%). На момент госпитализации больных в клинику тяжесть депрессии по шкале MADRS составляла $21,75 \pm 4,34$ балла. При поступлении только 20 человек (31,25%) предъявили лечащему врачу жалобы на неудовлетворенность сексуальными отношениями или сексуальную дисфункцию.

В процессе обследования в соответствии с критериями МКБ-10 были диагностированы следующие нарушения сексуальной функции: снижение или отсутствие полового влечения — 58 женщин (90,63%), нарушение генитальной реакции — 6 женщин (9,37%), оргазмическая дисфункция (брадиоргазмия и коитальная аноргазмия) — 33 (51,56%). У 8 женщин (12,5%) сексуальная дисфункция наблюдалась с начала половой жизни, у остальных длительность полового расстройства составила в среднем $5,56 \pm 1,22$ месяца.

С помощью шкалы «Индекс женской сексуальной функции» [16] оценивались показатели сексуальной функции за месяц, предшествующий госпитализации в клинику. При возможных значениях по шкалам от 0 до 6 баллов, у обследуемых женщин выявилось: снижение уровня полового влечения — $2,96 \pm 0,35$; снижение уровня субъективного оцениваемого возбуждения — $2,52 \pm 0,57$; недостаточность lubricации — $2,87 \pm 0,6$; снижение оргастичности или отсутствие оргазма — $2,28 \pm 0,56$; снижение удовлетворения от половых контактов — $2,82 \pm 0,44$; наличие болезненных ощущений — $3,24 \pm 0,71$. Общий балл по шкале составил $16,69 \pm 2,74$ (при максимально возможных 36 баллах).

Полученные результаты показывают, что для данной группы пациенток характерны снижение сексуального функционирования и нарушения на всех этапах копулятивного цикла, что требует сексологической помощи в процессе комплексного лечения.

Кроме того, следует учитывать негативное влияние антидепрессантов, в частности СИОЗС, на сексуальную функцию пациентов [6, 9]. По некоторым наблюдениям [6], сексуальные дисфункции на фоне приема антидепрессантов проявляются у 45% пациентов. У женщин сексуальные дисфункции, связанные с приемом антидепрессантов, чаще проявляются нарушениями оргазма, реже снижением либидо и нарушением lubricации [15].

Таким образом, пациенты могут иметь сложный сексологический диагноз, включающий несколько синдромов и имеющий в основе различные этиологические факторы, в соответствии с которыми должна строиться тактика лечения.

В ряде случаев изменение нереалистичных представлений и оценок в отношении своей половой функции, прояснение взаимных ожиданий в отношениях с партнером, удлинение периода ласк перед половым актом и использование lubricантов помогает добиться значительных улучшений в сексуальном функционировании и повысить удовлетворенность пациенток от половой близости. При сексуальных дисфункциях, возникших в структуре депрессии, важно обозначить больным возможность восстановления сексуального функционирования в ходе антидепрессивной терапии, настроить на ожидание улучшения и адаптацию в случае возникновения незначительных ятрогенных дисфункций. При возникновении выраженных побочных эффектов на сексуальную функцию положительный результат могут дать уменьшение дозы препарата до минимальной терапевтической, краткое прекращение терапии («каникулы»), смена антидепрессанта, а также использование антагонистов α -2 адренергических рецепторов и серотонинергических 5-HT₂ рецепторов, агонистов допаминовых рецепторов [13,15].

Сексологическая помощь в процессе лечения депрессивных состояний может повысить качество жизни пациенток, улучшить терапевтический альянс и, возможно, повысить приверженность лечению [10, 17].

Литература

1. Алексеев Б.Е. Полоролевое поведение и его акцентуации. — СПб.: Речь. — 2006. — 144 с.
2. Алексеев Б.Е. Сексологические вопросы реабилитации в психиатрии // VII Клинические павловские чтения: Сексология: Сборник работ. Вып. 7 // Под редакцией А.В. Курпатова. — СПб, Издательство «Триада». — 2004.
3. Березовская Н.А. Особенности сексуального функционирования женщин репродуктивного возраста, страдающих невротическими расстройствами // XIII Клинические павловские чтения: Сборник работ. Вып. № 13: «Сексуальность, личность, качество жизни». — СПб. — 2009. — С. 24–29.
4. Екимов М.В., Федорова А.И. Варианты сексуальных дисфункций при аффективных нарушениях // III Клинические павловские чтения: «Депрессия». — СПб.: Человек. — 2001. — № 2. — С. 34–36.
5. Частная сексопатология: (руководство для врачей) // Под ред. Г.С. Васильченко. — М. — 1983. — Т. 2. — С.180–204.
6. Balon R., Yemgani V.K., Ramesh P.R. Sexual dysfunction during antidepressant // J. Clin. Psychiatry. — 1993. — V. 54. — P. 209–212.
7. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Goldstein I, Graziottin A, Heiman J, Laan E, Leiblum S, Padma-Nathan H, Rosen R, Segraves K, Segraves RT, Shabsigh R, Sipski M, Wagner G, Whipple B. Report of the International Consensus Development Conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications // J Urol — 2000. — Vol. 163. — P. 888–893.

8. Casper R.C. Somatic symptoms in primary affective disorder: Presence and relationship to the classification of depression (Casper R.C., Redmond D.E., Jr., Katz M.M., Schaffer C.B., Davis J.M., Koslow S.H.) // *Archives of General Psychiatry*. — 1985. — № 42. — P. 1098–1104.
9. Clayton A.H., Balon R. The impact of mental illness and psychotropic medications on sexual functioning: the evidence and management // *J Sex Med*. — 2009. — V. 6. № 5. — P. 1200–1211.
10. Cutler A. J. Sexual dysfunction and antipsychotic treatment // *Psychoneuroendocrinology*. — 2003. — V. 28. — P. 69–80.
11. Dennerstein L, Lehert P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition // *Fertil Steril*. — 2005. — Vol. 84. — P. 174–180.
12. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, Dudley E, Burger H. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition // *Fertil Steril*. — 2002. — V. 77 (suppl 4). — P. 42–48.
13. Fava M., Rankin M. Sexual functioning and SSRIs // *J Clin Psychiatry*. — 2002. — V. 63. — P. 23–25.
14. Klausmann D. Sexual motivation and the duration of the relationship // *Arch Sex Behav*. — 2002. — V. 31. — P. 275–287.
15. Rosen R.C., Lane R.M., Menza M. Effects of SSRIs on Sexual Function: A Critical Review // *J Clin Psychopharmacology*. — 1999. — V. 19. — P. 67–85.
16. Rosen R., Brown C., Heiman J. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. (Rosen R., Brown C., Heiman J., Leiblum S., Meston C., Shabsigh R., Ferguson D., D'agostino R., Jr.) // *Journal of Sex & Marital Therapy*. — 2000. — V. 26. — P. 191–208.
17. Rosenberg K.P., Bleiberg K.L., Koscis J., Gross C. A survey of sexual side effects among severely mentally ill patients taking psychotropic medications: impact on compliance // *Journal of Sex & Marital Therapy*. — 2003. — V. 29. — № 4. — P. 289–296.
18. Zemishlany Z., Abraham W. The impact of mental illness on sexual dysfunction // *Adv. Psychosom. Med.*, Karger. — 2008. — V. 29. — P. 89–106.

Сведения об авторах

Алексеев Борис Егорович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. E-mail: alekseyev-b@yandex.ru

Белоус Ирина Михайловна — аспирант кафедры сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. E-mail: irinabelousspb@mail.ru

Адаптация «Интервью о практике воспитания» для родителей и перспективы его использования при диагностике и коррекции проблем поведения у детей

А.В. Варшал, Е.Р. Слободская

ФГБУ «Научно-исследовательский институт физиологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Новосибирск

Резюме. Проведена адаптация и валидизация «Интервью о практике воспитания» (PPI, Webster-Stratton, 1998), применяемого для изучения этиологии и патогенеза расстройств поведения у детей и оценки эффективности коррекционных программ. Выборка составила 253 семьи с детьми от 3 до 9 лет (51 % мальчиков). Проблемы поведения оценивали с помощью опросника «Сильные стороны и трудности» (SDQ) и «Опросника детского поведения Ш. Эйберг» (ECBI), уровень тревоги и депрессии родителей — с помощью скринингового «Опросника здоровья» (SRQ).

Шесть шкал «Интервью о практике воспитания» образовали два фактора: дисциплинирование и работа с позитивной оценкой. Шкалы дисциплинирования были тесно связаны с уровнем родительской тревоги и депрессии и с уровнем поведенческих проблем у детей, позволяя дифференцировать детей с проблемным и нормальным поведением. Наибольшей информативностью обладала шкала непоследовательной дисциплины. Установленные в исследовании информативность, надежность и валидность «Интервью о практике воспитания» (PPI) позволяют рекомендовать его для специалистов, занимающихся проблемами поведения у детей.

Ключевые слова: воспитание, расстройства поведения, проблемы поведения, дети, родители, диагностика.

Association between «parenting practice interview» and conduct problems in children

A.V. Varshal, H.R. Slobodskaya

FSBI «Institute of Physiology», Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences, Novosibirsk.

Summary. The Russian version of Parenting Practice Interview (PPI, Webster-Stratton, 1998) was adapted and validated. PPI taps both the positive and negative dimensions of parenting that might be relevant to the etiology and course of disruptive behavioral disorders and the effectiveness of interventions. Sample consisted of 253 caregivers of 3 to 9 year old children (51% boys). Conduct problems were assessed using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) and Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI). Self-report questionnaire (SRQ) provided measures of parental anxiety and depression. Six PPI scales loaded onto two factors, discipline and nurturance. Discipline scales, especially inconsistent discipline, were strongly associated with conduct problems and have been found to discriminate children with problem behavior from control group. PPI scales correlated with parental anxiety and depression. PPI has been shown to be a reliable and valid measure and is strongly recommended for specialists dealing with disruptive behavior disorders in Russia.

Keywords: parenting; conduct disorder; children; parents; diagnostics

Введение

Расстройства поведения (РП) являются наиболее частой детской психопатологией [2]. Распространенность РП в мире составляет 5–10 %, в России, по предварительным данным, — 9 % [12]. Заболеваемость «поведенческими синдромами» в России составляет 366,6 на 100 тыс. детского населения (0–14 лет); в возрасте 15–17 лет — 146,4 на 100 тыс. [6]. Распространенность проблем поведения, не достигающих уровня расстройства, еще шире. В МКБ-10 [5] для РП отведена специальная рубрика (F91), и вместе с гиперактивностью (F90) они составляют группу экстернализованных проблем, для которых характерны высокая комор-

бидность, общие симптомы и сходная терапевтическая работа с родителями.

Характеристика расстройств поведения. Мальчиков, страдающих РП, в 3 раза больше, чем девочек. У детей младшего возраста РП характеризуется вспышками гнева, драчливостью, стремлением к разрушению и порче имущества, неповиновением, лживостью, воровством и враждебностью. В подростковом возрасте это запугивание и шантажирование, драки, ношение и применение холодного оружия, жестокость по отношению к людям и животным, воровство, злоупотребление психоактивными веществами, прогулы, побеги из дома, поджоги [16]. При РП с ран-

ним началом пожизненно высок риск правонарушений, пристрастия к наркотикам, безработицы, насильственных травм и преждевременной смерти. Установлено, что финансовые затраты общества на индивидов с РП к 28 годам в десять раз превышают затраты на индивидов из контрольной группы [2]. У 40 % детей 7–8 лет с РП к подростковому периоду имеется рецидивирующее делинквентное поведение, а у 90 % подростков с рецидивирующим делинквентным поведением отмечалось РП в детстве [16]. Показано, что неэффективные методы воспитания в семье и агрессивное поведение ребенка в возрасте 7 лет позволяют прогнозировать значительно более половины случаев рецидивирующего делинквентного поведения в подростковом возрасте [10]. У многих детей имеются выраженные проблемы поведения, не достигающие уровня расстройства. Эти проблемы создают значительные трудности для окружающих и самих детей, в том числе сложности в детском саду, школе; при этом имеется высокий риск развития РП в будущем.

Факторы риска. В развитии проблем с поведением весомый вклад вносят генетические и средовые факторы. По данным мета-анализов, генами объясняется 40–50 % популяционного разнообразия в антисоциальном поведении, 20 % объясняется разделенной средой, а 30 % — неразделенной. В лонгитюдных исследованиях установлено, что воспитание вносит свой вклад в развитие РП. Непостоянная, непоследовательная дисциплина, жесткие наказания, а также недостаток надзора и похвалы со стороны родителей являются предикторами экстернальных проблем у детей [9]. Кроме того, современные профилактические и коррекционные программы, улучшающие воспитательные навыки родителей, показали свою эффективность в рандомизированных контролируемых исследованиях [2]. Поэтому оценка указанных аспектов воспитания является клинически обоснованной.

Методы оценки родительского воспитания. При оценке воспитания ребенка отчеты родителей являются наиболее адекватным методом. Наблюдения — более объективный подход, однако он требует больших временных затрат и специально обученного персонала. Отчеты детей применяют, начиная с 10 лет [13], однако в этом возрасте программы вмешательства оказываются уже неэффективными [16]. Большинство имеющихся инструментов сконцентрированы на неправильных методах воспитания и лишь несколько опросников оценивают положительные и отрицательные аспекты воспитания, имеющие отношение к этиологии, патогенезу и прогнозу РП [13]. Отечественные методики оценки воспитания, такие как «Опросник родительского отношения» [1] и «Анализ семейных взаимоотношений» [8], направлены на диагностику отношения родителя к ребенку и не валидизированы в отношении РП и проблем поведения у детей.

Программы вмешательства. В настоящее время в России проводится внедрение коррекцион-

ных и профилактических программ, хорошо зарекомендовавших себя в мировой практике, поэтому требуются сопоставимые методы оценки поведенческих проблем и семейного воспитания. Например, в Карелии осуществляется одна программа «Невероятные годы» (The Incredible Years), разработанная в результате длительных научных исследований и практической работы более чем с 1000 семей. По мнению специалистов, это одно из наилучших вмешательств с точки зрения методической обеспеченности и эффективности [18]. При переносе подобных программ в иные социокультурные условия и при разработке новых программ коррекции требуется инструментарий для оценки эффективности вмешательства на разных этапах реализации. Для оценки эффективности программы «Невероятные годы» разработано «Интервью о практике воспитания» (PPI, [16]), оно охватывает негативные и позитивные аспекты воспитания и может использоваться для изучения роли воспитания в патогенезе РП и механизмов, обеспечивающих терапевтический эффект вмешательств. Поэтому целью нашего исследования являлась адаптация и валидизация «Интервью о практике воспитания» для применения в России.

Участники. Обследование охватило детей, посещающих детский сад, и учащихся первых-вторых классов четырех школ, различающихся по уровню благополучия. Размер выборки составил 253 человека (128 мальчиков), возраст детей от 3 до 9 лет ($6,9 \pm 1,6$ года; 46 дошкольников и 207 школьников). Педагоги и воспитатели предлагали родителям заполнить опросники дома, 60 % родителей согласились участвовать и вернули опросники. 86 % опросников заполнили матери, 9 % — отцы, 1 % — оба родителя, остальные опросники заполнили другие ближайшие родственники ребенка (бабушка, тетя и др.) или опекуны.

Методы

В настоящем исследовании измеряли уровень поведенческих проблем у ребенка и факторы риска РП: воспитание ребенка и уровень тревоги и депрессии родителей.

Воспитание. «Интервью о практике воспитания» (PPI, [17]) используется как интервью и как опросник для основного воспитателя ребенка. Его заполнение занимает примерно 15 минут. PPI содержит 14 групп вопросов, с помощью которых оценивают семь аспектов воспитательной практики родителей: *непоследовательную дисциплину* (например: «Грозите наказать ребенка, но не наказываете на самом деле, если ребенок плохо себя ведет»); *обсуждение проблем* (например: «Если ваш ребенок ударит другого ребенка, то насколько вероятно, что вы обсудите с ребенком проблему и зададите вопросы?»); *физические наказания* (например: «Если ваш ребенок ударит другого ребенка, то насколько вероятно, что вы отшлепаете ребенка?»); *адекватные наказания* (например: «Если ваш ребенок ударит другого ребенка, то насколько вероятно, что вы лишите его некоторых привиле-

гий?»); *поощрение* (например: «Как часто вы хвалите или благодарите ребенка, если ребенок ведет себя хорошо или что-то хорошо делает»), *ясные ожидания* (например: «Насколько вы согласны с утверждением: я устанавливаю ясные правила для ребенка относительно домашних обязанностей?») и *мониторинг* (например: «Сколько часов ребенок провел вне дома без надзора взрослых за последние 24 часа, если вообще провел?»). Респонденты отмечают, как часто они применяют тот или иной способ воспитания; ответы ранжируют по семибалльной шкале от «никогда» до «всегда». Коэффициенты согласованности шкал (альфа Кронбаха) оригинального инструмента были от 0,62 до 0,82. Оригинальный текст PPI был любезно предоставлен авторами интервью; нами был выполнен перевод опросника на русский язык. Далее проведен обратный перевод с последующим уточнением формулировок.

Поведенческие проблемы у детей оценивали с помощью двух стандартизованных инструментов. Скрининговый опросник «Сильные стороны и трудности» (SDQ) широко используется для выявления детей 3–16 лет с проблемами психического здоровья в разных странах, хорошо предсказывает клинический диагноз и недавно валидизирован в России [12]. В настоящей работе использовали две шкалы SDQ: «Проблемы с поведением» ($\alpha=0,56$) и «Гиперактивность/невнимательность», ($\alpha=0,78$). Каждая шкала состоит из 5 утверждений, в которых описывается характерное поведение ребенка, например: «Часто врет, обманывает», «Легко отвлекается, внимание рассеянное». Родители отмечают каждое утверждение как верное, отчасти верное или неверное.

«Опросник детского поведения III. Эйберг» (ЕСВІ, [20]) разработан на основе диагностических критериев экстерналиных проблем в DSM-IV и широко используется в исследованиях и практической работе. Стандартизация ЕСВІ на российской выборке показала высокие психометрические характеристики русской версии [4]. ЕСВІ представляет собой перечень из 36 вариантов проблемного поведения детей (например: «Ворует»). Родители оценивают каждое утверждение в зависимости от частоты прояв-

ления по семибалльной шкале от 1 — «никогда» до 7 — «всегда», суммарная оценка соответствует «выраженности нарушений» ($\alpha=0,89$). Помимо этого, родители отмечают, является ли это поведение проблемой для них в настоящее время (варианты ответов: 1 — «да» и 0 — «нет»); суммарная оценка соответствует «Проблемности поведения» ($\alpha=0,88$).

Тревогу и депрессию родителей оценивали с помощью скринингового «Опросника здоровья», разработанного ВОЗ (SRQ, [19]). SRQ состоит из 20 вопросов, охватывающих соматические, поведенческие, когнитивные и эмоциональные признаки тревоги и депрессии (например «Чувствуете нервозность, напряжение или беспокойство?», «Чувствуете ли Вы себя никчемным человеком?»). Возможные варианты ответов: 1 — «да» и 0 — «нет»; сумма баллов составляет итоговую оценку ($\alpha=0,87$).

Результаты

Адаптация «Интервью о практике воспитания» (PPI). Был проведен анализ внутренней согласованности шкал с помощью коэффициента α Кронбаха; для увеличения надежности из каждой шкалы исключали пункты, коэффициенты корреляции которых со шкалой были менее 0,2 и добавляли подходящие по смыслу пункты других шкал, если они высоко коррелировали с этой шкалой. В результате шкала ясных ожиданий была исключена из-за недостаточной надежности, а шкала физических наказаний осталась без изменений. Характеристики новых шкал приведены в табл. 1.

Среди различных видов воспитательной практики родители чаще всего отмечали обсуждение проблем и поощрения, реже всего — физические наказания, адекватные наказания и непоследовательную дисциплину. Корреляционный анализ показал, что некоторые родители чаще используют физические наказания, адекватные наказания и непоследовательную дисциплину, меньше следят за детьми и реже поощряют их, а другие — чаще применяют обсуждение проблем и поощрения и больше следят за детьми.

Структуру воспитательных воздействий изучали с помощью факторного анализа шкал PPI, вы-

Таблица 1. Описательная статистика и корреляции шкал «Интервью о практике воспитания»

Шкалы	КП	М	SD	α	Корреляции				
1. Физические наказания	6	1,5	0,7	0,88	1	2	3	4	5
2. Адекватные наказания	13	2,9	0,8	0,79	0,40***				
3. Непоследовательная дисциплина	12	2,8	0,9	0,79	0,46***	0,41**			
4. Обсуждение проблем	3	5,8	1,2	0,76	0,02	0,05	-0,08		
5. Поощрение	12	4,6	0,8	0,73	-0,13*	-0,10	-0,22***	0,23***	
6. Мониторинг	8	5,8	0,7	0,52	-0,16*	-0,11	-0,31***	0,18**	0,25***

КП — количество пунктов, N=234–251, *** $p \leq 0,001$, ** $p \leq 0,01$, * $p \leq 0,05$.

делившего два фактора (табл. 2). Первый фактор, дисциплинирование, включает «Физические наказания», «Адекватные наказания» и «Непоследовательную дисциплину» и отражает общее воспитательное усилие родителей, а второй фактор — позитивное воспитание — «Поощрение», «Мониторинг» и «Обсуждение проблем». Таким образом, такая двухфакторная модель хорошо соответствует структуре методов родительского воспитания в других исследованиях [13] и позволила составить шкалы второго порядка, «Дисциплинирование» ($\alpha=0,87$, $M=2,6$, $SD=0,7$) и «Позитивное воспитание» ($\alpha=0,76$, $M=5,2$, $SD=0,6$).

Таблица 2. Вторичная структура «Интервью о практике воспитания»

Шкала	Фактор 1	Фактор 2
Физические наказания	0,79	
Адекватные наказания	0,77	
Непоследовательная дисциплина	0,76	
Поощрение		0,73
Мониторинг		0,70
Обсуждение проблем		0,62

Метод главных компонент с вращением Varimax. Коэффициенты $<0,30$ не показаны

Воспитание проблемных детей. Для изучения дискриминативной валидности «Интервью о практике воспитания» (PPI) сравнили оценки в двух группах детей: с проблемным поведением и в контрольной группе. В первую группу вошли 74 ребенка (47 мальчиков) от 3 до 9 лет ($7,0 \pm 1,5$; 13 дошкольников и 61 школьник) с оценками по шкале «Проблемности поведения» ECVI более 10 баллов — эти значения свидетельствуют о повышенном уровне проблем и являются показанием к участию в терапевтических программах [15].

Остальные дети составили контрольную группу. Данные сравнения представлены в табл. 3. С учетом поправки Бонферони ($\alpha = 0,05/\text{количество сравнений} = 0,006$) значимые различия обнаружены по четырем шкалам из шести, и все они касались методов дисциплинирования. Родители детей с проблемным поведением прилагали больше воспитательных усилий, применяя непоследовательные методы воспитания, физические и адекватные наказания. В то же время аспекты позитивного воспитания в двух группах различались значительно меньше. **Воспитание, экстернальные проблемы детей и тревога-депрессия родителей.** Нами были выявлены высокие достоверные коэффициенты корреляции шкал PPI с показателями экстернальных проблем: «Гиперактивностью» и «Поведенческими проблемами» по SDQ и «Проблемностью поведения» и «Выраженностью нарушений» по ECVI (табл. 4). Шкалы PPI были сильнее всего связаны с «Выраженностью нарушений» по ECVI. Дисциплинирование, а в особенности «Непоследовательная дисциплина», были сильнее всего связаны с показателями проблемного поведения и с тревогой и депрессией родителей. То есть чем чаще родители кричали на ребенка, угрожали наказанием и не исполняли его, гневались, сдавались перед его/ее непослушанием, чем чаще наказание зависело от настроения родителя, тем больше была вероятность проблем с поведением у ребенка и тревоги и депрессии родителей. В это же время шкалы «Позитивного воспитания» слабо коррелировали со всеми показателями; и все достоверные связи были отрицательными.

В ходе исследования были дополнительно проведены подробные неструктурированные интервью с родителями 38 детей, которые отметили в опроснике ECVI десять и более проблем поведения у своего ребенка и согласились на встречу. В процессе интервью выясняли, как именно родители реагируют на непослушание и проступки детей и как дети отвечают на родительские методы воспитания. Многие родители описывали ситуации, в ко-

Таблица 3. Сравнение методов воспитания детей с проблемным и нормальным поведением

Шкалы	ПП (N=74)		Контроль	
	M(SD)	(N=179)	t-критерий	p
Дисциплинирование	3,0 (0,6)	2,4 (0,6)	-6,8	0,000
Физические наказания	1,7 (0,8)	1,4 (0,6)	-3,2	0,002
Адекватные наказания	3,3 (0,8)	2,7 (0,8)	-5,1	0,000
Непоследовательная дисциплина	3,6 (0,8)	2,6 (0,8)	-7,2	0,000
Позитивное воспитание	5,3 (0,7)	5,4 (0,6)	1,9	0,06
Поощрение	4,5 (0,8)	4,6 (0,8)	1,2	0,22
Мониторинг	5,6 (0,8)	5,9 (0,7)	2,1	0,03
Обсуждение проблем	5,7 (1,1)	5,8 (1,2)	0,7	0,44

ПП — группа детей с проблемным поведением, значимые различия выделены.

Таблица 4. Корреляции методов воспитания с показателями экстерналичных проблем

Шкалы	ГА	ПП	Пр	ВН	ТД
Дисциплинирование	0,5***	0,43***	0,45***	0,53***	0,31***
Физические наказания	0,30***	0,26***	0,25***	0,29***	0,21**
Адекватные наказания	0,35***	0,26***	0,36***	0,40***	0,18**
Непоследовательная дисциплина	0,50***	0,48***	0,46***	0,58***	0,35***
Позитивное воспитание	-0,15*	-0,13*	-0,12	-0,2**	-0,12
Поощрения	0,01	-0,03	-0,01	0,10	0,02
Мониторинг	-0,14	-0,08	-0,08	-0,17**	-0,11
Обсуждение проблем	-0,13*	-0,18**	-0,11	-0,21**	-0,15*

ГА — гиперактивность (SDQ), ПП — проблемы поведения (SDQ), Пр — проблемность поведения (ECBI), ВН — выраженность нарушений (ECBI), ТД — уровень тревоги и депрессии родителей (SRQ).

торых не помогают ни уговоры, ни крик, ни объяснения, и им приходится либо идти на уступки, либо «не замечать» плохое поведение детей, либо устраивать настоящие скандалы со слезами и обидами. При этом дети изменяли свое поведение ненадолго или незначительно. Таким образом, родители, отмечавшие проблемы поведения детей, действительно имели воспитательные трудности.

Обсуждение

Проведенное исследование, охватившее семьи из разных социально-экономических слоев городского населения с детьми от 3 до 9 лет, ставило целью адаптацию и валидизацию «Интервью о практике воспитания» для применения в России. Изначально интервью было сконструировано для оценки семи различных аспектов воспитательной практики, на изменение которых направлены действенные коррекционные программы. В процессе адаптации интервью количество шкал было сокращено до шести: шкала ясных указаний была исключена в силу недостаточной согласованности. Внутренняя согласованность, средние значения и разброс по шкалам адаптированной и оригинальной англоязычной версии [17] оказались очень близки.

Структура интервью. С помощью факторного анализа выявлена вторичная структура интервью и сконструированы две шкалы высшего уровня. «Дисциплинирование» включало «Физические наказания», «Адекватные наказания» и «Непоследовательную дисциплину», а «Позитивное воспитание» — «Поощрение», «Мониторинг» и «Обсуждение проблем». Сходным образом понятие дисциплинирования представлено в работе А. Фурманова [7]. Следует отметить, что «позитивно-негативная» группировка шкал (Positive and negative parenting) характерна для большинства методов оценки воспитания [13]. В данном случае интересным представляется то, что шкала «Адекватных наказаний» была теснее связана с негативными методами воспитания, что идет вразрез

с данными Webster-Stratton. Возможно, это объясняется тонкостями перевода и различным пониманием родителей адекватных методов наказания или особенностями обследованной выборки.

Информативность. Воспитание детей с проблемным и нормальным поведением в изучаемой выборке достоверно различалось по всем шкалам «Дисциплинирования»; имеются данные о том, что по отношению к проблемным детям родители чаще применяют физические наказания, жесткую и непоследовательную дисциплину. Так, в пяти из шести исследований, посвященных вопросу о том, что первично — поведение ребенка или методы воспитания, убедительно показано, что воспитательная тактика родителей — их ответ на поведение ребенка [14]. Таким образом, фактор дисциплинирования — показатель не качества воспитательного процесса, а его интенсивности, которая оказывается выше в семьях с проблемным поведением ребенка. Поэтому применяемое до сих пор деление методов воспитания на «позитивные» и «негативные» не совсем адекватно отражает суть воспитательного процесса.

Шкалы PPI были связаны с показателями экстерналичных проблем детей по данным опросников SDQ и ECBI, и это свидетельствует о конструктивной валидности адаптированного нами инструмента. Коэффициенты корреляции шкал «Дисциплинирования» были выше, чем шкал «Позитивного воспитания»; сильнее всего коррелировала с показателями проблемного поведения ребенка «Непоследовательная дисциплина» (например, она была в два раза сильнее связана с «Выраженностью нарушений», чем «Физические наказания»). Значение непоследовательности воспитания показано и во многих других работах, например, в лонгитюдном исследовании новозеландских детей непоследовательная дисциплина в сочетании с нестрогостью родителей была прогностическим фактором развития экстерналичных проблем [11]. Сходные результаты получены в российских исследованиях [3].

Наиболее сильная корреляция наблюдалась также между «Непоследовательной дисциплиной» и уровнем тревоги и депрессии у родителей. Имеются данные о том, что оба эти фактора играют причинную роль в развитии РП [14, 15]. Учитывая, что родительская тревога и депрессия, вызывая РП у детей, действует в значительной степени через семейную среду [14], можно полагать, что воспитательные методы, к которым прибегает страдающая мать, и есть то звено патогенеза, через которое тревога и депрессия приводят к развитию РП у детей.

Выводы

1. Адаптированная для применения в России версия «Интервью о практике воспитания» (РРІ) имеет шесть шкал, образующих два фактора: дисциплинарные мероприятия и проявления заботы с позитивной оценкой.

2. Шкалы дисциплинирования тесно связаны с уровнем родительской тревоги и депрессии, с уровнем поведенческих проблем у детей и позволяют дифференцировать детей с проблемным и нормальным поведением, при этом наибольшей информативностью обладает «Непоследовательная дисциплина».

3. Полученные результаты подтверждают информативность, надежность и валидность «Интервью о практике воспитания» (РРІ) и позволяют рекомендовать его специалистам при выявлении детей с проблемами поведения и проведении коррекционных вмешательств.

Авторы благодарны Наталье Александровне Борисовой, Ольге Васильевне Аляпкиной, Татьяне Савельевне Кузнецовой, Тамаре Анатольевне Головиной и всем участникам исследования.

Литература

1. Варга А.Я., Столин В.В. Тест-опросник родительского отношения // Психологические тесты. М.: Владос, 2003. — Т. 2. — С. 144–152.
2. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия: практическое руководство. М.: Триада Х. — 2008. — 350 с.
3. Калинкина В.А. Роль тренинга родительской компетенции в коррекции поведенческих расстройств у подростков // Психическое здоровье детей и подростков (клинико-эпидемиологические и биологические аспекты). Межрегиональная научно-практическая конференция. Тезисы докладов. — 2010. — С. 86–88.
4. Колесников В.Н. Стандартизация опросника детского поведения Ш. Эйберг // Психологическая диагностика: научно-методический и практический журнал. — 2008. — № 1. — С. 5–20.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). МКБ—10: Классификация психических и поведенческих расстройств: Исследовательские диагностические критерии / ВОЗ. СПб.: Оверлайд, 1994. — 208 с.
6. Менделевич Б.Д. Региональные особенности заболеваемости психическими расстройствами детей в Российской Федерации // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. — 2010. — № 7. — С. 48–52.
7. Фурманов И.А. Дисциплинирование ребенка: тактика разрешения родительско-детского конфликта // Психологический журнал. — 2008. — № 4. — С. 74–81.
8. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 1994. — 208 с.
9. Dadds M.R. Families, children, and the development of dysfunction. California: Sage Publications, 1995. — 119 pp.
10. Farrington D.P. The development of offending and antisocial behaviour from childhood: key findings from the Cambridge study in delinquent development // Journal of Child Psychology and Psychiatry. — 1995. — № 36. — P. 929–964.
11. Feehan M., McGee R., Stanton W.R., Silva P.A. Strict and inconsistent discipline in childhood: consequences for adolescent mental health // British Journal of Clinical Psychology. — 1991. — V. 30. — P. 325–331.
12. Goodman R., Slobodskaya H.R., Knyazev G.G. Russian child mental health: a cross-sectional study of prevalence and risk factors // European Child and Adolescent Psychiatry. — 2005. — V. 14. — P. 28–33.
13. Locke L.M., Prinz R.J. Measurement of parental discipline and nurturance // Clinical Psychology Review. 2002. — № 22. — P. 895–929.
14. Moffitt T.E. The New Look of Behavioral Genetics in Developmental Psychopathology: Gene-Environment Interplay in Antisocial Behaviors // Psychological Bulletin. — 2005. — V. 131. № 4. — P. 533–554.
15. Robinson E.A., Eyberg S.M., Ross, A.W. The standardization of an inventory of child conduct problem behaviors // Journal of Clinical Child Psychology. — 1980. — № 9. — P. 22–28.
16. Scott S. Fortnightly review: Aggressive behaviour in childhood // Big Medicine Journal. — 1998. — № 316. — P. 202–206.
17. Webster-Stratton C. Training for parents of young children with conduct problems: Content, methods, and therapeutic processes // Handbook of Parent Training. — 1998. — P. 98–152.
18. Webster-Stratton C., Reid M.J. The incredible years parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems // A.E. Kazdin, J.R. Weisz (Eds.) Evidence-based psychotherapies

- for children and adolescents. — 2003. — P. 224–240.
19. World Health Organization A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). — Geneva. — 1994. — 81 p.
20. Eyberg Child Behavior Inventory: [Электронный ресурс]//Searchable Inventory of Instruments Assessing Violent Behavior and Related Constructs in Children and Adolescents. URL: <http://vinst.umdj.edu/VAID/TestReport.asp?Code=ECBI> (дата обращения: 14.10.2010).

Сведения об авторах

Слободская Елена Романовна — доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, главный научный сотрудник ФГБУ «Научно-исследовательский институт физиологии» СО РАМН. E-mail: hslob@physiol.ru

Варшал Александра Владимировна — аспирантка, научный сотрудник ФГБУ «Научно-исследовательский институт физиологии» СО РАМН. E-mail: a.v.varshal@physiol.ru

Перспективы использования стандартизованных шкал для оценки риска насильственных действий психических больных

С.И. Григорьев¹, Е.В. Снедков²

¹СПбГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца»

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Резюме. Оценивалась возможность использования шкал HCR-20, PCL-R, PCL-SV при рекомендации врачами комиссиями вида принудительного лечения, а также его продления и изменения. Была отмечена взаимосвязь рекомендации комиссий и важных факторов риска насильственных действий, оценка которых в настоящее время не обязательна. Использование шкал оценки риска насилия улучшит учет личностных и социальных факторов риска совершения насильственных действий.

Ключевые слова: общественная опасность, оценка риска насилия, HCR-20, PCL-R, PCL-SV.

Perspectives of using the standardized scales for assessing violence risk among mental patients

I.S. Grigoryev,¹ E.V. Snedkov²

¹ Saint-Petersburg State Mental Hospital of St. Nicholas the Wonderworker

² North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

Summary. The possibility of using of scales HCR-20, PCL-R, PCL-SV in forensic psychiatric assessment was evaluated. It was found correlation of opinion of commissions and risk factors of violence, which the accounting is not currently required. Using scales for risk assessment of violence will improve the recording of personal and social risk factors of violent acts.

Key words: social danger, violence risk assessment, HCR-20, PCL-R, PCL-SV.

Введение. Одна из основных задач принудительного лечения — предотвращение совершения душевнобольными новых общественно опасных деяний (ООД) [1].

Рекомендуя для применения вид принудительного лечения, экспертные комиссии используют клинический метод оценки и руководствуются при этом «Временной инструкцией о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния» [4] (далее — Инструкция). Инструкцией предусмотрено, что принудительная мера должна соответствовать общественной опасности больного, определяемой по его психическому состоянию и характеру содеянного. Выраженность общественной опасности должна оцениваться по признакам, перечисленным в Инструкции [4].

Ж. Монахан сделал вывод, что только в трети случаев психиатры и психологи способны предсказать риск повторного совершения насильственных действий [13]. Для повышения надежности прогноза риска насилия с середины 50-х годов XX века судебными психиатрами ряда западных стран стали предприниматься попытки создания стандартизованных методов оценки. Использование стандартизованных подходов способствует более точной регистрации рассматриваемых факторов риска и последующему логическому обоснованию принятых решений [9].

К настоящему времени наиболее широкое практическое применение получили шкалы HCR-20 («Оценка риска насилия»), а также контрольный перечень вопросов для оценки психопатии PCL-R и его скрининговая версия PCL-SV [7, 14].

Шкалы PCL-R и PCL-SV содержат пункты, отражающие симптомы и характеристики, свойственные психопатии. Оценка каждого признака производится по трехбалльной шкале: «0» — признак отсутствует, «1» — вероятно, признак присутствует, или присутствует лишь в ограниченной степени, «2» — признак определенно присутствует. Шкала PCL-SV требует менее детальной информации для оценки. Суммарная оценка 30 и более баллов по шкале PCL-R или 18 и более по шкале PCL-SV свидетельствует о наличии выраженных психопатических черт [8, 9, 10, 11].

HCR-20 (Webster C.D. et al., 1997) включает в себя оценку 10 анамнестических признаков, 5 клинических признаков, а также 5 факторов управления риском, характеризующих возможность испытуемого адаптироваться к будущим обстоятельствам. Принцип оценки пунктов аналогичен таковому в шкалах PCL-R и PCL-SV [3].

Число публикаций, посвященных применению этих шкал в отечественной практике, весьма ограничено [1, 2, 5, 12].

ООД, совершаемые психически больными, чаще обусловлены не продуктивной психопатологической симптоматикой, а иными факторами [6]. Но в российской психиатрии не внедрен важней-

ший принцип МКБ-10 — многоосевая диагностика [7], поэтому целый ряд потенциально значимых факторов, отражающих адаптацию и социализацию конкретного пациента, остается неучтенным.

Дальнейшее повышение надежности оценки общественной опасности при выработке экспертных рекомендаций касательно принудительных мер медицинского характера остается актуальной научно-практической проблемой.

Цель исследования. Оценить возможность использования стандартизованных шкал оценки риска насилия в отечественной психиатрической практике.

Задачи:

1. Сопоставить факторы, содержащиеся в шкалах оценки риска насилия, и признаки общественной опасности, представленные в Инструкции.

2. Выявить среди представленных в Инструкции признаков общественной опасности те, которые оказали наибольшее влияние на рекомендации врачей.

3. Выявить иные факторы риска насилия, которые коррелировали с рекомендациями комиссий, однако не были представлены в Инструкции.

Материал и методы исследования. Обследованы 85 пациентов мужского пола двух отделений специализированного типа Санкт-Петербургской психиатрической больницы Св. Николая Чудотворца в возрасте от 19 до 78 лет. Из них пациенты с органическим поражением головного мозга составили 30 человек, с заболеваниями шизофренического спектра — 54, с прочими психическими заболеваниями — 1 человек (смешанное расстройство личности F 61.0).

По характеру совершенного правонарушения было выделено 4 группы пациентов, получившие соответствующую кодировку при учете тяжести правонарушения:

- преступления ненасильственного характера совершили 11 человек,
- правонарушения, связанные с применением насилия, не повлекшего серьезных последствий, — 21 человек,
- преступления против половой неприкосновенности, в том числе с применением насилия, — 8 человек,
- убийства, попытки убийства или нанесение тяжких телесных повреждений, повлекших смерть потерпевшего, — 45 человек,

В среднем каждый пациент совершил $2,56 \pm 1,67$ правонарушений (от 1 до 8).

Средний срок принудительного лечения на момент обследования составил $42,74 \pm 39,95$ мес. (от 2 до 195 мес.).

В ходе исследования сравнивались пункты шкал HCR-20, PCL-R, PCL-SV и признаки общественной опасности, перечисленные в Инструкции, при работе с пациентами оценивался их психический статус, изучалась имеющаяся документация, производилась оценка с использованием шкал HCR-20, PCL-R, PCL-SV на момент исследования, а также ретроспективная оценка по подшкалам C и R шкалы HCR-20 на момент проведе-

ния судебно-психиатрических экспертиз (использовались акты СПЭ). Кроме того, в ходе проведения очередных врачебных комиссий их членам было предложено оценить вероятность совершения пациентами насильственных действий (любых актов насилия, направленных против другого человека) с использованием пятибалльной шкалы.

В дальнейшем проводилась статистическая обработка результатов с использованием программы SPSS Inc.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что стандартизованные шкалы оценки риска насилия содержат большее количество факторов риска опасного поведения, нежели отечественная Инструкция. Тем не менее в шкалах отсутствует синдромологическая квалификация патологической симптоматики. Были выявлены следующие соответствия клинко-психопатологических признаков, перечисленных в Инструкции, и пунктов шкал HCR-20, PCL-SV, PCL-R:

- психопатоподобный синдром с повышенной поведенческой активностью и патологией влечений — пункты «Психопатия» и «Расстройство личности»,

- бредовые идеи, сопровождающиеся аффективной напряженностью; депрессивные состояния с бредом самообвинения; маниакальные и гипоманиакальные состояния — «Выраженное психическое расстройство», «Активная психопатологическая симптоматика психического расстройства».

Из социально-психологических признаков:

- отсутствие работы и трудовой занятости — «Проблемы с трудоустройством»,
- отсутствие семьи или семейное неблагополучие — «Нестабильность взаимоотношений», «Недостаток личной поддержки»,
- подверженность асоциальному влиянию — «Подверженность дестабилизирующим факторам»,
- склонность к систематическому употреблению алкоголя, наркотиков и других токсических средств — «Проблемы, связанные со злоупотреблением ПАВ»,
- наличие криминального поведения до болезни, повторность совершения общественно опасных действий — пункты PCL-SV «Антиобщественное поведение в подростковом возрасте», «Антиобщественное поведение во взрослом возрасте»; пункты PCL-R «Делинквентное поведение в несовершеннолетнем возрасте», «Криминальная разносторонность».

Рекомендации врачей-психиатров ПБ Св. Николая Чудотворца, как и рекомендации врачей-экспертов СПЭ, обнаруживали достоверные корреляции ($p < 0,01$; $p < 0,05$) с клинко-психопатологическими факторами, представленными в Инструкции, а также с фактором «Отсутствие семьи или семейное неблагополучие». Были выявлены значимые корреляции врачебных рекомендаций ($p < 0,01$; $p < 0,05$) с некоторыми из пунктов стандартизованных шкал оценки риска насилия, не представленными в отечественной Ин-

струкции: «Насилие в прошлом», «Молодой возраст первого эпизода насилия», «Претенциозность (завышенная самооценка)», «Отсутствие сочувствия/сопереживания», «Отсутствие целей/планов на будущее».

Но лишь в условиях эксперимента, в ходе оценки врачами вероятности совершения насильственных действий, была выявлена достоверная связь их оценок с тяжестью совершенных правонарушений ($r=0,486$; $p<0,01$), также, помимо перечисленных ранее корреляций, выявлялись корреляции с факторами: «Импульсивность» ($r=0,351$; $p<0,01$), «Отсутствие угрызений совести или чувства вины» ($r=0,244$; $p<0,01$), «Поверхностные эмоциональные реакции», ($r=0,325$; $p<0,01$), «Слабый контроль над своим поведением» ($r=0,355$; $p<0,01$), «Неспособность взять на себя ответственность» ($r=0,254$; $p<0,01$).

Заключения экспертных комиссий опираются в основном на клинико-психопатологические признаки, многие важные факторы общественной опасности остаются на периферии внимания, не применяется принцип многоосевой диагностики. Такой односторонний подход снижает достоверность прогноза насильственных действий и может вести к неверному выбору рекомендуемого вида принудительного лечения или режима содержания, что увеличивает риск проявления насилия или иных агрессивных действий.

Стандартизованные шкалы оценки риска насилия в сочетании с квалификацией психопатологической симптоматики могут служить важным инструментом многоосевой диагностики, так как содержат исчерпывающий перечень факторов риска, характеризующих клиническую, социальную и личностную сферы.

Оптимизация учета признаков общественной опасности приведет к более аргументированному подходу при выработке комиссиями рекомендаций касательно вида принудительного лечения.

Аналогичный метод может оказаться полезным в общепсихиатрической практике, так как оценка вероятности агрессивных, в том числе насильственных, проявлений — важнейший аспект повседневной деятельности любого врача-психиатра.

В ходе данного исследования обследована лишь небольшая популяция пациентов, катamnестические данные не оценивались. Для уточнения прогностической значимости стандартизованных шкал необходимо проведение дополнительных исследований направленных прежде всего на сбор и анализ катamnестической информации об агрессивных, в том числе насильственных, проявлениях.

Выводы

1. Оценивая общественную опасность, врачи-психиатры прежде всего ориентируются на выраженность и характер психопатологической симптоматики, при этом в тени остается целый пласт не менее важных факторов (социальных, личностных и др.).

2. Отсутствие многоосевого подхода в диагностике общественной опасности может вести к неверной ее оценке и, соответственно, неверному выбору медицинской меры принудительного характера или режима содержания.

3. Стандартизованные шкалы оценки риска насилия могут использоваться как инструмент многоосевой диагностики; они позволяют проводить всесторонний учет факторов, обуславливающих социальную опасность.

4. Применение шкал стандартизованной оценки риска насилия повысит транспарентность экспертных рекомендаций, что даст более веские аргументы при констатации в суде социальной опасности пациента и ее динамики.

5. Прогностическое значение шкал стандартизованной оценки риска насилия нуждается в дополнительных исследованиях.

Литература

1. Альфарнес С.А., Булыгина В.Г. Структурно-динамические процедуры оценки риска насилия с помощью HSR-20 и V-RISK-10 // Российский психиатрический журнал. — 2009. — № 6. — С. 12–18.
2. Булыгина В.Г. Измерение рисков насилия в судебной психиатрии // [Электронный ресурс]: Психологическая наука и образование. — 2011. — № 1. — URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2011/n1/39935.shtml (дата обращения: 15.05.2012).
3. Вебстер К., Даглас К., Харт С. HCR-20. Оценка риска насилия. Версия 2. — Архангельск: Правда Севера. — 2008. — 95 с.
4. Временная инструкция о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния // [Электронный ресурс]: Приказ Минздрава СССР № 225 от 21 марта 1988 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи» (с изменениями от 11 января 1993 г., 12 августа 1994 г., 13 февраля 1995 г.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».
5. Пономарев О.А., Парняков А.В., Войцеховский В.В. К оценке риска проявления насилия у больных психиатрического стационара // [Электронный ресурс]: Сайт архангельской областной психиатрической больницы. 2003–2012 URL: http://www.talagi.ru/library/text_nasilie.htm (дата обращения: 01.06.2012)
6. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре // Руководство для врачей / Под ред. В.П. Котова — М., ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава». — 2001. — С. 3.
7. Точилов В.А. Классификация психических расстройств // Психиатрия: Национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тига-

- нова. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2009. — С. 291–305.
8. Cooke D.J., Hart D., Hare R.D. *Evaluating the Screening Version of the Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL:SV): An Item Response Theory Analysis* // *Psychological Assessment*. — 1999. — Vol. 11. № 1. — С. 3–13.
 9. Dolan M., Doyle M. *Violence risk prediction: Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist* // *British Journal of Psychiatry*. — 2000. — № 177. — P. 303–311.
 10. Hare R.D., Hart S.D., Cox D.N. *Manual for the Psychopathy Checklist Screening version*. — 2003. — Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems.
 11. Hare, R. D. *Manual for the Revised Psychopathy Checklist (2nd ed.)* Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems, 2003.
 12. Klimukiene V. *Risk Assessment in Post-Soviet Countries* // *Mental Health Reforms*. — 2009. — № 2. — P. 12–13.
 13. Monahan, J. *The clinical prediction of violent behavior*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. — 1981. — 183 p.
 14. Ruchkin V.V. *The Forensic Psychiatric System of Russia* // *International Journal of Law and Psychiatry*. — 2000. — Vol. 23. — №. 5–6. — P. 555–565.

Сведения об авторах

Григорьев Иван Станиславович — врач-психиатр СПбГКУЗ, «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца». E-mail: gis15@yandex.ru

Снедков Евгений Владимирович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова. E-mail: esnedkov@mail.ru

Злоупотребление алкоголем у больных, экстренно госпитализированных в больницу скорой помощи

А.Ю. Егоров^{1,5}, Е.М. Крупицкий^{1,3}, А.Г. Софронов^{1,2}, А.Е. Бобров⁴, Е.Ю. Тявокина², А.Е. Добровольская^{1,2}

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург.

² Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург.

³ С.-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

⁴ Московский научно-исследовательский институт психиатрии.

⁵ Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова Российской академии наук, Санкт-Петербург

Резюме. Пагубное употребление алкоголя и алкоголизм являются причиной большого количества соматических заболеваний, их более тяжелого течения, а также преждевременной смертности больных. Целью настоящей работы было определить распространенность и выраженность употребления алкоголя и зависимости от него среди больных с соматической патологией, госпитализированных в ургентный многопрофильный стационар. В течение 5 дней обследовали всех больных приемного отделения с помощью клинических (специально разработанная карта обследования пациента, тест на выявление алкоголизма AUDIT) и психометрических (госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS) инструментов. Кроме того, всем больным проводили биохимический анализ крови на АСТ, АЛТ, ГГТ и этанол. Через 1,5 месяца проводился анализ исходов пребывания пациентов в стационаре. Проведенное исследование выявило высокий процент больных с наркологической патологией (24,4%) среди ургентных пациентов многопрофильного соматического стационара. При этом абсолютное большинство из них (82,7%) имеют диагнозы «пагубное употребление» или «синдром зависимости» (F10.1 и F10.2). Примерно такое же количество больных поступает в стационар в разной степени алкогольного опьянения. Среди больных, поступающих в соматический стационар, «скрытый» контингент людей, имеющих алкогольные диагнозы, намного превышает «учтенный» (т.е. состоящих на наркологическом учете), причем большая часть этого скрытого контингента не обращается за наркологической помощью. Алкоголь является существенным фактором риска как непосредственно ургентной госпитализации, так и более тяжелого состояния больных, а также исхода заболевания. Пагубное употребление и алкоголизм чаще (более, чем в 20% случаев) отмечались у пациентов, госпитализированных с отравлением (интоксикацией), больных с ЧМТ, ожогами, заболеваниями центральной и периферической нервной системы и диабетом. Очевидна необходимость разработки программы оказания квалифицированной наркологической помощи для больных соматического стационара, страдающих алкогольной зависимостью.

Ключевые слова: экстренный больной, неотложная медицинская помощь, алкогольная зависимость, тяжёлое пьянство, исход заболевания.

Alcohol consumption in the patients of somatic hospital

A.Y. Egorov^{1,5}, E.M. Krupitsky^{1,3}, A.G. Sofronov^{1,2}, A.E. Bobrov⁴, E.Y. Tyavokina², A.E. Dobrovolskaya^{1,2}

¹ I.I. Mechnikov North-West Medical University, St. Petersburg.

² I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Care, St. Petersburg.

³ V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg.

⁴ Moscow Research Institute of Psychiatry.

⁵ I.M. Sechenov Institute of Evolutionary Physiology and Biochemistry, Russian Academy of Sciences, St. Petersburg

Summary. A harmful use of alcohol and an alcohol dependence cause a large number of somatic diseases with more severe course and a premature death of patients. The purpose of this study was to determine the prevalence and severity of alcohol use and alcohol dependence among patients with any somatic diseases hospitalized in emergency somatic hospital. Within 5 days, all patients of the emergency unit were assessed by clinical (a specially designed patient examination form and Alcohol Use Disorders Identification Test—AUDIT) and psychometric (Hospital Anxiety and Depression Scale—HADS) tools. In addition, all patients were screened for biochemical blood analysis for AST, ALT, GGT, and ethanol. Hospital outcomes were analyzed after 1,5 months. The study revealed a high percentage of patients with substance abuse disorders (24.4%) among urgent patients of somatic hospital. The vast majority of them (82.7%) had a diagnosis of “alcohol harmful use” or “dependency syndrome” (F10.1 and F10.2). The same number of patients admitted to hospital in varying degrees of intoxication. Most of the patients with alcohol-related diagnoses was not involved in the addiction records and had not sought drug treatment. Drinking alcohol increases the risk of urgent hospitalization, worsen the condition of patients and have a negative effect on outcome. Harmful use and alcoholism are more likely (more than 20% of cases) have been reported in patients hospitalized with poisoning (intoxication), patients with head injury, burns, diseases of the central and peripheral nervous system and diabetes. Development of a program providing qualified addictologic assistance for urgent patients with alcohol dependence is obviously needed.

Key words: Urgent patient, emergency care, alcohol dependence, heavy drinking, the outcome of the disease.

Введение

Известно, что злоупотребление алкоголем является причиной большого количества соматических заболеваний, их более тяжелого течения, а также преждевременной смертности [6, 12, 18, 20, 22], в том числе и у пациентов молодого возраста [16]. В соответствии с оценкой А.В. Немцова [3] ежегодная смертность населения России, связанная с употреблением алкоголя, достигает 700 тыс. человек, а доля ассоциированных с алкоголем смертей составляет 29 % у мужчин и 17 % у женщин, что многократно превышает как абсолютные, так и относительные аналогичные показатели в США и Евросоюзе.

Вместе с тем данные о распространенности алкоголизма и пагубного потребления алкоголя среди соматических больных носят нередко противоречивый характер и недостаточно систематизированы. Считается, что в общемедицинской практике 20–40 % больных имеют расстройство, связанные с употреблением алкоголя [8, 14], а не менее чем у 20 % больных, обратившихся к врачу общей практики можно подозревать наличие алкоголизма [21]. Имеются данные о том, что от 5 до 10 % urgentных поступлений пациентов в шведские соматические больницы связано с алкогольными эксцессами. Сходные показатели регистрируются в других европейских странах [9]. Вместе с тем, злоупотребления алкоголем и алкоголизм среди пациентов первичного звена здравоохранения США составляют 20–36 % [10], а в травматологических и ожоговых отделениях достигает 40–50 % [15]. У больных, поступивших в отделение токсикологии, алкогольное поражение печени было диагностировано в 43,8 % [13]. Отечественные эпидемиологические исследования по этому вопросу также свидетельствуют о значительной распространенности алкогольной патологии (порядка ¼) среди соматических больных [1]. В одной из отечественных работ [5] сообщается, что заболевания, ассоциированные со злоупотреблением алкоголя, имели место у 7–20 % больных стационара скорой медицинской помощи. Хроническая алкогольная интоксикация являлась фоновым заболеванием у 70 % мужчин и 30 % женщин, находящихся на лечении в гастроэнтерологических отделениях, и у 15 % мужчин и 5 % женщин — в кардиологических отделениях многопрофильных стационаров.

Следует отметить, что взаимосвязи между соматической патологией и алкоголизмом сложны, многообразны и недостаточно изучены, что создает необходимость их систематического исследования. Кроме того, недостаточно изучены структура и особенности соматической патологии у лиц с алкоголизмом и с его пагубным употреблением, а также показатели летальности соматических пациентов у этой категории лиц. Данное исследование приобретает особую актуальность еще и по той причине, что позднее распознавание алкоголизма в соматической клинике приводит к плохим результатам лечения как соматической патологии, так и зависимости от алкоголя [17].

Цель исследования. Изучение частоты и характера соматических и психических последствий пагубного употребления алкоголя у больных, экстренно госпитализированных в отделение экстренной медицинской помощи (приемное).

Материалы и методы исследования

В течение 5 дней (суббота, воскресенье, понедельник, вторник и пятница) врачами психиатрами-наркологами проводился сплошной скрининг больных, поступивших в отделение экстренной медицинской помощи (приемное) НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербурге.

После получения информированного согласия обследовали всех больных отделения с помощью клинических (специально разработанное структурированное клиническое интервью и скрининг-тест зависимости от алкоголя — AUDIT) и психометрических (госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS) инструментов. Кроме того, всем больным проводили биохимический анализ крови на ферменты печени (АСТ, АЛТ, ГГТ) и этанол. Через 1,5 месяца проводился анализ исходов пребывания пациентов в стационаре, включающий информацию о летальности включенных в исследование больных. Наркологические диагнозы выставлялись врачами-наркологами как по анамнестическим данным, так и в результате структурированного клинического интервью в соответствии с критериями МКБ-10.

Карта обследования пациента включала как социально-демографические показатели, так и клинко-анамнестические данные со специальным фокусом на употребление психоактивных веществ (в первую очередь — алкоголя).

Всего было обследовано 807 человек в возрасте от 18 до 96 лет ($M \pm SE$ 48,0 $\pm$ 19,4 лет), из них мужчин — 48,1 %, женщин 51,9 %. В табл. 1 приводится распределение обследованных больных по ведущему соматическому диагнозу или группе диагнозов.

Таблица 1. Распределение больных по ведущему соматическому диагнозу

Диагнозы	Кол-во больных	Процент
Интоксикации (токсикологический диагноз)	140	17,4
Сердечно-сосудистые заболевания	120	14,9
Заболевания желудочно-кишечного тракта	118	14,6
Травмы	92	11,4
Черепно-мозговые травмы	84	10,4
Гинекологические заболевания	83	10,3
Заболевания центральной нервной системы (органические)	47	5,8
Болезни почек	41	5,1

Инфекционно-воспалительные заболевания	27	3,4
Ожоги	17	2,1
Онкологические заболевания	13	1,6
Заболевания периферической нервной системы	9	1,1
Другие урологические заболевания	6	0,7
Сахарный диабет	2	0,2
Прочие заболевания	8	1,0
Всего	807	100,0

Результаты исследования и обсуждение

При оценке общей соматической болезненности, которая рассчитывалась по основному и сопутствующим диагнозам, наиболее частыми диагностическими категориями (выше 10 %) оказались: интоксикации — 20,7 %, сердечнососудистые заболевания — 20,7 %, травмы — 17,6 %, заболевания ЖКТ — 16,1 %, ЧМТ — 11,6 %, гинекологические заболевания — 10,7 %.

Оказалось, что около половины (46,0 %) всех соматических больных имеют хотя бы один (ведущий или сопутствующий) психиатрический диагноз, а почти четверть (24,4 %) страдает наркологической патологией (рис. 1).

Таким образом, диагноз алкоголизма (16,7 %) или пагубного употребления алкоголя (3,5 %) был поставлен более чем 1/5 пациентов, поступивших в стационар. По данным теста AUDIT потребление алкоголя с вредными последствиями выявляется у 26 (3,2 %), а алкогольная зависимость — у 143 (17,7 %) человек, что практически совпадает с числом пациентов, которым на основании клинических данных были поставлены диагнозы, связанные с потреблением алкоголя (рис. 2). Наши данные тесно перекликаются с результатами исследования F. Aidan [7], проведенного в многопрофильном стационаре и показавшего, что 20 % больных имели те или иные проблемы, связанные с алкоголем. В исследовании Н.В. Говорина и А.В. Сахарова [1] говорится о 25,7 % пациентов соматического стационара, имеющих наркологическую патологию; синдром зависимости от алкоголя отмечался у 13,9 % пациентов.

По данным клинического обследования, психическая зависимость от алкоголя отмечается у 217 больных (26,9 %) пациентов, а физическая — у 169 (20,9 %), что свидетельствует о еще большей распространенности этой патологии в популяции больных соматического стационара по сравнению с общей популяцией жителей Санкт-Петербурга. При этом лечение по поводу злоупотребления алкоголем получали только 59 человек (7,3 %), а состоят на наркологическом учете 26 пациентов (3,2 %).

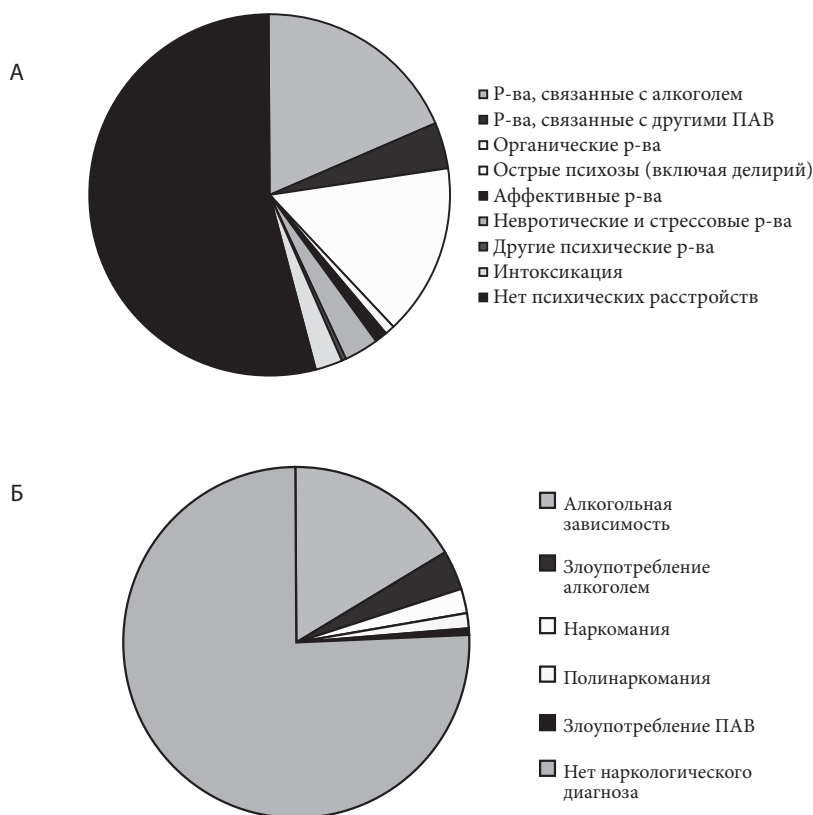


Рис. 1. Количество соматических больных, имеющих психиатрические диагнозы (А) и наркологические диагнозы (Б).

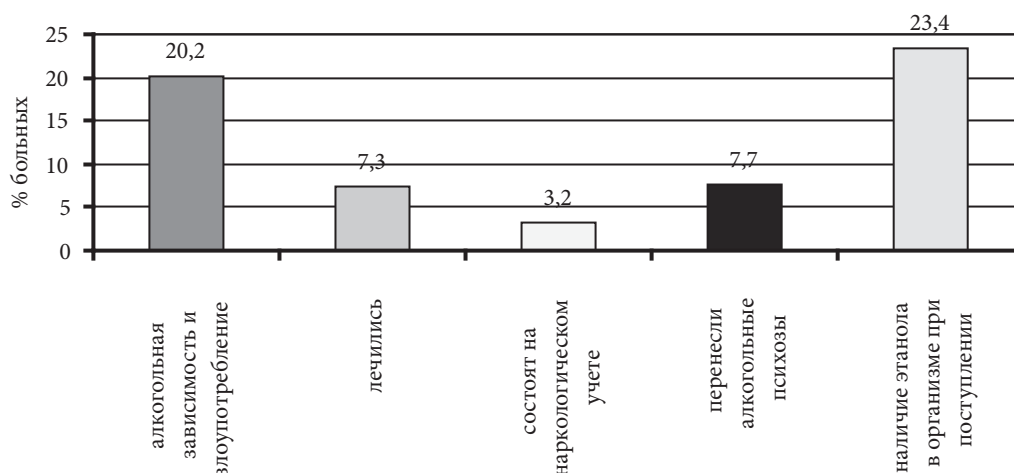


Рис. 2. Проблемы, связанные с алкоголем, у соматических пациентов.
По оси ординат: % от общего числа больных.

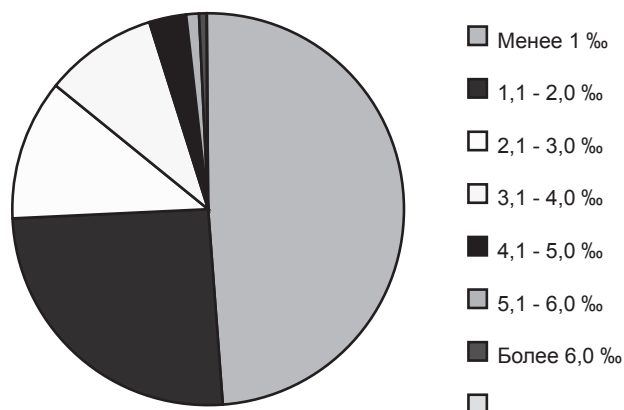


Рис. 3. Концентрации этанола в крови пациентов при поступлении в стационар (в % к общему числу лиц, поступивших в стационар в состоянии опьянения).

Иными словами, среди лиц, экстренно поступающих в соматический стационар, «скрытый» контингент людей, имеющих зависимость от алкоголя, намного превышает «учтенный» (т.е. состоящий на наркологическом учете), причем большая часть этого скрытого контингента не обращается за наркологической помощью. Обращает на себя внимание и достаточно высокий процент лиц, перенесших алкогольные психозы,— 62 человека (7,7 %), что более чем в два раза превосходит число состоящих на учете в обследованной когорте (рис. 2). Это еще раз свидетельствует о пропасти между официальной статистикой и реальной наркологической ситуацией в стране, где по данным ряда авторов количество больных алкоголизмом среди населения в 5 раз превышает количество больных, состоящих на учете, а больных наркоманиями является 1 к 10 [4, 2].

По данным биохимических исследований наличие этанола в организме обнаружено у 189 (23,4 %)

пациентов, а повышение ГГТ (биохимического маркера злоупотребления алкоголем) в 2 и более раза отмечено у 112 чел (13,9 %), что подтверждает клинические и психометрические данные о высокой распространенности пагубного употребления алкоголя среди пациентов данного стационара. Из других ПАВ обследованными больными наиболее часто употреблялся никотин—186 чел. (23,0 %) и каннабиноиды—83 чел. (10,3 %). Далее по частоте потребления идут опиаты—43 чел. (5,3 %) и стимуляторы—36 чел. (4,5 %). Что касается таких печеночных энзимов, как АСТ и АЛТ, то их значимого повышения в связи с наличием алкогольных проблем у соматических пациентов не обнаружено. Это согласуется с результатами исследования Н. Nyblom с коллегами [19], которое показало, что соотношение показателей АСТ/АЛТ выше 1 не наблюдалось у пациентов, злоупотребляющих алкоголем, а свидетельствовало об алкогольном поражении печени.

Таблица 2. Частота пагубного употребления алкоголя и алкогольной зависимости при наличии сопутствующих соматических заболеваний¹

Диагнозы	Всего больных	Из них со злоупотреблением алкоголем (чел., %)	Из них с зависимостью от алкоголя (чел., %)
Интоксикация	167	10 (6,0 %)	49 (29,3 %)
Ожоги	18	0	6 (33,3 %)
ЧМТ	94	3 (3,2 %)	21 (22,3 %)
Травма	142	5 (3,5 %)	23 (16,2 %)
Заболевания ЦНС	72	2 (2,8 %)	17 (23,6 %)
Заболевания периферической нервной системы	15	0	4 (26,7 %)
Гинекологические заболевания	86	3 (3,5 %)	11 (12,8 %)
Сердечно-сосудистые заболевания	167	2 (1,2 %)	24 (14,4 %)
Заболевания ЖКТ	130	4 (3,1 %)	16 (12,3 %)
Урологические болезни	70	1 (1,5 %)	6 (8,6 %)
Онкологические заболевания	19	1 (5,3 %)	0
Инфекционные заболевания	44	2 (4,6 %)	7 (15,9 %)
Болезни почек	55	1 (1,8 %)	6 (10,9 %)
Диабет	22	0	5 (22,7 %)
Аутоиммунные заболевания	7	0	0
Прочие	30	0	5 (16,7 %)
Всего	807	28 (3,4 %)	135 (16,7 %)

¹ У одного больного могло быть два и более соматических диагноза, поэтому общая сумма количества диагнозов больше, чем количество обследованных пациентов.

Уровень этанола в крови у обследованных больных был различным (рис. 3). Чаще всего это были люди в легком алкогольном опьянении, когда концентрация этанола не достигала 1‰ (98 человек — 12,1 % от всех поступивших в стационар). У 48 человек (5,9 %) концентрация этанола находилась в пределах 1–2 ‰, у 22-х (2,7 %) в пределах 2–3 ‰, а у 18-ти (2,2 %) — в пределах 3–4 ‰. Сверхвысокие концентрации (4–5 ‰) этанола были у 6 человек (0,7 %), а свыше 5 ‰ — у 3 (0,4 %). Указанные данные свидетельствуют, что употребление алкоголя является фактором риска экстренной госпитализации. Любопытно, что количество лиц, поступивших в стационар в состоянии алкогольного опьянения разной степени тяжести, находится примерно в тех же пределах, что и число лиц, имеющих диагнозы, связанные с употреблением алкоголя (более 20 %).

По данным теста AUDIT частота потребления алкоголя с вредными последствиями для женщин (4 и более стандартных доз алкоголя в день) отмечалась у 13 (3,1 %) человек. Частота потребления с вредными последствиями для мужчин (5 и более стандартных доз в сутки) — у 44 (11,4 %) человек. Всего значимый индекс потребления с вредными последствиями выявлен у 57

пациентов (7,2 %), из них 44 мужчины (11,6 %) и 13 — женщины (3,1 %).

При анализе взаимосвязи различных диагнозов значимая корреляция между соматическими и наркологическими диагнозами была получена только в отношении диагноза «Интоксикация». Диагноз «Пагубное употребление алкоголя» был поставлен врачами-наркологами при обследовании 10 больным (6,0 %), а диагноз «Алкогольная зависимость» — 49 (29,3 %) пациентам из 167 больных, поступивших в стационар с этим диагнозом. При кросстабуляции выявлена статистически достоверная связь между интоксикацией и диагнозом «Пагубное употребление алкоголя» по критерию χ^2 ($p=0,046$), а для диагноза «Алкоголизм» достоверность по критерию χ^2 еще выше ($p=0,00001$). Следует отметить, что, согласно зарубежным данным, более половины больных поступают в токсикологическое отделение исключительно вследствие проблем с алкоголем [13].

Помимо этого, имеется четкая тенденция сочетаемости диагнозов «Алкоголизм» и «Ожоги», ($\chi^2=5,603$; $p=0,06$). Напротив, для диагноза «Онкология» сочетание со злоупотреблением алкоголем не характерно ($\chi^2=3,909$; $p=0,048$). Таким образом, корреляционный анализ подтвердил нали-

Таблица 3. Диагностическая ценность теста AUDIT и показателей ГГТ при диагностике алкоголизма

Диагностическая ценность	AUDIT		ГГТ	
	При психической зависимости	При физической зависимости	При психической зависимости	При физической зависимости
Чувствительность	0,74	0,86	0,26	0,31
Специфичность	0,99	0,96	0,91	0,91
Точность	0,92	0,94	0,73	0,78

чие достоверной взаимосвязи токсикологического диагноза с различными проявлениями злоупотребления алкоголем. В то же время отмечалась достоверная отрицательная корреляция между диагнозом сердечно-сосудистого заболевания, с одной стороны, и злоупотреблением алкоголем, высоким баллом по тесту AUDIT, фактом наличия психической и физической зависимости — с другой. Статистически значимая отрицательная корреляция отмечена также между гинекологическими диагнозами и наличием психической зависимости от алкоголя.

Частота пагубного употребления алкоголя и алкогольной зависимости при наличии сопутствующих соматических заболеваний представлена в табл. 2.

Как следует из табл. 2, диагноз «злоупотребление алкоголем» чаще всего ставился при интоксикации, а алкогольная зависимость — при интоксикации, ожогах, ЧМТ, заболеваниях ЦНС, периферической нервной системы и диабете (в более чем 22 % случаев). Это хорошо согласуется с данными американских авторов о повышенном числе пациентов, имеющих проблемы с алкоголем, в ожоговых и травматологических отделениях [15].

Кроме того, лица с психической зависимостью от алкоголя достоверно чаще поступают в стационар без сознания ($\chi^2 = 55,5094$; $p=0,000$). Этот факт справедлив и в отношении пациентов, имеющих признаки физической зависимости ($\chi^2=39,811$; $p=0,0001$). Кроме того, пациенты, которые в прошлом переносили алкогольный психоз, также достоверно чаще поступают без сознания ($\chi^2 = 11,2481$; $p=0,0001$). Эти данные подтверждают ранее полученные факты, свидетельствующие о том, что алкоголь является фактором риска более тяжелого состояния у больных, поступающих в соматический стационар [6,18].

К концу исследования абсолютное большинство больных было выписано из стационара (95,5 %), умерло 30 (3,7 %) пациентов, а восемь (1,0 %) продолжали лечиться.

Что касается исходов, то, как оказалось, достоверного влияния на них тяжести алкогольных проблем, выраженных через показатели AUDIT, и уровень ГГТ, обнаружено не было. Вместе с тем на исходы существенно влияет уровень АЛТ ($\chi^2=14,012$; $p=0,007$) и уровень АСТ ($\chi^2 = 15,603$; $p=0,0001$). Повышение АЛТ и АСТ указывает на то, что на смертность скорее влияют предшеству-

ющие заболевания печени и, в целом, более тяжелое соматическое состояние. Наличие алкогольного опьянения при поступлении оказывало влияние на исходы лишь в виде тенденции, не достигающей уровня статистической достоверности ($\chi^2=5,603$; $p=0,061$). По результатам исследования F. Aidan [7] в многопрофильной больнице заболевания, ассоциированные со злоупотреблением алкоголем, являлись причиной 10–13 % летальных исходов.

Была также предпринята попытка проанализировать диагностическую ценность используемых критериев оценки. Как показал анализ, AUDIT обладает хорошей чувствительностью, специфичностью и точностью в сопоставлении с клинической диагностикой. Так, «физическая зависимость» по картам, которые заполнялись на основании клинической оценки состояния больных, и количество баллов теста AUDIT >3 достоверно коррелируют между собой ($r = 0,821$; $p<0,05$). При наличии «психической зависимости» по картам и баллов теста AUDIT ≥ 2 были получены высокие показатели: чувствительности, специфичности и точности. Диагностическая ценность таких показателей теста оказалась высокой и при наличии «физической зависимости» (табл. 3). Полученные результаты подтверждают зарубежные данные о высокой диагностической ценности теста AUDIT в соматическом стационаре [11].

Диагностическая чувствительность ГГТ при увеличении ее более чем в 2 раза по сравнению с тестом AUDIT, оказалась заметно ниже, однако диагностическая специфичность ГГТ вполне достаточна: как при наличии «психической зависимости», так и при «физической зависимости» (см. табл. 3).

К сожалению, использование шкалы HADS оказалось не релевантным ситуации ургентной госпитализации в соматический стационар: подавляющее число пациентов продемонстрировало результаты, соответствующие тяжелой тревоге и депрессии (более 10 баллов). Это никак не соответствует ни числу, ни уровню реальных психопатологических расстройств и, очевидно, является «симптоматическим феноменом», обусловленным ситуацией ургентной госпитализации и стрессорной обстановкой приемного отделения.

В целом, проведенное исследование выявило высокий процент больных с наркологической патологией (24,4 %) среди пациентов, экстренно по-

ступивших в больницу скорой помощи. При этом абсолютное большинство из них (82,7 %) имеют диагнозы пагубного употребления или зависимости от алкоголя. Примерно такое же количество больных поступает в стационар в разной степени алкогольного опьянения. Среди больных, поступающих в соматический стационар, «скрытый» контингент людей, имеющих алкогольные диагнозы, намного превышает «учтенный» (т.е. состоящих на наркологическом учете), причем большая часть этого скрытого контингента не обращается за наркологической помощью. Алкоголь является существенным фактором риска как непосредственно ургентной госпитализации, так и более тяжелого состояния больных, а также исхода заболевания. Наркологические (алкогольные) диагнозы чаще (более чем в 20 % случаев) отмечались у больных с интоксикациями различного генеза (токсикологические диагнозы), с ЧМТ, ожогами, заболеваниями центральной и периферической нервной системы и диабетом. Очевидна необходимость разработки программы оказания квалифицированной наркологической помощи для больных соматического стационара, имеющих пагубное употребление алкоголя и алкоголизм.

Выводы

Около половины (371 чел.— 46,0 %) всех соматических больных, ургентно поступающих в соматический стационар, имеют хотя бы один (ведущий или сопутствующий) психиатрический диагноз, при этом около четверти (24,4 %) этих пациентов обнаруживают серьезные наркологические проблемы.

По разным данным (клиническим и психометрическим) среди больных, ургентно поступающих в соматический стационар, от 1/5 до 1/4 имеют наркологические диагнозы. Это подтверждается повышением в 2 и более раз ГТТ (биохимического маркера злоупотребления алкоголем) у 13,2 % пациентов.

Наличие этанола в организме при поступлении в стационар обнаружено у 23,4% пациентов, что соответствует количеству лиц, имеющих пагубное употребление или зависимость от алкоголя.

Алкоголь является фактором риска тяжелого состояния у больных (отсутствие сознания), ургентно поступающих в соматический стационар.

Среди больных, ургентно поступающих в соматический стационар, «скрытый» контингент людей, имеющих алкогольные диагнозы, намного превышает «учтенный» (т.е. состоящих на наркологическом учете), причем большая часть этого скрытого контингента не обращается за наркологической помощью.

Пагубное употребление и алкогольная зависимость чаще всего отмечались при таких соматических диагнозах, как «Интоксикация» (токсикологический диагноз), «Ожоги», ЧМТ, заболеваниях ЦНС и периферической нервной системы, «Диабете».

Тест AUDIT обладает хорошей диагностической чувствительностью, специфичностью и точностью в сопоставлении с клинической диагностикой. Чувствительность ГТТ в сравнении с AUDIT существенно ниже, однако диагностическая специфичность и точность ГТТ достаточно высоки.

Литература

1. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Алкогольное бремя соматического стационара. Томск: Издательский дом «Иван Федоров», 2010, 158 с.
2. Кошкина Е.А. Эпидемиология алкоголизма в России на современном этапе // Психотерапия и психофармакология. 2001. № 3. С. 89–91.
3. Немцов А.В. Потребление алкоголя в России во второй половине 1990-х годов. Вопросы наркологии. 2001; 2: 59–64.
4. Пятницкая И.Н. Наркомании. М., Медицина. 1994. 119 с.
5. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость. М., Медпрактика. 2002. 328 с.
6. Ястребцева И.П., Новиков А.Е. Соматическая патология у больных после инсульта с анамнезом, отягощенным злоупотреблением алкоголем // Тер. архив. 2010. № 10. С. 24–28.
7. Aidan F. Alcohol problems in a general hospital // Biology. 1999. V. 4. № 1. P. 23–34.
8. Alt S. Alkoholprobleme in allgemeinärztlichen Patientenkreis einer grobstädtischen Poliklinik // Z. Klin. Med. 1991. V. 46. №. 11. P. 863–866.
9. Andreasson S., Brandt L. Mortality and morbidity related to alcohol // Alcohol and Alcoholism. 1997. V. 32. № 2. P. 173–178.
10. Fiellin DA, Carrington R, O'Connor PG. New therapies for alcohol problems: application to primary care. Am J Med 2000; 108: 227–37.
11. Isaacson JH, Nielsen C, Urbanic R, Challengren E. Markers for patients with alcohol problems in an outpatient general medicine clinic // Subst Abus. 1999 Sep; 20(3): 141–147.
12. Kinn M, Holzbach R, Pajonk FG Alcohol-related disorders in the preclinical medicine // Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 2008 Oct;43(10):664-73 [Article in German].
13. Kroch S, Kamenczak A, Chrostek Maj J, Polewka A. Somatic and psychiatric disorders in alcohol-addicted patients treated in a detoxification unit // Przegl Lek. 2004;61(4):300-2 [Article in Polish]
14. Lieber C.S. Alcoholism: a disease of internal medicine // J. Stud. Alcohol. 1990. V. 51. № 2. P. 101–103.
15. Lowenfels AB, Miller TT. Alcohol and trauma. Ann Emerg Med.— 1984.— 13.— P. 1056–1060.
16. Malik P, Gasser RW, Kemmler G, Moncayo R, Finkenstedt G, Kurz M, Fleischhacker WW. Low bone

- mineral density and impaired bone metabolism in young alcoholic patients without liver cirrhosis: a cross-sectional study* // *Alcohol Clin Exp Res*. 2009 Feb; 33(2): 375-81.
17. Monras M, Mondon S, Ortega L, Gual A. Alcoholism in the general hospital: 4 years mortality and hospitalization // *Med Clin (Barc)*. 2005 Oct 8;125(12):441-7 [Article in Spanish].
 18. Monras M, Ortega L, Mondón S, Balcells M, Gual A. Two year follow-up of inpatients with alcohol-related diseases // *Med Clin (Barc)*. 2004 Oct 23;123(14):521-6 [Article in Spanish].
 19. Nyblom H., Berggeren U., Balldin J., Olsson R. High AST/ALT ratio may indicate advanced alcoholic liver disease rather than heavy drinking // *Alcohol and Alcoholism* (2004) 39 (4): 336-339.
 20. Ramstedt M. Population drinking and liver cirrhosis mortality: is there a link in eastern Europe? // *Addiction*.— 2007.— 102.— P. 1212-1223.
 21. Schuckit M.A. Why don't we diagnose alcoholism in our patients? // *J. Fam.Pract.* 1987. V. 25. № 3. P. 225-226.
 22. White IR, Altmann DR, Nanchahal K. Mortality in England and Wales attributable to any drinking, drinking above sensible limits and drinking above lowest-risk level // *Addiction*. 2004 Jun; 99(6): 749-56.

Сведения об авторах

Егоров Алексей Юрьевич — д. м. н., профессор, заведующий лабораторией нейрофизиологии и патологии поведения ИЭФБ РАН; профессор кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. E-mail: draegorov@mail.ru

Софронов Александр Генрихович — д. м. н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова; научный руководитель психосоматического отделения ГБУ СПб НИИСП им. И.И. Джанелидзе. E-mail: alex-sofronov@yandex.ru

Крупницкий Евгений Михайлович — д. м. н., профессор, руководитель отдела наркологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева; профессор кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. E-mail: krueator@gmail.com

Бобров Алексей Евгеньевич — д. м. н., профессор, руководитель отделения консультативной психиатрии и психотерапии ФГБУ, Московский научно-исследовательский институт психиатрии. E-mail: bobrov2004@yandex.ru

Тявокина Елена Юрьевна — заведующая психосоматическим отделением ГБУ СПб НИИСП им. И.И. Джанелидзе. E-mail: elenamadgit@yandex.ru

Добровольская Алла Евгеньевна — ассистент кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. E-mail: maxmmm@yandex.ru

Модели судебно-психиатрической экспертной оценки

Д.Н. Корзун, А.А. Ткаченко,
Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского

Резюме. Проанализированы повторные судебно-психиатрические экспертизы по гражданским делам об определении дееспособности гражданина и признании сделки недействительной. Выделены модели обоснования экспертных выводов. Показана предпочтительность выбора моделей экспертной оценки в зависимости от диагноза психического расстройства. Обоснована необходимость совмещения экспертных подходов с дополнением их синдромальным анализом.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, гражданский процесс, дееспособность, сделкоспособность, синдром.

Models of a forensic psychiatric expert examination

D.N. Korzun, A.A. Tkachenko
The Serbsky State Research Centre of Social and Forensic Psychiatry

Summary. Repeated judicial and psychiatric examinations on civil cases on determination of capacity of the citizen and recognition the transaction as a void one were analyzed. Models of conclusions expert justification are allocated. Preference of the choice of models of an expert assessment depending on the diagnosis of a mental disorder is shown. Need of combination of expert approaches and addition of their analysis of syndromes is proved.

Keywords: forensic psychiatric expert examination, civil proceedings, capacity, capacity to make transactions, syndrome.

Деятельность судебно-психиатрического эксперта жестко регламентируется нормами действующего законодательства. В частности, в соответствии со ст. 11 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» государственные судебно-экспертные учреждения одного и того же профиля осуществляют деятельность по организации и производству судебной экспертизы на основе единого научно-методического подхода к экспертной практике, профессиональной подготовке и специализации экспертов. В соответствии со ст. 8 указанного Закона заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных. В связи с указанными законодательными требованиями унификация экспертных подходов является одной из актуальных задач, стоящих перед судебной психиатрией.

На сегодняшний день наименее разработанной остается методология судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) в гражданском процессе. В первую очередь это связано с меняющейся законодательной базой и пересмотром правовой категории недееспособности. В действующий Федеральный закон РФ № 3185-1 от 2 июля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ред. от 06.04.2011 г.), Гражданский процессуальный кодекс РФ от 14 ноября 2002 г. № 138-ФЗ (ред. от 14.11.2011 г.) уже внесены изменения, значительно расширяющие права недееспособных граждан. В настоящее время граждане, признанные судом недееспособными, госпита-

лизируются в психиатрический стационар в том же порядке, что и не лишенные дееспособности. Недееспособные граждане получили возможность отстаивать свои интересы в суде. Более того, Постановлением Конституционного суда РФ от 27 июня 2012 г. законодательные нормы, регламентирующие основания признания гражданина недееспособным, признаны несоответствующими Конституции Российской Федерации. Вытекающие из этих законодательных новаций повышенные требования к обоснованности дифференцированных экспертных решений делают особенно актуальной проблему выбора экспертами той или иной модели диагностики психических расстройств: категориальной либо операциональной [2].

В последние годы отмечается существенный рост интереса отечественных исследователей к проблемам судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе. Между тем существующие научные разработки касаются лишь отдельных направлений СПЭ [1, 3] и не решают общих методологических проблем. Подходы иностранных авторов к оценке «завещательной дееспособности», возможности большого принимать юридически значимые решения [9, 10, 11, 12, 13] опираются на законодательные нормы, существенно отличающиеся от отечественных. Кроме того, в значительной мере критерии оценки ориентированы на стандартизированные опросники, возможность использования которых в судебной психиатрии весьма ограничена. Поэтому результаты исследования зарубежных авторов нуждаются, как минимум, в серьезной адаптации к потребностям СПЭ в гражданском процессе.

Целью настоящего исследования явилось установление роли различных экспертных подходов в возникновении расхождений экспертных решений.

Проанализированы 236 повторных СПЭ: 92 наблюдения по определению дееспособности граждан, 144 — по гражданским делам о признании сделки недействительной, из которых 72 — очные СПЭ и 72 — посмертные. В 118 наблюдениях СПЭ проводилась мужчинам, в таком же числе наблюдений — женщинам. Распределение обследованных по диагнозам было следующим: 28,81 % составили больные с различными формами шизофрении, 46,61 % — с органическими психическими расстройствами (в т. ч. органическим расстройством личности — 26,69 %, деменцией и органическим эмоционально лабильным расстройством — по 8,47 %, органическим бредовым (шизофреноподобным) расстройством — 2,98 %, 5,08 % — с синдромом зависимости от ПАВ, 4,67 % — с умственной отсталостью, 14,83 % пришлось на долю прочих наблюдений (расстройства личности, аффективные расстройства, неуточненные психические расстройства, психически здоровые).

Основными методами исследования были клиничко-психопатологический и статистический. Статистическая обработка полученных данных выполнялась с помощью программы Statistika 6.0. Оценка достоверности сравниваемых показателей осуществлялась с использованием критерия Фишера. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$. Для исследования взаимосвязи между исходными признаками в группах больных с совпадением и расхождением экспертного решения использован коэффициент Спирмена.

Проведенный анализ выявил, что экспертное заключение первичной СПЭ было подтверждено лишь в 30,08 % наблюдений, во всех остальных случаях отмечались расхождения экспертных решений. В 23,72 % наблюдений категоричный экспертный вывод был пересмотрен на противоположный, в 7,63 % наблюдений в ходе первичной либо повторной СПЭ было вынесено вероятностное заключение, в остальных случаях (38,57 %) первичной либо повторной экспертизой было вынесено заключение о невозможности решения экспертных вопросов.

Все причины расхождений экспертных решений были разделены на пять групп: 1) связанные с различными экспертными подходами; 2) определявшиеся разным объемом экспертно значимой информации, которой располагали эксперты при первичной и повторной СПЭ; 3) обусловленные сложностью клинической квалификации психического состояния подэкспертного; 4) связанные с нарушением пределов профессиональной компетенции; 5) обусловленные недостаточной полнотой экспертного исследования. В настоящем сообщении рассматриваются только причины, связанные с различными экспертными подходами.

На основании анализа аргументации экспертных выводов и статистической обработки матери-

ала выделены модели, используемые при обосновании экспертного заключения.

Первая модель — **дискретная**. Экспертный вывод о дееспособности (делкоспособности) обосновывается непосредственно диагнозом психического расстройства, например: «...указанное психическое расстройство лишает (либо не лишает) подэкспертного способности понимать значение своих действий и руководить ими». В основе дискретной модели лежат представления о четких границах между отдельными психическими расстройствами. При этом установление диагноза определенного психического расстройства предполагает однозначный экспертный вывод о способности либо неспособности лица понимать значение своих действий и руководить ими. Использование данной модели опирается на традиционные представления о разделении психических расстройств на невротический и психотический уровень патологии, дементные и недементные формы [6]. Акценты экспертного исследования при этой модели смещаются в сторону обоснования диагноза психического расстройства. Дискретная модель на примере органических психических расстройств представлена на рис. 1.

Вторая модель — **полисимптомная**. Она предполагает обоснование экспертного вывода набором симптомов психического расстройства непосредственно, либо с приведением составляющих юридического критерия (понимание существа, правовых и социальных последствий юридически значимых событий, нарушение регуляции поведения) делкоспособности и дееспособности. В общем виде экспертный вывод формулируется следующим образом: «...имеющиеся расстройства (снижение памяти, интеллекта, лабильность аффекта, сниженное настроение и пр.) лишают (либо не лишают) подэкспертного способности понимать значение своих действий и руководить ими». В основе полисимптомной модели лежат представления о симптомах психических расстройств как относительно независимых размерностях, что соотносится с обсуждаемой в литературе мультидименсиональной моделью психических расстройств [4]. Акценты экспертного исследования смещаются в сторону выявления набора симптомов расстройства и установления влияния каждого из них на интеллектуальный и волевой компоненты юридического критерия. В целом же полисимптомная модель (рис. 2) ориентирована на операциональный принцип диагностики МКБ-10.

При первичной СПЭ предпочтение отдавалось дискретной модели диагностики (43,2 %), на долю полисимптомной пришлось 24,6 % ($p < 0,01$). При повторной СПЭ соотношение между категориальной и полисимптомной моделью обоснования заключений было обратным. На долю дискретной модели пришлось 19,1 % наблюдений, на долю полисимптомной — 58,9 % ($p < 0,01$). В целом же смена моделей обоснования экспертных выводов отмечена в 45,14 % наблюдений. При сопоставлении с нозологическими категориями выявлены силь-

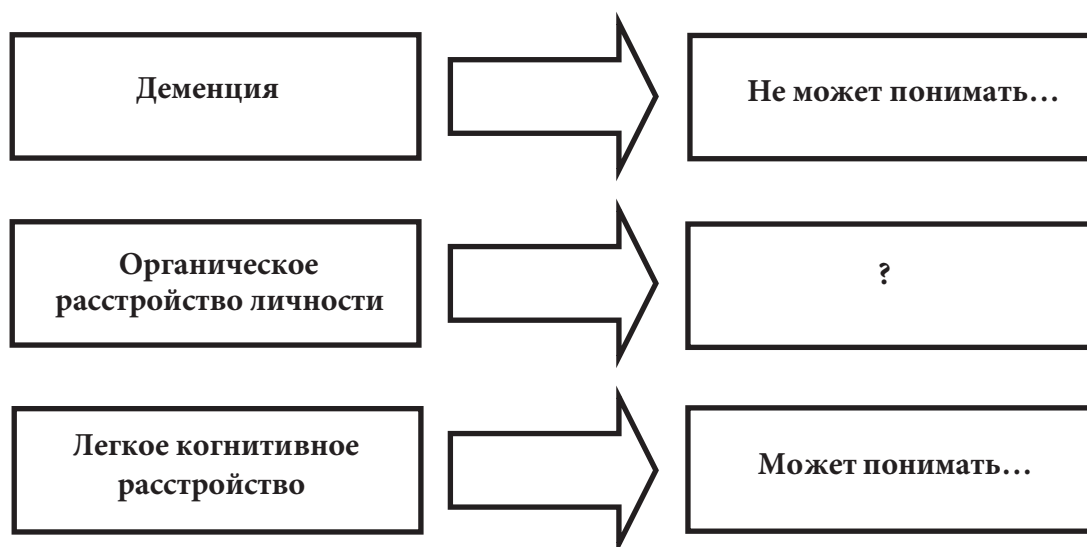


Рис. 1. Дискретная модель обоснования экспертного решения.



Рис. 2. Полисимптомная модель обоснования экспертного решения.

ные корреляционные зависимости между сменой моделей обоснования выводов и расхождением экспертных решений в подгруппах больных шизофренией и органическим расстройством личности (R_{sp} по модулю более 0,5). Таким образом, выбор дискретной модели при экспертной оценке шизофрении и органического расстройства личности является неоправданным.

Полученные данные показывают, что дискретная модель не отвечает клиническим реалиям, а именно — не учитывает континуальность психических нарушений с постепенным переходом от легких к более выраженным и тяжелым. Дискретная модель не решает целого ряда проблем, возникающих при оценке пограничной с экспертной точки зрения психической патологии: органического расстройства личности, негативной симптоматики в состоянии ремиссии у больных шизофренией и пр., при наличии которой возможны различные экспертные заключения в зависимости от выраженности негативных расстройств, ситуативных факторов, уровня сложности анализируемой юридически значимой ситуации, индивидуально-психологических особенностей

лица. Поэтому дискретная экспертная модель может применяться только в случае диагностики психических расстройств, которые предполагают однозначный экспертный вывод. Нетяжелые психические нарушения, например органическое эмоционально лабильное расстройство, предполагают однозначный экспертный вывод о дееспособности и сделкоспособности лица. Наоборот, грубые психические нарушения (деменция, шизофрения со стойким параноидным синдромом и др.) определяют экспертный вывод о недееспособности и несделкоспособности подэкспертного. В целом же причина необоснованного выбора дискретной модели заключается в недоучете синдромальных характеристик психического расстройства — ведущего психопатологического синдрома.

Однако дискретная модель не может быть отвергнута как несостоятельная, поскольку в «однозначных» с точки зрения экспертной оценки наблюдениях обеспечивает достаточную надежность и воспроизводимость. В условиях недостатка информации, преобладания квалифицирующих характеристик психического состояния над описательными дискретная модель может явить-

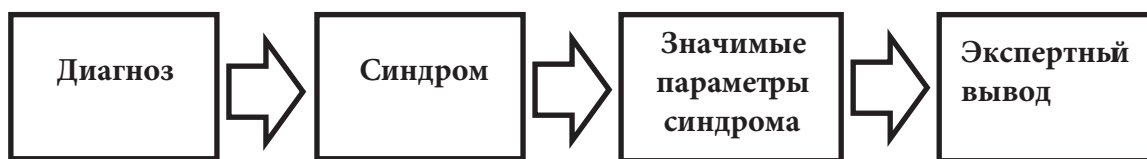


Рис. 3. Синдромальная модель обоснования экспертного решения.

ся единственным инструментом преодоления нерезультативности экспертного исследования, что особенно значимо при производстве посмертной СПЭ. При этом необходимо сделать оговорку, что возможность вынесения экспертного заключения (вероятностного либо категоричного) определяется всей совокупностью представленных на экспертизу данных, прямо или косвенно характеризующих психическое состояние, их внутренней непротиворечивостью.

При большей универсальности и воспроизводимости полисимптомная модель обоснования экспертных выводов также не лишена недочетов. Основной ее недостаток заключается в игнорировании внутренних взаимосвязей между симптомами в рамках психопатологического синдрома. Пересмотр первоначального категоричного экспертного вывода в сторону заключения о невозможности решения экспертных вопросов в 35,7 % наблюдений (от числа вторично нерешенных случаев) был связан с использованием полисимптомной модели. При этом недоучет закономерностей синдрообразования обусловил неправомерную трактовку динамики психического расстройства с выводом о невозможности решения экспертных вопросов в связи с «противоречивостью данных» либо «невозполнимой недостаточностью описания психического состояния».

Третья модель обоснования экспертного заключения — **синдромальная** — использовалась лишь в единичных наблюдениях. Более того, сам термин «синдром» при обосновании экспертного вывода упоминается лишь в 4,7 % наблюдений. Между тем, основополагающая роль синдромального подхода убедительно показана в научных исследованиях, посвященных дееспособности [1, 7]. Не менее важна оценка закономерностей синдрообразования для определения прогноза психического расстройства [5, 8], что приобретает особую значимость при экспертизе дееспособности.

При синдромальной модели обоснования экспертных выводов (рис. 3) ключевым клиническим аргументом в пользу выносимого экспертного решения становится ведущий психопатоло-

гический синдром. Нозологическая форма позволяет судить о динамике ведущего синдрома как в ретроспективном плане, так и прогностически. На этапе соотнесения с юридическим критерием оцениваются значимые параметры синдрома: качественные — продуктивные (бредовые, галлюцинаторные, аффективные), негативные (интеллектуально-мнестические, нарушения мышления, воли) и динамические (характер течения, стойкость/обратимость). Кратким вариантом обоснования экспертного вывода с использованием синдромальной модели может являться следующий: «...имеющееся у подэкспертного психическое расстройство, характеризующееся стойким параноидным синдромом с бредом преследования, воздействия, определяющим характер принимаемых им решений в юридически значимых ситуациях, лишает его способности понимать значение своих действий и руководить ими».

Синдромальная модель лишена недостатков дискретной и полисимптомной моделей. Необходимость синдромальной квалификации психического состояния страхует от неправомерного расширения критериев недееспособности и неадекватности, что не исключается при использовании дискретной модели. В отличие от полисимптомной модели, анализ закономерностей синдрообразования позволяет заполнить информационные лакуны [7] при недостаточности описаний психического состояния и прийти к определенному экспертному выводу.

Таким образом, синдромальная модель обоснования экспертных выводов не только совмещает в себе дискретную и полисимптомную модели, но и лишена их недостатков, а потому является приоритетной при производстве судебно-психиатрических экспертиз. Использование синдромальной модели позволит не только вплотную приблизиться к выполнению законодательного требования по унификации экспертных подходов, но и повысить обоснованность экспертных выводов, что будет способствовать значительному сокращению числа расхождений при производстве повторных СПЭ.

Литература

1. Королева Е.В. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств у лиц, совершивших сделки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Москва. — 2010. — 42 с.
2. Крылов В.И. Клиническая психопатология и доказательная медицина (проблема методологии диагноза) // Психиатрия и психофармакология. — 2011. — Т. 13. — № 4. — С. 9–13.
3. Малкин Д.А. Экспертная оценка психического состояния лиц, совершивших сделки, в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы: Автореф.

- дис. ... канд. мед. наук. — Москва. — 2004. — 24 с.
4. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Психопатология и терапия шизофрении на неманифестных этапах процесса // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2005. — Т. 7. — № 4. — С. 3.
 5. Тиганов А.С. Аффективные расстройства и синдромообразование // Материалы научно-практической конференции с международным участием 7—8 апреля 1998 г. М.: Научный центр психического здоровья РАМН. — 1998. — С. 78—81.
 6. Руководство по судебной психиатрии // Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. М.: Медицина. — С. 369—374.
 7. Руководство по судебной психиатрии // Под ред. А.А. Ткаченко. М.: Издательство Юрайт. — 2012. — 960 с.
 8. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование // Под ред. А.В. Снежневского. — М., Медицина. — 1972. — 398 с.
 9. Appelbaum P. S. Assessment of Patients Competence to Consent to Treatment // *New England Journal of Medicine*. — 2007. — Vol. 357. — P. 1834—1840.
 10. Cording C. The assessment of (in) competence to make a will // *Forsch. Neurol. Psychiatr.* — 2004. — Vol. 72. — № 3. — P. 147—159.
 11. Palmer K., Wang H.-X., Backman L. et al. Differential evolution of cognitive impairment in nondemented older persons // *American Journal of Psychiatry*. — 2002. — Vol. 159. — № 6. — P. 436—442.
 12. Roth H.L., Meisel A., Lindz C.W. Test of Competency to Consent to Treatment // *American Journal of Psychiatry*. — 2000. — Vol. 139. — № 2. — P. 249—284.
 13. Shulman K.I., Cohen C.A., Hull I. Psychiatric issue in retrospective challenges of testamentary capacity // *International Journal of Geriatric Psychiatry*. — 2005. — Vol. 20. — № 1. — P. 63—69.

Сведения об авторах

Ткаченко Андрей Анатольевич — д. м. н., профессор, руководитель отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России. E-mail: tkatchenko_gnc@mail.ru

Корзун Дмитрий Николаевич — к. м. н., старший научный сотрудник отделения эндогенных психозов отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России. E-mail: dnk-k@yandex.ru

Комплаенс и психодинамические параметры больных психозами

Н.Б. Лутова

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. Изучены взаимосвязи психологических защитных механизмов и копинг-стратегий с различными аспектами комплаенса больных психозами. Полученные результаты свидетельствуют о вкладе личностных параметров в отдельные подсистемы структуры комплаенса, преимущественно влияя на отношение больных к медикации, что позволяет формировать индивидуализированные подходы терапии комплаенса.

Ключевые слова: комплаенс, больные психозами, психодинамический профиль, копинг-стратегии, психологические защитные механизмы.

Medication compliance and psychodynamic parameters in mental ill patients

N.B. Lutova

St. Petersburg V.M. Bekhterev Research Psychoneurological Institute

Summary. The object of the present study was to find out whether the medication compliance of mentally ill people depends on their coping-strategies and defense mechanisms. Following results have been obtained: coping behavior patterns and defense mechanisms were significantly associated with different subsystems which influence the adherence to medication, specially with attitudes toward medication. This finding allows to initiate the individual programs for improving medication compliance.

Key-words: compliance, psychotic patients, psychodynamic profile, coping-strategies, psychological defense mechanisms.

Введение

К настоящему времени изучено множество факторов, формирующих и поддерживающих тот или иной уровень комплаенса психически больных. На основании этих находок сформировано представление о структуре комплаенса и используются подходы, направленные на улучшение комплаентности психиатрического контингента больных. Однако данные об эффективности предлагаемых моделей терапии комплаенса достаточно противоречивы. В частности, установлено, что наиболее часто используемые психообразовательные программы повышают знания пациентов относительно заболевания и лечения, но в целом не оказывают существенного влияния на общий уровень комплаенса [11, 8]. Модель комплаенс-терапии, базирующаяся на мотивационном интервьюировании и когнитивно-поведенческих техниках, также подвергается критике, поскольку в ряде исследований не показала преимуществ по таким параметрам комплаенса, как отношение к медикации, осознание болезни, уровень глобального функционирования и качество жизни в сравнении с использованием общего консультирования больных шизофренией [8, 12]. Эти находки поддерживают представления о том, что феномен комплаенса имеет и глубинно-психологическую составляющую [6], без знания которой невозможно индивидуализировать подходы для улучшения комплаенса, а значит, и надеяться на прорывы в деле терапии комплаенса. При этом в ли-

тературных источниках существуют лишь отдельные работы, посвященные исследованию взаимосвязи копинг-стратегий и типом отношения к болезни с уровнем комплаенса [7, 3, 9].

Таким образом, *целью* работы стало исследование взаимосвязи параметров психодинамического профиля больных психозами с уровнем и структурой комплаенса.

Материалы и методы

Исследовано 409 больных, проходивших стационарное лечение в отделении интегративной психофармакотерапии психических расстройств ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева». Из них: мужчин — 148, женщин — 261. Средний возраст составил $31,8 \pm 2,2$ года. Согласно МКБ-10 обследованные принадлежали к следующим диагностическим рубрикам: F2 — 314; F3 — 95 больных. Изучение комплаенса проводилось с применением шкалы оценки медикаментозного комплаенса (ШМК) [4, 10]. Для объективации оценки преобладающих защитных механизмов использованы шкала защитных механизмов FKBS и шкала копинг-стратегий SVF.

Результаты и обсуждение

Исследование взаимосвязи факторов шкалы медикаментозного комплаенса с защитными механизмами больных по шкале (FKBS) приведены в табл. 1.

В табл. указаны значения коэффициентов корреляции, имеющие статистическую значимость.

Таблица 1. Коэффициенты корреляции Пирсона (χ^2) между показателями пунктов шкалы медикаментозного комплаенса и шкалы защитных механизмов FKBS

Пункты ШМК	FKBS	ТАО (обращение против объекта)	PRO (проекция)
1.7 Оценка эффективности принимаемого на данный момент препарата при монотерапии			- 0,17
1.8 Оценка эффективности принимаемого на данный момент комбинации препаратов		- 0,16	
1.10 Приемлемость перорального приема препарата		- 0,16	
1.13 Информация о времени ожидаемого начала действия препарата		- 0,23	- 0,16
4.1 Терапевтический альянс		- 0,17	

Таблица 2. Показатели коэффициента корреляции Пирсона (χ^2) между показателями шкалы медикаментозного комплаенса и шкалы копинг-стратегий SVF

Показатели ШМК Шкала SVF	Сумма факторов отношения к медикации	Сумма факторов, связанных с близким окружением	Общий показатель шкалы комплаенса
REKON (попытка умерить реакцию)	- 0.17		
GEDW (мыслительное застревание)	- 0.17		- 0.18
SEMITL (сострадание к себе)	- 0.22		- 0.20
AGG (агрессия)	- 0.25	- 0.17	- 0.25

Установлены взаимосвязи преимущественно с психологическим защитным механизмом «обращение против объекта», в котором задействовано объект-отношение, которое может быть представлено либо внешним (например, врач), либо внутренним объектом (например, символ человека). Полученные взаимосвязи данного защитного механизма с отдельными пунктами ШМК объясняются тем, что и лекарственные средства, и конкретный врач не воспринимаются субъектом как объекты, способствующие достижению его удовлетворения, вследствие чего происходит прямой сброс агрессии на объекты.

Выявленные взаимосвязи между защитным механизмом «проекция» и пунктами ШМК свидетельствуют о попытках субъекта наделить других собственными, но неприемлемыми для себя чувствами, желаниями и намерениями с целью нейтрализации болезненных аспектов собственной личности, в особенности связанных с чувствами стыда, унижения, страха. Таким образом, происходит попытка субъекта защититься от факта болезни и необходимости приема психотропных препаратов, которые являются символами его/ее собственного неблагополучия.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что на факторы комплаенса оказывают отрицательное влияние преимущественно дезадаптивные защитные механизмы, ко-

торые вообще свойственны пограничным и психотическим личностям [1, 2, 4].

Факт болезни и необходимость соблюдения режима лекарственной терапии является для индивида психологическим стрессором и в такой ситуации, становясь пациентом, он/она прибегает к использованию тех или иных копинг-стратегий, выстраивая более или менее успешное приспособительное поведение.

Для проверки гипотезы о взаимосвязи копинг-поведения и комплаентности больных использовался корреляционный анализ. Для его применения использовались данные, полученные при помощи шкалы копинг-стратегий SVF и шкалы медикаментозного комплаенса. Результаты корреляционного анализа приведены в табл. 2, где указаны значения полученных коэффициентов корреляции, демонстрирующие статистически значимые взаимосвязи.

Как видно из табл. 2, установлены отрицательные взаимосвязи между отдельными копинг-стратегиями, используемыми больными подсистемами комплаенса: «отношение больного к медикации», «факторы, связанные с близким окружением» и общим уровнем комплаенса.

Применение дисперсионного анализа позволило установить наиболее значимые зависимости характеристик отдельных копинг-стратегий и показателей медикаментозного комплаенса. В частности, результаты анализа показали, что значи-

мо различающимися оказались средние значения показателей ряда копинг-стратегий в зависимости от значений пункта «наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще или с возможностью появления побочных эффектов» пункта 1.3 ШМК. Полученные результаты представлены в табл. 3 и 4.

Полученные данные позволяют видеть, что наличие у больного опасений, связанных с психотропным действием вообще или с возможностью

появления побочных эффектов, сопровождается неконструктивным проблемно-решающим поведением, что в целом проявляется тенденцией увеличения средних значений показателей неблагоприятных (пассивно-зависимой и деструктивной) копинг-стратегий «сострадание к себе» и «агрессия». При этом отмечаются статистически значимые различия значений средних показателей ($p < 0,05$) между группами больных, имеющих различные градации по пункту 1.2 ШМК. Причем

Таблица 3. Средние значения показателей копинг-стратегии «сострадание к себе» в группах больных с различными показателями пункта «наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще или с возможностью появления побочных эффектов» шкалы медикаментозного комплаенса

Градации пункта 1.3 ШМК	SEMITL			P
	M (x)	Кол-во больных	Стандарт. отклонение	
0 Негативно относится к принимаемому препарату, т.к. испытал на себе субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта нескольких препаратов	53,78571	26	8,386606	0,000059
1 Негативно относится к принимаемому препарату, т.к. испытал на себе субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта	53,80000	48	5,769086	
2 Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут произвести психологический эффект «зомбирования», «разрушения» личности	50,93333	47	8,419736	
3 Считает, что препараты, как и любые «химические», т.е. не природные, вещества могут оказаться вредными для организма	52,30000	66	6,165242	
4 Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут вызывать неприятные побочные действия	51,30833	144	6,821612	
5 Отсутствие необоснованных опасений относительно медикации	46,84314	78	7,395600	
Все группы	51,08333	409	7,221974	

Таблица 4. Средние значения показателей копинг-стратегии «агрессия» в группах больных с различными показателями пункта «Наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще или с возможностью появления побочных эффектов» шкалы медикаментозного комплаенса

Градации пункта 1.3 ШМК	AGG			P
	M(x)	Кол-во больных	Стандарт. откл.	
0 Негативно относится к принимаемому препарату, т.к. испытал на себе субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта нескольких препаратов	55,21429	26	5,337510	0,006260
1 Негативно относится к принимаемому препарату, т.к. испытал на себе субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта	52,60000	48	7,915733	
2 Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут произвести психологический эффект «зомбирования», «разрушения» личности	51,03333	47	5,921809	
3 Считает, что препараты, как и любые «химические», т.е. не природные, вещества могут оказаться вредными для организма	51,10000	66	8,094468	
4 Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут вызывать неприятные побочные действия	50,30000	144	7,279071	
5 Отсутствие необоснованных опасений относительно медикации	47,82353	78	6,656443	
Все группы	50,58333	409	7,340026	

в обоих случаях прослеживается закономерность: чем меньше у больного опасений относительно психотропных препаратов, тем ниже значения средних показателей данных копинг-стратегий.

Также были получены достоверные статистические различия ($p < 0,05$) между средними значениями показателей копинг-стратегий «попытка умерить реакцию» и «тенденция избегания» в группах больных с различными показателями пункта 1.11 «Удовлетворенность режимом приема препарата» ШМК — данные представлены в табл. 5 и 6.

Как видно из табл. 5, средние значения показателей копинг-стратегии REKON «попытка умерить свою реакцию» в группе больных, демонстрирующих удовлетворенность режимом приема препарата, ниже, чем среди тех, кто нейтрален или неудовлетворен. То есть этим двум группам больных приходится прилагать больше усилий для совладания с ситуацией, «мобилизуя» данный активно-продуктивный копинг, чтобы остаться в стационаре, продолжая лечение.

Рассматривая полученные средние значения показателя пассивно-зависимой копинг-стратегии VERM «тенденция избегания» в группах больных с различной степенью удовлетворенности режимом приема препарата, видно, что максимальные средние значения данного копинга имеются в группе больных, которые демонстрируют неудовлетворенность режимом приема лекарств, что свидетельствует о том, что эти пациенты стремятся игнорировать необходимость серьезного лече-

ния, надеясь, что впредь не будут иметь подобных проблем.

Также обнаружены различия показателей средних значений еще нескольких копинг-стратегий, достигающие статистической значимости ($p < 0,05$) в группах больных, имеющих разные показатели пункта 1.2 «Заинтересованность в приеме лекарств» шкалы медикаментозного комплаенса. Полученные данные приведены в табл. 7, 8, 9, 10.

Как видно из табл. 7, средние значения показателя копинг-стратегии GEDW «мыслительное застревание» увеличиваются в группах больных по мере того, как снижается их заинтересованность в приеме лекарств. Эта дефицитарная копинг-стратегия, по-видимому, используется больными как усилие отстоять свою позицию и имеющиеся сомнения относительно надобности принимать лекарства в ситуации, когда врач, медицинские сестры и вообще ситуация требуют проведения медикаментозной терапии. Также использование больными этой копинг-стратегии может быть частным случаем избегания активной позиции и собственной ответственности.

Средние значения показателя копинг-стратегии SEMITL «сострадание к себе» не имеют единой тенденции в группах больных с различной степенью заинтересованности в приеме лекарств. Как видно из табл. 8, наиболее низкие показатели средних значений данной копинг-стратегии наблюдаются в группах больных, демонстрирующих «полярные» показатели заинтересованности в приеме лекарств. Это связано с тем, что в пер-

Таблица 5. Средние значения показателей копинг-стратегии «попытка умерить реакцию» в группах больных с различными показателями пункта «удовлетворенность режимом приема препарата» шкалы медикаментозного комплаенса

Градации пункта 1.11 ШМК	REKON			P
	M(x)	Кол-во больных	Стандарт. отклонение	
0 Не удовлетворен	52,57143	65	10,67510	0,003905
1 Нейтрален	53,72973	185	9,05433	
2 Полностью удовлетворен	50,23967	159	7,11574	
Все группы	52,19865	409	8,62493	

Таблица 6. Средние значения показателей копинг-стратегии «тенденция избегания» в группах больных с различными показателями пункта «удовлетворенность режимом приема препарата» шкалы медикаментозного комплаенса

Градации пункта 1.11 ШМК	VERM			P
	M(x)	Количество больных	Стандарт. отклонение	
0 не удовлетворен	60,80992	65	9,64722	0,043185
1 нейтрален	57,87838	185	10,89024	
2 полностью удовлетворен	57,57143	159	8,96039	
Все группы	59,04377	409	10,10426	

Таблица 7. Средние значения показателя копинг-стратегии «мыслительное застревание» в группах больных с различными показателями пункта «заинтересованность в приеме лекарств» шкалы медикаментозного комплаенса

Градации пункта 1.2 ШМК	GEDW			P
	M(x)	Количество больных	Стандарт. отклонение	
0. Нежелание принимать лекарства	46,00000	43	8,062258	0,013950
1. Пассивное согласие на прием лекарств при отсутствии надежды на эффект	48,73750	107	8,227376	
2. Согласие на прием препарата при наличии сомнений в его эффективности	45,58871	151	8,1822562	
3. Активное отношение к необходимости приема лекарств	44,30864	108	9,645779	
Все группы	46,10333	409	8,982293	

Таблица 8. Средние значения показателя копинг-стратегии «сострадание к себе» в группах больных с различными показателями пункта «заинтересованность в приеме лекарств» шкалы медикаментозного комплаенса

Градации пункта 1.2 ШМК	SEMITL			P
	M(x)	Количество больных	Стандарт. отклонение	
0. Нежелание принимать лекарства	50,60000	43	6,033241	0,042112
1. Пассивное согласие на прием лекарств при отсутствии надежды на эффект	52,61250	107	7,495980	
2. Согласие на прием препарата при наличии сомнений в его эффективности	51,25806	151	7,125896	
3. Активное отношение к необходимости приема лекарств	49,39506	108	7,049254	
Все группы	51,08333	409	7,221974	

Таблица 9. Средние значения показателя копинг-стратегии «агрессия» в группах больных с различными показателями пункта «заинтересованность в приеме лекарств» шкалы медикаментозного комплаенса

Градации пункта 1.2 ШМК	AGG			P
	M(x)	Количество больных	Стандарт. отклонение	
0. Нежелание принимать лекарства	52,66667	43	5,433582	0,021478
1. Пассивное согласие на прием лекарств при отсутствии надежды на эффект	52,47500	107	6,761722	
2. Согласие на прием препарата при наличии сомнений в его эффективности	49,79839	151	7,639201	
3. Активное отношение к необходимости приема лекарств	49,53086	108	7,406224	
Все группы	50,58333	409	7,340026	

вом случае высокая степень заинтересованности в лекарстве означает повышение веры больного в выздоровление и сопровождается снижением необходимости в сострадании к себе. А низкий уровень копинга «сострадание к себе» у больных с низкой заинтересованностью в приеме лекарств означает их регрессивную позицию с уходом от ответственности по типу: «Я тут ни при чем — нечего и расстраиваться».

Наиболее высокие средние значения показателя деструктивной копинг-стратегии AGG «агрессия» имеются в группе больных, не желающих принимать лекарства. Поскольку приводятся данные стационарных пациентов, то в данном случае использование этой копинг-стратегии происходит в ситуации, когда окружающая обстановка требует приема лекарств, что порождает деструктивную злобу на то, что заставляют глотать таблет-

Таблица 10. Средние значения показателя копинг-стратегии «попытки умерить реакцию» в группах больных с различными показателями пункта «заинтересованность в приеме лекарств» шкалы медикаментозного комплаенса

Градации пункта 1.2 ШМК	REKON			p
	M(x)	Кол-во больных	Стандарт. откл.	
0 Нежелание принимать лекарства	59,06667	43	8,163216	0,012858
1 Пассивное согласие на прием лекарств при отсутствии надежды на эффект	52,28750	107	9,929108	
2 Согласие на прием препарата при наличии сомнений в его эффективности	52,29839	151	7,863655	
3 Активное отношение к ие необходимости приема лекарств	51,09877	108	8,167933	
Все группы	52,31000	409	8,668586	

ки. Причем, как видно из табл. 9, здесь наблюдается прямо пропорциональная зависимость: чем больше заинтересованность больных в приеме лекарств, тем менее выраженность этой копинг-стратегии «агрессия».

Наибольшие средние значения показателя копинг-стратегии REKON «попытки умерить реакцию», как видно из табл. 10, наблюдаются в группе больных, не желающих принимать лекарства, и наименьшие среди тех, кто заинтересован в приеме лекарств. Это, вероятно, объясняется тем, что в первой группе пациентам, находящимся в госпитальных условиях и не желающим принимать лекарства, приходится усиливать самоконтроль, умерять свою реакцию, справляясь с ней, поскольку они остаются в лечебном процессе, не требуя выписки из стационара. Это пример использования активно-продуктивного копинга, который нивелирует нежелание больных принимать лекарственные препараты.

Выводы

Выявлены доминирующие психологические защитные механизмы, связанные преимущественно с параметрами комплаенса, относящимися к отношению больного к медикации, причем чем более выражены дезадаптивные психологические защи-

ты, тем хуже больной воспринимает процесс фармакотерапии.

Обнаруженные взаимосвязи между манифестным приспособительным поведением (копинг-стратегиями) и значительным количеством параметров ШМК свидетельствуют о существенном значении копинг-стратегий для формирования комплаенса. Использование копинга связано преимущественно с подсистемой отношения к медикации, что говорит о том, что комплаенс является преимущественно внутренней проблемой больного, которая в меньшей степени затрагивает отношения с близким окружением и практически не актуальна в отношениях с врачом.

Установлено, что копинг-стратегии больных разнообразны и используются гибко в зависимости от ситуации, поэтому не вызывает удивления то, что, так же как и при исследовании психологической защиты, обнаружены относительно немногочисленные и убедительно доминирующие варианты.

Сложность и ажурность обнаруженных закономерностей между исследованными параметрами имеют большую практическую значимость, поскольку полученные результаты можно применить для построения индивидуализированного профиля терапевтической стратегии для каждого отдельного больного.

Литература

1. Аристова Т.А. Сравнительные исследования биологического и психологического компонентов психической адаптации больных неврозами и неврозоподобной шизофренией: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук / НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — СПб. — 1999. — 25 с.
2. Аристова Т.А., Абабков В.А., Слезин В.Б. и др. Сравнительное исследование эмоционально-мотивационных нарушений при заболевании неврозами и неврозоподобной шизофренией // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. — 2000. — № 1. — С. 32–35.
3. Гречко Т.Ю. Особенности комплаенса больных с алкогольной зависимостью и система его психокоррекции. *Международный психиатрический журнал*. — 2011. — № 3. — С. 15–19.
4. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства (стратегии психотерапии // Пер. с англ. — М. — 2000. — 459 с.
5. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., Вукс А.Я. Метод прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии // Усовершенствованная медицинская технология. — СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2006. — 23 с.
6. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в психиатрической практике // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004 (приложение № 3). — С. 7–11.

7. Шлафер А.М. Метод комплаенс-терапии в системе лечения больных шизофренией// Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — СПб. — 2012. — 26 с.
8. Gray R., Leese M., Bindman J., et al. Adherence therapy for people with schizophrenia // *Br J Psychiatry*. 2006. — 189. — P. 508–514.
9. Greenhouse W.J., Meyer B., Johnson S.L. Coping and medication adherence in bipolar disorder. *J Affective Disorders*. — 2000. — 59. — P. 237–41.
10. Lutova N., Neznanov N., Wied V. The medication compliance in psychiatry and method of its assessment. *Yearbook of International Psychiatry and Behavioral Neurosciences* — 2009. Nash Barton, editor. Nova Science Publishers, Inc, New York. — P. 399–408.
11. Merinder L.B., Viuff A.G., Laugesen H.D., et al. Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness // *Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. — 1999. — 34. — P. 287–294.
12. O'Donnell C., Donohoe G., Sharkey L., et al. Compliance therapy: a randomized controlled trial in schizophrenia // *Br Medical J*. — 2003. — 237. — P. 834–836.

Сведения об авторе

Лутова Наталья Борисовна — к. м. н., ведущий научный сотрудник отделения интегративной фармакопсихотерапии психических расстройств СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: lutova@mail.ru

Клиническая типология синдрома фантазирования у детей и подростков

И.В. Макаров, И.В. Кравченко

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. В статье приведена клиническая типология синдромов фантазирования у детей от 3 до 16 лет с различными психическими заболеваниями и расстройствами. Выделены следующие варианты синдрома фантазирования: 1. Фантазирование с сенсореализацией представлений; 2. Фантастические истории (подразделяются на 5 вариантов: 2.1. Легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием, 2.2. Фантазирование с повышенной лживостью, 2.3. Сексуальные оговоры и самооговоры, 2.4. Фантазирование на темы вымышленных миров, 2.5. Фантазирование на тему вымышленного друга, 3. Игровые перевоплощения; 4. Фантазирование с преобладанием особых увлечений.

Ключевые слова: синдромы фантазирования, патологическое фантазирование, детская психиатрия.

The clinical typology of syndromes of fantasizing in children and adolescent

I.V. Makarov, I.V. Kravchenko

V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Saint Petersburg, Russia

Summary. The article describes the clinical typology of the syndromes of fantasizing in children from 3 to 16 years old with various mental illnesses and disorders. The following variants of the syndrome of fantasizing were picked out: 1. fantasizing with sensorialization of mental images, 2. on the subject of fantastic stories (divided into 5 different: 2.1 easily provoked fantasies with situation-conditioned content, 2.2. fantasizing with heightened falsehood, 2.3. sexual slander allegations against others and oneself, 2.4. fantasizing about imaginary worlds, 2.5. fantasizing on the theme of a fictional friend), 3. playing transformation, 4. fantasizing with a predominance of especial immersions.

Key words: syndromes of fantasizing, pathological fantasy, children psychiatry

Введение*. Патологическую фантастику принято считать наиболее характерной патологией в клинике психических заболеваний детского и подросткового возраста (Мамцева В.Н., 1964; Руднева И.К., 1985). Описываемый феномен с начала XX века в отечественной литературе по детской психиатрии выделялся в виде отдельного синдрома, именуемого чаще всего синдромом патологического фантазирования, реже синдромом бредоподобных фантазий. Из-за феноменологической неясности авторы избегали давать определение понятия, ограничиваясь указанием на его принадлежность «к так называемым предпочтительным синдромам детского возраста» (Руднева И.К., 1985). Несмотря на продолжительную историю изучения феномена, до сих пор отсутствует удовлетворительное определение этого состояния (Гурьева В.А. и соавт., 1994). Типичное для словарей** определение — «фантазирование патологи-

ческое — склонность психически больного и пациента с психопатией к сочинению неправдоподобных историй, в которые он верит» — отражает только часть явления. Как справедливо замечает В.И. Крылов (2012а, б), и до настоящего времени патология воображения является мало разработанным разделом семиотики психических расстройств. Феномен описывался под разными названиями (цит. по: Руднева И.К., 1985): «золотая пора детской лжи», «мифомания», «mania fantastica», «грезоподобное фантазирование», «патологическое фантазирование», «аутистическое фантазирование», «бредоподобное фантазирование».

Известная сложность с пониманием явления и, следовательно, определением понятия могла возникнуть в самом начале исследований, когда Anton Delbrück (1891) выделил «pseudologia phantastica», подразделив понятие на три группы — фантазии, псевдология и ложь. Вторым опубликованным трудом, касающимся изучаемой нами проблемы, — доклад Т. Цихена на парижском конгрессе в 1900 году, где он описал «paranoia phantastica» как пубертатный психоз (Ziehen Th., 1900), тем самым впервые высказав мнение о возможности фантазий составлять сущность психотического расстройства.

В нашей стране наиболее детальное изучение патологического фантазирования встречается на

* Ранее нами были опубликованы работы, посвященные разработке классификации синдрома фантазирования у детей (Макаров И.В., Кравченко И.В., 2010, 2011), но полученные новые данные вынудили вернуться именно к этой части исследований, предложив несколько иную, исправленную, типологию, что и нашло здесь свое отражение.

** Психиатрический энциклопедический словарь / Й.А. Стоиленов, М.Й. Стоиленова, П.П. Коева и др. — К.: МАУП, 2003. — С. 1058.

примере больных малопрогрессирующей шизофренией (Симсон Т.П., 1948; Мамцева В.Н., 1957; Чехова А.П., 1963; Руднева И.К., 1985). Рассмотрение патологического фантазирования преимущественно лишь в рамках шизофрении встречало обоснованную, на наш взгляд, критику (Мнухин С.С., 2008). Феномен получил описание и в рамках других нозологий: истерической психопатии (Хромов Н.А., 1958), шизоидной психопатии (Шевалев Е.А., Райхман Д.И., 1940), в том числе и у детей и подростков с формирующейся шизоидной психопатией (Леденёв Б.А., 1977). Исследованы различия варианта данного феномена у лиц с истерическими и шизоидными чертами (Буренина Н.И., 1976), фантазирование в рамках неперцептуального варианта *verschröbene* (Буренина Н.И., 1997а; Воронков Б.В., 2009), психогений (Говсеев А.А., 1894,— цит. по: Гурьева В.А. и соавт., 1994), сравнение особенностей патологического фантазирования у подростков с различным типом характеров (Гурьева В.А. и соавт., 1994), отражение работы по поиску дифференциально-диагностических критериев между нозологическими группами: шизофрения, психопатии, органические поражения головного мозга (Лашкова А.В., 2000). Результатом изучения феномена явилось признаваемое большинством авторов представление о патологическом фантазировании (Гурьева В.А. и соавт., 1994), как о синдроме нозологически не специфичном (Пакшвер И.Г., 1962; Гурьева В.А. и соавт., 1994; Лашкова А.В., 2000), встречающемся в разном возрасте и имеющем различную психопатологическую суть (Ковалев В.В., 1979; Гурьева В.А. и соавт., 1994). Даны описания синдромов патологического фантазирования (Ковалев В.В., 1979), телесных фантазий (Буренина Н.И., 1997), визуализации представлений (Леденёв Б.А., 1974; Чубариков В.И., 1999), девиантного обсессивного фантазирования, фантазирования садистического характера и фантазирования, связанного с нарушениями влечений (Ковалев В.В., 1979), ипохондрического фантазирования (Корень Е.В. и соавт., 2008).

Следующим шагом стало выделение обобщенных критериев, позволяющих рассматривать фантазирование как психопатологический феномен. Выявляется совокупность признаков: вымыслы становятся более значимы, чем реальные факты, готовность к перевоплощению в вымышленные образы, такое вживание в вымыслы, когда нарушается грань между фантазией и действительностью, появляются расстройства поведения, сопряженные с содержанием фантазий (Гурьева В.А. и соавт., 1994). Имеются и другие критерии (Лашкова А.В., 2000), но приведенные представляются нам более ясными и простыми в оценке.

Целью исследования стала разработка клинической систематики синдрома фантазирования у детей и подростков вне зависимости от его нозологической принадлежности.

Материалом исследования стали 102 больных (из них 74 мальчика) в возрасте от 3 до 16 лет с органическими психическими расстрой-

ствами, психопатиями, детским аутизмом, расстройствами адаптации, задержками темпа психического развития, умственной отсталостью, шизофренией. Во всех случаях ведущим методом обследования пациентов был клинико-психопатологический. Дополнительно всем пациентам проводилась электроэнцефалография (в 27 случаях) и магнитно-резонансная томография головного мозга, они консультировались неврологом и психологом. Больные были обследованы как амбулаторно, так и стационарно в период с 2003 по 2012 г. Катамнестические наблюдения составили от 0 до 8 лет. В работе использовался статистический метод с определением среднего значения при среднем отклонении.

Результаты исследования. Синдром фантазирования у детей и подростков был разделен на следующие клинические варианты:

1. Фантазирование с сенсореализацией представлений.
2. Фантастические истории:
 - легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием,
 - фантазирование с повышенной лживостью,
 - сексуальные оговоры и самооговоры,
 - фантазирование на темы вымышленных миров,
 - фантазирование на тему вымышленного друга,
3. Игровые перевоплощения,
4. Фантазирование с преобладанием особых увлечений.

Фантазирование с сенсореализацией представлений. Включает в себя такие группы (описываемые в прошлом различными авторами), как *Anschauungsbilder*, *visual perseveration*, *auditory perseveration*, варианты *paliopsia*, *palinacousis* и *somatic fantasies*. В этих случаях речь шла о пациентах с вербализацией или визуализацией представлений, что позволяет использовать единый термин «сенсореализация». На момент осмотра возраст детей варьировал от 6 до 12 лет (в среднем $9,4 \pm 1,8$ г.). Во всех случаях основные жалобы детей или же их родителей касались возникновения неприятных визуализированных или вербализированных представлений, расстраивающих и пугающих ребенка. Визуализированные образы отражали опасения и страхи пациента — пауки, насекомые, герои страшных мультфильмов или сказок, последствия конфликтов в семье. Все дети данной группы были изначально склонны к фантазированию, легкому возникновению эйдетических образов, в дальнейшем принявших навязчивый характер, а главное — к непроизвольности возникновения визуализаций, что и приводило к дезадаптации больного.

Двое из обследованных нами пациентов были способны также произвольно вызывать приятные визуализированные и вербализированные представления. Так, например, мальчик 8 лет «слушал» музыку из любимых мультфильмов, перед сном «просматривал» понравившиеся ему эпизоды. Думается, что произвольность — результат

мечтаний как активного процесса, что позволяло этим детям «видеть» или «слышать» более ясно, чем при непроизвольном возникновении тех или иных образов. Однако приятные визуализированные (вербализированные) представления в наших наблюдениях не являлись ведущими, всегда уступая место неприятным переживаниям, а соответственно, снижению настроения, ухудшению успеваемости в школе, ночным и дневным страхам, неприятным постоянным предчувствиям. Наиболее частым механизмом возникновения навязчивых визуализированных представлений является наличие у больного опасения, что он сейчас столкнется со своим страхом; в дальнейшем ребенок представляет значимый для него объект повышенной рефлексии, «видит» или «слышит» яркий в своей реальности образ. Для описания явлений визуализированных и вербализированных фантастических представлений обычно использовались образные выражения, яркие и запоминающиеся фразы, при этом характерно непостоянство деталей воображаемого, склонность к добавлению в рассказ новых деталей и эпизодов.

К сожалению, при оценке состояния таких пациентов нередко диагностические ошибки, когда визуализированные и вербализированные представления с повышенной склонностью к фантазированию расцениваются как зрительные или слуховые галлюцинации, что ведет обычно к выставлению диагноза шизофрении и соответствующей терапии. Действительно, в ряде случаев навязчивые визуализированные представления могут трансформироваться в галлюцинации воображения Дюпре (что само по себе еще не означает наличия у пациента эндогенного психоза), а при шизофрении — и в псевдогаллюцинаторные явления. Однако, по нашим наблюдениям, фантастические визуализированные представления возникают как раз не при шизофрении, а в рамках невротических расстройств, невротоподобных и иных органических психических нарушений, при психическом инфантилизме, формирующихся психопатиях.

Для больных данной группы характерны: перинатальная органическая патология в анамнезе; значимые трудности адаптации в детском коллективе; ухудшение состояния связано с конфликтными ситуациями, значимыми переживаниями, при этом визуализированные представления учащаются, приобретая навязчивый характер, усиливается их неприятное содержание как отражение настроения (хотя их содержание также влияет на изменения настроения); тревожность, мнительность, склонность к страхам, неуверенность в себе. В большинстве случаев отмечается либо рассеянное и неустойчивое внимание, повышенная истощаемость, либо головные боли напряжения; признаки резидуально-органической патологии головного мозга.

Фантастические истории. Возраст детей на момент первого осмотра варьировал от 11 до 14,5 года ($12,1 \pm 1,3$ г.). Наряду с жалобами родителей на фантазирование детей, отнесенных к этой

группе, у них отмечены также прогулы школы, конфликтность и повышенная возбудимость, уходы из дома. У пациентов, склонных к продукции фантастических историй, кроме разной степени выраженности резидуально-органического поражения головного мозга наблюдались и различные нарушения воспитания в семье. Обследованные больные подразделялись по особенностям своего характера на две основные подгруппы — пациентов с шизоидными чертами и дети, относимые к конституционально-слабому типу (преобладающие истерические и тревожно-мнительные черты). Следует заметить, что больные с шизоидным радикалом всегда имели трудности с адаптацией в детском саду, затем и в школе, были замкнутыми, малообщительными, но при беседе легко «уходили» в фантазирование, быстро увлекались, нисколько не заботясь о правдоподобии своих высказываний. Специфика этих пациентов состоит и в том, что они часто разговаривают сами с собой, много жестикулируют, быстро бывают захвачены своими фантазиями. Они непоследовательны, смешливы, что в ряде случаев доходит до дурашливости. Своими фантазиями эти дети любят поразить окружающих, причем поразить неприятно, по возможности даже шокировать.

У больных второй подгруппы заметны повышенная возбудимость, демонстративность, они склонны фантазировать, чтобы вызвать зависть других детей, удивить взрослых, всегда стремятся к преувеличению, фантазии обращают к своей выгоде, отличаются «безудержностью» в выдумках и рассказах. Как правило, у этих детей массивное фантазирование служит средством привлечения внимания окружающих, жалости со стороны взрослых или сверстников.

Группа пациентов с фантастическими историями подразделяется на 5 клинических вариантов, приведенных ниже.

Легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием. У этих пациентов не наблюдается систематической лживости, выгода не ставится основной целью. Скорее речь идет о необычно развитом воображении с повышенной склонностью придумывать всевозможные истории. Одна из основных черт такого фантазирования — легкая провоцируемость на выдумывание всевозможных историй, пугающих, удивляющих или веселящих окружающих.

Фантазирование с повышенной лживостью. Включает в себя группу «лгунов и фантастов» в понимании Э. Крепелина, pseudologia phantastica, mythomania, Munchausen's syndrome, pathological lying. Обычно фантазирование этих детей оценивается как лживость — «не понять, где фантазирует, а где врет». Как правило, фантазии больных данной подгруппы направлены на вызывание жалости окружающих, окрашены желанием выделиться или сильно удивить. Фантазии всегда находятся в рамках бытовой ситуации, имеют черты сугубой практичности, но неудержимы, массивны, быстро меняются на новые при разоблачении и осмеянии со стороны других детей или

взрослых. Эти особенности и приближают подобные выдумки именно к фантазированию, а не к обману, для которого правдоподобность является все-таки стержневой чертой.

Сексуальные оговоры и самооговоры. Включает в себя false sexual allegations. Для детей этой подгруппы характерны постоянные рассказы о том, как их «растлевают» окружающие, больные жалуются на неоднократные случаи сексуального насилия в их адрес, могут обращаться в милицию, правозащитные органы, на место службы тех лиц, которые бываю вовлечены в их фантазии. Фантазирование может сопровождаться многочисленными «правдивыми» подробностями «сексуальной агрессии» в адрес такого пациента, что в свою очередь приводит к следственным действиям, касающимся всех лиц, вовлеченных в фантазирование. В других случаях дети рассказывают о том, как они сами совершали «изнасилования», «развратные действия», для них характерны открытая сексуальная бравада с разнообразнейшими самооговорами на сексуальные темы.

Фантазирование на темы вымышленных миров. Возраст начала формирования фантазий о вымышленных мирах точно определить достаточно трудно, но, по всей видимости, это происходило не ранее 6–7-летнего возраста. Следует отметить, что для детей этой группы была характерна склонность к повышенному фантазированию и ранее — с 3–5 лет, причем на значимые для ребенка или удивляющие других темы. Обычно родители этих пациентов жаловались на появившееся непослушание ребенка, его раздражительность, неусидчивость, а высказывания о появившемся «своём» мире расценивались родными как наиболее тяжелое проявление психического заболевания, что можно объяснить значительным влиянием данного типа фантазирования на поведение. Как правило, детьми выдумывался какой-либо один мир, в котором они «существовали», но во всех случаях можно было проследить исходную идею, взятую из реальной жизни. Так, мир «Нейовы» — у мальчика, который с матерью посещал заседания секты Иеговы. В этом мире он «жил» вместе со своими «пчелами», некоторые из которых «ведьмы», потому что не хотели постигать «Истину». При выдумывании нескольких миров, в которых ребенок «существовал», все равно оставался один, наиболее значимый мир. Кроме этого, выдуманные миры могли последовательно сменять друг друга, отражая, например, сверхценные увлечения больного — «мир часов», «мир радиол», «мир в плоском представлении — в виде карт — Аркадия» и т.п. Мир, выдуманный ребенком, приводил к ухудшению школьной успеваемости, конфликтам с родителями, отгороженности от окружающих.

Такие миры могут быть яркими и захватывающими, достаточно простыми или странными, но в любом случае они отражают уровень развития интеллекта больного, степень его эмоциональной дифференцированности и характерологические особенности. Важно отметить, что вы-

мышленный мир соответствует содержанию переживаний, стремлений и интересов ребенка, не является для него неожиданным, пугающим или разочаровывающим. В противном случае речь идет о шизофреническом процессе с нарушением основ психики и несоответствии содержания переживаний в вымышленном мире и истинных чаяниях и стремлениях ребенка. Еще одной особенностью пациентов, склонных к фантазированию с тематикой вымышленных миров, является выдумывание «своего» языка, «своих», непонятных другим, слов. Думается, что подобная деталь определяет отчасти тем, что «свой мир» должен быть интересным, увлекательным, часто поражающим окружающих, а «особый» язык придает больший интерес возникшему «миру» в глазах ребенка. Высказывания детей о наличии в выдуманных ими мирах сами по себе не должны приводить к почти автоматической диагностике шизофрении.

В наших наблюдениях большинство детей не стремились заменить реальный язык придуманным, они лишь говорили о наличии «особого языка» в «их мире». Ни в одном случае появление вымышленного языка не коррелировало с обеднением общения или утратой социальных связей. Следует также отметить, что в большинстве случаев синдром фантазирования с выдуманным ребенком миром наблюдался у пациентов с шизоидными или же истероидными чертами характера. В ряде случаев речь шла также о наличии у этих больных истероформных и шизоформных резидуально-органических расстройств.

Фантазирование на тему вымышленного друга. В этих случаях пациент погружается в мир фантазий, в котором постоянно общается с вымышленным другом (товарищем), причем данное общение постепенно становится основным, во многом вытесняющим другие интересы и увлечения. Обычно подобное фантазирование обусловлено компенсаторными механизмами и развивается у ребенка с нехваткой действительных друзей и круга единомышленников или хотя бы приятелей.

Игровые перевоплощения. Включает в себя часто используемые зарубежными авторами термины Lycanthropy, Zooanthropismus. На момент осмотра возраст детей составил от 4 до 10 лет ($7,3 \pm 0,9$ г.). Для больных этой группы было характерно наличие утверждений, что они являются каким-либо животным, сказочным персонажем или, реже, неодушевленным предметом. В одном случае отмечалось перевоплощение в другого человека. Так, девочка 10 лет стала говорить о том, что она — это не она, а «Тим Яковлевич Мебель», просила называть ее именно так, по имени-отчеству. Наиболее частым вариантом игровых перевоплощений стало «превращение» ребенка в одно из домашних животных: собаку, кошку, домашнюю птицу, черепаху. При этом больной начинает вести себя соответственно произошедшим переменам — лаять, мяукать, шипеть, перемещаться на четвереньках, есть из миски и т.п. Попытки родственников наказать ребенка или заставить

его вести себя «правильно» не дают результата, но могут вызвать агрессию или психомоторное возбуждение. При перевоплощении в неодушевленный предмет больной считает себя, как правило, одним из предметов мебели (стол, стул, кресло) или бытовых приборов (утюг).

Если в 3–5 лет у детей отмечались относительно небогатые фантазии, то в школьном возрасте их фабула менялась, прежде всего — в соответствии с полученными знаниями и опытом. Так, дети могут представлять себя героями мультфильмов или фильмов, а отступления от сюжета увиденного определяются уровнем развития интеллекта и эмоциональности. Следует отметить, что при шизофрении игровые перевоплощения сопровождаются немотивированными стойкими нарушениями поведения, структурными расстройствами мышления, отличаются особой устойчивостью. Пациенты с игровыми перевоплощениями вне рамок эндогенных психозов всегда доступны контакту, самостоятельны, хотя имеющиеся у них фантазии и определяют возникшую дезадаптацию. Сами по себе игровые перевоплощения не должны становиться основанием для установления диагноза шизофрении, если они не сопровождаются специфической для этого заболевания симптоматикой. Вне рамок эндогенных психозов фантазирование с игровыми перевоплощениями наблюдалось нами при детском аутизме, шизоидной психопатии, резидуально-органических психических расстройствах.

Фантазирование с преобладанием особых увлечений. Включает в себя термин *pathological hobbies*, используемый некоторыми зарубежными авторами. На момент осмотра возраст больных составил от 6 до 13 лет ($10,3 \pm 1,0$ г.). У всех детей отмечались неконтактность, различной степени выраженности эмоциональная недифференцированность, в целом — аутистические (шизоидные) черты, определявшие облик пациента и клиническую картину заболевания. Среди детей и подростков с фантазированием с преобладанием особых увлечений наблюдались больные с шизоидной психопатией, органическим аутизмом, легкой умственной отсталостью.

Все дети имели трудности адаптации в детском саду: «тяжело привыкал», «не мог адаптироваться», «к детям не стремился», могли быть агрессивны и жестоки по отношению к сверстникам (кидались песком, били), но обычно лишь в случаях, когда другие пытались с ними играть, шумели, проходили мимо. В школе больные этой группы также были дезадаптированы, но часто начинали общаться с детьми, однако общение сводилось к разговорам на интересующие их темы увлечений и сверхценных интересов. Увлечения могут быть самыми различными, их особый характер определяется узостью интереса и необычностью. Тема увлечения всегда соответствует интеллектуальному уровню конкретного ребенка, интерес должен его удовлетворять, обладать достаточной глубиной для реализации познавательной активности пациента.

Областями особых увлечений чаще всего становятся коллекционирование (электропровода, радиодетали, мусор, пыль, баночки и пузырьки, камни, металлы или другие материалы и мн. др.), страсть к линиям и развязкам метрополитена, маршрутам движения другого городского транспорта, схемам электрических цепей, планам эвакуации, географическим картам и т.п. Обычно увлечение носит сверхценный характер, занимает значительную часть времени ребенка, всегда сопровождается фантазированием на тему своих занятий, охотно обсуждается. У ряда больных сверхценные увлечения в младшем возрасте постепенно перерастают в активное изучение энциклопедий, атласов, учебников, откуда черпаются идеи для собственных фантазий и «изобретений». Думается, что это является признаком большей сохранности интеллекта, признак эволюции воображения и творчества вслед за дифференциацией и развитием мышления. Интересной представляется та особенность, что в случаях с выраженной социальной дезадаптацией вследствие охваченности своим увлечением (частая смена школ, трудности в обучении, контактах со сверстниками, конфликты, а также, например, отключение электричества в домах, перерезание проводов, похищение электросчетчиков и т.д.) эти дети мирно посещают радиокружки, секции по интересам, где имеют друзей среди авторитетных для них взрослых.

Закключение. Ввиду естественности фантазирования для здоровых детей, недостаточной ясности синдромальных границ феномена, невозможности отделить полностью фантазирование от остальных психических процессов термин «патологическое фантазирование» не представляется нам единственно возможным. Все чаще исследователи (Лашкова А.В., 2000) используют термин «феномен фантазирования», подразделяя это явление на непатологическую и патологическую разновидности. Думается, что подобное понимание не всегда облегчает сложности в терминологии, поскольку норма является ситуационным оптимумом. То есть нормально не то, что стандартно, а то, что оптимально для индивида в определенный момент, в конкретной ситуации (Зайчик А.Ф., Чурилов Л.П., 1999). Поэтому более удачным вариантом нам представляется использование термина «синдром фантазирования».

Важно отметить, что в случаях патологии фантазирование отражает нарушения, имеющие отношение ко всей психике ребенка: особенностям конституции и возможным процессам декомпенсации, нарушениям гармонизации личности, тем нарушениям субстрата резидуально-органической и дизонтогенетической этиологии, которые влияют на физиологические отношения отделов головного мозга и таким образом сказываются на особенностях мышления, работоспособности, внимания, снижении способности к торможению и контролю в эмоциональной и двигательной сферах.

В.В. Ковалев считал универсальным компенсаторный механизм фантазирования. Во многом мы

согласны с подобной точкой зрения. На наш взгляд, среди вариантов адаптивно-компенсаторного фантазирования (удачным представляется именно такой термин) выделяются рассказы и массивное фантазирование на темы придуманного друга (при отсутствии такового в реальности), лидерства в коллективе детей (когда на самом деле ребенок подвергается насмешкам или является изгоем), оправдания своих проступков (чаще характерно для пациентов с невысоким интеллектом или с умственной отсталостью). Дети с историческими чертами характера в большинстве случаев активно фантазируют на темы «расправ над обидчиками», собственной смерти, которая «тяж-

ким бременем упала на головы родных и одноклассников», когда «все плачут, но уже поздно». В некоторых случаях, чаще для преодоления сенсорной депривации, процесс фантазирования занимает ребенка, позволяет ему улучшить настроение, когда, например, когнитивные расстройства или выраженная истощаемость внимания не позволяют ему удовлетворить познавательные способности всецело за счет реальности. Однако кроме адаптивно-компенсаторного механизма развития фантазирования у детей и подростков мы дополнительно выделяем также механизмы замещения (аутистический) и утрированных демонстративных реакций.

Литература

1. Буренина Н.И. Патологические телесные сенсации в форме телесных фантазий (типология, клиника, терапия). — Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М. — 1997. — 23 с.
2. Буренина Н.И. Психопатологическая дифференциация патологических телесных сенсаций // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1997. — № 5. — С. 22–26.
3. Воронков Б.В. Детская и подростковая психиатрия. — СПб.: Наука и Техника. — 2009. — 240 с.
4. Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. — Томск. — 1994. — С. 108–120.
5. Зайчик А.Ф., Чурилов Л.П. Основы общей патологии. Часть 1. Основы общей патофизиологии: Учебное пособие для студентов медвузов. — ЭЛБИ-СПб. — 1999. — С. 13.
6. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). — М., Медицина. — 1979. — 608 с.
7. Корень Е.В., Марченко А.М., Трайнина В.А. Феномен «ипохондрического фантазирования» в структуре ипохондрических расстройств у детей и подростков // Актуальные вопросы детской психиатрии. Материалы межрегиональной научно-практич. конфер. Киров, 11 декабря 2008 г. — Киров: МИАЦ. — 2008. — С. 43–46.
8. Крылов В.И. Психология и психопатология воображения (когнитивные функции и воображение) // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2012. — № 3. — С. 4–14.
9. Крылов В.И. Психология и психопатология воображения (эмоционально-мотивационная сфера и воображение). Часть II // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2012. — № 4. — С. 4–10.
10. Лашкова А.В. Синдром патологического фантазирования у подростков в судебно-психиатрической клинике. — Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М. — 2000. — С. 3.
11. Леденёв Б.А. Некоторые особенности интересов, увлечений и фантазий у детей и подростков с формирующейся шизоидной психопатией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1977. — № 10. — С. 1529–1532.
12. Леденёв Б.А., Шевченко Ю.С. Феномен визуализированных представлений у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1974. — № 10. — С. 1818–1823.
13. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. 2-е изд., перераб. и доп. — Л.: Медицина. — 1985. — 416 с.
14. Макаров И.В., Кравченко И.В. Синдромы фантазирования у детей и подростков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2011. — № 1. — С. 18–22.
15. Макаров И.В., Кравченко И.В. Синдромы фантазирования у детей: клиника и систематика (пособие для врачей). — СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2010. — 30 с.
16. Мамцева В.Н. Клиника, лечение и профилактика вяло протекающей шизофрении у детей. — Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М. — 1957. — 14 с.
17. Мамцева В.Н. Синдром бредоподобных фантазий (самооговоры) у подростков, страдающих шизофренией / Проблемы психоневрологии детского возраста. Отв.ред. проф. Д.Д. Федотов. — М. — 1964. — С. 38.
18. Мнухин С.С. Хрестоматия по психиатрии детского возраста. — СПб.: Изд-во Р. Асланова «Юридический центр Пресс». — 2008. — 315 с.
19. Пакивер И.Г. Об особой форме синдрома бредоподобных фантазий у детей // Вопросы психиатрии детского возраста. Ин-т психиатрии АМН СССР. — М. — 1962. — С. 196.
20. Психиатрический энциклопедический словарь / И.А. Стоилов, М.И. Стоилов, П.П. Коева и др. — К.: МАУП. — 2003. — С. 1058.
21. Руднева И.К. Особенности малопрогредиентной шизофрении у детей с синдромом патологического фантазирования. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М. — 1985. — С. 1–4.
22. Симсон Т.П. Шизофрения раннего детского возраста. — М. — 1948. — С. 74–82.
23. Хромов Н.А. К физиологическому анализу истерической псевдологии // Вопросы психиатрии и неврологии. Сб. трудов ленинградского научного общества неврологов и психиатров. Выпуск III. — Л., 1958.

24. Чехова А.П. Течение шизофренического процесса, начавшегося в детском возрасте. — М. — 1963. — С. 46–48.
25. Чубариков В.И. Феномен визуализированных представлений у больного олигофренией в степени имбецильности в зрелом возрасте // История городского медицинского объединения им. С.П. Боткина и современное состояние специализированной медицинской помощи. — Орел. — 1999. — С. 282–284.
26. Шевалев Е.А., Райхман Д.И. Сб. невропсихиатрических работ, посвященных юбилею Р.Я. Голант. — Л. — 1940. — С. 37–50.
27. Delbrück A., 1891. — *Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler // Eine Untersuchung über den allmählichen Übergang eines normalen psychologischen Vorgangs in ein pathologisches Symptom.* — Stuttgart: Enke, 1891. — P. 122–124.
28. Ziehen Th. *Les psychoses de la puberté. Congrès international de médecine.* — Paris. — 1900. — P. 5–28.

Сведения об авторах

Макаров Игорь Владимирович — д. м. н., руководитель отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, главный детский специалист-психиатр Минздрава в СЗФО. E-mail: ppsy@list.ru

Кравченко Илья Владимирович — м. н. с. отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: bambrs@mail.ru

Сравнительная оценка различных подходов к терапии больных псориазом

Н.Н. Петрова, И.О. Смирнова, Л.М. Лихонос

Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет

Резюме. На примере больных псориазом изучены особенности динамики психического состояния и качества жизни в процессе терапии в зависимости от особенностей организации лечебно-реабилитационных мероприятий. Обнаружена значительная частота тревоги, депрессии, расстройств личности и снижение качества жизни больных во всех сферах. Показано, что психическое состояние оказывает достоверное влияние на уровень качества жизни больных. Выявлены особенности тяжести кожной патологии, частоты, выраженности и структуры психических расстройств, качества жизни у пациентов с псориазом, получающих различные организационные формы помощи. Продемонстрированы преимущества комплексного психосоматического подхода к лечению больных псориазом с коморбидной психической патологией.

Ключевые слова: психические расстройства, качество жизни, псориаз, психодерматология.

Comparative estimation of various approaches to therapy in patients with psoriasis

N.N. Petrova, I.O. Smirnova, L.M. Likhonos

Saint-Petersburg State University, medical faculty

Summary. On the example of patients with psoriasis have been studied the features of mental condition and quality of life dynamics during the therapy depending on the form of treatment and rehabilitation organization. Was found the significantly high frequency of anxiety, depression, personality disorder and decrease in patients' quality of life in all spheres. It was shown that the mental condition has the reliable impact on patients' quality of life. Features of skin pathology, quality of life, frequency, expression and structure of mental disorders among the patients with psoriasis, receiving various organizational forms of hospital treatment were revealed. Were shown the advantages of the complex psychosomatic approach to treatment in patients with psoriasis and comorbid mental disorders.

Keywords: mental disorders, quality of life, psoriasis, psychodermatology

Псориаз — распространенное психосоматическое заболевание, которым страдает 1–5 % населения, причем у 30–40 % больных развиваются тяжелые формы заболевания, требующие стационарного лечения [8, 22].

Психогенно спровоцированные обострения отмечаются у значительного числа — 25–60 % пациентов. В свою очередь, хроническое течение дерматоза провоцирует развитие нозогенных реакций [6, 10, 11, 16]. Депрессивные расстройства встречаются у 24–58 %, тревожные расстройства — у 6–30 %, формирование социофобий и сенситивных идей отношения — более чем у 30 % больных. Кроме того, у 23–50 % пациентов наблюдается патологическое развитие личности [1, 3–5, 14].

Качеству жизни больных псориазом в последнее время уделяют все больше внимания [10, 11]. Традиционная терапия псориаза, проводимая без учета психосоматического характера болезни, остается недостаточно эффективной, что подтверждается данными EUROPSO, согласно которым 70 % больных не удовлетворены проводимым лечением [9]. По некоторым данным степень снижения качества жизни (КЖ), дающая информацию о функциональном эффекте болезни, базирующемся на собственном восприятии больных псориазом, сопоставима с таковой у пациен-

тов с сахарным диабетом II типа, ИБС и онкологическими заболеваниями [7]. Улучшение КЖ больных, в частности снижение индекса охвата и тяжести псориаза (Psoriasisareaandseverityindex, PASI), на 75 % постулируется как конечная цель терапии псориаза. В то же время работ, посвященных изучению динамики КЖ в процессе терапии, недостаточно [2, 8, 20]. Были обнаружены прямые корреляции между уровнем депрессии и КЖ, особенно при поступлении, в то время как степень тяжести по PASI, по данным некоторых исследователей, вовсе не коррелировала с КЖ пациентов [18, 19]. Количество исследований с применением средств коррекции психического состояния пациентов невелико, однако показано, что поведенческая психотерапия, по данным рандомизированного контролируемого исследования, приводит к небольшому, но статистически значимому снижению активности псориаза, а также продемонстрирована эффективность психофармакотерапии [3, 15, 17, 18].

Особенности этиологии, патогенеза и клиники псориаза обуславливают актуальность изучения этой проблемы с позиции интегративного биопсихосоциального подхода, делают ее одной из центральных научных и практических проблем современной психодерматологии [12, 23–24].

Целью работы явился сравнительный анализ эффективности различных подходов к лечению больных псориазом.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 40 больных псориазом, получавших стационарное лечение на психосоматическом (ПСО) и дерматологическом (ДО) отделениях ГУЗ ГорКВД. Возраст больных составил $48,78 \pm 13,99$ года. Среди обследованных пациентов несколько преобладали мужчины (62,96 %). Длительность заболевания варьировала от 3,5 до 41 года, в среднем — $17,15 \pm 11,70$ года. Критериями исключения были хронические соматические заболевания в стадии обострения, эндогенные психические заболевания, аддиктивные расстройства.

Исследование носило междисциплинарный характер и проводилось в динамике: при поступлении и при выписке (длительность госпитализации колебалась в пределах 21–28 дней). Осуществлялась оценка дерматологического, психического статуса и КЖ больных.

В исследовании применялись клинический, катamnестический методы, индекс охвата и тяжести псориаза (Psoriasis area and severity index, PASI), психометрический метод (госпитальная шкала тревоги и депрессии, клиническая градуированная шкала депрессии Гамильтона и руководство по оценке психических расстройств в общемедицинской практике PRIME-MD).

Для оценки КЖ применялись: визуальная аналоговая шкала (ВАШ), отражающая субъективную оценку пациентом его КЖ; дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ), оценивающий вклад дерматологической патологии в снижение КЖ, и опросник SF-36 — инструмент для детального изучения КЖ, учитывающий наиболее часто подвергающиеся влиянию заболевания и лечения параметры КЖ.

В работе использованы современные методы описательной и аналитической статистики, статистическая программа SPSS, для анализа корреляций применялся ранговый коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты

Состояние дерматологического заболевания соответствовало поражению кожи тяжелой степени (значение PASI при поступлении составило $29,19 \pm 15,22$ балла). Поражение суставов имело у 22,2 %, лица — у 63 %, гениталий — у 44,4 % больных. Практически все пациенты указывали на наличие зуда, в том числе 29,6 % больных отмечали зуд умеренного характера, 44,4 % пациентов беспокоил периодический сильный зуд, а 22,2 % пациентов испытывали постоянный сильный зуд.

При анализе социального статуса больных выяснилось, что 29,6 % человек имели высшее образование, 59,3 % — состояли в браке и лишь половина (51,8 %) — работали. Инвалидности, связанной с псориазом, не имел ни один пациент из числа инвалидов (11 % случаев). 29,6 % больных

прекратили работу в связи с распространенностью кожных высыпаний.

Ежегодные обострения псориаза имели место у 48,2 % пациентов, у 40,7 % заболевание носило непрерывно-рецидивирующий характер, и только у 11,1 % пациентов обострения развивались не чаще одного раза в 2–3 года. На стресс, как провоцирующий обострение дерматоза фактор, указали около 78 % пациентов.

Согласно исходной самооценке больных психическое состояние больных псориазом в среднем по группе не выходило за пределы нормативных показателей: уровень тревоги составил $6,67 \pm 4,30$ балла; депрессии — $6,67 \pm 3,36$ балла по госпитальной шкале тревоги и депрессии. При этом клинически выраженная тревога (11 и более баллов) выявлялась у 22,2 % пациентов, а клинически выраженная депрессия — несколько реже: у 18,5 % больных.

Клинически уровень депрессии в среднем по группе обследованных соответствовал малому депрессивному эпизоду ($15,19 \pm 8,09$ балла по шкале депрессии Гамильтона). Среди больных с клинически очерченной депрессией в 33,3 % случаев установлен малый депрессивный эпизод, в 44,4 % расстройств соответствовали уровню большой депрессии.

В структуре депрессии преобладали такие психопатологические проявления, как гипотимия, анергия и общесоматические расстройства (рис. 1).

В результате скрининга психических расстройств с помощью PRIME-MD установлено преобладание тревожных и депрессивных расстройств вследствие соматического заболевания (табл. 1).

В соответствии с критериями МКБ-10 были диагностированы: генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, Соматоформное расстройство и депрессивные расстройства разной степени тяжести. У 58,8 % больных были обнаружены различные варианты расстройства личности (табл. 2).

В целом психические расстройства были выявлены у 62,96 % больных, причем частота коморбидных псориазу психических расстройств среди пациентов ПСО достигала 90 %, а среди пациентов ДО составила 47,06 % случаев.

Установлено, что исходно КЖ пациентов, страдающих псориазом, было заметно снижено и составило $53,33 \pm 21,43$ балла по ВАШ при максимально возможном уровне 100 баллов.

Среднее значение ДИКЖ достигало $12,59 \pm 6,26$ балла, что соответствует «значительному негативному влиянию кожного заболевания на КЖ пациента».

КЖ по результатам обследования больных с использованием опросника SF-36 оказалось ниже популяционных показателей по всем параметрам (рис. 2). Максимальное снижение было зарегистрировано по параметрам «Физический компонент здоровья», в особенности по шкале «Ро-

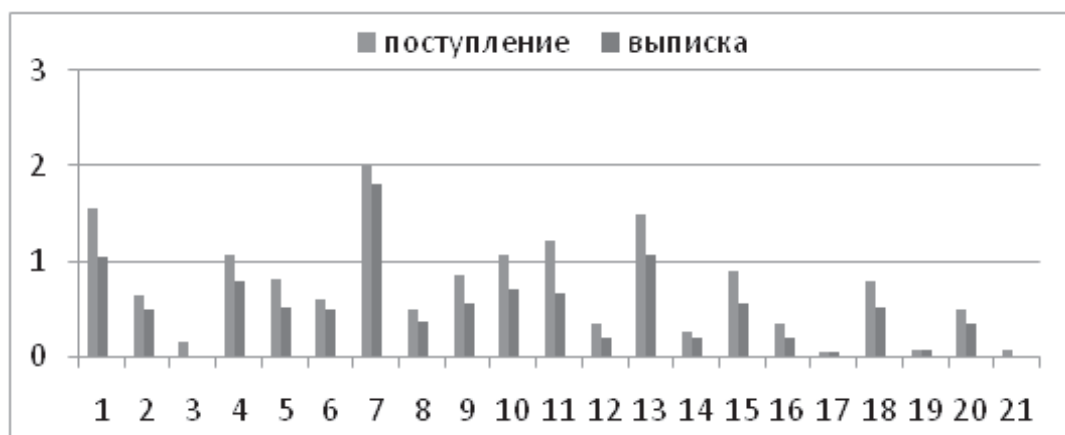


Рис. 1. Структура депрессии (по данным шкалы Гамильтона) (подписи к рис. 1, б)

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. Депрессивное настроение. | 12. Желудочно-кишечные соматические симптомы. |
| 2. Чувство вины. | 13. Общие соматические симптомы. |
| 3. Суицидальные намерения. | 14. Генитальные симптомы. |
| 4. Ранняя бессонница. | 15. Ипохондрия. |
| 5. Бессонница в середине ночи. | 16. Потеря веса. |
| 6. Поздняя бессонница. | 17. Критика. |
| 7. Активность. | 18. Суточные колебания состояния. |
| 8. Заторможенность. | 19. Деперсонализация и дереализация. |
| 9. Ажитация. | 20. Параноидный синдром. |
| 10. Психическая тревога. | 21. Обсессивные и компульсивные симптомы. |
| 11. Соматическая тревога. | |

Таблица 1. Психические расстройства по данным PRIME-MD			
Диагноз PRIME-MD	ПСО	ДО	Всего
Малое депрессивное расстройство	10 %	5,8 %	7,4 %
Большое депрессивное расстройство	10 %	5,8 %	7,4 %
Депрессия вследствие соматического заболевания	40 %	17,65 %	25,93 %
Генерализованное тревожное расстройство	-	7,65 %	11,11 %
Тревожное расстройство вследствие соматического заболевания	50 %	23,53 %	33,33 %
Нервная булимия	-	5,8 %	3,7 %
Соматоформное расстройство	-	11,76 %	7,4 %

левое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RP), отражающей, насколько сильно физическое состояние человека мешает ему в выполнении его повседневной деятельности. Обнаружено, что снижение КЖ по показателю «Физический компонент здоровья» в значительной степени обусловлено поражением суставов при псориазе ($r=0,52$; $p<0,01$).

37 % обследованных больных псориазом проходили лечение в ПСО, 63 % — в ДО. Группы сравнения были сопоставимы по возрасту ($50,7 \pm 10,71$ и $47,65 \pm 15,34$ года соответственно). Распределение пациентов по отделениям горКВД осуществлялось врачами-дерматологами приемного покоя, без использования специализированных скрининговых методик, на основании жалоб больных. Наличие

указаний на наблюдение психиатром также служило основанием для направления в ПСО.

Все пациенты получали традиционную терапию в соответствии с клинической формой дерматоза, кроме того, в условиях ПСО пациенты получали специализированную психиатрическую помощь, включая индивидуальную психотерапию и психофармакотерапию в средних терапевтических дозах, в том числе нейролептиками, преимущественно традиционными (аминазин, трифтазин, тиоридазин, сульпирид), антидепрессантами, в том числе последних генераций (амитриптилин, венлафаксин, тразодон, флувоксамин, флуоксетин), анксиолитиками (феназепам, атаракс), нормотимиками (карбамазепин), ноотропами (фенибут, ноопепт, пирацетам, пикамилон).

Таблица 2. Психические расстройства у больных псориазом в соответствии с МКБ-10

Диагноз по МКБ-10	Код	Кол-во пациентов, %		
		ПСО	ДО	В целом
Стойкое изменение личности неуточненное	F60.9	10	0	3,7
Эпилепсия в форме развернутых судорожных припадков с изменением личности	F07.840	10	0	3,7
Шизоидное расстройство личности	F60.1	10	0	3,7
Истерическое расстройство личности с психосоматизацией	F60.48	30	5,9	14,8
Расстройство типа зависимой личности	F60.7	0	5,9	3,7
Эмоционально-неустойчивое расстройство личности	F60.3	0	5,9	3,7
Диссоциальное расстройство личности	F60.2	0	5,9	3,7
Генерализованное тревожное расстройство	F41.1	0	3	11,1
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	F41.2	0	17,6	11,1
Нервная булимия	F50.2	0	5,9	3,7
Соматоформные расстройства	F45	0	11,8	7,4
Депрессивный эпизод легкой степени	F32.0	0	11,8	7,4
Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов	F32.2	20	0	7,4
Другие депрессивные эпизоды	F32.8	40	0	14,8
Другие тревожные расстройства	F41.8	50	5,9	22,2

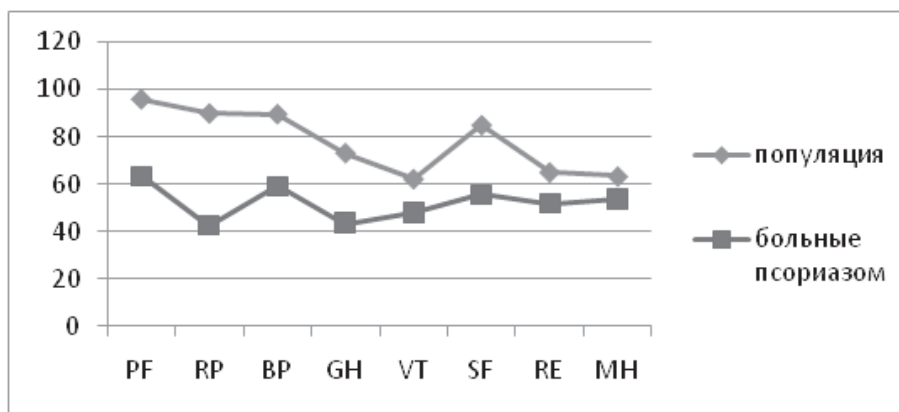


Рис. 2. SF-36 при поступлении (общая выборка) (подписи к рис. 2, 3):

Физический компонент здоровья: PF — способность к физическим нагрузкам; RP — влияние физического состояния на ролевое функционирование; BP — интенсивность боли; GH — общее состояние здоровья. Психологический компонент здоровья: VT — активность, энергичность; SF — социальное функционирование; RE — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование; MH — психическое здоровье.

Сравнительная характеристика пациентов ПСО и ДО выявила, что исходно при поступлении у пациентов ДО достоверно реже встречалось непрерывно-рецидивирующее течение псориаза (35,3 и 50 % пациентов соответственно, $p < 0,05$), постоянный сильный зуд (11,8 и 40 % больных, $p < 0,05$). Поражение кожи у пациентов ПСО также отличалось большей тяжестью: показатель PASI составил $36,92 \pm 17,07$ балла, в то время как у пациентов ДО — $24,64 \pm 12,57$ балла ($p < 0,05$). Кроме

того, у пациентов ПСО в 2 раза чаще встречались поражения суставов и гениталий.

Социальная адаптация больных, получающих лечение в ПСО, отличалась от больных ДО в худшую сторону: не работало 90 % больных, причем большинство из них связывали отказ от трудовой деятельности с распространением псориаза, указывая, что наличие кожных высыпаний затрудняло социальные контакты, вынуждая их покидать работу. Трудоспособность сохраняли 76,5 % пациентов ДО.

Явных различий в сфере микросоциальной (семейной) адаптации не обнаружено: среди пациентов ПСО в браке состояли 60 % и ДО — 58,8 % больных. Вместе с тем, стресс как провоцирующий обострение заболевания фактор заметно чаще был выделен пациентами ПСО, чем ДО (90 и 70,6 % случаев соответственно, $p < 0,05$).

Выраженность психических расстройств в ПСО согласно самооценке больных соответствовала «субклинически выраженной тревоге» ($7,5 \pm 3,96$ балла) и «субклинически выраженной депрессии» ($7,7 \pm 3,82$ балла по госпитальной шкале). Клинически очерченная тревога и депрессия выявлены у 30 % больных в каждом случае.

Средние показатели тревоги и депрессии по группе ДО не выходили за пределы нормативных показателей. Клинической степени выраженности тревога достигала в 17,6 %, депрессия — в 11,8 % случаев, что значительно реже, чем в группе ПСО.

Объективная выраженность психических расстройств подтвердила результаты самооценки пациентов, продемонстрировав более высокий уровень депрессии у пациентов ПСО ($17,8 \pm 7,2$ и $13,65 \pm 8,2$ балла по шкале Гамильтона, $p < 0,05$). У 40 % пациентов ПСО и 29,4 % пациентов ДО был диагностирован малый депрессивный эпизод. Большой депрессивный эпизод был выявлен у 50 % пациентов ПСО и 41,2 % — ДО ($p < 0,05$).

По данным PRIME-MD психические расстройства были установлены у 70 % пациентов ПСО и 47,1 % пациентов, получавших лечение в условиях ДО. Как следует из приведенных в табл. 1 данных, генерализованное тревожное, соматоформное расстройство и нервная булимия диагностировались только у пациентов ДО.

Расстройства личности с достоверно большей частотой встречались у пациентов ПСО и имели место у 70 % больных, в то время как у пациентов ДО — лишь в 17,6 % наблюдений. Следует отметить, что среди пациентов ПСО отчетливо преобладало «Истерическое расстройство личности с психосоматизацией». Депрессивные расстройства у пациентов ПСО, согласно критериям МКБ-10, носили более выраженный характер.

Дифференцированная оценка отдельных составляющих КЖ позволила установить отчетливые особенности снижения его уровня в группах сравнения. КЖ пациентов ПСО по всем параметрам SF-36 было ниже по сравнению с пациентами ДО, но наиболее заметные различия установлены в отношении удовлетворенности больных уровнем своего ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE), при том, что у пациентов ДО этот показатель КЖ соответствовал среднепопуляционному (рис. 3). При этом общая удовлетворенность больными своим психическим здоровьем в группах сравнения совпадала.

Пациенты ПСО в большей степени ощущали негативное влияние кожного заболевания на свою жизнедеятельность (ДИКЖ ПСО — $14,10 \pm 12,02$ балла и ДО — $11,71 \pm 5,29$ балла).

Анализ результатов лечения показал отчетливую положительную динамику психического состояния, подтвержденную изменением показателей по госпитальной шкале тревоги и депрессии и клинической градуированной шкале депрессии Гамильтона (рис. 1, 4, 5). Степень улучшения состояния и у пациентов ПСО и у пациентов ДО составила в среднем около 30 %.

Уменьшение выраженности симптомов депрессии наблюдалось по всем доменам психопатологической симптоматики, однако если в первой группе сравнения наибольшее нивелирование претерпела гипотимия, то во второй группе особенно выраженное снижение было отмечено в отношении соматизированной тревоги и колебаний настроения (рис. 6).

Именно на фоне комплексной терапии в условиях ПСО отмечено наибольшее улучшение дерматологического статуса — снижение индекса PASI на 68,9 % (ДО — на 44,5 %) (рис. 7).

Самооценка КЖ по данным ВАШ продемонстрировала отчетливую положительную динамику при определенных преимуществах комплексной терапии псориаза (ПСО — $56,50 \pm 12,11$ балла; ДО — $51,47 \pm 25,35$ балла) (рис. 8).

Изменение уровня КЖ в группах сравнения по данным специфического дерматологического опросника КЖ было сходным, и к концу лечения показатель ДИКЖ составил $8,44 \pm 4,58$ балла, что соответствовало «умеренному негативному влиянию кожного заболевания на жизнь пациента». Наибольшее улучшение отмечалось по субшкалам: «Симптомы и самочувствие», «Личные отношения», «Повседневная активность».

Динамика КЖ по отдельным сферам функционирования в целом по группе обследованных больных псориазом продемонстрировала отчетливое улучшение психологической составляющей КЖ, включая показатели витальности, ограничивающего влияния эмоционального состояния на ролевое функционирование и общую удовлетворенность своим психическим здоровьем, причем эти параметры стали соответствовать общепопуляционным характеристикам КЖ (рис. 9.1; 10.1).

В основном это происходит за счет уровня КЖ пациентов, получавших лечение в ДО (рис. 9.2). Однако можно констатировать достоверно больший прирост КЖ среди больных, получающих лечение в условиях ПСО, причем максимальное улучшение среди пациентов ПСО произошло по шкале RE (рис. 10.2).

При проведении корреляционного анализа было обнаружено, что достоверный параллелизм между улучшением кожного статуса (PASI) и КЖ пациентов (ДИКЖ) ($r = 0,16$; $p > 0,05$), динамикой депрессии (выраженность по шкале Гамильтона) и улучшением кожного статуса (PASI) ($r = 0,22$; $p > 0,05$) отсутствует. Однако улучшение КЖ пациентов (ДИКЖ) высоко значимо прямо зависит от уменьшения уровня депрессии (шкала Гамильтона) ($r = 0,70$; $p < 0,001$).

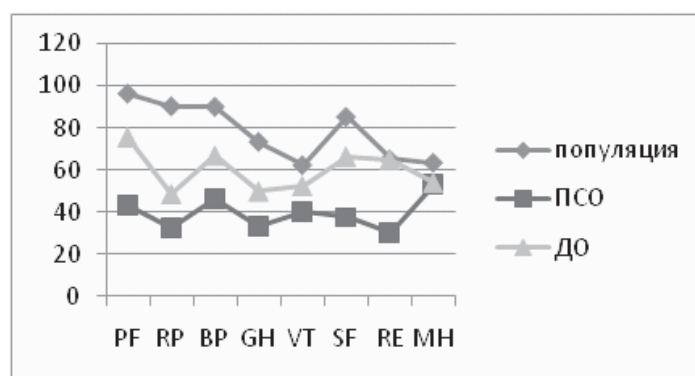


Рис. 3. КЖ пациентов ПСО и ДО по данным SF-36.

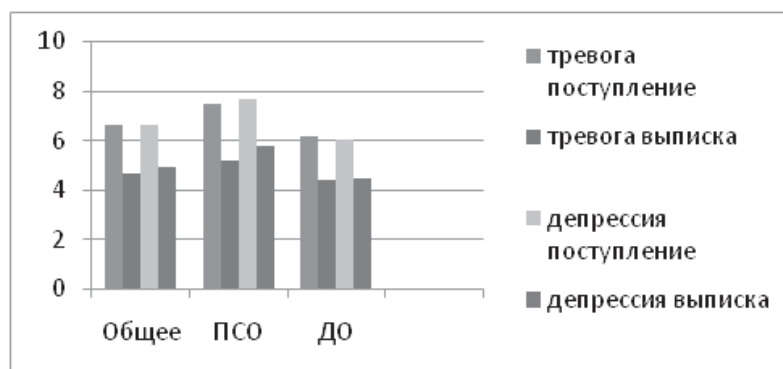


Рис. 4. Динамика психического состояния согласно самооценке больных (баллы по госпитальной шкале).

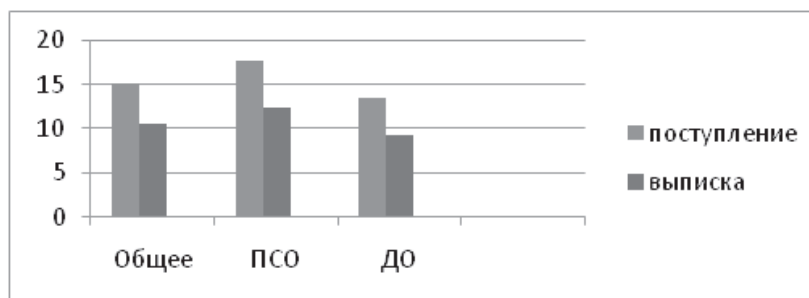


Рис. 5. Динамика выраженности депрессии (баллы по шкале Гамильтона).

Заключение

Таким образом, у больных псориазом наблюдается значительная частота тревожных, депрессивных расстройств, как психогенного, так и соматогенного характера, невротического уровня, а также расстройств личности. При псориазе связанное со здоровьем КЖ существенно снижено, в том числе за счет психологической составляющей. Анализ организационных аспектов оказания помощи больным псориазом свидетельствует, что в ПСО, как правило, направляются больные с клинически очерченными психическими расстройствами, большей тяжестью течения псориаза, значительным нарушением социальной

адаптации вследствие коморбидной психической и кожной патологии, выраженным снижением КЖ. У больных, получающих лечение в условиях ПСО, улучшение кожного статуса в процессе терапии происходит в большей степени, чем при лечении в ДО. Комплексная терапия больных псориазом, включающая коррекцию психических расстройств, способствует большей эффективности лечения кожного заболевания с позиции улучшения КЖ больных. Полученные данные подтверждают целесообразность развития психосоматического подхода в лечении больных псориазом.



PCO



ДО

Рис. 6. Динамика выраженности отдельных психопатологических проявлений по шкале Гамильтона у пациентов PCO и ДО.

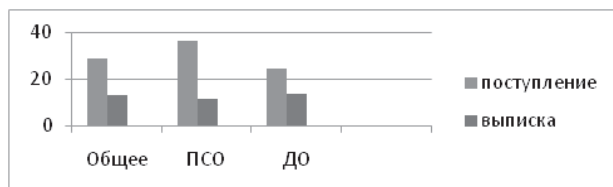


Рис. 7. Динамика тяжести кожного заболевания.

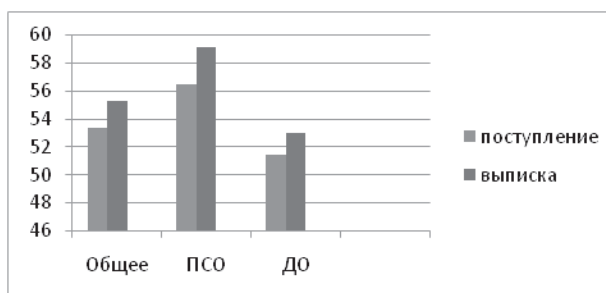
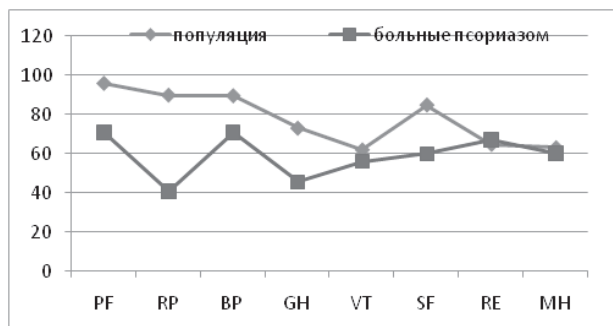
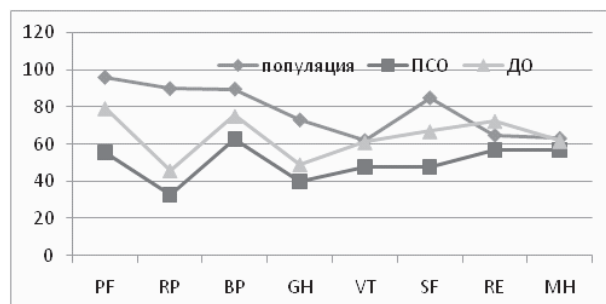


Рис. 8. Динамика КЖ больных по ВАШ.

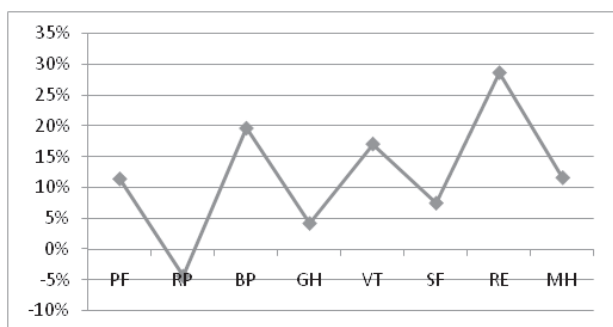


9.1

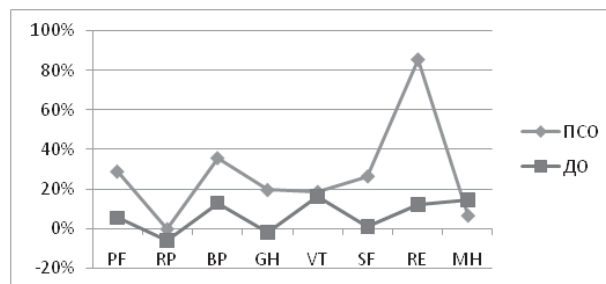


9.2

Рис. 9. КЖ по SF-36 при выписке (9.1 — в целом, 9.2 — PCO и ДО).



10.1



10.1

Рис. 10. Прирост показателей КЖ по данным SF-36 (10.1 — в целом, 10.2 — PCO и ДО).

Литература

1. Белоусова Т.А., Львов А.Н., Дороженко И.Ю. Нозогенные психические расстройства, обусловленные дерматологической патологией // Российский медицинский журнал. — 2006. — № 6. — С. 15–18.
2. Довжанский С.И. Качество жизни — показатель состояния больных хроническими дерматозами // Вестник дерматол. и венерол. — 2001. — № 3. — С. 12–13.
3. Дороженко И.Ю. Современные аспекты психофармакотерапии психодерматологических расстройств // Психиатр. и психофармакотер. — 2004. — № 6. — С. 274–276.
4. Дороженко И.Ю., Белоусова Т.А., Терентьева М.А. Нозогенные реакции у больных дерматозами фациальной локализации // Рос. журн. кожн. и вен. болезней. — 2006. — № 1. — С. 41–45.
5. Дороженко И.Ю., Львов А.Н. Психические расстройства, провоцируемые хроническими дерматозами: клинический спектр // Вестник дерматол. и венерол. — 2009. — № 4. — С. 35–40.
6. Дороженко И.Ю., Пушкарев Д.Ф. Психические расстройства, обусловленные стрессогенным влиянием псориаза // Псих. расстройства в общей медицине. — 2010. — № 3. — С. 16–21.
7. Касимова Л.Н., Китаева И.И. Психологические особенности и спектр психопатологических расстройств у больных, страдающих псориазом // Псих. расстройства в общей медицине. — 2008. — № 1. — С. 18–22.
8. Клинические рекомендации по лечению больных псориазом / Под ред. Кубановой А.А. М.: ДЭКС-Пресс. 2008. 56 с. П 86 (Клинические рекомендации / Российское общество дерматовенерологов).
9. Комаревцева В.В. Измерение показателей качества жизни у больных псориазом // Рос. журн. кожн. и вен. болезней. — 2009. — № 5. — С. 20–23.
10. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М. Как улучшить качество жизни больного псориазом // Клиническая фармакология и терапия. — 2008. — № 2. — С. 43–46.
11. Новицкая Н.Н. Влияние псориаза на качество жизни больных: дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск. — 2009. — 138 с.
12. Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженко И.Ю. Психодерматология: современное состояние проблемы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2004. — Т. 11. — С. 4–14.
13. Смулевич А.Б., Львов А.Н. Психические расстройства в дерматологической практике (методическое пособие). — Москва. — 2006. — 54 с.
14. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. Москва: Медицинское информационное агентство. — 2007. — 434 с.
15. Сухарев А.В., Назаров Р.Н. Медико-психологическая коррекция в условиях дерматологического стационара // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2006. — № 4. — С. 25–27.
16. Терентьева М.А., Белоусова Т.А. Психогенные (нозогенные) расстройства при хронических дерматозах // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — № 6. — С. 270–272.
17. Трофимова И.Б., Бардеништейн Л.М., Воронина Я.Ю., Сускова В.С. Некоторые аспекты патогенеза псориаза и особенности комплексного лечения больных // Вестник дерматол. и венерол. — 2006. — № 1. — С. 32–35.
18. Feldman S.R., Menter A., Koo J.Y. Improved health-related quality of life following a randomized controlled trial of alefacept treatment in patients with chronic plaque psoriasis // Br J Dermatol. — 2004. — 150. — P. 317–26.
19. Lee Y.W., Park E.J., Kwon I.H., Kim K.H. Impact of psoriasis on quality of life: relationship between clinical response to therapy and change in Health-related Quality-of-life // Ann Dermatol. — 2010. — Vol. 22, № 4. — P. 389–396.
20. Mease F.J., Menter M.A. Quality-of-life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: Outcome measures and therapies from a dermatological perspective // J Am Acad Dermatol. 2006. — 54. — P. 685–704.
21. Menter A., Augustin M., Signorovitch J., Yu P., Wu E.Q. et al. The effect of adalimumab on reducing depression symptoms in patients with moderate to severe psoriasis: a randomized clinical trial // J Am Acad Dermatol. — 2010. — 62. — P. 812–18.
22. Rook A., Wilkinson D.S., Ebling F.J.G. Textbook of dermatology. 3rd Ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications. — 1979. — P. 1472–1485.
23. Zachariae R., Psychoneuroimmunology: A biopsychosocial approach to health and dis. // Scandinavian Journal of Psychology. — 2009. — Vol. 50, Issue 6. — P. 645–651.
24. Walker C., Papadopoulos L. Psychodermatology. Cambridge Univ. Press. — 2005. — 158 p.

Сведения об авторах

Петрова Наталия Николаевна — д. м. н., зав. кафедрой психиатрии и наркологии, медицинский факультет Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: petrova_nn@mail.ru

Смирнова Ирина Олеговна — д. м. н., руководитель курса дерматологии кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и гигиены с курсом дерматологии.

Лихонос Лилия Михайловна — клинический ординатор.

Нейропсихологические механизмы алекситимии и ее связь с алкогольной анозогнозией

А.У. Тархан

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический
институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. Стандартизированной нейропсихологической методикой и торонтской алекситимической шкалой обследованы 411 больных алкогольной зависимостью (АЗ). У каждого из них фиксировалось наличие различных вариантов АА.

Установлена прямая зависимость частоты и выраженности алекситимии от выраженности органического поражения ГМ (ОПГМ) и мозговой дефицитарности. При АЗ алекситимия включает в себя 2 составляющие — генетически обусловленные личностные особенности (модель «врожденного дефицита», преобладающая у больных с люцидным алкоголизмом) и «вторичная алекситимия», связанная с наличием пре- или коморбидного ОПГМ. «Вторичная алекситимия» наслаивается на стабильные личностные особенности, описываемые моделью «врожденного дефицита», которые можно расценивать как фактор риска развития АЗ.

Алекситимию можно рассматривать как один из преморбидных личностных факторов, снижающих компенсаторные возможности психологической защиты при люцидном алкоголизме и усложняющих структуру алкогольной анозогнозии у больных с признаками сопутствующего ОПГМ.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, нейропсихологические механизмы, алекситимия, алкогольная анозогнозия.

Neuropsychological Mechanisms of Alexithymia and its Connection with Alcoholic Anosognosia

A.U. Tarkhan

V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary. 411 patients with alcohol dependence (AD) were examined with a standardized neuropsychological methods and the Toronto alexithymia scale. In each of them there was recorded the presence of different variants of alcoholic anosognosia.

There was determined a direct dependence of the frequency and severity of alexithymia on the severity of organic affection of the brain (OAB) and brain deficiency. In AD alexithymia includes 2 components — genetically conditioned personality traits («innate deficit model», prevalent in patients with lucid alcoholism abuse) and «secondary alexithymia», connected with the presence of pre- or comorbid OAB. The «secondary alexithymia» is superimposed on the stable personality traits circumscribed by the «innate deficit model» which can be estimated as the risk factor for developing of AD.

Alexithymia can be regarded as one of premorbid personality traits reducing the compensating possibilities of psychological defence in lucid alcoholism and complicating the structure of alcoholic anosognosia in patients with the indications of accompanying OAB.

Key words: Alcohol Dependence, Neuropsychological Mechanisms, Alexithymia, Alcoholic Anosognosia.

Алекситимия (Ал) — психологическая характеристика, определяемая следующими когнитивно-аффективными особенностями: трудностями в определении и описании собственных чувств, в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; снижением способности к символизации; фокусированием в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Известна роль Ал как фактора риска неврозов и психосоматических заболеваний, описаны некоторые ее нейропсихологические механизмы [4, 5, 11, 13, 14]. При неврозах максимальные уровни Ал обнаружены при правосторонней мозговой дефицитарности (ПМД) и правополушарным типе функциональной межполушарной асимметрии ГМ (ФМПАГМ). Высказывается предположение, что за этими факторами (МД, тип

ФМПАГМ) стоит общий биологический радикал, внешним проявлением которого является определенный когнитивный стиль. У больных с правополушарным типом ФМПАГМ правая гемисфера более уязвима, и под влиянием различных неблагоприятных факторов у них быстрее развивается декомпенсация как на НП уровне (в виде преобладания правосторонней МД над левосторонней), так и на клиническом и психологическом уровнях (в том числе в виде повышения алекситимии).

Большинство клинических исследований в объяснении синдрома Ал подтверждает модель «дефицита» как генетически обусловленной стабильной личностной характеристики (т.е. отсутствия функций и лежащего в их основе ментального аппарата) [13, 14]. Существует и модель «отрицания» (психологической защиты в виде гло-

бального торможения аффектов) — «вторичной алекситимии», при которой возможна редукция Ал после эффективной психотерапии психосоматических расстройств.

Однако значение Ал в патогенезе алкогольной зависимости (АЗ) мало изучено, несмотря на ее частоту при данном заболевании (62 %) и на то, что она входит в структуру конституционального когнитивного стиля, присущего большинству зависимых от психоактивных веществ лиц. Этот неотражательный, импульсивный когнитивный стиль выражается в неспособности к использованию внутренней речи и других языковых механизмов саморегуляции для оценки, планирования и регуляции своего поведения [15].

Вместе с тем такая частота Ал при данном заболевании заставляет предположить важную роль алекситимического радикала в структуре преморбидной личности как одного из возможных психологических факторов такого важного клинического симптома АЗ, как алкогольная анозогнозия (АА), при которой Ал отмечается в 63 % случаев. АА, рассматриваемая как одна из форм взаимодействия личности и болезни, является многоуровневым образованием, в формировании которого принимают участие когнитивный, эмоционально-личностный и социально-психологический факторы. В зависимости от преобладания того или иного уровня нарушений выделены три ее варианта [6]: АА вследствие недостаточности информированности (ААНИ); АА как средство психологической защиты (ААПЗ); АА вследствие алкогольно-органического снижения личности (АААОС). В каждом конкретном случае могут быть представлены в том или ином соотношении разные варианты (компоненты) АА. Описаны центральные мозговые механизмы АА, роль лево- и правополушарных структур в развитии различных ее вариантов [8].

Основной целью настоящей работы является изучение центральных мозговых механизмов алекситимии и ее роли как одного из возможных психологических факторов алкогольной анозогнозии. Конкретные задачи заключались в изучении зависимости выраженности алекситимии от степени органического поражения головного мозга — ОПГМ (по клиническим критериям) и мозговой дефицитарности — МД (выявляемой нейропсихологическими методами), а также от показателей функциональной асимметрии головного мозга, наличия различных вариантов и сложности структуры алкогольной анозогнозии.

Методики и материал

Обследованы 411 больных с алкоголизмом (347 мужчин и 64 женщины) без коморбидной патологии (в т.ч. без ОПГМ с выраженной неврологической симптоматикой*), находившихся на стационарном лечении в отделении лечения больных АЗ. Возраст больных — от 19 до 69 лет, длительность заболевания — от одного года до 40 лет. Все боль-

ные обследованы вне острой алкогольной абстиненции, на этапе становления ремиссии (в сроки от 1 недели до 2 мес. после прекращения алкоголизации). По степени выраженности признаков ОПГМ (данные анамнеза, клиническая картина и динамика заболевания, результаты аппаратных методов исследования) больные были разделены на 3 группы:

1 — без указаний на ОПГМ/люцидный алкоголизм ЛА (131 больной без коморбидной патологии со стороны ГМ; средний возраст — 43,8 года);

2 — с указаниями на ОПГМ/с легким ОПГМ (150 испытуемых с наличием в анамнезе травм, заболеваний ГМ либо признаками его патологии, выявленными аппаратными методами; средний возраст — 39,9 года);

3 — с ОПГМ в сопутствующем диагнозе (130 больных; средний возраст — 40,3 года) как алкогольного, так и неалкогольного генеза.

Нормативные данные получены на 51 здоровом испытуемом (25 мужчин и 26 женщин) в возрасте от 15 до 63 лет.

Использована стандартизованная нейропсихологическая (НП) методика исследования минимальной МД, выявляющая расстройства высших психических функций при АЗ и оценивающая их выраженность и локальность [7, 8]. Она состоит из 42 тестов, позволяющих обнаружить дефицитарность различных функциональных структур левого и правого полушарий ГМ и сгруппированных по преимущественной локализации выявляемых с их помощью поражений. Они направлены на исследование различных видов слухового и зрительного гнозиса, праксиса и памяти, сенсорной интеграции, системы речи, письма и чтения. Последовательно используется система количественных и качественных критериев выполнения каждого задания. Нарушения по каждому тесту оцениваются по 4-балльной шкале (0 — нет нарушений; 1 — легкие; 2 — умеренные; 3 — выраженные нарушения). Количественная оценка данных позволяет оценить характер, структуру и выраженность МД у отдельных испытуемых и у разных групп.

Учитывая неравномерное количество тестов, направленных на выявление расстройств различных функций и особенно патологии левого и правого полушарий ГМ, используются специальные показатели — относительная выраженность (ОВ) нарушений (ОВН). Для оценки выраженности НП симптоматики (НПС) в целом, 2-сторонней, правосторонней (ПНПС) и левосторонней симптоматики (ЛНПС) также применяются обобщенные относительные показатели. Для определения преобладающей стороны поражения высчитывается асимметрия НПС — разность ОВ лево- и правополушарной НПС (ОВ ЛНПС — ОВ ПНПС), на основании которой диагностируется тип МД. Методика подробно описана в методических рекомендациях (9).

Тип функциональной межполушарной асимметрии головного мозга (ФМПАГМ) исследовался с помощью двух методик — «Третий лиш-

* Наличие легкой неврологической симптоматики в виде недостаточности ЧМН, асимметрии рефлексов не являлось критерием исключения.

ний» и «Классификация», разработанных специально для экспресс-диагностики левополушарного (логически-категориального) либо правополушарного (образно-функционального) способов решения испытуемым вербально-логических задач. По результатам обеих методик выделяются испытуемые с преобладанием лево-(ЛП) либо правополушарного (ПП) способов решения, а также лица, использующие обе стратегии — смешанный тип (С). Теоретической основой данной методики являются общепринятые представления о логических, абстрактных, дедуктивных возможностях левого и эмпирических, конкретных, индуктивных возможностях правого полушария ГМ [1–3, 7, 12].

Выраженность и уровень алекситимии оценивались по торонтской алекситимической шкале TAS [13, 14].

Анализируемые показатели и статистическая обработка.

Анализировались следующие экспериментально-психологические показатели.

Нейропсихологические показатели:

— ОВ нарушений исследованных высших психических функций (динамический, моторный, идеомоторный и конструктивный праксис, сенсорная интеграция, пальцевой, пространственный, слуховой, зрительный предметный и лицевой гнозис, кратковременная слухоречевая и зрительная память, дисфазия);

— обобщенные НП показатели (ОВ НПС в целом, ЛНПС, ПНПС, 2-сторонней НПС, асимметрия НПС);

— тип МД (0 — отсутствие, П — правосторонний, Л — левосторонний, 2-сторонний);

— выраженность признаков левшества (по 4-балльной шкале);

— функциональная межполушарная асимметрия головного мозга ГМ при решении вербально-логических задач (тип ФМПАГМ, выраженность ЛП типа по 4-балльной шкале).

Алекситимия:

— выраженность в баллах по TAS;

— уровень (низкий/отсутствие — ниже 63 баллов, средний — 63–73, высокий — выше 73).

У каждого больного фиксировалось клиническое наличие либо отсутствие различных вариантов АА и количество этих вариантов как показателя сложности ее структуры (ССАА) при поступлении и выписке из стационара.

Сравнение средних величин экспериментально-психологических показателей между разными группами испытуемых проводилось по критерию *t* Стьюдента, взаимосвязь между различными показателями внутри каждой группы — с помощью корреляционного анализа. Достоверность различия кривых распределения частот уровней Ал в зависимости от выраженности ОПГМ (группы испытуемых), а также от наличия или отсутствия разных вариантов АА и сложности ее структуры оценивалась по информационной статистике 2 χ^2 . Использовался пакет программ SPSS.

Результаты исследования

Зависимость от мозговой дефицитарности

У больных с АЗ алекситимия встречается значительно чаще, чем у здоровых лиц (62 % и 25 % соответственно; $P < 0,001$ по критерию 2 χ^2) (рис. 1, табл. 1), особенно при наличии сопутствующего ОПГМ, причем сдвиг в сторону высоких уровней у больных с ОПГМ более выражен (33,1 %, чем у больных без ОПГМ (23,1 %). Если средние величины алекситимии у здоровых испытуемых в пределах нормы ($56,4 \pm 1,4$ балла), то у больных с АЗ они на среднем уровне ($65,9 \pm 1,6$; $P < 0,01$), в том числе у больных без ОПГМ — $64,4 \pm 0,6$, с ОПГМ — $67,9 \pm 1,1$ ($P < 0,001$).

У пациентов с АЗ при высокой Ал (в первую очередь у больных с ОПГМ) все обобщенные НП показатели (за исключением асимметрии) выражены сильнее, чем у лиц со средним уровнем и особенно без Ал. При ЛА это различие менее выражено и достоверно только для ОВ НПС в целом и Л НПС (табл. 2).

У больных АЗ (в основном за счет АЗ с ОПГМ) нарастание ОВ нарушений отдельных ВПФ параллельно уровню Ал отмечается для динамического, конструктивного и идеомоторного праксиса, слухоречевой и зрительной памяти, зрительного предметного, пространственного и слухового гно-

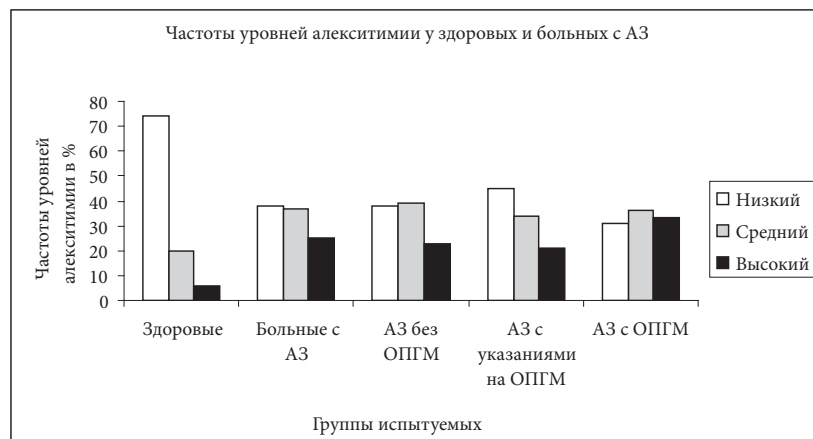


Рис. 1

Таблица 1. Распределение частот уровня алекситимии у здоровых и больных АЗ (%)

Группы испытуемых	Уровень алекситимии			Всего
	Низкий	Средний	Высокий	
Здоровые	38 (74,5)	10 (19,6)	3 (5,9)	51 (100)
Больные с АЗ	153 (38,1)	147 (36,6)	102 (25,4)	402 (100)
В том числе АЗ без ОПГМ	49 (37,7)	51 (39,2)	30 (23,1)	130 (100)
АЗ с указаниями на ОПГМ	66 (44,6)	51 (34,5)	31 (20,9)	148 (100)
АЗ с ОПГМ	38 (30,6)	45 (36,3)	41 (33,1)	124 (100)

Таблица 2. Обобщенные нейропсихологические показатели в зависимости от уровня алекситимии у больных АЗ и здоровых испытуемых ($M \pm m$)

Группы испытуемых	Уровень алекситимии	ОВ НПС	ОВ 2-стор. НПС	ОВ П НПС	ОВ Л НПС	Асимметрия НПС
Здоровые	Низкий	0,30±0,01	0,31±0,07	0,22±0,03	0,32±0,02	0,10±0,03
	Средний	0,37*±0,02	0,50±0,14	0,26±0,05	0,40±0,03	0,14±0,07
	Высокий	0,29±0,04	0,28±0,28	0,27±0,04	0,31±0,05	0,03±0,07
Больные с АЗ	Низкий	0,57±0,02	0,98±0,06	0,46±0,02	0,57±0,02	0,11±0,02
	Средний	0,62*±0,02	1,17*±0,07	0,50±0,03	0,61±0,02	0,11±0,03
	Высокий	***0,75***±0,03	***1,44***±0,08	**0,62***±0,03	***0,72***±0,03	0,10±0,03
АЗ без ОПГМ	Низкий	0,53±0,02	0,91±0,09	0,43±0,04	0,53±0,02	0,10±0,03
	Средний	0,52±0,03	0,90±0,11	0,42±0,04	0,51±0,03	0,09±0,04
	Высокий	*0,64*±0,05	1,22±0,11	0,55±0,06	*0,62±0,04	0,07±0,05
АЗ с указаниями на ОПГМ	Низкий	0,53±0,02	0,91±0,08	0,41±0,04	0,53±0,02	0,11±0,04
	Средний	0,63**±0,03	1,31**±0,11	0,52±0,04	0,60±0,03	0,08±0,04
	Высокий	0,67**±0,04	1,24*±0,16	0,61**±0,05	0,64*±0,04	0,02±0,04
АЗ с ОПГМ	Низкий	0,68±0,04	1,20±0,12	0,57±0,06	0,68±0,04	0,11±0,06
	Средний	0,73±0,04	1,31±0,13	0,57±0,06	0,74±0,04	0,17±0,05
	Высокий	**0,88***±0,04	*1,76***±0,10	0,67±0,05	'0,86**±0,05	0,17±0,06

Условные обозначения. Здесь и далее в табл. 3, 4, 5 знаком * обозначены значения средних, достоверно отличающиеся от соответствующих величин у лиц с низким (справа от числа) и средним уровнем алекситимии (слева от числа). * — $P < 0,05$; ** — $P < 0,01$; *** — $P < 0,001$; ' — тенденция, близкая к достоверной.

зиса, то есть функций лобных, затылочных, височных и левотемной областей (табл. 3, 4). При ЛА эта закономерность наблюдается только для динамического, конструктивного праксиса и зрительного предметного гнозиса — лобных, затылочных и левотемных функций.

У здоровых испытуемых (среди которых лиц с высокой Ал только 5,9 %) ОВ НПС в целом, ОВН слухоречевой памяти, пространственного и зрительного предметного гнозиса при среднем уровне Ал выше, чем при ее отсутствии.

Описанные закономерности подтверждаются результатами корреляционного анализа — до-

стоверными положительными корреляциями перечисленных НП показателей (как обобщенных, так и по отдельным функциям) с выраженностью Ал (r от +0,108 до +0,274; P от $< 0,05$ до $< 0,01$). При АЗ с ОПГМ связь ОВНПС с Ал более тесная ($r = +0,321$; $P < 0,001$) и затрагивает в основном ЛПНС и 2-стороннюю НПС — идеомоторный и конструктивный праксис, пространственный и зрительный предметный гнозис, слухоречевую память (r от +0,182 до +0,303; P от $< 0,05$ до $< 0,01$), то есть левосторонние теменно-височные и затылочные функции. При ЛА она менее выражена ($r = +0,184$, $P < 0,05$) и наблюдается толь-

Таблица 3. Средние показатели относительной выраженности нарушений ВПФ у больных АЗ и здоровых испытуемых в зависимости от уровня алекситимии ($M \pm m$)

Уровень алекситимии	Здоровые			Больные АЗ		
	Низкий	Средний	Высокий	Низкий	Средний	Высокий
Динамический праксис	0,42±0,05	0,49±0,09	0,60±0,10	0,94±0,04	1,02±0,05	**1,24***±0,06
Идеомоторный праксис	0,04±0,03	0,05±0,05	0	0,22±0,03	0,31'±0,03	0,37**±0,04
Конструктивный праксис	0,23±0,03	0,26±0,05	0,19±0,16	0,42±0,02	0,49*±0,02	*0,59***±0,04
Пространственный гнозис	0,53±0,08	0,90*±0,19	0,44±0,20	0,83±0,05	0,95±0,06	1,10**±0,07
Слуховой гнозис	0,28±0,08	0,35±0,15	*0**	0,60±0,06	0,80'±0,08	0,87*±0,09
Слухоречевая память	0,48±0,04	0,65*±0,06	0,47±0,07	0,81±0,03	0,82±0,03	***1,04***±0,04
Зрительная память	0,14±0,04	0,17±0,10	0,39±0,06	0,39±0,03	0,36±0,03	**0,53*±0,05
Зрительный предметный гнозис	0,26±0,08	0,55±0,23	0,17±0,17	0,97±0,07	1,17±0,08	*1,44***±0,10

Таблица 4. Средние показатели относительной выраженности нарушений ВПФ у больных АЗ без и с ОПГМ в зависимости от уровня алекситимии ($M \pm m$)

Уровень алекситимии	АЗ без ОПГМ			АЗ с ОПГМ		
	Низкий	Средний	Высокий	Низкий	Средний	Высокий
Динамический праксис	0,82±0,07	0,85±0,08	*1,12*±0,11	1,19±0,09	1,08±0,08	*1,34±0,09
Идеомоторный праксис	0,19±0,05	0,33±0,06	0,22±0,06	0,33±0,06	0,30±0,06	*0,49±0,07
Конструктивный праксис	0,36±0,04	0,40±0,04	*0,57*±0,07	0,53±0,05	0,66±0,06	0,73*±0,07
Пространственный гнозис	0,76±0,09	0,77±0,09	0,77±0,10	1,05±0,11	1,11±0,10	**1,53**±0,11
Слухоречевая память	0,79±0,05	0,74±0,05	0,90±0,08	0,92±0,05	0,98±0,05	*1,18**±0,07
Зрительная память	0,34±0,05	0,31±0,05	0,36±0,06	0,54±0,08	0,45±0,08	'0,67±0,09
Зрительный предметный гнозис	0,99±0,12	0,87±0,12	*1,35±0,19	1,06±0,14	1,34±0,15	*1,75***±0,13

ко для динамического и конструктивного праксиса ($r=+0,227$; $P<0,01$; $r=+0,215$; $P<0,05$), то есть лобных и левотемных функций. Положительную корреляцию выраженности Ал с ПНПС ($r=+0,226$; $P<0,05$) у этих больных можно объяснить большими нарушениями стереогнозиса без активной пальпации на левой руке при высокой Ал ($1,30 \pm 0,17$) по сравнению со средней и низкой Ал ($0,74 \pm 0,11$; $P<0,01$ и $0,74 \pm 0,13$; $P<0,05$), что подтверждается прямой связью выраженности Ал и нарушений по этому тесту ($r=+0,230$; $P<0,01$). При выполнении теста правой рукой и у пациентов с ОПГМ такой зависимости не наблюдается.

У здоровых испытуемых выраженность Ал коррелирует (отрицательно) только с ОВН сенсорной интеграции ($r=-0,281$; $P<0,05$).

Зависимость от показателей ФАГМ (см. табл. 2, 4).

Если у здоровых лиц с высокой Ал отмечается минимальная выраженность признаков левшества и левополушарного типа ФМПАГМ по

сравнению с низким ее уровнем, когда отмечается максимальная выраженность этого типа, то ни в одной группе больных АЗ такой зависимости не выявлено (табл. 5).

Средняя выраженность Ал у здоровых максимальна при правополушарном типе ФМПАГМ и минимальна при левополушарном ($63,8 \pm 2,5$; $53,1 \pm 1,9$; $P<0,01$). У больных АЗ эта тенденция, не достигающая достоверного уровня, наблюдается только в обобщенной группе, по-видимому, за счет незначительной доли лиц с левополушарным типом ($66,1 \pm 0,6$; $57,8 \pm 4,9$).

Минимальные значения Ал как у здоровых, так и у больных АЗ, отмечаются при отсутствии МД, максимальные — при правосторонней МД ($55,2 \pm 2,0$; $66,0 \pm 4,2$ у здоровых; $63,6 \pm 1,4$; $67,3 \pm 1,3$ при АЗ). И для больных ЛА и для АЗ с ОПГМ эта зависимость достоверна ($64,2 \pm 2,0$; $70,7 \pm 2,2$; $P<0,05$ при ЛА; $55,2 \pm 4,1$; $68,4 \pm 2,3$; $P<0,05$ при АЗ с ОПГМ). Однако в последней группе при лево-

Таблица 5. Средние показатели возраста, уровня образования, выраженности признаков левшества и левополушарного типа ФМПАГМ в зависимости от уровня алекситимии у больных АЗ и здоровых лиц (M±m)

Группы испытуемых	Уровень алекситимии	Возраст	Образование	Выраженность левшества	Выраженность Л типа ФМПАГМ
Здоровые	Низкий	30,6±1,7	4,8±0,1	1,1±0,1	2,8±0,2
	Средний	29,0±2,4	4,7±0,2	1,2±0,2	1,7*±0,5
	Высокий	*42,0±6,4	5,0±0	0,7±0,7	1,0*±1,0
Больные с АЗ	Низкий	40,1±0,8	4,1±0,1	1,3±0,1	0,5±0,1
	Средний	40,5±0,9	3,9±0,1	1,3±0,1	0,4±0,1
	Высокий	*43,4**±1,0	3,6***±0,1	1,3±0,1	0,4±0,1
АЗ без ОПГМ	Низкий	44,5±1,2	4,2±0,1	1,3±0,1	0,3±0,1
	Средний	43,0±1,2	4,2±0,1	1,3±0,1	0,30,1
	Высокий	44,0±1,6	**3,5**±0,2	1,2±0,1	0,4±0,2
АЗ с указаниями на ОПГМ	Низкий	38,7±1,1	4,2±0,1	1,3±0,1	0,7±0,1
	Средний	39,1±1,4	3,7*±0,1	1,4±0,1	0,4±0,1
	Высокий	43,4*±2,0	3,6*±0,2	1,4±0,1	0,4±0,2
АЗ с ОПГМ	Низкий	36,8±1,7	3,8±0,2	1,3±0,1	0,4±0,1
	Средний	39,4±2,2	3,8±0,1	1,3±0,1	0,6±0,1
	Высокий	42,8*±1,7	3,6±0,2	1,2±0,1	0,3±0,1

Таблица 6. Распределение частот вариантов АА и сложности структуры АА в зависимости от уровня алекситимии (%)

Вариант АА		Уровень алекситимии		
		Низкий	Средний	Высокий
ААНИ		35,7	35,0	29,3
ААПЗ		40,9	37,1	22,0
АААОС		30,8	35,7	33,6
В том числе при АЗ с ОПГМ		26,5	32,4	41,2
ССАА при поступлении	0	13,3	7,3	4,8
	1	42,5	44,1	44,6
	2	34,2	33,8	38,6
	3	10	14,7	12
В том числе при АЗ с ОПГМ	0	20	9,1	0
	1	44	39,4	40
	2	32	39,4	30
	3	4	12,1	30

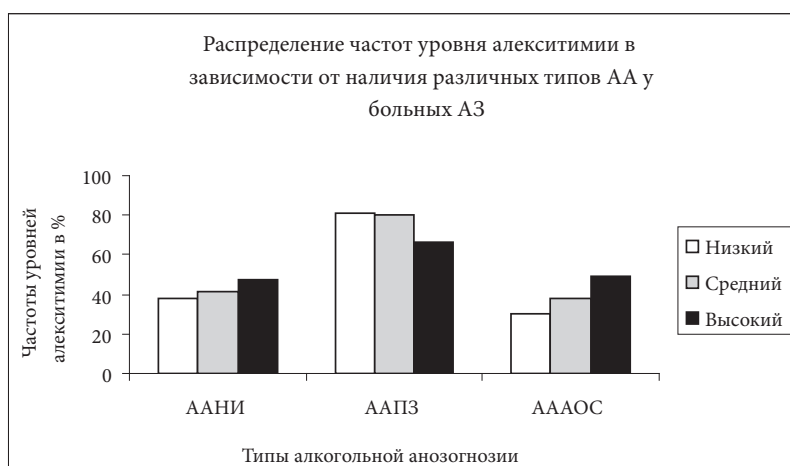


Рис. 2

Таблица 7. Средние показатели алекситимии в зависимости от наличия различных вариантов алкогольной анозогнозии у больных АЗ ($M \pm m$)

Вариант алкогольной анозогнозии		Группы больных			
		АЗ	АЗ без ОПГМ	АЗ с указаниями на ОПГМ	АЗ с ОПГМ
ААНИИ	Нет	65,2±0,7	64,8±1,4	64,6±1,2	66,2±1,3
	Есть	66,8±0,9	67,6±1,6	63,4±1,4	71,1*±1,9
ААПЗ	Нет	68,1±1,2	70,0±2,3	65,9±2,0	68,6±2,2
	Есть	65,2*±0,7	64,6*±1,1	63,5±1,0	67,9±1,2
АААОС	Нет	64,4±0,7	65,1±1,2	63,6±1,1	65,0±1,6
	Есть	68,4***±1,0	67,9±2,1	65,6±1,7	70,3*±1,4

Условные обозначения: Знаком * обозначены показатели, достоверно отличающиеся от соответствующих показателей у больных без данного варианта АА, с $P < 0,05$ (***) — $P < 0,001$.

сторонней МД средние значения Ал еще выше ($69,7 \pm 1,6$).

Связь с возрастом и уровнем образования.

Средний возраст больных АЗ с высокой Ал значительно выше, чем лиц с низким и средним ее уровнем (за исключением ЛА), а уровень образования ниже (за исключением лиц с ОПГМ, у которых, как и у здоровых, это различие не наблюдается). Зависимости величины Ал от пола не наблюдается.

Связь алекситимии с алкогольной анозогнозией

Алекситимия отмечалась у 63 % больных с АА. АА встречается у 93,6 % больных с Ал. Один вариант АА отмечен у 43,3 %, два-три — у 48 %.

Распределение частот различных вариантов АА в зависимости от уровня алекситимии у больных АЗ представлено в табл. 6 и на рис. 2.

У преобладающего большинства больных АЗ, особенно с низким и средним уровнем Ал, наиболее часто встречается ААПЗ. Если среди больных с ААПЗ и ААНИ преобладают лица с низким и средним уровнем Ал, то при наличии АА-

АОС (особенно при АЗ с ОПГМ) несколько чаще встречаются лица со средним и высоким уровнем Ал.

Анализ зависимости вариантов АА от уровня Ал показал, что у больных с АЗ ААПЗ при высокой Ал встречается значительно реже, чем при отсутствии и среднем ее уровне, а АААОС — чаще ($P < 0,05$). У больных с люцидным алкоголизмом ААПЗ при высокой Ал также наблюдается реже ($P < 0,05$). У больных АЗ с ОПГМ при высокой Ал частота ААНИ и АААОС ($P < 0,01$; $P < 0,05$) выше, чем при ее отсутствии.

Средние показатели Ал, как видно из табл. 7, находящиеся в диапазоне среднего уровня, максимальны для лиц с ААНИ и АААОС (особенно при АЗ с ОПГМ), у которых они достоверно выше, чем у лиц без соответствующих вариантов АА. У больных с ААПЗ (особенно при ЛА) средние величины Ал, напротив, значительно ниже, чем у лиц без ААПЗ. Таким образом, средние показатели и частота ААПЗ достоверно снижаются по мере повышения уровня Ал, особенно при ЛА, а ААНИ и АААОС, напро-

тив, несколько возрастают (у больных с ОПГМ достоверно).

Различие кривых распределения уровней Ал в зависимости от наличия либо отсутствия ААПЗ и АААОС по критерию $2\bar{I}$ достоверно для обобщенной группы ($P<0,05$) и близко к достоверному — от наличия АААОС для АЗ с ОПГМ. Приведенные данные подтверждаются отрицательной корреляцией выраженности Ал с наличием ААПЗ у больных АЗ ($r=-0,103$; $P<0,05$) за счет больных без указаний на ОПГМ ($r=-0,198$; $P<0,05$) и положительной — с ААНИ и АААОС у больных с ОПГМ ($r=+0,199$; $r=+0,225$; $P<0,05$).

У больных АЗ отмечается тенденция к нарастанию ССАА при поступлении (суммарной частоты двух- и трехкомпонентной АА) параллельно уровню Ал ($1,5\pm 0,2$; $1,7\pm 0,1$; $1,8\pm 0,1$), особенно выраженная у пациентов с ОПГМ, у которых этот показатель преобладает относительно частоты однокомпонентной АА (60 % и 40 %; $P<0,05$). Если у лиц с ЛА максимальная ССАА при высокой Ал вообще не наблюдается, то при АЗ с ОПГМ она встречается значительно чаще, чем при Ал низкого и среднего уровней (30 %, 12,1 % и 4 %; $P<0,05$). Последнее подтверждается достоверной положительной корреляцией выраженности Ал со ССАА, наблюдаемой только у больных АЗ с ОПГМ ($r=+0,215$; $P<0,05$).

Обсуждение

Приведенные данные о большей частоте и выраженности Ал у больных АЗ по сравнению со здоровыми лицами, большей выраженности МД как в целом, так и по отдельным функциям при высокой Ал, а также положительная корреляция выраженности Ал с выраженностью МД (по ОВ НПС) указывают на важное значение органического фактора в генезе Ал синдрома. Можно предположить, что при АЗ Ал включает в себя 2 составляющие — генетически обусловленные личностные особенности (модель «дефицита», преобладающая у больных с ЛА) и «вторичная Ал», то есть связанная с наличием ОПГМ. У больных АЗ последняя проявляется в более высоких показателях Ал при наличии сопутствующего ОПГМ. Это подтверждается положительной корреляцией выраженности Ал с АААОС при АЗ с ОПГМ и максимальной величиной коэффициента корреляции Ал с выраженностью МД у этих больных.

Наличие Ал у здоровых испытуемых и больных ЛА (модель генетически обусловленного дефицита, связанного со стабильными личностными особенностями, входящими в структуру конституционального когнитивного стиля зависящих от ПАВ), обусловлено некоторым снижением функций П полушария (в частности, дисфункцией правотемных структур, проявляющейся недостаточностью сенсорной интеграции на левой руке, наблюдаемой только у этих больных), лобных, затылочных и левотемных отделов коры. Наблюдаемая у всех испытуемых тенденция к максимальной выраженности Ал при П типе ФМПАГМ по сравнению с Л (достовер-

ная у здоровых), указывающая на преобладание образно-функционального мышления над логически-категориальным (что также характерно для когнитивного стиля зависимых лиц), при генетически обусловленной Ал, подтверждает это положение.

При АЗ с ОПГМ «вторичная Ал» связана с нарастанием общего уровня МД (за счет присоединения дефицита левополушарных функций), захватывающего практически все отделы мозговой коры. Большая частота и выраженность Ал в группе больных с ОПГМ, положительная корреляционная связь ее с выраженностью МД и наличием АААОС позволяют предположить, что у больных АЗ «вторичная Ал» связана не с механизмами отрицания, как при психосоматических заболеваниях, а с дополнительным дефицитом функций вследствие пре- или коморбидного мозгового поражения (алкогольного либо неалкогольного генеза). Следовательно, логичнее рассматривать ее в рамках модели «приобретенного дефицита», тем более что наличие ААПЗ предполагает, скорее, отсутствие Ал. В пользу этой модели свидетельствует и прямая зависимость выраженности Ал от возраста у больных АЗ с ОПГМ (связанная с возрастной кумуляцией алкогольной и неалкогольной МД), не наблюдаемая у больных с ЛА и здоровых лиц, у которых Ал если и встречается, то обусловлена, скорее, врожденным дефицитом функций.

Нарастание АААОС при повышении Ал, положительные корреляции выраженности Ал с АААОС у больных с ОПГМ и, напротив, снижение средних показателей и частоты ААПЗ по мере повышения уровня Ал, отрицательная корреляция выраженности Ал с наличием ААПЗ при ЛА, также говорят в пользу предположения о ведущей роли в механизмах «вторичной алекситимии» при АЗ «приобретенного дефицита» а не «отрицания».

«Вторичная алекситимия», связанная с наличием пре- или коморбидного ОПГМ, наслаивается на стабильные личностные особенности, описываемые моделью «врожденного дефицита», которые можно расценивать как фактор риска развития АЗ.

Выводы

Установлена прямая зависимость частоты и выраженности алекситимии от выраженности органического поражения ГМ (по клиническим критериям) и мозговой дефицитарности (по результатам нейропсихологического исследования).

При АЗ алекситимия включает в себя 2 составляющие — генетически обусловленные личностные особенности (модель «врожденного дефицита», преобладающая у больных с люцидным алкоголизмом) и «вторичная алекситимия», связанная с наличием пре- или коморбидного ОПГМ.

«Вторичная алекситимия» наслаивается на стабильные личностные особенности, описываемые моделью «врожденного дефицита», которые можно расценивать как фактор риска развития АЗ.

Алекситимию можно рассматривать как один из преморбидных личностных факторов, снижающих компенсаторные возможности психологической защиты при люцидном алкоголизме (на ранних стадиях АЗ) и усложняющих структуру алкогольной анозогнозии у больных с признаками сопутствующего ОПГМ (на поздних стадиях забо-

левания) за счет таких ее составляющих, как алкогольная анозогнозия вследствие недостаточной информированности и вследствие алкогольно-органического снижения личности. Психотерапия алкогольной анозогнозии при АЗ должна включать приемы, направленные, в том числе, и на коррекцию алекситимических черт.

Литература

1. Балонов Л.Я., Деглин В.Л. Слух и речь доминантного и недоминантного полушарий. — Л.: Наука. — 1976. — 218 с.
2. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. Функциональные асимметрии человека. — М.: Медицина. — 1981. — 228 с.
3. Деглин В.Л., Черниговская Т.В. Решение силлогизмов в условиях преходящего угнетения правого или левого полушария мозга // Физиология человека. — 1990. — № 16 (5). — С. 21–28.
4. Ереско Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д., Карпова Э.Б., Корепанова Т.Г., Крылова Г.С., Тархан А.У., Чехлатый Е.И., Шифрин В.Б. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Методическое пособие. — СПб. — 1994. — 17 с.
5. Ереско Д.Б., Карвасарский Б.Д., Лосева Ю.В., Меерсон Я.А., Тархан А.У. Алекситимия у больных неврозами и ее зависимость от уровня невротичности и типа межполушарной асимметрии головного мозга. Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. — СПб., 1994. — С. 134–141.
6. Рыбакова Т.Г. Значение преодоления алкогольной анозогнозии в профилактике рецидивов. Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях. — СПб — 1991. — С. 14–25.
7. Спрингер С., Дейч Г. Левый мозг, правый мозг. — М., Мир. — 1983. — 256 с.
8. Тархан А.У. Роль дефицитности левого и правого полушарий головного мозга в развитии алкогольной анозогнозии // Вопросы наркологии. — 2007. — № 6. — С. 15–21.
9. Тархан А.У. Нейропсихологическая диагностика минимальной мозговой дефицитности у больных с алкогольной зависимостью: Методические рекомендации. — СПб. — 2008. — 60 с.
10. Тархан А.У. Возможности нейропсихологического метода исследования для изучения алкоголизма // Журнал неврологии и психиатрии им. С.М. Корсакова. — 2009. — № 11. — С. 69–75.
11. Тархан А.У., Дорофеева С.А., Кондинский А.Г. Роль мозговой дефицитности, особенностей функциональной межполушарной асимметрии головного мозга и алекситимии при невротических расстройствах // Вестник психотерапии. — 2003. — № 9(14). — С. 116–130.
12. Черниговская Т.В., Деглин В.Л. Метафорическое и силлогическое мышление как проявление функциональной асимметрии мозга. Труды по знаковым системам. Ученые записки Тартусского гос. университета. — Тарту. — 1986. — XIX. — С. 68.
13. Taylor G.J., Bagby P.M. Measurement of alexithymia. Recommendation for clinical practice and future research // Psychiatric clinics of North America. Vol. 11. № 3. September 1988.
14. Taylor G.J., Bagby P.M., Ryan D.P., Parker J.D.I., Doody K.F., Keef P. Criterion validity of the Toronto alexithymia scale // Psychosomatic medicine. — 1988. — № 50. — P. 500–509.
15. Miller L. Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: neuropsychology, personality and cognitive style // J. Substance Abuse Treatment. — 1991. — Vol. 8. — № 8. — P. 277–291.

Сведения об авторе

Тархан Александра Усеиновна — к. м. н., научный сотрудник отделения лечения алкоголизма Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Тел. раб.: (812) 412-72-71.

Сексуальные дисфункции, выявляемые у мужчин, страдающих алкоголизмом второй стадии

М.И. Ягубов, А.А. Касторная

ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России

Резюме. В статье приводятся результаты исследования особенностей сексуальной функции у мужчин, страдающих алкоголизмом II стадии. Было обследовано 90 пациентов мужского пола и выделено 2 группы больных — пациенты с сексуальными нарушениями и без них. Изучалась взаимосвязь сексуальных нарушений и особенностей течения алкоголизма, а также роль различных факторов, способствующих возникновению расстройств. Проведенный анализ показал взаимосвязь с клиническими особенностями заболевания, семейно-партнерскими отношениями и соматическим состоянием обследуемых. Личностные особенности могут способствовать формированию сексуальных дисфункций, а слабая половая конституция является неблагоприятным биологическим фоном.

Ключевые слова: сексуальные дисфункции у мужчин, алкоголизм II стадии, семейно-сексуальная дисгармония, связь сексуальных нарушений с течением хронического алкоголизма.

Sexual dysfunctions in male alcoholics

M.I. Yagubov, A.A. Kastornaya

The Moscow Research Institute of Psychiatry at the Russian Ministry of Health and social development of the Russian Federation

Summary. Article describes results of the investigation of sexual functioning in male patients with chronic alcoholism. Sample consisted of 90 male patients, divided into 2 groups — with sexual dysfunctions and without ones. The main study outcome was association between sexual dysfunctions and course of chronic alcoholism, as well as impact of different factors on developing sexual dysfunctions.

The final analysis revealed association with clinical features of alcoholism, family climate and health condition of patients. Personality traits may contribute to the development of sexual dysfunctions, whereas weak sexual constitution is unfavorable biological predisposition.

Key words: sexual dysfunctions in men, chronic alcoholism, sexual disharmony in family relations, association between sexual dysfunction and course of chronic alcoholism.

Алкогольная зависимость является актуальной социально-медицинской проблемой в связи с высокой ее распространенностью и серьезными последствиями. Динамика статистических показателей в отношении заболеваемости алкоголизмом и связанных с ним демографических и экономических потерь в Российской Федерации позволяет охарактеризовать ближайший прогноз как неблагоприятный [1, 2, 5]. Показатель общей заболеваемости алкоголизмом в России остается на высоком уровне и составляет 1,6 % общей численности населения, а в ряде регионов достигает 3–5 % [3].

Одним из серьезных последствий, связанных со злоупотреблением алкоголем, являются половые расстройства. В то же время несостоятельность в половой жизни является одной из значимых психологических травм для мужчины любого возраста и влечет за собой конфликтную ситуацию в семье, что в свою очередь может являться провоцирующим фактором к употреблению алкогольных напитков, формируя, таким образом, порочный круг.

Хроническая алкогольная интоксикация, отрицательно влияя на половую сферу, может вызывать нарушение практически всех стадий копулятивного цикла [4, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 17, 19, 20]. По

литературным данным частота сексуальных нарушений у лиц с алкоголизмом составляет от 3,9 % до 83,0 %. Столь же противоречивые данные носят сведения, касающиеся этиологии, патогенеза и клиники заболевания.

Систематическое употребление алкоголя нередко приводит к ухудшению внутрисемейных отношений и на этом фоне к семейно-сексуальной дисгармонии [12, 13, 18], а также непосредственно сами конфликтные отношения могут стать поводом к алкоголизации [11, 14, 16].

Учитывая немногочисленность и противоречивость имеющихся данных, нами было предпринято исследование, **целью** которого было определение клинических особенностей сексуальных расстройств у больных, страдающих алкоголизмом II стадии, в зависимости от течения заболевания.

Материалы и методы исследования

В исследование было включено 90 мужчин в возрасте от 18 до 55 лет, страдающих алкоголизмом II стадии, находящихся на лечении в отделении психических расстройств, осложненных патологическими видами зависимости Московского НИИ психиатрии. Из исследования исключались больные с расстройствами шизофреническо-

го спектра, аффективными расстройствами, эпилепсией, умственной отсталостью, сопутствующей тяжелой соматической и неврологической патологией, в стадии декомпенсации.

Было проведено клинико-психопатологическое обследование с использованием мюнхенского личностного теста, «Анамнестической карты больного алкогольной зависимостью» (разработана сотрудниками отдела психических расстройств, осложненных патологическими видами зависимости Московского НИИ психиатрии). Клинико-сексологическое обследование включало анамнестические, урологические, эндокринологические, неврологические и другие сведения с использованием шкалы векторного определения половой конституции мужчины, шкалы ASEX (Arizona Sexual Experience Scale), опросник «Удовлетворенность браком» (В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко). Помимо этого исследовался уровень тестостерона и ЛГ в крови.

Статистический анализ проводился с помощью пакета прикладных программ Statistica версия 7.0. Применялись непараметрические методы статистики. При анализе связи двух признаков использовался метод Спирмена, а при сравнении двух групп — критерий Манна-Уитни.

Результаты

В результате проведенного исследования были выделены 2 группы больных: 1-я группа с сексуальными расстройствами (58 человек, 64 %) и 2-я группа без них (32 человека, 36 %). Возраст обследуемых в 1-й группе составил 41 ± 8 лет, а во второй — 36 ± 9 лет. Начало систематического приема алкоголя в обеих группах было одинаковым и составило 21 ± 5 лет. Формирование второй стадии алкоголизма в группе с сексуальными расстройствами происходит к 26 ± 6 годам, и ее длительность в среднем 8 ± 4 года. Группы сопоставимы по возрасту обследования, началу приема алкоголя и формирования II стадии ($p > 0,05$, критерий Манна-Уитни). У лиц без сексуальной патологии II стадия развивается позже — к 29 ± 7 годам и к моменту обследования длится 11 ± 7 лет. Суточное употребление крепких спиртных напитков у преобладающей части больных 1-й группы в среднем превышало 1000 ± 550 мл, тогда как во 2-й группе лишь у незначительного количества достигало 1 литра (в среднем 800 ± 400 мл).

У 60,3 % больных 1-ой группы сексуальные расстройства проявлялись снижением полового влечения, у 33 % — нарушением эрекции, причем у 15 % из них эти нарушения стали причиной отказа от интимных отношений. Изменения в длительности полового акта (в сторону укорочения) отметили всего 10,3 % больных. Большинство пациентов не тяготились отсутствием полноценной половой жизни. Сексуальные расстройства у исследуемых больных возникали к 34 ± 7 годам, что четко свидетельствует об их формировании на второй стадии заболевания.

В результате проведенного анализа было установлено, что одним из возможных факторов, опре-

деляющих развитие сексуального расстройства, является тип половой конституции. У больных с половыми расстройствами преобладали слабая половая конституция и слабый вариант средней (39,7 % и 56,9 % соответственно), а в группе пациентов без сексуальных расстройств — сильная и сильный вариант средней половой конституции (70 %). Полученные данные указывают на то, что сексуальные расстройства возникают у лиц со слабой половой конституцией ($p < 0,001$). Помимо этого была установлена определенная связь между типом половой конституции и структурой сексуальных нарушений. У лиц с сильным и сильным вариантом средней половой конституции на фоне длительного употребления алкоголя наблюдалось снижение полового влечения, что уменьшало потребность в интимных отношениях. Однако предпринятые редкие, в соответствии их потребностям, попытки завершались удачными половыми актами. Неустойчивость эрекции наблюдалась редко и не препятствовала проведению коитуса. У больных со слабой половой конституцией практически полностью пропадало половое влечение, что влекло за собой нарушение всех последующих сексуальных реакций — эрекции, эякуляции и оргазма. Эти пациенты были не способны вести полноценную половую жизнь.

При анализе форм употребления алкоголя были выявлены некоторые различия. В группе с сексуальными расстройствами преобладало смешанное (39,7 %) и постоянное пьянство (29,3 %). Длительные псевдозапой встречались у 20,7 % обследуемых, тогда как короткие псевдозапой лишь у 10,3 %. У пациентов без сексуальных дисфункций в преобладающем большинстве (62,5 %) встречалось псевдозапойное пьянство с короткими запоями. Практически в равной степени встречались смешанный тип алкоголизации (12,5 %) и длительные псевдозапой (15,6 %), а на постоянное пьянство приходилось лишь 9,4 %. Различия между группами носили достоверный характер ($p < 0,05$, критерий Манна-Уитни).

Была выявлена статистически достоверная положительная корреляционная связь между формой употребления спиртных напитков ($R = 0,29$; $p = 0,04$), суточной дозировкой ($R = 0,34$; $p = 0,01$) и наличием сексуальной патологии, что указывает на то, что сексуальные расстройства чаще возникают у больных с большим объемом употребляемого алкоголя, с длительными периодами алкоголизации и короткими светлыми промежутками между ними.

Было установлено, что сексуальные нарушения, за исключением больных, у которых ускоренное семяизвержение наблюдалось с самого начала половой жизни, возникают во второй стадии заболевания. Чем раньше от начала систематического пьянства возникает похмельный синдром, тем быстрее наступает расстройство и в половой жизни ($p < 0,05$).

Нами была проанализирована сексуальная жизнь больных в различные периоды заболевания: в ремиссию, в запое, в периоде алкогольного

абстинентного синдрома и в периоде после выхода из алкогольного абстинентного синдрома. Для оценки динамики сексуальных проявлений помимо клинического анализа использовалась шкала ASEX. Следует отметить, что чем выше показатель по шкале ASEX, тем более выражены сексуальные дисфункции. У больных 1-й группы (с половыми расстройствами) в период ремиссии наблюдалось снижение полового влечения, урежение частоты интимных отношений, вплоть до ее отсутствия. У части больных (30 человек) на фоне снижения влечения возникало нарушение эрекции. На нарушение оргастической функции пациенты жалоб не предъявляли, однако отмечали, что половая жизнь «стала доставлять меньше удовольствия». Указанные нарушения были зарегистрированы по ASEX шкале, общий балл по которой составил $20 \pm 3,5$. У больных 2-й группы сексуальных проблем не было, что подтверждалось результатами шкалы ASEX (общий балл $13 \pm 2,7$). Различия между группами по данным шкалы были статистически подтверждены только в период ремиссии ($p < 0,05$).

Период употребления алкоголя во II стадии заболевания имеет свои особенности. Максимально высокая толерантность к алкоголю сопровождается резко усиленным влечением к спиртному. Утрачивается ситуационный контроль, и употребление алкогольных напитков происходит в обстановке, наносящей вред репутации больного. Пьянство приобретает многодневный характер. В этот период интимные отношения отсутствуют в обеих группах. Больные 2-й группы в среднем через неделю возобновляют половую жизнь, так как периоды употребления алкоголя не носят длительного характера (в среднем до 4 дней). Большинство больных 1-й группы имеют смешанную или постоянную форму пьянства, периоды алкоголизации могут достигать месяца и более, что приводит к полной дезадаптации половой жизни. Практически такая же картина прослеживается и в период алкогольного абстинентного синдрома (ААС), что отражается в данных шкалы ASEX (в 1-й группе в период запоя общий балл $28 \pm 2,5$, в период ААС — $25 \pm 6,9$; во 2-й группе в период запоя — $23 \pm 3,8$, а в ААС — $20 \pm 6,8$).

После выхода из абстиненции наблюдается улучшение сексуальной функции. Во 2-й группе сексуальная активность достигает практически уровня ремиссии (общий балл по ASEX — $17 \pm 4,9$). Пациенты отмечают, что чаще всего в этот период партнерши отказывают им в близости из-за конфликтов в связи с их запоями, поэтому им приходится прибегать к мастурбации. В 1-й группе на фоне выраженных астенических явлений (слабость, утомляемость, снижение работоспособности) сексуальные нарушения сохраняются (общий балл по шкале ASEX — $24 \pm 4,7$).

Анализ партнерской ситуации показал, что 58,9 % мужчин на момент обследования не состояли в семейных отношениях и не имели постоянных партнерш. Было выявлено, что чем слабее половая конституция, тем более длительный период

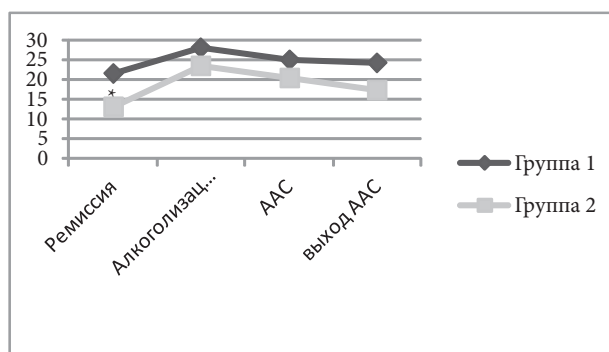


Рис. 1. Динамика сексуальной функции по шкале ASEX

Примечания: * — значимость различий при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни).

времени пациент был одинок ($p < 0,05$). 42,2 % обследуемых мужчин состояли в браке. Больше половины из них — 22,2 % — оценивали свои отношения с партнерами как конфликтные, что чаще всего было связано с алкоголизацией пациентов. Было выявлено, что у мужчин, состоящих в браке, реже возникали проблемы в половой сфере ($p < 0,05$). В свою очередь наличие сексуальной патологии препятствовало установлению новых партнерских отношений, что формировало своего рода порочный круг. 56 % обследуемых имели неоднократный опыт расторжения официальных семейных отношений, причем больше чем в половине случаев (38 %) одной из причин разрыва отношений было наличие систематической алкоголизации мужчины. В повторном браке находились 63 % обследуемых. Это были мужчины с сильной половой конституцией ($p < 0,05$) и в основном без выраженных сексуальных расстройств ($p < 0,05$). Между 1-й и 2-й группами были выявлены достоверные различия по частоте разводов ($p < 0,03$), по длительности периода отсутствия партнерши ($p < 0,03$) и по частоте вступления в повторные браки ($p < 0,03$).

Анализ личностных особенностей больных, вошедших в исследование, показал их определенную роль в формировании сексуальной патологии. У больных с сексуальными дисфункциями преобладают такие черты, как «шизоидия», изоляция и «эмотивность» ($R = 0,33$; $R = 0,28$; $R = 0,30$ соответственно). Чем более выражены эти черты личности, тем выше риск развития сексуальной патологии ($p < 0,05$). Отрицательная корреляционная связь была выявлена между наличием сексуальной патологии и экстраверсией ($R = -0,36$; $p = 0,004$). У пациентов с экстраверсией меньше риск возникновения сексуальных дисфункций и больше шансов создать новые семейные отношения после развода ($R = 0,36$; $p = 0,006$).

В результате комплексного исследования практически у всех больных были выявлены соматические и неврологические расстройства (95,55 % и 62,22 % соответственно). Однако группы имели отличия между собой по характеру и выраженно-

Таблица 1. Анализ соматического состояния у исследуемых больных

Показатели	1-я группа. Пациенты с сексуальными нарушениями, %	2-я группа. Пациенты без сексуальных нарушений, %
Алкогольная болезнь печени *	52,22	31,11
Артериальная гипертензия	31,11	12,22
Цирроз печени	3,33	-
Алкогольная кардиопатия *	22,22	8,88
Алкогольная полинейропатия *	17,77	-
Алкогольная энцефалопатия	24,44	5,55
Травма головы	16,66	26,66

Примечание * — значимость различий при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни)

сти этих состояний. Алкогольная полинейропатия и цирроз печени были установлены лишь у пациентов 1-й группы (с сексуальными расстройствами). Артериальная гипертензия, кардиопатия, энцефалопатия встречались чаще и были более выраженными у больных 1-ой группы.

Некоторые различия были установлены по результатам биохимического и гормонального исследования. Так у основной части пациентов с сексуальными расстройствами уровень тестостерона и ЛГ соответствовал средней границе нормы ($26,12 \pm 3,32$; $3,9 \pm 0,6$ соответственно при норме $10-39$ нмоль/л; $0,8-8,4$ мМЕ/л), во 2-й группе средние значения ближе к верхней ($35,41 \pm 2,1$; $6,1 \pm 1,1$ соответственно). Такая же тенденция была выявлена по результатам биохимических показателей. Уровень АЛТ, АСТ и различных фракций билирубина (общий, прямой) был выше ($p < 0,001$) в 1-й группе. Различия между группами имели достоверную значимость только по уровню содержания в крови аспаратаминотрансферазы ($p < 0,03$). Указанные различия были подтверждены результатами по шкале ASEX. Чем выше были значения по шкале ASEX, тем более выраженной оказалась сомато-неврологическая патология ($p < 0,05$). Расстройство эрекции чаще наблюдалось у больных с алкогольной полинейропатией ($R=0,33$; $p=0,04$), гипертензией ($R=0,37$; $p=0,01$) и энцефалопатией ($R=0,38$; $p=0,02$). У этих больных нарушения кровотока в генитальных сосудах не было выявлено (по результатам УЗИ).

Обсуждение результатов

Таким образом, в результате проведенного исследования было установлено, что на формирование сексуальных расстройств при алкоголизме влияет ряд факторов. Конституциональные особенности являются одним из факторов, определяющих развитие сексуальной патологии и ее структуры. Больше подвержены риску развития сексуальных дисфункций лица со слабой и сла-

бым вариантом средней половой конституции. У них расстройства сексуальной сферы затрагивают всю сферу копулятивного цикла, часто являясь причиной отказа от половых отношений вообще. У обследуемых с сильной и сильным вариантом средней половой конституции самым частым расстройством является снижение полового влечения, не мешающее проведению редких, но удачных половых актов.

Смешанная или постоянная форма употребления спиртных напитков, высокие суточные дозировки употребляемого алкоголя, короткие светлые промежутки играют определенную роль в развитии сексуальных дисфункций. В период запоя, а также алкогольного абстинентного синдрома половая жизнь отсутствует практически у всех обследуемых, однако у лиц без сексуальной патологии происходит ее постепенное восстановление.

Алкоголизм является одной из причин конфликта в семье и поводом расторжения отношений. У одиноких пациентов сексуальная патология препятствует установлению новых партнерских отношений, что, в свою очередь, может являться одним из мотивов к употреблению алкоголя.

Определенную роль в формировании патологии в сексуальной сфере играют особенности личности и соматическое состояние. Такие черты, как шизоидия, изоляция, эмотивность способствуют развитию нарушений в половой жизни, а экстраверсия, наоборот, уменьшает этот риск. Неврологические и соматические нарушения присутствуют практически у всех обследуемых, однако их выраженность у лиц с сексуальной патологией выше.

Литература

- Егоров В.Ф., Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. Наркологическая ситуация в России (по данным официальной медицинской статистики за 1996 г.) // Русский медицинский журнал. — 1998. — № 2. — С. 109–114.
- Заиграев Г.Г. Проблемы алкоголизации населения России // Наркология. — 2002. — № 7. — С. 2–7.
- Кошкина Е.А. Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в Российской Федерации в динамике за 5 лет // Вопросы наркологии. — 2011. — № 1. — С. 17–27.
- Крупнов А.Н., Шустов Д.И. Особенности этиологии и патогенеза эректильной дисфункции при алкогольной зависимости // Вопросы наркологии. — 2011. — № 1. — С. 54–60.
- Немцов А.В. Потребление алкоголя в России во второй половине 1990-х годов // Вопросы наркологии. — 2011. — № 2. — С. 59–64.
- Нохуров А. Основные клинические варианты взаимного влияния алкоголизма и половых расстройств у мужчин // Дисс. ... канд. мед. наук — М. — 1975. — 150 с.
- Al Helali N.S., Abolfotouh M.A., Ghanem H.M., Pattern of erectile dysfunction in Jeddah city // Saudi Med J. — 2001. — Jan;22(1). — P. 34–8.
- Bortolotti A., Parazzini F., Colli E., Landoni M. The epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors // Int J Androl. — 1997. — V.20 (6). — P. 323–34.
- Gavaler J.S., Urso T., Van Thiel DH. Ethanol: its adverse effects upon the hypothalamic-pituitary-gonadal axis // Subst Alcohol Actions Misuse. — 1983. — V.4 — P. 97–110.
- Jensen S.B. Sexual function and dysfunction in younger married alcoholics. A comparative study // Acta Psychiatr Scand. — 1984. — V. 69(6). — P. 543–9.
- Kearns-Bodkin J.N., Leonard K.E. Alcohol involvement and marital quality in the early years of marriage: a longitudinal growth curve analysis. Alcohol Clin Exp Res. — 2005. — V. 29. — P. 2123–34.
- Livingston M. Effects of alcohol consumption in spousal relationships on health-related quality of life and life satisfaction // J Stud Alcohol Drugs. — 2009. — V. 70. — P. 383–390.
- Nirenberg T.D., Liepman M.R., Begin A.M., Doolittle R.H., Broffman T.E. The sexual relationship of male alcoholics and their female partners during periods of drinking and abstinence. J Stud Alcohol // 1990. — 51(6) — P. 565–568.
- O'Farrell T.J., Choquette K.A., Birchler G.R. Sexual satisfaction and dissatisfaction in the marital relationships of male alcoholics seeking marital therapy // J Stud Alcohol. — 1991. — 52(5). — P. 441–447.
- Okulate G., Olayinka O., Dogunro A.S. Erectile dysfunction: prevalence and relationship to depression, alcohol abuse and panic disorder // Gen Hosp Psychiatry. — 2003. — May-Jun;25. — P. 209–213.
- Olenick N.L., Chalmers D.K. Gender-specific drinking styles in alcoholics and nonalcoholics // J Stud Alcohol. — 1991. — V. 52. — P.325–330.
- Pach D., Szurkowska M., Targosz D., Kamenczak A., Mikołaszek-Boba M., Szafraniec K., Winnik L., Hydzik P., Huszno B. Evaluation of pituitary-gonadal axis in alcohol dependent males //Przegl Lek. — 2007. — V. 64. — P. 238–242.
- Péroudeau G.M., Kohn P.M. Sex differences in the marital functioning of treated alcoholics // Drug Alcohol Depend. — 1989. — V. 23(1). — P. 1–11.
- Ponizovsky A.M. Clinical and psychosocial factors associated with quality of life in alcohol-dependent men with erectile dysfunction // J Sex Med. — 2008. — 5(10). — P. 2347–2358. Epub 2008 Jun 17.
- Wetterling T., Veltrup C., Driessen M., John U. Drinking pattern and alcohol-related medical disorders // Alcohol Alcohol. — 1999. — V. 34(3). — P. 330–336.

Сведения об авторах

Ягубов Михаил Ибрагимович — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения сексопатологии ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России. E-mail: yagubov@mail.ru

Касторная Анастасия Александровна — аспирант отделения сексопатологии ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России. E-mail: dr.kastornaya@gmail.com

Дифференциальная диагностика между обсессивно-компульсивными расстройствами (ОКР) с выраженным моторным компонентом и экстрапирамидными нарушениями

А.Г. Нарышкин¹, И.В. Галанин¹, А.Л. Горелик¹, Р.Ю. Селиверстов²

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

² ФГБУН «Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева» РАН

Резюме. В статье определены трудности в проведении дифференциального диагноза между двигательными формами обсессивно-компульсивного синдрома (8 больных) и экстрапирамидной патологией на примере торсионной дистонии (8 больных). Приводятся клинические критерии проведения дифференциального диагноза, среди которых самым надежным является отолитовая проба. На основании изучения процессов пространственно-временной синхронизации ЭЭГ выявлены убедительные дифференциально-диагностические отличия в этих двух исследованных группах. Полученные результаты сравнивались также с ЭЭГ-показателями группы здоровых испытуемых (10 человек).

Ключевые слова: двигательные расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, торсионная дистония, дифференциальный диагноз, электроэнцефалография, пространственно-временная синхронизация ЭЭГ.

Differential diagnosis between obsessive-compulsive motor disorders (OCD) and extrapyramidal disorders

A.G. Naryshkin¹, I.V. Galanin¹, A.L. Gorelik¹, R.Y. Seliverstov²

¹ St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

² Institute of the Human Brain RAS

Summary. The article challenges identified for the differential diagnosis between the motor forms of obsessive-compulsive disorder (8 patients), and extrapyramidal disorder as an example torsion dystonia (8 patients). Clinical criteria for differential diagnosis are given. Otolith sample is the most reliable criterion. Based on the study of processes of spatial-temporal EEG synchronization convincing differential diagnostic differences were found in these 2 study groups. The results were compared with EEG indices in healthy subjects (10 men). In analyzing the processes of space-time synchronization in patients with torsion dystonia new hypothesis on the origin of the delta rhythm was expressed.

Key words: movement disorders, obsessive-compulsive disorders, torsion dystonia, differential diagnosis, electroencephalography, spatio-temporal synchronization of the EEG.

Введение. Хотя прошло уже более 100 лет с тех пор, как навязчивости были выделены в самостоятельную нозологическую форму, сохраняется множество вопросов по поводу нозологической принадлежности и диагностики этих состояний. В русскоязычной литературе навязчивые состояния, возникающие с 2 до 18 лет (по данным некоторых авторов — до 12 лет) [1], классифицируются как болезнь Жиль де ла Туретта, а такие же навязчивости, возникающие в более зрелом возрасте, определяются как синдром Туретта или, гораздо чаще, как обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) [2].

Всемирная федерация сообществ биологической психиатрии (WFSBP) по фармакотерапии тревоги, обсессивно-компульсивного и посттравматического расстройства выделяет «чистый» ОКР и расстройства ОКР-спектра. К последним относятся тики, синдром Жиль де ла Туретта, PANDAS-синдром и другие [3]. Диагностика навязчивостей, особенно их моторного компонента, возникаю-

щих в зрелом возрасте, представляет серьезную и недостаточно решенную проблему. Во-первых, такие случаи встречаются достаточно редко, заболеваемость населения составляет 0,05 % [2]. Во-вторых, основная масса больных попадает в поле зрения неврологов по поводу различных «экстрапирамидных» гиперкинезов и дистоний. Причиной данной ситуации является то, что моторные проявления обсессивно-компульсивного расстройства очень трудно отличить от экстрапирамидных гиперкинезов. Параклинические методы обследования таких пациентов, в том числе и ЭЭГ, являются неинформативными [4], и для постановки диагноза врачу приходится опираться только на собственный опыт и интуицию.

Материалы и методы. Исследование проведено на 2 группах пациентов. В первую группу вошли 8 человек, страдающих ОКР с превалирующим моторным компонентом, напоминающим торсионные спазмы, при этом у всех больных заболевание развилось в зрелом возрасте. Группа боль-

ных состояла из 5 мужчин и 3 женщин. Возраст больных колебался от 21 до 53 лет, в среднем 34 года. Длительность заболевания варьировала от 4 до 7 лет, в среднем 5,5 года. Все больные неоднократно лечились в стационарах неврологического профиля без видимого эффекта с диагнозами: торсионная дистония (ТД), атетоидный гиперкинез или хорей. Количество госпитализаций колебалось от 3 до 8 (в среднем 5).

Для оценки роли вестибулярной афферентации в проявлениях экстрапирамидной патологии нами использовалась отолитовая проба. Она заключается в перемещении больного из положения ортостаза (вертикальное положение) в положение антиортостаза (положение головы вниз на 30—45°) [5]. У больных с экстрапирамидной патологией, при проведении отолитовой пробы симптоматика уменьшается или полностью регрессирует, а при моторных проявлениях ОКС этого не происходит. В качестве иллюстрации приводится история болезни.

Больная В., 1985 года рождения. Из анамнеза: наследственность неотягощена. Родилась вторым ребенком в семье, старшая и младшая сестры здоровы. Раннее детство и развитие без особенностей. Успешно окончила 11 классов, в дальнейшем университет. С 18 лет на фоне конфликтных взаимоотношений в семье появилась повышенная раздражительность. Почти одновременно с этим возникли непроизвольные подергивания мышц лица и шеи, через 3–4 месяца в этот процесс была вовлечена вся верхняя половина тела. Последний год появились насильственные покашливания и поперхивания, которые сама больная не замечает, а знает о них только со слов окружающих. Одновременно с этим появилось снижение настроения, активности, работоспособности. Больная неоднократно (6 раз) лечилась в стационарах с различными неврологическими диагнозами (торсионная дистония), без видимого улучшения.

Последний диагноз: «Торсионный генерализованный гиперкинез неясного генеза». При поступлении: жалобы на непроизвольные движения в мышцах верхней половины тела, в том числе мимических мышц лица и шеи. Речь перемежается поперхиванием и покашливанием. Имеются тикообразные, периодические, неритмичные, среднего темпа непроизвольные сокращения мышц верхней половины туловища, временами принимающие позиционный, постуральный характер. Отолитовая проба отрицательна. Память, мышление, интеллект и способность к концентрации внимания — без особенностей. На МРТ — неравномерно расширены единичные щели субарахноидального пространства головного мозга. ЭЭГ — выраженные общемозговые изменения БЭА по диффузно-органическому типу, резидуальной природы, как коркового, так и подкоркового уровней. Существенно выражена неустойчивость функционального состояния коры с признаками медикаментозного влияния, корковая ирритация. Выражены признаки стволовой дисфункции с убедительным усилением возбудимости дизэнцефального отдела ствола мозга, с нерезким вовлече-

нием глубоких медиобазальных структур, чаще — с нерезким правосторонним преобладанием.

В отделении: на фоне проводимой терапии (нейрометаболики, вазоактивные препараты, активизирующие антидепрессанты и нейролептики, последние — производные дифенилбутилпиперидина) уже через несколько дней полностью редуцировался вокализированный компонент обсессивных расстройств. В дальнейшем вначале уменьшились, а затем полностью исчезли моторные проявления. Нормализовался фон настроения, редуцировалась раздражительность.

На основании проведенного обследования больной был поставлен диагноз обсессивно-компульсивного расстройства, а проведенная терапия привела к полному регрессу имеющейся симптоматики в течение 3 недель. Больная была выписана без жалоб, на поддерживающем лечении.

Вторая группа, вошедшая в исследование, была сформирована из 8 пациентов, страдающих генерализованной формой ТД. В группу вошли 5 мужчин и 3 женщины. У всех больных имелись спорадические формы заболевания. Возраст больных колебался от 18 лет до 31 года, в среднем 24,5 года. Длительность заболевания составляла от 10 месяцев до 8 лет, в среднем 4,5 года. В отличие от больных с двигательными обсессивно-компульсивными расстройствами правильный диагноз у этой категории больных был поставлен на предыдущих этапах лечения, и все больные неоднократно лечились в специализированных неврологических отделениях, но без существенного эффекта. В качестве иллюстрации к сказанному приводится следующая история болезни.

Больная П., 1987 г. р. Поступила с жалобами на насильственный поворот головы влево, запрокидывание головы назад, напряжение передней группы шейных мышц, насильственные движения в левой руке и обеих стопах, усиливающиеся при физической и эмоциональной нагрузке. Из анамнеза: наследственность неотягощена, заболевание началось около восьми лет назад с насильственным подворачиванием правой стопы, заболевание постепенно прогрессировало, двигательная симптоматика распространилась на вторую стопу, на левую руку и на мышцы шеи. Неоднократно лечилась в ведущих неврологических стационарах Украины без существенного эффекта. Неврологический статус: голова непостоянно и непроизвольно повернута влево под углом в 30°, левая рука насильственно отведена в сторону и ротирована внутрь, произвольно не может вывести руку из этого положения, имеются непроизвольные медленные пронационно-супинационные движения в стопах. Симптоматика усиливается при движениях и эмоциональных нагрузках. Отолитовая проба положительна. На основании проведенного обследования больной поставлен диагноз: торсионная дистония, генерализованная форма. Проведено лечение методом вестибулярной дерецепции с существенным непосредственным положительным эффектом.

Как указывалось выше, обычная визуальная оценка ЭЭГ не позволяла обнаружить нозоспецифических изменений в ее данных. Нами было проведено изучение процессов пространственно-временной синхронизации ЭЭГ. Результаты исследования сопоставлялись с данными, полученными в группе здоровых испытуемых, состоящей из 10 человек. С целью поиска дифференциально-диагностических критериев между двумя этими состояниями нами проведено исследование рутинной ЭЭГ, а также пространственной организации (ПО) ЭЭГ у наших пациентов по данным когерентного анализа. Запись ЭЭГ производилась по международному протоколу на компьютерном электроэнцефалографе «Телепат-104» производства ООО «Потенциал». Анализировали записи, представленные в усредненном монтаже, отдельно в каждом стандартном частотном диапазоне (δ , θ , α и β), по каждому из каналов ЭЭГ, при минимальной протяженности безартефактной записи 30 секунд. Длительность эпохи составляла 4 секунды, перекрывание эпох составляло 50 %, использовалось временное окно Ханна. Вычисление коэффициентов когерентности (ККоГ) осуществляли средствами встроенного сертифицированного пакета программного обеспечения WinEEG, представляющего результаты в табличной форме. В соответствии с величинами ККоГ точки на шаблоне, обозначающие отведения ЭЭГ, соединяли тонкими линиями при когерентных связях средней силы (ККоГ = 0,5-0,7) и жирными при сильных (ККоГ > 0,7). Связи с ККоГ менее 0,5 не рассматривались в силу их обилия и, соответственно, малой информативности. Полученные таким образом индивидуальные паттерны пространственной организации (ППО) ЭЭГ рассматривали как отображение межкорковых взаимодействий у данного пациента в стандартном функциональном состоянии (пассивное бодрствование). Результаты исследования сопоставлялись с данными, полученными в группе из 10 клинически здоровых испытуемых. Для статистической обработки данных использованы критерии Стьюдента, Уилкоксона и Манна-Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение. Для удобства в проведении клинического дифференциального диагноза между моторными прояв-

лениями ОКР и торсионной дистонией была создана таблица (табл. 1). В ней учитывается наличие или отсутствие простых вокальных тиков (покашливание, посасывание, поцокивание, фырканье, щелканье и т. д.), темп, ритмичность и стереотипность гиперкинезов, а также характер постуральных нарушений. При оценке темпа гиперкинеза следует отталкиваться от градации тремор (быстрый гиперкинез)—атетонид (медленный гиперкинез). У больных с моторной формой ОКС гиперкинез имеет средний темп. Однако самым надежным дифференциально-диагностическим признаком, на наш взгляд, следует считать результаты отолитовой пробы.

Из инструментальных методов исследования акцент был сделан на изучении пространственно-временной синхронизации (ПВС) ЭЭГ, где были выявлены существенные отличия между группами больных с ОКС и ТД как по отношению друг к другу, так и в отношении здоровых испытуемых. При визуальной оценке нативной ЭЭГ существенных различий между группами больных с ОКС и ТД выявить не удалось. Можно лишь упомянуть, что в общих характеристиках ЭЭГ-паттернов у больных с ОКС отмечено более выраженное преобладание функциональных изменений биоэлектрической активности мозга. При этом у больных с ТД в целом чаще отмечаются признаки слабо и умеренно выраженных резидуально-органических изменений, а также более выраженное влияние двигательных и электромиографических артефактов.

Однако при изучении ППО ЭЭГ были выявлены отчетливые и сущностные различия в группах больных как по отношению друг к другу, так и по отношению к здоровым испытуемым. На рис. 1 представлены наиболее типичные для каждой группы больных паттерны ПО ЭЭГ. Видно, что в сравнении с нормой имеются существенные отличия как у больного с ОКС, так и у больной с ТД, а также убедительные различия между ОКС и ТД.

Следует сразу отметить, что при ОКС паттерн ПО ЭЭГ в большей степени напоминает физиологический, хотя и имеет определенные отличия от него в сторону обеднения связей преимущественно в δ -диапазоне. Наиболее существенные

Таблица 1. Дифференциально-диагностические клинические признаки обсессивно-компульсивных двигательных расстройств и проявлений торсионной дистонии

Симптомы и их характеристика	ОКР	ТД
Наличие простых вокальных тиков	Характерны	Отсутствуют
Темп гиперкинезов	Средний	Медленный
Ритмичность гиперкинезов	Аритмичные	Ритмичные
Постуральные нарушения	Динамичные	Постоянные
Стереотипность и последовательность гиперкинезов	Отсутствует	Присуща
Результаты отолитовой пробы	Отрицательные	Положительные

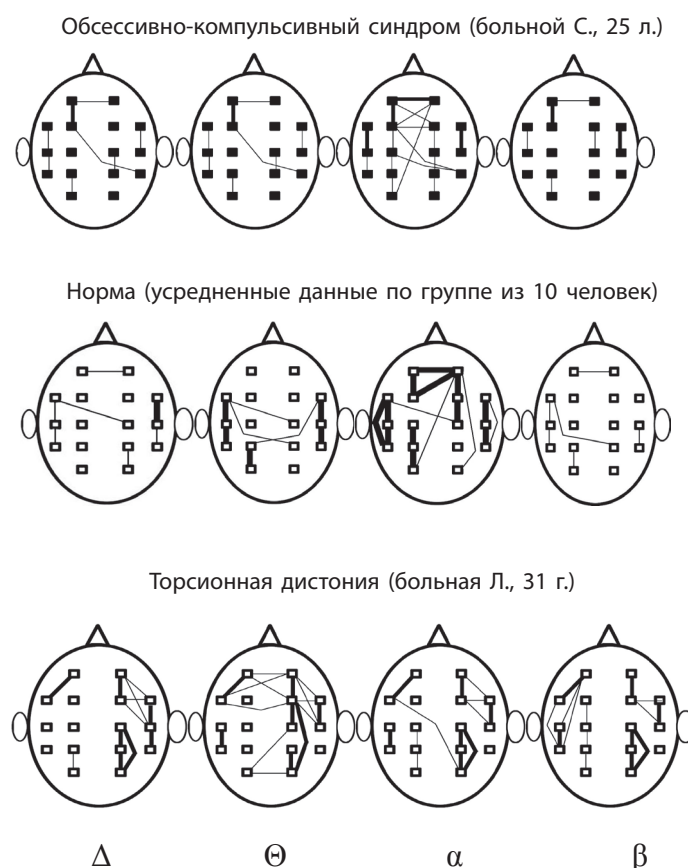


Рис. 1. Паттерны пространственной синхронизации ЭЭГ у больных с обсессивно-компульсивным синдромом, торсионной дистонией в сравнении с нормой.

отличия от нормы выявлены у больных с ТД, у которых они максимально представлены в δ - и β -диапазонах, причем преимущественно за счет длинных связей, как ипсил-, так и гетеролатеральных. В то же время у больных обеих групп уменьшается количество сильных и ипсилатеральных связей в α -диапазоне. По всей вероятности, преобладание «сильных» интракортикальных взаимодействий в пределах полушария является характерным для нормы, что перекликается с новейшими литературными данными [8]. При нарушении этой закономерности за счет дезинтеграции жесткого «каркаса» связей, что особенно ярко проявляется при ТД, интрацентральные взаимодействия приобретают патологический характер: в паттернах ПО ЭЭГ начинают преобладать длинные ипсилатеральные и особенно гетеролатеральные взаимодействия средней интенсивности. При этом четко очерченный в α -диапазоне «каркас» связей, присущий норме [8], при ОКС подвергается распаду в меньшей степени, чем при ТД. Редукция у больной ТД характерных для нормы «коротких» и усиление «длинных» связей отражает тенденцию к своего рода «ужесточению» структуры интрацентральных взаимодействий. Между тем известно, что часть длинных связей, включая диагональные, является врожденной и реализуется через транскаллозальные волокна (Е.В. Макси-

мова, 1990,—цит. по [8]). В процессе физиологического нейроонтогенеза начинают преобладать постепенно формирующиеся, более пластичные, короткие связи [8]. Следовательно, паттерн ПО ЭЭГ у больной с ТД может быть рассмотрен как пример диссолюции, о которой писал Д.Х. Джексон. Кроме того, общеизвестно, что у новорожденного ребенка на ЭЭГ определяется исключительно δ -ритм. А согласно теории диссолюции Д.Х. Джексона, при патологии ЦНС происходит возврат к фило- и онтогенетически более ранним принципам ее функционирования. Следовательно, увеличение количества связей в δ -диапазоне у больных ТД можно рассматривать как проявление диссолюции в организации интегративной деятельности мозга.

И в этой связи становится актуальным пересмотр распространенных представлений о генерации δ -ритма стволовыми структурами, поскольку, как известно, ствол мозга является преимущественно проводниковой системой, в то время как ретикулярная формация ствола в морфофункциональном смысле представляет собой синцитий, способность которого к генерации регулярных ритмов не менее сомнительна. Также хорошо известно, что в онтогенезе именно δ -ритм является первым и доминирует примерно до 4-месячного возраста, то есть в период активного фор-

мирования структур стриопаллидарного комплекса (уместно вспомнить афоризм: «Младенец — это стриопаллидарное существо»). Исходя из этих соображений, представляется более логичным рассматривать в качестве генератора δ -ритма именно стриопаллидарную систему, имеющую мощный нейрональный субстрат и массивные связи с таламусом. Такое представление, особенно в свете теории диссолюции, вполне объясняет усиление интракортикальных взаимодействий в δ -диапазоне у больных с экстрапирамидной патологией.

Выводы

В настоящее время имеются значительные трудности в проведении дифференциального диагноза между экстрапирамидной патологией и двигатель-

ными проявлениями обсессивно-компульсивного синдрома.

Помимо целого ряда клинических ориентиров в проведении дифференциального диагноза между экстрапирамидной патологией и обсессивно-компульсивным синдромом может играть роль количественная ЭЭГ.

Имеются существенные отличия в паттернах пространственной организации ЭЭГ у больных обсессивно-компульсивным синдромом и торсионной дистонией, позволяющие дифференцировать эти два заболевания.

Изменения паттерна пространственной организации ЭЭГ при торсионной дистонии являются веским доказательством теории диссолюции Д.Х. Джексона.

Литература

1. Гордеев С.А., Шварков С.Б., Ковров Г.В., Посохов С.И., Дьяконова Н.А. Особенности межполушарной асимметрии ЭЭГ у больных с генерализованным тревожным расстройством // «Асимметрия». — 2009. — Т. 3. — № 4. — С. 4–24.
2. Кондратьева О.Г. Изменение альфа- и бета-ритмов биоэлектрической активности мозга при формировании синдрома эмоционального выгорания у педагогов / Автореф. дис. ... канд. биол. наук. — Челябинск. — 2011. — 23 с.
3. Лис А.Дж. Тику / Пер. с англ. — М.: Медицина. — 1989. — 336 с.
4. Нарышкин А.Г., Преображенская И.Г., Тимофеев И.С., Филимонов В.Н., Шелякин А.М. Новый патогенетический способ лечения цервикальной дистонии (обоснование, методика, результаты) // Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. — 2000. — № 3 — С. 7–11.
5. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — М.: «Экспертное бюро-М». — 1997. — 496 с.
6. Пушков В.В., Кравченко И.В. Клиническая динамика и терапия болезни Туретта у детей // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2007. — № 3. — С. 17–18.
7. Рева Н.В. Линейные и нелинейные характеристики ЭЭГ человека при вызванных эмоциях / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск. — 2000. — 21 с.
8. Цицерошин М.Н., Шеповальников А.Н. Становление интегративной функции мозга. — СПб.: Наука. — 2009. — 249 с.

Сведения об авторах

Нарышкин Александр Геннадьевич — д. м. н., ведущий научный сотрудник НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: naryshkin56@mail.ru

Галанин Игорь Вениаминович — к. м. н., старший научный сотрудник НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: galanin_igor@land.ru

Горелик Александр Леонидович — к. м. н., научный сотрудник НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: gorelik7@rambler.ru

Селиверстов Роман Юрьевич — к. м. н., нейрохирург ИМЧ им. Н.П. Бехтеревой РАН. E-mail: mamsela@mail.ru

РИСПЕРИДОН ОРГАНИКА

антипсихотическое средство (нейролептик)

Купирование острых приступов
и длительная поддерживающая терапия:

- **острой и хронической шизофрении
и других психотических расстройств;**
Вспомогательная терапия:
- **поведенческих расстройств
у подростков с 15 лет и взрослых
пациентов** (со сниженным интеллектуальным
уровнем или задержкой умственного развития,
в случаях, преобладания деструктивного поведения
в клинической картине болезни).
- **в качестве стабилизатора настроения
при лечении маний, в случаях
биполярных расстройств.**



Выход есть всегда!

Идеальное
соотношение –
эффективность
переносимость
качество
цена

Реклама



ОРГАНИКА
Вместе к исцелению!
www.organica-nk.ru

г. Новокузнецк, Кузнецкое шоссе 3,
тел. (3843) 37-46-40, факс 37-24-96,
e-mail: inform@organica.su

Бредовые инволюционные психозы: клинические особенности и лечение

Н.А. Тювина, Л.С. Тутер
ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», Москва
клиника психиатрии им. С.С. Корсакова УКБ №3, Москва

Резюме. В статье рассмотрены функциональные психозы позднего возраста с точки зрения преморбидных особенностей личности, семейного анамнеза, влияния различных психосоциальных и биологических факторов на возникновение и течение заболевания, а также особенности их клинической картины, течения, терапии и прогноза.

Больные разделялись по клиническим особенностям психоза на две группы. К первой группе были отнесены пациенты, страдающие психозами только с бредовой симптоматикой. Во вторую группу вошли пациенты с сочетанием галлюцинаторных и бредовых нарушений. Установлено, что для купирования бредового психоза целесообразно применять атипичные нейролептики в сочетании с антидепрессантами последних поколений, не приводящими к инверсии аффекта и обострению психотической симптоматики. Для лечения психоза с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой эффективно использование как типичных, так и атипичных антипсихотиков в сочетании с транквилизаторами.

Ключевые слова: бредовые инволюционные психозы, преморбид, наследственность, психосоциальные факторы, психопатология, терапия, прогноз.

Delirium Involution Psychoses: Clinical Peculiarities and Treatment

N.A. Tjuvina, L.S. Tuter
GBOY VPO «The first I.M. Sechenov MSMU»,
the Korsakov clinic of psychiatry YKB №3 of the first I.M. Sechenov MSMU

Summary. Functional psychoses of late age from point of view of premorbid person's peculiarities, family anamnesis, an influence of various psychosocial and biological factors on the origin and course of disease as well as peculiarities of its clinical picture, course, therapy and prognosis are considered. Patients were divided into two groups according to psychosis peculiarities. Patients suffering from psychoses with delirium symptoms referred to the first group. The second group included patients with combination of hallucination-and-delirium disorders. It was stated that the usage of atypical neuroleptics in combination with depressants of latest generations not causing an inversion of the affect and exacerbation of psychotic symptoms was expedient for stopping delirium psychosis.

The usage of both typical and atypical antipsychotics in combination with tranquilizers was effective in treating psychosis with hallucination-delirium symptoms.

Key words: delirium-involution psychoses, premorbid, heredity, psychosocial factors, psychopathology, therapy, prognosis.

Возрастающий интерес к проблемам геронтологии и гериатрии в последние годы обусловлен значительным ростом пожилых и старых людей в населении, и, соответственно, увеличением доли заболеваний, характерных для позднего возраста, включая психические расстройства. В период инволюции могут обостряться начавшиеся ранее заболевания, а также возникать новые, имеющие свои возрастные особенности. К последней группе относятся так называемые инволюционные психозы, манифестирующие в период инволюции, т.е. после 50 лет.

В зависимости от преобладания тех или иных психопатологических расстройств различают аффективные (инволюционная депрессия) и бредовые формы (инволюционный паранойд) инволюционных психозов.

В связи с расхождением мнений учёных по вопросу этиологии и патогенеза инволюционных психозов, в частности, параноидов, а следо-

вательно, и их диагностики, достоверных данных об их распространённости нет. Доля инволюционных параноидов среди всех бредовых расстройств позднего возраста колеблется в широких пределах от 1,8 до 40% [1].

Особенности бредовых психозов пожилого возраста были отмечены ещё психиатрами XIX века [3, 7, 8, 29] и XX века [4, 5, 6, 11, 12, 15, 17, 20, 26]. Однако в процессе изучения объём и границы этих психозов то максимально расширялись, то значительно сужались, и до настоящего времени сохраняются разногласия по вопросу их выделения в самостоятельную группу.

Существует две точки зрения на психозы, дебютирующие в пожилом возрасте. Сторонники одной не считают инволюционные бредовые психозы самостоятельным заболеванием, а связывают их либо с органическим поражением головного мозга [5, 7], либо с поздней шизофренией [3, 10, 21, 22]. Сторонники другой относят их к

собственно пресенильным функциональным психозам [2, 20, 23, 26]. В первом случае речь идёт о манифестации в период инволюции заболеваний, имеющих место и на более ранних возрастных этапах. Обсуждение может касаться лишь объёма и формы собственно возрастного влияния на клиническую картину и течение этих расстройств. [9, 21, 22, 24]. Во втором случае развитие инволюционных бредовых психозов связывают с влиянием возрастных факторов биологического и социального характера, исключая атрофические и грубоорганические изменения головного мозга [6, 8, 13]. Однако, и здесь наблюдаются противоречия и разногласия, связанные с обоснованием правомочности выделения этих психозов в самостоятельную группу. Одни авторы клиническое своеобразие этих расстройств связывают с происходящей в этом возрасте или предшествующей эндокринной перестройкой [6, 20, 25, 26, 31], другие сами клинические особенности инволюционных психозов считают доказательством их нозологической самостоятельности [2, 16, 17, 23].

Что касается клинической картины инволюционных бредовых психозов, то к ним относили разные психопатологические состояния с соответствующими квалификационными формами: «инволюционная или пресенильная паранойя» [25, 31], «инволюционная паранойя» [27, 30], «параноидные психозы позднего возраста» [20], «инволюционные бредовые психозы» [17], «пресенильный бред» [23], «поздняя шизофрения» [21], «неконтактный параноид пожилых» [22].

Многие отечественные и зарубежные психиатры [9, 11, 17, 18, 19, 28], признавая существование инволюционных бредовых психозов, отмечают также возрастные психопатологические особенности шизофрении, манифестирующей в позднем возрасте, и находят между ними много общих признаков.

В МКБ-9 указанные выше состояния были отнесены к отдельной группе «Инволюционное параноидное состояние: 297.21 Инволюционный параноид, 297.29 Поздняя (старческая) паранойя».

В современной международной классификации болезней (МКБ-10) подобные расстройства квалифицируются как F 22.0 (бредовое расстройство, как вариант хронического бредового расстройства) — в тех случаях, когда клиническая картина проявляется систематизированными бредовыми расстройствами обыденного содержания, в том числе в сочетании с элементарными слуховыми или зрительными галлюцинациями; F22.8 (другие хронические бредовые расстройства) — в случае наличия вербального галлюциноза некомментирующего характера, в том числе F22.81 (инволюционный параноид); F23 (острые и преходящие психотические расстройства) — при остром начале (2 недели и менее) психотических симптомов, таких как бред и галлюцинации, и тяжёлом нарушении обычного поведения.

Таким образом, отсутствие единства взглядов на инволюционные бредовые психозы на протяжении всего периода их существования, наличие

многих классификаций, разработанных на основе различных подходов, обуславливает необходимость дополнительных исследований в этой области.

Несмотря на наличие специфических, присущих только психозам позднего возраста критериев выделения, и большое число публикаций, ряд аспектов проблемы остаётся недостаточно изученным. Очевидна необходимость более широкого и углублённого исследования таких вопросов, как преморбидные особенности личности, семейный анамнез, влияние различных психосоциальных и биологических факторов на возникновение и течение заболевания, особенности клиники, терапии и прогноза инволюционных бредовых психозов.

Целью настоящего исследования является изучение клинической картины, течения и прогноза бредового психоза у пациентов пожилого возраста для разработки рекомендаций по его диагностике и лечению.

Материал и методы исследования

В исследовании использовались клинический и клинико-катamnестический методы. Была разработана специальная карта обследования, в которую вошли подробные данные анамнеза жизни и заболевания, психического состояния в динамике на протяжении всей болезни, в том числе на фоне проводимой терапии. Результаты лечения оценивались по шкале общего впечатления в начале курса и в конце наблюдения.

Для исключения соматической и неврологической патологии больные осматривались терапевтом и неврологом, проводились необходимые дополнительные обследования (анализы крови, ЭЭГ, ЭКГ, КТ, МРТ).

Статистическая обработка данных проведена при помощи пакета программ Statistica 6.0.

В исследование включали пациентов с галлюцинаторно-бредовым и бредовым психозами, возникшими в возрасте после 50 лет. Необходимым условием также являлось отсутствие клинически очерченных психических расстройств в анамнезе. Не включались пациенты с установленным диагнозом шизофрении и пациенты, начало заболевания у которых имело отчетливую связь с органическим поражением головного мозга, таким как объёмные образования, последствия черепно-мозговых травм, инсульты.

Материал исследования составили 83 человека, из них 30 мужчин и 53 женщины в возрасте от 50 до 73 лет (средний возраст $60,2 \pm 2,7$ лет). Манифестация инволюционного психоза приходилась в среднем на возраст $57,5 \pm 1,8$ лет.

Изначально больные были разделены по клиническим особенностям психоза на две группы. К первой группе были отнесены пациенты (46 человек), страдающие психозами только с бредовой симптоматикой. Во вторую группу вошли 37 пациентов с сочетанием галлюцинаторных и бредовых нарушений. В первой группе женщины составили 70% (32 человека), мужчины — 30% (14 че-

ловек). Во второй группе женщины также преобладали, но незначительно (57%). Диагноз у всех больных был установлен до начала исследования врачами-психиатрами клиники им.С.С. Корсакова или других психиатрических учреждений в соответствии с критериями МКБ-10.

По нозологической принадлежности изученные состояния в группах распределились следующим образом: F22.0—хроническое бредовое расстройство (54% и 8% соответственно), F22.8—другие хронические бредовые расстройства (не встречались в 1-ой группе, но 65%—во 2-ой), F22.81—инволюционное параноидное состояние (26% и 5%), F23.0—острое полиморфное психотическое расстройство (20% и 22%) (рис.1). Обращает на себя внимание тот факт, что в 1-й группе преобладали больные с диагнозами «хроническое бредовое расстройство» и «инволюционный параноид», в то время как во 2-ой группе более половины больных имели нечёткий диагноз «другие хронические бредовые расстройства».

Результаты

В результате проведённого сравнительного изучения обеих групп пациентов было установлено что больные первой и второй группы достоверно не отличались по среднему возрасту начала заболевания (в первой группе— $56,4 \pm 2,3$ лет, во второй— $58,7 \pm 3,5$ лет) и среднему возрасту на момент обращения к врачу ($60,6 \pm 3,3$ и $59,9 \pm 3,4$ лет соответственно), хотя у большинства пациентов первой группы заболевание начиналось несколько раньше, а обращались они за помощью, соответственно, позднее, чем во второй группе. В связи с этим, средняя длительность временного периода от начала заболевания до поступления в стационар в первой группе достоверно больше ($4,4 \pm 0,3$ года), чем во второй ($1,2 \pm 0,2$ года). Это свидетельствует о более постепенном развитии симптоматики у больных 1-ой группы и отсутствии критики к заболеванию как со стороны больных, так

и родственников, воспринимающих бредовые высказывания как реальные события. Острота психоза у пациентов с галлюцинаторно-бредовыми нарушениями приводила к своевременной госпитализации.

Обследованные группы больных отличались также по наследственной отягощённости психическими заболеваниями. У большинства пациентов первой группы (69%) наследственность была отягощена психическим заболеванием, причем у 39% преобладала аффективная патология. Во второй группе, напротив, у 76% больных не было выявлено наследственной отягощённости, а оставшиеся 24% распределились следующим образом: 13%—личностные особенности (замкнутость и эмоциональная холодность), 5%—шизофрения, 3%—алкоголизм и 3%—аффективные нарушения (рис. 2).

В преморбиде у 73% пациентов 1 группы отмечались стенические черты характера: социальная активность, общительность, бескомпромиссность, прямолинейность, правдолюбие, ригидность, аккуратность, пунктуальность, исполнительность и излишняя требовательность к себе и окружающим. В группе больных с галлюцинаторно-бредовым синдромом у 35% обследованных особенностей характера выявлено не было, у 27% в преморбиде встречались шизоидные черты характера, такие как замкнутость, отгороженность, чуждаковатость, в 22% случаев наблюдались стенические черты и в 16%—тревожно-мнительные.

Обследованные группы отличались также по уровню образования. В первой группе достоверно выше уровень образования. Пациенты имели высшее (77%) и среднее (23%) образование, тогда как во второй группе большее количество пациентов было с незаконченным как высшим (35%), так и средним (24%) образованием.

В социальном плане более адаптированными до начала заболевания были пациенты первой группы: 47% занимались квалифицированной ра-

Характеристика групп по диагнозам

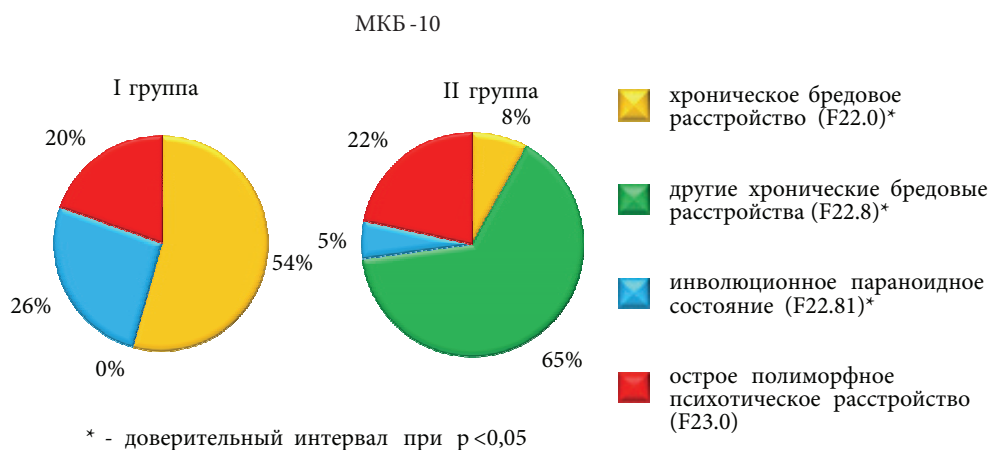


Рис. 1

Характеристика групп по отягощенной наследственности

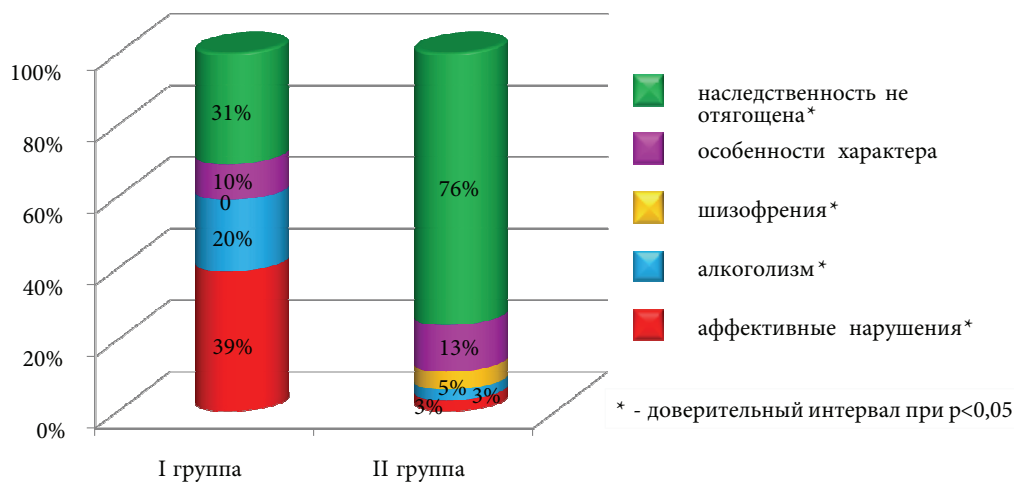


Рис. 2

Характеристика групп по социальному положению

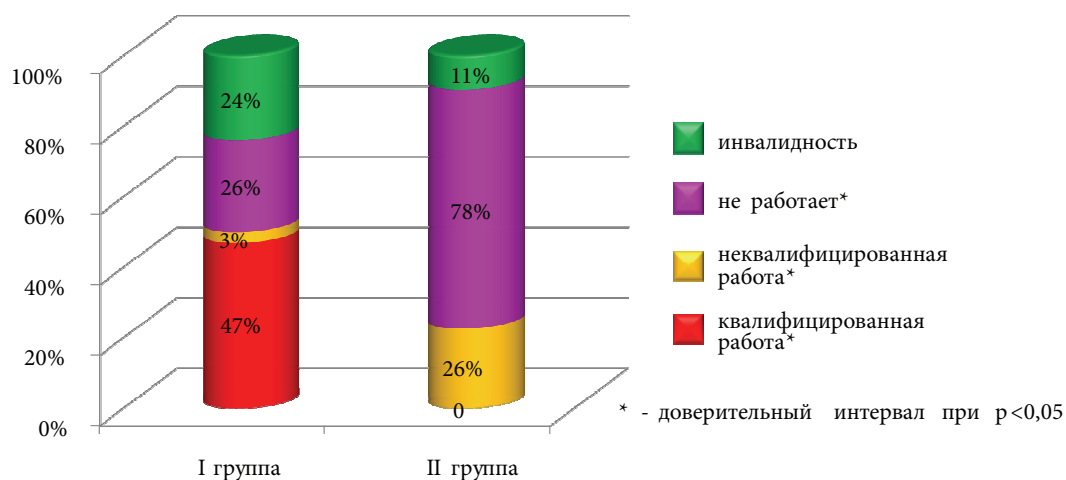


Рис. 3

Характеристика групп по семейному статусу

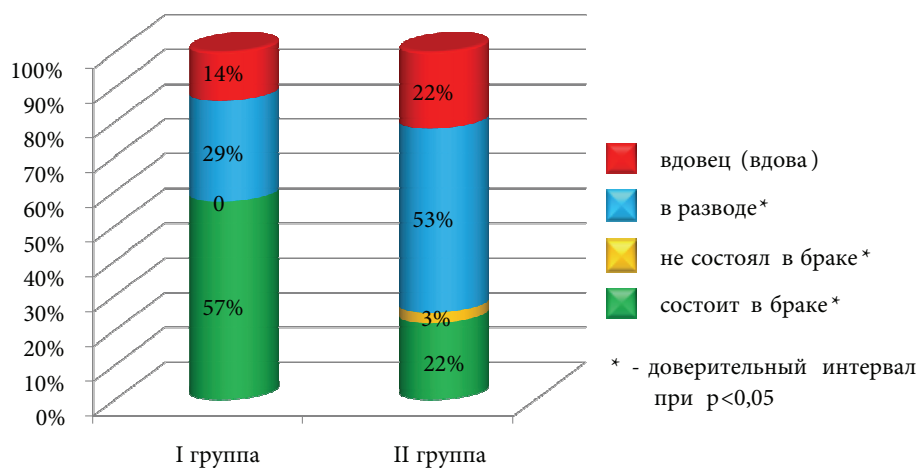


Рис. 4

Характеристика групп по триггерным факторам

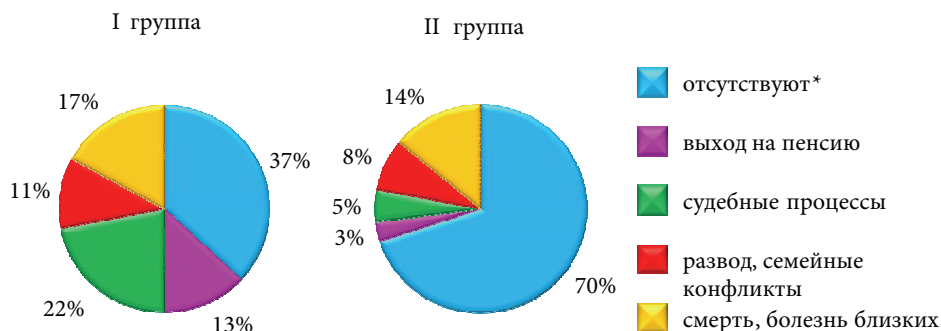
* - доверительный интервал при $p < 0,05$

Рис. 5

ботой, несмотря на пенсионный возраст. Во второй группе неработающие составили 78% в силу утраты трудоспособности. Процент инвалидизированных пациентов достоверно не отличался (24% и 11%) в силу того, что многие не оформляли инвалидность в связи с получением пенсии по возрасту (рис. 3).

Более адаптированными в семейном плане также были пациенты с бредовыми расстройствами. На момент обследования 57% состояли в браке, в то время, как во второй группе 53% были разведены (рис. 4). Никогда не состояла в браке только одна пациентка второй группы, что выгодно отличает обследованных пациентов от больных шизофренией, среди которых, по данным литературы [14], около 50% вообще не вступают в брак и не живут половой жизнью.

У большинства больных второй группы (65%) и у 44% больных в первой не было выявлено никаких психических расстройств в анамнезе. А из выявленных нарушений первую группу пациентов отличало наличие преимущественно психогенных реакций — у 48% пациентов, вторую — ипохондрическая симптоматика (22%). Однако, по поводу этих нарушений больные не обращались к психиатру, и если принимали психотропные препараты, то только по назначению врачей общесоматической практики или по совету родственников.

При анализе факторов, предшествующих началу заболевания, было установлено, что во 2 группе болезнь в 70 % случаев начиналась спонтанно, без соответствующих триггерных факторов. В 1 группе у 63% больных выявлено наличие психотравмирующих ситуаций, провоцировавших начало заболевания: судебные процессы (22%), смерть или болезнь близких (17%), выход на пенсию (13%), развод или семейные конфликты (11%). Характерным являлось наличие многочисленных судебных разбирательств и семейных конфликтов, связанных с решением квартирных вопросов, которые впоследствии отражались в клинической картине самого заболевания (рис. 5).

Несмотря на наличие бредовой симптоматики у пациентов обеих групп, распределение по фабулам бреда было не одинаковым. В группе больных

с бредовым синдромом большую часть (59%) составил бред ущерба и связанные с ним идеи отравления и преследования. Бредовые идеи, как правило, сопровождались тревожно-депрессивной симптоматикой, страхом за своих близких, детей, имущество, в зависимости от фабулы бреда. В группе с галлюцинаторно-бредовым синдромом 46% занимал бред колдовства и порчи. Среди обманов восприятия в основном присутствовали вкусовые (30%) и обонятельные (27%) галлюцинации, несколько меньше тактильные (22%), в отличие от шизофрении, где преобладают вербальные обманы восприятия, реже — зрительные (рис. 6).

Бредовые идеи во второй группе формировались на основе галлюцинаций, в том числе ипохондрические, в отличие от инволюционной меланхолии, где ипохондрический бред возникает на фоне тревожной депрессии.

Особенностью современных бредовых фабул являются идеи, связанные с оформлением собственности, в том числе квартир, в сочетании с бредом преследования лицами других национальностей. Расширилась тематика бреда, связанного с магией, порчей, колдовством, что в принципе является актуальным для всего общества.

Терапия

Лечение больным назначалось в соответствии с общепринятыми подходами в зависимости от ведущего синдрома и тяжести заболевания. Учитывалось соматическое состояние пациентов и рекомендации врачей общесоматической практики по коррекции артериального давления и другой возможной в этом возрасте патологии. Также с учётом возраста и реакции организма определялась доза назначаемых лекарственных средств. Она была ниже применяемой в молодом возрасте. Были установлены наиболее часто и эффективно применяемые препараты и их сочетания. Наиболее эффективным для больных первой группы оказалось лечение атипичными нейролептиками в малых и средних дозах в сочетании с антидепрессантами последних поколений. Чаще других антипсихотиков назначался рисперидон, учитывая его антибредовую активность и хорошую

Характеристика групп по клинической картине

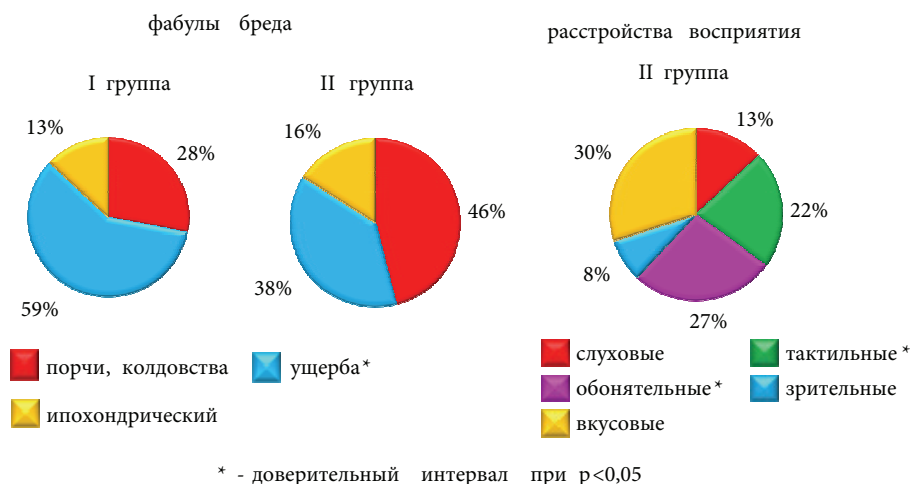


Рис. 6

Лечение

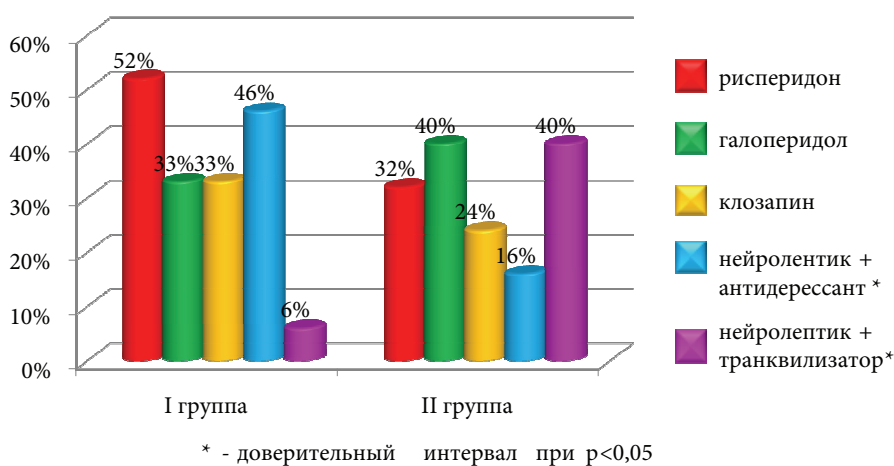


Рис. 7

переносимость (у 52% обследованных), обычно в дозе 2-4мг/сутки. Антидепрессанты применялись в 46% случаев в связи с присутствием в клинической картине депрессивного аффекта, не достигающего обычно степени тяжёлой психотической депрессии. Использовались препараты с минимальными побочными эффектами и не вызывающие обострения бреда и другой психотической симптоматики (азафен — 50—150 мг в сутки, тиапетин -25-37,5 мг в сутки). Во второй группе несколько чаще применялись типичные нейролептики (галоперидол — у 40% больных), а из атипичных — клозапин (24%) и рисперидон (32%), для купирования острых состояний. Значительно чаще использовались комбинации с транквилизаторами (алпразолам, феназепам), которые назначались либо в качестве снотворного препарата, либо для усиления действия атипичных нейролептиков (клозапина, рисперидона). Антидепрес-

санты использовались редко, в основном трициклические, с седативным эффектом, в минимальных дозах (рис. 7).

Эффективность лечения оценивалась клинически путем сравнения состояния больных на исходном этапе и при выписке из стационара — с помощью шкалы общего клинического впечатления. На исходном этапе можно видеть различия между 1 и 2 группами в тяжести состояния — во 2 группе 78% пациентов было с выраженной степенью тяжести (в первой соответственно — 30%). Однако, обращает на себя внимание тот факт, что результат лечения во второй группе лучше — 32% выздоровевших, больше больных с полной ремиссией, тогда как при бредовом синдроме в 80% случаев остаётся бредовая настороженность, отсутствует критика к перенесённому состоянию, и большая вероятность развития рецидивов (рис. 8).

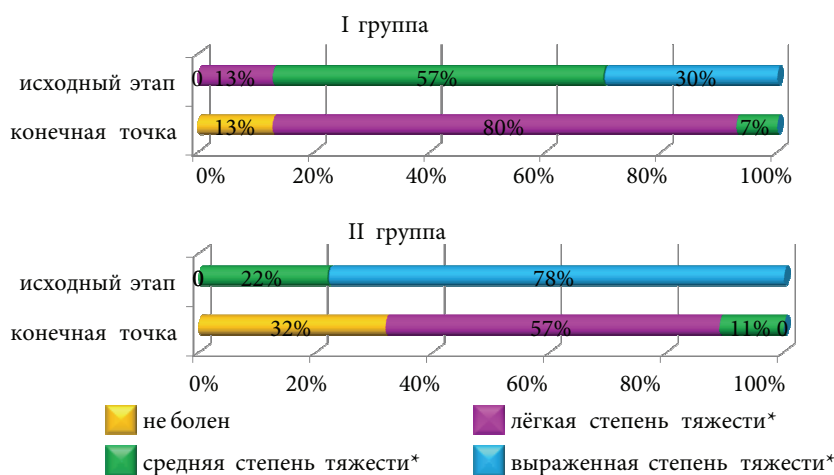
Категории шкалы CG-S на исходном этапе
и в конечной точке* - доверительный интервал при $p < 0,05$

Рис. 8

При выписке из стационара практически всем пациентам была рекомендована противорецидивная терапия, даже в случаях полной редукции симптоматики, под наблюдением психиатра. В этих целях обычно использовались атипичные нейролептики, обладающие одновременно высокой антибредовой и антигаллюцинаторной активностью и хорошей переносимостью, в частности, рисперидон (2мг в сутки), клозапин (25 -75мг в сутки). Катамнез показал, что в этих дозах больные принимают названные препараты, соблюдая режим терапии. Дополнительные средства назначались в зависимости от характера остаточной психопатологической симптоматики (транквилизаторы — алпразолам, антидепрессанты — азафен и т.д.)

Заключение

В процессе исследования психозов инволюционного периода были выявлены две группы расстройств: первая характеризовалась преимущественно бредовой симптоматикой, вторая — сочетанием галлюцинаций и бреда. Для того и другого варианта характерно начало заболевания в позднем возрасте, при отсутствии в преморбиде выраженных психических нарушений. Больные до заболевания были достаточно адаптированы в социальном и семейном плане, сохраняли трудоспособность.

Клиническая картина заболевания в целом характеризовалась бредом малого размаха, отличающимся конкретным обыденным содержанием, отсутствием элементов синдрома Кандинского-Клерамбо и изменений личности по шизофреническому и органическому типу.

Помимо общих признаков, каждая из выделенных групп имела свои клинические особенности. Бредовой психоз в большей степени напоминает

классический инволюционный параноид и отличается характерным преморбидом со стеническими чертами, большим уровнем социальной и семейной адаптации, наличием в преморбиде преимущественно кратковременных депрессивных реакций и эпизодов. Заболевание чаще развивается постепенно, с длительным инициальным периодом и типичной клинической картиной с бредом малого размаха, преимущественно ущерба в сочетании с идеями преследования и отравления. Бредовой психоз характеризуется более длительным течением, формированием неполной ремиссии с отсутствием критики к перенесенному состоянию и возможностью актуализации бреда при наличии соответствующей ситуации.

Для галлюцинаторно-бредового психоза характерно отсутствие в большинстве случаев характерных преморбидных личностных особенностей, наличие в преморбиде психопатологических нарушений ипохондрического плана, более низкого уровня социальной и семейной адаптации. Заболевание чаще начинается спонтанно, остро и проявляется сочетанием галлюцинаций (обонятельных, вкусовых, тактильных, зрительных и слуховых) и бредовых идей (порча, колдовство).

Течение галлюцинаторно-бредового психоза отличается большей остротой, довольно четкой очерченностью приступов, формированием достаточно качественной ремиссии, в том числе полной. Возможны повторные психотические эпизоды, возникающие чаще спонтанно.

Для купирования бредового психоза целесообразно применение атипичных нейролептиков в сочетании с антидепрессантами последних поколений, не приводящих к инверсии аффекта и обострению психотической симптоматики.

При лечении психоза с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой эффективно использо-

вание как типичных, так и атипичных нейролептиков в зависимости от тяжести состояния, в сочетании с транквилизаторами. Для поддерживаю-

щей терапии более целесообразно применение показавших свою эффективность атипичных антипсихотиков, в частности, рисперидона.

Литература

1. Авербух Е.С. Старение, психотические состояния в старости и старческие психозы. // Труды I Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. — М. — 1963. — т. 2. — С. 43-49.
2. Авербух Е.С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. — Л., Медицина. — 1969. — 284 с.
3. Блейлер Е. Руководство по психиатрии. Издательство независимой психиатрической ассоциации. — 1993. — 542 с.
4. Ганнушкин П.Б. Острая паранойя. Клиническая сторона вопроса // Дисс. ... д-ра мед. наук. — М. — 1904. — 250 с.
5. Гиляровский В.А. О патологии процесса инволюции // Журнал неврологии. — 1930. — 139. — С. 509-546.
6. Жислин С.Г. К дифференциальной диагностике психозов позднего возраста. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1960. — № 6. — С. 707-714.
7. Ковалевский П.И. Психиатрия. Издание 4-е, доп. и перераб. — Харьков. — 1890. — 432 с.
8. Крепелин Е. Психиатрия. — СПб. — 1998.
9. Пятницкий А.Н. Паранойяльные расстройства в дебюте и дальнейшем течении поздней шизофрении. Журн. Невропат. и психиатр. — 1980. — №1. — С. 84-90.
10. Розенберг А.З. Бредовые психозы позднего возраста. Л. 1939; 149с.
11. Снежневский А.В. О злокачественной форме пресенильных психозов. // Труды ЦИП. — М. — 1941. — С. 223-254.
12. Тарнавский Ю.Б. Клиника, течение и вопросы терапии параноидов позднего возраста. Дисс. ... канд. мед. наук. — М. — 1970. — 127 с.
13. Тарнавский Ю.Б. Параноиды с картиной маломасштабного бреда преследования — типичная форма собственно возрастных функциональных психозов старости. Инволюционные психозы. — М. — 1979. — С. 138-141.
14. Тювина Н.А. Клинические особенности предменструального синдрома при основных психических заболеваниях. Дис. ... канд. мед. наук. — М. — 1983. — 231 с.
15. Шахматов Н.Ф. Бредовые психозы позднего возраста. Клиника, дифференциальная диагностика. Вопросы патогенеза, терапии. Дисс. ... докт. мед.наук. — М. — 1968. — 135 с.
16. Шахматов Н.Ф. Клинические формы собственно возрастных функциональных психозов старости. Некоторые вопросы патогенеза. Инволюционные психозы. — М. — 1979. — С. 143-150.
17. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. — М., Медицина. — 1977. — 216 с.
18. Штернберг Э.Я. Современное состояние проблемы инволюционных психозов. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1975. — № 8. — С. 1239-1242.
19. Штернберг Э.Я. Шизофрения в позднем возрасте. Руководство по психиатрии под ред. А.В. Снежневского. — М., Медицина. — 1983. — т. 1. — С. 373-390.
20. Albrecht P. Die funktionellen Psychosen des Rückbildungsalters // Z. Neurol. Psychiat. — 1914. — V.22. — P. 306.
21. Bleuler M. Die spätschizophrenen Krankheitsbilder. Fortschr. // Neurol. Psychiat. — 1943. — V. 15. — P. 259.
22. Janzarik W. Zur Problematik schizophrener Psychosen im höheren Lebensalter // Nervenarzt. — 1957. — V. 28. — P. 535.
23. Gruhle H. W. Z. Der Einfluss des Alters auf den Aufbau seelischer Störungen. Zschr. Altersforsch. — 1939. — V.3. — P.209.
24. Kay D.W.K., Roth M. Schizophrenics of old age. В кн.: R.H.Williams, C.Tibbits. Processes of aging. — New York. — 1963. — V. 1. — P. 402.
25. Kehrер F. Die krankhaften psychischen Störungen der Rückbildungsjahre vom klinischen Standpunkt // Z. Neurol. Psychiat. — 1939. — V. 167. — P. 35.
26. Kleist K. Berichte über endogene Verblödungen// Allg. Z. Psychiat. — 1919. — V. 75. — P. 242.
27. Kleist K. Die involutionsparanoia. Allg. Z. Psychiatr. — 1913. — Bd. 70. — P. 1-134.
28. Post F. The clinical psychiatry of late life. Oxford — London. — 1965. — P. 61.
29. Seglas J. Les psychoses seniles et tardives. // Progr. med. — 1888. — VIII. — 43. — P. 289.
30. Seelert H. Mischung paranoischer und depressive Symptome bei Psychosen des höheren Alters. Mschr. Psychiatr. — 1922. — V. 52. — P. 140.
31. Serko A. Die Involutionssparaphrenie. Mschr. Psychiatr. — 1919. — V. 45. — P. 245.

Влияние глиатилина на когнитивные функции, уровень невротической астении и депрессии у пациентов с хронической вертебрально-базиллярной недостаточностью

И.А. Рождественская, В.А. Сорокоумов, Л.А. Нарбут, Ю.Д. Богатенкова, Н.М. Поташова
Городской Ангионеврологический Центр ГДЦ № 1

Резюме. Проведена оценка клинической эффективности препарата глиатилин у 20 пациентов в возрасте от 25 до 60 лет с хронической вертебрально-базиллярной недостаточностью. Глиатилин назначался по 1000 мг внутримышечно 1 раз в день в течение 8 дней, затем перорально по 1200 мг в два приема в течение 25 дней. Проведенный анализ полученных результатов показал, что проявления невротической астении снизились на 34%, выраженность депрессии уменьшилась на 47%, ассоциативная память улучшилась на 19%, оперативная — на 15%, зрительная — на 11%.

The effect of gliatiline on cognitive functions and levels of neurotic asthenia and depression in patients with chronic vertebrobasilar insufficiency

Summary. The evaluation of clinical efficiency of gliatilin in 20 patients age from 25 to 62 years old with deficiency in vertebral-and-basilar vasculature area. Gliatilin was assigned by intramuscular infusion at the dose of 1000 mg 1 time per day 8 days, then per os at the dose of 1200 mg 2 times per day 25 days. The analysis of results showed that neurotic asthenia reduces on 34%, depression reduces on 47%, association memory improves on 19%, operative — on 15%, visual — on 11%.

Хроническая вертебрально-базиллярная недостаточность — один из самых распространенных диагнозов в амбулаторной практике невролога. Несмотря на его этиологическую гетерогенность, наиболее часто подобный диагноз выставляется пациентам трудоспособного возраста с жалобами на головокружение, головные боли, легкую атаксию, снижение работоспособности, концентрации внимания и памяти в отсутствие серьезной церебральной патологии.

Материалы и методы исследования

Нами была выделена группа из 20 пациентов с аналогичными жалобами, у которых имелась негрубая патология позвоночных артерий: изолированный стеноз до 70%, извитость, гипоплазия, вертеброгенная компрессия при шейном спондилезе; верифицированные при УЗДГ, ДС БЦА или МР-АГ. 6 пациентов имели в анамнезе ОНМК в ВББ с минимальным неврологическим дефицитом. Отличительной особенностью этой группы больных были их активные жалобы в первую очередь на ухудшение памяти, концентрации внимания, повышенной интеллектуальной истощаемости. Возраст пациентов от 25 до 62 лет. Принимая во внимание актуальность этих жалоб для полноценной социальной жизни (включая профессиональную деятельность), мы провели помимо традиционного клинического, дополнительного инструментального обследования (ТКДГ, ДС, ЭХО-ЭС, ЭЭГ, в ряде случаев МРТ и МР-АГ), нейропсихологическое тестирование. В него вошли: опросник Бека, тест на невротическую астению, тест Бентона, коррек-

турная проба, таблицы Шульте, методика пиктограмм, слухо-речевая память, оперативная память (2 варианта). Первичное тестирование показало, что наиболее выраженные отклонения от нормы касаются уровня невротической астении, депрессии, оперативной, ассоциативной и зрительной памяти. Всем пациентам был назначен курс глиатилина средней продолжительностью 33 дня, из них 8 дней в/м инъекции, остальное время — пероральный прием в дозе 1200 мг в сутки.

Результаты и их обсуждение

Повторное нейропсихологическое тестирование достоверно свидетельствовало о положительной динамике тех показателей, которые были изначально нарушены в большей степени (вероятность невротической астении снизилась на 34%, выраженность депрессии уменьшилась на 47%, ассоциативная память улучшилась на 19%, оперативная память — на 15%, зрительная память — на 11%)

Особенно интересным нам представляется влияние глиатилина на уровень невротической астении и депрессии. Можно предположить, что заметное приближение этих показателей к норме является ключевым и первичным по отношению к ассоциативной и оперативной памяти как к неспецифическим показателям, отражающим интегративную активность мозга. В литературе есть ссылки на то, что холинергические структуры ретикулярной формации среднего мозга наряду с адренергическими принимают участие в механизме восходящей активации корковой деятельности. Возможно, это и есть точка приложения глиати-

лина (как источника ацетилхолина), результатом влияния которого является снижение уровня невротической астении и, как следствие, повышение работоспособности и улучшение памяти. Уязвимость ретикулярной формации при недостаточности кровообращения в ВББ объясняется тем, что она является стволовой зоной смежного кровоснабжения, васкуляризация которой осуществляется ветвями мелких сосудов, наиболее удаленных от крупных поверхностных артерий ствола.

Почти все пациенты отмечали положительную субъективную динамику в виде повыше-

ния работоспособности, улучшения настроения, регресса головокружения и головных болей. Препарат имел хорошую переносимость, не влиял на сон (в отличие от других ноотропов), не вызывал побочных эффектов. Несмотря на сравнительно непродолжительный курс лечения глиастином (1 месяц), его эффективность является убедительной в терапии астено-депрессивного синдрома и вторичных негрубых когнитивных нарушений у пациентов с хронической вертебрально-базиллярной недостаточностью.

Анализ результатов поддерживающей терапии шизофрении

А.Г. Софронов¹, А.А. Спикина¹, А.П. Савельев¹, Ю.А. Парфенов²

¹ Северо-Западный Медицинский Университет им. И.И. Мечникова, Санкт Петербург

² Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы

Резюме. Шизофрения, будучи хроническим рецидивирующим заболеванием, требует подчас неопределенно длительной терапии, целями которой являются эффективное и безопасное лечение повторных обострений, ликвидация основных болезненных симптомов и, в конечном счете, повышение качества жизни больного с возможностью его ресоциализации. Ухудшение социального и личного функционирования рассматривалось еще Крепелином как отличительная черта шизофрении.

Опираясь на исследования нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования, доказано, что современные антипсихотики не только купируют психотическую симптоматику, но и влияют на социальное функционирование больных шизофренией. Антипсихотики нового поколения: палиперидон, ксеплион и оланзапин показали наибольшую эффективность при коррекции нейрокогнитивного дефицита. При этом палиперидон и ксеплион эффективнее остальных препаратов восстанавливают исполнительские функции (на 5% по сравнению с остальными препаратами согласно данным интегрального показателя по методикам «лабиринты» и WCST ($p < 0,05$)). Больные, получающие терапию палиперидоном и ксеплионом, имеют более высокий уровень социального функционирования и лучше адаптированы к жизни.

Analysis of the results of long-term supporting therapy of schizophrenia

A.G. Sofronov, A.A. Spikina, A.P. Saveljev, Ju.A. Parfenov
North West Medical University named by I.I. Mechnikov

Summary. Schizophrenia is a chronic disease that requires a long-term therapy.

Drawing on the research of neurocognitive deficits and social functioning it is proved that modern antipsychotics not only reduce the severity of psychotic symptoms, but also affect the social functioning in schizophrenia patients. New generation of antipsychotics such as paliperidone, xepion and olanzapine showed the highest efficiency in the correction of neurocognitive deficits. Paliperidone and xepion can restore executive functions more effectively than other antipsychotics (by 5% compared with other drugs according to the methods of integral index Mazes and WCST ($p < 0,05$)). Patients receiving therapy with paliperidone and xepion have higher levels of social functioning and are better adapted to life.

Шизофрения, по современным представлениям, является относительно гетерогенной группой хронических психических расстройств, начинающихся, как правило, в молодом возрасте и зачастую ведущих к инвалидизации больных [8,1]. Около 50% больных шизофренией имеют инвалидность и, зачастую, это лица трудоспособного молодого и зрелого возраста, что, по понятным причинам, серьезным бременем ложится на экономику любой страны. Распространенность шизофрении составляет около 1% (0,77-0,85%) населения земного шара [12,15]. Наибольшие показатели болезненности имеют Швеция — 1,7%, Ирландия — 1,2%; Россия — 0,82%, США — 0,72%; наименьшие: Гана, Ботсвана, Тайвань — менее 0,5%. Шизофрения в возрастных группах распределяется следующим образом: в возрасте 25-44 лет — 11%; 18-24 лет — 0,8%; дети до 12 лет — 0,02-0,04%. Соотношение шизофрении у мужчин и женщин проявляется следующим образом: 0,77% — мужчины, 0,82% — женщины [10].

Риск повторной госпитализации в течение двух лет достаточно высок и составляет 40-60%. Больные шизофренией занимают почти полови-

ну всех стационарных психиатрических коек и составляют 16% от всех психиатрических больных. Интересным является факт, что около 14 % больных не попадают в поле зрения психиатра. Шизофрения снижает адаптационные возможности больных, а также качество их жизни, повышает риск патологического поведения, а также летального исхода. Для шизофрении является характерным достаточно высокий уровень коморбидной патологии: в частности, риск алкоголизма и наркомании составляет около 40%, также высок уровень сопутствующей аффективной патологии [17]. Значительная социальная дисфункция и снижение работоспособности на сегодняшний день в значительной степени патогномичны для шизофрении. Шизофрения, будучи хроническим рецидивирующим заболеванием, требует подчас неопределенно длительной терапии, целями которой являются эффективное и безопасное лечение повторных обострений, ликвидация основных болезненных симптомов и, в конечном счете, повышение качества жизни больного с возможностью его ресоциализации. Ухудшение социального и личного функционирования рассматри-

валось еще Крепелином как отличительная черта шизофрении. А его «*praesox feeling*» многими психиатрами до сих пор признается важным критерием при оценке состояния пациентов и имеет хорошую прогностическую валидность для последующего диагноза [4,14].

Согласно современным представлениям, ядерным симптомом шизофрении является нейрокогнитивный дефицит [2,3,16]. Это специфическое, характерное для шизофрении расстройство высших познавательных функций, таких как вербальная память, исполнительные функции, внимание, вигилитет, речевая беглость, обработка информации и скорость моторных реакций, развивающееся вследствие нарушения гибкости мышления, его концептуального и контекстуального компонентов [5,6,9,13]. Кроме того, степень нарушения когнитивных функций является важным предиктором дальнейшей социальной реабилитации больного в большей степени, чем выраженность негативных или позитивных симптомов [7,11].

Характеристика материала

В исследование было включено 300 больных в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст составил 38 ± 1 год) с диагнозом шизофрения, соответствием критериям МКБ 10. Из них 168 (56%) женщин и 132 (44%) мужчины. Все больные были разделены на 4 группы в зависимости от видов получаемой психиатрической помощи. В первую группу вошли 62 больных, которые на момент первичного анкетирования находились в психиатрической больнице, вторая группа — 71 больной, проходящий курс лечения в дневном стационаре, третья группа — 75 больных, получающих психиатрическую помощь в отделении реабилитации ПНД и четвертая группа — 92 больных, наблюдающихся в момент первичного анкетирования на амбулаторном участке, у участкового врача-психиатра. Из всей исследуемой группы 207 больных соответствовали критериям ремиссии (суммарный балл в разделе «Негативные симптомы» шкалы PANSS — менее 29 баллов).

Клинические характеристики больных шизофренией

Выявлено преобладание пациентов с непрерывным типом течения. Данная подгруппа представлена 103 пациентами. При данной форме психотической симптоматика никогда не исчезает полностью и требует постоянной и длительной психофармакотерапии. При этом пациенты данной группы достаточно равномерно распределены по разным звеньям психиатрической службы. Больные с периодом наблюдения менее года большей частью находятся в ПБ и на динамическом участке.

В табл. 2 показано, что в представленной выборке доминировали на уровне тенденций астенный, тревожный, апатоабулический, ипохондрический, депрессивный и параноидный синдромы. При том, что продуктивных расстройств больше в больничном звене, отмечено что в разных звеньях психиатрической амбулаторной

службы имеются больные с выраженной продуктивной симптоматикой. Больные с преобладающей дефицитарной симптоматикой выявлены в каждом звене.

Обследуемая выборка является репрезентативной и качественно и количественно соответствует характеристикам генеральной совокупности больных шизофренией, а именно: характеризуется полиморфностью клинических проявлений, наличием продуктивной и негативной симптоматики, эмоциональными и волевыми нарушениями, преобладанием ремиссий с дефектом, наличием сопутствующих заболеваний. Следовательно, выявленные нарушения требуют использования современных схем, соответствующих международным стандартам психофармакотерапии при эндогенных психических заболеваниях.

Итог превышает 100%, так как часть больных получали терапию несколькими антипсихотиками одновременно. Как видно из табл.3 во всех звеньях психиатрической службы преобладают назначения антипсихотиков 2-го поколения. Из современных нейролептиков наиболее часто назначают азалептин, рисперидон, палиперидон.

Методы

Для оценки результатов использовались клинические шкалы (PANSS) и экспериментально-психологические методики для оценки когнитивных процессов. Были использованы следующие методики. Для оценки памяти: заучивание 10 слов (тест Лурия А.Р., 1969); тест Бентона (Benton Visual Retention Test, 1960), тест Струпа — Stroop Color interference Test (J. R. Stroop, 1935), тест «Шифровка» (Wechsler D., 1955). Для оценки внимания: тест TOVA. Для оценки исполнительских функций — тест «Лабиринты» (Wechsler D., 1955). Оценка социального функционирования проводилась с использованием шкалы PSP.

Дизайн исследования

Первичное обследование пациентов проводилось при первом обращении. Повторное исследование проводилось через 3 месяца и через 12 месяцев после первичного анкетирования.

Обсуждение полученных результатов

В результате проведенного исследования пациентов на предмет соответствия симптоматическому критерию ремиссии было выявлено, что 40 (46%; $n=87$) пациентов, получающих терапию типичными антипсихотиками, соответствовали данному критерию, в группе пациентов, получающих противорецидивную терапию атипичными антипсихотиками, данный показатель соответствовал 92 (76,7%; $n=120$).

Впоследствии все пациенты наблюдались в течение 12 месяцев, и по истечению этого срока только 30 (34,5%; $n=87$) пациентов, ранее соответствующих симптоматическому критерию и получающих терапию типичными антипсихотиками, удержали ремиссию. В то время как из 120 пациентов, получающих противорецидивную терапию атипичными антипсихотиками, — 102 (85%; $n=120$) пациента оставались стабильными в течение этого периода.

Таблица 1. Распределение больных шизофренией по течению

Тип течения	ПБ	ДС	ОР	Участок	Итого
Непрерывный	24 (38.7%)	24 (33.8%)	26 (34.6%)	29 (31.5%)	103 (34.6%)
Эпизодический с нарастающим де- фектом	18 (29%)	24 (33.8%)	22 (29.3%)	25 (27.1%)	89 (29.6%)
Эпизодический со стабильным де- фектом	11(17.7%)	15(21.2%)	20 (26.6%)	22 (23.9%)	68 (22.6%)
Эпизодический ремитирующий	2 (3.2%)	4 (5.6%)	5 (6.6%)	9 (9.8%)	20 (6.6%)
Период наблюдения менее года	7 (11.4%)	4 (5.6%)	2 (2.9%)	7 (7.7%)	20 (6.6%)
Итого	62 (100%)	71 (100%)	75 (100%)	92(100%)	300(100%)

Таблица 2. Основные синдромы, выявленные у больных шизофренией в период первичного анкетирования в разных подгруппах

Синдром	ПБ		ДС		ОР		Уч-к		Итого	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Астенический	44	70,9	44	62	25	33,3	7	7,6	120	40
Навязчивых состояний	7	11,3	18	25,3	14	18,7	4	4,3	43	143
Ипохондрический	18	29,0	18	25,3	26	34,7	9	9,8	71	23,7
Истерический	4	6,5	11	15,5	27	36,0	8	8,7	50	16,7
Деперсонализационно- дереализационный	1	1,6	0	0	0	0	0	0	1	0,3
Депрессивный	23	37,1	22	31,0	27	36,0	36	39	108	36
Маниакальный	5	8,1	7	9,8	4	5,3	4	4,3	20	6,7
Тревожный	34	54,1	29	40,8	42	56,0	18	19,6	123	41
Галлюциноз	18	29,0	13	18,3	8	10,7	18	19,6	57	19
Психического автоматизма	8	12,9	9	12,6	6	8,0	3	3,3	26	8,7
Интерпретативного бреда	13	21,0	19	26,8	16	21,3	7	7,6	55	18,3
Чувственного бреда	3	4,8	11	15,5	6	8	9	9,8	29	9,7
Бреда воображения	4	6,5	14	19,7	4	5,3	3	3,3	25	8,3
Паранойяльный	3	4,8	2	2,81	6	8	4	4,3	15	5
Параноидный	39	63,0	46	64,8	19	25,3	32	34,8	136	45,3
Парафренный	3	4,8	3	4,2	2	2,7	2	2,2	10	3,3
Психомоторного возбуждения	4	6,5	3	4,2	0	0	0	0	7	2,3
Ступорозный	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0
Кататонический	-	-	1	1,4	0	0	0	0	1	0,3
Психопатоподобный	4	6,5	6	8,4	11	14,6	12	13	33	11
Апатобулический	27	43,5	33	46,7	43	57,3	65	7,7	168	56

Таблица 3. Распределение больных по получаемой фармакотерапии в разных звеньях психиатрической службы

	препарат	ДС		ОР		Участок		итого	
			%		%		%		%
Антипсихотики 1 поколение	галоперидол	12	16.9	1	1.3	30	32.6	63	21
	аминазин	9	12.7	2	2.7	18	19.5	45	15
	трифтазин	5	7.0	1	1.3	11	11.9	24	8
	клопиксол	4	5.6	3	4.0	6	6.5	19	6.3
	флюанксол	5	7.0	3	4.0	4	4.3	15	5
	хлорпротексен	4	5.6	2	2.7	7	7.6	16	5.3
	Клоп-депо	2	2.8	3	2.7	4	4.3	27	9
	Гал-деканоат	4	5.6	1	1.3	6	6.5	27	9
	Флюанкс.депо	1	1.4	1	1.3	2	2.2	9	3
	Модитен-депо	3	4.2	4	5.3	7	7.6	20	6.7
Антипсихотики 2 поколение	Азалептин	11	15.5	4	5.3	28	30.4	75	25
	рисперидон	8	11.2	14	18.6	13	14.1	39	13
	оланзапин	4	5.6	4	5.3	4	4.3	13	4.3
	зипрасидон	2	2.8	1	1.3	3	3.2	7	2.3
	палиперидон	7	9.8	13	17.3	11	11.9	35	11.7
	сертиндол	3	4.2	5	6.7	4	4.3	13	4.3
	арипипразол	2	2.8	3	4.0	2	2.2	7	2.3
	кветиапин	6	8.4	12	16.0	7	7.6	28	9.3
	Рисп-конста	3	4.2	5	6.7	3	3.2	12	4
	Ксеплион	3	4.2	5	6.7	4	4.3	13	4.3

Таблица 4. Таблица сопряженности групп пациентов по частоте рецидива острой психотической симптоматики

Группа пациентов	Наличие рецидива		Итого
	+	-	
получающих атипичные антипсихотики	18	102	120
пациентов, получающих типичные антипсихотики	57	30	87
Итого	115	92	207

Анализ первичной эффективности по количеству пациентов, у которых отмечался рецидив острой психотической симптоматики, показал преимущество терапии атипичными антипсихотиками по сравнению с группой пациентов, получающих типичные антипсихотики (рис. 1, табл. 4, 5).

На 12 месяце исследования процент достоверно-значимой редукции суммарного балла по PANSS в группе пациентов, получающих поддерживающую терапию атипичными антипсихотиками, составил

15,7%, а в группе пациентов, получающих терапию типичными антипсихотиками — 7,1%. Межгрупповые различия на 12 месяце были статистически значимы ($p < 0,01$) (рис. 2).

При анализе негативной симптоматики по PANSS наибольшее уменьшение балла наблюдалось в группе, получающей препарат ксеплион, и на 12 месяце оно составило 9,6%. Причем среднегрупповой профиль редукции негативной симптоматики у пациентов, получающих атипичные антипсихотики, составил 5,6%, в группе пациентов,

Таблица 5. Критерии хи-квадрат по частоте рецидива острой психотической симптоматики

Статистические критерии	Значение	ст.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	13,117a	1	0,0001	-	-
Поправка на непрерывностьb	10,345	1	0,001	-	-
Отношение правдоподобия	10,655	1	0,001	-	-
Точный критерий Фишера	-	-	-	0,001	0,001
Линейно-линейная связь	11,036	1	0,001	-	-
Кол-во валидных наблюдений	150	-	-	-	-

a. В 0 (0,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 5,75.

b. Вычисляется только для таблицы 2x2.

получающих типичные антипсихотики — (-1,3%) (рис. 3,4).

Клинически редукция негативной симптоматики к двенадцатому месяцу терапии проявлялась сопоставимо в обеих группах и заключалась в вовлечении больных в социальные процессы: все пациенты к данному моменту находились на этапе амбулаторной терапии, многие из них вернулись к повседневным занятиям, работе, учебе. Из опросов родных становилось известно, что больные охотно принимают участие в семейных делах, интересуются проблемами близких. В беседах пациенты сами подчеркивали, что стали больше читать, проявляли заботу и сочувствие по отношению к другим членам семьи.

При проверке структурных нарушений мышления отмечалось, что пациенты лучше трактовали смысл пословиц и поговорок, становились способными к долгому поддержанию целенаправленной беседы. В то же время нельзя говорить о полном исчезновении клинических проявлений негативной симптоматики: у многих больных сохранялись элементы стереотипного мышления, оставались напряженными отношения с родными из-за нежелания больных принимать участие в повседневных заботах семьи, в беседе возникал феномен «эмоциональной отгороженности», многие больные отмечали трудности при общении с окружающими: «не знаю, о чем говорить с людьми, с чего начать беседу». Однако в группе пациентов, получающих типичные антипсихотики, недостаточно глубоким оставалось и понимание болезни, большинство больных осознавало наличие психического расстройства, но при этом пациенты отмечали лишь второстепенные проявления болезни: «было тревожно, поэтому обратился за помощью» и т.д. Подобная «неравномерность» анозогнозии может быть объяснена как ограниченностью воздействия доступной к настоящему моменту антипсихотической терапии, так и трудностями в коррекции негативных проявлений при приеме типичных антипсихотиков.

При анализе позитивной симптоматики по PANSS наблюдалось сопоставимое по группам уменьшение балла (6,2% — в группе пациентов,

получающих терапию атипичными антипсихотиками и 5,9% — в группе пациентов, получающих типичные антипсихотики), не достигающее статистической значимости (рис. 5).

Оценка социального и профессионального функционирования

Для оценки влияния сравниваемых вариантов терапии на социальное функционирование («социально полезная деятельность, включая работу и учебу», «отношения с близкими и прочие социальные отношения», «самообслуживание», «беспокойное и агрессивное поведение») использовалась шкала PSP (социальной ориентированности и социального функционирования).

В группе пациентов с терапией атипичными антипсихотиками отмечалось значительное улучшение социального и повседневного функционирования по шкале PSP (табл. 3). С 9 месяца терапии (после обострения) отмечалась максимальная динамика — 14,9% ($p < 0,01$). В группе пациентов с терапией типичными нейролептиками данный показатель составил — 9,5% ($p < 0,05$) (рис. 6, 7).

На основе рейтингов по четырем подшкалам методики PSP у пациентов, получающих атипичные антипсихотики, выявлены достоверные позитивные изменения в рубриках «а», «b» и «с» при незначительной динамике в направлениях «d» относительно, группы пациентов, получающих типичные антипсихотики (рис. 9).

На основе рейтингов по четырем подшкалам методики PSP у пациентов, получающих атипичные антипсихотики было выявлено улучшение в социальном и трудовом функционировании, улучшение в области самообслуживания.

В оценке по шкале PSP важным моментом является необходимость отталкиваться от изначальной степени ухудшения социального функционирования.

Так, при выраженной дефицитарной симптоматике, для нас будет важным и ожидаемым улучшение подшкалы с (самообслуживание). Улучшение в этой подрубрике предполагает как восстановление элементарных навыков самообслуживания (принятие душа, смена одежды, убор-

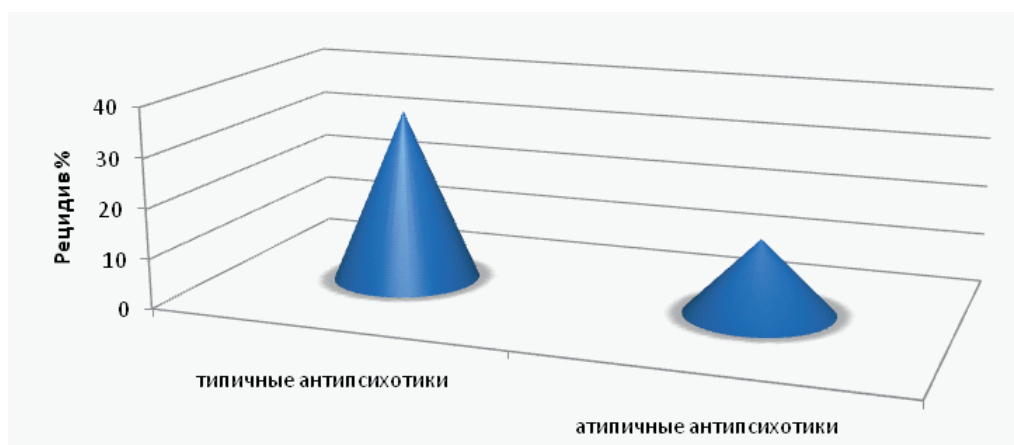


Рис. 1. Частота рецидивов шизофрении при приеме различных групп препаратов.

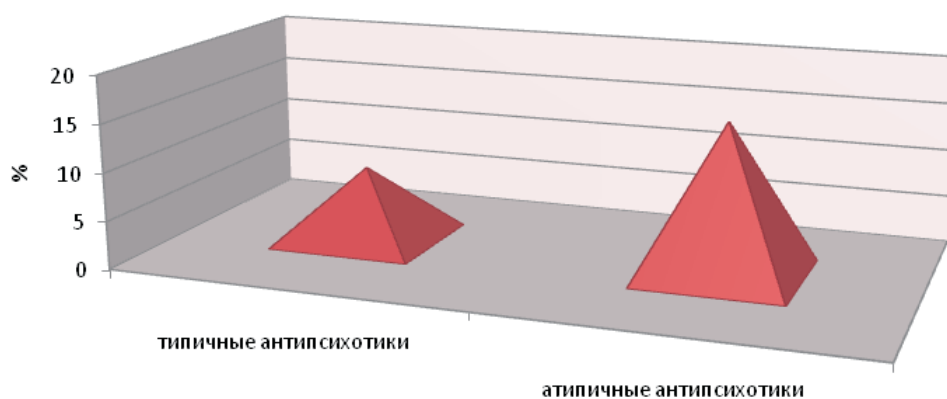


Рис. 2. Процент достоверной редукции суммарного рейтинга баллов по шкале PANSS в группах сравнения.

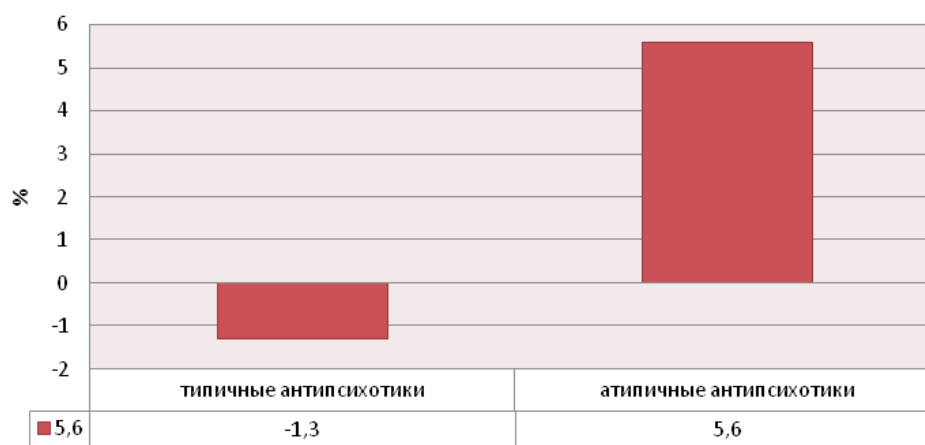


Рис. 3. Процент достоверной редукции суммарного рейтинга баллов негативной симптоматики по шкале PANSS в группах сравнения.

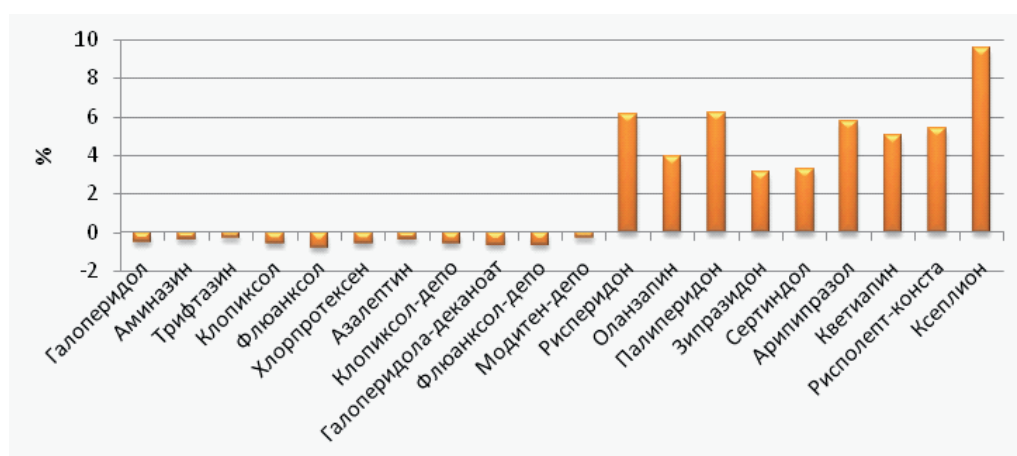


Рис. 4. Процент достоверной редукции рейтинга баллов негативной симптоматики по шкале PANSS

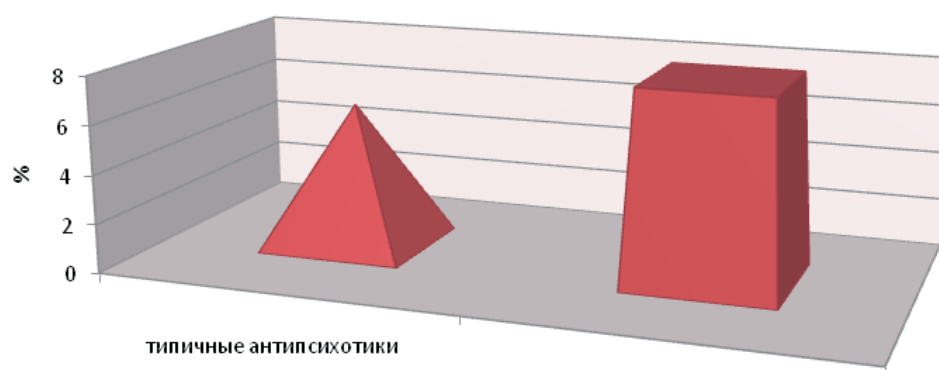


Рис. 5. Процент достоверной редукции рейтинга баллов позитивной симптоматики по шкале PANSS в группах сравнения

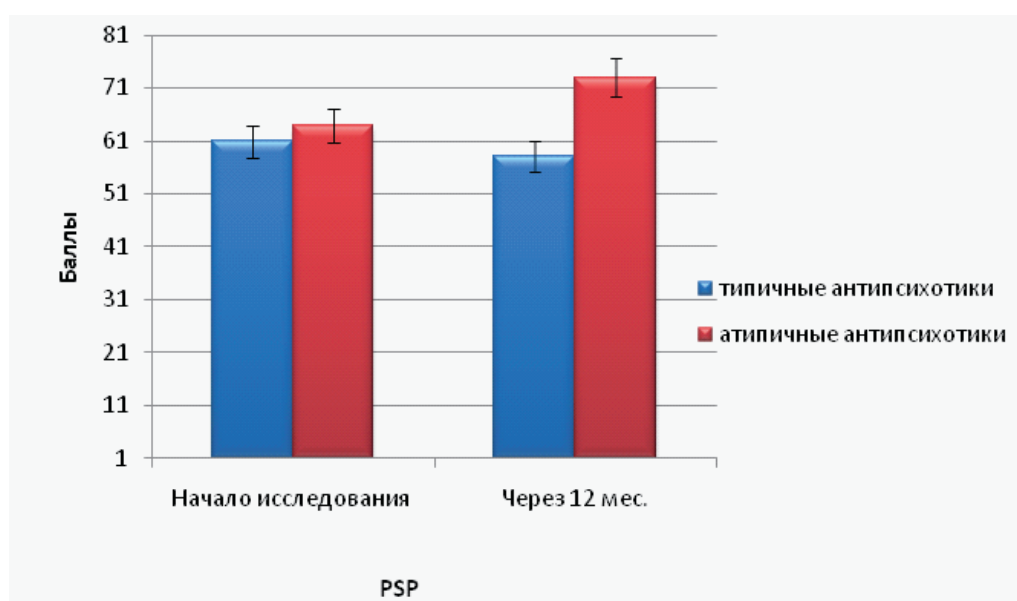


Рис. 6. Характеристика социального и повседневного функционирования по шкале PSP в группах сравнения

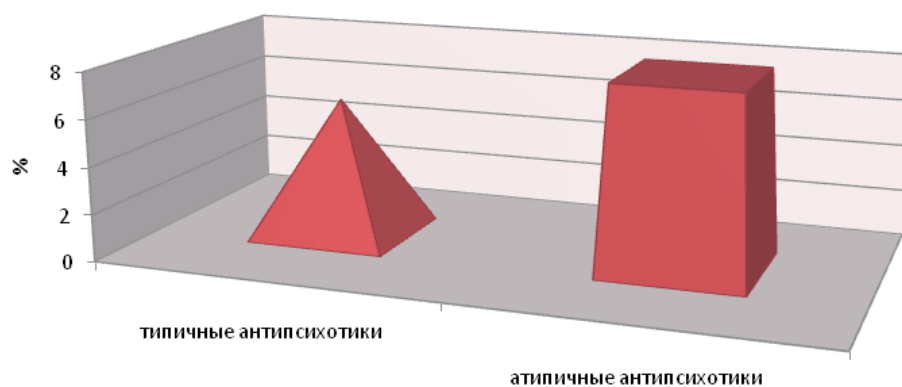


Рис. 7. Процент достоверного улучшения социального и повседневного функционирования по шкале PSP в группах сравнения

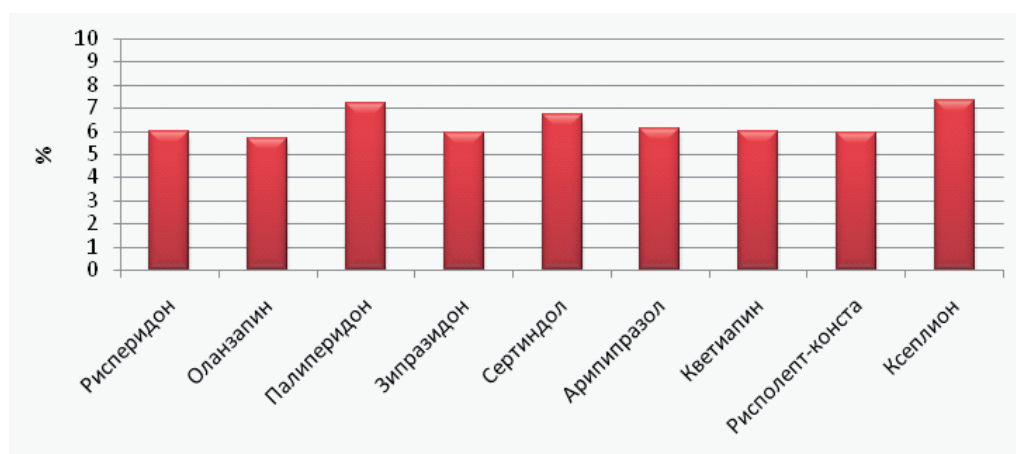


Рис.8. Процент достоверного улучшения социального и повседневного функционирования по шкале PSP в группе атипичных препаратов.

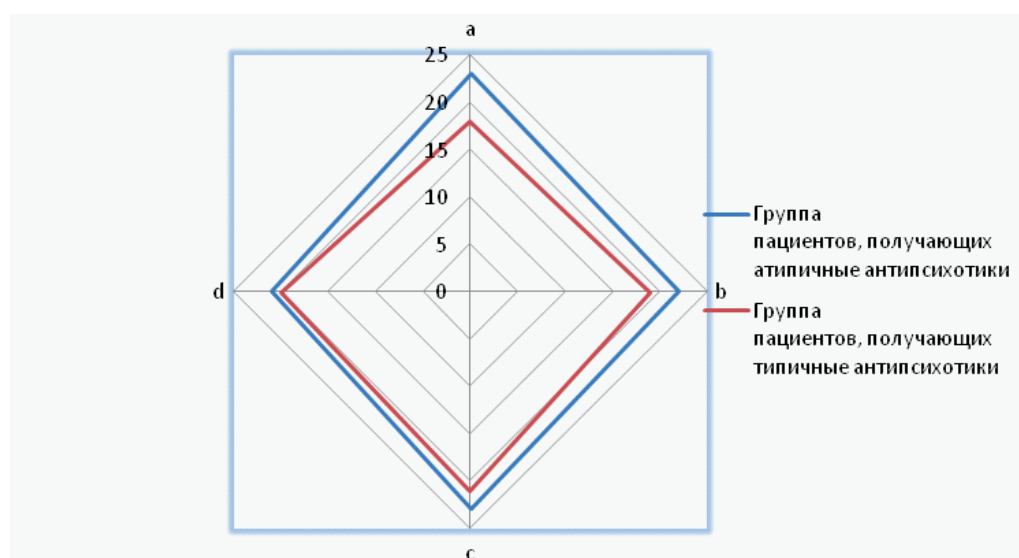


Рис. 9. Рейтинг подшкал методики PSP

ка квартиры), так и способность сходить в магазин за продуктами, самостоятельно ездить к врачу. Здесь хочется обратить внимание на такой важный момент как способность самостоятельно принимать простые решения. Важным моментом является способность находить простые варианты решений, ориентироваться в бытовых вопросах (пр: ремонтируют дорогу и не ходят автобусы, доехать с пересадкой на метро).

Для пациентов сохранных, находящихся в стадии ремиссии, наиболее актуальными станут изменения подшкал а и в. Где а — социально-полезная деятельность, которая подразумевает работу, учебу, общественную и групповую деятельность. Представляется важным для социального функционирования, когда пациент успешно продолжает учебную или рабочую деятельность, поступает в ВУЗы, ПРЦ, обучающие группы, устраивается на работу (не смотря на наличие инвалидности), меняет работу на лучшую. Как правило, данная рубрика коррелирует с исполнительскими функциями в рамках когнитивного профиля, за счет восстановления функций внимания, рабочей памяти.

Подпункт б включает налаживание отношений с детьми, родителями. Создание своей семьи, рождение ребенка. Появление или расширение круга друзей и знакомых. Уход за домашними животными. Характерным моментом для врача в улучшении социального функционирования является появление увлечений и своих предпочтений (сам пошел в кино или с друзьями, а не с мамой (пр: пациентка звонит и просит перенести визит к врачу, так как записалась в парикмахерскую и идет на свидание). Происходит некая дестигматизация, расширение круга общения и жизненных интересов.

Оценка когнитивных функций

Для установления особенностей влияния антипсихотической терапии на когнитивные нарушения у больных шизофренией при диспансерном наблюдении был проведен анализ данных, полученных при исследовании когнитивных функций в каждой группе пациентов.

При первом исследовании функции внимания с помощью теста TOVA (табл. 6) и сравнения полученных результатов с нормой, мы обнаружили значительную динамику данной функции у пациентов, принимающих атипичные антипсихотики.

В группе сравнения, у пациентов, принимавших типичные антипсихотики, так же отмечена положительная динамика функции внимания, но улучшение показателей функции внимания было не столь динамичным и не достигало уровня, полученного в терапевтической группе, принимавшей атипичные антипсихотики.

Существенных различий в воздействии на функцию внимания среди пациентов, принимавших атипичные антипсихотики, выявлено не было, при этом необходимо подчеркнуть, что на 12 месяце терапии у больных, получавших ксеплион, отмечено достоверно меньшее количество

пропусков стимула по сравнению с пациентами других терапевтических групп ($p < 0,05$).

При исследовании вербальной ассоциативной продуктивности (тест на беглость речи VFT) количество слов в категориальной и буквенной частях оказалось достоверно меньше нормы во всех исследуемых группах пациентов ($p < 0,001$ для обеих частей теста). Результаты выполнения данной методики через 6 месяцев от начала терапии позволили верифицировать достоверное улучшение в обеих группах, при некотором превосходстве рисперидона и рисперидона-конста по сравнению с другими антипсихотиками ($p < 0,005$) в коррекции нарушений вербальной ассоциативной продуктивности и нарушений лексической системы согласно буквенной и категориальной частям теста. Впоследствии, различия между атипичными антипсихотиками по степени улучшения показателей теста сглаживаются. В группе сравнения достоверная положительная динамика ($p < 0,05$) оказалась нестойкой, и уже к 12 месяцу терапии показатели теста вновь ухудшились по сравнению с показателями у пациентов, принимавших атипичные антипсихотики, что свидетельствует о достоверно большем влиянии атипичных антипсихотиков на функцию беглости речи по сравнению с типичными нейролептиками (табл. 7).

Результаты выполнения пациентами теста WCST, оценивающего исполнительскую функцию, представлены в табл. 8.

При анализе результатов выполнения WCST выявлено следующее: через 6 месяцев терапии у всех больных, принимавших атипичные антипсихотики, выявлены достоверные различия по способности формировать, поддерживать и координировать эффективную стратегию категориального мышления, что конкретно проявилось в уменьшении общего количества использованных карточек, необходимых для комплектации категорий, в уменьшении неправильных ответов и, соответственно, в увеличении количества правильных. И хотя получены различия на уровне тенденций по показателю правильно сформированных категорий, тем не менее, все выше сказанное позволяет говорить о значительном улучшении исполнительной функции и когнитивной гибкости.

Необходимо отметить, что в группе больных, принимающих рисперидон-конста, рисперидон и ксеплион улучшение показателей количества правильных ответов происходило несколько быстрее, чем у пациентов, принимающих галоперидол, азалептин, трифтазин и, соответственно, количества ошибок в этих двух группах были достоверно лучше ($p < 0,05$). Показатель количества сформированных категорий у пациентов, принимавших галоперидол, так же достоверно ($p < 0,01$) отличался от такового в общей выборке пациентов.

Важно отметить, что в группе пациентов, принимающих типичные антипсихотики, улучшение показателей WCST происходит медленнее, достигая статистической достоверности для количества

Таблица 6. Сопоставление показателей теста TOVA у пациентов с различными схемами терапии (M + x)

Показатели Группы	Атипичные антипсихотики	Типичные антипсихотики	t	p
Количество пропусков стимула	9,12±1,20	16,57±2,81	9,1	0,001
Импульсивные ответы	6,12±0,82	5,79±0,76	0,95	-
Коэффициент успешности	6,26±0,59	5,36±0,2 1	0,5	-

Таблица 7. Сопоставление показателей теста VFT у пациентов с различными схемами терапии (M + x)

Показатели Группы	Атипичные антипсихотики	Типичные антипсихотики	p
Буквенная Часть	38,2±3,6	25,2±3,8	0,05
Категориальная Часть	31,3±3,9	25,4±2,41	-

Таблица 8. Сопоставление показателей теста WCST у пациентов с различными схемами терапии (M + x)

Показатели группы	Атипичные антипсихотики	Типичные антипсихотики	p
Количество использованных карточек	86,33±5,7	102,3±8,6	0,05
Количество правильных ответов	71,8±5,5	68,12±4,4	-
Количество ошибок	14,6±3,6	28,9±3,9	0,05
Количество сформированных категорий	5,9±0,1	4,2±0,3	0,05

использованных карточек лишь к шестому месяцу терапии. Для большинства показателей, например, количества допущенных ошибок, количества правильных ответов, количества сформированных категорий, изменения так и не достигают статистической значимости, хоть и имеют тенденцию к снижению.

Антипсихотики второго поколения показали наибольшую эффективность при коррекции нейрокогнитивного дефицита. При этом установлена большая эффективность палиперидона и ксеплиона на динамику восстановления исполнительских функций (рис. 10).

В долгосрочном лонгитуде сохранилось превосходство в эффективности атипичных антипсихотиков, в частности палиперидона, ксеплиона и оланзапина, которые эффективнее других препаратов улучшают функции памяти (тест Бентона 1; тест Лурия (заучивания 10 слов), вербальную ассоциативную продуктивность (Тест беглости речевых ответов (буквенная часть)-Verbal Fluency Test, VFT). (рис.11-13).

Выводы

Можно сделать выводы, что, во-первых, важна комплексная оценка состояния больного, включающая не только клинические характеристики, но и блок социальной адаптации. Во-

вторых, помимо оценки эффективности психофармакотерапевтической помощи важно правильно оценивать социальное функционирование больных и на основании оценки выстраивать систему психосоциальной реабилитации. Исследования в этой области являются высоко актуальными и помогают совершенствовать помощь людям, страдающим шизофренией, а также членам их семей.

Опираясь на исследования нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования [5,6] доказано, что современные антипсихотики не только купируют психотическую симптоматику, но и влияют на социальное функционирование больных шизофренией. Антипсихотики нового поколения: палиперидон, ксеплион и оланзапин показали наибольшую эффективность при коррекции нейрокогнитивного дефицита. При этом палиперидон и ксеплион эффективнее остальных препаратов восстанавливают исполнительские функции (на 5% по сравнению с остальными препаратами, согласно данным интегрального показателя по методикам «лабиринты» и WCST ($p < 0,05$). Больные, получающие терапию палиперидоном и ксеплионом, имеют более высокий уровень социального функционирования и лучше адаптированы к жизни

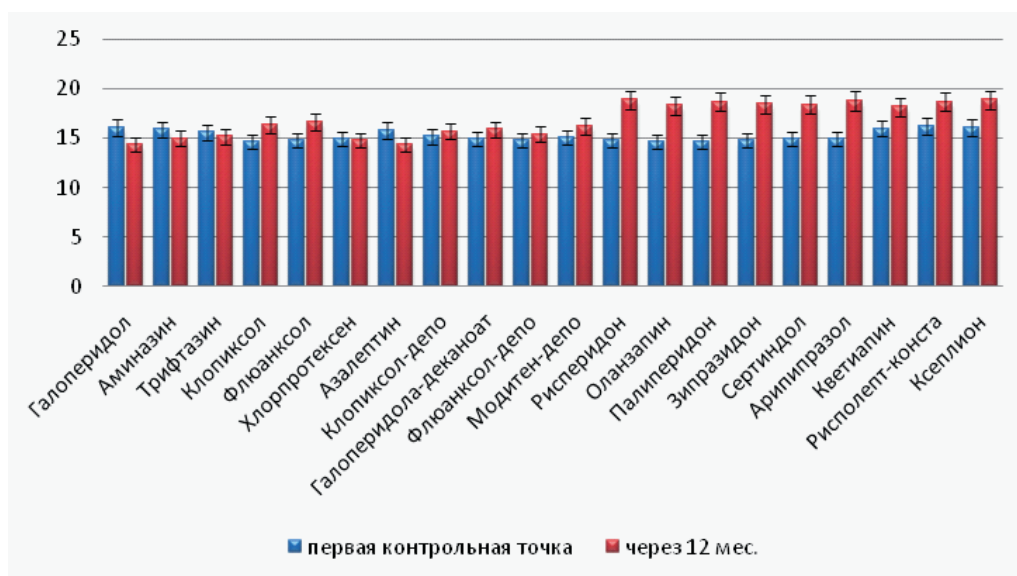


Рис. 10. Оценка исполнительских функций (планирование и контроль деятельности) на момент диспансерного наблюдения в ПНД по методике «лабиринты».

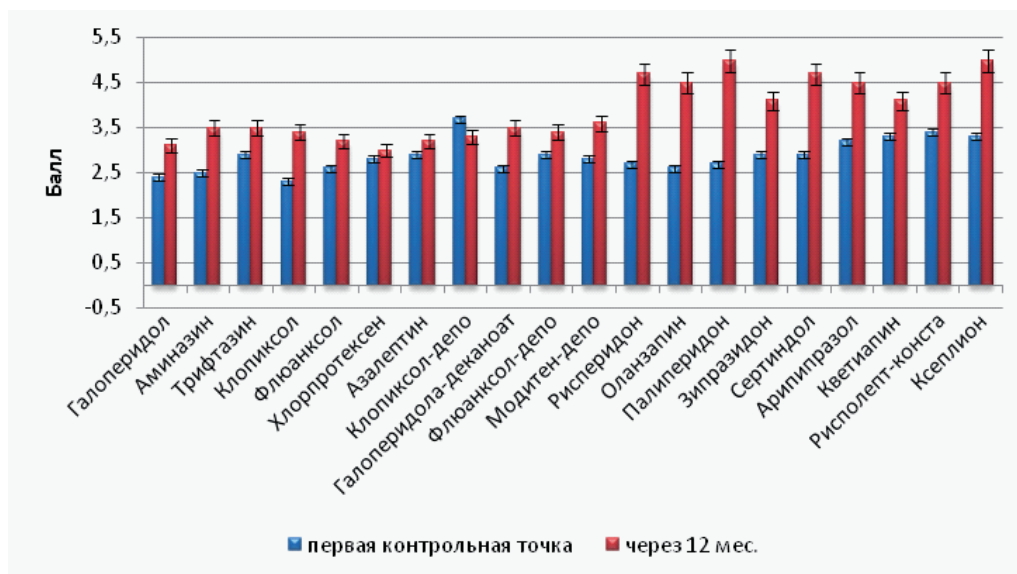


Рис. 11. Оценка восстановления мнестического компонента нейрокогнитивного дефицита по тесту Бентона 1.

Литература

1. Гурович И.Я. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии/ Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии. //Социальная и клиническая психиатрия.— 1998.— Т. 8. — С. 5-20.
2. Гурович И.Я. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., Шмуклер А.Б.//Социальная и клиническая психиатрия.— 2004.— Т. 14. — С. 81-86.
3. Критская В.П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. / Критская В.П., Мелешико Т.К., Поляков Ю.Ф.— М: Изд-во МГУ.— 1991.— 278 с.
4. Магомедова М.В. О нейрокогнитивном дефиците и его с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией. /



Рис. 12. Оценка восстановления мнестического компонента нейрокогнитивного дефицита по тесту Лурия (заучивания 10 слов)

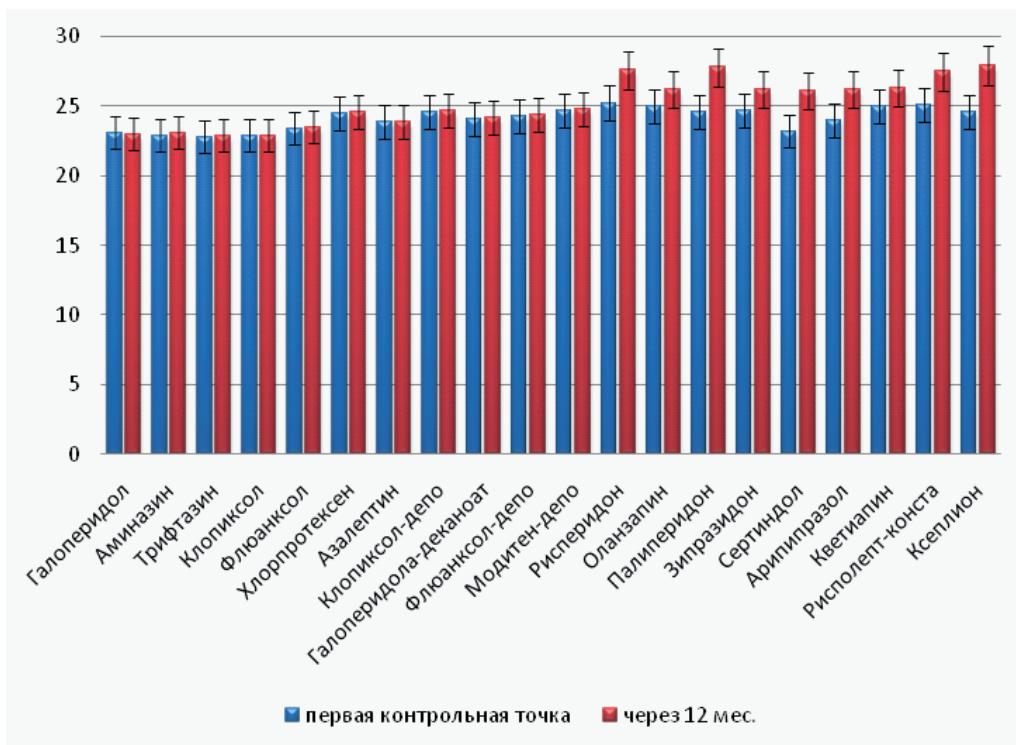


Рис. 13. Динамика коррекции вербальной ассоциативной продуктивности через 12 мес по тесту беглости речевых ответов (буквенная часть)

- Магомедова М.В./ Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — № 1. — С. 92–99.
- Мовина Л.Г. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М. — 2005. — С. 24.
 - Холмогорова А.Б. Психотерапия шизофрении: модели, тенденции./ Холмогорова А.Б. // Московский психотерапевтический журнал. — 1993. — № 2. — С. 77–112.
 - Alam DA, Janicak PG. The role of psychopharmacotherapy in improving the long-term outcome of schizophrenia. *Essent Psychopharmacol.* — 2005. — 6. — P. 127–140.
 - Babinkostova Z, Stefanovski B. Forms of antipsychotic therapy: improved individual outcomes under personalised treatment of schizophrenia focused

- on depression. — EPMA J. — 2011. — V. 2. — P. 391-402.
9. De Berardis D, et al. Efficacy and Safety of Long Acting Injectable Atypical Antipsychotics: A Review. — *Curr Clin Pharmacol.* — 2013. — V. 4.
 10. Fu DJ, Bossie CA, Sliwa JK, Ma YW, Alphs L. Paliperidone palmitate versus risperidone long-acting injection in markedly-to-severely ill schizophrenia subjects. — *Clin Schizophr Relat Psychoses.* — 2013. — V. 27. — P. 31.
 11. Furiak NM, Gahn JC, Klein RW, Camper SB, Summers KH. Estimated economic benefits from low-frequency administration of atypical antipsychotics in treatment of schizophrenia: a decision model. — *Ann Gen Psychiatry.* — 2012. — Nov. 16. — P. 29
 12. Jakovljević M. Contemporary psychopharmacotherapy in the context of brave new psychiatry, well-being therapy and life coaching. — *Psychiatr Danub.* — 2007. — V. 19 (3). — P. 195-201.
 13. Innamorati M, Baratta S, Di Vittorio C, Lester D, Girardi P, Pompili M, Amore M. Atypical antipsychotics in the treatment of depressive and psychotic symptoms in patients with chronic schizophrenia: a naturalistic study. — *Schizophr Res Treatment.* — 2013.
 14. Rabin CR, Siegel SJ. Delivery systems and dosing for antipsychotics. *Handb Exp Pharmacol.* — 2012. — V. 212. — P. 267-298.
 15. Remington G, Agid O, Foussias G, Hahn M, Rao N, Sinyor M. Clozapine's Role in the Treatment of First-Episode Schizophrenia. — *Am J Psychiatry.* — 2013. — V. 170. — P. 146-151.
 16. Preskorn SH. Pharmacogenomics, informatics, and individual drug therapy in psychiatry: past, present and future. — *J Psychopharmacol.* — 2006. — V. 20 (4 Suppl). — P. 85-94.
 17. Shrivastava A, Johnston M, Terpstra K, Stitt L, Shah N. Atypical antipsychotics usage in long-term follow-up of first episode schizophrenia. — *Indian J Psychiatry.* — 2012. — V. 54 (3). — P. 248-252.

Сведения об авторах

Софронов Александр Генрихович — д.м.н., проф., зав. кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного Медицинского Университета им. И.И. Мечникова. T-mail: a-sofronov@yandex.ru

Спикина Анна Александровна — к.м.н., асс. кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного Медицинского Университета им. И.И. Мечникова. E-mail: a-spikina@yandex.ru

Савельев Андрей Павлович — к.м.н., асс. кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного Медицинского Университета им. И.И. Мечникова

Парфенов Юрий Александрович — к.м.н., доцент кафедры психологического консультирования, Санкт Петербургский Государственный Институт Психологии и Социальной работы. E-mail: my-internety@yandex.ru

Варианты приобретенного слабоумия у литературных персонажей Чарльза Диккенса

А.А. Михайленко¹, В.К. Шамрей¹, С.В. Лобзин², А.Ю. Емелин¹, А.В. Кашин¹, Н.С. Ильинский¹

¹ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Резюме. В романах и повестях Ч. Диккенса представлен широкий спектр этиологических вариантов приобретенного слабоумия. С разной степенью достоверности ретроспективно могут быть распознаны сосудистая, сенильная, травматическая, инфекционная, паркинсоническая и другие разновидности деменции. Значительная часть наблюдений отличается удивительной клинической точностью, наглядностью, и скрупулезностью в описании внешних проявлений недуга, поведенческих реакций, черт характера.

Ключевые слова: Ч. Диккенс, литературные персонажи, деменция, ретроспективное распознавание.

Options of the acquired intellectual disability at Charles Dickens's literary characters

A.A. Mikhailenko¹, V.K. Shamrej¹, S.V. Lobsin², A.V. Emelin¹, A.V. Kashin¹, N.S. Ilinsky¹

¹ Military Medical Academy S.M. Kirov, Saint-Petersburg

² Mechnikov North-West State Medical University

Summary. There are a wide range of options etiologic dementia in novels of Ch. Dickens. In varying degrees of reliability can be recognized retrospectively vascular, senile, traumatic, infectious, parkinsonian and other varieties of dementia. Much of the observations is surprisingly certainty and clarity, accuracy, and thoroughness in describing the external manifestations of the disease, behavioral and character traits.

Key words: Ch. Dickens, literary characters, dementia, retrospective recognition.

Романы и повести Ч. Диккенса содержат обширный список в разной степени доказательных и достоверных болезней нервной системы, различных психических и неврологических синдромов — инсульта, эпилепсии, обморока, ожирения с гиперсомнией, черепно-мозговой травмы, невротических синдромов, паркинсонизма, гиперкинезов и др. Значительное место в художественном творчестве автора занимали персонажи с начальными или манифестными формами дементных и преддементных состояний разнородной этиологии.

Выраженная деменция сопутствует, в частности, малолетнему, подслеповатому, очень дряхлому и совсем сморщенному, — конторщику Чаффи («Жизнь и приключения Мартина Чезлвита»): «Он выглядел так, как будто его лет пятьдесят тому назад убрали в чулан и позабыли там, а теперь кто-то нашел и вытащил ... до его смутно брезжившего сознания дошло, что тут присутствуют посторонние ... уткнулся в тарелку ... носом и уже ни на что не откликался. В таком состоянии он был воплощением ничто — нуль и ничего более» [5, т. 10, с. 226]. Чаффи решительно никого не понимал, кроме своего хозяина Энтони Чезлвита: когда последний обращался к нему, он становился «разумным человеческим существом»; после окончания разговора «свет мало-помалу угас на его лице, и он снова обратился в ничто, в нуль» [5, т. 10, с. 227]. Разговоров, которые велись во время обеда, Чаффи не понимал, как и «почти всего, что при нем говорилось». Текст романа содержит прозрачный намек на этиологиче-

ский вариант интеллектуальной несостоятельности: Чаффи «лет двадцать назад взял и заболел горячкой. Все время, пока он был не в себе (недели этак три), он считал не переставая и дошел напоследок до миллионов ... это ... и сбило его спанталуку...» [5, т. 10, с. 227].

Под нервной (мозговой) горячкой при всей неопределенности этого понятия понимались, прежде всего, лихорадочные заболевания нервной системы, которые в соответствии с одной из широко известных отечественных классификаций приблизительно тех лет — «системой болезней» И.Е. Дядьковского, включали, в частности, наиболее вероятное у персонажа «внутреннее головное воспаление» (менингоэнцефалит) с «расстройством душевных способностей, сопровождаемым наиболее отвращением и неудовольствием ко всему окружающему...», когда «идеи о предметах делаются смешанными» [11].

В период последующих событий на жизненном пути литературного персонажа пытливый наблюдатель сумел бы «найти следы так и не развившихся человеческих чувств в мутном осадке на дне ветхого сосуда, именуемого Чаффи» [5, т. 10, с. 230]. Еще более жесткую характеристику предлагал мистер Пексниф: «Мистер Чаффи представляет собой ... манекен в метафизическом смысле ... Он именно манекен или болван, выражаясь юмористически» [5, т. 11, с. 368].

Обращают внимание особенности вербальной продукции у Чаффи. Не проявляя «ни проблеска сознания», он просидел «всю ночь у тела покойного хозяина». Когда к нему дотронулись, он разраз-

ился следующей тирадой: «Семь десятков, ноль и семь в уме. Бывают же люди такого крепкого здоровья, что доживают до восьмидесяти ... четырежды ноль-ноль, четырежды два — восемь, восемьдесят. Ах, зачем, зачем, зачем он не дожил до четырехжды ноль-ноль, четырежды два — восемь — до восьмидесяти» [5, т. 11, с. 388].

Когда Чаффи предупредили, что в помещении гости, последовал очередной достаточно бессвязный монолог: «Как же быть ... я знаю, что мешаю всем ... триста шестьдесят пять дней, триста шестьдесят шесть в високосном году ... и он может умереть в любой из этих дней» [5, т. 11, с. 334]. Далее он впадал в свое обычное состояние и молчал, «погруженный в свои сны ... едва задевавшие его дремлющее сознание».

Следовательно, Чаффи были свойственны речевые стереотипии, вербигерация, элементы персеверативного мышления, которые нередко отмечают, в частности, при патологии лобных долей.

Окружающие были убеждены, что мистер Чаффи «страдает слабоумием». Но неожиданно, вопреки логике и жизненной правде, с ним происходит чудесная трансформация и не менее «чудесное исцеление». Он заявил Джонасу: «Берегитесь! ... Я слишком долго терпел ... я молчу, но ... могу и заговорить», а о своем здоровье отзывался так: «Я стар и выжил из ума, но иногда память возвращается ко мне...» [5, т. 11, с. 416]. «Да! Вот как это было ... теперь я все помню...» [5, т. 11, с. 429]. Такое самопроизвольное выздоровление с полным восстановлением памяти у пациента с многолетней постинфекционной деменцией может восприниматься лишь как необходимый для авторского замысла литературно-художественный прием.

Вероятно, сходный этиологический вариант когнитивных расстройств можно предположить у Мэгги («Крошка Доррит»). У 28-летней женщины с большой головой и большими глазами никогда не сходила с лица добродушно-жалкая улыбка; ее ответы на вопросы носили односложный характер и изобиловали жестикующей. В десять лет она перенесла «тяжелую горячку» и с тех пор «не становилась старше» [2].

Клинически очерченная посттравматическая деменция с характерным сочетанием расстройств памяти и эйфории с очаговыми неврологическими нарушениями может быть прослежена у миссис Гарджер («Большие надежды»). После тяжелой черепно-мозговой травмы у нее «расстроилось зрение, двоилося в глазах ... слух и память пострадали ... говорила она так плохо, что никто ее не понимал ... писала то, чего не могла выразить словами ... писала как бог на душу положит ... каждые два-три месяца ... на целую неделю наступало полное помрачение рассудка» [3, с. 121]. Обращает внимание «плачевное состояние ее рассудка» и неадекватная эйфория («обыкновенно смеялась»).

Очевидные когнитивные расстройства прослеживаются и у ряда персонажей с паркинсонизмом, где обычно доминируют обеднение эмоций, проявления назойливости, безразличия и безде-

ятельности, признаки общего снижения уровня личности [1, 14]. В частности, все попытки внучки привлечь внимание с неподвижным взглядом и выражением отчаяния на лице, со «скованным» разумом старика в тюремной камере («Посмертные записки Пиквикского клуба») были безуспешными и «не пробуждали его сознания». Когда-то же ее голос для него был музыкой, а ее глаза заменяли ему свет [9].

У Эбинизера Скруджу («Рождественская песнь в прозе») также можно усмотреть черты паркинсонизма («замороженные старческие черты лица», скованная походка, скрытный, замкнутый, угрюмый человек с «ледяным» голосом), которые сочетаются со зрительными галлюцинациями [10], что весьма характерно для деменции с тельцами Леви [12].

Несомненно, столь лаконичные литературные характеристики не позволяют давать однозначную клиническую оценку и лишь предполагают возможные диагностические заключения и дефиниции.

Трудно распознать этиологический вариант интеллектуального оскудения у старухи Теме-ру («Жизнь и приключения Мартина Чезлвита»): «Это была сущая могила для всякого рода мелких поручений и посылок ... обличалась она главным образом отсутствием здравого смысла во всех решительно отношениях ... когда ее отправляли на почту с письмами ... она пыталась засунуть письмо в первую попавшуюся щель в чужой двери, воображая, будто любое отверстие в дверях годится для этой цели» [5, т. 11, с. 106]. В приведенном наблюдении можно усмотреть признаки мнестических нарушений, а также элементы апраксии, что позволяет высказать предположение о наличии деменции альдгеймеровского типа.

Еще один из вариантов дементных проявлений обнаруживается у Энтони Чезлвита («Жизнь и приключения Мартина Чезлвита»), у которого «умственные способности порядком притупились» [5, т. 10, с. 370]. Мнение сына Джонаса об отце не отличалось излишней доброжелательностью: «старик впал в детство ... одряхлел, ослаб, выжил из ума, стал в тягость себе и другим и было просто милосердием убрать его» [5, т. 11, с. 376]. Но сын в этой ситуации является заинтересованным лицом и ему полностью доверять нельзя. Отцу удалось раскрыть замысел сына, который, проявляя «милосердие», хотел отравить отца. Мистер Энтони тяжело переживал свое открытое предательство сына, но он категорически просил Чаффи хранить в тайне эти сведения. По мнению Чаффи хозяин «от горя немножко повредился в уме».

На фоне тягостно-мучительных переживаний у старика развилось, по всей видимости, острое нарушение мозгового кровообращения. Учитывая то обстоятельство, что инсульты в 90% случаев бывают индуцированы артериальной гипертензией и/или атеросклерозом сосудов головного мозга, приемлемо допустить преимущественно сосудистый генез снижения интеллектуальных возмож-

ностей у искомого персонажа, возможно, психогенно спровоцированных.

А стариком Мартином Чезлвитом была прекрасно разыграна псевдодеменция. С энергичным и волевым пожилым человеком совершилась странная трансформация: «постепенно произошла значительная перемена ... держал себя сравнительно покорно и уступчиво ... в нем стало заметно какое-то вялое равнодушие во всем, кроме мистера Пекснифа ... старик духовно изменился до неузнаваемости ... весь человек словно поблек ... чувства его тоже притупились ... стал хуже видеть, по временам страдал глухотой, почти не замечал того, что происходит вокруг, и иногда погружался на целые дни в глубокое молчание» [5, т. 11, с. 66]. И далее: «Несколько времени старик сидел, глядел ... с тем бессмысленным и неподвижным выражением, какое нередко бывает свойственно людям на склоне лет, когда их умственные способности слабеют» [5, т. 11, с. 296]. Мистер Пексниф, лицо весьма заинтересованное, видел во всем этом «старческое одряхление». Однако наступит время, когда Мартин Чезлвит станет «полон жизни», будет видеть, слышать, все хорошо понимать и помнить. Признается, что, проживая в доме Пекснифа, «прикидывался» немощным, «терпел его подлое раболепие» с целью разоблачения его низких поступков. Следует признать, что игра была талантливой, если псевдодеменцию и сыгранное «старческое одряхление» не распознали даже самые близкие люди.

Запоминающийся образ приобретенного слабоумия демонстрирует миссис Смоллуид («Холодный дом»). Она «выжила из ума и впала в детство», «бесспорно украшает семейство такими, например, младенческими свойствами, как полное отсутствие наблюдательности, памяти, разума, интереса к чему бы то ни было, а также привычкой засыпать у камина и валиться в огонь» [8, т. 17, с. 374]. Услышав какое-либо число («десять минут», в частности), она, повинаясь своему инстинкту, начинала взвизгивать и кричать, как «отвратительный, старый, наголо ощипанный попугай: «Десять десятифунтовых бумажек!» [с. 376]; после словосочетания «десятка полтора», следовало «полторы тысячи фунтов! Полторы тысячи фунтов ... полторы тысячи фунтов...» [с. 380]; после слова «двадцать» — «двадцать тысяч фунтов, двадцать двадцатифунтовых бумажек ... двадцать миллионов по двадцать процентов» [с. 388]. При произнесении очередного числительного супругом, «оцепеневшая» семейная половина, которая дремала у огня, мгновенно встрепенулась и затараторила». Выжившая из ума подруга жизни мистера Смоллуид ни с кем не общалась, если «не считать таганов». Распознавание старческой деменции со свойственным ей нарастающим распадом психической деятельности и последующим развитием старческого маразма [16], в этом случае представляется достаточно убедительным.

У миссис Скьютон («Торговый дом Домби и сын») после инсульта («удар», «лицо искривилось», «лежала немая ... иногда издавала нечле-

нораздельные звуки», утратила способность двигать правой рукой) вскоре обнаружилось «ослабление умственных способностей» [6, с. 115]. Хотя второго «удара» не последовало, миссис Скьютон «оправляясь после первого ... как будто подвигалась не вперед, а назад ... ее слабоумие проявлялось резче, а путаница в мыслях и провалы в памяти казались еще более странными» [6, с. 164].

Таким образом, синдром сосудистой (постинсультной) деменции [15, 16] просматриваются вполне определенно: в постинсультном периоде постепенно развивается слабоумие, сочетающееся с очаговыми неврологическими симптомами (плегия в правой руке, парез мимической мускулатуры, афазия). Однако постепенное прогрессирование слабоумия при отсутствии повторного «удара» является известным основанием для предположения о сочетании сосудистой и нейродегенеративной деменции.

Нельзя признать совершенной интеллектуальную сохранность и у миссис Гаппи («Холодный дом»), которая свое удовольствие обычно выражала тем, что толкала локтем собеседника, залихватски подмигивала, отчаянно вертела головой, проказливо ухмылялась каждому, кто бросал на нее взгляд [8]. Сделать более развернутое и обоснованное предположение о сути болезненных проявлений в конкретном случае не представляется возможным.

У мистера Дика («Жизнь Дэвида Копперфилда, рассказанная им самим»), которого родной отец считал «придурковатым», уместно предполагать врожденное слабоумие (олигофрению). Сумасшедшим его считали некоторые родственники и помещали его в частную лечебницу для умалишенных. Из текста следует, что они поступали несправедливо и преследовали определенные корыстные цели [7].

Мало вероятно, чтобы у младенца мистера и миссис Чиллин («Жизнь Дэвида Копперфилда, рассказанная им самим») в дальнейшей жизни не будет проблем с когнитивными функциями: «У них был сморщенный ребенок с тяжелой головой, которую он не мог поднять, и с жалкими вытаращенными глазками, всегда как будто вопрошавшими, зачем он родился на свет» [7, т. 15, с. 379]; «младенец мистера Чиллина крутил тяжелой головой и тарачил выпученные глаза на священника...» [7, т. 16, с. 17]. Автором предъявлена достаточно характерная картина врожденной гидроцефалии.

Таким образом, в произведениях Ч. Дикенса мысленному взору представлена широкая палитра этиологических вариантов (инфекционного, сосудистого, травматического, подкорково-паркинсонического и др.) приобретенного слабоумия. Некоторые наблюдения, иногда причудливые и необычные, отличаются удивительной точностью, тонкостью и достоверностью зарисовок и аттестаций, свидетельствующих о необыкновенной наблюдательности автора. У других персонажей характеристики исключительно лапидарны и лишены должной нагляд-

ности и внешней выразительности, что делает ретроспективное распознавание недуга весьма приблизительным и дискуссионным. Наконец, презентация болезненных проявлений у некоторых персонажей не в полной мере соответствует более поздним классическим клиническим описаниям. Это становится понятным, если знать своеобразие приемов и способов художественного метода писателя. Литературоведы особенности творческой манеры Ч. Диккенса представляли так: «Рисуя образы своих героев, он брал лишь отдельные черты действительно существовавших людей» [13, с. 517], а отдельные факты «свободно видоизменял» в «соответствии с планом романа».

Сходных принципов придерживался, в частности, и писатель — «импрессионист» А.П. Чехов: «условия художественного творчества не всегда допускают полное согласие с научными данными» [17, с. 665].

Иначе говоря, в интересах увлекательного сюжета, для реализации захватывающе-занимательного замысла автор готов жертвовать научной правдой

и медицинской достоверностью. Однако у многих персонажей внешний эквивалент недуга, черты характера и особенности поведенческих реакций близки врачебным представлениям, и, что немаловажно, не только эскулапов-современников: иногда точное и образное описание болезней у Ч. Диккенса определенно корреспондировало со значительно более поздними научными публикациями.

Изучение у литературных персонажей многих известных и исключительно наблюдательных писателей болезненных проявлений, находивших достоверное и наглядное отражение в описании внешности, поведения, характера своих героев, помогает не только дать более яркую, четкую и выразительную характеристику литературному образу, но и проследить этапы и периоды становления и плодотворного развития медицинской науки и врачебного искусства, что имеет немаловажное значение для современной клинической неврологии и психиатрии.

Литература

1. Датицева В.К., Левин О.С. История болезни Вильгельма фон Гумбольдта // *Пожилой пациент*. 2010. № 1. С. 43–48.
2. Диккенс Ч. Крошка Доррит. Л.: Лен. газетно-журн. книжн. изд-во, 1951. Кн. 1. 459 с. Кн. 2. 443 с.
3. Диккенс Ч. Большие надежды. М.: Гос. изд-во худ. лит., 1952. 480 с.
4. Диккенс Ч. Домби и сын. Петрозаводск: Гос. изд-во Карело-Финской ССР, 1954. Т. 1. 502 с.
5. Диккенс Ч. Жизнь и приключения Мартина Чезлвита. Собрание сочинений в 30 томах. М.: Гос. изд-во худ. лит., 1959. Т. 10. 527 с. Т. 11. 496 с.
6. Диккенс Ч. Торговый дом Домби и сын. Там же. Т. 14. 536 с.
7. Диккенс Ч. Жизнь Дэвида Копперфилда, рассказанная им самим. Там же. Т. 15. 327 с. Т. 16. 512 с.
8. Диккенс Ч. Холодный дом. Там же. Т. 17. 564 с. Т. 18. 580 с.
9. Диккенс Ч. Посмертные записки Пиквикского клуба. М.: Худ. лит., 1984. 750 с.
10. Диккенс Ч. Рождественская песнь в прозе. М.: Изд-во «Правда», 1988. С. 15–102.
11. Дядьковский И.Е. Система болезней. Избранные сочинения. М.: Медгиз, 1958. С. 181–198.
12. Лавров А.Ю. Неврологические заболевания в произведениях Чарльза Диккенса // *Пожилой пациент*. 2010. № 1. С. 37–42.
13. Ланна Е. Комментарии. Ч. Диккенс. Избранные сочинения в 30 томах. М.: Гос. изд-во худ. лит., 1959. Т. 15. С. 517–524.
14. Ливтиненко И.В. Болезнь Паркинсона. М.: Милуш, 2006. 216 с.
15. Михайленко А.А., Одинак М.М., Нечипоренко В.В. Сосудистая деменция // *Клиническая медицина и патофизиология*. 1996. № 3. С. 35–44.
16. Одинак М.М., Емелин А.Ю., Лобзин В.Ю. Нарушение когнитивных функций при цереброваскулярной патологии. СПб.: ВМедА, 2006. 158 с.
17. Россолимо Г.И. Воспоминания о Чехове. А.П. Чехов в воспоминаниях современников. М.: Гос. изд-во худ. лит., 1960. С. 661–672.
18. Михайленко Анатолий Андреевич — профессор кафедры нервных болезней ВМедА им. С.М. Кирова, доктор медицинских наук nika_il2@mail.ru
19. Шамрей Владислав Казимирович — заведующий кафедрой психиатрии ВМедА им. С.М. Кирова, профессор, доктор медицинских наук nika_il2@mail.ru
20. Лобзин Сергей Владимирович — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой неврологии им. С.Н. Давиденкова Северо-Западного государственного университета им. И.И. Мечникова. nika_il2@mail.ru
21. Емелин Андрей Юрьевич — доктор медицинских наук, доцент кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. emelinand@rambler.ru
22. Кашин Андрей Валерьевич — кандидат медицинских наук, заведующий отделением клиники нервных болезней им. М.И. Аствацатурова Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова kashinand@rambler.ru

Ильинский Никита Сергеевич — врач-интерн кафедры военно-полевой терапии ВМедА им. С.М. Кирова, nika_il2@mail.ru

**Рецензия на монографию
И.В. Макаров. Клиническая психиатрия детского
и подросткового возраста.— СПб.:
Наука и Техника.— 2013.— 416 с.**

**Review of the monograph I.V.Makarov. Clinical psychiatry of children's
and teenage age.— St.-Petersburg: Science and Equipment, 2013.— 416 pages**

Начало 2013 года ознаменовалось выходом в свет монографии, посвященной детской и подростковой психопатологии, вышедшей из-под пера яркого представителя ленинградской — петербургской школы детской психиатрии д.м.н. И.В. Макарова.

Книга отражает как вопросы общей психопатологии детско-подросткового возраста (деперсонализация, состояния психической атонии, синдром фантазирования, синдром уходов и бродяжничества), так и частной психиатрии (умственная отсталость, задержки психического развития, варианты дебютов шизофрении, органические психозы и др.). Монография построена таким образом, что общая психопатология (синдромы и симптомокомплексы) обсуждаются и анализируются вне отрыва от отдельных психических заболеваний у детей, органично вплетаются в канву единой парадигмы взглядов клинициста на рассматриваемые расстройства.

Следует признать, что в современной литературе достаточно давно не публиковалось крупных научных работ, касающихся, например, состояний психической атонии у детей (оригинальные воззрения школы проф. С.С. Мнухина), синдрома фантазирования (состояний патологического фантазирования), что, несомненно, вносит определенный вклад и в теорию общей психопатологии. Интересной и заслуживающей внимания является и глава, посвященная органическим психозам у детей и подростков, описание редких ныне периодических органических психозов.

Думается, что правильным и актуальным оказалось и значительное место, отведенное в монографии для обсуждения проблем умственной отсталости и задержек психического и речевого развития у детей, а также синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Историкам медицины окажется интересным ознакомление с вехами создания отделения детской психиатрии в Санкт-Петербургском (Ленинградском) Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева, медицинским психологам — раздел об особенностях обследования пациентов в детском психиатрическом стационаре. Надо полагать, что приводимые в приложении дозы ряда препаратов, используемых в детской психиатрии в зависимости от возраста ребенка, станут важным материалом для специалистов-практиков.

Таким образом, можно отметить своевременность появления рецензируемой книги, ее актуальность и глубокую продуманность. Хотим пожелать коллеге И.В. Макарову дальнейших успехов в научной работе и появлении новых трудов в области детской психиатрии.

Заведующий кафедрой психиатрии
Уральской государственной медицинской академии,
главный внештатный психиатр Уральского федерального округа, д
октор медицинских наук, профессор
К.Ю. Ретюнский

Научно-практическая конференция «Мир аддикций»

29-30 ноября 2012 г. состоялась научно-практическая конференция с международным участием «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства», которая прошла в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева. Проведение конференции было приурочено к столетию создания В.М. Бехтеревым в 1912 году «Экспериментально-клинического института по изучению алкоголизма», здание которого является в настоящее время главным корпусом Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

Организаторами конференции выступили Министерство здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, Национальный научный центр наркологии, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, комитеты по здравоохранению Санкт-Петербурга и Ленинградской области, Российское общество психиатров, Национальное наркологическое общество и Российская Психотерапевтическая Ассоциация. В работе конференции приняло участие более 800 ученых и работников практического здравоохранения из Российской Федерации, а также стран дальнего и ближнего зарубежья (Европы и США). Было представлено более 100 научных докладов и сообщений, с которыми выступили ведущие ученые и специалисты в области болезней зависимости из разных стран мира.

Работа конференции включала научную сессию «Клиническая наркология», программные симпозиумы «Психиатрии и наркология», «Неврологические расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ», «Психотерапия в лечении и реабилитации болезней зависимости», «Психологические проблемы в наркологии» и «Биологическая наркология», сателлитный симпозиум Управления по наркотикам и преступности ООН «Комплексный подход к профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков», семинары «Злоупотребление алкоголем в соматической практике» и «Депрессия как междисциплинарная проблема: взгляд психиатра, нарколога и невролога», а также круглый стол «Актуальные проблемы современной наркологии».

Работа научной сессии «Клиническая наркология» проходила два дня и включала 3 заседания. Феноменология болезней зависимости разнообразна. Аддиктивная патология включает зависимости от алкоголя, наркотиков и других пси-

хоактивных веществ — химические зависимости, разнообразные формы нехимических зависимостей, а также широкий спектр связанных с ними психических расстройств психотического и непсихотического регистров, заболеваний инфекционной (СПИД, гепатит и др.) и неврологической природы, находящихся в сложных коморбидных отношениях. В рамках научной сессии «Клиническая наркология» на конференции обсуждались вопросы эпидемиологии и организации наркологической помощи, клиники и диагностики болезней зависимости, различные подходы к их лечению (фармако- и психотерапия), а также проблемы реабилитации наркологических больных и профилактики наркологических заболеваний. Особое внимание было уделено парадигме доказательной медицины как методологической основе современной наркологии.

Специальный симпозиум был посвящен формированию химической и нехимической зависимости при эндогенных психических расстройствах. Злоупотребление психически активными веществами и иные формы зависимости широко распространены среди больных шизофренией, шизотипическими, аффективными и тревожными расстройствами, другими психическими заболеваниями. В терапевтических программах при определении показаний для дифференцированного применения психотропных препаратов из различных классов (антипсихотиков, антидепрессантов, транквилизаторов и др.) фактор зависимости нередко недостаточно учитывается. Отсутствие разработанных рекомендаций по терапии эндогенных психических расстройств, сочетающихся с наличием зависимости, вероятно, определяется сохраняющимся до настоящего времени разграничением между психическими и наркологическими заболеваниями. В ходе прошедших дискуссий сравнивались мнения экспертов-ученых и врачей-практиков, что позволило сформировать направления дальнейших исследований для оптимизации диагностики и терапии таких психических расстройств.

Среди важных направлений работы конференции — актуальные проблемы исследования психологических аспектов аддиктивных нарушений, медико-психологические и социально-психологические вопросы превенции и реабилитации, психокоррекционные методы в комплексной терапии наркологических заболеваний. Обсуждались вопросы, связанные с созданием нового и адаптацией широко используемого психодиагностического инструментария, предназначенного для объективации различных аспектов аддиктивного поведения. Особое внимание было уделено психологическим аспектам доклинических форм химических и нехимических зависимостей. Также обсуждались вопросы, связанные с психи-

ческой травматизацией родственников и членов семей больных с аддиктивной патологией.

Рассматривая аддикции с позиций биопсихосоциального подхода, на конференции обсуждалось состояние, современные достижения и проблемы применения психотерапии при лечении и реабилитации больных с зависимостями, внедрение современных моделей психотерапевтической среды в практику работы наркологических учреждений, подходы к разработке индивидуальных психотерапевтических программ для пациентов с различными формами зависимостей, сопряженными с невротическими, неврозоподобными и личностными расстройствами, психотерапевтической поддержки их семейного окружения. В качестве самостоятельного «психотерапевтического» направления конференции прошло обсуждение методических особенностей индивидуальной, семейной и групповой психотерапии в наркологии. Состоялся семинар-презентация программы «Инновационная модель обучения психотерапии для специалистов в области наркологии».

В рамках конференции прошел также симпозиум «Неврологические расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ». Программа симпозиума включала обсуждение проблем диагностики, механизмов развития и особенностей течения неврологических нарушений, связанных с наркологической патологией (острых и хронических энцефалопатий, деменций, полиневропатий, вегетативной, сосудистой, мозжечковой патологии, эпилепсии, черепно-мозговых травм, последствий воздействия психоактивных веществ на развивающийся плод и др.). Были рассмотрены вопросы фармакотерапии и профилак-

тики неврологических расстройств при наркологических заболеваниях.

Симпозиум Управления по наркотикам и преступности ООН был посвящён одной из важнейших проблем современной наркологии — профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. На семинаре «Злоупотребление алкоголем в соматической практике» обсуждались вопросы вовлечения врачей общей практики в раннее выявление и профилактику алкоголизма.

Отдельный симпозиум в рамках конференции был посвящён вопросам изучения биологических основ развития аддиктивных состояний. В представленных докладах обсуждались актуальные вопросы, касающиеся физиологических и нейрохимических подходов к изучению формирования зависимостей в эксперименте и клинике, а также перспектив развития фармакотерапии наркологических заболеваний.

На завершавшем конференцию круглом столе, посвященном актуальным проблемам современной наркологии, прошли острые дискуссии по вопросам организации оказания наркологической помощи, профилактики и лечения наркологических заболеваний, а также реабилитации больных с зависимостями.

Программа конференции, тезисы докладов, а также презентации сделанных на конференции сообщений размещены на сайте НИПНИ им. В.М. Бехтерева: <http://bekhterev.ru/index.php?cid=523&crt=188>

Е.М. Крупицкий,
руководитель отдела наркологии НИПНИ
им. В.М. Бехтерева



Лундбек (Lundbeck) зарегистрировал в Европе Селинкро™ (Selincro™) — первый препарат, направленный на сокращение потребления алкоголя

Пресс-релиз от 28.02.2013 г.

Терапия Селинкро (МНН: налмефен) — это новый подход для лечения взрослых пациентов с алкогольной зависимостью из группы высокого риска [1].

В клинических исследованиях, Селинкро уменьшал употребление алкоголя примерно на 60% после шести месяцев терапии.

Алкогольная зависимость считается одной из основных проблем здравоохранения, она имеет крайне негативные соматические, психические и социальные последствия [2].

Имеется значительная неудовлетворенная потребность, как в диагностике, так и в лечении алкогольной зависимости. В Европе из 14 миллионов больных с алкогольной зависимостью не лечатся более 90% [3, 4].

Компания Лундбек (H. Lundbeck A/S) сообщила 28 февраля 2013 г., что Европейское Медицинское Агентство (ЕМА) зарегистрировало Селинкро (Налмефен), препарат для сокращения потребления алкоголя у взрослых пациентов с алкогольной зависимостью.

Эта регистрация знаменует собой появление первого за многие годы действительно инновационного подхода к терапии алкогольной зависимости, — сказал исполнительный вице-президент Андерс Герсел Педерсен (Anders Gersel Pedersen), являющийся руководителем отдела исследований и развития компании Лундбек. По его мнению, появление Селинкро является позитивной новостью для многих пациентов с алкогольной зависимостью, которые до этого даже не искали возможности лечения своего пристрастия к алкоголю, зная о существующих методах и подходах.

Селинкро (Налмефен) является уникальным модулятором опиоидной системы двойного действия [5, 6]. Препарат действует на мотивационную систему мозга пациентов с алкогольной зависимостью, у которых нарушена ее регуляция [7]. Селинкро уменьшает подкрепляющие эффекты алкоголя, и тем самым редуцирует желание его употреблять [8, 9]. Селинкро является частью новой концепции лечения, которая направлена на сокращение потребления алкоголя и повышение приверженности к лечению, и включает в себя также психосоциальную поддержку. Новая стратегия заключается в применении фармакотерапии «по потребности»: одна таблетка Селинкро принимается пациентом только в те дни, когда существует риск приема алкоголя.

«Для значительной части пациентов с алкогольной зависимостью снижение потребления алкоголя является более приемлемой и реалистичной целью лечения, — прокомментировал профессор Карл Ф. Манн (Karl F. Mann), заведующий кафедрой аддиктивного поведения и медицины Центрального института психического здоровья в Мангейме (Германия). — Эта стратегия лечения открывает новую главу в терапии алкогольной зависимости».

Регистрационный сертификат на Селинкро выдан на основании положительных результатов трех рандомизированных, двойных слепых, плацебо-контролируемых исследований, которые оценивали эффективность и безопасность Селинкро примерно у 2000 пациентов, зависимых от алкоголя.

При применении Селинкро была показана эффективность в снижении употребления алкоголя у пациентов из группы высокого алкогольного риска. У пациентов, принимавших Селинкро, уже в течение первого месяца было достигнуто 40-процентное снижение общего объема потребления алкоголя, а через 6 месяцев употребление алкоголя сократилось примерно на 60%. Это соответствует уменьшению количества выпитого ежедневно на одну бутылку вина. Данные более длительного, 12-месячного исследования подтвердили, что эффективность Селинкро сохраняется и после 6 месяцев. Селинкро, как правило, хорошо переносился, его побочные эффекты были выражены в незначительной или умеренной степени и носили преходящий характер.

Регистрация Селинкро распространяется на все 27 государств-членов Европейского союза (ЕС). С учетом процессов ценообразования и включения в список для компенсации, Лундбек планирует вывести Селинкро на европейский рынок в середине 2013 года.

Показания к применению препарата Селинкро (Налмефен)

Селинкро показан для снижения потребления алкоголя взрослыми пациентами с алкогольной зависимостью, высоким уровнем алкогольного риска (>60 г/день чистого алкоголя для мужчин, >40 г/день чистого алкоголя для женщин) без соматических симптомов отмены, или необходимости проведения немедленной детоксикации. Селинкро следует назначать в сочетании с длительной психосоциальной поддержкой, направленной на повышение приверженности к лечению и снижение потребления алкоголя. Лечение следует начинать только у пациентов, которые через две недели после первоначальной оценки по-прежнему имеют высокий уровень алкоголизации. Селинкро должен приниматься по мере

необходимости, в тот день, когда существует риск выпивки. Одну таблетку следует принять желательно за 1-2 часа до предполагаемого времени употребления алкоголя.

Алкогольная зависимость

Алкогольная зависимость — это заболевание мозга с высокой вероятностью прогрессирующего течения [10, 11]. Алкоголь оказывает токсическое действие на большинство органов человека, уровень его потребления достоверно коррелирует с риском заболеваемости и смертности [12]. Алкоголь является причиной развития более, чем 60 различных заболеваний и травм [13]. Риск развития заболевания примерно на 60% зависит от генетической предрасположенности, факторы внешней среды также играют важную роль в развитии алкогольной зависимости [14]. Главным симптомом алкогольной зависимости является часто непреодолимое желание употреблять алкоголь. Пациенты не могут контролировать процесс приема алкоголя и продолжают его употреблять, несмотря на возможность возникновения вредных последствий. Диагноз алкогольной зависимости ставится при наличии, по крайней мере, 3 из 6 критериев по МКБ-10 (ВОЗ) [15].

Чрезмерное употребление алкоголя распространено во многих частях мира, особенно в Европе, где более 14 миллионов людей имеют зависимость от алкоголя. В Европе существует значительный разрыв между числом нуждающихся в противоалкогольном лечении, и тех, кто реально получает лечение. Только 8% пациентов получают какую-либо терапию [3].

Полное воздержание от употребления алкоголя и стратегию, направленную на сокращение употребления, следует рассматривать как две равноправные части комплексного подхода в лечении пациентов с алкогольной зависимостью [16].

Информация о компании Лундбек

Компания Х.Лундбек (H. Lundbeck A/S) является международной фармацевтической компанией, деятельность которой направлена на повышение качества жизни людей, страдающих заболеваниями центральной нервной системы. Для реализации этой цели Лундбек занимается исследованиями, разработкой, производством, маркетингом и продажей фармацевтических препаратов по всему миру. Продукция компании ориентирована на лечение депрессии и тревоги, шизофрении, биполярного аффективного расстройства, эпилепсии, хореи Гентингтона, болезни Альцгеймера и болезни Паркинсона.

Компания Лундбек была основана в 1915 году Хансом Лундбеком в Копенгагене, (Дания). Сегодня в компании работает около 6000 человек по всему миру. Лундбек является одной из ведущих мировых фармацевтических компаний, специализирующихся на заболеваниях ЦНС.

Для получения дополнительной информации, пожалуйста, посетите сайт www.lundbeck.com. или www.Lundbeck.ru

ООО «ЛУНДБЕК РУС» (Лундбек Россия)

Адрес: 109044, г. Москва, 2-й Крутицкий переулок, дом 18 строение 1.
Тел. +7 495 380-31-97

Литература

1. WHO 2000: *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*.
2. Rehm et al. CAMH. *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe* http://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/reports_and_books/Pages/default.aspx.
3. Kohn et al. *Bull World Health Organ.* — 2004. — 82 (11). — P. 858-866.
4. Wittchen et al. *Eur Neuropsychopharmacol.* — 2011. — 21 (9). — P. 655-679.
5. Michel et al. *Meth Find Exp Clin Pharmacol.* — 1985. — 7. — P. 175-177.
6. Hillemecher et al. *Expert Opin. Investig. Drugs.* — 2011. — 20 (8). — P. 1073-1086.
7. Heinz et al. *Addict Biol.* — 2009. — 14 (1). — P. 108-118.
8. Spanagel & Valentina. *Curr Topics Behav Neurosci.* — 2013. — 13. — P. 583-609.
9. Drobos et al. *Alcohol Clin Exp Res.* — 2004. — 28 (9). — P. 1362-70.
10. Burge et al. *Am Fam Physician.* — 1999. — 59 (2). — P. 361-370.
11. Leshner. *Science.* — 1997. — 278. — P. 45-47
12. Rehm et al. *Eur Addict Res.* — 2003. — 9. — P. 147-156.
13. WHO. *Global status report on alcohol and health.* — 2011.
14. Schuckit. Ch. 98. In: Davis et al (eds). *Neuropsychopharmacol: The Fifth Generation of Progress.* — 2002.
15. WHO. *ICD-10, F10-19*
16. Ambrogne. *J Subst Abuse Treat* 2002; 22(1): 45-53.



Ципралекс — мелодия жизни

За более подробной информацией о препарате
Ципралекс обращайтесь в ООО «ЛУНДБЕК РУС»:
г. Москва, 2-й Крутицкий переулок, д.18, стр 1
Тел. (495) 380 31 97; факс (495) 380 31 96
e-mail: russia@lundbeck.com
www.lundbeck.ru



Резюме исследования «ESENSE 1»

«Расширение возможностей лечения алкогольной зависимости: рандомизированное контролируемое исследование применения Налмефена по мере необходимости»

(«Extending the Treatment Options in Alcohol Dependence: A Randomized Controlled Study of As-Needed Nalmefene», Karl Mann, Anna Bladstrom, Lars Torup, Antoni Gual, Wim van den Brink)

Основание к проведению исследования. Значительное отставание в лечении алкогольной зависимости и низкая эффективность современных методов профилактики рецидивов требуют поиска новых методов лечения, нацеленных на снижение потребления алкоголя. В данном исследовании оценивалась эффективность модулятора опиатной системы налмефена в снижении потребления алкоголя у пациентов с алкогольной зависимостью.

Методика: рандомизированное, двойное слепое, плацебо-контролируемое, много-центровое исследование проводилось параллельно на базе 39 клиник Австрии, Финляндии, Германии и Швеции. В исследование включали как пациентов, находящихся на лечении в клинике, так и наблюдающихся амбулаторно, независимо от того, обращались ли пациенты сами или по объявлению. Подход к отбору пациентов был одинаков во всех странах.

В исследовании принимали участие 604 пациента (298 — группа «плацебо»; 306 — «налмефен»). В исследование вошли мужчины и женщины старше 18 лет с первичным диагнозом «алкогольная зависимость» согласно DSM-IV-TR (33. American Psychiatric Association (APA) (2000): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., ext Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.) и системе тестирования Mini-International Neuropsychiatric Interview (34. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Harnett Sheehan K, et al. (1997): The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. Eur Psychiatry 12:224–231) и тесту на содержание алкоголя в крови менее 0,02% во время визита скринингового обследования (визит 1).

Критерии включения в исследование: 6 и более дней тяжелого пьянства (Heavy Drinking Days) в месяц и среднее потребление алкоголя (г/в день) (ТАС), превышающее показатель среднего уровня риска согласно нормам Всемирной Организации Здравоохранения, за 4 недели, предшествующие скринингу. Пациенты были рандомизированы (1:1) и в течение 24-х недель принимали по

мере необходимости плацебо или налмефен (18 мг) (в среднем, во время проведения исследования налмефен принимался в режиме дозирования — через день).

Результаты. В исследование по анализу эффективности терапии были включены 289 пациентов, принимающих плацебо, и 290 пациентов, принимающих налмефен.

1. На 6-й месяц исследования в группе, получавшей налмефен, среднее число дней тяжелого пьянства (Heavy Drining Days) снизилось с 19 до 8 в месяц (на 58%), а общее среднее потребление чистого алкоголя в день (ТАС) — с 84 до 33 г/день (на 61%).

В группе «плацебо» среднее число дней тяжелого пьянства снизилось с 20 до 11 в месяц (на 45%), а общее среднее потребление чистого алкоголя в день — с 85 до 45 г/день (на 47%).

2. Первичный анализ эффективности показал статистически высоко достоверное преимущество налмефена по сравнению с плацебо по показателю — дней тяжелого пьянства (Heavy Drinking Days) (различие по группам 2,3 дня/месяц, $p=0,0021$) и по потреблению алкоголя — различие по группам 11,0 г/день, $p=0,0003$.

3. На 24 неделе исследования наблюдалось статистически достоверное более выраженное улучшение клинической картины и состояния ферментативной системы печени в группе пациентов, принимающих налмефен, по сравнению с группой плацебо (биохимические показатели уровня ГГТ, АЛАТ и АСАТ были достоверно ниже на терапии налмефеном).

4. Побочные эффекты на терапии налмефеном были в основном незначительными или умеренными и носили преходящий характер. Число пациентов с серьезными побочными эффектами было примерно одинаково в двух группах (20 в группе плацебо и 18 в группе налмефена). Большинство серьезных побочных эффектов не были связаны с исследуемым препаратом. Клинически значимых различий между двумя группами по изменению жизненно важных показателей (например, вес, электрокардиограмма или другие) зарегистрировано не было.

Заключение

Налмефен — первый препарат, представляющий потенциально новую фармакологическую парадигму лечения для решения неудовлетворенных медицинских потребностей пациентов с алкогольной зависимостью как с точки зрения цели тера-

пии — для снижения потребления алкоголя, так и режима дозирования — применяется по мере необходимости.

Результаты исследования опубликованы в журнале «Биологическая психиатрия» (available online 11 December 2012).

В издательстве «Арс меденти» вышла книга:

Терапевтически резистентные депрессии / Г.Э. Мазо, Н.Г. Незнанов.— Санкт-Петербург.— 2012.— 448 с.

В монографии изложены современные представления о терапевтически резистентных депрессиях, представлены как исторические, так и актуальные подходы к их дефиниции и подробно освещены вопросы, касающиеся профилактики развития терапевтической резистентности у пациентов с депрессивным расстройством.

В книге детально рассматриваются терапевтические тактики, используемые при курации пациентов с терапевтически резистентными депрессиями, результаты клинических исследований использования лекарственных препаратов для потенцирования тимоаналептической активности антидепрессантов. Особое внимание уделено анализу исследований, репрезентативных с точки зрения доказательной медицины. В одной из глав проводится анализ исследований, нацеленных на поиск биологического базиса формирования резистентности у пациентов с депрессивным расстройством.

В монографии обобщены как данные литературы, так и многолетние исследования, начатые еще профессором Р.Я. Вовиным в НИПНИ им. В.М. Бехтерева в отделении биологической терапии психически больных (руководитель — проф. М.В. Иванов).

Настоящее издание ориентировано прежде всего на врачей-психиатров, но может представлять интерес для психотерапевтов и неврологов.

По вопросам заказов на книгу и распространения
обращайтесь в ИД «Арс меденти»:

**191119 г. Санкт-Петербург, а/я 179,
e-mail: amedendi@mail.ru**

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА

на научно-практический рецензируемый журнал

«Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева»

Учредителем журнала, основанного в 1896 году Владимиром Михайловичем Бехтеревым, является ФГБУ «НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Издание входит в рекомендованный ВАК РФ перечень научных журналов для опубликования основных научных результатов диссертаций. Выходит 4 раза в год.

В редакционный совет журнала входят известные российские ученые, врачи-психиатры и психологи, а также представители ведущих научных учреждений в области психиатрии и психологии из стран дальнего и ближнего зарубежья.

Подписаться на журнал можно в любом почтовом отделении.
Подписной индекс по каталогу агентства «Роспечать» —

70232 (полугодовая подписка)

НАШ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПАРТНЕР:

Журнал «Современная терапия в психиатрии и неврологии»

Рецензируемое междисциплинарное научно-практическое издание.

Журнал цитируется в РИНЦ,

представлен в научной электронной библиотеке (НЭБ)

и на сайте издательства:

<http://logospress.ru>

контакты: тел./факс: +7- 495 – 6890575;

e-mail: info@logospress.ru

Читайте в № 3, 2012 г.:

**Психические нарушения у лиц пожилого возраста,
перенесших перелом шейки бедра или бедренной кости.**

Я.Б. Калын, Е.В. Пономарева
(ФГБУ НЦПЗ РАМН, Москва)

**Диагностика и терапия смешанной
(альцгеймеровско-сосудистой) деменции.**

Н.М. Михайлова
(ФГБУ НЦПЗ РАМН, Москва)

Памяти коллеги и учителя



С глубоким прискорбием сообщаем, что 5 марта на 87-м году жизни после продолжительной болезни скончался заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор Модест Михайлович Кабанов.

Модест Михайлович родился 19 марта 1926 г. в г. Ленинграде, окончил 1-й Ленинградский медицинский институт, работал заведующим психиатрическим отделением больницы в Красноярском крае, затем — главным врачом разных медицинских учреждений. В 1964 году Кабанов стал директором НИПНИ им. В.М. Бехтерева и занимал этот пост в течение 38 лет.

Модест Михайлович возглавлял разработку нового в нашей стране научного направления — реабилитации больных с нервно-психическими заболеваниями. Теоретико-методологические основы этой концепции получили признание не только в нашей стране, но и за рубежом, и были изложены в сотнях научных работ и в 8 его монографиях. Именно эти разработки были отмечены многочисленными правительственными наградами, в том числе, орденами Октябрьской Революции, Трудового Красного Знамени, орденом Почета, орденом «За заслуги перед Отечеством» IV степени (2001). В 1998 г. Международным биографическим центром Кембриджа (Англия) Кабанов был удостоен звания «Человек года».

До самых последних дней Модест Михайлович вел активную научную и общественную работу, о чем говорят те ответственные посты, которые он занимал: Кабанов являлся директором исследовательского и учебного центра Всемирной организации здравоохранения, президентом Всемирной Ассоциации динамической психиатрии, почетным председателем и членом правления Бехтеревского Санкт-Петербургского общества психиатров, членом Президиума Российского общества психиатров, членом психиатрического отделения Ученого Совета министерства здравоохранения России, почетным членом-корреспондентом немецкого общества психиатров, психотерапевтов и неврологов, почетным членом Консультативного совета Американского Биографического Института (США) и почетным членом консультативного совета Международного Биографического центра (Кембридж, Англия).

Коллеги Модеста Петровича сохранят о нем добрую память, а ученики и последователи — благодарность за огромный вклад в развитие отечественной психиатрии.

ОБНОВЛЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К СОДЕРЖАНИЮ И ОФОРМЛЕНИЮ СТАТЕЙ

Общие требования

1. К рассмотрению принимаются работы, ориентированные на тематические рубрики журнала (психиатрия, психотерапия, медицинская психология, наркология) и соответствующие настоящим требованиям. Все материалы рецензируются. Не принимаются статьи, которые уже напечатаны в других изданиях или направлены для публикации в другие издательства. В печатных экземплярах рукописей в конце статьи должны быть подписи всех авторов.

2. В конце статьи должна быть представлена следующая информация: ФИО всех авторов полностью, ученая степень и звание (если есть), должность и место работы полностью, а также электронная почта (E-mail) каждого автора.

3. Присылаемые статьи должны быть написаны на русском языке и представлены в печатном экземпляре и в электронном виде на компьютерном диске или флэш-карте (страница А4, через 1,5 интервала, шрифт Times New Roman, кегль 12, автоматическая расстановка переносов, выравнивание по ширине). Поля страницы: слева — 3 см, справа — 1 см, сверху и снизу — 2 см, нумерация страниц внизу справа.

4. Обязательно должны быть представлены на русском и английском языках аннотации статьи (не более ½ страницы), включающие ее название, авторов, название учреждения, кратко изложенные результаты работы и ключевые слова к статье.

5. Статья, таблицы, рисунки (графики), информация об авторах и аннотации подаются одним файлом. Название файла состоит из фамилии первого автора.

Структура статьи

1. Название статьи по центру жирным шрифтом.

2. Инициалы и затем фамилия (фамилии) автора (авторов) по центру жирным шрифтом.

3. Полное название учреждения (учреждений) по центру светлым шрифтом с указанием города, если из названия учреждения этого не следует.

4. В случае, когда соавторы представляют более одного учреждения, рядом с фамилией каждого автора должна стоять цифровая сноска (или звездочка), указывающая на его принадлежность к конкретному учреждению.

5. Оригинальные исследования должны иметь разделы: введение, цель (задачи), материалы и методы, результаты (обсуждение), выводы. Теоретические, проблемные, дискуссионные и обзорные работы могут иметь иные разделы. Краткие сообщения печатаются без подразделения их на части и без рисунков.

6. После текста статьи приводится список литературы (пристатейный библиографический список) согласно действующему ГОСТу Р 7.0.5—2008 «Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления». Цитируемая литература нумеруется и приводится в алфавитном порядке. Не допускаются ссылки на неопубликованные работы. При использовании большого количества литературных источников номер ссылки в тексте статьи заключается в квадратные скобки и должен соответствовать нумерации в списке литературы.

Таблицы, рисунки, диаграммы

1. Таблицы должны быть оформлены корректно и включаются в текст самой статьи. Таблицы нумеруются и имеют название.

2. Рисунки (диаграммы, графики) нумеруются, имеют название, не должны повторять материалы таблиц и включаются в текст самой статьи.

3. Статья не должна изобиловать таблицами, рисунками и графиками. Эти формы включаются лишь при настоятельной необходимости для полноты изложения материала.

Прочие условия

Статья, не соответствующая требованиям, к публикации не принимается. Редакция оставляет за собой право редактировать текст при обнаружении технических или смысловых дефектов либо возвращать статью автору для исправления или сокращения, в том числе при наличии значительного количества грамматических ошибок. Датой поступления статьи считается день получения редакцией окончательного текста. Отклоненные работы и прочие материалы не возвращаются. Автору может быть предоставлен текст отрицательной рецензии на статью. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Объем публикации

Вид публикации	Кол-во тысяч знаков*	Кол-во источников литературы
Научный обзор	до 40	до 70
Проблемная статья,		
статья в «Дискуссионном клубе»	до 40	до 25
Оригинальное исследование	до 30	до 20
Статьи в другие разделы	до 30	до 10
Краткое сообщение	до 12	до 5
Рецензия на монографию, учебник	до 6	-

*Вместе с аннотациями, информацией об авторах, списком литературы, таблицами. Приведено максимально допустимое количество знаков, превышение которого может повлечь отказ в публикации работы.

С материалами выпусков журнала Вы можете ознакомиться на сайте www.bekhterev.ru

Контакты в Санкт-Петербурге: тел./факс: +7 (812) 412-72-53, e-mail: ppsy@list.ru — Макаров Игорь Владимирович.

Статьи направлять по адресу: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, НИПНИ им. В.М. Бехтерева — ответственному секретарю журнала «Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева», д. м. н. И.В. Макарову (отделение детской психиатрии).

600 мг в сутки со **второго** дня лечения – уверенное купирование обострений шизофрении¹⁻⁴



Перед назначением препарата ознакомьтесь с полным текстом инструкции.
Для получения дополнительной информации о препарате
обращайтесь в ООО «АстраЗенка Фармасьютикалз»:
125 824, Москва, ул. Беговая, д.3, стр. 1,
тел. : +7(495) 799-56-99, факс: +7(495) 799-56-98.

AstraZeneca 

1. Kahn RS et al. J Clin Psychiatry. 2007;68:832-842. 2. Meulien D. et al. Hum Psychopharmacol. 2010;25(2):103-15. 3. Brecher M, Meulien D, Huizar K. Poster presented: 14th Biennial Winter Workshop on Schizophrenia and Bipolar Disorders; February 3-7, 2008; Montreux, Switzerland. Abstract citation: Schizophr Res. 2008; 98 (suppl 1):157-158. 4. Figueroa C, et al. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psych 2009 Mar 17; 33 (17): 199-204.

ГЛИАТИЛИН

ХОЛИНа альфосцерат

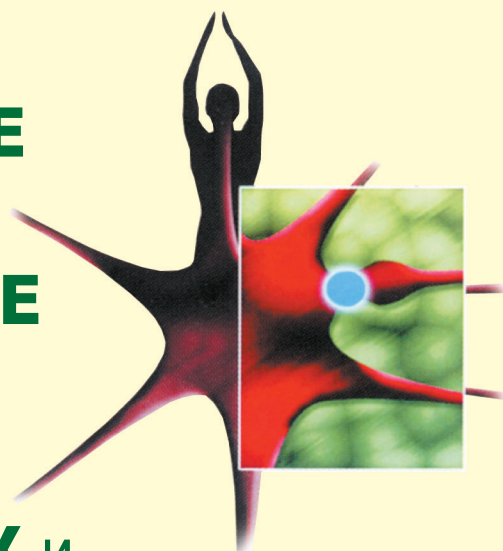


Рег. номер: П № 011966/02



Рег. номер: П № 011966/01

**ПРОВЕРЕННОЕ
НАДЕЖНОЕ И
ЭФФЕКТИВНОЕ
СРЕДСТВО
для ЛЕЧЕНИЯ
КРИТИЧЕСКИХ и
ПОСТКРИТИЧЕСКИХ
ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ
СИСТЕМЫ**



Показания к применению:

1. *Нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу (острый и восстановительный период) и геморрагическому типу (восстановительный период).*
2. *Черепно-мозговая травма (острый и восстановительный период).*
3. *Когнитивные, поведенческие и эмоциональные нарушения при дегенеративных и сосудистых заболеваниях головного мозга.*

 **ITALFARMACO**

г.Москва, Каширское шоссе, д.23
Дом Ученых ОНЦ РАМН, 2 этаж, к.А
Тел.: (499) 324-9640, 324-9230
Факс: (499) 324-5508, 324-9140

 **CSC LTD**
"Си Эс Си Лтд."
www.cscrussia.ru