



# ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

имени В. М. Бехтерева



№ 2

2019 год



# Глиатилин

оригинальный холина альфосцерат

## Через тернии к свету!

максимум холина через гематоэнцефалический барьер<sup>1</sup>

возвращает в активную жизнь



стабилизация и восстановление клеточных мембран<sup>2</sup>



эффективная доставка оригинального холина в мозг<sup>1</sup>



на дому 3 мл внутримышечно еще удобнее

жидкая форма 600 мг 2 раза в день подходит всем пациентам



1. Т.Н. Саватеева, П.П. Якуцени, И.Ю. Луньянова, В.В. Афанасьев «Структура-функция-терапевтический эффект» Изд. Атмосфера. Нервные болезни, 2, 2011, стр.27-36  
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Глиатилин  
Для медицинских работников. На правах рекламы.

РЕКЛАМА



[www.глиатилин.pф](http://www.глиатилин.pф)  
[www.cscpharma.ru](http://www.cscpharma.ru)



**Российское общество психиатров**  
**Федеральное государственное бюджетное учреждение**  
**«Национальный медицинский исследовательский центр**  
**психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева»**  
**Министерства здравоохранения РФ (учредитель)**  
**ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**  
**имени В.М. Бехтерева**  
**№ 2, 2019**

**V.M. BEKHTEREV REVIEW OF PSYCHIATRY AND MEDICAL PSYCHOLOGY**

*Главный редактор*

Н.Г. Незнанов, д.м.н., профессор, засл. деятель науки РФ  
(Санкт-Петербург)

*Заместители главного редактора*

Е.М. Крупицкий, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)  
В.А. Михайлов, д.м.н. (Санкт-Петербург)

*Члены редакционной коллегии*

А.В. Васильева, д.м.н. (Санкт-Петербург)  
Л.Н. Горобец, д.м.н., профессор (Москва)  
Т.А. Караваева, д.м.н. (Санкт-Петербург)  
В.Л. Козловский, д.м.н. (Санкт-Петербург)  
А.П. Коцюбинский, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)  
А.О. Кибитов, д.м.н. (Москва)  
Г.Э. Мазо, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)  
И.В. Макаров, д.м.н., профессор (ответственный секретарь)  
(Санкт-Петербург)

С.Н. Мосолов, д.м.н., профессор, засл. деятель науки РФ (Москва)  
А.Б. Шмуклер, д.м.н., профессор (Москва)

О.Ю. Шелкова, д.псих.н., профессор (Санкт-Петербург)  
В.М. Ялтонский, д.м.н., профессор (Москва)

*Члены редакционного совета*

Ю.А. Александровский, д.м.н., профессор,  
чл.-корр. РАН (Москва)  
С.А. Алтынбеков, д.н.м., профессор (Алматы)  
М. Аммон, д.псих.н. (Берлин)  
Т.Н. Балашова к.псих.н., профессор (Бетесда)  
Н.А. Бохан, д.м.н., профессор, академик РАН,  
засл. деятель науки РФ (Томск)

Л.И. Вассерман, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)  
В.Д. Вид, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)

А.Ю. Егоров, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)  
С.Н. Ениколопов, к.псих.н., доцент (Москва)

Х. Кассинов, профессор (Нью-Йорк)  
В.Н. Краснов, д.м.н., профессор (Москва)

О.В. Лиманкин, д.м.н. (Санкт-Петербург)  
Н.Б. Лутова, д.м.н. (Санкт-Петербург)

В.В. Макаров, д.м.н., профессор (Москва)  
П.В. Морозов, д.м.н., профессор (Москва)

В.Э. Пашковский, д.м.н. (Санкт-Петербург)

Н.Н. Петрова, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)

Ю.В. Попов, д.м.н., профессор, засл. деятель науки РФ  
(Санкт-Петербург)

П.И. Сидоров, д.м.н., профессор, академик РАН (Архангельск)  
А.Г. Соловьев, д.м.н., профессор (Архангельск)

А.Г. Софронов, д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН  
(Санкт-Петербург)

Е.В. Снедков, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)  
С. Тиано, профессор (Тель-Авив)

А.С. Тиганов, д.м.н., профессор, академик РАН (Москва)  
Б.Д. Цыганков, д.м.н., профессор, член-корр. РАН (Москва)

С.В. Цыцарев, профессор (Нью-Йорк)  
Е. Чкония, д.м.н. профессор (Тбилиси)

А.В. Шаболтас, к.псих.н. (Санкт-Петербург)  
В.К. Шамрей, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)

В.М. Шкловский, д.пс.н., профессор, академик РАО (Москва)  
Э.Г. Эйдмиллер, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)

К.К. Яхин, д.м.н., профессор (Казань)

*Editor-in-chief*

N.G. Neznanov (Saint-Petersburg)

*Deputy Chief Editor*

E.M. Krupitsky (Saint-Petersburg)  
V.A. Mikhailov (Saint-Petersburg)

*Editorial board*

A.V. Vasileva (Saint-Petersburg)  
L.N. Gorobets (Saint-Petersburg)  
T.A. Karavaeva (Saint-Petersburg)  
V.L. Kozlovskiy (Saint-Petersburg)  
A.P. Kotsubinsky (Saint-Petersburg)  
A.O. Kibitov (Moscow)  
G.E. Mazo (Saint-Petersburg)  
I.V. Makarov (executive secretary) (Saint-Petersburg)

S.N. Mosolov (Moscow)

A.B. Shmukler (Moscow)

O.Yu. Shchelkova (Saint-Petersburg)

V.M. Yaltonsky (Moscow)

*Editorial council*

Yu.A. Alexandrovsky (Moscow)

C.A. Altynbekov (Almaty)

M. Ammon (Berlin)

T.N. Balachova (Bethesda)

N.A. Bohan (Tomsk)

L.I. Wasserman (Saint-Petersburg)

V.D. Vid (Saint-Petersburg)

A.Yu. Egorov (Saint-Petersburg)

S.N. Enikolopov (Moscow)

H. Kassinov (New York)

V.N. Krasnov (Moscow)

O.V. Limankin (Saint-Petersburg)

N.B. Lutova (Saint-Petersburg)

V.V. Makarov (Moscow)

P.V. Morozov (Moscow)

V.E. Pashkovskiy (Saint-Petersburg)

N.N. Petrova (Saint-Petersburg)

Yu.V. Popov (Saint-Petersburg)

P.I. Sidorov (Arkhangelsk)

A.G. Soloviev (Arkhangelsk)

A.G. Sofronov (Saint-Petersburg)

E.V. Snedkov (Saint-Petersburg)

S. Tiano (Tel-Aviv)

A.S. Tiganov (Moscow)

B.D. Tsygankov (Moscow)

S.V. Tsytsarev (New York)

E. Chkonია (Tbilisi)

A.V. Shabolts (Saint-Petersburg)

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 и индексируется в электронной поисковой системе базы данных РИНЦ (Российский индекс научного цитирования).

Журнал зарегистрирован в Государственном комитете РФ по печати. Свидетельство о регистрации ПИ № ФС 77-48985

Тираж 2000 экз. ISSN 2313-7053. Подписной индекс по каталогу агентства «Роспечать» — 70232

© ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, 2013. Все права защищены. Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения редакции.

Издательский дом «Арс 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 6700256. E-mail: amedendi@mail.ru  
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

По вопросам рекламы обращаться к директору издательства.

<b>НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ</b>		<b>RESEARCH REVIEWS</b>
<b>Тревожные состояния у детей с гиперкинетическим расстройством</b> <i>Гасанов Р.Ф., Макаров И.В., Емелина Д.А.</i>	3	<b>Anxiety in children with hyperkinetic disorder (literature review)</b> <i>Gasanov R.F., Makarov I.V., Emelina D.A.</i>
<b>Синдром Котара. История и современный взгляд</b> <i>Горина Е.А.</i>	13	<b>Cotard syndrome. History and modern view</b> <i>Gorina E.A.</i>
<b>ИССЛЕДОВАНИЯ</b>		<b>INVESTIGATIONS</b>
<b>Когнитивные нарушения у пациентов с заболеваниями системы крови, перенесших трансплантацию аллогенных гемопоэтических стволовых клеток</b> <i>Выборных Д.Э., Федорова С.Ю., Хрущев С.О., Дроков М.Ю., Гемдзян Э.Г., Кузьмина Л.А., Паровичникова Е.Н.</i>	20	<b>Cognitive impairments in patients with hematological malignancies prior and after allogeneic hematopoietic stem cells transplantation</b> <i>Vybornykh D.E., Fedorova S.Yu., Khrushchev S.O., Drovkov M.Yu., Gemdzhian E.G., Kuzmina L.A., Parovichnikova E.N.</i>
<b>Частота встречаемости сахарного диабета 2 типа и метаболических нарушений у больных с расстройствами шизофренического спектра при длительной противорецидивной антипсихотической терапии (по результатам скрининга)</b> <i>Горобец Л.Н., Царенко М.А., Литвинов А.В., Василенко Л.М.</i>	37	<b>Frequency of occurrence of type 2 diabetes and metabolic disturbances in patients with schizophrenic range disorders with prolonged anti-relapse antipsychotic therapy (based on screening results)</b> <i>Gorobets L.N., Tsarenko M.A., Litvinov A.V., Vasilenko L.M.</i>
<b>Взаимосвязь психологических характеристик и самостигматизации больных с эндогенными психическими расстройствами (результаты оригинального исследования)</b> <i>Лутова Н.Б., Макаревич О.В., Новикова К.Е.</i>	46	<b>The correlation of sociopsychological characteristics and self-stigmatization of patients with mental disorders (Result of original study)</b> <i>Lutova N.B., Makarevich O.V., Novikova K.E.</i>
<b>Особенности эмоционально-личностной сферы у детей с умственной отсталостью</b> <i>Овчинников А.А., Султанова А.Н., Сычева Т.Ю., Васильева Ю.Е., Максименко П.А.</i>	55	<b>Features of the emotional-personal sphere in children with mental retardation</b> <i>Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Sycheva T.Yu., Vasilieva Yu.E., Maksimenko P.A.</i>
<b>Взаимодействие волевой регуляции и родительского воспитания как факторов психического здоровья детей</b> <i>Петренко Е.Н., Козлова Е.А., Логинова С.В., Слободская Е.Р.</i>	61	<b>Interaction between effortful control and parenting as factors of child mental health</b> <i>Petrenko E.N., Kozlova E.A., Loginova S.V., Slobodskaya H.R.</i>
<b>В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ</b>		<b>GUIDELINES FOR THE PRACTITIONER</b>
<b>Вортиоксетин улучшает симптоматические и функциональные исходы при большом депрессивном расстройстве: новая двойная оценка результатов лечения депрессии</b> <i>М.К. Христensen, Х. Лофт, Р.С. МакИнтайр</i>	69	<b>Vortioxetine improves symptomatic and functional outcomes in major depressive disorder: a novel dual outcome measure in depressive disorders</b> <i>M.C. Christensen, H. Loft, R.S. McIntyre</i>
<b>Правовые коллизии госпитализации в психиатрический стационар</b> <i>Доровских И.В., Колточник Е.А., Мальцев Г.Ю., Жуков Н.Д., Жуков Д.Г., Павлова Т.А.</i>	75	<b>Legal conflicts of hospitalization in a psychiatric hospital</b> <i>Dorovskikh I.V., Koltchchnik E.A., Maltsev G.Y., Zhukov D.G., Zhukov N.D., Pavlova T.A.</i>
<b>Сравнительные региональные особенности синдрома профессионального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов</b> <i>Корехова М.В., Соловьев А.Г., Киров М.Ю., Новикова И.А.</i>	84	<b>Comparative regional peculiarities of the professional burnout syndrome in doctors of anaesthesiologists-reanimatologists</b> <i>Korehova M.V., Soloviev A.G., Kirov M.Yu., Novikova I.A.</i>
<b>Медико-психологическое сопровождение больных рассеянным склерозом: организационные этапы и задачи</b> <i>Николаев Е.Л., Караваяева Т.А., Васильева Н.В., Васильева А.В., Чехлатый Е.И.</i>	95	<b>Medico-psychological supporting program of the multiple sclerosis patients: organization stages and tasks</b> <i>Nikolaev E.L., Karavaeva T.A., Vasilieva N.V., Vasileva A.V., Chekhlaty E.I.</i>
<b>Анализ динамики мнений врачей-психиатров о непрерывном медицинском образовании</b> <i>Петрова Н.Н., Федотов И.А., Чумаков Е.М.</i>	102	<b>The analysis of the dynamics of psychiatrists' opinions on continuing medical education</b> <i>Petrova N.N., Fedotov I.A., Chumakov E.M.</i>
<b>ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА</b>		<b>PSYCHIATRIC NEWSPAPER</b>
<b>РЕЗОЛЮЦИЯ</b> <b>Международного конгресса «Психотерапия, психология, психиатрия — на страже душевного здоровья!» Санкт-Петербург</b>	108	<b>Resolution of International Congress «Psychotherapy, psychology, psychiatry – on guard of mental health!»</b>
<b>Новости XI Всероссийского Съезда Неврологов и IV Конгресса Национальной ассоциации по борьбе с инсультом. По следам выступления профессора Франческо Аменты</b>	111	<b>News of XI Russian Congress of Neurologists and IV Congress of the National Association for stroke control. In the Wake of Professor Francesco Amenta's speech</b>
<b>Главный психиатр Росздравнадзора: рак и болезни сердца развиваются под аккомпанемент депрессии</b>	114	<b>Chief Specialist in Psychiatry of the Federal Service on Surveillance in Healthcare: cancer and heart disease develop to the accompaniment of depression</b>

## Тревожные состояния у детей с гиперкинетическим расстройством

Гасанов Р.Ф.<sup>1</sup>, Макаров И.В.<sup>1,2</sup>, Емелина Д.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева,

<sup>2</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

**Резюме.** В статье обзорного характера раскрываются проблемы коморбидности гиперкинетического и тревожных расстройств. Показано, что рассматриваемые расстройства имеют общие этиологические и патогенетические факторы, а также клинические симптомы. Кроме того, терапия обоих патологических состояний имеет сходные мишени, что вызывает предположение о том, что гиперкинетическое расстройство и тревожные расстройства детского возраста можно назвать не просто сопутствующими, но и коморбидными.

**Ключевые слова:** гиперкинетическое расстройство, тревожное расстройство, импульсивность, дефицит внимания, терапия.

### Anxiety in children with hyperkinetic disorder (literature review)

Gasanov R.F.<sup>1</sup>, Makarov I.V.<sup>1,2</sup>, Emelina D.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> V.M. Bekhterev National research medical center for psychiatry and neurology

<sup>2</sup> North-Western I.I. Mechnikov State Medical University

**Summary.** The review article reveals the problems of hyperkinetic and anxiety disorders comorbidity. It is shown that these disorders have common etiological and pathogenetic factors, as well as clinical symptoms. In addition, the therapy of both pathological conditions has similar targets, which suggests that the hyperkinetic disorder and anxiety disorders of childhood can be called not only concomitant, but also comorbid.

**Key words:** hyperkinetic disorder, anxiety disorder, impulsivity, attention deficit, therapy.

Актуальность настоящего исследования определяется многими факторами, но одно то, что около 25% детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ) отвечает критериям, по крайней мере, одного тревожного расстройства, привлекает все большее внимание специалистов. С другой стороны, при тревожных расстройствах частота выявления СДВГ составляет около 15%, что также превышает распространенность данного расстройства в общей популяции, где, по мнению исследователей, установлен интервал в 6-10% [19]. Частота коморбидных тревожных расстройств у взрослых с СДВГ достигает 50%, сочетаясь с высокой частотой расстройств настроения, антисоциальным поведением, алкогольной и лекарственной зависимостью [15; 16], а у детей сопутствующие тревожные расстройства усиливают симптомы СДВГ [60]. Наиболее часто коморбидные расстройства наблюдаются при комбинированном типе СДВГ, которые по МКБ 10 соответствуют критериям гиперкинетического расстройства (ГР). Авторы отмечают, что у мальчиков с ГР чаще, чем у девочек, встречаются все виды тревожных расстройств, за исключением тревожного расстройства, связанного с разлукой. Это объясняется, в первую очередь, высокой частотой ГР среди мальчиков: соотношение пациентов мужского и женского пола составляет 4:1 в общей популяции, а среди обратившихся за лечением достигает 9:1 [30]. Тревожное расстройство разлуки чаще отмечается у девочек с СДВГ с преобладанием невнимательности, а генерализованное тревожное расстройство — у девочек с ГР [47].

Дети с ГР и коморбидными тревожными расстройствами испытывают большие трудности самоконтроля и обучения, имеют более низкое качество жизни и более напряженные семейные отношения [18]. У детей с сопутствующими тревожными расстройствами с течением времени усиливаются симптомы ГР. Это может свидетельствовать о том, что сопутствующая тревога усугубляет симптомы ГР при отсутствии терапевтического сопровождения. Таким образом, наличие коморбидных расстройств у больных с ГР определяет более тяжелое течение, худший прогноз и резистентность к терапии [58; 60]. И если тревожные расстройства (ТР) отрицательно сказываются на функционировании детей с ГР, то мишенью терапевтического вмешательства в условиях коморбидности заболеваний должен, вероятно, стать патологически высокий уровень тревоги в структуре расстройства.

**Особенности когнитивных нарушений у детей с гиперкинетическим расстройством, сочетающимся с тревожными.** Один из вопросов, обсуждаемых в литературе последних лет, заключается в том, что присоединение тревоги изменяет симптоматику и нейрокогнитивные характеристики детей с ГР. В 2009 году R. Tannock [72] отмечал, что влияние ТР на симптоматику ГР неоднозначно и недостаточно изучено. Ряд авторов подчеркивали, что наличие беспокойства связано с несколько более высоким уровнем невнимательности относительно импульсивности [41], хотя в большинстве исследований основное внимание уделялось тому, как тревога влияет на симптомы ГР, и удивительно мало исследований по-

связалось тому, влияет ли наличие ГР на уровень и характер симптомов тревоги. Одна из причин этого недостатка в исследованиях заключается в том, что большинство исследований ГР не включали группу сравнения с тревожными расстройствами без сочетания с ГР. В одном исследовании, где включили группу сравнения, К. Manassis, R. Tannock и J. Barbosa (2000) обнаружили, что дети с ГР и тревожными расстройствами отличалась снижением слухового восприятия эмоционально окрашенных стимулов [49]. Некоторые исследования показали, что у детей с ГР и высокой тревожностью более выражен дефицит оперативной памяти и скорость мыслительных процессов [60], в центре которого лежит невнимательность, относящаяся к основным симптомам ГР. Существует также высокая степень совпадения симптомов между ГР и ТР. Дети с генерализованным тревожным расстройством, например, часто проявляют симптомы раздражительности, беззаботности и трудности концентрации внимания, а дефицит внимания при тревожных расстройствах встречается в 24% случаев [9]. Хотя большинство экспериментальных исследований, проведенных с независимыми группами сравнения детей с тревожными расстройствами или ГР, подтверждают эти различия [13; 36; 65], прямого сравнения механизмов внимания у детей с двумя типами расстройств не проводилось. Хотя предпринимались попытки изучения тормозного контроля, или контроля ингибирования. Так, в некоторых исследованиях установлено, что дети с ГР, страдающие тревожными расстройствами, как правило, хуже справляются с задачами тормозного контроля [49; 61], чем те, у которых среди сопутствующих расстройств не наблюдались тревожные состояния. Помимо контроля ингибирования, исследовали свойства внимания и рабочую память. Например, в одном исследовании показано, что дети с ГР, страдающие ТР, обнаружили более высокий уровень селективного внимания [75], в других — обнаружили гораздо большие, чем вне коморбидности расстройств, нарушения в функционировании рабочей памяти [59; 73]. В целом, наличие тревоги у детей с ГР неоднозначно отражается на когнитивном функционировании и зависит от уровня тревоги. Например, умеренное беспокойство, с одной стороны, может усилить бдительность, но также может и нарушить более когнитивно трудоемкие процессы, такие как рабочая память [52; 72]. Именно поэтому считается, что дети с ГР и коморбидными тревожными расстройствами являются особенно уязвимой группой с точки зрения когнитивного функционирования с дополнительным дефицитом рабочей памяти [39].

Хотя в предыдущих исследованиях было показано, что дети с ГР и ТР менее импульсивны, у этих детей более выражена невнимательность [18] и в большей мере наблюдаются познавательные и исполнительные трудности [73], чем у пациентов только с ГР. Возможно, усугубление трудностей с исполнительным функционированием для детей с ГР и ТР в сочетании с уклонениями и не-

гативными мыслями, связанными с тревогой, могут отрицательно сказаться на социальной адаптации [18; 32; 43; 55] и академической успеваемости. Однако необходимо отметить, что последнее поддерживаются не всеми авторами [33; 38; 46]. Особый интерес представляет поведение симптомов импульсивности и невнимательности у детей с ГР при присоединении тревожных расстройств. Ряд исследователей отмечают, что тревога при ГР снижает уровень импульсивности, но увеличивает уровень невнимательности [21; 60].

S.R. Pliszka с соавторами [60, P. 155] представили результаты исследования, в которых показано, что дети с ГР и ТР менее склонны проявлять неактивное и гиперактивное поведение и имеют более длительное время реакции на внешние стимулы, чем дети с ГР без сочетания с ТР. Эти результаты согласуются с исследованиями P.S. Jensen, D. Martin, D. Cantwell [42], которые предположили существование отдельного подтипа ГР с сопутствующей тревожностью, который патогенетически отличается от известных вариантов ГР. Этот подтип, возможно, отличается более низким уровнем импульсивности; дети, относящиеся к данному подтипу лучше справляются с заданиями экспериментальной парадигмы стоп-сигналов, которые измеряют ингибирование реакции. С другой стороны, задачи, связанные с измерением рабочей памяти и последовательным усложнением задачи особенно сложны для пациентов с сопутствующим ГР и тревожными расстройствами [21, P. 141]. Как будет сказано ниже, эта гипотеза о влиянии тревоги на импульсивность и рабочую память явилась предметом наиболее острых дискуссий в последние годы.

Многие авторы сосредоточились на исследовании когнитивных дефицитов при ГР с использованием таких инструментов, как задача остановки и мера ингибирования ответа. Эти методы исследования позволили лучше понять, как беспокойство и тревога влияет на импульсивность и когнитивное функционирование при ГР. Мета-анализ клинической литературы, использующей стоп-задачу у пациентов с ГР, не обнаружил, что тревога усиливает ингибирование реакции. Авторы объяснили это тем, что «усиленное ингибирование реакции у тревожных детей может проявляться только в ситуациях с высокими требованиями к ингибированию реакции» [57, P. 420]. J. Oosterlaan и J.A. Sergeant [58] изучали дефицит в ответ на реинжиниринг (возобновление деятельности) у детей с ГР и обнаружили большую изменчивость в латентности реинжиниринга ответа при отсутствии отличия от обычных сверстников с точки зрения способности восстанавливаться, хотя отметили, что тревога усиливает ингибирование реакции. Эти данные были подтверждены К. Manassis, R. Tannock и J. Barbosa [49], которые показали, что дети с ГР и сопутствующими тревожными расстройствами обнаружили лучшее ответное торможение на остановку, чем у детей с ГР без коморбидных ТР. Недавнее исследование 28 взрослых пациентов с ГР с участием группы контроля из 34 человек [64] показало, что проявление дисфункции памяти у взрослых с

ГР снижалось в ответ на появление ситуационной тревоги, связанной с задачей, а не было связано с недостаточно высоким уровнем развития рабочей памяти или низкой семантической организацией. Этот результат, безусловно, подтверждает вышеупомянутое утверждение о том, что одной из причин беспокойства, которое может быть заметным в ГР, является страх, связанный с недостаточным социальным или когнитивным функционированием. Ввиду того факта, что ГР приводит к нарушениям в этих областях, такие опасения могут рассматриваться как адекватные реакции на угрожающие ситуации.

Широко известный проект мультимодального терапевтического исследования детей с СДВГ (Multimodal Treatment Study of Children with ADHD, или, МТА) подготовил большое количество данных о ГР с сопутствующей тревожностью. В одном из исследований, в которых использовались данные проекта МТА [51], группа ГР/ТР оказалась больше невнимательной, чем импульсивной. Другая статья МТА [56] показала, что наличие беспокойства способствует нормализации поведения. Последнее крупное исследование тревожности у детей с ГР с использованием данных МТА изучало тревогу как предиктор и конечную переменную. Существенным предположением, которое вышло из этого исследования, была концепция, согласно которой «страх и тревога у детей с ГР могут быть качественно иным, чем фобическое поведение, которое часто присутствует у пациентов, не страдающих ГР» [41, Р. 155] и является, своего рода, компенсаторным инструментом. В подтверждение этого предложения авторы отметили, что в исследовании МТА беспокойство было больше связано с негативной эмоциональностью и разрушительным социальным поведением, чем с боязливым / фобическим поведением. Этот вывод соответствует приведенному выше утверждению Т.Е. Brown [21] о том, что тревога у детей с гиперкинетическим расстройством отражает озабоченность по поводу компетентности и производительности. Таким образом, наличие тревоги может частично ингибировать импульсивность, однако, одновременно, и ухудшать операционную память, усугубляя другие когнитивные дефициты. Кроме того, беспокойство, которое испытывают пациенты с ГР, может быть больше связано с неспособностью функционировать в повседневной жизни из-за социальной и когнитивной недостаточности, чем типичное фобическое поведение. В свою очередь, опасения плохой познавательной деятельности, наблюдаемые при ГР, могут на самом деле в конечном итоге препятствовать когнитивной деятельности, которая первоначально была источником беспокойства [67].

**Этиология и патогенез гиперкинетического и тревожных расстройств. Генетические исследования.** Исследования генов кандидатов при ГР и ТР во многом обнаруживают влияние сходных генов. Так, среди многочисленных исследований у пациентов с ГР были выделены гены рецепторов дофамина (D1, D2, D3) [54], гены, вовлеченные в об-

мен серотонина: переносчик серотонина SLC6A4, рецепторы серотонина: 5-HT1B, 5-4T2A, 5-4T2C [48], гены, вовлеченные в обмен норадреналина: переносчик—SLC6A2, рецепторы—ADRA1C, ADRA2A [11] и гены, вовлеченные в обмен сразу нескольких нейромедиаторных систем (TE, DBN, MAO A, MAO B, COMT, SNAP25n) [25]. А в качестве генов-кандидатов тревожных расстройств выделяются следующие: катехол-О-метилтрансфераза (COMT), SLC6A4, также известный как транспортер серотонина, и мозговой нейротрофический фактор (BDNF) [54]. Кроме того, изучалось три генетических варианта: полиморфизм участка гена 5-HTTLPR переносчика серотонина SLC6A4, ассоциированный с паническими состояниями [17], полиморфизм Val / Met COMT у подростков с паническими состояниями [26] и полиморфизмом Val / Met BDNF с фенотипом тревоги и изолированными фобиями, обсессивно-компульсивными расстройствами и генерализованным тревожным расстройством [28]. Эти исследования имеют большое значение в понимании этиологических факторов высокой частоты сочетания ГР и ТР у детей. Известно, что ген переносчика серотонина имеет в своей структуре полиморфные участки, различающиеся числом повторяющихся последовательностей. Особый интерес представляет участок в области, примыкающей к промотору (5-HTTLPR). Он содержит повторы длиной 22 п.н. Если аллель содержит 16 повторов, его называют длинным (L), если 14—коротким (S). Состояние серотонинергической системы, по-видимому, в определенной степени находится под контролем полиморфизма 5-HTTLPR гена переносчика серотонина. Транспортер же серотонина, или натрий-зависимый транспортер серотонина—это внутриклеточный белок, являющийся продуктом гена SLC6A4 и обозначаемый аббревиатурами SERT (SERotonin Transporter) или 5-HTT (5-HydroxyTryptamine Transporter) [6]. С высокой долей вероятности, очевидно, в будущих генетических исследованиях в качестве гена-кандидата сочетания ГР и ТР может быть обнаружен полиморфизм участка гена 5-HTTLPR переносчика серотонина SLC6A4.

**Результаты методов нейровизуализации.** Нейробиологические исследования с использованием методов визуализации до настоящего времени преимущественно касавшиеся патологии базальных ганглиев или полосатого тела, показали преобладание данных о нарушении функций дофаминовой системы. Интерес к этим специфическим мозговым структурам сопровождался накоплением клинических доказательств дофаминергической недостаточности при социальном тревожном расстройстве. Так, в работе J. Tiitonen и соавт. [74] на основании результатов однофотонно-эмиссионной томографии сообщается об уменьшении количества сайтов обратного захвата дофамина в полосатом теле у пациентов с социальным тревожным расстройством (по сравнению с контрольной группой лиц, не имеющих патологии), что свидетельствует о дефиците дофаминергической иннервации полосатого тела.

Авторы считают, что при социальном тревожном расстройстве снижение плотности сайтов обратного захвата дофамина свидетельствует о меньшем суммарном количестве дофаминергических синапсов и нейронов в полосатом теле.

Проведенное F.R. Schneier [68] исследование с использованием однофотонно-эмиссионной компьютерной томографии с введением [(123)I] йодобензамида ((123)I IBZM) показало снижение среднего количества связываний В2-рецепторов в полосатом теле, что также свидетельствует о снижении функции дофаминергических образований в этой структуре [44]. Исследования с применением однофотонно-эмиссионной компьютерной томографии для изучения переносчика дофамина и В2-рецепторов в полосатом теле поддерживают гипотезу о недостаточной дофаминовой иннервации у детей с тревожным расстройством [53].

Эти исследования согласуются с нашими данными о вовлечении дофаминовой системы в патогенез ГР на разном уровне, где выделяются варианты ГР в ситуации как гипофункции дофаминовой системы, так и ее гиперфункции, что может служить объединяющим патогенетическим звеном для ГР расстройства и тревожных расстройств детского возраста [1; 5]. Тем более новые данные о структурных нарушениях головного мозга у детей с ГР согласуются с таковыми у детей с ТР. Так, одно из крупнейших на сегодняшний день исследований ГР выявляет с помощью методов нейровизуализации структурные различия в пяти регионах мозга, причем наибольшие различия наблюдаются у детей, а не у взрослых. Согласно исследованию, опубликованному в 2017 году в журнале *The Lancet Psychiatry* [37], развитие симптомокомплекса гиперкинетического расстройства связано с задержкой не только функционального развития, но и морфологического формирования пяти областей головного мозга.

В исследовании участвовало более 3200 человек, из которых 20 (5,3%) относились к детскому возрасту, остальные — взрослые. Регионы головного мозга, которые, как считают авторы исследования, участвуют в формировании симптомокомплекса ГР, расположены в базальных ганглиях. Методом МРТ-сканирования измеряли их общий объем головного мозга и размеры семи областей мозга, которые, как полагали, были связаны с СДВГ — бледный шар, таламус, хвостатое ядро, скорлупа, миндалевидное тело и гиппокамп. Исследование показало, что общий объем головного мозга и пять исследованных областей оказались по объему меньше у людей с ГР — хвостатое ядро, скорлупа, прилежащее ядро, миндалевидное тело и гиппокамп. Наблюдавшиеся различия были наиболее заметными в мозге детей с ГР, но менее выражены у взрослых с данным расстройством. Исходя из этого исследователи предлагают относить ГР к возраст-зависимому расстройству головного мозга и предполагают, что задержки развития нескольких областей мозга обуславливают феноменологию ГР. Помимо хвостатого ядра и скорлупы, для которых предыдущие исследования уже отмечали причастность к ГР [3], исследователи смогли

окончательно связать миндалевидное тело, прилежащее ядро и гиппокамп с ГР. Ученые полагают, что миндалевидное тело заинтересовано в патогенезе ГР через свою роль в регулировании эмоций, прилежащее ядро может быть связано с мотивацией и эмоциональными проблемами в ГР через участие в обработке вознаграждения, гиппокамп же в данном расстройстве определяет особенности формирования эмоционально-волевой сферы.

**Патогенез гиперкинетического и тревожных расстройств.** При формировании гипотез об этиологии СДВГ в литературе уделялось разное внимание коморбидности ГР и ТР. Некоторые авторы считают, что тревога может быть особенностью, которая тесно связана с патогенезом расстройства [47], другие полагают, что синдром дефицита внимания (СДВГ) с сопутствующим тревожным расстройством может быть характерной особенностью, которая разделяет подтипы СДВГ, включая ГР как смешанный вариант СДВГ, или что пациенты с ГР и сопутствующей тревожностью фенотипически отличаются от таковых с «чистым», гиперкинетическим, расстройством [60].

Так например, J.L. Bradshaw и D.M. Sheppard [19] пытаются объяснить сопутствующую патологию и общую патофизиологию ГР и обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) с точки зрения фронтостриарных нарушений. Авторы изучали физиологию кортикальных систем, таких как дорсолатеральная префронтальная, орбитофронтальная и передняя кора, играющих ключевую роль в регуляции планируемого поведения, а также участие полосатого тела в контроле над вышеупомянутыми фронтальными системами, отмечая, что полосатое тело имеет как прямой возбуждающий путь, так и косвенный тормозной путь. В результате была выдвинута гипотеза о том, что развитие ГР определяется недостаточно эффективной регуляцией механизмов возбуждения, осуществляемой в дорсолатеральной префронтальной и передней цингулярной коре. Развитие симптомокомплекса ОКР, с другой стороны, по их мнению, служит результатом плохо регулируемого ингибирующего входа в орбитофронтальную кору. Кроме того, J.L. Bradshaw и D.M. Sheppard обращают внимание на нарушение латерализации функции мозга как при ОКР, так и при ГР: при ОКР имеет место отсутствие правостороннего доминирования в задачах деления по строкам также, как и при ГР. С другой стороны, авторы указывают на то, что многие показатели функции мозга свидетельствуют о наличии у пациентов с ОКР гиперфункции доминантного полушария, тогда как при ГР может обнаружиться его гипофункция.

Таким образом, при сочетании ГР и ОКР в основе механизмов, определяющих симптомокомплексы расстройств, лежит либо перевозбуждение левого мозга и орбитофронтальной коры, приводящее к ОКР при ГР, либо недостаточная стимуляция левого мозга и дорсолатеральной коры. Интересно, что во время полового созревания полосатое тело проходит через значительное постпубертальное сокращение у мальчиков, но не у



девочек [22]. Некоторые исследователи полагают, что это как-то связано с различиями в преобладании ОКР у мужчин наряду с синдромом Туретта и ГР. Эта теория согласуется с вышеприведенными утверждениями о том, что дисфункция базальных ганглиев является центральным патогенетическим механизмом формирования как ГР, так и ОКР.

За последние годы было выдвинуто много патогенетических гипотез для объяснения формирования ГР. Любая теория, объясняющая феноменологию ГР, должна учитывать высокую распространенность тревожных расстройств в популяции ГР. Наиболее известные из них: 1). дефицит когнитивной обработки (cognitive processing deficits); 2). дисрегулированные системы внимания (dysregulated attentional systems); 3). нарушенное исполнительное торможение (impaired executive inhibition); 4). нарушенное исполнительное регулирование (impaired executive regulation); 5). недостаточно скоординированные системы вознаграждения (poorly coordinated reward systems); 6). энергетические состояния (energetic states).

В модели когнитивной обработки (cognitive processing deficits) центральным механизмом формирования симптомов ГР считается замедление обработки информации и восприятия. R. Schachar, R. Tannock, M. Marriott и G.D. Logan [66] полагают, что подобная дисфункция может объяснить поведенческое растормаживание у детей с ГР. По мнению этих исследователей, обработка информации для прекращения текущих ответов не происходит достаточно быстро для торможения, особенно когда присутствует фактор награды. Хотя эта теория не рассматривает тревогу как специфический компонент ГР, легко предположить, что осознание несоответствия эффективности собственного когнитивного функционирования социальным и академическим нормам может вызывать беспокойство. Согласно этой модели, беспокойство возникает прежде всего тогда, когда способность когнитивной обработки перегружена потребностями соответствовать требованиям окружающей социальной среды.

Модель дисрегуляции систем внимания (dysregulated attentional systems), выдвинутая M.I. Posner и S. Peterson [62], рассматривает недостаточную координацию между задней системой внимания, которая сканирует входящие раздражители и отключается от подавляющего большинства этих стимулов, и передней системой внимания, которая избирательно настраивается на соответствующие стимулы и выбирает наиболее эффективный способ реакции. Нарушение взаимодействия между этими системами может привести к тому, что задние системы внимания устанавливаются в тоническом режиме сканирования ненадлежащим образом, с небольшим переходом в фазовый режим [10]. Данная модель по-своему объясняет развитие высокого уровня тревоги при ГР: если дисфункция систем внимания является чрезмерной, с перегрузкой одной из вышеназванных, это может привести к обнаружению больше-

го числа угрожающих стимулов либо к причислению неагрессивных стимулов к угрожающим.

Модель исполнительного торможения (impaired executive inhibition), предложенная R.A. Barkley [12], отмечает, что в первую очередь при ГР страдает когнитивное торможение, являющееся основным исполнительным организатором поведения. Недостаточный уровень когнитивного торможения приводит к развитию тревоги и к формированию ГР. Поскольку торможение является неотъемлемой частью социального поведения, дефицит этого торможения ведет к нарушению внутрисемейных отношений и взаимоотношений между сверстниками, что, в свою очередь, инициирует рост тревоги. Как обсуждалось ранее, беспокойство при ГР может ухудшить качество жизни, когда поведение становится все более зависимым от планирования и контроля когнитивной обработки. В модели нарушения исполнительного регулирования (impaired executive regulation), предложенной T.E. Brown [21], в основе патогенеза ГР лежит дисфункция исполнительного регуляторного контроля, где наблюдается ослабление не только ингибирующих процессов, но и активирующих. Данная модель яснее объясняет развитие беспокойства, поскольку если бы дети с ГР были просто поведенчески расторможены, то у них, вероятно, был бы менее высокий уровень тревоги [24].

Модель недостаточно скоординированных систем вознаграждения (poorly coordinated reward systems), больше известная как мотивационная, предложена H. Quay [63]. В ней на первый план выступает дисфункция в системах, которые опосредуют ответ на вознаграждение и прекращения реакции / беспокойства при отсутствии вознаграждения, что связано, по мнению автора, с нарушением эффективности между полосатым телом и орбитофронтальной корой. Общая логика теории заключается в том, что у детей с ГР нет адекватных ответов на сигналы о последствиях их поведения, что, в свою очередь, приводит к импульсивному, плохо регулируемому и социально неуместному поведению. Модель подразумевает, что недостаточная модуляция ответа может увеличить неспецифическое возбуждение, но не ведет к прерыванию текущей деятельности или переориентированию внимания. Таким образом, человек остается в состоянии постоянного беспокойства вместе с нарушением поведения и внимания. Предполагаемое состояние неспецифического возбуждения, возникающее из-за недостаточной модуляции ответа, неизбежно увеличивает склонность к тревожным реакциям. H. Quay считал, что именно поведенческая тормозная система чувствительна к наказаниям, тогда как система активации поведения реагирует на награды, и дети с ГР обнаруживают более высокий уровень импульсивности в тех случаях, когда вознаграждение и наказание представлены одновременно [32].

Эти данные наводят на мысль о том, что задняя система сканирования обнаруживает сигналы как для вознаграждений, так и для наказания и что эта система находится в состоянии ги-

перфунии при ГР. Однако необходимо определить, действительно ли эта система реагирует как на поощрительные, так и на авersive сигналы. D.B. Schatz и A.L. Rostain [67] считают, что следует проверить, может ли задержка в задней системе быть причиной периферической норадренергической дисфункции, наблюдаемой при ГР.

Когнитивная энергетическая модель (energetic states), предложенная J. Sergeant [70], формирование симптомокомплекса ГР объясняет дефицитом поведенческого ингибирования, что связывается с недостаточной стимуляцией ингибирующих и активационных систем, то есть дефицитностью, а не дисфункцией. Можно предположить, следуя логике предложенной модели, что неспецифическая тревога и возбуждение при ГР отвлекают внимание от целенаправленных задач, тем самым способствуя плохой поведенческой активности с последующим развитием беспокойства.

В свою очередь, F. Levy [47] предложил, так называемую, гибридную теорию патогенеза ГР. Автор указывал, что ни теория R.A. Barkley, ни другие модели поведения ГР не объясняют тот парадокс, что дети с ГР могут быть одновременно бесстрашными и импульсивными, но при этом проявляют значительную тревогу. Вследствие этого F. Levy выдвигает гипотезу о том, что нарушение физиологии в прилежащем ядре, одной из первичных систем допамина, вызывает дефицит исполнительной функции и регуляции мотивации, наблюдаемых при ГР. И предполагает, что нарушенный баланс между уровнями допамина, опосредованными наградами, и тоническим уровнем допамина, опосредованным лимбическим и корковым путями, отвечает за формирование нарушения внимания и поведения у детей с ГР. Дисфункция прилежащего ядра приводит к изменению сенсорного проведения в базальных ганглиях. В результате измененное сенсорное проведение приводит к симптомам, относящимся к трем основным дофаминергическим цепям: измененная функция в мезолимбическом контуре приводит к изменению схемы взаимодействия с последующим провалом импульсов задержки, а также к плохой регуляции состояний тревоги; измененный мезокортикальный путь ведет к недостаточному привлечению внимания к стимулам, которые непостоянно усиливаются. И, наконец, дефицитность нигростриального пути может объяснить гиперактивность и беспокойство. Эта модель помогает объяснить невнимательность, импульсивность, гиперактивность и сопутствующую тревогу у детей с ГР.

Таким образом, в патогенезе как гиперактивного так и тревожных расстройств наблюдается дисфункция и серотониновой и дофаминовой систем. Для ГР дисфункции и механизмы взаимодействия этих систем были подробно описаны [1; 2; 5]. В пользу дисфункции дофаминовой системы при тревожных расстройствах служит низкий уровень связывания допамина В2-рецепторами полосатого тела у приматов в условиях экспериментального стресса и у людей с генерализованным социальным тревожным расстройством [68], снижение

гомованилиновой кислоты, продукта обмена дофамина, у пациентов с паническим расстройством, уменьшение плотности участков обратного захвата дофамина в полосатом теле [73], частое сочетание с болезнью Паркинсона, усиление фобической симптоматики при лечении галоперидолом пациентов с болезнью Туррета, а также редукция симптоматики тревожного расстройства при назначении ингибиторов моноаминоксидазы [53].

Из литературы последних лет следует, что тревога может подавлять импульсивность, обычно наблюдаемую при ГР. Это может объяснить, почему сопутствующие тревожные расстройства у детей с ГР присоединяются уже в школьном возрасте. Разумно предположить, что тревога может быть альтернативным методом регулирования импульсивности и нарушенного социального поведения у детей с ГР, поскольку нормальные ингибирующие механизмы не функционируют должным образом. Дальнейшие исследования должны установить, действительно ли беспокойство уменьшает импульсивность при ГР, действует ли эта тревога как альтернативный метод регулирования поведения или является следствием клинических симптомов ГР.

**Терапия гиперактивного расстройства в условиях сочетания с тревожными расстройствами.** К основным группам препаратов, рекомендованных для лечения детей с гиперактивным расстройством, относятся психостимуляторы, атомоксетин и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Учитывая высокий риск поведенческой расторможенности при применении СИОЗС у детей, в качестве препаратов первой линии предлагаются психостимуляторы и атомоксетин [7]. Психостимуляторы считаются эффективными при ГР, однако в четверти случаев не влияют на симптомы сопутствующего тревожного расстройства. Частота положительных ответов на лечение психостимуляторами у детей с ГР и ТР варьирует в разных исследованиях. Некоторые авторы сообщают о менее высокой эффективности препаратов и более серьезных побочных эффектах у детей с ГР, страдающими тревожными расстройствами, чем у детей с ГР без сопутствующих тревожных расстройств [31]. Многомодальное исследование лечения детей с ГР (МТА), проведенное национальным институтом психического здоровья, показало, что сопутствующие тревожные расстройства значительно снижают эффективность лечения ГР традиционными лекарственными препаратами. Добавление интенсивных психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий к лечению психостимуляторами, по мнению некоторых авторов, приводит к значительному клиническому улучшению у тревожных детей с ГР [51]. Однако, явления специфического когнитивного дефицита, связанные, прежде всего, с невнимательностью, сохраняются на фоне лечения психостимуляторами у детей с ГР и тревожными расстройствами [73].

С целью повышения результатов лечения была предпринята попытка использования сочетания

психостимулятора (метилфенидат) и СИОЗС (флувоксамин) в условиях плацебо-контролируемого исследования, где в некоторых случаях вместо флувоксамина в сочетании с метилфенидатом использовалось плацебо. Авторы не отметили различия в клинических эффектах, доказывая неэффективность дуотерапии с флувоксамином [7].

Что касается атомоксетина, относящегося к группе селективных ингибиторов обратного захвата норэпинефрина, то этот препарат оказался клинически эффективным в условиях сочетания двух рассматриваемых расстройств. В крупном рандомизированном, контролируемом исследовании атомоксетина в этой популяции обнаружили хорошую переносимость препарата и статистически значимое снижение симптомов как ГР, так и тревожных расстройств по сравнению с плацебо, хотя влияние на симптомы ГР оказались более выраженными, чем на симптомы тревоги [29].

**Прогноз гиперкинетического расстройства с сопутствующими тревожными расстройствами.** Прогноз ГР в ситуации сочетания с тревожными расстройствами и усложняется и ухудшается. Необходимо отметить, что если в первые годы жизни ребенка на первый план выступают симптомы ГР, то в дальнейшем больший вклад в социальную дезадаптацию вносит группа сопутствующих

ГР. В дошкольном и младшем школьном возрасте симптомы ГР и ТР перекрываются, что затрудняет дифференциальную диагностику этих состояний. Некоторые авторы все же выделили дифференциальные признаки. Так, в условиях сочетания гиперкинетического и тревожных расстройств в дошкольном периоде у ребенка наблюдался более высокий уровень агрессии и более низкий уровень самооценки. Однако на этом фоне наблюдалась более высокая производительность при сочетании заболеваний, чем у тех детей с ГР, которые не имели в клинической картине сопутствующих тревожных расстройств [20; 57; 59]. R. Tannock, A. Ickowicz и R. Schachar [73] отмечали более высокий дефицит рабочей памяти у детей с сопутствующими расстройствами. Кроме того, сочетание ГР и ТР отличалось менее выраженным нарушением поведения [56], но и более выраженным специфическим когнитивным дефицитом [4; 22; 35].

C. Mancini с соавт. [50] обследовали группу взрослых с тревожными расстройствами, ретроспективно оценивая симптомы ГР в детском возрасте. Авторы обнаружили, что более ранний дебют тревожных расстройств и более тяжелые проявления тревоги и депрессии наблюдались у тех пациентов, которые страдали гиперкинетическим расстройством с раннего возраста.

#### Литература

1. Гасанов Р.Ф. Гетерогенность путей трансформации моноаминергических систем головного мозга у детей с синдромом дефицита внимания. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2014;4:3-15. [Gasanov RF. Heterogeneity transformation paths monoaminergic systems of the brain in children with attention deficit disorder. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2014;4:3-15. (In Russ.)]
2. Гасанов Р.Ф. Роль серотониновой системы в патогенезе синдрома дефицита внимания с учетом гетерогенности расстройства. *Обозрение психиатрии и медицинского психологии имени В.М. Бехтерева*. 2015;4:39-50. [Gasanov RF. The role of the serotonin system in the pathogenesis of attention deficit disorder, taking into account the heterogeneity of the disorder. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2015;4:39-50. (In Russ.)]
3. Гасанов Р.Ф. Современные представления об этиологии синдрома дефицита внимания (обзор литературы). *Обозрение психиатрии и медицинского психологии имени В.М. Бехтерева*. 2010;1:4-10. [Gasanov RF. Current understanding of the etiology of attention deficit disorder (literature review). *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2010;1:4-10. (In Russ.)]
4. Гасанов Р.Ф. Специфический когнитивный дефицит у детей с гиперкинетическим расстройством // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2018;3:3-9. [Gasanov RF. Specific cognitive deficits in children with hyperkinetic disorder. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2018;3:3-9. (In Russ.)] doi: 10.31363/2313-7053-2018-3-3-9
5. Гасанов Р.Ф., Макаров И.В. Роль моноаминов у детей с гиперкинетическим расстройством. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;117(11-2):88-91. [Gasanov RF, Makarov IV. Monoamine metabolism in children with hyperkinetic disorder. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2017;117(11-2):88-91. (In Russ.)] doi: 10.17116/jnevro201711711288-91.
6. Голимбет В.Е., Коровайцева Г.И., Брусов О.С. Функциональное состояние серотонинергической системы и полиморфизм 5HTTLPR гена переносчика серотонина у больных шизофренией. *Молекул. биол.* 2010; (44-2): 251-256. [Golimbet VE, Korovaitseva GI, Brusov OS. The functional state of the serotonergic system and the 5-HTTLPR polymorphism of the serotonin transporter gene in patients with schizophrenia. *Molekul. biol.* 2010; 44 (2): 251-256. (In Russ.)]
7. Abikoff H., McGough J., Vitiello B., McCracken J., Davies M., Walkup J., et al. Sequential pharmacotherapy for children with comorbid attention deficit / hyperactivity and anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:418-427. doi: 10.1097/01.chi.0000155320.52322.37
8. Adams J., Crosbie J., Wigg K., Ickowicz A., Pathare T., Roberts W., et al. Glutamate receptor, ionotropic, N-methyl D-aspartate 2A (GRIN2A) gene as a positional candidate for attention-

- deficit/hyperactivity disorder in the 16p13 region. *Molecular Psychiatry*. 2004;9:494-499. doi: 10.1038/sj.mp.4001455
9. Angold A., Costello E.J., Erkanli A. Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 1999;40:57-87. doi: 10.1017/s0021963098003448
  10. Aston-Jones G., Rajkowski J., Cohen J. Role of locus coeruleus in attention and behavioral flexibility. *Biological Psychiatry*. 1999; (46-9):1309-1320. doi: 10.1016/s0006-3223(99)00140-7
  11. Banerjee E., Sinha S., Chatterjee A., Gangopadhyay P.K., Singh M., Nandagopal K. A family-based study of Indian subjects from Kolkata reveals allelic association of the serotonin transporter intron-2 (STin2) polymorphism and attention-deficit-hyperactivity disorder (ADHD). *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet.* 2006;(141-4):361-366. doi: 10.1002/ajmg.b.30296
  12. Barkley R.A. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of AD/HD. *Psychological Bulletin*. 1997;121:65-94. doi: 10.1037/0033-2909
  13. Barkley R.A., Grodzinsky G., DuPaul G.J. Frontal lobe functions inattention deficit disorder with and without hyperactivity: A review and research report. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1992;20:163-188. doi: 10.1007/bf00916547
  14. Bedard A.C., Tannock R. Anxiety, methylphenidate response, and working memory in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2007;11:546-557. doi: 10.1177/1087054707311213
  15. Biederman J., Faraone S., Spencer T., Wilens T., Mick E., Lapey K. Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr Re.* 1994;53:13-29. doi: 10.1016/0165-1781(94)90092-2
  16. Biederman J., Faraone S., Spencer T., Wilens T., Norman D., Lapey K., et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am. J. Psychiatry*. 1993;(150-12): 1792-1798. DOI: 10.1176/ajp.150.12.1792
  17. Blaya C., Salum G.A., Lima M.S., Leistner-Segal S., Manfro G.G. Lack of association between the serotonin transporter promoter polymorphism (5-HTTLPR) and panic disorder: A systematic review and meta-analysis. *Behavioral and Brain Functions*. 2007;3:41. doi:10.1186/1744-9081-3-41
  18. Bowen R., Chavira D.A., Bailey K., Stein M.T., Stein M.B. Nature of anxiety comorbid with attention deficit hyperactivity disorder in children from a pediatric primary care setting. *Psychiatry Res.* 2008;157(1-3):201-209. doi: 10.1016/j.psychres.2004.12.015
  19. Bradshaw J.L., Sheppard D.M. The neurodevelopmental frontostriatal disorders: Evolutionary adaptiveness and anomalous lateralization. *Brain and Language*. 2000;73:297-320. doi: 10.1006/brln.2000.2308
  20. Brown T.A., Campbell L.A., Lehman C.L., Grisham J.R., Mancill R.B. Current and lifetime comorbidity of the DSM—IV anxiety and mood disorders. *Journal of abnormal psychology*. 2001;110(4):585—599. doi: 10.1037//0021-843x.110.4.585
  21. Brown T.E.. Attention-deficit disorders and comorbidities in children adolescents, and adults. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
  22. Carlson C.L., Mann M. Sluggish cognitive tempo predicts a different pattern of impairment in the attention deficit/hyperactivity disorder, predominantly inattentive type. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2002;31(1):123-129. doi: 10.1207/s15374424jccp3101\_14
  23. Clayton C.I., Richards J.C. Selective attention in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 1999;108(1):171-175. doi: 10.1037//0021-843x.108.1.171
  24. Crozier W.R., Alden L.E. International handbook of social anxiety: Concept, research, and interventions relating to the self and shyness. New York: John Wiley; 2001.
  25. Das M., Bhowmik A.D., Sinha S., Chattopadhyay A., Chaudhuri K., Singh M., Mukhopadhyay K. MAOA promoter polymorphism and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in indian children. *Am. J. Med. Genet. B Neuropsychiatr. Genet.* 2006;141(6):637-642. doi: 642. 10.1002/ajmg.b.30385
  26. Domschke K., Deckert J., O'Donovan M.C., Glatt S.J. Metaanalysis of COMT val158met in panic disorder: Ethnic heterogeneity and gender specificity. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2007;144B:667-673. doi: 10.1002/ajmg.b.30494
  27. Epstein JN, Goldberg NA, Conners CK, March JS. The effects of anxiety on continuous performance test functioning in an ADHD clinic sample. *Journal of Attention Disorders*. 1997;2:45-52. doi: 10.1177/108705479700200106
  28. Frustaci A., Pozzi G., Gianfagna F., Manzoli L., Boccia S. Meta-analysis of the brain-derived neurotrophic factor gene (BDNF) Val66Met polymorphism in anxiety disorders and anxiety-related personality traits. *Neuropsychobiology*. 2008;58:163-170. doi: 10.1159/000182892
  29. Geller D., Donnelly C., Lopez F., Rubin R., Newcorn J., Sutton V., et al. Atomoxetine treatment for pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid anxiety disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:1119-27. doi: 10.1097/chi.0b013e3180ca8385
  30. Gershon J. A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *J. Atten. Disord.* 2002;5(3):143-154. doi: 10.1177/108705470200500302
  31. Goetz H., Back-Bennet O., Zelnik N. Differential stimulant response on attention in children with comorbid anxiety and oppositional defiant disorder. *J Child Neurol.* 2007;22:538-42. doi: 10.1177/0883073807303221
  32. Gomez R. Underlying processes in the poor response inhibition of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of*

- Attentional Disorders. 2003;6(3):111-122. doi: 10.1177/108705470300600303
33. Graziano P.A., Geffken G.R., McNamara J.P. Atypical behaviors and comorbid externalizing symptoms equally predict children with attention-deficit/hyperactivity disorder's social functioning. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2011;42(4):377-389. doi: 10.1007/s10578-011-0224-7
  34. Greene R.W., Biederman J., Faraone S.V., Monuteaux M.C., Mick E., DuPre E.P., et al. Social impairment in girls with ADHD: patterns, gender comparisons, and correlates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(6):704-710. doi: 10.1097/00004583-200106000-00016
  35. Hartman C.A., Willcutt W.G., Rhee S.H., Pennington B.F. The relation between sluggish cognitive tempo and DSM IV ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology.* 2004;35(2):491-503. doi: 10.1023/b:ja cp.0000037779.85211.29
  36. Homack S. A meta-analysis of the sensitivity and specificity of the Stroop Color and Word Test with children. *Archives of Clinical Neuropsychology.* 2004;19:725-743. doi: 10.1016/j.acn.2003.09.003
  37. Hoogman M., Bralten J., Hibar D.P., Mennes M., Zwiers M.P., van Hulzen KJE, et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2017;4:310-19. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30049-4
  38. Hoza B., Mrug S., Gerdes A.C., Hinshaw S.P., Bukowski W.M., Gold J.A., et al. What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(3):411-423. doi: 10.1037/0022-006x.73.3.411
  39. Hwang D.R., Kegeles L.S., Laruelle M. (-)-N-[(11)C]propyl-norapomorphine: a positron-labeled dopamine agonist for PET imaging of D(2) receptors. *Nucl Med Biol.* 2000;27:533-539. doi: 10.1016/S0969-8051(00)00144-x
  40. Jarrett M.A., Wolff J.C., Davis T.E., Cowart M.J., Ollendick T.H. Characteristics of Children With ADHD and Comorbid Anxiety. *Journal of Attention Disorders.* 2012;20(7):636-644. doi: 10.1177/1087054712452914
  41. Jensen P.S., Hinshaw S.P., Kraemer H.C., Lenora N., Newcorn J.H., Abikoff H.B., et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: Comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2001;40(2):147-158. doi: 10.1097/00004583-200102000-00009
  42. Jensen P.S., Cantwell D. Comorbidity in ADHD. Implications for research, practice, and DSM 5. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1997;35:1065-1079. doi: 10.1097/00004583-199708000-00014
  43. Karustus J.L., Power T.J., Rescorla L.A., et al. Anxiety and depression in children with ADHD: Unique associations with academic and social functioning. *J Atten Disord.* 2000;4(3):133-149. doi: 10.1177/108705470000400301
  44. Laruelle M. Imaging synaptic neurotransmission with in vivo binding competition techniques: a critical review. *J Cereb Blood Flow Metab.* 2000;20:423-451. doi: 10.1097/00004647-200003000-00001
  45. Laruelle M., Huang Y. Vulnerability of positron emission tomography radiotracers to endogenous competition. *New insights. Q J Nucl Med.* 2001;45:124-138.
  46. Lee S.S., Falk A.E., Aguirre V.P. Association of comorbid anxiety with social functioning in school-age children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry Res.* 2012;197:90-96. doi: 10.1016/j.psychres.2012.01.018
  47. Levy F. Synaptic gating and ADHD: A biological theory of comorbidity of ADHD and anxiety. *Neuropsychopharmacology.* 2004;29:1589-1596. doi: 10.1038/sj.npp.1300469
  48. Li J., Kang C., Wang Y., Zhou R., Wang B., Guan L., et al. Contribution of 5-HT2A receptor gene—1438A>G polymorphism to outcome of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents. *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Ge net.* 2006;141 (5):473—476. doi: 10.1002/ajmg.b.30320
  49. Manassis K., Tannock R., Barbosa J. Dichotic listening and response inhibition in children with comorbid anxiety disorders and ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2000;39:1152-1159. doi: 10.1097/00004583-200009000-00015
  50. Mancini C., van Ameringen M., Oakman J.M., Figueiredo D. Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders. *Psychological Medicine.* 1999;29(3):515—525. doi: 10.1017/s0033291798007697
  51. March J.S., Swanson J.M., Arnold E.L., Hoza B., Conners C.K., Hinshaw S.P., et al. Anxiety as a predictor and outcome variable in the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). *Journal of Abnormal Child Psychology.* 2000;28(6):527-541. doi: 10.1023/A:1005179014321
  52. Martinussen R., Hayden J., Hogg-Johnson S., Tannock R. A meta-analysis of working memory impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2005;44:377-384. doi: 10.1097/01.chi.0000153228.72591.73
  53. Mathew S.J., Coplan J.D., Gorman J.M. Gorman Neurobiological Mechanisms of Social Anxiety Disorder. *American journal of psychiatry.* 2001;158(10):1558-1567. doi: 10.1176/appi.ajp.158.10.1558
  54. McGrath L.M., Weill S., Robinson E.B., Macrae R., Smoller J.W. Bringing a developmental perspective to anxiety genetics. *Development & Psychopathology.* 2012;24:1179—1193. doi: 10.1017/S0954579412000636
  55. Mikami A.Y., Ransone M.L., Calhoun C.D. Influence of anxiety on the social functioning of children with and without ADHD. *J Atten Disord.* 2010;15(6):473-484. doi: 10.1177/1087054710369066

56. MTA Cooperative Group. Moderators and mediators of treatment response for children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: The multimodal treatment study of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1999;56(12):1088-1096. doi: 10.1001/archpsyc.56.12.1088
57. Oosterlaan J., Logan G.D., Sergeant J.A. Response inhibition in AD/HD, CD, comorbid AD/HD and CD, anxious, and control children: A meta-analysis of studies with the stop task. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1998;39(3):411-425. doi: 10.1111/1469-7610.00336
58. Oosterlaan J., Sergeant J.A. Response inhibition and response re-engagement in attention deficit/hyperactivity disorder, disruptive, anxious, and normal children. *Behavioral Brain Research*. 1998;94(1):33-43. doi: 10.1016/s0166-4328(97)00167-8
59. Pliszka S.R. Effect of anxiety on cognition, behavior, and stimulant response in ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1989;28(6):882-887. doi: 10.1097/00004583-198911000-00012
60. Pliszka S.R., Carlson C., Swanson J.M. ADHD with comorbid disorders: Clinical assessment and management. New York: Guilford; 1999.
61. Pliszka S.R., Hatch J.P., Borcharding S.H., Rogness G.A. Classical conditioning in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and anxiety disorders: A test of Quay's model. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1993;21:411-423. doi: 10.1007/bf01261601
62. Posner M.I., Peterson S. The attention system of the human brain. *Annual Review of Neuroscience*. 1990; 13:25-42. doi: 10.1146/annurev.ne.13.030190.000325
63. Quay H. The behavioral reward and inhibition system in childhood behavioral disorder, in attention deficit disorder. New York: Pergamon; 1998.
64. Roth R.M., Wishart H.A., Flashman L.A., Riordan H.J., Huey L., Saykin A.J. Contribution of organizational strategy to verbal learning and memory in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology*. 2004;18(1):78-85. doi: 10.1037/0894-4105.18.1.78
65. Roy A.K., Vasa R.A., Bruck M., Mogg K., Bradley B.P., Sweeney M., et al. Attention bias toward threat in pediatric anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008;47:1189-1196. doi: 10.1097/chi.0b013e3181825ace
66. Schachar R., Tannock R., Marriott M., Logan G.D. Deficient inhibitory control and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1995;23(4):411-437. doi: 10.1007/bf01447206
67. Schatz D.B., Rostain A.L. ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *J Atten Disord*. 2006;10(2):141-149. doi: 10.1177/1087054706286698
68. Schneier F.R. Low dopamine D2 receptor binding potential in social phobia. *Am J Psychiatry*. 2000;157:457-459. doi: 10.1176/appi.ajp.157.3.457
69. Sciberras E., Mulraney M., Anderson V., Rapee R.M., Nicholson J.M., Efron D., et al. Managing anxiety in children with ADHD using cognitive-behavioral therapy: a pilot randomized controlled trial. *Journal of attention disorders*. 2015;22(5): 515-520. doi: 10.1177/1087054715584054
70. Sergeant J. The cognitive-energetic model: An empirical approach to attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Review*. 2000;24:7-12. doi: 10.1016/s0149-7634(99)00060-3
71. Skirbekk B., Hansen B.H., Oerbeck B., Kristensen H. The relationship between sluggish cognitive tempo, subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder, and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2011;39:513-525. doi: 10.1007/s10802-011-9488-4
72. Tannock R. ADHD with anxiety disorders. In T.E. Brown (Ed.), *ADHD comorbidities: Handbook for ADHD complications in children and adults*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2009:131-155.
73. Tannock R., Ickowicz A., Schachar R. Differential effects of methylphenidate on working memory in ADHD children with and without comorbid anxiety. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34:886-896. doi: 10.1097/00004583-199507000-00012
74. Tiihonen J., Kuikka J., Bergstrom K., Lepola U., Koponen H., Leinonen E. Dopamine reuptake site densities in patients with social phobia. *Am J Psychiatry*. 1997;154:239-242. doi: 10.1176/ajp.154.2.239
75. Vloet T.D., Konrad K., Herpetz-Dahlmann B., Polier G.G., Günther T. Impact of anxiety on attentional functions in children with ADHD. *Journal of Affective Disorders*. 2010;124:283-290 doi: 10.1016/j.jad.2009.11.017

## Сведения об авторах

**Гасанов Рауф Фаикович** — к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения детской психиатрии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: raufgasanov@mail.ru

**Макаров Игорь Владимирович** — д.м.н., профессор, руководитель отделения детской психиатрии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, профессор кафедры психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, главный детский специалист-психиатр Минздрава России в СЗФО, председатель секции детской психиатрии РОП. E-mail: ppsy@list.ru

**Емелина Дарья Андреевна** — к.м.н., младший научный сотрудник отделения детской психиатрии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: dashaberkos@mail.ru

## Синдром Котара. История и современный взгляд

Горина Е.А.

ФГБОУ «Северо-Западный государственный медицинский университет им.И.И. Мечникова»  
Минздрава Российской Федерации, Санкт-Петербург

**Резюме.** В настоящем обзоре собраны последние данные о синдроме Котара. Рассмотрен вопрос его нозологической принадлежности, представлены этиологические теории и эпидемиологические показатели. Описаны варианты развития клинической картины, представлены данные о результатах нейровизуализационных диагностических исследований.

**Ключевые слова:** бред отрицания, синдром Котара, нигилистический бред, бред громадности.

### Cotard syndrome. History and modern view

Gorina E.A.

I.I.Mechnikov Northwestern State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

**Summary:** In this review, we have collected the latest data on Cotard syndrome. The question of its nosological affiliation is considered, etiological theories and epidemiological indicators are presented. The options for the development of the clinical picture are described, data on the results of neuroimaging diagnostic studies are presented.

**Key words:** delusions of denial, Cotard syndrome, nihilistic delusions, delusions of immensity.

Синдром Котара (СК) является сложным и многогранным симптомокомплексом, наиболее яркой характеристикой которого, являются бредовые идеи отсутствия органов, существования после смерти или бессмертия. Несмотря на сложность и неоднородность клинической картины, данный синдром в настоящее время не включен DSM-5 и МКБ-10, его крайне редко вносят в формулировку диагноза. В течение более, чем 100 лет прошедших после его описания, он рассматривался как крайний вариант тревожной депрессии, как отдельное заболевание, как синдром, встречающийся при энцефалитах, травмах и опухолях головного мозга, послеродовой депрессии [12]. СК не может быть однозначно отнесен ни к одной категории существующей системы классификации. Современные данные, касающиеся СК, основаны главным образом на исследованиях отдельных случаев, и поэтому невозможно получить ясность в отношении различных аспектов синдрома, таких как распространенность, патогенез, лечение [60].

Вместе с тем правильная диагностика синдрома очень важна как в нозологическом аспекте, так и для прогнозирования течения психического заболевания. В данном обзоре рассмотрены исторические, этиологические и эпидемиологические аспекты, классификация и клиническая характеристика, рассмотрены варианты прогноза СК.

**Историческая справка.** Данный термин предложил E.Regis в 1893 году в честь впервые описавшего данный симптомокомплекс J. Cotard, который опубликовал свои данные в 1882 году в статье «О бреде отрицаний» [25]. Помимо термина «бред Котара» в отечественной психиатрии так же используются следующие варианты: «бред отрицания», «синдром Котара», «нигилистический бред», «меланхолический бред воображения», «мегаломеланхолический бред» [4].

Стоит отметить, что отдельные клинические проявления данного явления были известны ранее. По данным G.E. Berrios и R. Luque в 1788 году C. Bonnet сообщил о своей пациентке, утверждавшей, что она мертва, а в 1838 году J.-E. Esquirol так же описал пять подобных случаев из своей практики [12].

**Эпидемиология.** Точная частота встречаемости СК в настоящее время неизвестна. В 2010 году группа авторов провела исследование среди пожилого населения Гонконга, по результатам которого у 2 из 349 пациентов был установлен СК, что соответствовало 0,57% встречаемости среди данной популяции [6].

В 2006 году в Мексике завершилось двухгодичное скрининговое исследование, которое показало, что у 0,62% первичных психиатрических пациентов и у 0,11% неврологических пациентов был диагностирован СК [53].

G.E. Berrios и R. Luque, проанализировав 100 случаев СК, установили, что средний возраст пациентов с данной клинической картиной равен 56 годам [12]. В 2007 году анализ 138 случаев молодых людей выявил средний возраст 18,7 лет [24]. В последние годы описаны случаи СК у подростков и детей дошкольного возраста [11, 21, 35, 58, 61].

СК встречается в структуре многих заболеваний, таких как депрессивное расстройство, послеродовая депрессия, биполярное расстройство, деменция, шизофрения, послеоперационная депрессия [17, 18, 21, 26, 29, 32, 39, 40, 44, 47, 48, 50, 56]. Так же СК может отмечаться у пациентов с мигренью, черепно-мозговыми травмами, опухолями головного мозга, эпилепсией, рассеянным склерозом, болезнью Паркинсона [13, 16, 20, 28, 33, 36, 51, 52, 62]. Описаны случаи СК при брюшном тифе и длительном голодании [19, 59].

**Этиология.** В отечественной психиатрии СК традиционно рассматривался в рамках депрессивных психозов пожилого возраста.

В настоящее время подчеркивается роль экзогенного фактора при возникновении СК. Это находит свое подтверждение в сообщениях о клиническом проявлении данного феномена у лиц перенесших черепно-мозговые травмы, страдающих прогрессивным параличом и т.д.

В 1986 году, проанализировав 8 КТ-снимков головного мозга пациентов с СК, А.В. Joseph и D.H. O'Leary выяснили, что у них отмечается увеличение межполушарной щели, которая может указывать на медиальную атрофию лобной доли [43]. Исследование МРТ-снимков пациентов с признаками СК выявили наличие билатеральной церебральной атрофии и расширение силвиевой борозды, межполушарной щели и боковых желудочков [59]. Так же есть сведения о наличии повреждений в височно-паритетальных областях иногда в сочетании с поражением лобной доли [45].

В некоторых исследованиях установлено отсутствие каких-либо морфологических и структурных нарушений головного мозга при наличии клинического проявления СК [45].

В целом, данные исследования указывают на важную роль повреждений лобных, паритетальных и височных долей в развитии клинических проявлений СК [41]. Однако стоит отметить, что наличие специфических изменений в структуре головного мозга с помощью МРТ/КТ выявляется не у всех больных и не во всех исследованиях имеются сопоставления с контрольной группой.

**Коморбидные факторы.** Некоторые авторы анализируют деперсонализацию как главную и необходимую составляющую формирования СК [55]. Становление СК рассматривают вместе с развитием синдрома Капгра. В основе появления данных синдромов лежат нарушения обработки информации о распознавании лиц и тел. При отсутствии чувства знакомости состояние пациентов может осложниться деперсонализационными и дереализационными переживаниями [64].

Немецкие психиатры объясняли отличие деперсонализации от СК тем, что в первом случае переживается отчуждение тела или его части, а во втором — полное отсутствие [27].

Так же в развитии СК существенную роль играет преморбидная личность. Было установлено, что для лиц, склонных к развитию депрессивных реакций, более характерно развитие СК, а для лиц с паранойяльной настроенностью высока вероятность развития синдрома Капгра. Данная гипотеза была подтверждена несколькими исследованиями, в которых не обнаружилось различий в значениях вегетативных показателей, измерявшихся во время демонстрации знакомых и незнакомых для пациента лиц. Такая ситуация была наиболее характерна для больных с синдромом Капгра [15, 30, 42].

Для пациентов с СК было установлено отсутствие дифференциального автономного ответа на различные раздражители, т.е. вообще не были за-

фиксированы вегетативные колебания, вследствие этого у пациентов могли развиваться заблуждения о том, что они мертвы. В то время как пациенты с синдромом Капгра не могли узнавать знакомое ранее и принимали достоверно незнакомое за хорошо известное. С этой точки зрения СК расценивают как более тяжелое психопатологические состояние по сравнению с синдромом Капгра [22, 23].

**Клиническая картина.** Клиническая картина и психопатологическая динамика данного СК весьма многообразна. В 1884 году J. Seglas выделил следующие составляющие в структуре развернутого СК: 1. Бред отрицания. 2. Бред бессмертия и громадности, 3. Обычный меланхолический бред, идеи проклятия и одержимости. 4. Анальгезии или гиперальгезии. 5. Наличие тревоги, страха, бессмысленного сопротивления, мутизма, суицидных попыток [55]. J. Cotard описал свое представление о развитии данного симптомокомплекса следующим образом: «в начале появляется «моральная ипохондрия» (по J.P. Falret), пациенты жалуются, например, на снижение интеллектуальных способностей, «угасающие чувства, уходящую энергию», также присутствуют отдельные идеи отрицания: убежденность в невозможности выздоровления и улучшения самочувствия. «Моральная ипохондрия — это эскиз, в котором достаточно увеличить толщину черт и усилить тени, чтобы завершить картину поздних форм меланхолии». В дальнейшем присоединяются идеи вины и проклятия, пациенты испытывают ужас: «внешняя реальность, трансформированная и смутно воспринимаемая, отрицается» [25].

Так заканчивается «созревание» бреда отрицания, который в свою очередь может повлиять либо на саму личность пациента, либо на восприятие пациентом внешнего мира. В первом варианте бред отрицания принимает ипохондрическую форму «у меня нет сердца, нет мозга». В дальнейшем данное состояние может дополниться ипохондрическими идеями мучительного бессмертия, так же появляются элементы громадности.

В.К. Каубиш более подробно изучил и выделил 3 варианта идей мучительного бессмертия: 1) логический, исходящий из ипохондрических идей отрицания: «нет органов-без органов жить невозможно, но я не умер, следовательно, я никогда не умру». 2) идеи бессмертия как наказание и 3) бред бессмертия в совокупности с идеями отрицания: «ничего нет, значит, ничто не живет, значит, ничто не умрет» [42].

Идеи громадности разделяются на ипохондрические и депрессивные. Ипохондрическими являются идеи перерождения, лишения внутренних органов, «мой случай самый редкий, такого никогда не было и не будет». Депрессивный вариант характеризуется тем, что к бреду громадности присоединяются идеи вины, пациенты называют себя «преступниками, которых раньше не знала история». Так же к идеям громадности относятся идеи «физической громадности», пациенты «бесконечны в пространстве» [43]. Именно поэтому



некоторые авторы называют бред Котара «меланхолической парафренией». Так же С.С. Корсаков называл этот феномен идеями величия с отрицательным знаком.

Во втором варианте, когда происходит отрицание внешнего мира, так же возможно два пути развития. Первый это идеи гибели мира, разрушения городов и апокалипсиса, наступивших по вине пациента. Второй — идеи отрицания, носящие «абстрактный» характер и не сопровождающиеся идеями вины. «Мир не существует, никаких планет, ничего нет».

Независимо от J. Cotard в 1892 году в России В.П. Сербский описал признаки телесного нигилистического бреда, в который вошли фантастические идеи повреждения собственных органов, их полное отсутствие («сгнила печень») [8].

Описание развития СК, представленное в 1991 году D. Enoch и W. B. Trethowan, в настоящее время считается наиболее структурированным. На ранних стадиях бред Котара характеризуется смутным чувством тревоги, продолжительностью от нескольких недель до нескольких лет. Со временем тревога постепенно усиливается и начинает сопровождаться идеями смерти и отсутствия частей тела и органов. Данное состояние сопровождается повышенным риском совершением суицидных попыток. Дополнительными симптомами могут являться анальгезия и мутизм [32].

**Классификация** Что касается классификации, то первая попытка в решении данного вопроса принадлежит O. Loudet и D.L. Martinez, которые выделили неструктурированный отрицательный делирий, связанный с алкоголизацией, деменцией и параличом, а так же «реальный» бред Котара, обнаруженный ими только в случаях «оскорбительной меланхолии и хронической ипохондрии» [46].

В 1968 году V.Saavedra предложил разделение СК на 3 типа: депрессивный, смешанный и шизофренический. К «подлинному» СК он относил лишь депрессивный вариант, остальные два варианта он называл «псевдонигилистическим» или «псевдо-Котаром» [54].

Используя ретроспективный анализ 100 случаев, СК G.E. Berrios и R. Luque выделили три типа

данного симптомокомплекса: первый тип в структуре психотической депрессии, который характеризуется тревогой, идеями вины и слуховыми галлюцинациями, второй тип (Котар I) характеризуется с ипохондрическими и нигилистическими заблуждениями и отсутствием депрессивных эпизодов. Третий вариант (Котар II) сопровождается тревогой, депрессией, слуховыми галлюцинациями, идеями бессмертия [12].

Так же по особенностям развития выделяют острый (преимущественно при приступообразных психозах) и хронический (при непрерывном течении) СК.

**Прогноз.** Восстановление может наступить спонтанно и внезапно. Известно, что если нигилистические идеи входят в структуру психоорганического синдрома, то прогноз расценивают как благоприятный. Если же бред Котара рассматривается в рамках депрессивного расстройства, то есть вероятность длительной устойчивости данных переживаний, в то время как другие депрессивные признаки будут купированы. В случае хронизации бредовые идеи отрицания приобретают волнообразную форму течения, усиливаясь в периоды обострения депрессивной симптоматики. Если же СК входит в клиническую картину шизофрении, то данные бредовые идеи могут купироваться совместно с другими проявлениями болезни или так же приобретать стойкую клиническую выраженность [27, 31, 43].

Таким образом, несмотря на многолетнее изучение СК в наших знаниях о СК остается много пробелов. До сих пор существуют разногласия в номенклатуре и классификации данного симптомокомплекса. Только недавно начали появляться работы с результатами нейровизуализационных диагностических методов и выявление новых закономерностей. Что касается клинических проявлений, то данный синдром является нозонеспецифическим, как и большая часть синдромов в психиатрии. Бред Котара чрезвычайно многогранен и широк в своем проявлении, ярк и порой весьма скоротечен. Однако до сих пор остаются во многом неясными этиопатогенетические аспекты развития столь интересного и необычайного синдрома.

### Литература

1	Завилянский И.Я., Блейхер В.М., Крук И.В., Завилянская Л.И. Психиатрический диагноз//К.: Выща шк. — 1989. —С.193-196	Zavilyanskij I.Y.A., Blejcher V.M., Kruk I.V., Zavylyanskaya L.I. Psikiatricheskij diagnost. K.: Vyshha shk., 1989:193-196. (In Rus.).
2	Каубиш В.К. О применении у больных с синдромом Котара электросудорожной терапии// Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. — 1962. —Т.62, №10. —С.1544-1548.	Kaubish V.K. On the use of electroconvulsive therapy in patients with Cotard's syndrome. Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 1962, 62 (10): 1544-1548. (In Rus.).
3	Каубиш В.К. О бреде отрицания и синдроме Котара. — Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. —1964. —Т.63, №5. — С.876-882.	Kaubish V.K. About the delusion of denial and Cotard's syndrome. Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 1964, 63,(5): 876-882. (In Rus.).

4	Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. — М. Медицина. — 1988. — С.107-108.	Morozov G.V. Rukovodstvo po psikiatrii. M.: Meditsina, 1988: 107-108 (In Rus.).
5	Морозова Т.Н., Шумский Н.Г. Клиника инволюционной меланхолии и ее зависимость от возрастного фактора // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. — 1966. — Т.66, №3. — С.598-607.	Morozova T.N., Shumskij N.G. Clinic of involutional melancholia and its dependence on age factor. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 1966, 66: 598-607. (In Rus.).
6	Ротштейн Г.А. Ипохондрическая шизофрения. — Москва — 1961. — С.86.	Rotshtejn G.A. Ipokhondricheskaya shizofreniya. Moskva. 1961:86. (In Rus.).
7	Рыбальский М.И. Бред. — М. Медицина. — 1993. — С.254-260.	Rybal'skij M.I. Bred. M.: Meditsina. 1993: 254-260. (In Rus.).
8	Сербский В. П. Обзор отчётов о состоянии заведений для душевнобольных в России за 1890—1900 годы // Мед. обозрение. — 1893. — №6 — С.555.	Serbskij V. P. Overview of reports on the state of institutions for the mentally ill in Russia for the years 1890-1900. Med. Obozrenie. 1893, 6: 555. (In Rus.).
9	Снежневский А.В. Систематика форм шизофрении // Современные проблемы психоневрологии. — Москва. — 1960. — С.210.	Snezhnevskij A.V. Systematics of schizophrenia. Sovremennye problemy psikhonevrologii. Moskva. 1960: 210. (In Rus.).
10	Штенберг Э.Я., Шумский Н.Г. О некоторых формах депрессий старческого возраста // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. — 1959. — Т.59, №11. — С.1291-1298.	Shtenberg E.Ya., Shumskij N.G. About some forms of depressions of old age. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 1959, 59 (11):1291-1298. (In Rus.).
11	Baeza I., Salvá J., Bernardo M. Cotard's syndrome in a young male bipolar patient // J Neuropsychiatry Clin Neurosci. — 2000. — №12. — P.119-120.	Baeza I., Salvá J., Bernardo M. Cotard's syndrome in a young male bipolar patient. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2000, 12: 119-120.
12	Berrios G.E., Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases // Act. Psychiatr. Scand. — 1995. — № 91. — P.185-188.	Berrios G.E., Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. Act. Psychiatr. Scand. 1995, 91: 185-188.
13	Bhatia M.S. Cotard syndrome in parietal lobe tumor // Ind J Pediatrics. — 1993. — № 30 — P.1019-1021.	Bhatia M.S. Cotard syndrome in parietal lobe tumor. Ind J Pediatrics. 1993, 30: 1019-1021.
14	Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Verlag von Julius Springer. — Berlin. — 1916. — P.600.	Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Verlag von Julius Springer. Berlin, 1916: 600.
15	Breen N., Caine D., Coltheart M. The role of affect and reasoning in a patient with a delusion of misidentification // Cognitive Neuropsychiatry. — 2002. — №7 — P.113-137.	Breen N., Caine D., Coltheart M. The role of affect and reasoning in a patient with a delusion of misidentification. Cognitive Neuropsychiatry. 2002, 7:113-137.
16	Butler P.V. Diurnal variation in Cotard's syndrome (copresent with Capgras delusion) following traumatic brain injury // Aust New Zeal J Psychiatr. — 2000. — № 34. — P.684-687.	Butler P.V. Diurnal variation in Cotard's syndrome (copresent with Capgras delusion) following traumatic brain injury. Aust New Zeal J Psychiatr. 2000, 34: 684-687.
17	Caliyurt O., Vardar E., Tuglu C. Cotard's syndrome with schizophreniform disorder can be successfully treated with electroconvulsive therapy: case report // J Psychiatry Neuroscience. — 2004. — №29. — P.138-141.	Caliyurt O., Vardar E., Tuglu C. Cotard's syndrome with schizophreniform disorder can be successfully treated with electroconvulsive therapy: case report. J Psychiatry Neuroscience. 2004, 29: 138-141.
18	Camarero M., Real V. Síndrome de Cotard en adolescente // Psiquiatria Biologica. — 1997. — №4. — P.213-214.	Camarero M., Real V. Síndrome de Cotard en adolescente. Psiquiatria Biologica. 1997, 4: 213-214.
19	Campbell S., Volow M.R., Cavenar J.O. Cotard's syndrome and the psychiatric manifestations of typhoid fever // Am J Psychiatry. — 1981. — №138. — P.1377-1378.	Campbell S., Volow M.R., Cavenar J.O. Cotard's syndrome and the psychiatric manifestations of typhoid fever. Am J Psychiatry. 1981, 138: 1377-1378.
20	Cannas A., Spissu A., Floris G.L. Bipolar affective disorder and Parkinson's disease: a rare, insidious and often unrecognized association // Neurological Sciences. — 2002. — №23. — P.67-68.	Cannas A., Spissu A., Floris G.L. Bipolar affective disorder and Parkinson's disease: a rare, insidious and often unrecognized association. Neurological Sciences. 2002, 23: 67-68.

21	Cohen D., Cottias C., Basquin M. Cotard's syndrome in a 15-year-old girl//Acta Psychiatr Scand. — 1997. — №95. — P.164-165.	Cohen D., Cottias C., Basquin M. Cotard's syndrome in a 15-year-old girl. Acta Psychiatr Scand. 1997, 95(2): 164-165.
22	Coltheart M., Langdon R., McKay R. Schizophrenia and monothematic delusions// Schizophr. Bull. — 2007. — №33. — P.642-647.	Coltheart M., Langdon R., McKay R. Schizophrenia and monothematic delusions. Schizophr. Bull. 2007, 33:642-647.
23	Coltheart M. The neuropsychology of delusions// Ann NY Acad. Sci. — 2010. — 1191. — P.16-26.	Coltheart M. The neuropsychology of delusions. Ann NY Acad. Sci. 2010, 1191:16-26.
24	Consoli A., Soultanian C., Tanhuy M, et al. Cotard's syndrome in adolescents and young adults is associated with an increased risk of bipolar disorder// Bipolar Disord. — 2007. — №9. — P.665-668.	Consoli A., Soultanian C., Tanhuy M, et al. Cotard's syndrome in adolescents and young adults is associated with an increased risk of bipolar disorder. Bipolar Disord. 2007, 9: 665-668.
25	Cotard I. Etudes sur les maladies cerebrales et mentales// Arch. Neurol. (Paris). — 1882. — №4. — P.152.	Cotard I. Etudes sur les maladies cerebrales et mentales. Arch. Neurol. (Paris). 1882, 4:152.
26	Chiu H.F.K. Cotard's syndrome in psychogeriatric patients in Hong Kong// Gen Hosp. Psychiatry. — 1995. — №17. — P.54-55.	Chiu H.F.K. Cotard's syndrome in psychogeriatric patients in Hong Kong. Gen Hosp. Psychiatry. 1995, 17: 54-55.
27	Debruyne H., Portzky M., Van den Eynde F, Audenaert K. Cotard's syndrome: a review//Curr Psychiatry Rep. — 2009. — №11. — P.197-202. DOI:10.25752/PSI.6296	Debruyne H., Portzky M., Van den Eynde F, Audenaert K. Cotard's syndrome: a review. Curr Psychiatry Rep. 2009, 11(3):197-202. DOI:10.25752/PSI.6296
28	Drake M.E.J. Cotard's syndrome and temporal lobe epilepsy// Psych J Univ. Ottawa. — 1998. — №13. — P.36-39.	Drake M.E.J. Cotard's syndrome and temporal lobe epilepsy. Psych J Univ. Ottawa. 1988,13: 36-39.
29	De Risio S., De Rossi G., Sarchiapone M. A case of Cotard syndrome: 123I-IBZM spect imaging of striatal D2 receptor binding// Psychiatry Research. — 2004. — №130. — P.109-112.	De Risio S., De Rossi G., Sarchiapone M. A case of Cotard syndrome: 123I-IBZM spect imaging of striatal D2 receptor binding. Psychiatry Research. 2004, 130: 109-112.
30	Ellis H.D., Young A.W., Quayle A.H., de Pauw K.W. Reduced automatic responses to faces in Capgras delusion// Proc. Biol. Sci. — 1997. — №264. — P.1085-1092.	Ellis H.D., Young A.W., Quayle A.H., de Pauw K.W. Reduced automatic responses to faces in Capgras delusion. Proc. Biol. Sci. 1997, 264:1085-1092.
31	Enoch D., Trethowan W. Cotard's syndrome// Uncommon Psychiatric Syndromes 3rd ed. Oxford: Butterworth & Heinemann. — 1991. — P.162-183.	Enoch D., Trethowan W. Cotard's syndrome. Uncommon Psychiatric Syndromes 3rd ed. Oxford: Butterworth & Heinemann. 1991:162-183.
32	Enoch D., Trethowan W. Uncommon psychiatric syndromes, 4th edition. Hodder Arnold. — London. — 2001. — P.211-212.	Enoch D., Trethowan W. Uncommon psychiatric syndromes, 4th edition. Hodder Arnold. London. 2001: 211-212.
33	Factor S.A, Molho E.S. Threatening auditory hallucinations and Cotard syndrome in Parkinson disease// Clin Neuropharm. — 2004. — №27. — P.205-207.	Factor S.A, Molho E.S. Threatening auditory hallucinations and Cotard syndrome in Parkinson disease. Clin Neuropharm. 2004, 27: 205-207.
34	Falret J.P. Mémoire sur la folie circulaire// Bulletin de l'Académie Imperiale de Médecine. — 1854. — №19. — P.382-400.	Falret J.P. Mémoire sur la folie circulaire. Bulletin de l'Académie Imperiale de Médecine. 1854, 19: 382-400.
35	Fillastre M., Fontaine A., Depecker L. 5 cases of Cotard's syndrome in adolescents and young adults; symptoms of bipolar manic-depressive psychosis//L'Encéphale. — 1992. — №18. — P.65-66.	Fillastre M., Fontaine A., Depecker L. 5 cases of Cotard's syndrome in adolescents and young adults; symptoms of bipolar manic-depressive psychosis. L'Encéphale. 1992, 18:65-66.
36	Gardner-Thorpe C., Pearn J. The Cotard syndrome. Report of two patients: with a review of the extended spectrum of 'délire des négations'// Eur J Neurol. — 2004. — №11. — P.563-566.	Gardner-Thorpe C., Pearn J. The Cotard syndrome. Report of two patients: with a review of the extended spectrum of 'délire des négations'. Eur J Neurol. 2004, 11:563-566.

37	Guiraud P. L'avenir de la clinique psychiatrique// <i>Psychiatrie Clinique Paris</i> . — 1956. — P.326.	Guiraud P. L'avenir de la clinique psychiatrique. <i>Psychiatrie Clinique Paris</i> . 1956: 326.
38	Halligan P.W., Marshall J.C., eds. <i>Method in Madness: Case Studies in Cognitive Neuropsychiatry</i> // Hove, East Sussex: Taylor & Francis. — 1996. — P.147-171.	Halligan P.W., Marshall J.C., eds. <i>Method in Madness: Case Studies in Cognitive Neuropsychiatry</i> . Hove, East Sussex: Taylor & Francis. 1996:147-171.
39	Hamon J.M., Ginestet D. <i>Delusions of negation: 4 case reports</i> // <i>Ann Médico-Psychologiques</i> . — 1994. — №152. — P. 425- 443.	Hamon J.M., Ginestet D. <i>Delusions of negation: 4 case reports</i> . <i>Ann Médico-Psychologiques</i> . 1994, 152: 425- 443.
40	Hansen S.E., Bolwig T.G. <i>Cotard syndrome: an important manifestation of melancholia</i> // <i>Nord J Psychiatry</i> . — 1998. — №52. — P.459-464.	Hansen S.E., Bolwig T.G. <i>Cotard syndrome: an important manifestation of melancholia</i> . <i>Nord J Psychiatry</i> . 1998, 52: 459-464.
41	Hashioka S., Morji A., Sasaki M., Yoshida I., Baba K., Tashiro N. <i>A patient with Cotard syndrome who showed an improvement in single photonemission computed tomography findings after successful treatment with antidepressants</i> // <i>Clin. Neuropharmacol.</i> — 2002. — №25. — P.276-279.	Hashioka S., Morji A., Sasaki M., Yoshida I., Baba K., Tashiro N. <i>A patient with Cotard syndrome who showed an improvement in single photonemission computed tomography findings after successful treatment with antidepressants</i> . <i>Clin. Neuropharmacol.</i> 2002, 25: 276-279.
42	Hirstein W., Ramachandran V.S. <i>Capgras syndrome: a novel probe for understanding the neutral representation of the identity and familiarity of persons</i> // <i>Proc. Biol. Sci.</i> — 1997. — №264. — P.437-444.	Hirstein W., Ramachandran V.S. <i>Capgras syndrome: a novel probe for understanding the neutral representation of the identity and familiarity of persons</i> . <i>Proc. Biol. Sci.</i> 1997, 264:437-444.
43	Joseph AB, O'Leary DH. <i>Brain atrophy and interhemispheric fissureenlargement in Cotard's syndrome</i> // <i>J Clin. Psychiatr.</i> — 1986. — №47. — P.518-520.	Joseph AB, O'Leary DH. <i>Brain atrophy and interhemispheric fissureenlargement in Cotard's syndrome</i> . <i>J Clin. Psychiatr.</i> 1986, 47: 518-520.
44	Kondo S., Hayashi H., Equchi. <i>Bromocriptine augmentation therapy in a patient with Cotard's syndrome</i> // <i>Prog Neuropsychopharmacol Biol. Psychiatry</i> . — 2003. — №27. — P.719-721.	Kondo S., Hayashi H., Equchi. <i>Bromocriptine augmentation therapy in a patient with Cotard's syndrome</i> . <i>Prog Neuropsychopharmacol Biol. Psychiatry</i> . 2003, 27:719-721.
45	Kundlur S.N.C., George S., Jaimon M. <i>An overview of the neurological correlates of Cotard syndrome</i> // <i>Eur. J Psychiat.</i> — 2007. — №21. — P.99-116.	Kundlur S.N.C., George S., Jaimon M. <i>An overview of the neurological correlates of Cotard syndrome</i> . <i>Eur. J Psychiat.</i> 2007, 21: 99-116.
46	Loudet O., Martinez D.L. <i>Sobre la psicoénesis y el valor pronostico del síndrome de Cotard</i> // <i>Arch Argent Neuro.</i> — 1933. — №1. — P.1-12.	Loudet O., Martinez D.L. <i>Sobre la psicoénesis y el valor pronostico del síndrome de Cotard</i> . <i>Arch Argent Neuro.</i> 1933, 1: 1-12.
47	Madani Y., Sabbe B.G.C. <i>Het Cotard syndroom Differentiële behandeling volgens subclassificatie</i> // <i>Tijdschrift voor Psychiatrie (Dutch J Psychiat)</i> . — 2007. — №49. — P.49-53.	Madani Y., Sabbe B.G.C. <i>Het Cotard syndroom Differentiële behandeling volgens subclassificatie</i> . <i>Tijdschrift voor Psychiatrie (Dutch J Psychiat)</i> . 2007, 49:49-53.
48	Mendhekar D.N, Gupta N. <i>Recurrent postictal depression with Cotard delusion</i> // <i>Ind J Pediatrics</i> . — 2005. — №72. — P. 529-531.	Mendhekar D.N, Gupta N. <i>Recurrent postictal depression with Cotard delusion</i> . <i>Ind J Pediatrics</i> . 2005, 72: 529-531.
49	Moschopoulos N.P., Kaprinis S., Nimatoudis J. <i>Cotard's syndrome: Case report and a brief review of literature</i> // <i>Psychiatriki</i> . — 2016. — №27. — P.296-302.	Moschopoulos N.P., Kaprinis S., Nimatoudis J. <i>Cotard's syndrome: Case report and a brief review of literature</i> . <i>Psychiatriki</i> . 2016, 27(4): 296-302.
50	Nejad A.G., Toofani K. <i>Coexistence of lycanthropy and Cotard's syndrome in a single case</i> // <i>Acta Psychiat Scand.</i> — 2005. — №111. — P.250-252.	Nejad A.G., Toofani K. <i>Coexistence of lycanthropy and Cotard's syndrome in a single case</i> . <i>Acta Psychiat Scand.</i> 2005, 111:250-252.
51	Paulig M., Böttger S., Sommer M. <i>Depersonalization syndrome after acquired brain damage. Overview based on 3 case reports and the literature and discussion of etiological models</i> // <i>Nervenarzt</i> . — 1998. — №69. — P.1100-1106.	Paulig M., Böttger S., Sommer M. <i>Depersonalization syndrome after acquired brain damage. Overview based on 3 case reports and the literature and discussion of etiological models</i> . <i>Nervenarzt</i> . 1998, 69: 1100-1106.

52	<i>Pearn J., Gardner-Thorpe C. A biographical note on Marcel Proust's Professor Cottard// J. Med. Biography. — 2003. — №11. — P.103-106.</i>	<i>Pearn J., Gardner-Thorpe C. A biographical note on Marcel Proust's Professor Cottard. J. Med. Biography. 2003, 11: 103-106.</i>
53	<i>Ramirez-Bermudez J., Aguilar-Venegas L.C., Crail-Melendez D., Espinola-Nadurille M., Nente F., Mendes M.F. Cotard syndrome in neurological and psychiatric patients// J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. — 2010. — №22. — P. 409-416.</i>	<i>Ramirez-Bermudez J., Aguilar-Venegas L.C., Crail-Melendez D., Espinola-Nadurille M., Nente F., Mendes M.F. Cotard syndrome in neurological and psychiatric patients. J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 2010, 22: 409-416.</i>
54	<i>Saavedra V. Cotard syndrome. Consideraciones psicopatologicas y nosograficas// Rev. Neuropsiquiatr. — 1968. — №11. — P.175-211.</i>	<i>Saavedra V. Cotard syndrome. Consideraciones psicopatologicas y nosograficas. Rev. Neuropsiquiatr. 1968, 11:175-211.</i>
55	<i>Se'glas J. Me'lancholie anxieuse avec de'lire des negations// Progr. Med. — 1887. — № 46. — P.417-419.</i>	<i>Se'glas J. Me'lancholie anxieuse avec de'lire des negations. Progr. Med. 1887, 46: 417-419.</i>
56	<i>Sharma V., Biswas D. Cotard's syndrome in post-surgical patients// J. Neuropsychiatry Clin Neurosci. — 2012. — №24. — P.42-43.</i>	<i>Sharma V., Biswas D. Cotard's syndrome in post-surgical patients. J. Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2012, 24(4): 42-43.</i>
57	<i>Silva J.A., Leong G.B., Weinstock R. A case of Cotard's syndrome associated with self-starvation// J. Forensic Sciences. — 2000. — №45. — P.188-190. DOI:10.25752/PSI.6296</i>	<i>Silva J.A., Leong G.B., Weinstock R. A case of Cotard's syndrome associated with self-starvation. J. Forensic Sciences. 2000, 45: 188-190. DOI:10.25752/PSI.6296</i>
58	<i>Soultanian C., Perisse D., Re'vah-Levy A., Luque R., Mazet P., Cohen D. Cotard's syndrome in adolescents and young adults: a possible onset of bipolar disorder requiring a mood stabilizer?// J. Child Adolesc. Psychopharmacol. — 2005. — №15. — P.706-711.</i>	<i>Soultanian C., Perisse D., Re'vah-Levy A., Luque R., Mazet P., Cohen D. Cotard's syndrome in adolescents and young adults: a possible onset of bipolar disorder requiring a mood stabilizer? J. Child Adolesc. Psychopharmacol. 2005, 15:706-711.</i>
59	<i>Swamy N.C.K., Sanju G., Mathew J. An overview of the neurological correlates of Cotard syndrome// Eur.J Psychiat. — 2007. — №21. — P.99-116.</i>	<i>Swamy N.C.K., Sanju G., Mathew J. An overview of the neurological correlates of Cotard syndrome. Eur.J Psychiat. 2007, 21: 99-116.</i>
61	<i>Yalin S., Varol Tas F., Gu'venir T. The coexistence of Capgras, Fregoli and Cotard's syndromes in an adolescent case// Arch Neuropsychiatry. — 2008. — №45. — P.149-151.</i>	<i>Yalin S., Varol Tas F., Gu'venir T. The coexistence of Capgras, Fregoli and Cotard's syndromes in an adolescent case. Arch Neuropsychiatry. 2008, 45: 149-151.</i>
62	<i>Young A.W., Robertson I.H., Hellowell D.J. Cotard delusion after brain injury// Psychol Medicine. — 1992. — №22. — P. 799-804.</i>	<i>Young A.W., Robertson I.H., Hellowell D.J. Cotard delusion after brain injury. Psychol Medicine. 1992, 22: 799-804.</i>
63	<i>Young A.W., Leafhead K.M., Szulecka T.K. The Capgras and Cotard delusions// Psychopathology. — 1994. — №27. — P. 226- 231.</i>	<i>Young A.W., Leafhead K.M., Szulecka T.K. The Capgras and Cotard delusions. Psychopathology. 1994, 27:226- 231.</i>
64	<i>Young A.W., Leafhead K.M. Betwixt life and death: case studies of Cotard delusion// I Hove, East Sussex: Taylor &amp; Francis. — 1996. — P.147-171.</i>	<i>Young A.W., Leafhead K.M. Betwixt life and death: case studies of Cotard delusion. I Hove, East Sussex: Taylor &amp; Francis. 1996: 147-171.</i>

## Сведения об авторе

**Горина Елена Александровна** — клинический ординатор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава Российской Федерации. E-mail: lenkom39006@mail.ru

## Когнитивные нарушения у пациентов с заболеваниями системы крови, перенесших трансплантацию аллогенных гемопоэтических стволовых клеток

Выборных Д.Э., Федорова С.Ю., Хрущев С.О., Дроков М.Ю., Гемджян Э.Г.,  
Кузьмина Л.А., Паровичникова Е.Н.  
ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России

**Резюме.** Лечение пациентов с заболеваниями системы крови нередко осложняется рядом негативных побочных эффектов, к числу которых относятся психические расстройства, среди которых особое место занимают когнитивные нарушения. Когнитивные нарушения у пациентов с заболеваниями системы крови до и после алло-ТГСК развиваются на фоне совокупности факторов риска, провоцирующих данное состояние и изменение его динамики.

**Ключевые слова:** когнитивные нарушения, заболевания системы крови, трансплантация гемопоэтических стволовых клеток, психические расстройства, неврологические расстройства, многофакторный анализ.

### Cognitive impairments in patients with hematological malignancies prior and after allogeneic hematopoietic stem cells transplantation

Vybornykh D.E., Fedorova S.Yu., Khrushchev S.O., Drovkov M.Yu.,  
Gemdzhian E.G., Kuzmina L.A., Parovichnikova E.N.  
National Research Center for Hematology, Moscow

**Summary.** The treatment of patients with hematological malignancies is often complicated by a number of negative side effects, which include mental disorders, among which cognitive impairment occupies a special place.

Psychopathological, psychological, neuropsychological, neurophysiological and neurovisual methods were used to examine 46 patients with various hematological malignancies during periods prior to allo-HSCT, 1-3 months after allo-HSCT, and 6 months after transplantation. When statistical analysis of data was performed correlation and multivariate analyzes. Patients at each stage of the study identified cognitive impairment caused by a combination of risk factors — the presence of a hematological malignancy, the encephalotropic activity of chemotherapy drugs, and mental, neurological disorders. The characteristic and stable dynamics of CN in the post-transplantation period is traced — a sharp decline in cognitive functions in almost all indicators at once in the early post-transplant period with their gradual recovery by 6 months after allo-HSCT. The attitude of patients to cognitive deficiency also changes during the period of treatment: from anozognosic and hyponozognosic at the pre-transplantation stage to hypernosognosic at long-term periods after allo-HSCT.

**Key words:** cognitive impairment, hematological malignancies, hematopoietic stem cells transplantation, mental disorders, neurological disorders, multivariate analysis.

Разработка и внедрение современных протоколов терапии, включающих, в частности, аллогенную (от донора) трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК), в последние десятилетия привели к значительному росту выживаемости больных с тяжелыми заболеваниями системы крови (ЗСК) [9]. Однако лечение данной группы пациентов нередко осложняется рядом негативных побочных эффектов, к числу которых относятся психические расстройства. Среди последних особое место занимают когнитивные нарушения (КН) (расстройства круга мягких деменций)\* [29]. Снижение памяти, вни-

мания, мышления, способности к обучению, произвольной регуляции ухудшают общее качество жизни пациентов и их окружения, мешают профессиональной адаптации и ресоциализации. Высокодозные курсы химиотерапии, предтрансплантационные режимы кондиционирования, иммуносупрессивная терапия, реакция «трансплантат

стичная дезориентировка во времени при сохранной способности ориентироваться в окружающей обстановке (хотя больной может быть дезориентирован в малознакомой местности); нарушения абстрактного мышления (суждений, обобщений, сравнений), заметные при решении повседневных задач; невозможность самостоятельного социального функционирования на прежнем (доблезненном) уровне при сохранении еще внешних формах поведения; наличие хотя и легких, но отчетливых затруднений в выполнении наиболее сложных видов повседневной деятельности; а также явная необходимость в общем присмотре за больным.

\* В соответствии с критериями Clinical Dementia Rating (CDR) для распознавания синдрома мягкой деменции необходимо выявление следующих признаков: постоянное умеренное снижение памяти (более выраженное в отношении событий недавнего прошлого), заметное в повседневной жизни; ча-

против хозяина» (РТПХ), психические нарушения (психозы, депрессия, тревожные расстройства, астения и др.), а также сочетание этих факторов создает высокий уровень риска развития КН при проведении алло-ТГСК [10, 11, 49, 50].

**Целью** данного исследования является оценка КН у пациентов с ЗСК на разных этапах до и после алло-ТГСК, определение степени их выраженности и возможной временной динамики.

**Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось на базе отделения интенсивной высокодозной химиотерапии и трансплантации костного мозга с круглосуточным и дневным стационарами (зав. — к.м.н. Кузьмина Д.А.) отдела химиотерапии гемобластозов, депрессий кроветворения и ТКМ (рук. — д.м.н. Паровичникова Е.Н.) ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Минздрава России (ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России) (директор — академик РАН, д.м.н. В.Г.Савченко).

Для оценки клинической выборки авторами были использованы следующие методы

- клиничко-психопатологический, клиничко-психологический (с использованием психометрических и нейропсихологических инструментов: Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), «запоминание 10 слов», «запоминание 2 пары по 3 слова», проба «кулак-ребро-ладонь», проба на реципрокную координацию, праксис позы пальцев, пробы Хеда, графомоторная проба, вербальная беглость (фонетическая и семантическая), таблицы Шульце, решение математических задач, счет по Крепелину, методика «от 100 по 7», пересказ рассказа);
- нейрофизиологические и нейровизуализационные (электроэнцефалограмма (ЭЭГ), когнитивные вызванные потенциалы (КВП), магнитно-резонансная томография (МРТ)/компьютерная томография (КТ) головного мозга).

В исследование были включены пациенты с подтвержденным клинически, клиничко-лабораторно и клиничко-инструментально диагнозом ЗСК, давшие добровольное информированное согласие на проведение обследования. В период с января 2016 по август 2018 гг. было обследовано 46 пациентов до алло-ТГСК (в срок от 3 до 7 дней до алло-ТГСК (1-й этап исследования)). Затем больные из этой группы (39 пациентов) были обследованы теми же методами в сроки через 1-3 месяца после алло-ТГСК (2-й этап исследования) и 33 пациента — через 6 месяцев после алло-ТГСК (3-й этап исследования). Медиана возраста пациентов составила 33,5 лет (18-66 лет), 26 женщин и 20 мужчин. Среди пациентов было 28 человек с острым миелобластным лейкозом (ОМЛ), 4 — с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ), по 3 пациента — с апластической анемией (АА), лимфомами, миелодиспластическим синдромом (МДС),

и по одному пациенту — с грибовидным микозом (ГМ), хроническим миелолейкозом (ХМЛ), миелолипролиферативным заболеванием (МПЗ), множественной миеломой (ММ) и острым лейкозом (недифференцируемым) (ОЛН).

Результаты КВП оценивались в баллах (повышение баллов говорит о нарастании КН). Данный вид вызванных потенциалов является индикатором биоэлектрических процессов, связанных с механизмами восприятия внешней информации и ее обработки. Сущность метода заключается в выделении не просто реакций на тот или иной стимул, связанный с приходом афферентации (постоянного потока нервных импульсов, поступающих в ЦНС от органов чувств, воспринимающих информацию как от внешних раздражителей (экстерорецепция), так и от внутренних органов (интерорецепция), а в анализе эндогенных событий, происходящих в мозге, связанных с распознаванием и запоминанием стимула.

Результаты ЭЭГ и МРТ/КТ также оценивались в баллах, при этом условно были приняты следующие обозначения: ЭЭГ: 1 — легкие изменения, 2 — умеренные, 3 — выраженные; МРТ/КТ: 1 — норма, 2 — изменения клинически незначимые, 3 — изменения клинически значимые.

Критериями исключения являлись тяжелое соматическое состояние больного, не позволяющее проводить обследование, манифестная шизофрения (F20.xxx), умственная отсталость (F70-F79), наркомании и алкоголизм (F10-F19), отсутствие добровольного информированного согласия пациента на обследование.

11 пациентам была проведена аллогенная неродственная совместимая трансплантация, 24 — аллогенная родственная совместимая, 7 — аллогенная неродственная несовместимая, сингенная — 2, 2 — аллогенная родственная несовместимая (гаплоидентичная). Трансплантировались — костный мозг (КМ) — 34 наблюдения, гемопоэтические стволовые клетки (ГСК) — 12 наблюдений. Отторжение трансплантата отмечалось в 6 наблюдениях. В 19 наблюдениях развилась острая реакция «трансплантат против хозяина» (ОРТПХ), при этом медиана периода от трансплантации до развития ОРТПХ составила 62 дня. ОРТПХ I степени наблюдалась в 5 случаях, II степени — 8 случаев, III степени — 3 случая, и у двоих пациентов выявлялась ОРТПХ IV степени.

В период до 3-х месяцев после алло-ТГСК с целью профилактики реакции «трансплантат против хозяина» 10 пациентов получали комбинацию препаратов антитимоцитарного иммуноглобулина (АТГ), циклоспорина А, микофенолата мофетила, а также циклофосфида на +3,+4 день после алло-ТГСК; 11 человек получали комбинацию АТГ, циклоспорина А, микофенолата мофетила, а также метотрексата; 4 — получили комбинацию циклоспорина А и метотрексата; 19 пациентов — циклоспорин А, АТГ, метотрексат и микофенолата мофетил, 2 пациента профилактику не получали ввиду того, что трансплантация была выполнена от сингенного донора. Кроме того,

практически у всех пациентов отмечались инфекционные осложнения — фебрильная нейтропения, пневмонии, энтеропатии, по поводу которых они получали антибиотики различных групп — цефалоспорины, фторхинолоны, карбапенемы.

Через 6 месяцев после алло-ТГСК у 12 пациентов развилась хроническая реакция «трансплантат против хозяина» (хРТПХ). У 5 — рецидив заболевания. 5 пациентов умерли.

При статистическом анализе данных были выполнены корреляционный и многофакторный анализы. Динамика показателей оценивалась на группе пациентов, которая во всех точках измерения одна и та же. Расчеты проводили в статистических пакетах SPSS 24.0 и SAS 9.4.

### Результаты

#### Результаты обследования больных до алло-ТГСК (1-й этап исследования)

При клинико-психопатологическом обследовании пациентов до проведения алло-ТГСК (46 наблюдений) лишь двое затруднились сразу назвать дату и место своего пребывания, однако при повторном вопросе точно ответили на эти вопросы, указав, что они «просто не поняли вопроса». Пациенты точно воспроизводили даты значимых событий жизни, их хронологическую последовательность.

32 пациента (69,6%) жаловались на слабость, вялость, быструю утомляемость, не проходящую после длительного отдыха и сна.

При клинической беседе были выявлены следующие психопатологические нарушения — генерализованное тревожное расстройство (ГТР) (F41.1) (3 наблюдения), депрессивный эпизод (легкой степени (F32.0) — 3 наблюдения, средней степени (F32.1) — 1 наблюдение), а также 2 наблюдения, где было диагностировано смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2). У одной пациентки депрессивное расстройство

средней тяжести сочеталось с монофобией (канцерофобией).

На рис.1 представлена взаимосвязь оценок HADS у пациентов на первом этапе исследования.

Была выявлена прямая взаимосвязь депрессии и тревоги (оценки по HADS) у пациентов до алло-ТГСК.

У 5 пациентов было диагностировано изолированное нарушение сна (F51.0) в виде нарушения засыпания.

Показатели MoCA у 25 человек (54,4%) были меньше нижней границы нормы (26 баллов), что объективно подтверждало наличие у них когнитивного дефицита в предтрансплантационном периоде (Рис.5). В то же время обнаружено, что с увеличением баллов по шкале тревоги (субъективной оценкой тревоги у пациентов) снижаются значения шкалы оценки когнитивных функций (Рис.2).

При неврологическом исследовании пациентов до алло-ТГСК у 11 пациентов (23,9 %) патологии выявлено не было. У 7 (15,2%) выявлена энцефалопатия с когнитивным дефицитом. У 27 (58,7%) — сенсорная полинейропатия. Дорсопатия выявлена у 9 (19,6%) пациентов.

При ЭЭГ исследовании у 3 пациентов выявлены легкие изменения, не достигающие до степени патологии. У 18 пациентов выявлены умеренные изменения (дисфункция диэнцефальных структур, неустойчивый альфа-ритм), а у 25 — выраженные изменения (выраженные диффузные нарушения за счет увеличения индекса патологической медленноволновой активности и снижения индекса альфа-ритма с двух сторон) (Рис. 3).

При проведении МРТ/КТ головного мозга у 24 пациентов патологии не выявлено, у 19 — выявлены клинически незначимые изменения (врожденные кисты, умеренная гидроцефалия), а у 3 пациентов изменения носили клинически значимый характер (появление очаговой активности). Соотношение градаций оценок МРТ/КТ см. на Рис.9.



Рис. 1. Связь (прямая) оценок депрессии и тревоги (по HADS) у пациентов с заболеваниями системы крови (до алло-ТГСК).

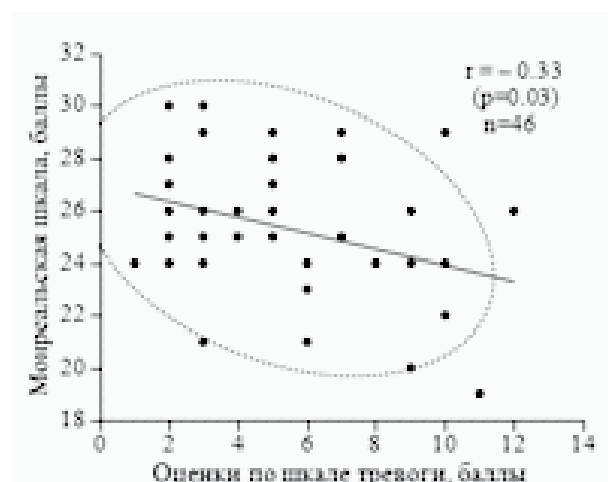


Рис. 2. Связь (обратная) оценок когнитивных функций (по MoCA) и тревоги (по HADS) до алло-ТГСК.





Рис.3. Распределение оценок ЭЭГ (баллы по оси абсцисс) пациентов, перенесших трансплантацию костного мозга и стволовых клеток на сроке 3-7 дней перед алло-ТГСК.

При исследовании КВП (Р300) в пределах возрастных референтных значений (320 — 425) оказались результаты 34 пациентов (73,9%), в то время как у 1 пациента (2,2%) КВП оказался ниже таких значений, а у 11 — выше.

Результаты проведения нейропсихологического обследования выявили выраженные нарушения когнитивных функций в рамках следующих методик (Табл. 1).

Название методики	Количество испытуемых, допустивших ошибки* (n=46)	
	Абс.	%
Запоминание 10 слов	19	41%
2 пары по 3 слова	22	48%
Кулак-Ребро-Ладонь	16	35%
Реципрокная координация	15	33%
Праксис позы пальцев	8	17%
Пробы Хеда	12	26%
Графомоторная проба	11	24%
Вербальная беглость (принадлежность к группе, слова на определенную букву)	15	33%
Таблицы Шульте	17	37%
Решение математических задач	17	37%
Счет по Крепелину	13	28%
«100-7»	12	26%
Пересказ рассказа	16	35%

\* популяционная норма — 13%

### Нарушения когнитивных функций до алло-ТГСК (по данным нейропсихологического исследования)

**Память.** На данном этапе для пациентов характерно снижение объема кратковременной памяти (7-9 слов после 5 предъявлений), усилива-

ющееся при интерферирующем воздействии последующих методик на следы памяти. Наиболее частыми ошибками являются: персеверации, контаминации и в отдельных случаях конфабуляции. Показатели отсроченного воспроизведения снижены по сравнению с нормативными показателями.

**Внимание и произвольная регуляция.** Выполнение пациентами методик характеризуется повышенной переключаемостью, снижением продуктивности. При решении арифметических задач (и понимании алгоритма нахождения ответа), счете больные допускают импульсивные ошибки с самокоррекцией. При выполнении методики «Таблицы Шульте» в некоторых случаях наблюдается нарастающая истощаемость и потеря программы (вербализация счета).

**Динамический праксис.** Нарушения динамического праксиса варьируют от незначительного отставания правой руки (реципрокная координация) до неспособности выполнять методику «кулак-ребро-ладонь» без речевого опосредования. Наблюдаются единичные зеркальные импульсивные ошибки в праксисе позы пальцев и пробах Хеда. В графомоторной пробе наблюдается упрощение программы.

**Вербальная беглость и мышление.** При общей сохранности мышления, тем не менее результаты выполнения заданий на вербальную беглость ниже нормативных показателей.

Также в данном периоде обращает на себя внимание отношение больных к своему когнитивному дефициту по типу анозогнозии. Больные или вовсе отрицают наличие КН (выявляемых объективно посредством дальнейшего обследования), или ссылаются на то, что это возрастные особенности или их личная особенность (например, забывчивость). Основные субъективные жалобы в данном периоде со слов пациентов: нарушения внимания («трудно сосредоточиться на работе, чтении книг и т.д.», «приходится перечитывать материал по нескольку раз»), нарушения памяти («забывчивость»), моторная неловкость («чаще, чем обычно роняю вещи»).

### Результаты обследования больных через 1-3 месяца после алло-ТГСК (2-й этап исследования)

При клинико-психопатологическом обследовании пациентов через 1-3 месяца после алло-ТГСК (39 наблюдений) у 29 пациентов (74,4%) выявлены затруднения при необходимости назвать дату и место своего пребывания, при повторном вопросе лишь половина из этого количества (14 пациентов) более точно ответили на эти вопросы. Были выявлены такие клинические признаки КН, как снижение памяти, ухудшение концентрации внимания, затруднение усвоения новой информации, снижение критики к своему состоянию. Кроме того, были выявлены следующие психопатологические нарушения — ГТР (F41.1) (4 наблюдения), депрессивный эпизод (легкой степени) (F32.0) — 2

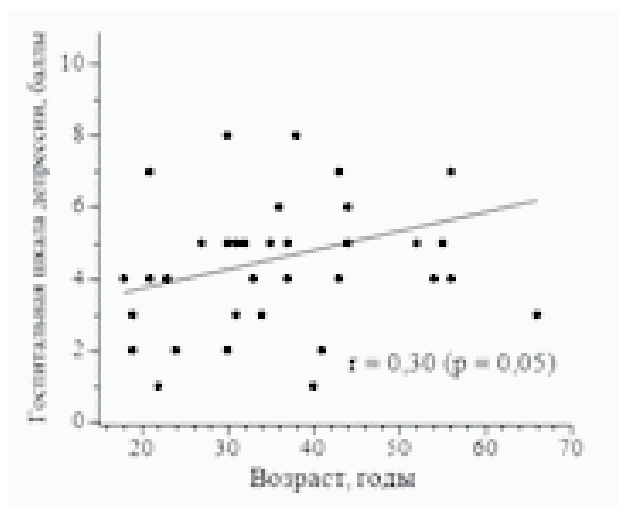


Рис.4. Связь уровня депрессии с возрастом у пациентов, перенесших алло-ТГСК.

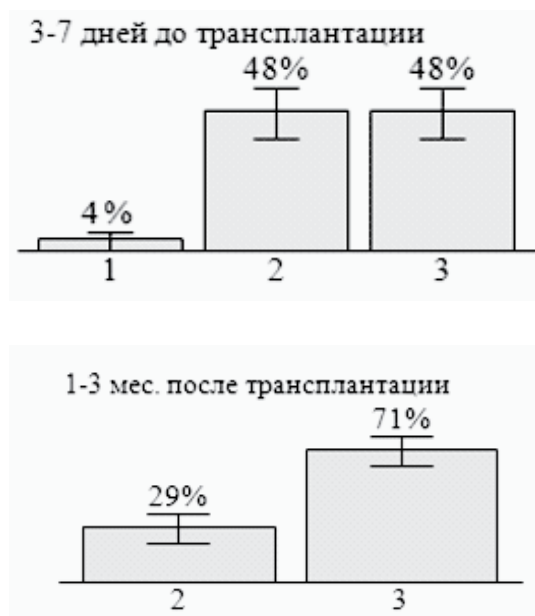


Рис.5. Распределение оценок ЭЭГ (по оси абсцисс — баллы: 1, 2 и 3) пациентов до и после алло-ТГСК.

наблюдения, средней степени (F32.1) — 3 наблюдения, а также одно наблюдения, где было диагностировано смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2). При этом вновь диагностировано 2 наблюдения с ГТР, 1 — депрессивный эпизод легкой степени и 2 — средней степени. Остальные психопатологические расстройства сохранялись у тех пациентов, у которых они диагностировались на 1 этапе исследования.

Необходимо отметить, что в наших наблюдениях выявляется тенденция к повышению частоты выявляемости депрессивных расстройств с увеличением возраста пациентов (Рис.4).

Имеется прямая (слабая) корреляция между уровнем депрессии и возрастом пациентов (ко-

эффициент корреляции Пирсона  $r=0,30$ ;  $p=0,05$ ). Кроме того, депрессивные расстройства у изученных больных имели отчетливый астенический компонент.

Все 39 пациентов жаловались на слабость, вялость, быструю утомляемость, не проходящую после длительного отдыха и сна, плохую переносимость яркого света, громкого шума.

У одного пациента в посттрансплантационный период на фоне приема метилпреднизолона в дозе 80 мг/сут развился симптоматический психоз с галлюцинаторно-параноидным содержанием. Несмотря на постепенное снижение дозы гормональной терапии и назначение антипсихотической терапии (кветиапин до 100 мг/сут), в течение трех недель сохранялась актуальность психопатологических расстройств.

У 6 пациентов отмечалось изолированное нарушение ночного сна (нарушение засыпания, частые пробуждения).

Показатели МоСА у 21 человека (53,8%) были меньше нижней границы нормы (26 баллов), что объективно подтверждало наличие у них когнитивного дефицита.

В период через 1-3 месяца после алло-ТГСК при неврологическом исследовании у 33 (84,6%) пациентов выявлена энцефалопатия с когнитивным дефицитом, вестибулопатия. Отмечалось также увеличение доли больных с сенсорной полинейропатией (28 пациентов, 71,8%), а также на этом этапе впервые выявляется моторная полинейропатия и миопатия сочетанного (инфекционного, токсического, метаболического) генеза (у 9 пациентов (23,1%). У 3 пациентов (7,7%) отмечались развернутые судорожные припадки.

При ЭЭГ-исследовании у 12 (30,8%) пациентов выявлены умеренные изменения (негрубое снижение индекса альфа-ритма, нарастание дисфункции структур диэнцефального уровня), а у 27 (69,2%) изменения носили выраженный характер (повышение индекса медленноволновой активности, появление пароксизмальной активности, дальнейшее нарастание дисфункции структур диэнцефального уровня) (Рис. 5).

Как видно на рисунке, у каждого пятого пациента оценка ЭЭГ увеличилась на 1 балл (в 77% случаев изменений не выявлялось). Посттрансплантационные значения ЭЭГ статистически значимо ( $p=0,03$ ) смещены в сторону более высоких оценок. Максимальная частота (71%) оценок в 3 балла приходится на период 1-3 мес. после трансплантации.

При проведении МРТ/КТ головного мозга у 19 пациентов (48,7%) патологии не выявлено, у 17 (43,6%) выявлены клинически незначимые изменения (кисты головного мозга), а у двоих изменения носили клинически значимый характер (очаговые поражения ишемического, геморрагического либо инфекционного характера). Соотношение градаций оценок МРТ/КТ см. на Рис.9.

При исследовании КВП (P300) в пределах возрастных референтных значений (320 — 425) оказались показатели 25 пациентов (64,1%), в то время

как у 14 пациентов (35,9%) показатель КВП оказался выше референтных значений.

Нарушения когнитивных функций 1-3 мес. после алло-ТГСК

Результаты проведения нейропсихологического обследования выявили значительные нарушения когнитивных функций в рамках следующих методик (Табл. 2).

Название методики	Количество испытуемых, допустивших ошибки* (n=39)	
	Абс.	%
Запоминание 10 слов	23	59%
2 пары по 3 слова	21	54%
Кулак-Ребро-Ладонь	19	49%
Реципрокная координация	17	43%
Праксис позы пальцев	11	28%
Пробы Хеда	10	26%
Графомоторная проба	16	41%
Вербальная беглость (принадлежность к группе, слова на определенную букву)	17	43%
Таблицы Шульте	24	61%
Решение математических задач	22	56%
Счет по Крепелину	14	36%
«100-7»	13	33%
Пересказ рассказа	18	46%

\* популяционная норма — 13%

**Память.** Снижение объема кратковременной памяти становится более выраженным (4-6 слов после 5 предъявлений), усиливающееся интерферирующим воздействием на следы памяти последующих методик, в отдельных случаях отсроченное воспроизведение снижается до уровня 1-2 слов или вовсе отсутствует (но мнестический след самого факта выполнения задания сохраняется). Особенно ярко нарушения выявляются в методике «2 группы по 3 слова», когда сильное интерферирующее воздействие второй группы сохраняется даже после 3-4 предъявлений 2 групп. Для пациентов все так же характерны персеверации, контаминации и в отдельных случаях — конфабляции, при этом частота их встречаемости выше, чем в периоде до алло-ТГСК. Увеличивается латентный период необходимый пациентам для вспоминания слов при отсроченном воспроизведении.

**Внимание и произвольная регуляция.** Астенизация пациентов в данном периоде проявляется в

ярко выраженном снижении продуктивности при выполнении методик и нарастающей истощаемости. При решении арифметических задач (при понимании алгоритма нахождения ответа) больные допускают импульсивные ошибки (в отдельных случаях без самокоррекции), в счете больные допускают ошибки внутри десятка и при переходе через него. При выполнении методики «Таблицы Шульте» у больных наблюдается нарастающая истощаемость (показатели результативности ниже нормы в 2-4 раза до 120 сек.) и в отдельных случаях потеря программы (вербализация счета).

**Динамический праксис.** Нарушения динамического праксиса на данном этапе становятся ярко выраженными: отставание правой руки (реципрокная координация), «кулак-ребро-ладонь» выполняется с многочисленными сбоями, не всегда достигается плавность и автоматизированность и нередко доступна только при совместном речевом опосредовании. В графомоторной пробе наблюдаются микрография, макрография, персеверации, упрощение программы, значительное увеличение времени выполнения (2-4 раза ниже нормативных показателей). В методиках «Праксис позы пальцев», «Пробы Хеда» так же наблюдаются импульсивные, зеркальные ошибки, сложности в удержании позы и снижение тонуса.

**Вербальная беглость и мышление.** При общей сохранности мышления, тем не менее, результаты по методикам на вербальную беглость (количество названных слов) снижены по сравнению с предтрансплантационным периодом.

Так же в данном периоде отношение больных к своему когнитивному дефициту характеризуется как нормонозгнозичное. Больные не отрицают наличие КН (выявляемых объективно посредством дальнейшего обследования) и не пытаются оправдать их наличие возрастом или индивидуальными особенностями (за исключением нескольких отдельных случаев). Основные субъективные жалобы в данном периоде, со слов пациентов: быстро нарастающая усталость, нарушения

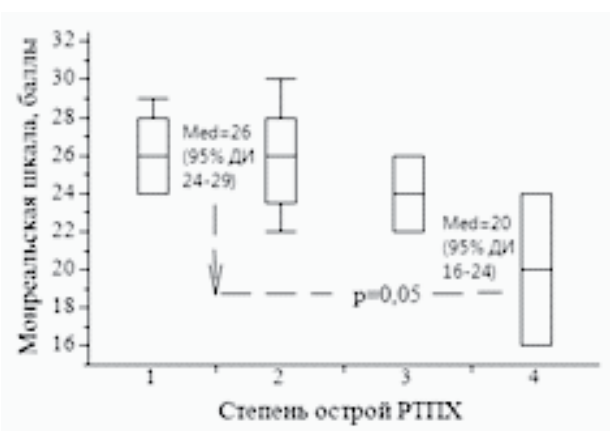


Рис. 6. Связь когнитивного статуса со степенью острой РТПХ у пациентов, перенесших алло-ТГСК. На рисунке приводятся медианы (Med) и их 95%-ые Доверительные Интервалы (в скобках).

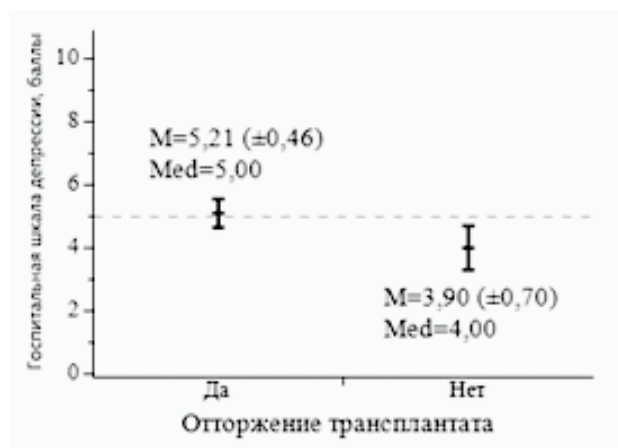


Рис.7. Сравнение уровня депрессии у пациентов с приживлением и отторжением трансплантата. На рисунке приводятся средние (M) со стандартной ошибкой.

внимания («сложно понимать прочитанное, включиться в деятельность»), нарушения памяти («забываю отдельные слова, даты»), моторная неловкость.

На 2-ом этапе исследования выявляется наибольшее количество факторов риска развития КН. Среди таких факторов, помимо перечисленных, — проведение различных режимов кондиционирования, собственно проведение алло-ТГСК, формирование оРТПХ различной степени (Рис.6), инфекционные осложнения (пневмония, эзофагит и т.д.), прием химиотерапевтических препаратов, антибиотиков, отторжение трансплантата.

В результате многофакторного анализа была выявлена статистически значимая связь когнитивных функций (оцененных с помощью MoCA) со степенью оРТПХ: когнитивные оценки у пациентов с оРТПХ 4-ой степени, по сравнению с результатами, полученными у пациентов с оРТПХ 1 и 2 степени, статистически значимо ниже. Отметим, что различий в оценках когнитивных функций не выявлялось при отсутствии оРТПХ и оРТПХ 1 и 2 степени (в обоих случаях: Med = 26, межквартильный размах: 22-27).

Показатели депрессии у обследованных пациентов статистически значимо связаны с фактом отторжения трансплантата: уровень депрессии у пациентов с отторжением трансплантата был выше, чем у пациентов, у которых наблюдалось приживление (рис.7).

#### Результаты обследования больных через 6 месяцев после алло-ТГСК (3-й этап исследования)

При клинко-психопатологическом обследовании пациентов через 6 месяцев после алло-ТГСК (33 наблюдения) у 12 пациентов (36,4%) выявлены затруднения при необходимости назвать дату и место своего пребывания, при повторном вопросе они более точно отвечали на эти вопросы.

Из клинических признаков КН сохранялись снижение памяти и ухудшение концентрации внимания. Кроме того, были выявлены следующие психопатологические нарушения — генерализованное тревожное расстройство (F41.1) (2 наблюдения), депрессивный эпизод (средней степени (F32.1) — 3 наблюдения, тяжелой степени (F32.2) — 1 наблюдение), а также 2 наблюдения, где было диагностировано смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2). Из этих психопатологических расстройств одно наблюдение с ГТР сохранялось у пациента с предтрансплантационного периода, а одно — было вновь выявленным. Одно из наблюдений с депрессивным эпизодом (средней степени) было также вновь выявленным. Остальные — сохранялись со второго этапа исследования.

Депрессивный эпизод тяжелой степени у одного пациента после алло-ТГСК сопровождался незавершенной суицидальной попыткой. Пациент перенес оРТПХ с массивным поражением легких, ожидал трансплантации легких.

На сроке 1-3 мес. после трансплантации у 39% пациентов наблюдалось снижение уровня депрессии (по сравнению с исходными значениями) на 2 балла, у 36%, наоборот, повышение также на 2 балла, наконец, у 25% пациентов оценки не изменились (оставались на уровне 3 баллов).

Выявленная на первом этапе исследования зависимость депрессии и тревоги (см. рис.1) наблюдалась и на посттрансплантационных этапах исследования, причём на сроке 6 мес. после алло-ТГСК оценки (как для депрессии, так и для тревоги) у части пациентов несколько уменьшились (в среднем на 1-2 балла).

У 2-х больных психопатологические нарушения соответствовали критериям посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) — пациенты ярко переживали события подготовки к трансплантации, осложнения алло-ТГСК, в частности, выраженные затруднения глотания вследствие эзофагита, изоляцию, отрыв от дома. Вместе с тем у пациентов выявлялись «выпадения» в памяти некоторых эпизодов трансплантационного и посттрансплантационного периодов. Отмечались также нарушения засыпания, частые тревожные пробуждения, раздражительность, тревожность.

У 27 пациентов (81,8%) сохранялись жалобы на слабость, вялость, быструю утомляемость.

Показатели MoCA у 14 пациентов (42,4%) составляли менее нижней границы нормы (26 баллов), что объективно подтверждало наличие у них когнитивного дефицита. На сроке 1-3 мес. после трансплантации у 34% пациентов наблюдалось повышение оценок, у 45% пациентов наблюдалось понижение оценок, у 21% пациентов никаких изменений не выявлялось. Измерения на сроке через 6 мес. после трансплантации значимой динамики (по сравнению с предыдущим измерением) не выявили. Средние значения оценок MoCA в трёх приведённых временных точках следующие: 25, 24 (незначительное снижение) и 25. (Межгрупповая дисперсия измерений выше вну-

тригрупповой: 9 и 4 балла, соответственно). Однако необходимо отметить, что в наших наблюдениях не наблюдалось эффекта «повторного тестирования» — улучшение показателей при повторном предъявлении материала, что свидетельствует о наличии КН, при том, что формально при анализе результатов тестирования достоверные различия отсутствуют.

В период через 6 месяцев после алло-ТГСК при неврологическом исследовании у 23 (69,7%) пациентов сохранялась симптоматика энцефалопатии с когнитивным дефицитом, вестибулопатией, астенией. Сенсомоторная полинейропатия и миопатия также сохранялась у 9 пациентов (27,3%).

При ЭЭГ исследовании у 15 пациентов (45,5%) выявлены умеренные изменения (признаки дисфункции структур диэнцефального уровня), а у 18 (54,5%) — выраженные изменения (выраженные диффузные нарушения за счет увеличения индекса патологической медленноволновой активности и снижения индекса альфа-ритма с двух сторон, пароксизмальная активность в виде единичных билатерально синхронных вспышек волн альфа-диапазона) (Рис. 8).

При проведении МРТ/КТ головного мозга у 13 пациентов (39,4%) патологии не выявлено, у 15 (45,5%) — клинически незначимые изменения (кисты головного мозга), а у 2 (15,1%) изменения носили клинически значимый характер (очаговые изменения различного характера) (Рис. 9).

Как можно видеть на рисунке, частота оценки в 2 балла увеличилась (к последнему измерению) на 9%. Частота оценка в 3 балла не изменялась.

При исследовании когнитивных вызванных потенциалов (КВП) (P300) в пределах возрастных референтных значений (320 — 425) оказались показатели 21 пациента (63,6%), в то время как у 12 (36,4%) — выше (Рис. 10).

Значения КВП после трансплантации (в среднем) статистически значимо ( $p=0,04$ ) выше исходных, при этом на третьем этапе исследования значения КВП не возвращаются к предтрансплантационным значениям.

#### Нарушения когнитивных функций 6 мес. после алло-ТГСК

Результаты проведения нейропсихологического обследования выявили нарушения когнитивных функций в рамках следующих методик (Таблица 3).

**Память.** В данном периоде для пациентов характерно значительное увеличение объема кратковременной памяти (7-10 слов после 5 предъявлений), по сравнению с ранним периодом после алло-ТГСК и периодом непосредственно перед алло-ТГСК. В то же время показатели памяти некоторых пациентов не полностью соответствуют нормативным уровням их возрастной группы.

**Внимание и произвольная регуляция.** Характеризуются значительным снижением числа импульсивных ошибок, улучшением вратываемости и продуктивности.

#### 6 мес. после трансплантации

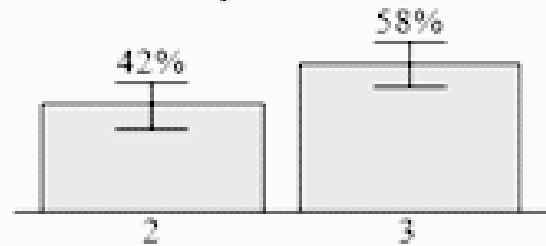


Рис.8. Распределение оценок ЭЭГ (баллы по оси абсцисс) пациентов, перенесших трансплантацию костного мозга и стволовых клеток на сроке 6 мес. после алло-ТГСК.

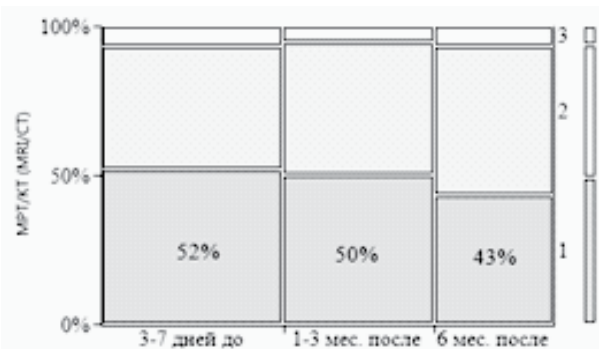


Рис.9. Соотношение трёх градаций оценок МРТ/КТ (баллы) в трёх временных точках до и после трансплантации костного мозга и стволовых клеток.

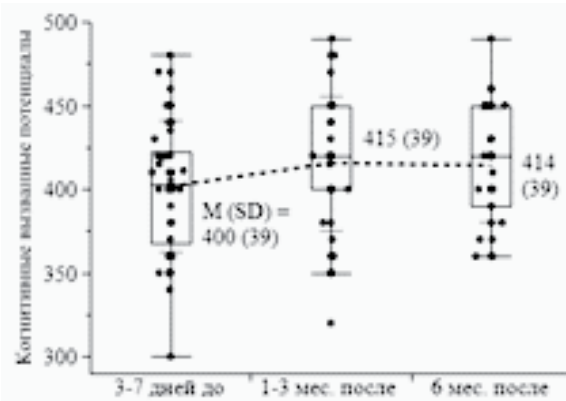


Рис.10. Динамика КВП пациентов (баллы по оси ординат), перенесших ТГСК.

**Динамический праксис.** Нарушения динамического праксиса сохраняются, но в целом приближаются к показателям предтрансплантационного этапа. В отдельных случаях продолжают наблюдаться нарушения автоматизации, плавности движений, тонуса. В графомоторной пробе в отдельных случаях сохраняется микро и макрография, персеверации.

**Таблица 3. Результаты проведения нейропсихологического обследования через 6 мес после алло-ТГСК**

Название методики	Количество испытуемых, допустивших ошибки* (n=33)	
	Абс.	%
Запоминание 10 слов	10	30%
2 пары по 3 слова	9	27%
Кулак-Ребро-Ладонь	11	33%
Реципрокная координация	10	30%
Праксис позы пальцев	9	27%
Пробы Хеда	5	15%
Графомоторная проба	9	27%
Вербальная беглость (принадлежность к группе, слова на определенную букву)	7	21%
Таблицы Шульте	8	24%
Решение математических задач	7	21%
Счет по Крепелину	7	21%
«100-7»	7	21%
Пересказ рассказа	6	18%

\* популяционная норма — 13%

*Вербальная беглость и мышление.* Показатели вербальной беглости возвращаются к нормативным уровням. Мышление без особенностей.

Так же в данном периоде обращает на себя внимание отношение некоторых больных к своему когнитивному дефициту по типу гипернозогнозии. Больные сообщают о наличии выраженных КН (которые не всегда столь сильно выражены объективно). Основные субъективные жалобы в данном периоде со слов пациентов: нарушения внимания («трудно настроиться на работу», «приходится перечитывать предложения»), нарушения памяти («забывчивость»), моторная неловкость («иногда роняю вещи»).

### Обсуждение

Проведенное исследование показало, что КН у изученных пациентов наблюдались на всех этапах исследования, начиная с предтрансплантационного периода, что подтверждает данные других авторов [16, 28, 30, 31, 43].

В развитии КН у пациентов, перенесших алло-ТГСК, решающую роль играет совокупность факторов риска развития таких расстройств на разных этапах исследования. Так, на первом этапе к факторам риска относятся токсичность препаратов, входящих в предшествующие курсы полихимиотерапии, а также психические нарушения [4, 5, 6] и неврологические расстройства, выявлен-

ные у пациентов. По мнению L.J. Beglinger с соавт. (2007), алло-ТГСК практически всегда сопряжена с мягким диффузным КН в предтрансплантационный период [14], генез которой не получил однозначной оценки в литературе [19, 40].

На втором этапе исследования наблюдалась наибольшая концентрация факторов риска — помимо тех факторов, которые выявлялись на первом этапе, в этот период манифестирует оРТПХ, развивается токсичность препаратов кондиционирования, полихимиотерапии и иммуносупрессии, отмечается наличие инфекционных осложнений и препаратов для их купирования (антибиотики и пр.), психических и неврологических расстройств. Вследствие перечисленных причин в этой точке наблюдается наибольшая выраженность КН у исследуемых пациентов.

Через полгода после проведения трансплантации число факторов риска уменьшается, хотя в ряде наблюдений и добавляются явления хронической РТПХ. Вследствие этого и уровень КН в целом снижается.

Особенно наглядно различия в тяжести КН наблюдались по результатам тестирования с использованием MoCA у пациентов с оРТПХ 4 степени и без нее, либо с 1-2 степенью оРТПХ — у больных с оРТПХ 4-й степени обнаруживались значительно более выраженные КН, чем у других пациентов, что объективно свидетельствовало о сопряженности КН с тяжестью соматического состояния и психотравмирующим влиянием проявлений оРТПХ.

Как уже указывалось, значения КВП в раннем посттрансплантационном периоде оказались статистически значимо выше исходных. К 6 месяцам после алло-ТГСК повышенный уровень КВП сохранился, без тенденции к снижению. Такие данные говорят о нарастании КН в посттрансплантационном периоде, по сравнению с периодом до трансплантации. Поскольку изменения КВП Р300 являются объективным и ранним признаком когнитивных расстройств, то этот показатель является достоверным подтверждением существования КН у обследованных пациентов. Кроме того, такие данные согласуются с результатами остальных исследований когнитивной функции у обследованных больных. В доступной литературе нам не удалось найти упоминаний об изучении КВП у пациентов, перенесших алло-ТГСК, однако имеются исследования, где изучается роль КВП при оценке когнитивных функций у соматических больных и авторы приходят к сходным выводам, к тому же они утверждают, что исследование КВП Р300 может служить скрининговой методикой для ранней диагностики КН [8].

Психические расстройства у обследованных пациентов представлены достаточно широким спектром психопатологических расстройств, вносящих свой вклад в развитие КН. Так, хорошо известно, что тревога сопровождается манифестацией КН [3]. При тревожных расстройствах выявляется нарушение памяти, внимания и исполнительских функций [26]. При этом в случае ГТР на-

блюдается выраженное снижение скорости переработки информации, касающейся пугающих или неприятных стимулов [21]. Однако для этого состояния характерно нарушение только невербальной памяти. Нарушение исполнительных функций при обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР) является первичным когнитивным дефицитом, лежащим в основе такого состояния. Кроме того, при ОКР наиболее выражены нарушения зрительной и оперативной памяти. Нарушения памяти при ПТСР касаются как собственно воспоминаний о травматическом событии (типичны забывания стрессовых событий), так и событий прошлого в целом. В последнем случае у лиц с ПТСР описано снижение вербальной, автобиографической и оперативной памяти [3].

Важнейшая когнитивная составляющая тревожных расстройств — непереносимость неопределенности. Пациенты с тревогой не переносят неоднозначной ситуации и склонны оценивать двусмысленные средовые стимулы как угрожающие. При ПТСР описаны когнитивные установки в виде негативного атрибутивного стиля (тенденция относить неблагоприятные события к себе), руминаций («застревание» на стрессовом событии), чувствительность к тревоге и катастрофизация [3]. Для ОКР более характерно наличие таких когнитивных установок, как перфекционизм и повышенная ответственность. Кроме того, при ОКР отмечается пониженное доверие собственной памяти, проявляющееся перепроверками и тревожными сомнениями [2]. Проведенное нами исследование показало существенный вклад тревожных расстройств в формирование КН у обследованных пациентов.

Депрессия также сопровождается развитием КН [22]. У пациентов с депрессивным расстройством наблюдаются выраженные нарушения внимания, памяти и исполнительских функций, которые обнаруживаются при выполнении комплексных заданий, требующих осознанных и целенаправленных усилий. Дефицит исполнительских функций проявляется нарушениями планирования и решения проблем, когнитивной гибкости, речевой беглости [12]. Выраженные нарушения кратковременной вербальной памяти и нарушения концентрации внимания считаются типичными для больных депрессией [7]. КН при депрессии ассоциированы с риском суицида, особенно в молодом возрасте (18-49 лет) [32, 44]. Установлено, что КН при депрессии в виде расстройств памяти и способности к принятию решения сопровождаются структурными изменениями в гиппокампе и префронтальной коре [45]. В ряде работ было показано, что даже в период ремиссии после антидепрессивной терапии у больных депрессией часто выявляются резидуальные когнитивные расстройства в виде нарушения концентрации внимания, памяти, сложности поиска слов, замедленности мышления, умеренных или выраженных нарушений исполнительских функций, процессов вербального научения, скорости психических процессов [35, 51].

В наших наблюдениях у всех пациентов с депрессией установлено наличие КН в виде уменьшения психомоторной скорости и ухудшения зрительно-моторной координации. Выявлена зависимость между уровнем депрессии и выраженностью когнитивных нарушений, что подтверждает предположение о параллелизме между тяжестью депрессивной симптоматики и когнитивной дисфункции. При этом обнаружена тенденция к утяжелению симптомов депрессии с увеличением возраста пациентов. Такие показатели могут быть, в частности, связаны с более тяжелой переносимостью алло-ТГСК в более старшем возрасте.

Обращает на себя внимание и статистически значимое усиление тяжести депрессивных расстройств в подгруппе пациентов, у которых наблюдалось отторжение трансплантата. Анализируя эти данные, можно выдвинуть, по крайней мере, две гипотезы, объясняющие такой факт — во-первых, наличие психологически понятной стрессовой ситуации, сопряженной с неприживлением трансплантата, чреватой не только вынужденной задержкой выздоровления, но и возможными фатальными последствиями, а во-вторых, поскольку основной путь отторжения аллотрансплантатов реализуется через распознавание антигена CD8 Т-клетками и в процессе отторжения трансплантата CD4 Т-лимфоциты выступают в роли Т-хелперов 1-го типа для CD8 Т-лимфоцитов, которые опосредуют деструкцию трансплантата и Т-хелперов 2-го типа для антителопродуцирующих В-клеток, что приводит к образованию антител против трансплантируемых клеток и их продуктов [1], а, кроме того, как и любой иммунный процесс, отторжение трансплантата сопровождается выбросом цитокинов, хотя и клинически (относительно трансплантации) незначимым, но, вероятно, достаточным, чтобы вызвать симптомы депрессии, то все эти иммунобиологические механизмы со значительной долей вероятности могут быть, как минимум, аддитивной причиной развития аффективных расстройств у пациентов с неприживлением трансплантата ГСК. Тем более, что описанный механизм формирования депрессивных расстройств при изменении иммунологических показателей был выдвинут в качестве биологической причины депрессии различными авторами [23, 25].

На втором этапе исследования у пациента из нашей выборки наблюдался соматогенный психоз, внесший существенный вклад в развитие КН. О влиянии психозов на развитие КН свидетельствуют сообщения различных авторов [15, 38]. По данным L.J.Beglinger (2011), у пациентов, перенесших психоз в перитрансплантационном периоде, определяется снижение скорости психомоторной реакции, обучения, памяти и внимания. Авторы отмечают, что психоз возникает в среднем через 12 дней после трансплантации. При этом когнитивные показатели таких пациентов никогда не возвращаются к «средним» значениям, которые

\* Авторы указывают в качестве психоза делириозное расстройство сознания.

у них выявлялись до психоза. Говоря о возможных этиологических факторах постпсихотических КН, они указывали, что, во-первых, на влияние препаратов кондиционирования, которое пациенты проходят до трансплантации. Во-вторых, выделение цитокинов при повреждении ткани, таких, как фактор некроза опухоли альфа и интерлейкин 1В, представляют собой иммунологические механизмы воспаления, предрасполагающие к манифестации психоза [47]. Кроме того, препараты кондиционирования сами по себе могут вызывать нарушения сна, либо сон нарушает необходимость их круглосуточного введения, что также может способствовать возникновению психоза. Наконец, применяются некоторые антибиотические и антигрибковые препараты, которые могут вызывать симптомы психоза (например, вориконозол, противогрибковый препарат широкого спектра действия из группы триазолов, достаточно часто вызывает зрительные галлюцинации [33, 48, 52]). Многие из вышеуказанных факторов могут выявляться за несколько дней до начала психоза и вызывать КН. В некоторых исследованиях обозначены специфические области нейропсихологической дисфункции, связанные с психозами, в частности нарушение внимания и оперативной памяти, оптико-пространственный и языковой дефицит [24, 36].

В ходе исследования выявлены изменения ЭЭГ, сопровождающие развитие КН у обследованных больных. При этом наблюдается дрейф патологических изменений на ЭЭГ в сторону их утяжеления (нарастание изменений, относящихся к выраженному). К последним относятся выраженные диффузные нарушения в виде увеличения индекса патологической медленноволновой активности и снижения индекса альфа-ритма с двух сторон, пароксизмальная активность в виде единичных билатерально синхронных вспышек волн альфа-диапазона и т.п. При сопоставлении наших данных с данными других авторов можно отметить, что таких исследований проводилось крайне мало. Отмечалось лишь, что при исследовании ЭЭГ выявленные в посттрансплантационном периоде тонкие изменения включали асимметрию альфа-ритма, в основном в группе пациентов, получающих высокодозную химиотерапию [41].

Результаты исследования МРТ/КТ головного мозга у пациентов, перенесших алло-ТГСК, неоднозначны. Так, выявляется увеличение наблюдений с клинически незначимыми изменениями (кисты вещества головного мозга и т.п.), при этом увеличение наблюдений с клинически значимыми изменениями не происходит, что не позволяет судить о морфологическом подтверждении нарастания КН у пациентов, перенесших трансплантацию. По данным литературы, изменения на МРТ у пациентов (в основном, перенесших химиотерапию), носят также неспецифический характер и затрагивают гипоплазию червя мозжечка [20]. Еще в одном исследовании при МРТ пациентов, перенесших химиотерапию, выявлена атрофия белого вещества [27].

Одним из существенных факторов развития КН у пациентов, перенесших алло-ТГСК, является энцефалотропная активность препаратов полихимиотерапии (ПХТ). Мета-анализ, проведенный K.D.Hodgson с соавт. (2013), показал, что КН, обусловленные ПХТ, могут быть ограничено небольшим количеством конкретных доменов, а именно доменами памяти и исполнительной функции [28]. J.V.Posner (1995) описал несколько относительно неспецифических нейропсихиатрических осложнений химиотерапии, включающих острую энцефалопатию, цереброваскулярные инсульт-подобные эпизоды, отсроченное развитие хронического энцефалопатия с деменцией подкоркового типа (апатия, нарушение памяти, лобный синдром, нарушения сна) [39].

Что касается механизмов развития КН, индуцированных химиотерапией, то M.K.Tuxen с соавт. (1994) предположили, что имеет место прямое нейротоксическое повреждение мозговой паренхимы в виде демиелинизации или изменения объема жидкости, затрагивающие микроглию, олигодендроциты и нейронные аксоны; вторичный воспалительный ответ — иммунологический механизм, включающий аллергическую гиперчувствительность и аутоиммунный васкулит; и микрососудистые травмы, приводящие к обструкции мелких и средних кровеносных сосудов, спонтанному тромбозу, ишемии и паренхиматозному некрозу [46]. Кроме того, изменение содержания нейротрансмиттеров, особенно церебральных моноаминов и их метаболитов могут представлять дополнительный механизм, связанный с нейротоксическими эффектами [34]. Еще одним потенциальным механизмом является непрямая химическая токсичность и окислительное повреждение мозговой ткани [13]. M.S.Brown и соавт. (1995) предлагают, что инфекционные осложнения, сопровождающие химиотерапию, изменяют содержание и качество экстраневральной жидкости [17]. Также формирование КН при химиотерапии, возможно, обусловлено снижением объема гиппокампа при приеме глюкокортикоидов [27]. При введении в схему ПХТ интерлейкина-2 выявлено нарушение оптико-перцептуальной памяти и уменьшение навыков планирования [18].

Закономерность проявления и степень выраженности КН при проведении химиотерапии у онкологических пациентов некоторые авторы связывают с биомаркерами КН. К таковым относят генетические полиморфизмы, включая АРОЕ-4 и СОМТ-Val, повышение уровня провоспалительного цитокина IL-6 в плазме крови, анемию и уровень гемоглобина во время химиотерапии [19, 37].

В наших исследованиях доля влияния ПХТ на КН весьма существенна, поскольку препараты химиотерапии больные получали как в предтрансплантационном, так и в раннем посттрансплантационном периодах. Кроме того, наблюдалось сочетание влияния препаратов ПХТ на формирование КН. Так, введение иммунодепрессанта микофенолата мофетила коррелировало (на уровне тенденции) с повышением уровня депрессии, что в свою очередь, способствовало увеличению тяжести КН.



Нарушения когнитивных функций у наших пациентов, перенесших алло-ТГСК, по результатам нейропсихологического исследования, носят тотальный характер и затрагивают следующие психические функции: память, внимание, вербальную беглость, моторные навыки, произвольную регуляцию.

Данные нейропсихологического обследования пациентов с заболеваниями системы крови в период до и после алло-ТГСК указывают на наличие определенной динамики показателей когнитивных функций. В период до трансплантации наблюдается снижение показателей памяти, внимания, произвольной регуляции, вербальной беглости и динамического праксиса (по сравнению с нормативными показателями для данной возрастной группы). В ранний период после трансплантации выявляется резкое ухудшение показателей практически всех когнитивных функций (памяти, внимания, динамического праксиса, вербальной беглости, произвольной регуляции). По мере реабилитации к 6 месяцам после алло-ТГСК наблюдается улучшение по всем показателям, кроме памяти и динамического праксиса, до предтрансплантационного уровня. Память и моторные функции так же восстанавливаются, но их показателя остаются все же ниже нормативных показателей.

Можно предположить, что обследование больного психиатром, неврологом и психологом дает более дифференцированную и детализированную оценку показателей когнитивного функционирования, чем при использовании MoCA. Вероятно, эта шкала в большей степени ориентирована на выявление грубых нарушений (характерных для поздних форм деменции), а не мягких, транзиторных когнитивных снижений.

Таким образом, прослеживается характерная и устойчивая динамика КН в посттрансплантационном периоде. Несмотря на ее индивидуальную вариативность у разных пациентов, в общем виде она носит следующий характер: резкое снижение

показателей когнитивных функций практически по всем показателям в раннем посттрансплантационном периоде с постепенным их восстановлением к 6 месяцам после алло-ТГСК.

Отношение больных к когнитивному дефициту также меняется на протяжении периода лечения: от анозогнозического и гипознозического на предтрансплантационном этапе до гипернозогнозического в отдаленных периодах после алло-ТГСК (до 6 мес.).

### Заключение

КН у пациентов с ЗСК до и после алло-ТГСК развиваются на фоне совокупности факторов риска, провоцирующих данное состояние и изменение его динамики. Поскольку взаимодействие этих факторов в каждом случае уникально и индивидуально (возраст пациента, протоколы и количество курсов химиотерапии, тип основного заболевания, сопутствующие инфекции, заболевания и т.д.), то у одних пациентов дефицит может проявляться в стертой форме или минимально даже после алло-ТГСК, в то время как у других выявляются нарушения сразу нескольких функций уже на предтрансплантационном этапе. Тем не менее, в целом динамика КН у исследованных пациентов подчиняется описанным выше закономерностям — снижение показателей когнитивных функций в раннем посттрансплантационном периоде с постепенным восстановлением к 6 месяцам. Поскольку данное исследование ограничивалось описанием периода до 6 мес. после трансплантации, невозможно делать прогноз относительно дальнейшей динамики КН, а именно: сохраняются ли такие нарушения в отдаленном периоде (например, к 1 году после трансплантации)? Такая постановка вопроса представляется нам перспективной для дальнейших исследований.

### Литература

1	Будчанов Ю.И. Трансплантационная иммунология. Учебно-методическое пособие для студентов. — Тверь. — 2012. — С.36. <a href="https://tvgtmu.ru/upload/iblock/f87/transplantimmunol.pdf">https://tvgtmu.ru/upload/iblock/f87/transplantimmunol.pdf</a>	<i>Budchanov Yu.I. Transplant immunology. Study guide for students. Tver'; 2012: 36. <a href="https://tvgtmu.ru/upload/iblock/f87/transplantimmunol.pdf">https://tvgtmu.ru/upload/iblock/f87/transplantimmunol.pdf</a> (In Rus.)</i>
2	Волель Б.А. Навязчивые сомнения по контрасту // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С. Корсакова. — 2002. — Т.102. — №9. — С.14–20.	<i>Volel B.A. Obsessive doubts in contrast. Zhurnal nevrologii i psihiatrii im.S.S.Korsakova. 2002;102(9): 14–20 (In Rus.).</i>
3	Волель Б.А., Петелин Д.С., Ахапкин Р.В., Малутина А.А. Когнитивные нарушения при тревожных расстройствах // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2018. — Т.10. — №1. — С.78–82.	<i>Volel B.A., Petelin D.S., Akhapkin R.V., Malyutina A.A. Cognitive impairment in anxiety disorders. Nevrologija, nejropsihiatrija, psihosomatika. 2018; 10(1): 78–82 (In Rus.).</i>
4	Выборных Д.Э., Иванов С.В., Савченко В.Г. Позогенные реакции у больных с заболеваниями системы крови // Психические расстройства в общей медицине. — 2011. — №3–4. — С.4–10.	<i>Vyborynykh DE, Ivanov S.V., Savchenko V.G. Adjustment disorders in the hematological malignancies patients. Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine. 2011: (3–4): 4–10. (In Rus.).</i>

5	Выборных Д.Э., Иванов С.В., Савченко В.Г. Соматогенные и соматогенно провоцированные психозы при онкогематологических заболеваниях. Типология и терапия соматогенных психозов при онкогематологических заболеваниях // Терапевтический архив. — 2007. — Т.79. — №10. — С.61–66.	Vybornykh DE, Ivanov S.V., Savchenko V.G. Somatogenic and somatogenically provoked psychosis in hematological malignancies. Typology and therapy of somatogenic psychoses in hematological malignancies. <i>Terapevticheskij arhiv</i> . 2007; 79(10): 61–66 (In Rus.).
6	Выборных Д.Э., Иванов С.В., Савченко В.Г., Гемджян Э.Г. Соматогенные и соматогенно провоцированные психозы при заболеваниях системы крови. Факторы риска соматогенных психозов при заболеваниях системы крови // Терапевтический архив. — 2008. — Т.80. — №7. — С.38–43.	Vybornykh D.E., Ivanov S.V., Savchenko V.G., Gemdzhian E.G. Somatogenic and somatogenically provoked psychosis in hematological malignancies. Risk factors for somatogenic psychosis in hematological malignancies. <i>Terapevticheskij arhiv</i> . 2008; 80(7): 38–43 (In Rus.).
7	Ершов Б.Б., Тагильцева А.В., Петров М.В. Современные исследования когнитивного дефицита при аффективных расстройствах: нейropsихологический подход (обзор литературы) // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. 2015. — №3. — С.65–76.	Ershov B. B., Tagiltseva A. V., Petrov M. V. Modern studies of cognitive deficits in affective disorders: a neuropsychological approach (literature review). <i>Vestnik JuUrGU Serija: Psihologija</i> . 2015; (3): 65–76 (In Rus.).
8	Зуева И.Б., Ванаева К.И., Санец Е.Л. Когнитивный вызванный потенциал p300: роль в оценке когнитивных функций у больных с артериальной гипертензией и ожирением // Бюллетень СО РАМН. — 2012. — Т.32. — №5. — С.55–62.	Zueva IB, Vanayeva K.I., Sanets E.L. Cognitive evoked potential of p300: a role in assessing cognitive functions in patients with arterial hypertension and obesity. <i>Bjulleten' SO RAMN</i> . 2012; 32(5): 55–62 (In Rus.).
9	Клинические рекомендации по диагностике и лечению идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (первичной иммунной тромбоцитопении) у взрослых. П/ред. Савченко В.Г. — Москва. — 2014. — 42с.	<i>Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of idiopathic thrombocytopenic purpura (primary immune thrombocytopenia) in adults</i> . Savchenko V.G. (editor) Moscow; 2014: 42 (In Rus.).
10	Федорова С.Ю., Хрущев С.О., Выборных Д.Э. Когнитивные нарушения при трансплантации костного мозга (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. — 2017. — №4. — С.18–26.	Fedorova S.Yu., Khrushchev S.O., Vybornykh D.E. Cognitive impairment in bone marrow transplantation (literature review). <i>Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M.Behтерева</i> . 2017; (4): 18–26 (In Rus.).
11	Федорова С.Ю., Хрущев С.О., Выборных Д.Э., Кузьмина Л.А., Паровичникова Е.Н. Когнитивные нарушения у пациентов с заболеваниями системы крови, перенесших трансплантацию аллогенного костного мозга // Гематология и трансфузиология. — 2018. — Т.63. — №1. — С.34.	Fedorova S.Yu., Khrushchev S.O., Vybornykh D.E., Kuzmina L.A., Parovichnikova E.N. Cognitive impairments in patients with hematological malignancies after allogenic bone marrow transplantation. <i>Gematologija i transfuziologija</i> . 2018; 63(S1): 34 (In Rus.).
12	Austin M.P., Mitchell P., Goodwin G.M. Cognitive deficits in depression: possible implications for functional neuropathology. <i>Br J Psychiatry</i> . 2001 Mar;178:200–206.	Austin M.P., Mitchell P., Goodwin G.M. Cognitive deficits in depression: possible implications for functional neuropathology. <i>Br J Psychiatry</i> . 2001 Mar;178:200–206.
13	Barton D., Loprinzi C. Novel approaches to preventing chemotherapy-induced cognitive dysfunction in breast cancer: the art of the possible. <i>Clin Breast Cancer</i> . 2002 Dec;3 Suppl 3:S121–127.	Barton D., Loprinzi C. Novel approaches to preventing chemotherapy-induced cognitive dysfunction in breast cancer: the art of the possible. <i>Clin Breast Cancer</i> . 2002 Dec;3 Suppl 3:S121–127.
14	Beglinger L.J., Duff K., Van Der Heiden S., Moser D.J., Bayless J.D., Paulsen J.S., et al. Neuropsychological and psychiatric functioning pre- and posthematopoietic stem cell transplantation in adult cancer patients: a preliminary study. <i>J Int Neuropsychol Soc</i> . 2007;13(1):172–177. DOI: 10.1017/S1355617707070208.	Beglinger L.J., Duff K., Van Der Heiden S., Moser D.J., Bayless J.D., Paulsen J.S., et al. Neuropsychological and psychiatric functioning pre- and posthematopoietic stem cell transplantation in adult cancer patients: a preliminary study. <i>J Int Neuropsychol Soc</i> . 2007;13(1):172–177. DOI: 10.1017/S1355617707070208.

15	Beglinger L.J., Mills J.A., Vik S.M., Duff K., Denburg N.L., Weckmann M.T., et al. The neuropsychological course of acute delirium in adult hematopoietic stem cell transplantation patients. <i>Arch Clin Neuropsychol.</i> 2011 Mar;26(2):98–109. DOI: 10.1093/arclin/acq103.	Beglinger L.J., Mills J.A., Vik S.M., Duff K., Denburg N.L., Weckmann M.T., et al. The neuropsychological course of acute delirium in adult hematopoietic stem cell transplantation patients. <i>Arch Clin Neuropsychol.</i> 2011 Mar;26(2):98–109. DOI: 10.1093/arclin/acq103.
16	Booth-Jones M, Jacobsen PB, Ransom S, Soety E. Characteristics and correlates of cognitive functioning following bone marrow transplantation. <i>Bone Marrow Transplant</i> 2005;36(8):695–702. DOI: 10.1038/sj.bmt.1705108.	Booth-Jones M, Jacobsen PB, Ransom S, Soety E. Characteristics and correlates of cognitive functioning following bone marrow transplantation. <i>Bone Marrow Transplant</i> 2005;36(8):695–702. DOI: 10.1038/sj.bmt.1705108.
17	Brown M.S., Simon J.H., Stemmer S.M., Stears J.C., Scherzinger A., Cagnoni P.J., et al. MR and proton spectroscopy of white matter disease induced by high-dose chemotherapy with bone marrow transplant in advanced breast carcinoma. <i>AJNR Am J Neuroradiol.</i> 1995;16(10):2013–2020.	Brown M.S., Simon J.H., Stemmer S.M., Stears J.C., Scherzinger A., Cagnoni P.J., et al. MR and proton spectroscopy of white matter disease induced by high-dose chemotherapy with bone marrow transplant in advanced breast carcinoma. <i>AJNR Am J Neuroradiol.</i> 1995;16(10):2013–2020.
18	Capuron L., Ravaut A., Dantzer R. Timing and specificity of the cognitive changes induced by interleukin-2 and interferon-alpha treatments in cancer patients. <i>Psychosom Med.</i> 63(3):376–386. DOI: 10.1097/00006842-200105000-00007.	Capuron L., Ravaut A., Dantzer R. Timing and specificity of the cognitive changes induced by interleukin-2 and interferon-alpha treatments in cancer patients. <i>Psychosom Med.</i> 63(3):376–386. DOI: 10.1097/00006842-200105000-00007.
19	Castel H., Denouel A., Lange M., Tonon M.-C., Dubois M., Joly F. Biomarkers Associated with Cognitive Impairment in Treated Cancer Patients: Potential Predisposition and Risk Factors. <i>Front Pharmacol.</i> 2017;8:138. DOI: 10.3389/fphar.2017.00138.	Castel H., Denouel A., Lange M., Tonon M.-C., Dubois M., Joly F. Biomarkers Associated with Cognitive Impairment in Treated Cancer Patients: Potential Predisposition and Risk Factors. <i>Front Pharmacol.</i> 2017;8:138. DOI: 10.3389/fphar.2017.00138.
20	Ciesielski K.T., Yanofsky R., Ludwig R.N., Hill D.E., Hart B.L., Astur R.S., et al. Hypoplasia of the cerebellar vermis and cognitive deficits in survivors of childhood leukemia. <i>Arch Neurol.</i> 1994 Oct;51(10):985–93.	Ciesielski K.T., Yanofsky R., Ludwig R.N., Hill D.E., Hart B.L., Astur R.S., et al. Hypoplasia of the cerebellar vermis and cognitive deficits in survivors of childhood leukemia. <i>Arch Neurol.</i> 1994 Oct;51(10):985–93.
21	Cisler J.M., Koster E.H.W. Mechanisms of attentional biases towards threat in anxiety disorders: An integrative review. <i>Clin Psychol Rev.</i> 2010 Mar;30(2):203–216. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.11.003.	Cisler J.M., Koster E.H.W. Mechanisms of attentional biases towards threat in anxiety disorders: An integrative review. <i>Clin Psychol Rev.</i> 2010 Mar;30(2):203–216. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.11.003.
22	Clerc M.-T., von Gunten A. Relations entre dépression et troubles cognitifs. <i>Praxis (Bern 1994)</i> . 2017 Nov;106(22):1225–1228. DOI: 10.1024/1661-8157/a002804.	Clerc M.-T., von Gunten A. Relations entre dépression et troubles cognitifs. <i>Praxis (Bern 1994)</i> . 2017 Nov;106(22):1225–1228. DOI: 10.1024/1661-8157/a002804.
23	Dubois T., Reynaert C., Jacques D., Lepiece B., Patigny P., Zdanowicz N. Immunity and psychiatric disorders: variabilities of immunity biomarkers are they specific? <i>Psychiatr Danub.</i> 2018 Nov;30(Suppl 7):447–451.	Dubois T., Reynaert C., Jacques D., Lepiece B., Patigny P., Zdanowicz N. Immunity and psychiatric disorders: variabilities of immunity biomarkers are they specific? <i>Psychiatr Danub.</i> 2018 Nov;30(Suppl 7):447–451.
24	Fann J.R., Alfano C.M., Burington B.E., Roth-Roemer S., Katon W.J., Syrjala K.L. Clinical presentation of delirium in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. <i>Cancer</i> . 2005 Feb 15;103(4):810–20. DOI: 10.1002/cncr.20845.	Fann J.R., Alfano C.M., Burington B.E., Roth-Roemer S., Katon W.J., Syrjala K.L. Clinical presentation of delirium in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. <i>Cancer</i> . 2005 Feb 15;103(4):810–20. DOI: 10.1002/cncr.20845.
25	Felger J.C. Role of Inflammation in Depression and Treatment Implications. <i>Handb Exp Pharmacol.</i> 2018 Oct 28. DOI: 10.1007/164_2018_166.	Felger J.C. Role of Inflammation in Depression and Treatment Implications. <i>Handb Exp Pharmacol.</i> 2018 Oct 28. DOI: 10.1007/164_2018_166.

26	Ferreri F, Lapp L.K., Peretti C.-S. Current research on cognitive aspects of anxiety disorders. <i>Curr Opin Psychiatry</i> . 2011 Jan;24(1):49–54. DOI: 10.1097/YCO.0b013e32833f5585.	Ferreri F, Lapp L.K., Peretti C.-S. Current research on cognitive aspects of anxiety disorders. <i>Curr Opin Psychiatry</i> . 2011 Jan;24(1):49–54. DOI: 10.1097/YCO.0b013e32833f5585.
27	Harila-Saari A.H., Pääkkö E.L., Vainionpää L.K., Pyhtinen J., Lanning B.M. A longitudinal magnetic resonance imaging study of the brain in survivors in childhood acute lymphoblastic leukemia. <i>Cancer</i> . 1998 Dec 15;83(12):2608–17.	Harila-Saari A.H., Pääkkö E.L., Vainionpää L.K., Pyhtinen J., Lanning B.M. A longitudinal magnetic resonance imaging study of the brain in survivors in childhood acute lymphoblastic leukemia. <i>Cancer</i> . 1998 Dec 15;83(12):2608–17.
28	Hodgson KD, Hutchinson AD, Wilson CJ, Nettelbeck T. A meta-analysis of the effects of chemotherapy on cognition in patients with cancer. <i>Cancer Treat Rev</i> . 2013;39(3):297–304. DOI: 10.1016/j.ctrv.2012.11.001	Hodgson KD, Hutchinson AD, Wilson CJ, Nettelbeck T. A meta-analysis of the effects of chemotherapy on cognition in patients with cancer. <i>Cancer Treat Rev</i> . 2013;39(3):297–304. DOI: 10.1016/j.ctrv.2012.11.001
29	Hughes C.P., Berg L., Danziger W.L., Coben L.A., Martin R.L. A new clinical scale for the staging of dementia. <i>Br J Psychiatry</i> . 1982 Jun;140:566–572.	Hughes C.P., Berg L., Danziger W.L., Coben L.A., Martin R.L. A new clinical scale for the staging of dementia. <i>Br J Psychiatry</i> . 1982 Jun;140:566–572.
30	Jacobs SR, Small BJ, Booth-Jones M, Jacobsen PB, Fields KK. Changes in cognitive functioning in the year after hematopoietic stem cell transplantation. <i>Cancer</i> . 2007 Oct 1;110(7):1560–1567. DOI: 10.1002/cncr.22962.	Jacobs SR, Small BJ, Booth-Jones M, Jacobsen PB, Fields KK. Changes in cognitive functioning in the year after hematopoietic stem cell transplantation. <i>Cancer</i> . 2007 Oct 1;110(7):1560–1567. DOI: 10.1002/cncr.22962.
31	Jim H.S.L., Small B., Hartman S., Franzen J., Millay S., Phillips K., et al. Clinical predictors of cognitive function in adults treated with hematopoietic cell transplantation. <i>Cancer</i> . 2012 Jul 1;118(13):3407–3416. DOI: 10.1002/cncr.26645.	Jim H.S.L., Small B., Hartman S., Franzen J., Millay S., Phillips K., et al. Clinical predictors of cognitive function in adults treated with hematopoietic cell transplantation. <i>Cancer</i> . 2012 Jul 1;118(13):3407–3416. DOI: 10.1002/cncr.26645.
32	Lara E., Olaya B., Garin N., Ayuso-Mateos J.L., Miret M., Moneta V., et al. Is cognitive impairment associated with suicidality? A population-based study. <i>Eur Neuropsychopharmacol</i> . 2015 Feb;25(2):203–213. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2014.08.010.	Lara E., Olaya B., Garin N., Ayuso-Mateos J.L., Miret M., Moneta V., et al. Is cognitive impairment associated with suicidality? A population-based study. <i>Eur Neuropsychopharmacol</i> . 2015 Feb;25(2):203–213. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2014.08.010.
33	Levine M.T., Chandrasekar P.H. Adverse effects of voriconazole: Over a decade of use. <i>Clin Transplant</i> . 2016;30(11):1377–1386. DOI: 10.1111/ctr.12834.	Levine M.T., Chandrasekar P.H. Adverse effects of voriconazole: Over a decade of use. <i>Clin Transplant</i> . 2016;30(11):1377–1386. DOI: 10.1111/ctr.12834.
34	Madhyastha S., Somayaji S.N., Rao M.S., Nalini K., Bairy K.L. Hippocampal brain amines in methotrexate-induced learning and memory deficit. <i>Can J Physiol Pharmacol</i> . 2002 Nov;80(11):1076–1084.	Madhyastha S., Somayaji S.N., Rao M.S., Nalini K., Bairy K.L. Hippocampal brain amines in methotrexate-induced learning and memory deficit. <i>Can J Physiol Pharmacol</i> . 2002 Nov;80(11):1076–1084.
35	McClintock S.M., Husain M.M., Greer T.L., Cullum C.M. Association between depression severity and neurocognitive function in major depressive disorder: a review and synthesis. <i>Neuropsychology</i> . 2010 Jan;24(1):9–34. DOI: 10.1037/a0017336.	McClintock S.M., Husain M.M., Greer T.L., Cullum C.M. Association between depression severity and neurocognitive function in major depressive disorder: a review and synthesis. <i>Neuropsychology</i> . 2010 Jan;24(1):9–34. DOI: 10.1037/a0017336.
36	Meagher D.J., Moran M., Raju B., Gibbons D., Donnelly S., Saunders J., et al. Phenomenology of delirium. Assessment of 100 adult cases using standardised measures. <i>Br J Psychiatry</i> . 2007 Feb;190:135–141. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.023911.	Meagher D.J., Moran M., Raju B., Gibbons D., Donnelly S., Saunders J., et al. Phenomenology of delirium. Assessment of 100 adult cases using standardised measures. <i>Br J Psychiatry</i> . 2007 Feb;190:135–141. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.023911.
37	Meyers C.A., Albitar M., Estey E. Cognitive impairment, fatigue, and cytokine levels in patients with acute myelogenous leukemia or myelodysplastic syndrome. <i>Cancer</i> . 2005 Aug 15;104(4):788–793. DOI: 10.1002/cncr.21234.	Meyers C.A., Albitar M., Estey E. Cognitive impairment, fatigue, and cytokine levels in patients with acute myelogenous leukemia or myelodysplastic syndrome. <i>Cancer</i> . 2005 Aug 15;104(4):788–793. DOI: 10.1002/cncr.21234.

38	Plaum E., Duhm E. [Cognitive disorders in endogenous psychoses]. <i>Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz)</i> . 1985 Jan;37(1):22–29.	Plaum E., Duhm E. [Cognitive disorders in endogenous psychoses]. <i>Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz)</i> . 1985 Jan;37(1):22–29.
39	Posner J.B. <i>Neurologic Complications of Cancer</i> . Philadelphia: Davis; 1995.	Posner J.B. <i>Neurologic Complications of Cancer</i> . Philadelphia: Davis; 1995.
40	Saykin A.J., Ahles T.A., McDonald B.C. Mechanisms of chemotherapy-induced cognitive disorders: neuropsychological, pathophysiological, and neuroimaging perspectives. <i>Semin Clin Neuropsychiatry</i> . 2003 Oct;8(4):201–16.	Saykin A.J., Ahles T.A., McDonald B.C. Mechanisms of chemotherapy-induced cognitive disorders: neuropsychological, pathophysiological, and neuroimaging perspectives. <i>Semin Clin Neuropsychiatry</i> . 2003 Oct;8(4):201–16.
41	Schagen S.B., Hamburger H.L., Muller M.J., Boogerd W., van Dam F.S. Neurophysiological evaluation of late effects of adjuvant high-dose chemotherapy on cognitive function. <i>J Neurooncol</i> . 2001 Jan;51(2):159–165.	Schagen S.B., Hamburger H.L., Muller M.J., Boogerd W., van Dam F.S. Neurophysiological evaluation of late effects of adjuvant high-dose chemotherapy on cognitive function. <i>J Neurooncol</i> . 2001 Jan;51(2):159–165.
42	Scherwath A, Schirmer L, Kruse M, Ernst G, Eder M, Dinkel A, et al. Cognitive functioning in allogeneic hematopoietic stem cell transplantation recipients and its medical correlates: a prospective multicenter study. <i>Psycho-Oncology</i> . 2013 Jul;22(7):1509–1516. DOI: 10.1002/pon.3159.	Scherwath A, Schirmer L, Kruse M, Ernst G, Eder M, Dinkel A, et al. Cognitive functioning in allogeneic hematopoietic stem cell transplantation recipients and its medical correlates: a prospective multicenter study. <i>Psycho-Oncology</i> . 2013 Jul;22(7):1509–1516. DOI: 10.1002/pon.3159.
43	Schulz-Kindermann F, Mehnert A., Scherwath A., Schirmer L., Schleimer B., Zander A.R., et al. Cognitive function in the acute course of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for hematological malignancies. <i>Bone Marrow Transplant</i> . 2007;39(12):789–99. DOI: 10.1038/sj.bmt.1705663.	Schulz-Kindermann F, Mehnert A., Scherwath A., Schirmer L., Schleimer B., Zander A.R., et al. Cognitive function in the acute course of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for hematological malignancies. <i>Bone Marrow Transplant</i> . 2007;39(12):789–99. DOI: 10.1038/sj.bmt.1705663.
44	Stewart J.G., Glenn C.R., Esposito E.C., Cha C.B., Nock M.K., Auerbach R.P. Cognitive Control Deficits Differentiate Adolescent Suicide Ideators From Attempters. <i>J Clin Psychiatry</i> . 2017 Jun;78(6): 14–21. DOI: 10.4088/JCP.16m10647.	Stewart J.G., Glenn C.R., Esposito E.C., Cha C.B., Nock M.K., Auerbach R.P. Cognitive Control Deficits Differentiate Adolescent Suicide Ideators From Attempters. <i>J Clin Psychiatry</i> . 2017 Jun;78(6): 14–21. DOI: 10.4088/JCP.16m10647.
45	Trivedi M.H., Greer T.L. Cognitive dysfunction in unipolar depression: implications for treatment. <i>J Affect Disord</i> . 2014 Jan;152–154:19–27. DOI: 10.1016/j.jad.2013.09.012.	Trivedi M.H., Greer T.L. Cognitive dysfunction in unipolar depression: implications for treatment. <i>J Affect Disord</i> . 2014 Jan;152–154:19–27. DOI: 10.1016/j.jad.2013.09.012.
46	Tuxen M.K., Hansen S.W. Neurotoxicity secondary to antineoplastic drugs. <i>Cancer Treat Rev</i> . 1994 Apr;20(2):191–214.	Tuxen M.K., Hansen S.W. Neurotoxicity secondary to antineoplastic drugs. <i>Cancer Treat Rev</i> . 1994 Apr;20(2):191–214.
47	van Gool WA, van de Beek D, Eikelenboom P. Systemic infection and delirium: when cytokines and acetylcholine collide. <i>Lancet (London, England)</i> . 2010 Feb 27;375(9716):773–775. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61158-2.	van Gool WA, van de Beek D, Eikelenboom P. Systemic infection and delirium: when cytokines and acetylcholine collide. <i>Lancet (London, England)</i> . 2010 Feb 27;375(9716):773–775. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61158-2.
48	Vybornykh D., Klyasova G., Mikhailova E., Kuzmina L., Troitskaya V., Pokrovskaya O., et al. Mental disorders observed during the application of voriconazole. <i>Haematologica</i> . 2015;100(S1):718–719.	Vybornykh D., Klyasova G., Mikhailova E., Kuzmina L., Troitskaya V., Pokrovskaya O., et al. Mental disorders observed during the application of voriconazole. <i>Haematologica</i> . 2015;100(S1):718–719.
49	Wefel J.S., Schagen S.B. Chemotherapy-related cognitive dysfunction. <i>Curr Neurol Neurosci Rep</i> . 2012 Jun;12(3):267–275. DOI: 10.1007/s11910-012-0264-9.	Wefel J.S., Schagen S.B. Chemotherapy-related cognitive dysfunction. <i>Curr Neurol Neurosci Rep</i> . 2012 Jun;12(3):267–275. DOI: 10.1007/s11910-012-0264-9.
50	Wefel J.S., Witgert M.E., Meyers C.A. Neuropsychological Sequelae of Non-Central Nervous System Cancer and Cancer Therapy. <i>Neuropsychol Rev</i> . 2008 Jun 16;18(2):121–31. Available from: DOI: 10.1007/s11065-008-9058-x.	Wefel J.S., Witgert M.E., Meyers C.A. Neuropsychological Sequelae of Non-Central Nervous System Cancer and Cancer Therapy. <i>Neuropsychol Rev</i> . 2008 Jun 16;18(2):121–31. Available from: DOI: 10.1007/s11065-008-9058-x.

51	Zajecka J., Kornstein S.G., Blier P. <i>Residual Symptoms in Major Depressive Disorder: Prevalence, Effects, and Management. J Clin Psychiatry. 2013 Apr 15;74(04):407-14. DOI: 10.4088/JCP.12059ah1.</i>	Zajecka J., Kornstein S.G., Blier P. <i>Residual Symptoms in Major Depressive Disorder: Prevalence, Effects, and Management. J Clin Psychiatry. 2013 Apr 15;74(04):407-14. DOI: 10.4088/JCP.12059ah1.</i>
52	Zonios D.I., Gea-Banacloche J., Childs R., Bennett J.E. <i>Hallucinations during voriconazole therapy. Clin Infect Dis. 2008 Jul 1;47(1):7-10. DOI: 10.1086/588844.</i>	Zonios D.I., Gea-Banacloche J., Childs R., Bennett J.E. <i>Hallucinations during voriconazole therapy. Clin Infect Dis. 2008 Jul 1;47(1):7-10. DOI: 10.1086/588844.</i>

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

**Источник финансирования.** Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 18-013-00125 А

#### **Сведения об авторах**

**Выборных Дмитрий Эдуардович** - д.м.н., заведующий лабораторией по изучению психических и неврологических расстройств при заболеваниях системы крови ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России. Email: dvyb@yandex.ru, м.т. +7(985)767-40-47

**Фёдорова Светлана Юрьевна** - врач-невролог лаборатории по изучению психических и неврологических расстройств при заболеваниях системы крови ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России. E-mail: neuro\_blood@mail.ru

**Хрущёв Сергей Олегович** - медицинский психолог лаборатории по изучению психических и неврологических расстройств при заболеваниях системы крови ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России. E-mail: khrushchevsergei@gmail.com

**Дроков Михаил Юрьевич** - к.м.н, с.н.с. отдела химиотерапии гемобластозов, депрессий кроветворения и трансплантации костного мозга ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России. E-mail:mdrokov@gmail.com

**Гемджян Эдуард Георгиевич** - с.н.с. лаб. биостатистики ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России. E-mail:edstat@mail.ru

**Кузьмина Лариса Анатольевна** - к.м.н., заведующая отделением интенсивной высокодозной химиотерапии и трансплантации костного мозга с круглосуточным и дневным стационарами ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России.

**Паровичникова Елена Николаевна** - д.м.н., руководитель отдела химиотерапии гемобластозов, депрессий кроветворения и трансплантации костного мозга ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России. E-mail: elenap@blood.ru

## Частота встречаемости сахарного диабета 2 типа и метаболических нарушений у больных с расстройствами шизофренического спектра при длительной противорецидивной антипсихотической терапии (по результатам скрининга)

Горобец Л.Н.<sup>1</sup>, Царенко М.А.<sup>2</sup>, Литвинов А.В.<sup>1</sup>, Василенко Л.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава РФ,

<sup>2</sup> Московский городской психоэндокринологический центр

**Резюме.** В статье представлены результаты скрининга данных 443 амбулаторных карт пациентов с расстройствами шизофренического спектра, находившихся на динамическом амбулаторном наблюдении на двух участках психоневрологического диспансера №2 г. Москвы, с целью оценки частоты встречаемости сахарного диабета 2-го типа (СД 2), а также метаболических нарушений (МН) у пациентов при длительной противорецидивной антипсихотической терапии. Частота этих расстройств в целом составила 24,6%. Рассматривались различия в распространенности СД 2 и МН в зависимости от пола пациента и применяемого антипсихотика. Полученные данные о высокой частоте встречаемости вышеуказанных метаболических нарушений свидетельствуют о необходимости разработки стандартов при антипсихотической терапии пациентов с расстройствами шизофренического спектра при их сочетании с СД2 и МН.

**Ключевые слова:** антипсихотики, расстройства шизофренического спектра, сахарный диабет 2 типа, метаболические нарушения.

### Frequency of occurrence of type 2 diabetes and metabolic disturbances in patients with schizophrenic range disorders with prolonged anti-relapse antipsychotic therapy (based on screening results)

Gorobets L.N.<sup>1</sup>, Tsarenko M.A.<sup>2</sup>, Litvinov A.V.<sup>1</sup>, Vasilenko L.M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Moscow Research Institute of Psychiatry, Branch of National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology of Health Ministry of Russia

<sup>2</sup> Moscow City Psycho-Endocrinological Center

**Summary.** The article presents the results of screening data from a simultaneous study of 443 outpatient cards of patients with schizophrenic spectrum disorders who were under dynamic outpatient monitoring in two areas of the psycho-neurological dispensary No. 2 in Moscow in order to assess the incidence of type 2 diabetes mellitus (T2DM), and also metabolic disorders (MD) in patients with prolonged anti-relapse antipsychotic therapy. The incidence of these disorders as a whole was 24.6%. Differences in the prevalence of diabetes mellitus 2 and MN were considered depending on the gender of the patient and the antipsychotic used. The obtained data on the high frequency of occurrence of the above metabolic disorders indicate the need to develop standards for antipsychotic therapy of patients with schizophrenic spectrum disorders when combined with T2DM and MD.

**Key words:** antipsychotics, schizophrenia spectrum disorders, type II diabetes, metabolic instability.

Данные эпидемиологических и клинических исследований свидетельствуют о высокой распространенности нейроэндокринных дисфункций (НЭД), которая составляет от 3% до 100% у больных с расстройствами шизофренического спектра при проведении длительной противорецидивной антипсихотической терапии [2, 6, 7, 10]. Зарубежные публикации последних лет указывают на значительный процент в структуре нейроэндокринных дисфункций различных метаболических нарушений, вызванных психофармакотерапией [23, 24, 25, 28]. В эпидемиологических исследованиях показано наличие ожирения у 40-94% лиц с диагнозом шизофренического спектра, принимающих антипсихотики второго поколения (АВП), что в

два раза выше, чем при лечении антипсихотиками первого поколения (АПП), которые диагностируются в 6,7%-62% случаев [3, 5, 12, 13, 31]. Распространенность СД 2 среди больных шизофренией также превышает таковую в общей популяции в 2-3 раза [4, 9, 16, 18, 21].

Следует отметить, что у ряда пациентов метаболические нарушения проявляются на субклиническом уровне и выявляются только при проведении лабораторной диагностики. Такие нарушения можно назвать метаболическими сдвигами доклинического уровня [14]. Более ранние работы [19, 20, 29, 30], связанные с исследованием метаболических нарушений у психически больных, описывали отдельные клинические проявления: прибав-

ку массы тела, гипергликемию (ГГ), дислипидемию и т.д. Современные исследования чаще указывают на сочетание нескольких клинических признаков метаболических нарушений (МН), которые объединяются в синдром, получивший название метаболического синдрома (МС) [15, 26,27,33].

Лица, страдающие МС, составляют в общей сложности 15-25 % всей популяции. С этим не в последнюю очередь связано более чем двукратное увеличение риска внезапной смерти в связи с острым коронарным синдромом или острым нарушением мозгового кровообращения [26]. Терапия пациентов с МС требует значительных финансовых затрат. Кроме того, различные проявления МС оказывают негативное влияние на эмоциональное состояние и психосоциальное функционирование пациентов и членов их семей. МС приводит к повышению риска развития различных психических расстройств, таких как депрессии [11], а наличие клинических признаков в рамках этого синдрома является неблагоприятным прогностическим фактором, определяющим качество жизни пациентов, формируя развитие и прогрессирование соматических заболеваний, таких как гипертоническая болезнь, ИБС, атеросклероз, СД 2 [5,8,21]. Доказано, что продолжительность жизни больных шизофренией сокращается в среднем на 20% по сравнению с общей популяцией. При этом смертность среди больных шизофренией в 2-3 раза превышает таковую в общей популяции, причем в большей степени речь идет о смертности от сердечно-сосудистой патологии [27]. Не менее важной проблемой является то, что наличие метаболических нарушений и прежде всего увеличение массы тела зачастую становится причиной отмены адекватно проводимой антипсихотической терапии [1].

Терапия антипсихотиками в настоящее время является основным средством лечения больных шизофренией. Во множестве исследований показано, что терапия АПП или АВП способствует снижению выраженности психических расстройств, смертности, числа госпитализаций и суицидальных попыток. АВП по сравнению с АПП, вызывают меньше экстрапирамидных побочных явлений, а также, вероятно, способствуют улучшению в когнитивной и аффективной сферах [10,13]. По этим причинам в последние два десятилетия отмечается значительное увеличение случаев использования АВП в психиатрической практике. Тем не менее, есть данные о том, что все АВП в большей степени, чем АПП, способствуют прибавке массы тела и развитию МС, при этом особенно выраженные метаболические побочные эффекты наблюдаются при приеме клозапина и оланзапина.

По относительному риску развития МС антипсихотики второго поколения можно распределить следующим образом: 1) клозапин (наибольший риск); 2) оланзапин; 3) кветиапин; 4) рисперидон/палиперидон; 5) арипипразол; 6) zipрасидон (наименьший риск) (адаптировано из [25]). Подробный анализ частоты и выраженности конкретных метаболических побочных эффектов, характер-

ных для АВП, неоднократно проводился нами ранее [2,5]. Результаты эпидемиологического исследования, проведенного в Московском НИИ психиатрии, согласуются с данными зарубежных исследований относительно риска увеличения массы, развития СД 2 и дислипидемии среди пациентов, получающих лечение АВП (в первую очередь, клозапином и оланзапином). По итогам исследования был составлен рейтинг антипсихотиков по частоте развития МС: клозапин (39,2%), оланзапин (42,7 %), рисперидон (14,7 %), амисульприд (6,6 %), кветиапин (33,8 %) [2].

Вместе с тем, необходимо отметить малочисленность данных о развитии метаболических нарушений при терапии АПП [7,21].

Таким образом, исходя из данных научной литературы, актуально проведение исследования частоты формирования МН у больных шизофренией при различных вариантах длительной антипсихотической терапии в амбулаторных условиях. В первую очередь это связано с тем обстоятельством, что МН являются одним из показателей переносимости антипсихотической терапии и значительно ухудшают качество жизни и социальное функционирование больных шизофренией. Кроме того, реальная оценка распространенности МН будет способствовать разработке и внедрению в психиатрическую практику стандартов в отношении их диагностики и коррекции.

Цель данного исследования — оценить частоту встречаемости СД 2 и МН у больных с расстройствами шизофренического спектра при длительной противоречивой антипсихотической терапии в амбулаторных условиях.

### Материалы и методы

Материалом для популяционного исследования послужили данные одномоментного обследования амбулаторных карт больных с расстройством шизофренического спектра, находившихся на динамическом амбулаторном наблюдении на двух участках ПНД № 2 г. Москвы. Критериями включения в исследование являлись: возраст от 18 до 60 лет; диагнозы (по МКБ-10): шизофрения (F20), шизотипическое расстройство (F21), хронические бредовые расстройства (F22) и шизоаффективное расстройство (F25); отсутствие беременности и лактации; отсутствие тяжелых форм соматических и эндокринных заболеваний; антипсихотическая терапия. Обязательным критерием включения в исследование являлось наличие зафиксированного в амбулаторной карте больного избыточной массы тела, повышенного уровня глюкозы, дислипидемии, установленного диагноза СД 2 в процессе приема антипсихотиков первого и второго поколения (АПП и АВП).

Исследование носило стандартизированный характер, весь материал регистрировался в эпидемиологической карте, разработанной в отделении психонейроэндокринологии Московского НИИ психиатрии — филиале ФГБУ «НМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России.



Эпидемиологическая карта состоит из двух блоков информации. В первом блоке фиксировались клинично-демографические показатели, включающие, ФИО, возраст, пол, диагноз и т.д. Во втором блоке фиксировались основные клинико-эндокринологические симптомы, биохимические и антропометрические показатели: индекс массы тела (ИМТ), масса тела, рост, уровень сахара в сыворотке крови, липидный профиль, а также установленный диагноз СД 2. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием компьютерной программы StatSoft Statistica v7.0 с вычислением средних значений, стандартного отклонения от среднего, критерия  $\chi^2$ , критерия Манна-Уитни.

### Результаты и обсуждение

На момент исследования на 2-х участках ПНД №2, которые обслуживают около 20 тысяч человек, на учете состояло 1395 пациентов, из них 443 больных с расстройствами шизофренического спектра, находящихся на длительной противорецидивной антипсихотической терапии. В соответствии с указанными критериями, в исследование были включены 109 больных (52 мужчин, 57 женщин) с МН и СД 2, что составляет 24,6 % случаев. Средний возраст —  $49,4 \pm 2,3$  года. Распределение по диагнозам было следующим: у 85 больных был установлен диагноз шизофрения (F20), у 15 больных — шизотипическое расстройство (F21), у 1 больного — хроническое бредовое расстройство (F22), у 8 больных — шизоаффективное расстройство (F25). Средняя длительность заболевания у пациентов составила  $19,5 \pm 1,8$  лет. Наследственность по СД 2 выявлена у 19 больных (17,43%). Пероральное применение препаратов отмечено у 46 больных (42,21%), инъекционное — у 63 больных (57,79%).

СД 2 выявлен у 18 больных (16,5%), гипогликемия (ГГ) — у 56 больных (51,3%), индекс массы тела (ИМТ)  $>25$  — у 67 больных (61,4%), ИМТ  $>30$  — у 16 больных (14,7%); у 13 пациентов

(11,9%) зафиксировано повышенное артериальное давление, в 44% случаев — гиперхолестеринемия.

Полученные результаты в целом согласуются с данными научной литературы [6,25,28].

В дальнейшем для анализа влияния различных вариантов антипсихотической терапии на формирование МН было сформировано 3 группы в зависимости от принимаемой за последний год терапии: 1 группу (46 человек) составили пациенты при терапии галоперидолом; 2 группу (41 человек) — при терапии клопиксолом; 3 группу (22 человека) — при терапии рисперидоном. Средние дозировки препаратов составили: галоперидол —  $7,6 \pm 1,2$  мг/сутки; клопиксол —  $18 \pm 3,5$  мг/сутки; рисперидон —  $4,2 \pm 0,9$  мг/сутки.

Основные клинично-демографические показатели больных в исследованных группах представлены в табл. 1.

Как видно из данных табл. 1, во 2 группе преобладали больные женского пола. По диагностической представленности значимо ( $p < 0,05$ ) больше больных с шизоаффективным расстройством было отмечено в 1 группе. Средняя длительность заболевания у больных 1 и 2 групп была значимо ( $p < 0,05$ ) больше, чем в 3 группе. Можно предположить, что меньшая длительность заболевания, обнаруженная у больных 3 группы, связана с более поздним появлением в психиатрической практике антипсихотиков второго поколения (рисперидон).

Данные о частоте встречаемости метаболических нарушений с учетом гендерного фактора у больных с расстройствами шизофренического спектра приведены в табл. 2.

Как видно из данных табл. 2, метаболические нарушения значимо ( $p < 0,01$ ) чаще формируются при терапии рисперидоном. Анализ частоты встречаемости МН с учетом гендерного фактора внутри групп показал, что у женщин МН формируются значимо ( $p < 0,01$ ) чаще при терапии всеми исследуемыми препаратами. Полученные данные в целом сопоставимы с результатами зарубежных

**Таблица 1. Клинично-демографические показатели у исследуемых больных**

Группа	Галоперидол (1) n = 46	Клопиксол (2) n = 41	Рисперидон (3) n = 22
Признаки			
Мужчины	24 (52,4%)	16 (39,1%)	10 (45,5%)
женщины	22 (47,6%)	25 (60,9%)*	12 (54,5%)
Средний возраст (лет)	$49,4 \pm 2,3$	$50,1 \pm 1,5$	$49,65 \pm 1,7$
F20	34 (71,4%)	36 (87,8%)	15 (68,2%)
F21	6 (14,2%)	4 (9,7%)	5 (22,7%)
F22	1 (2,38%)	0	0
F25	5 (11,9%)*	1 (4,8%)	2 (9,1%)
Ср. длит. забол.(лет)	$22,3 \pm 2,5$	$23,5 \pm 3,7$	$17,4 \pm 2,8^{**}$

\*  $p < 0,05$  — значимость различий (критерий  $\chi^2$ )

\*\*  $p < 0,05$  — значимость различий Манна-Уитни

Препарат	Группа 1 n = 46 (100%)	Группа 2 n = 41(100%)	Группа 3 n = 22(100%)
В целом	33,1%	19,3%	47,6%*
Мужчины	35,2%	37,6%	31,3%
Женщины	64,8%	62,4%*	68,7%

\* ( $p < 0,01$ ) — значимость различий (критерий  $\chi^2$ )

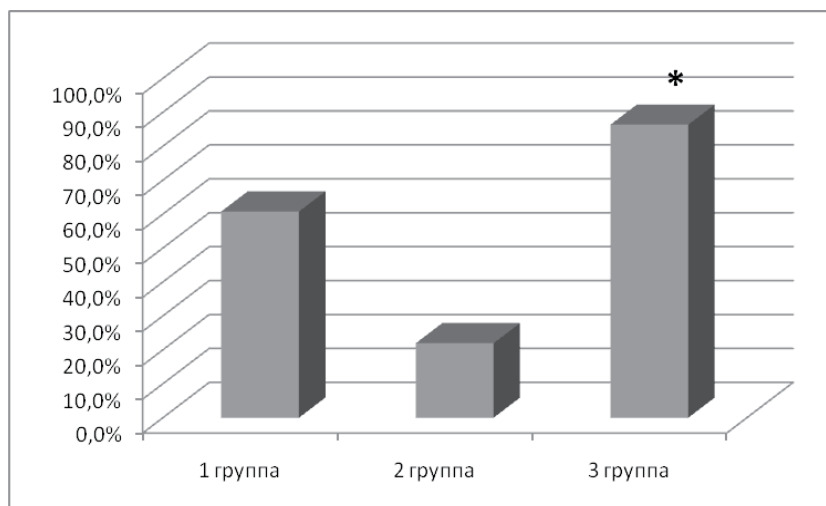


Рис.1. Частота встречаемости ИМТ>25 у больных в исследуемых группах  
Примечание: \* ( $p < 0,01$ ) — значимость межгрупповых различий  $p > 0,01$  ( $\chi^2$ ).

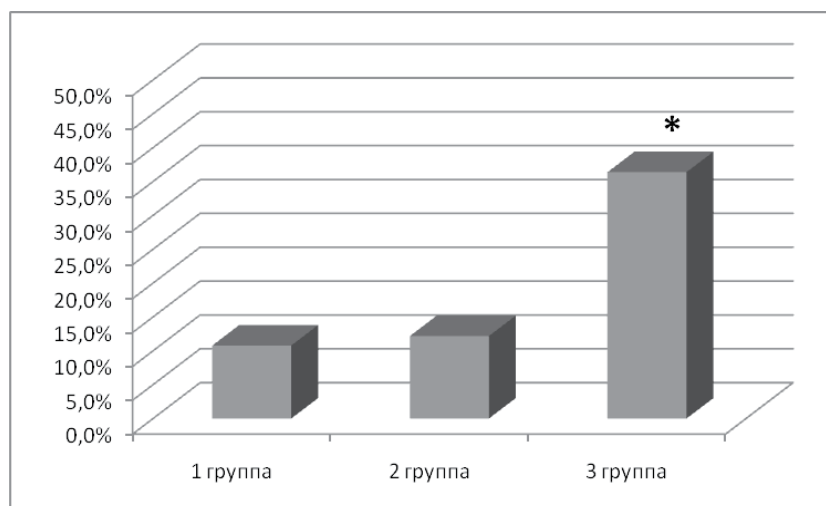


Рис.2. Частота встречаемости сахарного диабета 2 типа (СД 2) у больных в исследуемых группах  
Примечание: \* — значимость межгрупповых различий  $p > 0,01$  ( $\chi^2$ ).

исследований [17, 32], а также наших предыдущих работ [2, 7], в которых показана более значимая степень уязвимости формирования МН у пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Частота формирования отдельных показателей метаболических нарушений у исследованных

больных в зависимости от вариантов терапии варьирует от 10,8% до 86,4% случаев (диагр. 1,2,3). Значимо ( $p < 0,01$ ) чаще нейролептическое ожирение и СД 2 типа отмечены у больных при терапии рисперидоном (ИМТ >25: 1 гр — 60,8%; 2 гр. — 22%, 3 гр. — 86,4%; СД 2 типа: 1 гр. — 10,8%, 2

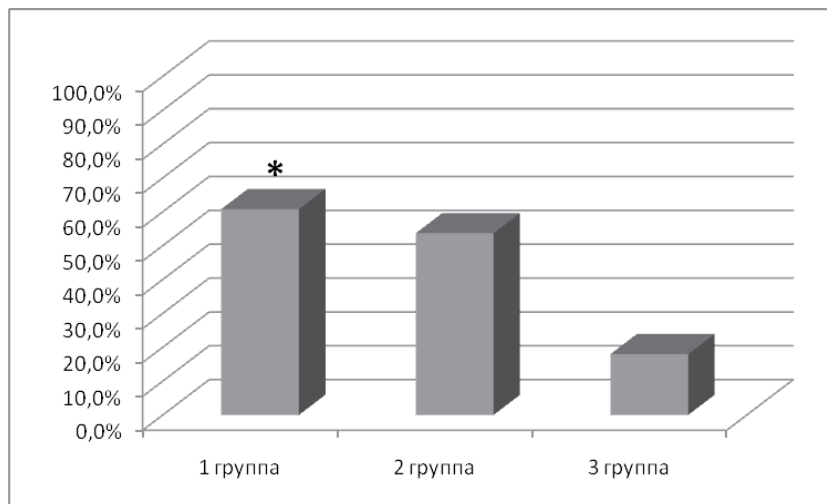


Рис.3. Частота встречаемости гипергликемии (ГГ) у больных в исследуемых группах  
Примечание: \* — значимость межгрупповых различий  $p > 0,01$  ( $\chi^2$ ).

гр. — 12,2%, 3 гр. 36,4%), а гипергликемия — у больных при терапии галоперидолом (ГГ: 1 гр. — 60,8%, 2 гр. — 53,7%, 3 гр. — 18%).

Средние значения уровня глюкозы превышали верхние референтные показатели у больных с СД 2 и ГГ при всех вариантах терапии, при этом самые высокие показатели глюкозы, не достигавшие уровня значимости, отмечались в 1 группе (1 гр. —  $8,1 \pm 2,3$  ммоль/л; 2 гр. —  $7,8 \pm 1,8$  ммоль/л; 3 гр. —  $7,5 \pm 1,9$  ммоль/л).

Необходимо отметить, что СД 2 и гипергликемия в 100% случаев сопровождались наличием избыточной массы тела (ИМТ > 25) или ожирением (ИМТ > 30).

### Заключение

Полученные в настоящей работе данные свидетельствуют о том, что МН являются широко распространенными среди больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра, находящимися на диспансерном наблюдении.

Практически у каждого четвертого пациента (24,6%) с указанными расстройствами при проведении длительной противорецидивной терапии выявляются метаболические нарушения.

Следует подчеркнуть, что проведенное скрининговое исследование амбулаторных карт с целью выявления частоты встречаемости метаболических нарушений у больных с расстройствами шизофренического спектра имело определенные ограничения для целостного представления о влиянии определенного антипсихотика на развитие МН. В пер-

вую очередь это связано с тем, что удалось проанализировать монотерапию отдельным антипсихотиком только за текущий год. Нельзя исключить, что обнаруженные МН могли сформироваться на фоне предыдущей психофармакотерапии. Вместе с тем, провести анализ всего спектра применяемых препаратов на протяжении заболевания для оценки их влияния на формирование МН было крайне затруднительно в связи с отсутствием изучаемых параметров в большинстве амбулаторных карт пациентов. В частности, это касается показателей липидного профиля и других биохимических, антропометрических и эндокринологических данных.

Кроме того, результаты данного исследования могут иметь определенные ограничения в применении ко всей популяции российских больных с расстройствами шизофренического спектра, главным образом, в связи с небольшим размером обследованной выборки.

Несмотря на вышеуказанные ограничения, результаты исследования свидетельствуют о высокой актуальности проблемы соматического здоровья у больных с расстройствами шизофренического спектра при проведении длительной противорецидивной терапии в амбулаторных условиях для здравоохранения России, о необходимости скорейшего внедрения стандартов своевременной диагностики и профилактики МН и СД 2 типа у указанных больных в повседневную практику амбулаторных психиатрических учреждений, а также о необходимости разработки алгоритмов назначения антипсихотической терапии с целью минимизации формирования метаболических нарушений.

### Литература

1	Алфимов В.П., Рывкин П.В., Ладзыженский М.Я. и др. Метаболический синдром у больных шизофренией (обзор литературы) // Современная терапия психических расстройств. — 2014. — №3. — С.8-15.	Alfimov V.P., Ryvkin P.V., Ladyzhenskij M.Ya. i dr. Metabolicheskij sindrom u bol'nyh shizofreniej (obzor literatury) // Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstrojstv. 2014. № 3. S. 8-15.
---	--	--

2	Аметов А.С., Богданова Л.Н. Гипергликемия и глюкозотоксичность — ключевые факторы прогрессирования сахарного диабета 2-го типа // Русский медицинский журнал. — Эндокринология. — 2010. — Т.18. — С.1416-1422.	Ametov A.S., Bogdanova L.N. Giperglikemiya i glyukozotoksichnost' — klyuchevye faktory progressirovaniya saharnogo diabeta 2-go tipa // Russkij medicinskij zhurnal. Endokrinologiya. 2010. T. 18, № 23. S. 1416-1422.
3	Горобец Л.Н. Нейроэндокринные дисфункции и нейролептическая терапия. — М.: Медпрактика. — 2007. — 312с.	Gorobets L.N. Nejroehndokrinnye disfunkcii i nejrolepticheskaya terapiya. M.: Medpraktika. 2007. 312 s.
4	Горобец Л.Н., Буланов В.С., Василенко Л.М., Литвинов А.В., Поляковская Т.П. Метаболические расстройства у больных шизофренией в процессе терапии атипичными антипсихотическими препаратами // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 2012. — Т.112. С.90-96.	Gorobets L.N., Bulanov V.S., Vasilenko L.M., Litvinov A.V., Polyakovskaya T.P. Metabolicheskie rasstrojstva u bol'nyh shizofreniej v processe terapii atipichnymi antipsihoticheskimi preparatami // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S.Korsakova. 2012. Tom 112, №9. S. 90-96.
5	Горобец Л.Н., Литвинов А.В., Поляковская Т.П. Проблемы соматического здоровья у психически больных: сахарный диабет 2 типа // Социальная и клиническая психиатрия. — 2013. — Т.23. — С.62-75.	Gorobets L.N., Litvinov A.V., Polyakovskaya T.P. Problemy somaticheskogo zdorov'ya u psichicheski bol'nyh: saharnyj diabet 2 tipa // Social'naya i klinicheskaya psihiatriya. 2013. Tom 23, vypusk 4. S. 62-75.
6	Горобец Л.Н., Буланов В.С., Василенко Л.М., Литвинов А.В., Иванова Г.П., Поляковская Т.П. Нейролептические метаболические нарушения при лечении антипсихотическими средствами нового поколения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 2014. — Т.114. — С.59-68.	Gorobets L.N., Bulanov V.S., Vasilenko L.M., Litvinov A.V., Ivanova G.P., Polyakovskaya T.P. Nejrolepticheskie metabolicheskie narusheniya pri lechenii antipsihoticheskimi sredstvami novogo pokoleniya // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S.Korsakova. 2014. Tom 114., №2. S. 59-68.
7	Горобец Л.Н., Мазо Г.Э. Нейроэндокринные дисфункции при использовании психофармакотерапии: клиника, диагностика, факторы риска и коррекция // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. — 2014. — Т.114. — №10. — С.122-130.	Gorobets L.N., Mazo G.Eh. Nejroehndokrinnye disfunkcii pri ispol'zovanii psihofarmakoterapii: klinika, diagnostika, faktory riska i korrekciya // Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S.Korsakova. 2014. Tom 114, №10. S. 122-130.
8	Горобец Л.Н., Буланов В.С., Литвинов А.В. Частота встречаемости нейроэндокринных дисфункций у больных с параноидной шизофренией в условиях амбулаторной практики // Психиатрия и психофармакотерапия. — Журнал им. П.Б. Ганнушкина. — 2016. — Т.10. — №3. — С.27-30.	Gorobets L.N., Bulanov V.S., Litvinov A.V. Chastota vstrechaemosti nejroehndokrinnyh disfunkcij u bol'nyh s paranoidnoj shizofreniej v usloviyah ambulatornoj praktiki // Psihiatriya i psihofarmakoterapiya. Zhurnal im. P.B.Gannushkina. 2016. T. 10, №3. S. 27-30.
9	Дедов И.И., Сунцов Ю.И., Кудрякова С.В. и соавт. Эпидемиология инсулинонезависимого сахарного диабета // Проблемы эндокринологии. — 1998. — Вып.44. — С.45-48.	Dedov I.I., Suncov Yu.I., Kudryakova S.V. i soavt. Epidemiologiya insulinonezavisimogo saharnogo diabeta // Problemy ehndokrinologii. 1998. Vyp. 44. S. 45-48.
10	Дробижев М.Ю. К проблеме сахарного диабета у больных шизофренией (по материалам некоторых публикаций в журналах США) // Психические расстройства в общей медицине / Под ред. А.Б.Смулевича. — 2007. — №2. — С.35-37.	Drobizhev M.Yu. K probleme saharnogo diabeta u bol'nyh shizofreniej (po materialam nekotoryh publikacij v zhurnalakh SSHA) // Psichicheskie rasstrojstva v obshchej medicine / Pod red. A.B.Smulevicha. 2007. № 2. S. 35-37.
11	Мазо Г.Э. Перспективы развития эндокринологической психиатрии. / Сборник научных трудов «Современные достижения в диагностике и лечении эндогенных психических расстройств». — СПб. — 2008. — С.210-224.	Mazo G.Eh. Perspektivy razvitiya ehndokrinologicheskoy psihiatrii. / Sbornik nauchnyh trudov «Sovremennye dostizheniya v diagnostike i lechenii ehndogennyh psichicheskikh rasstrojstv». SPb. 2008. S.210-224.

12	Мазо Г.Э., Шманева Т.Н. Метаболический синдром у пациентов с депрессивным расстройством: актуальное состояние проблемы (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. — 2009. — №4. — С.9-13.	Mazo G.Eh., Shmaneva T.N. <i>Metabolicheskij sindrom u pacientov s depressivnym rasstrojstvom: aktual'noe sostoyanie problemy (obzor literatury)</i> // <i>Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M.Bekhtereva</i> . 2009. № 4. S. 9-13.
13	Мазо Г.Э., Кибитов А.О. Риск-менеджмент метаболических нарушений при использовании антипсихотиков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. — 2016. — №3. — С.98-102.	Mazo G.Eh., Kibitov A.O. <i>Risk-menedzhment metabolicheskix narushenij pri ispol'zovanii antipsihotikov</i> . // <i>Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva</i> . 2016. №3. S. 98-102.
14	Мосолов С.Н., Рывкин П.В., Сердитов О.В. и соавт. Метаболические побочные эффекты современной антипсихотической фармакотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. — 2013. — Т.23. — С.75-90.	Mosolov S.N., Ryvkin P.V., Serditov O.V. <i>i soavt. Metabolicheskie pobochnye ehffekty sovremennoj antipsihoticheskoy farmakoterapii</i> // <i>Social'naya i klinicheskaya psixiatriya</i> . 2013. T. 23, № 4 73 № 3. S. 75-90.
15	Ястребов Д. И. Метаболические нарушения при терапии антипсихотическими препаратами: рекомендации по диагностике и подбору терапии (обзор литературы) // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т.13. — С.35-39.	Yastrebov D. I. <i>Metabolicheskie narusheniya pri terapii antipsihoticheskimi preparatami: rekomendacii po diagnostike i podboru terapii (obzor literatury)</i> // <i>Russkij medicinskij zhurnal</i> . 2005. T. 13, №22. S. 35-39.
16	Alberti K.G., Eckel R.H., Grundy S.M. et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention // <i>Circulation</i> . — 2009. — Vol.120. — P.1640-1645. doi:10.1161/circulationaha.109.192644	Alberti K.G., Eckel R.H., Grundy S.M. et al. <i>Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention</i> // <i>Circulation</i> . 2009. Vol. 120, No 16. P. 1640-1645. doi:10.1161/circulationaha.109.192644
17	Argo T., Carnahan R., Barnett M. et al. Diabetes prevalence estimates in schizophrenia and risk factor assessment // <i>Ann. Clin. Psychiatry</i> . — 2011. — Vol.23. — P.117-124.	Argo T., Carnahan R., Barnett M. et al. <i>Diabetes prevalence estimates in schizophrenia and risk factor assessment</i> // <i>Ann. Clin. Psychiatry</i> . 2011. Vol. 23, N 2. P. 117-124.
18	Chen da C., Zhou M.A., Zhou D.H. et al. Gender differences in the prevalence of diabetes mellitus in chronic hospitalized patients with schizophrenia on long-term antipsychotics // <i>Psychiatry Res.</i> — 2011. — Vol.30. — P.451-453. doi: 10.1016/j.psychres.2010.07.054	Chen da C., Zhou M.A., Zhou D.H. et al. <i>Gender differences in the prevalence of diabetes mellitus in chronic hospitalized patients with schizophrenia on long-term antipsychotics</i> // <i>Psychiatry Res.</i> 2011.Vol. 30, N 2-3. P. 451-453. doi: 10.1016/j.psychres.2010.07.054
19	Cimo A., Stergiopoulos E., Cheng C. et al. Effective lifestyle interventions to improve type II diabetes self-management for those with schizophrenia or schizoaffective disorder: a systematic review // <i>BMC Psychiatry</i> . — 2012. — Vol.23. — P.12-24. doi: 10.1186/1471-244x-12-24	Cimo A., Stergiopoulos E., Cheng C. et al. <i>Effective lifestyle interventions to improve type II diabetes self-management for those with schizophrenia or schizoaffective disorder: a systematic review</i> // <i>BMC Psychiatry</i> . 2012. Vol. 23. P. 12-24. doi: 10.1186/1471-244x-12-24
20	De Hert M., van Winkel R., van Eyck D. et al. Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study // <i>Clin. Prac. Epidemiol. Ment. Health</i> . — 2006. — Vol.2. — P.14. doi: 10.2165/00002018-200629100-00139	De Hert M., van Winkel R., van Eyck D. et al. <i>Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study</i> // <i>Clin. Prac. Epidemiol. Ment. Health</i> . 2006. Vol. 2. P. 14. doi: 10.2165/00002018-200629100-00139
21	De Hert M.A., van Winkel R., Van Eyck D. et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia treated with antipsychotic medication // <i>Schizophr. Res.</i> — 2006. — Vol.83. — P.87-93. doi: 10.1016/j.schres.2005.12.855	De Hert M.A., van Winkel R., Van Eyck D. et al. <i>Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia treated with antipsychotic medication</i> // <i>Schizophr. Res.</i> 2006. Vol. 83, No 1. P. 87-93. doi: 10.1016/j.schres.2005.12.855

22	De Hert M.A., Dekker J.M., Wood D. et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC) // <i>Eur. Psychiatry</i> . — 2009. — Vol.24. — P.412-424. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.01.005	De Hert M.A., Dekker J.M., Wood D. et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC) // <i>Eur. Psychiatry</i> . 2009. Vol. 24, No 6. P. 412-424. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.01.005
23	De Hert M., Mittoux A. et al. Metabolic parameters in the short- and long-term treatment of schizophrenia with sertindole or risperidone // <i>Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.</i> — 2010. — P.5. doi: 10.1007/s00406-010-0142-x	De Hert M., Mittoux A. et al. Metabolic parameters in the short- and long-term treatment of schizophrenia with sertindole or risperidone // <i>Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.</i> 2010. P. 5. doi: 10.1007/s00406-010-0142-x
24	Edward K.L., Rasmussen B., Munro I. Nursing care of clients treated with atypical antipsychotics who have a risk of developing metabolic instability and/or type 2 diabetes // <i>Arch. Psychiatr. Nurs.</i> — 2010. — Vol.24. — P.46-53. doi: 10.1016/j.apnu.2009.04.009	Edward K.L., Rasmussen B., Munro I. Nursing care of clients treated with atypical antipsychotics who have a risk of developing metabolic instability and/or type 2 diabetes // <i>Arch. Psychiatr. Nurs.</i> 2010. Vol. 24, N 1. P. 46-53. doi: 10.1016/j.apnu.2009.04.009
25	Feng S., Melkersson K. Metabolic parameters and long-term antipsychotic treatment: a comparison between patients treated with clozapine or olanzapine // <i>Neuro Endocrinol.</i> — 2012. — Vol.33. — P.493-498.	Feng S., Melkersson K. Metabolic parameters and long-term antipsychotic treatment: a comparison between patients treated with clozapine or olanzapine // <i>Neuro Endocrinol.</i> 2012. Vol. 33, N 5. P. 493-498.
26	Ho C.S., Zhang M.W., Mak A., et al. Metabolic syndrome in psychiatry: advances in understanding and management // <i>Advances in Psychiatric Treatment</i> . — 2014. — Vol.20. — P.101-112. doi: 10.1192/apt.bp.113.011619	Ho C.S., Zhang M.W., Mak A., et al. Metabolic syndrome in psychiatry: advances in understanding and management // <i>Advances in Psychiatric Treatment</i> . 2014. Vol. 20. P. 101-112. doi: 10.1192/apt.bp.113.011619
27	International Diabetes Federation. The IDF Consensus Worldwide Definition of the Metabolic Syndrome // <i>IDF</i> . — 2006. — 24 p.	International Diabetes Federation. The IDF Consensus Worldwide Definition of the Metabolic Syndrome // <i>IDF</i> . 2006. 24 p.
28	Koponen H.J., Hakko H.H., Saari K.M. et al. The prevalence and predictive value of individual criteria for metabolic syndrome in schizophrenia: a Northern Finland 1966 Birth Cohort Study // <i>World J. Biol. Psychiatry</i> . — 2010. — Vol.2. — P.262-267. doi: 10.3109/15622970802503334	Koponen H.J., Hakko H.H., Saari K.M. et al. The prevalence and predictive value of individual criteria for metabolic syndrome in schizophrenia: a Northern Finland 1966 Birth Cohort Study // <i>World J. Biol. Psychiatry</i> . 2010. Vol. 2. P. 262-267. doi: 10.3109/15622970802503334
29	Liao C.H., Chang C.S., Wei W.C. Schizophrenia patients at higher risk of diabetes, hypertension and hyperlipidemia: a population-based study // <i>Schizophr. Res.</i> — 2011. — Vol.126. — P.110-116. doi: 10.1016/j.schres.2010.12.007	Liao C.H., Chang C.S., Wei W.C. Schizophrenia patients at higher risk of diabetes, hypertension and hyperlipidemia: a population-based study // <i>Schizophr. Res.</i> 2011. Vol. 126, N 1-3. P. 110-116. doi: 10.1016/j.schres.2010.12.007
30	McEvoy J.P., Meyer J.M., Goff D.C. et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from CATIE schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III // <i>Schizophrenia Res.</i> — 2005. — Vol.80. — P.19-32. doi: 10.1016/j.schres.2005.07.014	McEvoy J.P., Meyer J.M., Goff D.C. et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from CATIE schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III // <i>Schizophrenia Res.</i> 2005. Vol. 80. P. 19-32. doi: 10.1016/j.schres.2005.07.014
31	Nasrallah H.A., Meyer J.M., Goff D.C. et al. Low rates for treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: Data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline // <i>Schizophr. Res.</i> — 2006. — Vol.86. — P.15-22. doi: 10.1016/j.schres.2006.06.026	Nasrallah H.A., Meyer J.M., Goff D.C. et al. Low rates for treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: Data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline // <i>Schizophr. Res.</i> 2006. Vol. 86. P. 15-22. doi: 10.1016/j.schres.2006.06.026

32	<i>Ramaswamy K., Masand P.S., Nasrallah H.A. Do certain atypical antipsychotics increase the risk of diabetes? A critical review of 17 pharmacoepidemiologic studies // Ann. Clin. Psychiatry. — 2006. — Vol.18. — P.183-194. doi: 10.1080/10401230600801234</i>	<i>Ramaswamy K., Masand P.S., Nasrallah H.A. Do certain atypical antipsychotics increase the risk of diabetes? A critical review of 17 pharmacoepidemiologic studies // Ann. Clin. Psychiatry. 2006. Vol. 18, N 3. P. 183-194. doi: 10.1080/10401230600801234</i>
33	<i>Rethelyi J., Sawalhe A.D. Comorbidity of metabolic syndrome, diabetes and schizophrenia: theoretical and practical considerations // Orv. Hetil. — 2011. doi: 10.1556/oh.2011.29079</i>	<i>Rethelyi J., Sawalhe A.D. Comorbidity of metabolic syndrome, diabetes and schizophrenia: theoretical and practical considerations // Orv. Hetil. 2011. doi: 10.1556/oh.2011.29079</i>
34	<i>Yogaratnam J., Biswas N., Vadivel R. et al. Metabolic complications of schizophrenia and antipsychotic medications — an updated review // East Asian Arch. Psychiatry. — 2013. — Vol. 23. — P.21–28.</i>	<i>Yogaratnam J., Biswas N., Vadivel R. et al. Metabolic complications of schizophrenia and antipsychotic medications — an updated review // East Asian Arch. Psychiatry. 2013. Vol. 23, N 1. P. 21–28.</i>
35	<i>Zhang R., Hao W., Pan M. The prevalence and clinical-demographic correlates of diabetes mellitus in chronic schizophrenic patients receiving clozapine // Hum. Psychopharmacol. — 2011. — Vol.26, № 6. — P.392–136. doi: 10.1002/hup.1220</i>	<i>Zhang R., Hao W., Pan M. The prevalence and clinical-demographic correlates of diabetes mellitus in chronic schizophrenic patients receiving clozapine // Hum. Psychopharmacol. 2011. Vol. 26, № 6. P. 392–136. doi: 10.1002/hup.1220</i>

**Сведения об авторах**

**Горобец Людмила Николаевна** — д.м.н., профессор, руководитель отделения психонейроэндокринологии Московского научно-исследовательского института психиатрии — филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. E-mail: gorobetsln@mail.ru

**Царенко Мария Арменовна** — врач-психиатр Московского городского психоэндокринологического центра. E-mail: m-tsarenko@mail.ru

**Литвинов Александр Викторович** — к.м.н., старший научный сотрудник отделения психонейроэндокринологии Московского научно-исследовательского института психиатрии — филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. E-mail: vccontact@gmail.com

**Василенко Любовь Михайловна** — к.м.н., старший научный сотрудник отделения психонейроэндокринологии Московского научно-исследовательского института психиатрии — филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. E-mail: vvasilenko@inbox.ru

DOI : 10.31363/2313-7053-2019-2-46-54

## Взаимосвязь психологических характеристик и самостигматизации больных с эндогенными психическими расстройствами (результаты оригинального исследования)

Лутова Н.Б., Макаревич О.В., Новикова К.Е.  
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

**Резюме.** Целью работы являлось изучение взаимосвязи нарциссической саморегуляции с особенностями и выраженностью самостигматизации у больных с эндогенными психическими расстройствами. В исследовании приняли участие 131 человек: больные шизофренического спектра — 66,8% и пациенты с аффективными расстройствами — 33,2%. Обследование проводилось с помощью методики «Индекс функционирования Self-системы» и опросника самостигматизации Михайловой-Ястребова. Получены данные о взаимосвязи ослабления силы личности и самостигматизации, особенностях структуры нарциссической саморегуляции при различных формах внутренней стигмы, а также об отсутствии достоверных отличий по значению ИФСС в группах пациентов с различными нозологическими формами психических расстройств, разной длительностью заболевания и количеством госпитализаций. Обсуждены специфические преморбидные изменения системы регуляции Селф, определяющие уязвимость пациентов к формированию различных форм самостигматизации.

**Ключевые слова:** самостигматизация в психиатрии, психозы, шизофрения.

### The correlation of sociopsychological characteristics and self-stigmatization of patients with mental disorders (Result of original study)

Lutova N.B., Makarevich O.V., Novikova K.E.  
Federal State Budgetary Institution V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg

**Summary.** The investigation studies the relationship between narcissistic self-regulation with the features and expression of self-stigmatization in patients with endogenous mental disorders. The study involved 131 people, including patients with schizophrenia — 66.8% and individuals with affective disorders — 33.2%. The survey was conducted by using the following methods: «Index of Self-system functioning» and questionnaire of self-stigmatization by Mikhailova-Yastrebov. Data on correlation of strength personality reducing with self-stigmatization, the specifics of Self-regulation structure in various inner stigma forms, and the absence of IFSS significant differences in patient's groups with different nosological forms of mental disorders, disease's duration and number of hospitalizations — were obtained. The specific personal characteristics underlying premorbid changes in the Self-regulation system that determine the vulnerability of patients to the formation of stigma are discussed.

**Key words:** self-stigmatization in psychiatry, psychoses, schizophrenia.

Стигматизация в психиатрии — явление глобальное, выходящее за рамки клинической практики и затрагивающее различные стороны общественных отношений, остается важной проблемой психиатрического здравоохранения в силу ее широкой распространенности и многочисленных негативных последствий для лиц, страдающих психическими расстройствами [5, 13]. Одним из неблагоприятных последствий внешней стигматизации является ее интернализация больным человеком, то есть формирование внутренней стигмы, называемой самостигматизацией [7]. Считается, что большинство больных с тяжелыми психическими расстройствами переживают внутреннюю стигму. При этом данные о ее выраженности различаются: одни авторы утверждают, что до 60% пациентов демонстрируют выраженную самостигматизацию [12, 25], другие приводят

данные, что большинство из них (59,7%) испытывают умеренный или низкий уровень внутренней стигмы [28].

Сформированная самостигматизация приводит к ряду разнообразных негативных последствий, затрагивая клиническую, психологическую и социальную сферы больного. Показано, что нарастание внутренней стигмы усиливает выраженность депрессии и социальной тревоги [20; 25], ассоциирована с выраженностью негативной симптоматики и приводит к ухудшению исхода заболевания [18,19], прежде всего, за счет снижения приверженности больного психосоциальным лечебным мероприятиям [15] и медикаментозной терапии [30].

Самостигматизация затрагивает психологические свойства индивида, снижая чувство надежды [31], самооценку [18, 19] и самоэффективность



[27; 29], подрывает веру в выздоровление [24] и, искажая совладающее поведение [23], приводит к зависимому положению индивида, снижая качество жизни больного [8; 17].

Известно, что несмотря на широкую представленность самостигматизации среди психиатрического контингента больных, пациенты формируют различную выраженность внутренней стигмы и не все подвержены ее негативным влияниям [13].

В настоящее время ведется активный поиск протективных факторов, препятствующих развитию самостигматизации или способствующих ее ослаблению [16, 26]. Особое значение в ряде исследований придается психологическим характеристикам и личностным ресурсам индивида для ее преодоления.

Придерживаясь биопсихосоциальной модели патогенеза и терапии психических расстройств, с нашей точки зрения, бесспорным является и то, что на формирование реакции индивида на болезнь оказывает влияние не только сущность имеющегося расстройства, но и ряд психологических факторов, например, иерархия мотивов, их широта, содержание ведущей деятельности, ценностные ориентиры и особенности регуляции поведения [3]. Значительную роль оказывают и преморбидные характеристики больного, обычно описываемые в общих формулах уже после манифестации заболевания. К преморбидным чертам можно отнести и такой индивидуальный психодинамический феномен как сила личности, отражающий ее целостность, биопсихосоциальное единство личности и включающий не только бессознательные процессы индивида, но и управление своего поведения на сознательном уровне. Именно эти механизмы обеспечивают нарциссические потребности индивида — оптимизацию чувства собственной ценности, самодостаточности, уверенности в себе, внутренней стабильности, придание смысла жизни и успешность в борьбе с действием стресса [2]. Таким образом, **целью** нашей работы стало изучение взаимосвязи нарциссической саморегуляции с особенностями и выраженностью самостигматизации у больных с эндогенными психическими расстройствами.

**Материалы и методы:** обследован 131 пациент, проходивший добровольное лечение в отделении интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Обследование больных проведено на этапе становления ремиссии — при подготовке к выписке. Пациенты шизофренического спектра (F2 согласно МКБ-10) составили 66,8%, с аффективной патологией (F3 по МКБ-10) — 33,2%. Среди обследованных: мужчин — 37%, женщин — 63%. Средний возраст пациентов — 34±11 лет. Средняя длительность заболевания — 10,2±10,1 лет. Среднее количество госпитализаций — 4±3. Работают в браке — 30%, не работающие — 70%. Проживающие в браке — 24%, вне брака — 76%.

**Критериями включения служили:** способность по текущему психическому состоянию про-

читать, понять и подписать добровольное информированное согласие для участия в исследовании, а так же выполнять связанные с ним процедуры исследования; добровольное лечение в психиатрическом стационаре; мужчины и женщины в возрасте от 18 до 65 лет; наличие диагноза, соответствующего критериям рубрик F2 или F3 по МКБ-10; отсутствие острой психотической либо аффективной симптоматики, выраженных негативных симптомов и/или когнитивных нарушений.

**Критерии не включения:** отсутствие подписанного добровольного информированного согласия на участие в исследовании; отказ от участия в исследовании на любом из его этапов; получение медицинской помощи, отличной от добровольного стационарного лечения; возраст младше 18 или старше 65 лет; нахождение пациента на режиме усиленного наблюдения в связи с острой психотической или аффективной симптоматикой; наличие выраженной негативной симптоматики и когнитивных нарушений; наличие иных психиатрических диагнозов, за исключением кодируемых в рубрике F2 или F3 МКБ-10.

Процедуры исследования прошли экспертизу независимого этического комитета при НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева и были одобрены к проведению. Применялся клинико-психопатологический и анамнестический методы, использованы следующие методики: «Индекс функционирования Self-системы» (на основе теста оценки нарциссизма Deneke F.-W., Hilgenstock B., модифицированного в СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева в 2003 году, авторами-составителями: Залуцкая Н.М., Вукс А.Я., Вид В.Д.) [4] и опросник самостигматизации Михайловой-Ястребова [7].

Методика «Индекс функционирования Self-системы» (методика «ИФСС») содержит 163 пункта, сгруппированных в 18 субшкал. Сводным параметром данной методики является ИФСС, отражающий эффективность механизмов, регулирующих силу личности. Данная методика является стандартизированной и имеет показатели для идеально сильной личности как по ИФСС, так и по субшкалам. О снижении силы личности свидетельствует показатель ИФСС выше нуля. Ослабление по отдельным субшкалам диагностируется при отклонении от идеальных значений, согласно методическим рекомендациям.

Опросник самостигматизации Михайловой-Ястребова содержит 83 утверждения, которые выявляют склонность больного объяснять свои проблемы в различных сферах жизни психическим заболеванием и предвзятым отношением к нему из-за болезни. Опросник описывает три формы самостигматизации: а) аутопсихическая форма, отражающая изменение личной идентичности больного. Больной считает, что под влиянием психического заболевания снижается его внутренняя активность и способность к самореализации; б) компенсаторная форма, представляющая собой попытку больным коррекции личностной идентичности путем категоризации окружающих

по признаку наличия психического заболевания и отнесения себя к группе «больных» или «здоровых»; в) социореверсивная форма, которая отражает изменение социальной идентичности. Больной объясняет свои проблемы в различных сферах жизни предвзятым отношением окружающих.

Собранные данные обрабатывались с помощью программы SPSS 17.0. Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента корреляции Пирсона. Для сравнительного анализа использовались следующие статистические методы: однофакторный дисперсионный анализ, t-критерий Стьюдента.

### Результаты

Корреляционный анализ между показателем ИФСС и такими характеристиками течения болезни, как длительность заболевания и частота госпитализаций, не выявил достоверных взаимосвязей.

Дисперсионный анализ (табл.1) не обнаружил значимых различий в интенсивности ослабления нарциссической саморегуляции у больных с различными нозологическими формами (F2 и F3) и характеристиками заболевания.

Результаты проведенного корреляционного анализа обнаружили взаимосвязи между формами внутренней стигмы, субшкалами и сводным параметром методики «ИФСС» (табл. 2).

Выявлены достоверные взаимосвязи ( $p \leq 0,05$ ,  $p \leq 0,01$ ) различной интенсивности между субшкалами нарциссической регуляции (за исключением субшкалы «Грандиозное Я») и сводного параметра ИФСС с различными формами внутренней стигмы. Это свидетельствует о том, что чем больше нарушений в различных сферах нарциссической регуляции индивида, тем выше интенсивность проявлений самостигматизации. При этом установлено, что взаимосвязи отдельных субшкал методики «ИФСС» являются общими для всех форм самостигматизации, но в отдельных случаях, различающихся по интенсивности при определенной форме внутренней стигмы.

Наибольшая интенсивность корреляции ( $r > 0,5$ ), соответствующая средней силе связи, об-

наружена между субшкалой «Незначительное self» и всеми формами самостигматизации. Также, выявлены корреляции со всеми тремя формами самостигматизации для субшкал «Нарциссическая выгода от болезни» и «Негативное телесное Я». При этом интенсивность их связей при разных формах стигмы значительно различается.

Пять субшкал методики «ИФСС»: «Бессильное Я», «Потеря контроля эмоций и побуждений», «Негативное телесное Я», «Социальная изоляция», «Ипохондрическая защита от тревоги», продемонстрировали умеренную интенсивность корреляции ( $r =$  от 0,30 до 0,48) со всеми формами самостигматизации, а субшкала «Нарциссическая выгода от болезни» — только для компенсаторной и социореверсивной форм.

Субшкалы: «Базисный потенциал надежды», «Архаический уход», «Стремление к идеальному социальному объекту», «Нарциссическая ярость», «Обесценивание объекта» имеют корреляционные взаимосвязи слабой ( $r =$  от 0,29 до 0,2) и очень слабой ( $r < 0,2$ ) интенсивности со всеми вариантами внутренней стигмы.

Коэффициент корреляции общего показателя ИФСС и всеми самостигматизации по своей силе соответствует умеренному уровню корреляции ( $r = 0,40-0,45$ ).

Особенности ослабленной нарциссической саморегуляции, коррелирующие с самостигматизацией, — общие тенденции и специфичные черты для различных форм внутренней стигмы — отражены на рисунке 1.

Согласно полученным данным, для аутопсихической самостигматизации характерно: отсутствие взаимосвязи с субшкалой «Деперсонализация\Дереализация»; средняя по силе корреляция с параметром ИФСС «Нарциссическая выгода от болезни» ( $r = 0,57$ ); умеренная сила связи с субшкалой «Негативное телесное Я» ( $r = 0,31$ ); а также слабая отрицательная корреляция с субшкалой «Идеал самодостаточности» ( $r = -0,21$ ). Кроме того, для этой формы внутренней стигмы характерны слабые положительные связи с субшкалами «Жажда похвал и подтверждения» ( $r = 0,22$ ), «Идеал ценностей» ( $r = 0,22$ ) и «Симбиотическая защита Я» ( $r = 0,29$ ).

**Таблица 1. Средние значения ИФСС у пациентов с различными нозологическими формами, количеством госпитализаций и длительностью заболевания**

Нозология, характеристики течения болезни		ИФСС	
		M(x)	P
Диагноз в соответствии с рубриками МКБ-10	F 2	21,3	0,870
	F 3	21,4	
Количество госпитализаций	= 1	21,6	0,709
	> 1	21,3	
Длительность заболевания	≤ 1 год	22,1	0,368
	> 1 года	21,2	

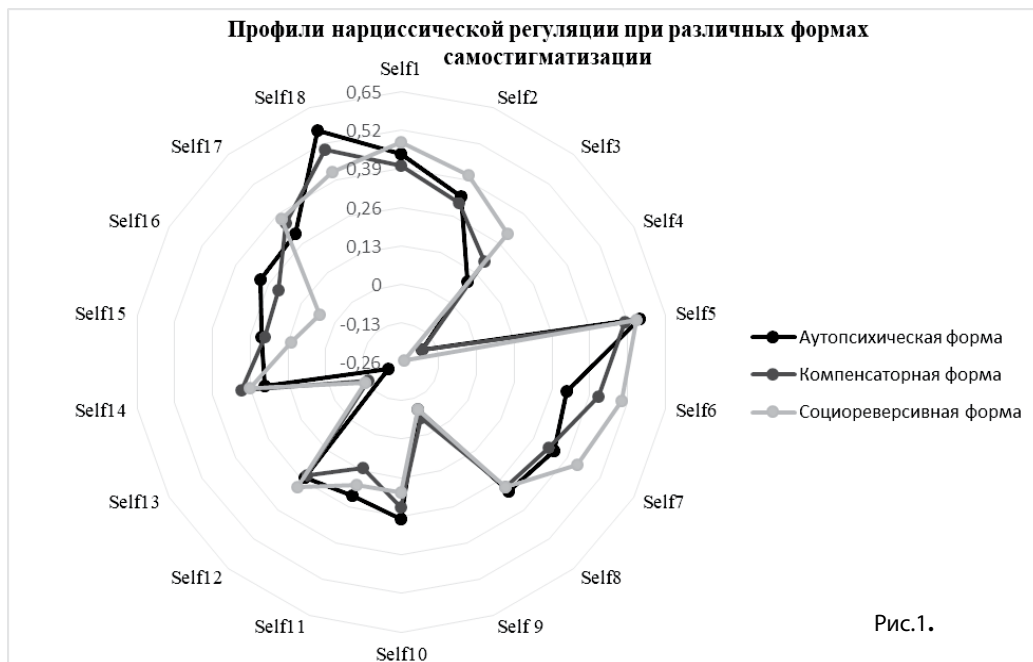


Рис.1.

**Таблица 2. Корреляционный анализ показателей методики «Индекс функционирования self-системы» и форм самостигматизации (коэффициент корреляции (r); при \* $p \leq 0,05$ , \*\* $p \leq 0,01$ )**

Субшкалы self-системы	Блоки самостигмы		
	Аутопсихическая форма	Компенсаторная форма	Социореверсивная форма
Бессильное Я (self1)	0,44**	0,40**	0,48**
Потеря контроля эмоций и побуждений (self2)	0,33**	0,31**	0,41**
Дереализация/Деперсонализация (self3)	0,09	0,18*	0,30**
Базисный потенциал надежды (self4)	-0,18*	-0,18*	-0,25**
Незначительное Я (self5)	0,56**	0,51**	0,55**
Негативное телесное Я (self6)	0,31**	0,42**	0,50**
Социальная изоляция (self7)	0,34**	0,32**	0,43**
Архаический уход (self8)	0,31**	0,29**	0,29**
Грандиозное Я (self 9)	-0,09	-0,06	-0,09
Стремление к идеальному социальному объекту (self10)	0,27**	0,23**	0,18*
Жажда похвал и подтверждения (self11)	0,22*	0,12	0,18*
Нарциссическая ярость (self12)	0,25**	0,24**	0,29**
Идеал самодостаточности (self13)	-0,21*	-0,13	-0,12
Обесценивание объекта (self14)	0,21*	0,29**	0,26**
Идеал ценностей (self15)	0,22*	0,21*	0,12
Симбиотическая защита Я (self16)	0,29**	0,22**	0,06
Ипохондрическая защита от тревоги (self17)	0,30**	0,35**	0,37**
Нарциссическая выгода от болезни (self18)	0,57**	0,50**	0,42**
ИФСС	0,45**	0,40**	0,45**

Абсолютным отличием компенсаторной формы является отсутствие корреляций с субшкалой «Жажда похвал и подтверждений». Помимо этого, данная форма самостигматизации вызывает ослабления нарциссической регуляции сходные с теми, что характерны для аутопсихической формы: средняя интенсивность связи с «Нарциссической выгодой от болезни» ( $r = 0,50$ ), умеренная корреляция с субшкалой «Негативное телесное Я» ( $r = 0,42$ ), слабые взаимосвязи с «Идеалом ценностей» ( $r = 0,21$ ) и «Симбиотическая защита Я» ( $r = 0,22$ ). В то же время, для компенсаторной формы выявлено ослабление системы Селф подобной социореверсивной форме, а именно — положительная корреляция с субшкалой «Деперсонализация/дереализация», однако, интенсивность её очень слабая ( $r = 0,18$ ).

В случае социореверсивной формы, основное отличие ослабленной регуляции Селф заключается в отсутствии взаимосвязей с «Идеал ценностей» и «Симбиотическая защита Я»; средняя интенсивность корреляции с «Негативным телесным Я» ( $r = 0,50$ ) и умеренная — с субшкалой «Нарциссическая выгода от болезни» ( $r = 0,42$ ). Также, при этой форме для больных характерны схожие с двумя другими формами самостигматизации черты ослабления нарциссической регуляции: с субшкалой «Жажда похвал и подтверждений» — связь очень слабой интенсивности ( $r = 0,18$ ); с субшкалой «Деперсонализация/дереализация» — умеренная корреляция ( $r = 0,3$ ).

### Обсуждение

Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о том, что феномен самостигматизации достоверно взаимосвязан с особенностями нарциссической регуляции у больных с эндогенными расстройствами. При этом, отсутствие достоверных корреляций и различий в значении ИФСС у пациентов с различной длительностью заболевания и количеством госпитализаций указывает на устойчивость системы нарциссической саморегуляции и дает возможность предполагать наличие ее преморбидного ослабления, что способствует формированию внутренней стигмы индивида.

В пользу первичности личностных нарушений нарциссической регуляции, как «почвы» для развития внутренней стигмы, говорит и отсутствие значимых отличий ИФСС между группами пациентов с разными нозологическими формами. Полученные результаты согласуются с данными Р.Н. Lysaker et al. (2012) об отсутствии взаимосвязи между динамикой психопродуктивной симптоматики и интенсивностью самостигматизации, а также с работой шведских коллег [15], где указывается на схожесть характерологических черт пациентов с различными формами психических расстройств.

Наши находки, в целом, согласуются с имеющимися литературными данными, описывающими различные психологические характеристики,

являющимися источником уязвимости при развитии самостигматизации [6]. В частности, в работах Е. Brohan R.M. с соавторами (2010), К.М. Fung с соавторами (2007) и J.B. Ritsher с соавторами (2004) были установлены повышенная тревожность, восприимчивость к стрессу, недостаток уверенности, эмоциональная отстранённость, ожесточённость и недоверие, отличающие лиц, страдающих эндогенными психическими расстройствами от здоровой популяции [12;15;23], то есть параметры, которые являются основой для интернализации внешней стигмы [22]. Отечественные исследования Ханько А.В., Кондюхова Т.Н. (2010) упоминают экстернальность локуса контроля у больных шизофренией, высокий уровень притязаний, озабоченность отношением окружающих, как факторы создающие условия для возникновения у пациентов осложнений в сфере построения межличностных отношений, развития зависимости от влияния внешней среды и общества, способствующих формированию внутренней стигмы [10;11].

Данные нашего исследования позволили установить не только взаимосвязь общего нарушения нарциссической регуляции и самостигматизации, но и уточнить аспекты Self-системы, создающие наибольшую уязвимость для формирования тех или иных форм внутренней стигмы. Обнаружено, что для формирования всех форм самостигматизации наибольшее значение имеет преморбидное ослабление силы личности по параметрам «Незначительное self» и «Бессильное self», которые отражают сомнения индивида в собственной ценности и страх, что окружающие опознают их малоценность. Эти переживания вызывают генерализованную опустошенность, а также ощущение хрупкости собственной личности с формированием тревоги, чувства одиночества и уязвимости перед жизненными событиями. Полученные данные подтверждают представления Р.Н. Lysaker о том, что склонность индивида к формированию тревожных и депрессивных реакций является препятствием для снижения стигмы [22]. Нами также обнаружено, что для людей, склонных к формированию внутренней стигмы характерно вытеснение травматических переживаний в телесную или соматическую сферу, что позволяет частично регулировать внутри- и межличностные конфликты. Это находит отражение в среднем и умеренном уровне корреляций самостигматизации с субшкалами «Негативное телесное Я» и «Нарциссическая выгода от болезни». Определенное значение имеют такие нарушения Self-системы, как: «Потеря контроля эмоций и побуждений» и «Ипохондрическая защита от тревоги», проявляющиеся эмоциональной нестабильностью и/или перемещением тревоги в соматическую сферу, что усиливает деструктивность приспособительного поведения индивида. Другой нежелательной формой защиты себя от травматического воздействия окружающей среды является избегание социальных контактов, выражающееся во взаимосвязи с субшкалой «Социальная изоляция».

Особенностями больных при аутопсихической форме самостигматизации, помимо общих черт ослабления нарциссической регуляции, является склонность к формированию симбиотических отношений, что проявляется наличием корреляций данной формы внутренней стигмы с субшкалами «Идеал самодостаточности», «Жажда похвал и подтверждения», «Идеал ценностей» и «Симбиотическая защита Я». Для индивида с такими нарушениями свойственны отсутствие ответственности перед самим собой, ориентация на поиск объекта для присоединения, зависимость от помощи и одобрения окружающих, неверие в свои силы и способности. При этом отсутствие взаимосвязи с субшкалой «Деперсонализация/Дереализация», по-видимому, обусловлена тем, что пациенты признают собственную изменённость, укладываясь в концепцию «Я-больной», позволяя им более снисходительно относиться к себе и своим неудачам, что отражается в среднем уровне корреляции с «Нарциссической выгодой от болезни».

Специфичные черты ослабления Self для компенсаторной формы самостигматизации выделены не были, что указывает на участие в её формировании других факторов, не относящихся к системе нарциссической регуляции.

Для больных, формирующих социореверсивную форму самостигматизации не характерна диссоциация и отщепление, что отражается в наличии умеренной корреляции с субшкалой «Деперсонализация/дереализация». Для нарциссической регуляции им более свойственно вытеснение переживаний в соматическую сферу, что выражается в корреляции средней интенсивности с

субшкалой «Негативное телесное Я» и стремление к признанию себя окружающими для компенсации собственной слабости («Жажда похвал и подтверждения») при высокой сензитивности в восприятии «враждебности» социума, приводящее к дистанцированию, что находит отражение в отсутствии корреляций с субшкалами «Идеал ценностей», «Симбиотическая защита Я».

Полученные данные позволяют сделать выводы:

- Для больных, страдающих эндогенными психическими расстройствами, свойственны выраженные нарушения нарциссической регуляции независимо от нозологической принадлежности, длительности заболевания и количества госпитализаций, что позволяет отнести ее к преморбидным личностным характеристикам;
- Наличие нарушений Self-системы являются значимой личностной
- предиспозицией для формирования всех вариантов внутренней стигмы у данного контингента больных;
- Преобладание той или иной формы самостигматизации у пациентов определяется специфичными личностными чертами, влияющими на регуляцию нарциссизма;
- Полученные данные расширяют представления о личностных особенностях больных, соучаствующих в интернализации внешней стигмы и должны учитываться при разработке программ, направленных на дестигматизацию больных с тяжелыми психическими расстройствами.

## Литература

1	Баскакова С.А. Современные представления о способах совладания с психическими расстройствами // Социальная клиническая психиатрия. — 2010. — С.88-96.	Baskakova S.A. Current ideas concerning coping in mental disorders. <i>Sotsial'naya klinicheskaya psikhiaetriya</i> . 2010; 88-96. (In Rus)
2	Вид В.Д. Психотерапия шизофрении 3-е изд. — СПб: Питер. — 2008. — 512с.	Vid V.D. <i>Psychoanalytic psychotherapy of schizophrenia</i> . SPb, 1993; 238 p.(In Rus)
3	Зейгарник Б.В., Кожуховская Н.И., Николаева Р.Ц. Роль отношения к болезни в структуре нарушений личности больного// VII Всероссийский съезд невропатологов, психиатров и наркологов. — М. — 1981. — Т.3. — 587с.	Zeigarnik B.V., Kozhukhovskaya N.I., Nikolaeva R.Ts. The role of attitudes towards the disease in the structure of the patient's personality disorders. VII Vserossiiskii s'ezd nevropatologov, psikhiatrov i narkologov. M, 1981; Vol.3. — 587p. (In Rus)
4	Индекс функционирования Self-системы (на основе теста оценки нарциссизма): пособие для врачей / к.м.н. Н. М. Залуцкая, А. Я. Вукс, д.м.н., проф. В.Д. Вид. — СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева. — 2003. — 47с.	<i>Index of Self-system functioning (based on tests measuring narcissism): a handbook / k.m.n. N.M. Zalutskaya, A.Ya. Vuks, d.m.n., prof. V.D. Vid. — SPb.: Institut im. V.M. Bekhtereva, 2003. — 47 p. (In Rus)</i>
5	Косенко Н.А., Красильников Г.Т., Косенко В.Г., Агеев М.И. Истоки психиатрической стигматизации и ее перспективы // Кубанский научный медицинский вестник. — 2015. — №3. — С.58-61.	Kosenko N.A., Krasil'nikov G.T., Kosenko V.G., Ageev M. I. . Origins of psychiatric stigma and prospects. <i>Kubanskii nauchnyi meditsinskii vestnik</i> . 2015; № 3 (152): 58-61. (In Rus)

6	Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Пенчул Н.А. Предвестники психического заболевания. Сообщение 1. Психопатологический диатез // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2013. — №2. — С.3-10.	Kotsyubinskii A.P., Sheinina N.S., PENCHUL N.A. The precursors of mental disease. Post 1. Psychopathological diathesis. <i>Obzrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva</i> . 2013; 2: 3-10. (In Rus)
7	Михайлова И.О. Самостигматизация психически больных: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Научный центр психического здоровья РАМН. — М. — 2005. — 25с.	Mikhailova I.I. Self-stigmatization of mentally ill: diss. ... kand. med. nauk: M.: Nauchnyi tsentr psikhicheskogo zdorov'ya RAMN, 2005. 211 p. (In Rus)
8	Тараканова Е.А., Оруджев Н.Я, Самостигматизация и качество жизни при шизофрении: корреляционные взаимоотношения // Дальневосточный медицинский журнал. — 2010. — С.78-80.	Tarakanova E.A., Orudzhev N.Ya, Self-stigmatization and quality of life in schizophrenia: correlation interrelation. <i>Dal'nevostochnyi meditsinskii zhurnal</i> . 2010; 78-80. (In Rus)
9	Ханько А.В., Кондюхова Т.Н. Гендерный подход в исследовании внутренней картины болезни пациентов с первым эпизодом шизофрении / Клиническая психология: Итоги. Проблемы. Перспективы: сб. материалов всерос. науч.-практ. конф. с межд. участием, 27–28 апр. — СПб.: АЙСИНГ. — 2010. — С.188–193.	Khan'ko A.V., Kondyukhova T.N. Gender approach in the study of the internal picture of disorder in patients with first episode of schizophrenia. <i>Klinicheskaya psikhologiya: Itogi. Problemy. Perspektivy: sb. materialov vseros. nauch.-prakt. konf. s mezhd. uchastiem</i> , 27–28 apr. — SPb.: AISING, 2010; 188–193. (In Rus)
10	Ханько А.В., Кондюхова Т.Н. Особенности значимых отношений и поведения мужчин с первыми приступами шизофрении // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. — 2011. — С.88-95.	Khan'ko A.V., Kondyukhova T.N. Differences in significant relationships and behavior of men with the first episodes of schizophrenia. <i>Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta im. A.S. Pushkina</i> 2011; 88-95. (In Rus)
11	Boyette L.L., Korver-Nieberg N., Verweij K., Meijer C., Dingemans P. & Cahn W. Associations between the five-factor model personality traits and psychotic experiences in patients with psychotic disorders, their siblings and controls. <i>Psychiatry Res.</i> 2013; 210:491–497. DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.040">https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.040</a>	Boyette L.L., Korver-Nieberg N., Verweij K., Meijer C., Dingemans P. & Cahn W. Associations between the five-factor model personality traits and psychotic experiences in patients with psychotic disorders, their siblings and controls. <i>Psychiatry Res.</i> 2013; 210: 491–497. DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.040">https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.040</a>
12	Brohan E., Elgie R., Sartorius N. & Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. <i>Schizophrenia Research.</i> 2010; 122: 232-238. DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065">http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065</a>	Brohan E., Elgie R., Sartorius N. & Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. <i>Schizophrenia Research.</i> 2010; 122: 232-238. DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065">http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065</a>
13	Corrigan P.W. How stigma interferes with mental care. <i>American Psychologist.</i> 2004; 59: 614-624. DOI: 10.1037/0003-066X.59.7.614.	Corrigan P.W. How stigma interferes with mental care. <i>American Psychologist.</i> 2004; 59: 614-624. DOI: 10.1037/0003-066X.59.7.614.
14	Fagerberg T., Söderman E., Gustavsson J.P., Agartz I. & Jönsson E.G. Personality traits in established schizophrenia: aspects of usability and differences between patients and controls using Swedish universities Scale of personality. <i>Nord.J.Psychiatry.</i> 2016 Aug 17; 70(6):462-469. DOI: 10.3109/08039488.2016.1159331	Fagerberg T., Söderman E., Gustavsson J.P., Agartz I. & Jönsson E.G. Personality traits in established schizophrenia: aspects of usability and differences between patients and controls using Swedish universities Scale of personality. <i>Nord.J.Psychiatry.</i> 2016 Aug 17; 70(6):462-469. DOI: 10.3109/08039488.2016.1159331
15	Fung K.M., Tsang H.W., Corrigan P.W., Lam C.S. & Cheung W.M. Measuring self-stigma of mental illness in China and its applications for recovery. <i>International Journal of Social Psychiatry.</i> 2007; 53: 408-418. DOI: 10.1177/0020764007078342.	Fung K.M., Tsang H.W., Corrigan P.W., Lam C.S. & Cheung W.M. Measuring self-stigma of mental illness in China and its applications for recovery. <i>International Journal of Social Psychiatry.</i> 2007; 53: 408-418. DOI: 10.1177/0020764007078342.

16	Kashdan T.B., & Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. <i>Clinical Psychology Review</i> . 2010; 30: 865-878. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.03.001.	Kashdan T.B., & Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. <i>Clinical Psychology Review</i> . 2010; 30: 865-878. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.03.001.
17	Link B. Mental patient status, work, and income: an examination of the effects of a psychiatric label. <i>American Sociological Review</i> . 1982; 47: 202-215. DOI:10.2307/2094963	Link B. Mental patient status, work, and income: an examination of the effects of a psychiatric label. <i>American Sociological Review</i> . 1982; 47: 202-215. DOI:10.2307/2094963
18	Lysaker P.H., Roe D., & Yanos P.T. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. <i>Schizophrenia Bulletin</i> . 2007; 33: 192-199. DOI: <a href="https://doi.org/10.1093/schbul/sbl016">https://doi.org/10.1093/schbul/sbl016</a>	Lysaker P.H., Roe D., & Yanos P.T. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. <i>Schizophrenia Bulletin</i> . 2007; 33: 192-199. DOI: <a href="https://doi.org/10.1093/schbul/sbl016">https://doi.org/10.1093/schbul/sbl016</a>
19	Lysaker P.H., Tsaj J., Yanos P.T., & Roe D. Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. <i>Schizophrenia Res</i> . 2009; 110:165-172. DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.01.015">https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.01.015</a>	Lysaker P.H., Tsaj J., Yanos P.T., & Roe D. Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. <i>Schizophrenia Res</i> . 2009; 110:165-172. DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.01.015">https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.01.015</a>
20	Lysaker P.H., Yanos P.T., Outcalt J., & Roe D. Association of stigma, self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia. <i>Clin Schizop. Relat. Psychoses</i> . 2010; 4(1): 41-48. DOI: 10.3371/csrp.4.1.3	Lysaker P.H., Yanos P.T., Outcalt J., & Roe D. Association of stigma, self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia. <i>Clin Schizop. Relat. Psychoses</i> . 2010; 4(1): 41-48. DOI: 10.3371/csrp.4.1.3
21	Lysaker P.H., Roe D., Ringer J., Gilmore E.M., & Yanos P.T. Change in self-stigma among persons with schizophrenia enrolled in rehabilitation: associations with self-esteem and positive and emotional discomfort symptoms. <i>Psychological Services</i> . 2012; 9(3): 240-247. DOI: 10.1037/a0027740	Lysaker P.H., Roe D., Ringer J., Gilmore E.M., & Yanos P.T. Change in self-stigma among persons with schizophrenia enrolled in rehabilitation: associations with self-esteem and positive and emotional discomfort symptoms. <i>Psychological Services</i> . 2012; 9(3): 240-247. DOI: 10.1037/a0027740
22	Reno R.M. Personality characterizations of outpatients with schizophrenia, schizophrenia with substance abuse, and primary substance abuse. <i>J Nerv Ment Dis</i> . 2004; 192: 672-81. DOI: 10.1097/01.nmd.0000142030.44203.63	Reno R.M. Personality characterizations of outpatients with schizophrenia, schizophrenia with substance abuse, and primary substance abuse. <i>J Nerv Ment Dis</i> . 2004; 192: 672-81. DOI: 10.1097/01.nmd.0000142030.44203.63
23	Ritsher J.B., Phelan J.C. Internalized stigma predict erosion of morale among psychiatric outpatients. <i>Psychiatry Res</i> . 2004; 129: 257-265. doi: <a href="http://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003">http://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003</a>	Ritsher J.B., Phelan J.C. Internalized stigma predict erosion of morale among psychiatric outpatients. <i>Psychiatry Res</i> . 2004; 129: 257-265. doi: <a href="http://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003">http://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003</a>
24	Rosenfield S. Labelling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. <i>Am Sociol Rev</i> . 1997; 62: 660-672. DOI: <a href="https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-23">https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-23</a>	Rosenfield S. (1997) Labelling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. <i>Am Sociol Rev</i> . 1997; 62: 660-672. DOI: <a href="https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-23">https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-23</a>
25	Sibitz I., Amering M., Unger A., Seyringer M.E., Bachmann A., Schrank B., Benesch T., Schulze B., & Woppmann A. The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. <i>Eur Psychiatry</i> . 2011; 26: 28-33. DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.08.010">https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.08.010</a>	Sibitz I., Amering M., Unger A., Seyringer M.E., Bachmann A., Schrank B., Benesch T., Schulze B., & Woppmann A. The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. <i>Eur Psychiatry</i> . 2010; 26: 28-33. DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.08.010">https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.08.010</a>

26	<i>Thorrington S. Implicit and explicit self-stigma, psychological flexibility and outcomes in first episode psychosis: Thes. ... PhD/ S. Thorrington. — Canterbury (GB): Canterbury Christ Church University, 2013. — 137p. DOI: create.canterbury.ac.uk./12336/</i>	<i>Thorrington S. Implicit and explicit self-stigma, psychological flexibility and outcomes in first episode psychosis: Thes. ... PhD/ S. Thorrington. — Canterbury (GB): Canterbury Christ Church University, 2013. — 137p. DOI: create.canterbury.ac.uk./12336/</i>
27	<i>Vauth R., Kleim B., Wirtz M. and Corrigan P.W. Self-Efficacy and Empowerment as Outcomes of Self-Stigmatizing and Coping in Schizophrenia. Psychiatric Res. 2007; 150: 71-80. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2006.07.005</i>	<i>Vauth R., Kleim B., Wirtz M. and Corrigan P.W. Self-Efficacy and Empowerment as Outcomes of Self-Stigmatizing and Coping in Schizophrenia. Psychiatric Res. 2007; 150: 71-80. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2006.07.005</i>
28	<i>Vidovic D., Brecic P., Vilibic M., Jukic V. Insight and self-stigma in patients with schizophrenia. Acta Clin Croat. 2016; 55: 23-28. DOI: 10.2147/NDT.S120298</i>	<i>Vidovic D., Brecic P., Vilibic M., Jukic V. Insight and self-stigma in patients with schizophrenia. Acta Clin Croat. 2016; 55: 23-28. DOI: 10.2147/NDT.S120298</i>
29	<i>Watson A.C., Corrigan P.W., Larson J.E., &amp; Sells M. Self-stigma in people with mental illness. Schizophrenia Bulletin. 2007; 33: 1312-1318. DOI:10.1093/schbul/sbl076</i>	<i>Watson A.C., Corrigan P.W., Larson J.E., &amp; Sells M. Self-stigma in people with mental illness. Schizophrenia Bulletin. 2007; 33: 1312-1318. DOI:10.1093/schbul/sbl076</i>
30	<i>West M.L., Vayshenker B., Rotter M., &amp; Yanos P.T. The influence of mental illness and criminality self-stigmas and racial self-concept on outcomes in a forensic psychiatric sample. Psychiatric Rehab J. 2015; 38(2): 150-157. DOI: http://dx.doi.org/10.1037/prj0000133</i>	<i>West M.L., Vayshenker B., Rotter M., &amp; Yanos P.T. The influence of mental illness and criminality self-stigmas and racial self-concept on outcomes in a forensic psychiatric sample. Psychiatric Rehab J. 2015; 38(2): 150-157. DOI: http://dx.doi.org/10.1037/prj0000133</i>
31	<i>Yanos P.T., Roe D., Markus K. &amp; Lysaker P.H. Pathways between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. Psychiatric Services. 2008; 59: 1437-1442. DOI: http://dx.doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1437</i>	<i>Yanos P.T., Roe D., Markus K. &amp; Lysaker P.H. Pathways between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. Psychiatric Services, 2008; 59: 1437-1442. DOI: http://dx.doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1437</i>

**Сведения об авторах**

**Лутова Наталия Борисовна** — д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: lutova@mail.ru.

**Макаревич Ольга Владимировна** — младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: lysska@mail.ru;

**Новикова Ксения Евгеньевна** — клинический психолог отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: novikova.kseniya@bk.ru



## Особенности эмоционально-личностной сферы у детей с умственной отсталостью

Овчинников А.А., Султанова А.Н., Сычева Т.Ю., Васильева Ю.Е., Максименко П.А.  
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Резюме.** В статье дан подробный анализ современных исследований в области изучения эмоциональных и личностных характеристик детей с умственной отсталостью. В ходе проведенной работы выявлены особенности эмоционально-личностной сферы детей младшего школьного возраста с легкой степенью умственной отсталости, воспитывающихся в семьях и находящихся в условиях интерната, которые проявляются в том, что дети с умственной отсталостью из семей чаще руководствуются мотивами поведения по типу самоутверждающего и социально-одобряемого выборов и обладают повышенным уровнем тревожности. Авторы акцентируют внимание на важности проведения психообразовательных программ, как одной из важнейших составляющих системы реабилитации семей, воспитывающих умственно отсталого ребенка.

**Ключевые слова:** дети с умственной отсталостью, особенности эмоционально-личностной сферы, тревожность.

### Features of the emotional-personal sphere in children with mental retardment

Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Sycheva T.Yu., Vasilieva Yu.E., Maksimenko P.A.  
Novosibirsk State Medical University

**Summary.** In article the detailed analysis of modern researches in the field of studying of emotional and personal characteristics of mentally retarded children is given. During the carried-out work features of the emotional and personal sphere of the children of younger school age with easy degree of intellectual backwardness who are brought up in families and being in boarding school conditions which are shown that mentally retarded children from families to a thicket are guided by motives of behavior as self-approving and social approved elections and have the increased uneasiness level are revealed; mentally retarded children from families are more disturbing. Authors focus attention on importance of carrying out psychoeducational programs as one of the most important components of system of rehabilitation of the families which are bringing up the mentally retarded child.

**Key words:** children with mental retardation, features of emotional-personal sphere, anxiety.

Психическое расстройство, которое в настоящее время определяется как «умственная отсталость», представляет собой группу синдромов, характеризующихся значительными ограничениями как интеллектуального функционирования, так и адаптивного поведения. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) находится в процессе пересмотра Международной классификации болезней, и предполагается замена термина «умственная отсталость» из МКБ-10 на «расстройство интеллектуального развития» в МКБ-11 [15]. Их распространенность составляет около 1% в странах с высокими доходами и 2% в странах с низким и средним доходом [8]. Они оказывают большое влияние на функционирование и инвалидность на протяжении всей жизни и высокую сопутствующую связь с другими психическими расстройствами [7]. Согласно научным обзорам по данной теме, во всем мире около 1% населения в целом страдает от умственной неполноценности [9, 12]. Пораженность в детском и подростковом возрасте имеет более высокие статистические показатели (18,30 / 1000), чем во взрослой популяции (4,94 / 1000) [12]. Кроме того, около 1% детей в возрасте от 3 до 10 лет во всем мире установлена инвалидность по данно-

му заболеванию [13]. Умственная отсталость характеризуется полифакторной этиологией, включая генетические и приобретенные причины. Генетические факторы, такие как хромосомные аномалии, наследственные генетические признаки и одиночные генные расстройства, являются основными причинами, составляющими от 30% до 50% всех случаев инвалидности. Негеномные причины включают пренатальные, перинатальные, послеродовые и факторы окружающей среды [10]. Наиболее распространенные негеномные пренатальные факторы риска — это различные заболевания матери, такие как бронхиальная астма, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, патология почек и эпилепсия [10, 11]. Основными перинатальными факторами являются низкий вес при рождении, преждевременные роды, родовые осложнения и перинатальные инфекции [6, 10]. Постнатальные инфекции, воздействие токсических веществ, таких как свинец или ртуть, нарушения развития, злокачественные новообразования центральной нервной системы и хроническое тяжелое недоедание были зарегистрированы как постнатальные факторы [5, 10]. Факторы, лежащие в основе развития умственной неполноценности, находятся в тесной взаимосвязи с факторами окру-

жающей среды, социально-демографическими и социально-экономическими характеристиками населения [11, 14].

Отечественные научные обзоры анализируют современные проблемы в исследовании задержек психического развития (ЗПР) у детей. Емелина Д.А., Макаров И.В. подробно рассматривают вопросы этиологии, диагностики, дифференциальной диагностики, клинической картины, особое внимание уделяя анализу имеющихся классификаций ЗПР как в российской, так и в зарубежной литературе [1].

Исследованием умственной отсталости занимаются многие отечественные исследователи, так в своем исследовании Т.А. Родермель проанализировала результаты диагностического обследования личностных характеристик эмоциональной сферы умственно отсталых детей и выявила, что большинство проблем у детей, находящихся под опекой обусловлены влиянием социальной среды и эмоциональным сопровождением [3].

Ю.В. Серебренникова и И.И. Малых выявили особенности эмоционального развития умственно отсталых младших школьников, которое характеризуется рядом специфических особенностей: гипофункционированием всей эмоциональной системы, непониманием эмоциональных проявлений других людей и неумением правильно выражать свои эмоции в соответствии с ситуацией, а также склонностью к совершению неадекватных поступков, трудностями в адаптации [4].

Отечественные исследователи акцентируют внимание на важность психообразовательных программ, как одной из важнейших составляющих системы реабилитации семей, воспитывающих умственно отсталого ребенка. Основной целью указанных программ, как утверждают авторы, является предоставление достоверной информации о болезни, методах ее лечения, реабилитационном прогнозе, что способствует повышению сотрудничества семьи пациента и специалиста, оказывающего помощь, а также более эффективной адаптации семьи к стрессовым ситуациям [2].

При анализе исследований, касающихся эмоциональной сферы умственно отсталых детей, обнаруживается широкий научно-практический интерес, что подчеркивает актуальность данной проблематики на сегодняшний день.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение эмоционально-личностной сферы детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью.

**Материал и методы исследования.** Базой настоящего исследования явились детский медико-психологический центр «Агата» (г. Новосибирск) и психоневрологический интернат для детей «Солнышко» (г. Красноярск): 18 детей младшего школьного возраста с легкой степенью умственной отсталости, воспитывающихся в условиях интерната, часть из которых (75%) обучается в специальной школе VIII вида, другая часть (25%) это обучающиеся общеобразовательных школ; 16 детей младшего школьного возраста с легкой сте-

пенью умственной отсталости, воспитывающихся в семьях ( $9,1 \pm 2,4$  года). 80% группы составляют дети, воспитывающиеся в полных семьях, и 20% это дети из неполных семей.

Интеллект по Векслеру в исследуемой выборке детей колеблется в диапазоне 56-71. Кроме того выборка характеризуется наличием коморбидных расстройств: эпи-синдром, эпилепсия, шизофрения (1 случай в интернате), ДЦП (спастическая диплегия) (1 случай в интернате). Критерии включения: умственная отсталость легкой степени, младший школьный возраст.

Все испытуемые выполнили экспериментально-психологическую методику «Многомерная оценка детской тревожности», которая представляет собой клинически апробированный опросник для психологической диагностики характера и уровня детской тревожности на многомерной основе; методику «Метаморфозы», в основу которого положена проективная методика исследования личности «Тест метаморфоз» Жаклин Руайер (Франция) (в России методика в данной модификации применялась Н.Я. Семаго с 1982 года, может быть использована с детьми, начиная с 4-летнего возраста, вплоть до подросткового возраста (13 — 14 лет)) и рисуночный тест «Несуществующее животное» методика для исследования личности, разработана М.З. Дукаревич в 1990 году. Вычисления проводились с использованием статистического пакета STATISTICA 6.0. Для выявления различий между группами использовался критерий Манна-Уитни. В исследовании приняты следующие параметры значимости: тенденция к различию между группами ( $p \leq 0,05$ ) и значимые различия между группами ( $p \leq 0,01$ ).

**Результаты исследования.** В ходе анализа было установлено, что дети, воспитывающиеся в условиях интерната, наиболее часто дают ответы по типу агрессивного ( $2,7 \pm 1,1$ ) и демонстративного ( $1,7 \pm 0,9$ ) выборов. Ответы по агрессивному типу следует оценивать не как собственно агрессивные, а как страх агрессии со стороны внешнего окружения. Демонстративные выборы в свою очередь выражают потребность находиться в центре внимания, а также потребность во внимании при ощущении его дефицита. Демонстративные выборы можно рассматривать и как средство инициации общения и взаимодействия. Качественный анализ ответов дает понять, что дети из интерната ориентированы на духовные ценности: «хочу, чтобы все люди были ласковыми», «в семью попасть», «чтобы войны не было» (рис. 1).

Было установлено, что показатели по шкале общей тревожности у группы детей из семей (5,1) значимо выше (при  $p=0,002$ ), чем в группе воспитанников интерната (2,25), что говорит о том, что дети из семей в целом более тревожны, чем воспитанники интерната. Также было выявлено значимое различие по шкале «Тревога в отношениях со сверстниками», где показатели у детей из семей (3,1) имеют тенденцию к повышению (при  $p=0,02$ ), в отличие от детей, воспитывающихся в



Рис. 1. Различия в показателях многомерной оценки детской тревожности между детьми с умственной отсталостью воспитывающимися в семьях и находящимися в условиях интерната  
Примечание: \* - при  $p \leq 0,01$ , \*\* - при  $0,01 \leq p \leq 0,05$



Рис. 2. Различия в показателях многомерной оценки детской тревожности между детьми с умственной отсталостью воспитывающимися в семьях и находящимися в условиях интерната  
Примечание: \* - при  $p \leq 0,01$ , \*\* - при  $0,01 \leq p \leq 0,05$

интернате (1,3). Данное различие может объясняться тем, что дети из интерната постоянно находятся в контакте со сверстниками, так как проживают с ними на одной территории. В то время как дети из семей в меньшей степени коммуницируют со сверстниками, их круг ограничен, присутствует объективная зависимость от родителей. Тревога в этом случае объясняется несформированными коммуникативными навыками, необходимыми для успешного взаимодействия со сверстниками. Такие дети, вступая в контакт, не умеют начать диалог, поддержать его, подобного рода затруднения могут приводить к отказу от дальнейшего взаимодействия со сверстниками и снижают их социальную активность.

В ходе оценки значимости различий по шкалам «Тревога в связи с оценкой окружающих» и «Тре-

вога в ситуациях самовыражения» показатели в группе детей из семей значительно выше, чем среди воспитанников интерната (при  $p=0,001$ ). Различие может быть свидетельством того, что дети из интерната ежедневно вовлечены в разнообразные кружки и мероприятия, занимаются с преподавателями различных творческих профилей, часто получая при этом положительную оценку своим достижениям, приобретая опыт в разнообразных сферах деятельности. В то время как дети из семей в меньшей степени вовлечены в социум и, как правило, находятся под гиперопекой родителей, которые расценивают многие ситуации как опасные для здоровья, стремятся ограждать детей, лишая возможности проявлять собственную экспрессию. Вследствие этого, ребенок ориентирован на мнение других в оценке своих поступков, ожи-

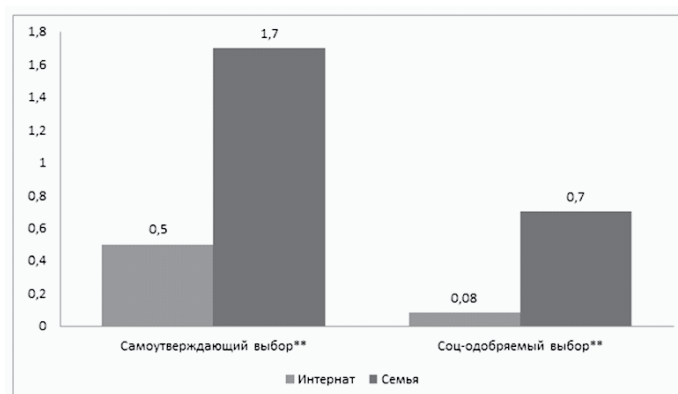


Рис. 3. Различия в показателях по методике «Метаморфозы» между детьми, с умственной отсталостью воспитывающимися в семьях и находящимися в условиях интерната  
Примечание: \*\* - при  $0,01 \leq p \leq 0,05$

дая, как правило, негативных оценок с их стороны, что не может не сопровождаться тревожным фоном. Воспитание по типу гиперопеки часто может сочетаться с симбиотическими взаимоотношениями: установив тесный эмоциональный контакт, родитель заражает своими страхами ребенка, способствуя формированию у него тревожных проявлений.

Показатели по шкале «Тревога в ситуации проверки знаний» в группе детей из семей значимо выше, чем среди воспитанников интерната (при  $p=0,01$ ) (рис. 2). Данное различие может быть обусловлено тем, что в ситуации семьи, у родителей есть определенные ожидания относительно успешности ребенка, которые они так или иначе транслируют, и зачастую ожидают от него результатов несопоставимыми с его реальными возможностями. Сталкиваясь с постоянными расхождениями между своими реальными возможностями и тем высоким уровнем достижений, которого ждут от него взрослые, ребенок испытывает беспокойство, которое легко перерастает в тревожность. Показатели по шкале «Тревога в отношениях с учителями» в группе детей из семей имеют тенденцию к повышению, в сравнении с воспитанниками интерната, (при  $p=0,02$ ). Данное различие может объясняться тем, что часть детей, воспитывающихся в семьях обучаются в общеобразовательной школе, где учителя могут не обладать достаточными знаниями в области специальной психологии и предъявлять к особым ученикам слишком высокие требования. Тревожность может возникать и как следствие избирательного отношения педагога к ребенку, чаще всего причина может быть в плохом поведении или несоответствии обучающегося определенным требованиям; при постоянном обращении внимания на такого ученика, учитель невольно провоцирует и усиливает тревожность.

По шкале «Тревога в отношениях с родителями» не выявлено достоверных различий (при  $p=0,45$ ), что может быть обусловлено особенностями взаимоотношений с родителями как у детей из семей, так и у воспитанников интерната с заменяющим им родителя воспитателем. Дети из

семей зачастую находятся под гиперопекой, личностные черты родителей в виде тревожности, невротичности, трансляции ипохондрических переживаний, оказывают непосредственное влияние на ребенка и на межличностные отношения внутри семьи. В свою очередь дети из интерната, как правило, не чувствуют близкого эмоционального контакта, поддержки со стороны воспитателя, который являясь фигурой заменяющей родителя, по факту не восполняет дефицита необходимых чувств и эмоций. Также не было выявлено достоверных различий по шкале «Тревога, связанная с обучением» (при  $p=0,12$ ). Наиболее типично возникновение школьной тревожности может быть связано с различными социально-психологическими факторами, которые были описаны ранее или непосредственно с фактором образовательных программ.

Сравнительный анализ результатов методики «Метаморфозы» выявил статистически значимые различия по ряду параметров (рис. 3).

Было установлено, что дети, воспитывающиеся в семьях (1,7) наиболее часто дают ответы по типу самоутверждающего выбора, в отличие от детей из интерната (0,5) (при  $p=0,02$ ). Такие выборы, как правило, подчеркивают потребность ребенка в самостоятельности, независимости, свободе выбора, что может быть дефицитным для детей, родители которых выставляют им определенные рамки и ограничения. Также было установлено, что в своих ответах дети из семей (0,7) больше ориентированы на социально-одобряемые ответы (которые, как правило, отражают ориентацию ребенка на социальные нормы), чем дети из интерната (0,08) (при  $p=0,04$ ). Обычно, такие ответы характеризуют «скованность» ребенка социальными нормами и, как правило, отражают определенную тенденцию воспитания в семье по типу: «все для других».

При оценке рисунков детей по методике «Несуществующее животное» было выявлено, что рисунки детей из интерната носят явно агрессивный характер. Об этом говорят присутствующий у животных оскал, прорисованные зубы и клыки. Шипы, иглы на теле тракуются как защит-

ная агрессия, а когти свидетельствуют о защите от кого-либо или чего-либо. Также степень агрессивности выражена количеством, расположением и характером острых углов в рисунке, независимо от их связи с той или иной деталью, что присутствует в большинстве рисунков воспитанников интерната. На отдельных рисунках встречаются раны и шрамы, что указывает на невротическое состояние ребенка. Также рисунки выделяются сильной штриховкой, что говорит об агрессивности и напряженности. Большинство рисунков содержат в себе существовавших в культуре, но вымерших животных, что является нормой для детей 8-9-летнего возраста.

При анализе рисунков детей, воспитывающихся в семьях, в целом можно сказать, что они носят инфантильный характер. Большинство исследуемых нарисовали животных, существующих в реальности, что говорит о слабой развитости творческого мышления. Зачастую именно последствия тревожности могут отрицательно сказаться на формировании творческого мышления, для которого естественны такие личностные черты, как отсутствие страха перед новым, неизвестным. Линии «островки», а также «запачканность» на рисунках, говорят о легкой напряженности и повышенном уровне тревожности. В своих ответах, дети из семей чаще отмечали, что нарисованное животное живет одно, что говорит о коммуникативных нарушениях, на это же указывает отсутствие рук (лап) на части рисунках.

В ходе наблюдения за детьми по всему ходу исследования, было выявлено, что дети из интерната более инициативны, эмоциональные реакции выраженные, задания выполняют в целом быстрее, ответы охотно комментируют. Дети из семей более инертны, неинициативны, интенсивность эмоций умеренная, при выполнении заданий часто не уверены.

**Выводы.** Дети с умственной отсталостью, воспитывающиеся в семьях, наиболее часто руководствуются мотивами поведения по типу самоутверждающего (1,7 баллов при  $p=0,02$ ) и социально-одобряемого выборов (0,7 баллов при  $p=0,04$ ), чем умственно отсталые дети, воспитывающиеся в условиях интерната (0,5 и 0,08, соответственно) при  $p=0,002$ . Дети с умственной отсталостью, воспитывающиеся в семьях, обладают повышенным уровнем тревожности (5,1) чем умственно отсталые дети, воспитывающиеся в условиях интерната (2,25) при  $p=0,002$ . Проведенное исследование подводит к необходимости разработки коррекционной программы, направленной на снижение тревожности младших школьников с умственной отсталостью. Планируемая коррекционная работа должна базироваться на применении комплекса таких терапевтических методов, как изотерапия (рисунки, лепка); музыкотерапия (релаксация под музыку, рисование под музыку) и сказкотерапия (прослушивание сказки коррекционной направленности).

## Литература

1	Емелина Д.А., Макаров И.В. Задержки психического развития у детей (аналитический обзор) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2018. — № 1. — С.4-12.	Emelina D.A., Makarov I.V. Developmental delay in children (analytical review). <i>Obzrenie psikhatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva</i> . 2018; 1:4-12. (In Rus.).
2	Михейкина О.В., Макаров И.В. Анализ потребностей в психообразовательных и психореабилитационных программах семей детей с умственной отсталостью // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2015. — № 2. — С.96-98.	Mikheykina O.V., Makarov I.V. Psychoeducational and psychorehabilitation needs analysis of families with mentally retarded children. <i>Obzrenie psikhatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva</i> . 2015; 2:96-98. (In Rus.).
3	Родермель Т.А. Основные аспекты развития эмоциональной сферы у умственно отсталых детей, находящихся под опекой: психологический анализ // Международный исследовательский журнал. — 2017. — № 8. — С.121-124.	Rodermel T.A. Main aspects of emotional sphere development of mentally retarded children under charge: psychological analysis. <i>Mezhdunarodnyj issledovatel'skij zhurnal</i> . 2017; 8:121-124. (In Rus.). <a href="https://doi.org/10.23670/IRJ.2017.62.034">https://doi.org/10.23670/IRJ.2017.62.034</a>
4	Серебренникова Ю.В., Малых И.И. Особенности эмоционального развития умственно отсталых детей младшего школьного возраста // Психологическое сопровождение детей с особыми образовательными потребностями в условиях общеобразовательного учреждения. — 2014. — №1. — С.115-120.	Serebrennikova Yu.V., Malykh I.I. Features of the emotional development of mental-backward children of primary school age. <i>Psikhologicheskoe soprovozhdenie detej s osobymi obrazovatel'nymi potrebnostryami v usloviyakh obshheobrazovatel'nogo uchre-zhdeniya</i> . 2014. 1:115-120. (In Rus.).
5	Armatas V. Mental retardation: definitions, etiology, epidemiology and diagnosis. <i>Journal of Sport and Health Research</i> . 2009;1(2):112-122.	Armatas V. Mental retardation: definitions, etiology, epidemiology and diagnosis. <i>Journal of Sport and Health Research</i> . 2009;1(2):112-122.

6	Bilder D.A., Pinborough-Zimmerman J., Bakian A.V. Prenatal and perinatal factors associated with intellectual disability. <i>American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities</i> . 2013;118(2):156–176. doi: 10.1352/1944-7558-118.2.156.	Bilder D.A., Pinborough-Zimmerman J., Bakian A.V. Prenatal and perinatal factors associated with intellectual disability. <i>American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities</i> . 2013;118(2):156–176. doi: 10.1352/1944-7558-118.2.156.
7	Cooper S.A., Smiley E., Morrison J. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. <i>Br J Psychiatry</i> . 2007; 190:27–35.	Cooper S.A., Smiley E., Morrison J. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. <i>Br J Psychiatry</i> . 2007; 190:27–35.
8	Durkin M. The epidemiology of developmental disabilities in low-income countries. <i>Ment Retard Dev Disabil Res Rev</i> . 2002; 8:206–211.	Durkin M. The epidemiology of developmental disabilities in low-income countries. <i>Ment Retard Dev Disabil Res Rev</i> . 2002; 8:206–211.
9	Goli D.N., Moniri F.S., Wilhelm R.Z. Intellectual disability in children; a systematic review. <i>International Archives of Health Sciences</i> . 2016;3(2):27–36.	Goli D.N., Moniri F.S., Wilhelm R.Z. Intellectual disability in children; a systematic review. <i>International Archives of Health Sciences</i> . 2016;3(2):27–36.
10	Huang J., Zhu T., Qu Y., Mu D. Prenatal, perinatal and neonatal risk factors for intellectual disability: A systemic review and meta- Analysis. <i>PLoS ONE</i> . 2016;11(4) doi: 10.1371/journal.pone. 0153655.e0153655.	Huang J., Zhu T., Qu Y., Mu D. Prenatal, perinatal and neonatal risk factors for intellectual disability: A systemic review and meta- Analysis. <i>PLoS ONE</i> . 2016;11(4) doi: 10.1371/journal.pone. 0153655.e0153655.
11	Leonard H., Klerk N.D., Bourke J., Bower C. Maternal health in pregnancy and intellectual disability in the offspring: a population-based study. <i>Annals of Epidemiology</i> . 2006;16(6):448–454. doi: 10.1016/j.annepidem.2005.05.002.	Leonard H., Klerk N.D., Bourke J., Bower C. Maternal health in pregnancy and intellectual disability in the offspring: a population-based study. <i>Annals of Epidemiology</i> . 2006;16(6):448–454. doi: 10.1016/j.annepidem.2005.05.002.
12	Maulik P.K., Mascarenhas M.N., Mathers C.D., Dua T., Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. <i>Research in Developmental Disabilities</i> . 2011;32(2):419–436. doi: 10.1016/j.ridd.2010.12.018.	Maulik P.K., Mascarenhas M.N., Mathers C.D., Dua T., Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. <i>Research in Developmental Disabilities</i> . 2011;32(2):419–436. doi: 10.1016/j.ridd.2010.12.018.
13	Pratt H.D., Greydanus D.E. Intellectual disability (mental retardation) in children and adolescents. <i>Primary Care—Clinics in Office Practice</i> . 2007;34(2):375–386. doi: 10.1016/j.pop.2007.04.010.	Pratt H.D., Greydanus D.E. Intellectual disability (mental retardation) in children and adolescents. <i>Primary Care—Clinics in Office Practice</i> . 2007;34(2):375–386. doi: 10.1016/j.pop.2007.04.010.
14	Sharma S., Raina S.K., Bhardwaj A.K., Chaudhary S., Kashyap V., Chander V. Socio demography of mental retardation: A community-based study from a goitre zone in rural sub-Himalayan India. <i>Journal of Neurosciences in Rural Practice</i> . 2015;6(2):165–169. doi:10.4103/0976-3147.153220.	Sharma S., Raina S.K., Bhardwaj A.K., Chaudhary S., Kashyap V., Chander V. Socio demography of mental retardation: A community-based study from a goitre zone in rural sub-Himalayan India. <i>Journal of Neurosciences in Rural Practice</i> . 2015;6(2):165–169. doi: 10.4103/0976-3147.153220.
15	World Health Organization. <i>International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision</i> . Geneva: World Health Organization; 1992.	World Health Organization. <i>International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision</i> . Geneva: World Health Organization; 1992.

## Сведения об авторах

**Овчинников Анатолий Александрович** — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии НГМУ. E-mail: anat1958@mail.ru

**Султанова Аклима Накиповна** — к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии НГМУ. E-mail: sultanova.aklima@yandex.ru

**Сычева Татьяна Юрьевна** — к.п.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии НГМУ. E-mail: tatysiaa1@mail.ru

**Васильева Юлия Евсеевна** — клинический психолог. E-mail: jully.vasilyeva@gmail.com

**Максименко Павел Алексеевич** — преподаватель кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии НГМУ. E-mail: maks.pawel2011@yandex.ru

## Взаимодействие волевой регуляции и родительского воспитания как факторов психического здоровья детей

Петренко Е.Н.<sup>1</sup>, Козлова Е.А.<sup>1</sup>, Логинова С.В.<sup>1</sup>, Слободская Е.Р.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт физиологии и фундаментальной медицины, г. Новосибирск,

<sup>2</sup> Новосибирский государственный университет

**Резюме.** Были исследованы взаимодействия волевой регуляции детей с практиками родительского воспитания в отношении психического здоровья детей дошкольного возраста (N = 652). Волевою регуляцией оценивали с помощью краткой шкалы Опросника поведения в детстве (CBQ-VS), практики родительского воспитания — с помощью Алабамского опросника родительского воспитания для дошкольников (APQ-PR), психическое здоровье — скрининговым опросником Сильные стороны и трудности (SDQ). Результаты исследования показали, что все достоверные взаимодействия соответствовали модели «диатеза-стресса» или «двойного риска». Волевая регуляция и ее компоненты (тормозный контроль и сенсорная чувствительность) были теснее связаны с интернальными и экстернальными проблемами, их общим числом и влиянием на жизнь ребенка в семьях, где родители больше использовали наказания и были менее последовательны в дисциплинировании.

**Ключевые слова:** психическое здоровье, волевая регуляция, дети, методы родительского воспитания, взаимодействия.

### Interaction between effortful control and parenting as factors of child mental health

Petrenko E.N.<sup>1</sup>, Kozlova E.A.<sup>1</sup>, Loginova S.V.<sup>1</sup>, Slobodskaya H.R.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Scientific Research Institute of Physiology and Basic Medicine, Novosibirsk,

<sup>2</sup> Novosibirsk State University

**Summary.** The study examined interactions between parenting and child effortful control in the prediction of problem behavior in Russian preschoolers in parent reports of 2- 8-year-old children (N = 652). Effortful Control and its components, inhibitory control, attentional control, low-intensity pleasure, and perceptual sensitivity, were measured by the Very Short Form of the Children's Behavior Questionnaire (CBQ-VS). Positive parenting, punishment, and inconsistent discipline were measured by the Alabama Parenting Questionnaire-Preschool Revision (APQ-R). Externalizing problems, internalizing problems, total difficulties, and impact of problems on the child's life were measured by the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). The results indicated that effortful control and perceptual sensitivity interacted with parental punishment to predict externalizing problems and total difficulties such that temperament was more strongly related to problem behavior when parents used more punishment. In a similar way, inhibitory control was more strongly related to externalizing problems and their impact on the child's life when parents used more punishment. The majority of moderating effects were consistent with the diathesis-stress or dual risk model. That is, temperament was more strongly related to externalizing and internalizing problems and their impact on the child's life when parents used more punishment and were inconsistent in their use of discipline.

**Key words:** mental health, effortful control, children, parenting, interactions.

Психическое здоровье и возникающие проблемы определяются множеством взаимодействующих социальных, психологических и биологических факторов, среди которых наибольшее значение для детей имеют индивидуальные и семейные [18]. Индивидуальные особенности играют важную роль в возникновении эмоциональных (интернальных) и поведенческих (экстернальных) нарушений [2]. В последние годы накапливаются данные о существенном значении для психического здоровья и оптимального развития такой индивидуальной характеристики, как волевая регуляция (effortful control). Уровень регуляторных способностей в детском возрасте позволяет прогнозировать важные показатели, в частности, соматическое и психическое здоровье, финансовое благополучие и преступность [14]; а де-

фицит регуляции связан с большей частотой и тяжестью поведенческих проблем и их последствий во взрослом возрасте [6].

Среди факторов семейной среды большое значение для детей имеют практики родительского воспитания [11;12]. Установлено, что родительская поддержка и вовлеченность, соответствующий надзор и адекватное соотношение одобрений и наказаний способствуют психическому здоровью и благополучию детей. В то же время непоследовательное дисциплинирование, пренебрежение, чрезмерный контроль и жесткие наказания являются факторами риска в отношении социальной адаптации, школьной успеваемости и способствуют возникновению проблем интернального (тревога, депрессия) и экстернального (агрессивное, деструктивное и антисоциальное поведение) спектра [13].

Однако развитие детей со сходными индивидуальными особенностями, так же как и развитие детей, находящихся в сходных семейных обстоятельствах, может идти разными путями в результате взаимодействия индивидуальных особенностей с факторами семейной среды. Исследование взаимодействий индивидуальных особенностей детей и практик родительского воспитания берет начало с Нью-Йоркского продолжительного исследования А. Томаса и С. Чесс. Они разработали модель «плохого и хорошего соответствия» (goodness-of-fit) индивидуальных особенностей ребенка и ожиданий окружения. При «хорошем соответствии» развитие ребенка идет благополучно, а в противном случае у детей могут возникать эмоциональные или поведенческие проблемы [2].

В модели «двойного риска» или «диатез-стресса» предполагается, что диатез (идеосикрания) и стресс активируют друг друга, их негативное воздействие умножается, и потенциальная уязвимость ребенка переходит в психопатологию [19]. В модели дифференциальной восприимчивости предполагается, что люди различаются по своей чувствительности к внешним воздействиям (воспитанию): восприимчивые дети больше подвержены неблагоприятному воздействию негативного воспитания, а в хороших условиях развиваются особенно успешно [3].

Важность взаимодействия волевой регуляции детей и применяемых в семье методов воспитания доказана во множестве исследований [10;16;19]. Однако эти данные были получены в западных странах, и их распространение на другие культуры требует дополнительного изучения. Целью настоящего исследования было изучение взаимодействий волевой регуляции и ее компонентов с методами родительского воспитания в отношении психического здоровья российских детей.

### Материалы и методы

*Процедура.* Исследование охватило жителей Новосибирска и Новосибирской области: в сельской местности проживали 7.4% семей, в малых городах — 13%, остальные проживали в мегаполисе. Участников привлекали через детские сады, а также персонально. Родителям предлагали заполнить комплект опросников, включавший социально-демографическую анкету, опросник «Сильные стороны и трудности» (SDQ), краткую шкалу волевой регуляции (CBQ-VS) и опросник родительского воспитания (APQ-PR); помимо этого, воспитателям детских садов предлагали заполнить SDQ. Исследование было одобрено Этическим комитетом НИИФФМ; все участники заполнили информированное согласие.

Выборка охватила 652 ребенка (49% девочек) в возрасте от 2 до 8 лет. Большую часть опросников (91%) заполнили матери, 6% — отцы, 1% — оба родителя. С обоими родителями проживали 83% детей, 13% детей жили только с одним родителем, 4% — в сводных семьях с матерью и отчимом; 39% участников были единственными детьми в семье.

Ученую степень имели — 6% матерей и 6% отцов, высшее образование имели 68 % матерей и 47 % отцов, среднее специальное — 21% и 32% соответственно, 4% матерей и 8% отцов окончили среднее общеобразовательное учреждение. Высококвалифицированной и управленческой деятельностью занимались 19% матерей и 28% отцов; работой, требующей средней квалификации — 53% матерей и 56% отцов; неквалифицированным трудом — 3% матерей и 3% отцов; не имели постоянной работы 19% матерей и 1% отцов.

*Инструменты.* Психическое здоровье детей изучали с помощью стандартизированного скринингового опросника «Сильные стороны и трудности» для родителей (SDQ; [7]). SDQ содержит 25 утверждений, составляющих пять шкал: про социальное поведение, интернализация (эмоциональные проблемы и проблемы со сверстниками), экстернализация (гиперактивность/невнимательность и проблемы с поведением), общее число проблем влияние психиатрических проблем на функционирование ребенка в важнейших сферах жизни (субъективное страдание, бремя для родителей, трудности в повседневной домашней жизни, дружеских отношениях и занятиях в свободное время). SDQ широко используют для выявления детей с проблемами психического здоровья в разных странах; установлено, что диагностические алгоритмы, основанные на данных этого опросника, хорошо предсказывают клинический диагноз, основанный на операциональных критериях, в том числе и в России [8].

Волевою регуляцией оценивали с помощью шкалы наиболее краткой формы Опросника поведения в детстве (CBQ-VS; [17]) из 12 утверждений, составляющих четыре подшкалы: тормозный контроль, устойчивость внимания, сенсорную чувствительность и удовольствие низкой интенсивности. Шкала волевой регуляции валидизирована для применения в России. Структурный анализ показал, что четырехфакторная модель отлично соответствует эмпирическим данным [15].

Методы родительского воспитания оценивали с помощью Алабамского опросника родительского воспитания для родителей дошкольников (APQ-PR; [4]), содержащего три шкалы: позитивное воспитание (7 утверждений), непоследовательное дисциплинирование (4 утверждения) и применение наказаний (6 утверждений). Из последней шкалы выделили подшкалу физических наказаний (3 утверждения). Опросник APQ-PR валидизирован в России [1]. Социально-демографические характеристики оценивали при помощи анкеты, содержащей вопросы о возрасте и поле ребенка, составе семьи, образовании и профессиональном статусе родителей.

*Анализ данных.* Для выявления взаимосвязей между волевой регуляцией, методами родительского воспитания и психическим здоровьем детей использовали коэффициенты корреляции Пирсона. Вклад волевой регуляции, методов родительского воспитания и их взаимодействий в показатели психического здоровья изучали с по-



**Таблица 1. Корреляции между волевой регуляцией и практиками родительского воспитания с показателями психического здоровья детей**

Шкалы CBQ-VS	ПП	ЭП	ИП	ОП	ВП
Волевая регуляция	.34**	-.42**	-.18**	-.39**	-.22**
Тормозный контроль	.31**	-.47**	-.19**	-.42**	-.22**
Устойчивость внимания	.20**	-.32**	-.08*	-.27**	-.20**
Сенсорная чувствительность	.22**	-.15**	-.18**	-.21**	-.09*
Удовольствие низкой интенсивности	.24**	-.17**	-.04	-.14**	-.09*
Шкалы APQ-PR	ПП	ЭП	ИП	ОП	ВП
Позитивное воспитание	.25**	-.11**	-.13**	-.15**	-.10*
Применение наказаний	-.19**	.34**	.13**	.31**	.27**
Непоследовательная дисциплина	-.03	.05	-.02	.02	.00

ПП — просоциальное поведение, ЭП — экстернальные проблемы, ИП — интернальные проблемы, ОП — общее число проблем, ВП — влияние проблем на жизнь ребенка \* $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

мощью множественной иерархической регрессии под контролем пола и возраста детей. Результатирующими переменными были показатели психического здоровья детей (шкалы опросника SDQ): просоциальное поведение, экстернальные и интернальные проблемы, общее число проблем и их влияние на повседневную жизнь ребенка. Независимые переменные вводили в следующей последовательности: 1) пол и возраст ребенка; 2) волевая регуляция и практики родительского воспитания; 3) бинарные взаимодействия между практиками воспитания и волевой регуляцией. В первой серии анализов использовали общую шкалу волевой регуляции, а во второй — ее компоненты (тормозный контроль, устойчивость внимания, сенсорная чувствительность и удовольствие низкой интенсивности). При подсчете показателей взаимодействий независимые переменные стандартизовали, переводя в Z-оценки, и перемножали.

Выявленные в иерархической множественной регрессии статистически достоверные взаимодействия были проверены в моделях, включающих волевую регуляцию или ее компонент, соответствующий метод родительского воспитания и их взаимодействие. Для расшифровки и интерпретации подтвержденных таким образом взаимодействий их представляли графически с помощью регрессионных кривых зависимости показателя психического здоровья от волевой регуляции или ее компонента при разной выраженности конкретного метода родительского воспитания. Такой выбор предикторов и модераторов сделан на основе многочисленных эмпирических данных, показывающих более сильное влияние индивидуальных особенностей ребенка на психическое здоровье по сравнению с влиянием окружающей среды [11; 12]. Графики были построены с помощью программы Interaction software [20].

### Результаты и обсуждение

В таблице 1 приведены коэффициенты корреляций волевой регуляции и ее компонентов и практик родительского воспитания с показателями психического здоровья детей. Анализ показал, что просоциальное поведение было положительно связано с уровнем волевой регуляции и всех ее компонентов и с позитивным воспитанием, и отрицательно связано с применением наказаний. В то же время выраженность проблем психического здоровья, прежде всего поведенческих, и влияние проблем на жизнь детей были отрицательно связаны с уровнем волевой регуляции и положительно — с применением наказаний. Позитивное воспитание, напротив, было отрицательно связано с уровнем поведенческих и эмоциональных проблем. Непоследовательное дисциплинирование не обнаружило достоверных связей с характеристиками психического здоровья детей.

Множественный иерархический регрессионный анализ позволил выявить достоверные независимые предикторы психического здоровья детей, а также установить достоверные взаимодействия методов родительского воспитания и волевой регуляции детей. Достоверный вклад в просоциальное поведение вносили волевая регуляция ( $\beta = .26$ ;  $p < .001$ ) и позитивное воспитание ( $\beta = .17$ ;  $p < .01$ ); применение наказаний вносило отрицательный вклад, уменьшая выраженность просоциального поведения ( $\beta = -.11$ ;  $p < .01$ ). Среди компонентов волевой регуляции достоверным предиктором просоциального поведения был тормозный контроль ( $\beta = .15$ ;  $p < .001$ ). В целом эти факторы объясняли около 14% всей вариации просоциального поведения детей. Выявленный нами вклад позитивного воспитания согласуется с результатами американского исследования, в ко-

тором близкие и доверительные отношения с родителями способствовали более высокой социальной компетентности [6]. В качестве объяснения можно предположить, что похвала, вовлеченность и отзывчивость родителя способствует принятию и интернализации родительских ожиданий, в отличие от воспитания с применением наказаний.

Волевая регуляция вносила сильный отрицательный вклад в экстернальные проблемы детей ( $\beta = -.37$ ;  $p < .001$ ); среди ее компонентов тормозный контроль и устойчивость внимания также вносили отрицательный вклад ( $\beta = -.32$ ;  $p < .001$  и  $\beta = -.12$   $p < .01$  соответственно). Волевая регуляция, как и в предыдущих исследованиях, является фактором защиты от психиатрических проблем, связанных с семейным и социально-экономическим неблагополучием [6;11]. Среди практик родительского воспитания достоверный положительный вклад в экстернальные проблемы детей внесло применение наказаний ( $\beta = .28$ ;  $p < .001$ ). В целом показатели волевой регуляции и методы воспитания объясняли 23-28% всей вариации поведенческих проблем детей. Роль непоследовательной дисциплины и телесных наказаний в возникновении и развитии поведенческих проблем детей установлена в многочисленных исследованиях, проведенных в Америке и Западной Европе, и согласуется с нашими данными [6;9;11].

Волевая регуляция вносила достоверный отрицательный вклад в интернальные проблемы детей ( $\beta = -.13$ ;  $p < .001$ ), что соответствует данным продолжительного американского исследования детей 4-х лет, показавшего возрастание эмоциональных проблем к 8 годам у детей с более низкими показателями волевой регуляции [5]. Применение наказаний достоверно увеличивало риск интернальных проблем ( $\beta = .10$ ;  $p < .05$ ), тогда как позитивное воспитание вносило достоверный отрицательный вклад в интернальные проблемы детей и являлось фактором защиты от эмоциональных проблем ( $\beta = -.09$ ;  $p < .05$ ). Схожие данные были получены в двух продолжительных исследованиях американских детей в возрасте от 4 до 17 лет, где применение наказаний и отсутствие поддержки со стороны родителей приводили к возрастанию интернальных проблем [5;12]. Похожие результаты отмечены в обзоре, посвященном взаимодействию детского темперамента и родительского воспитания [10].

Среди компонентов волевой регуляции достоверными предикторами интернальных проблем были тормозный контроль ( $\beta = -.13$ ;  $p < .01$ ) и сенсорная чувствительность ( $\beta = -.15$ ;  $p < .01$ ). В целом эти факторы объясняли около 7% проявлений эмоциональных проблем у детей. Общее число проблем объяснялось низкой волевой регуляцией ( $\beta = -.33$ ;  $p < .001$ ) и применением наказаний ( $\beta = .25$ ;  $p < .001$ ). На уровне компонентов волевой регуляции достоверный вклад вносил тормозный контроль ( $\beta = -.29$ ;  $p < .001$ ). В целом модели объясняли 23% вариации общего числа проблем психического здоровья детей. Волевая регуляция была значимым фактором защиты, препятствующим

негативному влиянию проблем на жизнь детей ( $\beta = -.18$ ;  $p < .001$ ); применение родителями наказаний, напротив, являлось фактором риска ( $\beta = .25$ ;  $p < .001$ ). Среди компонентов волевой регуляции достоверный вклад в показатель влияния проблем на жизнь детей вносили тормозный контроль ( $\beta = -.13$ ;  $p < .01$ ) и устойчивость внимания ( $\beta = -.11$ ;  $p < .05$ ).

*Взаимодействия практик родительского воспитания и волевой регуляции детей.* Выявленные во множественной иерархической регрессии и подтвержденные в бинарных моделях достоверные взаимодействия были во многом сходны в отношении различных показателей психического здоровья дошкольников. Взаимодействие волевой регуляции с применением родителями наказаний было достоверным предиктором поведенческих проблем,  $F(1, 635) = 6.75$ ,  $p = .01$ . У детей, которых часто наказывали родители, защитная роль волевой регуляции была значительно больше ( $B = -1.79$ ,  $p < .001$ ), чем у детей, которых наказывали относительно редко ( $B = -.88$ ,  $p < .001$ ; Рис. 1). Эти данные соответствуют результатам многочисленных исследований в других странах, установивших, что связь негативных практик воспитания с проблемами поведения была сильнее у детей с низким уровнем волевой регуляции [9;19]. Таким же образом проявлялось взаимодействие тормозного контроля с применением наказаний,  $F(1, 632) = 8.38$ ,  $p < .01$ : у детей, которых часто наказывали, защитная роль тормозного контроля была значительно выше ( $B = -1.71$ ,  $p < .001$ ), чем у детей, которых наказывали относительно редко ( $B = -1.11$ ,  $p < .001$ ). Эти результаты соответствуют данным лонгитюдного голландского исследования, в котором негативный контроль матерей приводил к возрастанию поведенческих проблем у детей с низким уровнем тормозного контроля [21].

Помимо этого, применение наказаний модерировало связь сенсорной чувствительности с поведенческими проблемами,  $F(1, 631) = 4.46$ ,  $p < .05$ : эта черта темперамента являлась фактором защиты у детей, которых наказывали часто ( $B = -.61$ ,  $p < .001$ ) или на среднем уровне ( $B = -.36$ ,  $p < .001$ ), тогда как при относительно редких наказаниях сенсорная чувствительность не была связана с поведенческими проблемами ( $B = -.11$ ;  $p > .05$ ). Достоверное модерирующее действие непоследовательного дисциплинирования на связь тормозного контроля и эмоциональных проблем, ( $F(1, 632) = 5.36$ ,  $p < .05$ , показывает (Рис.2), что защитное действие тормозного контроля статистически достоверно при высоком ( $B = -.92$ ,  $p < .001$ ) и среднем уровне ( $B = -.53$ ,  $p < .001$ ) непоследовательности, а при последовательности родителей вклад тормозного контроля в эмоциональные проблемы недостоверен ( $B = -.15$ ;  $p > .05$ ).

Взаимодействие волевой регуляции с применением наказаний в отношении общего числа проблем,  $F(1, 635) = 4.87$ ,  $p < .05$ , заключалось в том, что защитная функция волевой регуляции прояв-

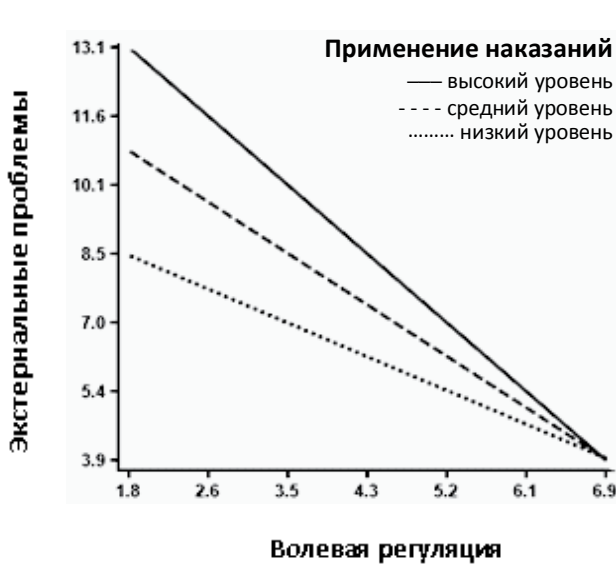


Рис.1 Взаимодействие волевой регуляции и применения наказания в отношении экстернальных проблем.

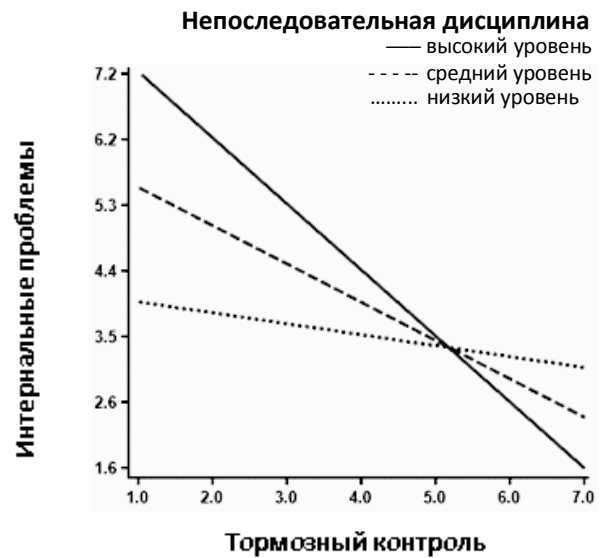


Рис.2 Взаимодействие тормозного контроля и непоследовательной дисциплины в отношении интернальных проблем.

лялась сильнее у детей, которых часто наказывали ( $B = -2.79, p < .001$ ), чем у тех, кого наказывали относительно редко ( $B = -1.76, p < .001$ ). Взаимодействие тормозного контроля с применением наказаний в отношении влияния проблем на жизнь ребенка (Рис.3),  $F(1, 627) = 6.29, p < .05$ , проявлялось в том, что защитная роль тормозного контроля была статистически значимой у детей, которых наказывали часто ( $B = -.14, p < .001$ ) или на среднем уровне ( $B = -.09, p < .001$ ). При относительно редких наказаниях тормозный контроль не был связан с влиянием проблем на жизнь ребенка ( $B = -.03; p > .05$ ). Подобные сведения в имеющейся литературе найти не удалось, поэтому данный результат требует уточнения в будущих исследованиях.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что у российских детей особенности взаимодействия индивидуальных и семейных факторов соответствуют модели «диатез-стресса» или «двойного риска»: при неблагоприятном сочетании индивидуальных характеристик и практик воспитания риск неблагополучного развития умножается. Особенно сильно данный феномен проявляется в отношении применения наказаний, показывая, что при высоком уровне наказаний недостаток волевой регуляции создает непропорционально высокий риск возникновения экстернальных проблем. Кроме того, интернальные проблемы российских детей проявляются наиболее сильно при сочетании непоследовательного дисциплинирования и низкого уровня тормозного контроля. Есть основания полагать, что взаимодействия детского темперамента с практиками воспитания обладают культурной универ-

сальностью, поскольку наши результаты во многом согласуются с данными, полученными в других странах.

### Выводы

Высокий уровень волевой регуляции и ее компонента — тормозного контроля — являются факторами защиты, препятствующими возникновению у ребенка проблем психического здоровья, прежде всего поведенческих.

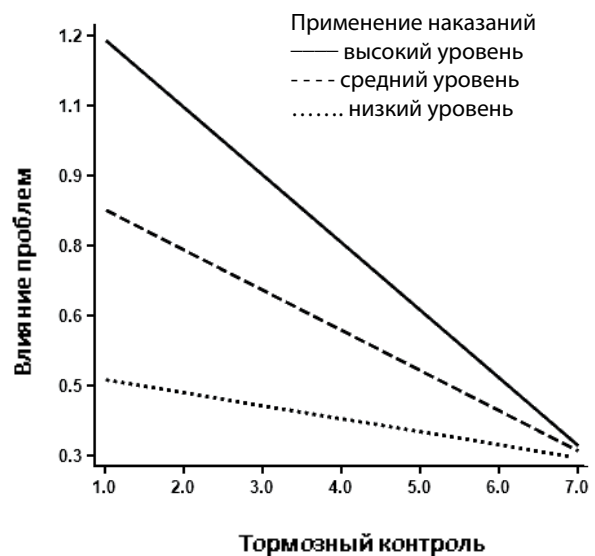


Рис.3 Взаимодействие волевой регуляции и тормозного контроля с применением наказаний в отношении влияния проблем на жизнь ребенка.

Применение наказаний является фактором риска в отношении проблем психического здоровья детей: оно связано с высоким уровнем поведенческих и эмоциональных проблем и их влиянием на жизнь ребенка, и с низким уровнем просоциального поведения. Позитивное воспитание сопровождается высоким уровнем просоциального поведения и низким уровнем эмоциональных проблем у детей.

Выявленные взаимодействия между методами воспитания и волевой регуляцией ребенка соответствуют модели «диатез-стресса» или «двойного риска»: при неблагоприятном сочетании низкого уровня волевой регуляции с частыми наказаниями и непоследовательным дисциплинированием риск неблагоприятного развития умножается.

## Литература

1	Логинова С.В., Слободская Е.Р., Козлова Е.А., Корниенко О.С. Адаптация опросника для изучения практик родительского воспитания детей дошкольного возраста (APQ-PR) // Психологические исследования: электронный научный журнал. — 2016. — Т.9. — № 47. — С.12. <a href="http://psystudy.ru">http://psystudy.ru</a>	Loginova S.V., Slobodskaya E.R., Kozlova E.A., Kornienko O.S. Psychometric properties of a Russian version of the Alabama Parenting Questionnaire — Preschool revision (APQ-PR). <i>Psichologicheskoe nauchnoe issledovanie:elektronnyi zhurnal</i> .2016; 9(47):12. (In Rus.). <a href="http://psystudy.ru">http://psystudy.ru</a>
2	Чесс С., Томас А. Значение темперамента для психиатрической практики // Детство идеальное и настоящее: Сборник работ современных западных ученых. — Новосибирск. — 1994. — С.111-122.	Chess S., Tomas A. The practical application of temperament to psychiatry. <i>Detstvo idealnoe i nastoyashee: Sbornik rabot covremennykh zapadnykh uchenykh</i> .1994; 1:111-122.
3	Belsky J., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van IJzendoorn, M.H. For better and for worse: Differential susceptibility to environmental influences. <i>Current directions in psychological science</i> . 2007.16(6), 300-304. DOI: 10.1111/j.1467-8721.2007.00525.x	Belsky J., Bakermans-Kranenburg M.J., & Van IJzendoorn, M.H. For better and for worse: Differential susceptibility to environmental influences. <i>Current directions in psychological science</i> . 2007.16(6): 300-304. DOI: 10.1111/j.1467-8721.2007.00525.x
4	Clerkin S.M., Halperin J.M., Marks D.J., & Policaro, K.L Psychometric properties of the Alabama parenting questionnaire—preschool revision. <i>Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology</i> . 2007.36(1): 19-28. DOI:10.1080/15374410709336565	Clerkin S.M., Halperin J.M., Marks D.J., & Policaro, K.L Psychometric properties of the Alabama parenting questionnaire—preschool revision. <i>Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology</i> . 2007.36(1): 19-28. DOI:10.1080/15374410709336565
5	Eisenberg N., Valiente C., Spinrad T.L., Cumberland A., Liew J., Reiser M., ... & Losoya S.H. Longitudinal relations of children's effortful control, impulsivity, and negative emotionality to their externalizing, internalizing, and co-occurring behavior problems. <i>Developmental psychology</i> . 2009.45(4): 988. DOI:10.1037/a0016213	Eisenberg N., Valiente C., Spinrad T.L., Cumberland A., Liew, J., Reiser, M., ... & Losoya, S. H. Longitudinal relations of children's effortful control, impulsivity, and negative emotionality to their externalizing, internalizing, and co-occurring behavior problems. <i>Developmental psychology</i> . 2009.45(4): 988. DOI:10.1037/a0016213.
6	Eisenberg N. Temperamental effortful control (Self-regulation). Available from <a href="http://www.child-encyclopedia.com/temperament/according-experts/temperamental-effortful-control-self-regulation">http://www.child-encyclopedia.com/temperament/according-experts/temperamental-effortful-control-self-regulation</a> . 2012.	Eisenberg N. Temperamental effortful control (Self-regulation). Available from <a href="http://www.child-encyclopedia.com/temperament/accordingexperts/temperamental-effortful-control-self-regulation">http://www.child-encyclopedia.com/temperament/accordingexperts/temperamental-effortful-control-self-regulation</a> . 2012
7	Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. <i>Journal of the American Academy of Child &amp; Adolescent Psychiatry</i> . 2001.40(11):1337-1345. DOI: 10.1097/00004583-200111000-00015	Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. <i>Journal of the American Academy of Child &amp; Adolescent Psychiatry</i> . 2001.40(11):1337-1345. DOI: 10.1097/00004583-200111000-00015
8	Goodman R., Slobodskaya H., & Knyazev G. Russian child mental health a cross-sectional study of prevalence and risk factors. <i>European child &amp; adolescent psychiatry</i> . 2005;14(1): 28-33. DOI 10.1007/s00787-005-0420-8	Goodman R., Slobodskaya H., & Knyazev G. Russian child mental health a cross-sectional study of prevalence and risk factors. <i>European child &amp; adolescent psychiatry</i> . 2005;14(1): 28-33. DOI 10.1007/s00787-005-0420-8

9	Karreman A., Van Tuijl, C., Van Aken, M. A., & Deković, M. Predicting young children's externalizing problems: Interactions among effortful control, parenting, and child gender. <i>Merrill-Palmer Quarterly</i> (1982-). 2009: 111-134.	Karreman A., Van Tuijl, C., Van Aken, M. A., & Deković, M. Predicting young children's externalizing problems: Interactions among effortful control, parenting, and child gender. <i>Merrill-Palmer Quarterly</i> (1982-). 2009: 111-134.
10	Kiff C.J., Lengua L.J., & Zalewski M. Nature and nurturing: Parenting in the context of child temperament. <i>Clinical child and family psychology review</i> . 2011;14(3): 251. DOI: 10.1007/s10567-011-0093-4	Kiff C.J., Lengua L.J., & Zalewski M. Nature and nurturing: Parenting in the context of child temperament. <i>Clinical child and family psychology review</i> . 2011;14(3): 251. DOI: 10.1007/s10567-011-0093-4
11	Lengua L.J., Bush N.R., Long A.C., Kovacs E.A., & Trancik, A. M. Effortful control as a moderator of the relation between contextual risk factors and growth in adjustment problems. <i>Development and psychopathology</i> . 2008; 20(2): 509-528. DOI: 10.1111/j.1467-9507.2007.00438.x	Lengua, L.J., Bush, N.R., Long, A.C., Kovacs, E.A., & Trancik, A. M. Effortful control as a moderator of the relation between contextual risk factors and growth in adjustment problems. <i>Development and psychopathology</i> . 2008; 20(2): 509-528. DOI: 10.1111/j.1467-9507.2007.00438.x
12	Leve L.D., Kim H.K., & Pears K.C. Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. <i>Journal of abnormal child psychology</i> . 2005; 33(5): 505-520. DOI: 10.1007/s10802-005-6734-7	Leve L.D., Kim H.K., & Pears K.C. Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. <i>Journal of abnormal child psychology</i> . 2005; 33(5): 505-520. DOI: 10.1007/s10802-005-6734-7
13	McLeod B.D., Weisz J.R., & Wood J.J. Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. <i>Clinical psychology review</i> . 2007; 27(8): 986-1003. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.03.001	McLeod B.D., Weisz J.R., & Wood J.J. Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. <i>Clinical psychology review</i> . 2007; 27(8): 986-1003. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.03.001
14	Moffitt T.E., Arseneault L., Belsky D., Dickson N., Hancox, R. J., Harrington, H., ... & Sears, M. R. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. <i>Proceedings of the National Academy of Sciences</i> . 2011; 108(7): 2693-2698. DOI:10.1073/pnas.1010076108	Moffitt T.E., Arseneault L., Belsky D., Dickson N., Hancox R.J., Harrington H., ... & Sears M.R. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. <i>Proceedings of the National Academy of Sciences</i> . 2011; 108(7): 2693-2698. DOI:10.1073/pnas.1010076108
15	Petrenko E.N., Loginova S.V., Slobodskaya H.R. Effortful Control in Russian preschool children: links with parenting and well-being. 18th European Conference on Developmental Psychology. Abstract book. Utrecht, The Netherlands, 2017 : 205	Petrenko E.N., Loginova S.V., Slobodskaya H.R. Effortful Control in Russian preschool children: links with parenting and well-being. 18th European Conference on Developmental Psychology. Abstract book. Utrecht, The Netherlands, 2017 : 205
16	Putnam S.P., Sanson A.V., & Rothbart M.K. Child temperament and parenting. <i>Handbook of parenting</i> . 2002;1: 255-277.	Putnam S.P., Sanson A.V., & Rothbart M.K. Child temperament and parenting. <i>Handbook of parenting</i> . 2002;1: 255-277.
17	Rothbart M.K., Ahadi S.A., Hershey K.L., & Fisher, P. Investigations of temperament at three to seven years: The Children's Behavior Questionnaire. <i>Child development</i> . 2001; 72(5): 1394-1408. DOI:10.1111/1467-8624.00355	Rothbart M.K., Ahadi S.A., Hershey K. L., & Fisher P. Investigations of temperament at three to seven years: The Children's Behavior Questionnaire. <i>Child development</i> . 2001; 72(5): 1394-1408. DOI:10.1111/1467-8624.00355
18	Rutter M.J., Bishop D., Pine D., Scott S., Stevenson J.S., Taylor E.A., & Thapar A. <i>Rutter's child and adolescent psychiatry</i> . John Wiley & Sons. 2011.	Rutter M.J., Bishop D., Pine D., Scott S., Stevenson, J.S., Taylor E.A., & Thapar A. <i>Rutter's child and adolescent psychiatry</i> . John Wiley & Sons. 2011.
19	Slagt M., Dubas, J.S., Deković, M., & van Aken, M. A. Differences in sensitivity to parenting depending on child temperament: A meta-analysis. <i>Psychological Bulletin</i> . 2016; 142(10): 1068. DOI:10.1037/bul0000061	Slagt M., Dubas J.S., Deković M., & van Aken, M. A. Differences in sensitivity to parenting depending on child temperament: A meta-analysis. <i>Psychological Bulletin</i> . 2016; 142(10): 1068. DOI:10.1037/bul0000061
20	Soper D.S. Interaction [Computer software]. Retrieved September 10, 2013. Available from <a href="http://www.danielsoper.com/Interaction/">http://www.danielsoper.com/Interaction/</a>	Soper D.S. Interaction [Computer software]. Retrieved September 10, 2013. Available from <a href="http://www.danielsoper.com/Interaction">http://www.danielsoper.com/Interaction</a>

21	<p>Van Aken, C., Junger, M., Verhoeven, M., Van Aken, M. A. G., &amp; Deković, M. <i>The interactive effects of temperament and maternal parenting on toddlers' externalizing behaviours. Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice.</i> 2007; 16(5): 553-572. DOI: 10.1002/icd.529</p>	<p>Van Aken, C., Junger, M., Verhoeven, M., Van Aken, M. A. G., &amp; Deković, M. <i>The interactive effects of temperament and maternal parenting on toddlers' externalizing behaviours. Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice.</i> 2007; 16(5): 553-572. DOI: 10.1002/icd.529</p>
----	---	---

Авторы благодарны всем участникам исследования. Работа поддержана грантами РФФ № 16-18-00003 (сбор и анализ данных) и РФФИ № 16-06-00022 (подготовка статьи).

#### Сведения об авторах

**Петренко Евгения Николаевна** — аспирант ФГБНУ «Научно-исследовательский институт физиологии и фундаментальной медицины». E-mail: petrenkoen@physiol.ru

**Козлова Елена Александровна** — младший научный сотрудник ФГБНУ «Научно-исследовательский институт физиологии и фундаментальной медицины». E-mail: kozlova\_ea@physiol.ru

**Логинова Светлана Васильевна** — младший научный сотрудник ФГБНУ «Научно-исследовательский институт физиологии и фундаментальной медицины». E-mail: loginovasvv@gmail.com

**Слободская Елена Романовна** — д.псих.н., доцент, главный научный сотрудник ФГБНУ «Научно-исследовательский институт физиологии и фундаментальной медицины». E-mail: hslob@physiol.ru

## Вортиоксетин улучшает симптоматические и функциональные исходы при большом депрессивном расстройстве: новая двойная оценка результатов лечения депрессии\*

М.К. Христенсен, Х. Лофт, Р.С. МакИнтайр

### Vortioxetine improves symptomatic and functional outcomes in major depressive disorder: a novel dual outcome measure in depressive disorders

M.C. Christensen, H. Loft, R.S. McIntyre

**Summary.** With symptomatic remission and functional recovery as the overarching therapeutic objectives of antidepressant therapy, composite endpoint measures that conjointly consider both aspects of treatment are needed. This analysis evaluated the combined effect of vortioxetine on depressive symptoms and functional capacity in adults with MDD.

**Methods:** NCT01564862, a multinational, double-blind, placebo-controlled, duloxetine-referenced study, conducted between April 2012 and February 2014, in 602 adult outpatients (18–65 years) with moderate-to-severe MDD (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)  $\geq 26$ ), a major depressive episode of  $\geq 3$  months' duration, and self-reported cognitive symptoms were randomized to once-daily vortioxetine (10 or 20 mg), duloxetine (60 mg), or placebo for 8 weeks. Assessments included the University of California San Diego Performance-based Skills Assessment (UPSA) and the MADRS. Two versions of UPSA were utilized; UPSA -Validation of Intermediate Measures and UPSA Brief form. An aligned UPSA-B (communication and finance items) was examined for sensitivity analysis. Efficacy was analyzed versus placebo according to the dual response (change from baseline in UPSA  $\geq 7$  and  $\geq 9$  and reduction in MADRS total score from baseline  $\geq 50\%$ ).

**Results:** Significantly more vortioxetine-treated patients were classified as dual responders for change in MADRS total score and UPSA score of  $\geq 7$  (clinically important difference [CID]) (27.4% vs 14.5%;  $P = 0.004$ ), and change above CID ( $\geq 9$ ) (23.4% vs 13.9%;  $P = 0.025$ ). Duloxetine did not differ significantly from placebo for these dual response criteria. Sensitivity analysis using the aligned UPSA-B confirmed these results for vortiox-etine.

Большое депрессивное расстройство во всем мире является ведущей причиной нарушения функционирования и трудоспособности [1, 15, 29], уровень которого сопоставим с гипертонической болезнью, диабетом и артритом [5, 10, 22, 27]. По сравнению с общей популяцией у больных с большим депрессивным расстройством существенно выше уровень абсентеизма (отсутствия на работе) и снижена продуктивность деятельности [9, 23, 30]. Значительное место в клинических проявлениях большой депрессии занимает когнитивная дисфункция [3, 6, 7, 25], являющаяся ведущей причиной нарушений социального функционирования [4, 19, 20], полноценной трудовой занятости, повседневной деятельности в семье и общественной жизни [3, 4, 12, 14, 19, 20, 28].

Непосредственное влияние краткосрочной терапии большинства антидепрессантов на повседневное социальное функционирование больных признается ограниченным [16]. При этом под-

черкивается, что целью терапии депрессий является не только редукция депрессивной симптоматики и формирование ремиссии, но и достижение полного функционального выздоровления [19, 20]. Комбинированная оценка эффективности терапии с применением двух подходов — оценивающих как купирование психопатологических расстройств, так и восстановление функционирования в большей степени отражает желательный исход терапии.

Вортиоксетин — мультимодальный антидепрессант, оказывающий влияние на нейротрансмиттерные системы в областях головного мозга, вовлеченных в когнитивные процессы [2, 26]. Влияние вортиоксетина на когницию также было подтверждено в клинических исследованиях [13, 17, 21]. В частности, исследование CONNECT было направлено на объективную оценку улучшения функционирования пациентов с помощью шкалы UPSA, разработанной в университете Сан-Диего, Калифорния [24]. Целью анализа исследования CONNECT была оценка влияния «гибких» доз вортиоксетина на депрессивную симптоматику и функциональные возможности пациентов с большим депрессивным расстройством (сравнение осуществлялось с плацебо и дулоксетином).

\* Расширенный реферат статьи Christensen M.C., Loft H., McIntyre R.S. Vortioxetine improves symptomatic and functional outcomes in major depressive disorder: a novel dual outcome measure in depressive disorders // J. Affect Dis. 2018. Vol. 227. P. 787–794.

Подробный дизайн исследования был представлен в публикации Mahableshwarkar et al. (2015) [17]: это было 8-недельное мультицентровое двойное слепое плацебо-контролируемое сравнительное с дулоксетином исследование взрослых (18-65 лет) амбулаторных больных с большим депрессивным расстройством (по DSM-IV-TR). Длительность обострения у пациентов составляла не менее 3 месяцев, тяжесть расстройств не менее 26 баллов по MADRS. Кроме того, у пациентов отмечались трудности концентрации внимания, замедленность мышления, затруднения в усвоении нового, и они демонстрировали результаты по тесту замены цифровых символов (Digit Symbol Substitution Test — DSST) ниже 70 баллов.

Пациенты рандомизировались в 3 группы: получавших вортиоксетин (в течение первой недели — 10 мг, затем доза могла быть увеличена до 20 мг в сутки), дулоксетин (60 мг в день) или плацебо. Оценивались динамика функциональных возможностей пациентов (шкала UPSA) и тяжести депрессивной симптоматики (MADRS). Причем эффективность терапии определялась с помощью критерия «двойной респонс» — то есть редукция депрессивной симптоматики не менее 50% (MADRS), сочетающаяся с изменением (улучшением) показателя функционирования не менее, чем на 7 баллов по шкале UPSA. В исследовании принимали участие 80 психиатрических амбулаторных клиник в США и Европе (Болгария, Германия, Польша, Россия, Украина, Финляндия).

Всего было обследовано 602 пациента (вортиоксетин получали 198 чел., дулоксетин — 210 чел., плацебо — 194 чел.); 508 чел. завершили исследование (выбыли из исследования 15,2%, 16,2% и 15,5% больных из соответствующих групп). В результате 8-недельного курса терапии значительно большее число пациентов, получавших вортиоксетин, по сравнению с больными, принимавшими плацебо, продемонстрировали положительную динамику по показателю «двойной респонс»: 27,4% vs 14,5% ( $P=0,004$ ). Статистически значимые различия сохранялись и для изменений результатов по UPSA  $\geq 9$  баллов (23,4% vs 13,9%;  $P=0,025$ ). При приеме дулоксетина не было выявлено статистически значимых отличий от плацебо при одно-

временной оценке обоих изучаемых показателей (22,5% vs 14,5%,  $P=0,056$ ).

Таким образом, авторами предлагается введение нового комбинированного критерия оценки эффективности антидепрессивной терапии, основанного на определении как симптоматического, так и функционального результата лечения. При этом вортиоксетин рассматривается как препарат, обладающий отчетливым влиянием на оба компонента депрессии. Полученные данные согласуются с результатами другого недавно опубликованного исследования [18], где продемонстрирована эффективность вортиоксетина не только как сильного мультимодального антидепрессанта, но и как средства, оказывающего прокогнитивное действие (влияние на память, скорость обработки информации, исполнительную функцию). Положительное влияние вортиоксетина на функциональные возможности в значительной степени (96,9%) является независимым от динамики депрессивной симптоматики [11]. Кроме того, было показано, что 75,7% эффекта вортиоксетина в отношении улучшения когнитивного функционирования у пациентов с большим депрессивным расстройством связано с прямым действием препарата на когницию и не опосредовано улучшением депрессивной симптоматики [17]. Этот результат соответствует полученным ранее данным о том, что у пожилых (старше 65 лет) больных с депрессией улучшение показателей теста замены цифровых символов на 83% связано с прямым влиянием вортиоксетина [13].

В работе Narveуи со авт. [8] показано существенная связь между показателями теста DSSTи UPSA ( $r = 0,36$ ;  $P < 0,001$ ), что дополнительно аргументирует точку зрения о большей зависимости функционирования пациентов от когнитивных возможностей, чем от выраженности депрессивной симптоматики [3, 4, 12, 14, 19, 20, 28].

В заключении авторы отмечают, что использование для оценки терапевтических результатов двойного критерия уровня симптоматической ремиссии и функционирования больных требует дальнейшего изучения и валидации с приданием ему большей значимости.

### Литература

1	Adler D.A., McLaughlin T.J., Rogers W.H., Chang H., Lapitsky L., Lerner D. Job performance deficits due to depression. <i>Am. J. Psychiatry</i> . — 2006. — Vol.163. — P.1569–1576.	Adler D.A., McLaughlin T.J., Rogers W.H., Chang H., Lapitsky L., Lerner D. Job performance deficits due to depression. <i>Am. J. Psychiatry</i> — 2006. — Vol.163. — P.1569–1576.
2	Bang-Andersen B., Ruhland T., Jorgensen M., Smith G., Frederiksen K., Jensen K.G., Zhong H., Nielsen S.M., Hogg S., Mørk A., Stensbøl T.B. Discovery of 1-[2-(2,4-dimethylphenylsulfanyl)phenyl]piperazine (Lu AA21004): a novel multimodal compound for the treatment of major depressive disorder. <i>J. Med. Chem.</i> — 2011. — Vol.54. — P.3206–3221.	Bang-Andersen B., Ruhland T., Jorgensen M., Smith G., Frederiksen K., Jensen K.G., Zhong H., Nielsen S.M., Hogg S., Mørk A., Stensbøl T.B. Discovery of 1-[2-(2,4-dimethylphenylsulfanyl)phenyl]piperazine (Lu AA21004): a novel multimodal compound for the treatment of major depressive disorder. <i>J. Med. Chem.</i> — 2011. — Vol.54. — P.3206–3221.



3	Bortolato B., Carvalho A.F., McIntyre R.S. Cognitive dysfunction in major de-pressive disorder: a state-of-the-art clinical review. <i>CNS Neurol. Disord. DrugTargets.</i> — 2014. — Vol.13. — P.1804–1818.	Bortolato, B., Carvalho, A.F., McIntyre, R.S. Cognitive dysfunction in major de-pressive disorder: a state-of-the-art clinical review. <i>CNS Neurol. Disord. DrugTargets.</i> — 2014. — Vol.13. — P.1804–1818.
4	Buist-Bouwman M.A., Ormel J., de Graaf, R., de Jonge, P., van Sonderen, E., Alonso, J., Bruffaerts, R., Vollebergh, W.A. Mediators of the association between depression and role functioning. <i>ActaPsychiatr. Scand.</i> — 2008. — Vol.118 — P.451–458.	Buist-Bouwman, M.A., Ormel, J., de Graaf, R., de Jonge, P., van Sonderen, E., Alonso, J., Bruffaerts, R., Vollebergh, W.A. Mediators of the association between depression and role functioning. <i>ActaPsychiatr. Scand.</i> — 2008. — Vol.118. — P.451–458.
5	Ferrari, A.J., Charlson, F.J., Norman, R.E., Patten, S.B., Freedman, G., Murray, C.J., Vos, T., Whiteford, H.A. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. <i>PLoSMed.</i> — 2013. — Vol.10. — e1001547.	Ferrari, A.J., Charlson, F.J., Norman, R.E., Patten, S.B., Freedman, G., Murray, C.J., Vos, T., Whiteford, H.A. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. <i>PLoSMed.</i> — 2013. — Vol.10. — e1001547.
6	Gualtieri, C.T., Johnson, L.G., Benedict, K.B. Neurocognition in depression: patients on and off medication versus healthy comparison subjects. <i>J. NeuropsychiatryClin. Neurosci.</i> — 2006. — Vol.18. — P.217–225.	Gualtieri, C.T., Johnson, L.G., Benedict, K.B. Neurocognition in depression: patients on and off medication versus healthy comparison subjects. <i>J. NeuropsychiatryClin. Neurosci.</i> — 2006. — Vol. 18 (2). — P.217–225.
7	Gualtieri, C.T., Morgan, D.W. The frequency of cognitive impairment in patients with anxiety, depression, and bipolar disorder: an unaccounted source of variance in clinical trials. <i>J. Clin. Psychiatry</i> — 2008. — Vol.69. — P. 1122–1130.	Gualtieri, C.T., Morgan, D.W. The frequency of cognitive impairment in patients with anxiety, depression, and bipolar disorder: an unaccounted source of variance in clinical trials. <i>J. Clin. Psychiatry</i> — 2008. — Vol.69 (7) — P. 1122–1130.
8	Harvey, P.D., Jacobson, W., Zhong, W., Nomikos, G., Christensen, M.C., Kurre Olsen, C., Merikle, E. Determination of a clinically important difference and definition of a responder threshold for the UCSD performance-based skills assessment (UPSA) in patients with major depressive disorder. <i>J. Affect. Disord.</i> — 2017. — Vol.15. — P.105–111.	Harvey, P.D., Jacobson, W., Zhong, W., Nomikos, G., Christensen, M.C., Kurre Olsen, C., Merikle, E. Determination of a clinically important difference and definition of a responder threshold for the UCSD performance-based skills assessment (UPSA) in patients with major depressive disorder. <i>J. Affect. Disord.</i> — 2017. — Vol.15. — P.105–111.
9	Harvey, S.B., Glozier, N., Henderson, M., Allaway, S., Litchfield, P., Holland-Elliott, K., Hotopf, M. Depression and work performance: an ecological study using web-based screening. <i>Occup. Med.</i> — 2011. — Vol.61. — P.209–211.	Harvey, S.B., Glozier, N., Henderson, M., Allaway, S., Litchfield, P., Holland-Elliott, K., Hotopf, M. Depression and work performance: an ecological study using web-based screening. <i>Occup. Med.</i> — 2011. — Vol.61 (3) — P.209–211.
10	Hays, R.D., Wells, K.B., Sherbourne, C.D., Rogers, W., Spritzer, K., Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. <i>Arch. Gen. Psychiatry.</i> — 1995. — Vol.52. — P.11–19.	Hays, R.D., Wells, K.B., Sherbourne, C.D., Rogers, W., Spritzer, K., Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. <i>Arch. Gen. Psychiatry.</i> — 1995. — Vol.52. — P.11–19.
11	Jacobson, W., Harvey, P.D., Merikle, E., Zhong, W., Nomikos, G., Olsen, C.K., Christensen, M.C., Impact of vortioxetine on functional capacity in MDD patients with subjective cognitive dysfunction: a post-hoc analysis of the University of California San Diego performance-based skills assessment. <i>Int. J. Neuropsychopharmacol.</i> — 2016. — Vol.19 (Issue Suppl_1) — P.28. Doi: 10.1093/ijnp/pyw043.08.	Jacobson, W., Harvey, P.D., Merikle, E., Zhong, W., Nomikos, G., Olsen, C.K., Christensen, M.C., Impact of vortioxetine on functional capacity in MDD patients with subjective cognitive dysfunction: a post-hoc analysis of the University of California San Diego performance-based skills assessment. <i>Int. J. Neuropsychopharmacol.</i> — 2016. — Vol. 19 (Issue Suppl_1) — P. 28. Doi: 10.1093/ijnp/pyw043.08.
12	Jaeger, J., Berns, S., Uzelac, S., Davis-Conway, S. Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder. <i>PsychiatryRes.</i> — 2006. — Vol.145. — P.39–48.	Jaeger, J., Berns, S., Uzelac, S., Davis-Conway, S. Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder. <i>PsychiatryRes.</i> — 2006. — Vol. 145. — P. 39–48.

13	Katona, C., Hansen, T., Olsen, C.K., A randomized, double-blind, placebo-controlled, duloxetine-referenced, fixed-dose study comparing the efficacy and safety of Lu AA21004 in elderly patients with major depressive disorder. <i>Int. Clin. Psychopharmacol.</i> — 2012. — Vol.27. — P.215–223.	Katona, C., Hansen, T., Olsen, C.K., A randomized, double-blind, placebo-controlled, duloxetine-referenced, fixed-dose study comparing the efficacy and safety of Lu AA21004 in elderly patients with major depressive disorder. <i>Int. Clin. Psychopharmacol.</i> — 2012. — Vol.27 (4). — P.215–223.
14	Kiosses, D.N., Klimstra, S., Murphy, C., Alexopoulos, G.S., Executive dysfunction and disability in elderly patients with major depression. <i>Am. J. Geriatr. Psychiatry.</i> — 2001. — Vol.9. — P.269–274.	Kiosses, D.N., Klimstra, S., Murphy, C., Alexopoulos, G.S., Executive dysfunction and disability in elderly patients with major depression. <i>Am. J. Geriatr. Psychiatry.</i> — 2001. — Vol.9(3). — P.269–274.
15	Lam, R.W., Parikh, S.V., Michalak, E.E., Dewa, C.S., Kennedy, S.H. Canadiannetwork for mood and anxiety treatments (CANMAT) consensus recommendations for functional outcomes in major depressive disorder. <i>Ann. Clin. Psychiatry.</i> — 2015. — Vol.27. — P.142–149.	Lam, R.W., Parikh, S.V., Michalak, E.E., Dewa, C.S., Kennedy, S.H. Canadiannetwork for mood and anxiety treatments (CANMAT) consensus recommendations for functional outcomes in major depressive disorder. <i>Ann. Clin. Psychiatry.</i> — 2015. — Vol.27 (2). — P.142–149.
16	Lam, R.W., Filteau, M.J., Milev, R. Clinical effectiveness: the importance of psychosocial functioning outcomes. <i>J. Affect. Disord.</i> — 2011. — Vol.132 (Suppl 1). — P.9–13.	Lam, R.W., Filteau, M.J., Milev, R. Clinical effectiveness: the importance of psychosocial functioning outcomes. <i>J. Affect. Disord.</i> — 2011. — Vol. 132 (Suppl 1). — P.9–13.
17	Mahableshwarkar, A.R., Zajecka, J., Jacobson, W., Chen, Y., Keefe, R.S.. A randomized, placebo-controlled, active-reference, double-blind, flexible-dose study of the efficacy of vortioxetine on cognitive function in major depressive disorder. <i>Neuropsychopharmacology.</i> — 2015. — Vol.22 — P.2025–2037.	Mahableshwarkar, A.R., Zajecka, J., Jacobson, W., Chen, Y., Keefe, R.S.. A randomized, placebo-controlled, active-reference, double-blind, flexible-dose study of the efficacy of vortioxetine on cognitive function in major depressive disorder. <i>Neuropsychopharmacology.</i> — 2015. — Vol.22. — P.2025–2037.
18	McIntyre, R.S., Florea, I., Tonnoir, B., Loft, H., Lam, R.W., Christensen, M.C. Efficacy of vortioxetine on cognitive functioning in working patients with major depressive disorder. <i>J. Clin. Psychiatry.</i> — 2017. — Vol.78 (1). — P.115–121.	McIntyre, R.S., Florea, I., Tonnoir, B., Loft, H., Lam, R.W., Christensen, M.C. Efficacy of vortioxetine on cognitive functioning in working patients with major depressive disorder. <i>J. Clin. Psychiatry.</i> — 2017. — Vol.78 (1). — P.115–121.
19	McIntyre, R.S., Xiao, H.X., Syeda, K., Vinberg, M., Carvalho, A.F., Mansur, R.B., Maruschak, N., Cha, D.S. The prevalence, measurement, and treatment of the cognitive dimension/domain in major depressive disorder. <i>CNS Drugs.</i> — 2015a. — Vol.29. — P.577–589.	McIntyre, R.S., Xiao, H.X., Syeda, K., Vinberg, M., Carvalho, A.F., Mansur, R.B., Maruschak, N., Cha, D.S. The prevalence, measurement, and treatment of the cognitive dimension/domain in major depressive disorder. <i>CNS Drugs.</i> — 2015a. — Vol.29. — P.577–589.
20	McIntyre, R.S., Soczynska, J.Z., Woldeyohannes, H.O., Alsuwaidan, M.T., Cha, D.S., Carvalho, A.F., Jerrell, J.M., Dale, R.M., Gallagher, L.A., Muzina, D.J., Kennedy, S.H. The impact of cognitive impairment on perceived workforce performance: results from the International mood disorders collaborative project. <i>Compr. Psychiatry.</i> — 2015. — Vol.56. — P.279–282.	McIntyre, R.S., Soczynska, J.Z., Woldeyohannes, H.O., Alsuwaidan, M.T., Cha, D.S., Carvalho, A.F., Jerrell, J.M., Dale, R.M., Gallagher, L.A., Muzina, D.J., Kennedy, S.H. The impact of cognitive impairment on perceived workforce performance: results from the International mood disorders collaborative project. <i>Compr. Psychiatry.</i> — 2015. — Vol.56. — P.279–282.
21	McIntyre, R.S., Lophaven, S., Olsen, C.K. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of vortioxetine on cognitive function in depressed adults. <i>Int. J. Neuropsychopharmacol.</i> — 2014. — Vol.17. — P.1557–1567.	McIntyre, R.S., Lophaven, S., Olsen, C.K. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of vortioxetine on cognitive function in depressed adults. <i>Int. J. Neuropsychopharmacol.</i> — 2014. — Vol.17. — P.1557–1567.
22	Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., Ustun, B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the world health surveys. <i>Lancet.</i> — 2007. — Vol.370. — P.851–858.	Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., Ustun, B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the world health surveys. <i>Lancet.</i> — 2007. — Vol.370 (9590). — P.851–858.

23	Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.U., Jönsson, B. <i>The economic cost of brain disorders in Europe. Eur. J. Neurol.</i> — 2012. — Vol.19. — P.155–162.	Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.U., Jönsson, B. <i>The economic cost of brain disorders in Europe. Eur. J. Neurol.</i> — 2012. — Vol.19. — P.155–162.
24	Patterson, T.L., Goldman, S., McKibbin, C.L., Hughs, T., Jeste, D.V. <i>UCSD performance-based skills assessment: development of a new measure of everyday functioning for severely mentally ill adults. Schizophr. Bull.</i> — 2001. — Vol. 27 (2). P. 235–245.	Patterson, T.L., Goldman, S., McKibbin, C.L., Hughs, T., Jeste, D.V. <i>UCSD performance-based skills assessment: development of a new measure of everyday functioning for severely mentally ill adults. Schizophr. Bull.</i> — 2001. — Vol. 27 (2). P. 235–245.
25	Reppermund, S., Ising, M., Lucae, S., Zihl, J. <i>Cognitive impairment in unipolar depression is persistent and non-specific: further evidence for the final common pathway disorder hypothesis. Psychol. Med.</i> — 2009. — Vol.39. — P.603–614.	Reppermund, S., Ising, M., Lucae, S., Zihl, J. <i>Cognitive impairment in unipolar depression is persistent and non-specific: further evidence for the final common pathway disorder hypothesis. Psychol. Med.</i> — 2009. — Vol.39. — P.603–614.
26	Sanchez, C., Asin, K.E., Artigas, F. <i>Vortioxetine, a novel antidepressant with multimodal activity: review of preclinical and clinical data. Pharmacol. Ther.</i> — 2015. — Vol.145. — P.43–57.	Sanchez, C., Asin, K.E., Artigas, F. <i>Vortioxetine, a novel antidepressant with multimodal activity: review of preclinical and clinical data. Pharmacol. Ther.</i> — 2015. — Vol. 145. — P. 43–57.
27	Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., Burnam, M.A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S., Ware, J. <i>The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. JAMA.</i> — 1989. — Vol.262. — P.914–919.	Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., Burnam, M.A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S., Ware, J. <i>The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. JAMA.</i> — 1989. — Vol.262. — P.914–919.
28	Withall, A., Harris, L.M., Cumming, S.R. <i>The relationship between cognitive function and clinical and functional outcomes in major depressive disorder. Psychol. Med.</i> — 2009. — Vol.39. — P.393–402.	Withall, A., Harris, L.M., Cumming, S.R. <i>The relationship between cognitive function and clinical and functional outcomes in major depressive disorder. Psychol. Med.</i> — 2009. — Vol.39. — P.393–402.
29	World Health Organisation, 2017. <i>Depression — fact sheet. <a href="http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/">http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/</a> (Accessed 25 September 2017).</i>	World Health Organisation, 2017. <i>Depression — fact sheet. <a href="http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/">http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/</a> (Accessed 25 September 2017).</i>
30	Woo, J.M., Kim, W., Hwang, T.Y., Frick, K.D., Choi, B.H., Seo, Y.J., Kang, E.H., Kim, S.J., Ham, B.J., Lee, J.S., Park, Y.L. <i>Impact of depression on work productivity and its improvement after outpatient treatment with antidepressants. ValueHealth.</i> — 2011. — Vol.14. — P.475–482.	Woo J.M., Kim, W., Hwang, T.Y., Frick, K.D., Choi, B.H., Seo, Y.J., Kang, E.H., Kim, S.J., Ham, B.J., Lee, J.S., Park, Y.L. <i>Impact of depression on work productivity and its improvement after outpatient treatment with antidepressants. ValueHealth.</i> — 2011. — Vol.14. — P.475–482.

Комментарий

## Новая парадигма оценки результатов лечения депрессии

Шмуклер А.Б.

В настоящее время в арсенале психиатров имеется целый спектр препаратов для лечения депрессивных расстройств. Тем не менее проблема их эффективности и переносимости остается крайне актуальной и способствует появлению новых лекарственных средств, отличающихся по ряду показателей от уже существующих антидепрессантов. Одним из таких относительно новых препаратов является вортиоксетин, обладающий мультимодальным действием, в том числе, как показано в ряде высокодоказательных исследований, отчетливым терапевтическим влиянием на когни-

тивную функцию и социальное функционирование больных.

Появление препарата с мультимодальной направленностью действия в определенной степени способствовало возобновлению интереса к анализу спектра психотропной активности антидепрессантов и терапевтическим «мишеням» при их использовании. Серия специальных осознанных исследований продемонстрировала, что когнитивные нарушения у больных с депрессией являются относительно независимой группой симптомов при данном заболевании, в определенной степени

сохраняющейся после редукции собственно депрессивных расстройств. При этом выраженность нарушений нарастает в ряду депрессивный эпизод — рекуррентная депрессия — депрессия при биполярном расстройстве, что скорее всего указывает на усиление церебральной уязвимости при переходе к более тяжелому уровню расстройств аффективного спектра.

Сохраняющийся в ремиссии когнитивный дефицит имеет значения не только сам по себе, но и как основа для нарушений социального функционирования больных, проявляющегося в различных сферах (трудовой, семейной, общественной, межличностных отношений). Таким образом, недостаточное внимание к данному вопросу имеет серьезные последствия как для самого пациента, так и для общества в целом (имея в виду снижение производительности труда, недопроизведенный внутренний валовой продукт и другие аспекты не прямых потерь).

Целью лечения психических расстройств уже на протяжении ряда лет полагается социально-личностное восстановление и, как этап его достижения, функциональная ремиссия (а не только ремиссия симптомов). Предлагаемый авторами публикации подход обосновывает количественную балльную оценку улучшения состояния больных при одновременном учете и кли-

нических показателей, и показателей социального функционирования. Подобное рассмотрение статуса пациентов применялось и ранее, однако каждая характеристика учитывалась по отдельности — новизна анализа состоит именно в его комплексности.

Несмотря на, казалось бы, очевидность необходимости учета клинических и социальных факторов при рассмотрении эффективности оказанной помощи, в повседневной клинической практике все еще доминирует точка зрения, что качественная ремиссия симптомов позволяет полностью восстановить социальный статус пациентов и не требует никаких дополнительных вмешательств, а сохраняющиеся нарушения социального функционирования являются свидетельством «недолеченности». Акцент на когнитивных проявлениях депрессивных расстройств и связанной с ними социальной дезадаптации позволяет аргументировать альтернативный подход, состоящий в выборе антидепрессанта в спектре психотропной активности которого присутствует прокогнитивный эффект. Однако следует учитывать, что полноценное социальное восстановление возможно только при биопсихосоциальной парадигме, сочетании психофармакотерапии и психосоциальной терапии и реабилитации больных.

#### Литература

1	Conradi H.J., Ormel J., deJonge P. Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study // <i>Psychol. Med.</i> — 2011. — Vol.4. — P.1165–1174.	Conradi H.J., Ormel J., deJonge P. Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study // <i>Psychol. Med.</i> — 2011. — Vol.41. — P.1165–1174
2	Jaeger J., Berns S., Uzelac S., Davis-Conway S. Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder // <i>Psychiatr. Res.</i> — 2006. — Vol.145. — P.39–48.	Jaeger J., Berns S., Uzelac S., Davis-Conway S. Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder // <i>Psychiatr. Res.</i> — 2006. — Vol.145. — P.39–48.
2	Rock P.L., Roiser J.P., Riedel W.J., Blackwell A.D. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis // <i>Psychol. Med.</i> — 2014. — Vol.44. — P.2029–2040.	Rock P.L., Roiser J.P., Riedel W.J., Blackwell A.D. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis // <i>Psychol. Med.</i> — 2014. — Vol.44. — P.2029–2040.

#### Сведения об авторе

**Шмуклер Александр Борисович** — д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе Московского НИИ психиатрии — филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России. E-mail: ashmukler@yandex.ru

## Правовые коллизии госпитализации в психиатрический стационар

Доровских И.В.<sup>1</sup>, Колточник Е.А.<sup>2</sup>, Мальцев Г.Ю.<sup>3</sup>, Жуков Н.Д.<sup>3</sup>, Жуков Д.Г.<sup>3</sup>, Павлова Т.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Федеральное казенное государственное учреждение «1586 военный клинический госпиталь МО РФ»,

<sup>2</sup> Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области «Шенталинская ЦРБ»,

<sup>3</sup> Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области  
«Психиатрическая больница №2 имени В.И. Яковенко»

**Резюме.** В данной дискуссионной статье описаны законодательные противоречия правомерности госпитализации душевнобольных в психиатрические стационары. Даны конкретные рекомендации по устранению ошибок практикующим психиатрам, а также предложения по совершенствованию законодательства в области оказания помощи психически больным.

**Ключевые слова:** закон, коллизии, информированное согласие, недобровольная госпитализация, рекомендации.

### Legal conflicts of hospitalization in a psychiatric hospital

Dorovskikh I.V.<sup>1</sup>, Koltchnik E.A.<sup>2</sup>, Maltsev G.Y., Zhukov D.G., Zhukov N.D.<sup>3</sup>, Pavlova T.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Federal Treasury State Institution "1586 Military Clinical Hospital Of Ministry of Defence RF",

<sup>2</sup> State Budgetary Institution of Health Care of Samara Region "Shental's Central District Hospital",

<sup>3</sup> State Budgetary Institution of Health Care of Moscow Region "V.I. Yakovenko Psychiatric Hospital №2"

**Summary.** This discussion article describes the legislative contradictions of the legitimacy of hospitalization of the mentally ill patients in psychiatric hospitals. We give a specific recommendations to eliminate errors of practicing psychiatrists, as well as proposals to improve the legislation in the field of mental health care.

**Key words:** law, conflict, informed consent, involuntary hospitalization, recommendations.

Актуальность данной, во многом дискуссионной статьи обусловлена нарастающими правовыми сложностями врачебной деятельности в настоящее время, в частности, психиатрической практики. К сожалению, современное общество во многом утратило пиетет к врачебной деятельности. Пациент желает получить качественную и гарантирующую успех врачебную «услугу» и нетерпимо относится к профессиональным издержкам, неудачам лечения, его осложнениям и тем более, к летальным исходам. Возросло количество судебных исков к врачам по этому поводу, большая часть удовлетворенных судом в пользу пациента. Так, например, из 2100 обращений в 2012 году возбуждено 311 уголовных дел, а в суд из них направлено 60, а в 2017 году из 6050 жалоб возбуждено 1791 уголовное дело, из них в суд направлено 175[8]. В отсутствие правовых механизмов страхования врачебной деятельности во врачебном сообществе наблюдается некоторая растерянность. Она подкрепляется неоднозначной, противоречивой экспертной оценкой коллег той или иной врачебной ситуации, попыткой подготовки следователей для ведения дел исключительно в медицинской практике, судебной практикой решать административные дела в пользу истца, да и желанием части пациентов получить финансовую компенсацию.

Если в соматической медицине нарастает тревога врачей по поводу неоднозначной правовой оценки и трактовки осложнений оперативных вмешательств и заболеваний как врачебной ошибки, с последующим уголовным преследова-

нием, то в психиатрии основная правовая проблема лежит в плоскости правильной оценки психического состояния пациента в момент его госпитализации в психиатрический стационар. Именно правомерность госпитализации является камнем преткновения в психиатрической практике, несмотря на имеющийся Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1) [5, 6, 7, 9]. О правовых коллизиях его применения и «слабых» местах, требующих экстренного вмешательства психиатрической ассоциации, данная статья.

**Позволим себе не напомнить читателю имеющие отношение к данной статье общеизвестные его положения.**

Повсеместно применяемое, однако лишённое единого стандарта, с введением вышеуказанного ФЗ, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и госпитализацию в психиатрический стационар на практике оказалось недостаточным для обоснования ее правомерности как для врачей, так и для судей. Так как не существует юридически определенной формулы способности пациента выразить такое согласие [10]. Проблема в том, что согласно оценке Р. Appelbaum и Т. Grisso [19] «способность выразить информированное согласие на лечение — правовая конструкция: только суд может решить, является ли данное лицо неспособным (выразить согласие). С другой стороны, оценка психического состояния, на основании которой суд устанавливает способность-неспособность пациента, пору-

чается психиатрам. Поэтому законодатели должны определить, какие клинически установленные психические расстройства и в какой степени выраженности позволят судье объявить лицо неспособным (выразить информированное согласие на лечение)» [19]. Так судьи априори считают непропорциональным информированное добровольное согласие пациентов с психическими расстройствами психотического уровня, не без основания полагая, что они в этот момент недееспособны. Более того, в этом их поддерживают коллеги-эксперты, которые в рамках СПЭ, как правило, выносят заключение о невозможности пациента, находящегося в психотическом состоянии, правильно понимать и отдавать отчет своим действиям. Хотя сам по себе психоз, по справедливому замечанию Dr. Simon, не всегда свидетельствует о неспособности выразить юридически значимое согласие на лечение [23].

Примером данной коллизии нам представляется нижеследующий случай. В 2014 году на судебно-психиатрическую экспертизу предоставлялось гражданское дело по иску гр-на Ш. к одной из ПБ Московской области. В исковом заявлении о «возмещении морального вреда», Ш. указывал, что трижды находился на лечении в ПБ в связи с «мухоморным опьянением». При этом «вел себя тактично, вежливо, не причинял никому вреда, подписывал согласие на лечение». «После вытрезвления» отказывался от медицинских услуг и лечения, но его «незаконно удерживали» в больнице, «пичкали препаратами, от которых ухудшалось самочувствие». В заявлении утверждал, что медицинские работники учинили «самоуправство, научных обоснований для такого лечения не было». Приводил список нарушений положений, статей Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1, «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», давал им свои комментарии. В частности, что ему не разъяснились его права, не предоставлялась соответствующая юридическая литература, не давались адреса и телефоны вышестоящих организаций для жалоб, над ним «насмехался медперсонал», не имелось «научных оснований для утверждения его психическом заболевании», требовал вменить лечащим врачам и администрации больницы уголовную ответственность за эти действия в отношении него.

В судебном заседании Ш. требовал взыскать с больницы 500 тысяч рублей за его незаконное удержание и лечение в стационаре. В пояснениях суду утверждал, что у него «были опьянения», вызванные приемом отвара мухоморов, которое проходило через сутки и не требовало применения «аминазина, галоперидола», над ним «проводили эксперимент, силой заставляли принимать препараты». Определением суда пациенту была назначена СПЭ. Перед экспертной комиссией были поставлены следующие вопросы: соответствует ли установленный диагноз: «Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении» истцу в период пребывания его на лечении в ПБ? Соответствует ли назначен-

ное истцу ответчиком лечение и срок нахождения истца в лечебном учреждении ответчика состоянию здоровья истца и поставленному истцу диагнозу?

В ходе экспертизы было установлено, что подэкспертный Ш. был доставлен скорой помощью из дома в связи с неадекватным поведением. При поступлении самостоятельно подписал добровольное информированное согласие на госпитализацию и лечение. При поступлении установлен диагноз: «Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении» (F-23.1). В дальнейшем в отделении отмечались тревожность, эмоциональное однообразие, монотонность, на вопросы отвечал не всегда в плане заданного, своих переживаний полностью не раскрывал, без критики относился к своему состоянию и ситуации в целом. Лечение принимал с уговорами. В больнице Ш. находился в течение 48 дней. При выписке отсутствовали психотические расстройства, но сохранялись явления эмоционально-волевого снижения, парадоксальность мышления, неустойчивое настроение, формальная критика к перенесенному состоянию. С заключением, что в лечении в условиях стационара не нуждается, выписан домой в удовлетворительном состоянии с рекомендацией приема поддерживающей терапии и наблюдения участкового психиатра по месту жительства. Экспертной комиссией вынесено решение, что диагноз «острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении», установленный подэкспертному Ш., правомерен, соответствовал клинической картине, лечение проведено в полном объеме. Однако суд посчитал, что Ш. пребывая в психотическом состоянии, не мог правильно понимать и отдавать отчет своим действиям, в т.ч. подписывая добровольное информированное согласие на госпитализацию и поэтому находился в психиатрическом стационаре помимо своего желания, без должного оформления недобровольной госпитализации, в связи с чем вынесено решение о выплате морального ущерба гр-ну Ш. в рамках гражданского судопроизводства, несмотря на верную оценку психического состояния, подписанное информированное добровольное согласие на госпитализацию, выбранную тактику лечения и ответственность его общепринятым стандартам.

В ситуации неоднозначной трактовки информированного согласия на госпитализацию пациента в психиатрический стационар психиатрами и судьями, собственной правовой незащищенности и во избежание судебных исков врачи с негласного одобрения администраций больниц применяют в возрастающих из года в год объемах оформленную судом недобровольную госпитализацию больных, находящихся в психотическом состоянии. Нижеприведенные рис. 1-2 и таблица №1 [2, 3, 4, 15] ярко демонстрируют данную тенденцию в целом по стране, ряде регионов, и в частности, в Московской области. Данная практика гарантированно защищает права психиатра, администрацию больницы, однако существенно огра-

ничивает права и свободу пациентов, стигматизирует их, а также создает колоссальную, ненужную, расточительную финансово нагрузку на врачей, судей, экспертов. В то время, как, например, в США добровольное поступление в психиатрические стационары разрешено и поощряется [21]. Так 73% из 1.6 млн ежегодных госпитализаций в психиатрические учреждения США осуществляются добровольно [18]. Причем имеет место постепенное снижение стандарта согласия пациента на госпитализацию в психиатрический стационар, от чрезвычайно высокого «ясного и информированного согласия» к «невысокому». Под первым вариантом понимается согласие, сделанное добровольно, в письменном виде, способным его выразить пациентом, после информирования и достаточных разъяснений о характере госпитализации, что позволило бы пациенту принять осознанное и добровольное решение без каких-либо элементов принуждения [20]. Во втором варианте от пациента требуется способность понимания, что он госпитализируется в психиатрическую больницу, где он получит лечение и уход, а выписка из нее возможна, но не происходит автоматически, а зависит от его психического состояния [24].

В Американской психиатрической ассоциации приняты невысокие требования к способности пациента выразить согласие на госпитализацию [16]. Достаточно простого понимания, что стационар, куда поступает пациент — психиатрический, и выраженное словами письменно или своим поведением согласия туда быть принятым. [22]. Существо дела добровольной госпитализации не в информированности о ее характере и условиях, а в способности пациента по своему психическому состоянию адекватно усваивать предоставляемую ему информацию. В исследовании Аррекбауметалл (1981) значительная часть пациентов, поступивших в психиатрический стационар на добровольной основе, были неспособны по своему психическому состоянию выразить согласие на госпитализацию вне зависимости от того, оценивалась ли способность на основании либо клинических критериев, либо юридических, или комбинации тех и других, при этом 50% из них не видели не-

обходимости в своем пребывании в психиатрическом стационаре [17]. Повседневная практика получения информированного добровольного согласия на госпитализацию пациента в психиатрический стационар содержит комбинацию методов убеждения и некоторого принуждения с возможностью оформления недобровольной госпитализации в противном случае. Вышеописанное требует выработки однозначного стандарта «информированного согласия» или альтернатив ему. Например, назначение пациенту «защитника интересов», дающего или отвергающего согласие на госпитализацию пациента, каковым могут быть адвокаты или судьи [22].

Другой, очень важной проблемой повседневной практики врачей психиатрических стационаров является неоднозначность положений Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 о госпитализации в недобровольном порядке. Российское общество психиатров крайне обеспокоено осуждением врача-психиатра Андроновой О.В., которая Кировским районным судом г. Астрахани 27 декабря 2017 года признана виновной в совершении преступления, предусмотренного ч.2 ст.128 УК РФ и приговорена к 2 годам лишения свободы (условно) с лишением права заниматься врачебной деятельностью на 2 года. Вынесение этого приговора является беспрецедентным событием с момента принятия в нашей стране Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 и потому вызвало широкий резонанс как в среде профессионального медицинского сообщества, так и среди юристов, представителей СМИ, общественности [12]. Вину Андроновой О.В. суд усмотрел в том, что она, будучи дежурным врачом приемного отделения Астраханской психиатрической больницы, по мнению суда, незаконно поместила гр. Б. в указанную больницу в недобровольном порядке [11].

Разделяя профессиональные опасения, предлагаем пошагово, конкретно, в вопросах и ответах, изучить правовые коллизии данной «незаконной» госпитализации в психиатрический стационар с целью устранения несоответствия положений Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 с УПК и УК РФ.

**Таблица 1. Динамика показателя госпитализации в ГБУЗ МОПБ№2 им. В.И. Яковенко с 1994 по 2017 гг.**

	1994	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Госпитализировано, всего	7215	6072	5609	3998	3173	2968	2998	2891	2311	1962	2098
Из них:											
Общие основания	6971	5692	5273	3606	2543	2257	1896	1746	1215	613	551
Недобровольная госпитализация	25	47	20	63	275	410	758	768	749	905	1082
Недобровольная Госпитализация в % от госпитализированных на общих основаниях	0,35	0,82	0,38	1,7	10,1	15,37	28,6	30,5	38,3	59,6	66,2



1. Что подразумевалось в данном случае под незаконной госпитализацией в психиатрический стационар?

Ответ: отсутствие одного из двух оснований для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях. Эти основания установлены ч. 1 ст. 28 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1: наличие у лица психического расстройства и решение

врача-психиатра о проведении психиатрического обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи.

Чтобы госпитализацию в психиатрический стационар можно было признать законной, необходимо наличие обоих оснований в совокупности. Иначе госпитализация в психиатрический стационар считается незаконной. Комиссия психиатров пришла к выводу, что психическое расстройство



у женщины, которая была госпитализирована в психиатрический стационар дежурным психиатром, отсутствует. Следовательно, с точки зрения закона, имела место незаконная госпитализация женщины в психиатрический стационар.

2. Кто осуществляет госпитализацию в психиатрический стационар: дежурный психиатр, комиссия врачей-психиатров медицинской организации или суд?

Ответ: Дежурный психиатр осуществляет госпитализацию в психиатрический стационар (ст. 32 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1). Комиссия врачей-психиатров медицинской организации производит оценку обоснованности госпитализации в психиатрический стационар (ст. 32 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1). Суд осуществляет госпитализацию в психиатрический стационар в судебном порядке. Это другая госпитализация — госпитализация, которая санкционирована судом.

3. Какая форма вины? Обязательно ли, наличие умысла?

Ответ: Уголовная ответственность по ст. 128 УК РФ [14] может возникнуть не обязательно при наличии умысла. Чтобы понять, что это, действительно, именно так, а не иначе, достаточно сравнить диспозиции ст. 128 УК РФ и ст. 301 УК РФ. Если бы перед словом незаконная, в диспозиции ч. 1 ст. 128 УК РФ стояло бы слово заведомо, то тогда для наличия состава преступления обязательно требовалось бы наличие умысла. Причем умысла прямого.

4. Предварительная диагностика психического расстройства является ли достаточным основанием для того, чтобы дежурный психиатр имел право госпитализировать гражданина в психиатрический стационар?

Ответ: Нет, предварительный диагноз психического расстройства не является достаточным основанием для того, чтобы дежурный психиатр имел право госпитализировать гражданина в психиатрический стационар. Подозрение на психическое расстройство станет достаточным основанием для того, чтобы дежурный психиатр имел право госпитализировать гражданина в психиатрический стационар только тогда, когда об этом будет указано в федеральном законе в явном виде. Ведь врач-психиатр, осуществляя госпитализацию в психиатрический стационар, ограничивает право гражданина на свободу и личную неприкосновенность (ч. 1 ст. 22 Конституции Российской Федерации). В соответствии с ч. 3 ст. 55 Конституции Российской Федерации «Права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства».

Сравним диспозиции ст. 91 УПК РФ и ст. 29 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Статья 91 УПК РФ «Основания задержания подозреваемого» [13] указывает на «подо-

зрение», как на основание задержания, в явном виде:

орган дознания, дознаватель, следователь вправе задержать лицо по подозрению в совершении преступления, за которое может быть назначено наказание в виде лишения свободы, при наличии лишь одного основания: когда потерпевшие или очевидцы укажут на данное лицо как на совершившее преступление.

А в ст. 29 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» условие для недобровольной госпитализации гражданина в психиатрический стационар сформулировано очень жёстко:

1. Психиатрическое обследование или лечение возможны только в стационарных условиях.

2. Психическое расстройство является тяжёлым.

3. Психическое расстройство обуславливает:

а) его (лица, страдающего психическим расстройством) непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Причём, все три условия должны существовать одновременно.

Как видим, ни о каком «подозрении» в диспозиции данной правовой нормы (статьи закона) даже речи нет.

При наличии иных данных, дающих основание подозревать лицо в совершении преступления, оно может быть задержано, если это лицо пыталось скрыться, либо не имеет постоянного места жительства, либо не установлена его личность, либо если следователем с согласия руководителя следственного органа или дознавателем с согласия прокурора в суд направлено ходатайство об избрании в отношении указанного лица меры пресечения в виде заключения под стражу. Примерно такая же норма должна быть в тексте Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1. А такой нормы в нем нет.

5. А теперь вопрос, ответ на который самый сложный для понимания!

Госпитализация гражданина в психиатрический стационар, у которого комиссия врачей-психиатров медицинской организации не обнаружила психического расстройства и признала госпитализацию необоснованной, — это обязательно преступление, запрещенное ст. 128 УК РФ?

Ответ: Посмотрим ст. 20 УПК РФ. Эта статья относит уголовные дела о преступлениях, предусмотренных ст. 128 УК РФ к уголовным делам публичного обвинения. Допустим, это обязательно преступление. Тогда считается, что комиссия врачей-психиатров медицинской организации, которая не обнаружила у гражданина, госпитализированного дежурным психиатром в психиа-

трический стационар, психического расстройства и признала госпитализацию необоснованной, выявила все признаки преступления в действиях дежурного психиатра. Необходимо возбуждение уголовного дела и публичное обвинение. Тогда в тексте Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 должна быть норма о необходимости передать информацию о совершенном преступлении и лице, его совершившем, в правоохранительные органы. А такой нормы в нем нет. Вот такое внутреннее противоречие Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1.

### Выводы

Подводя итог вышесказанному, становится очевидным, что грамотное документальное оформление недобровольной госпитализации обеспечивает медицинскому работнику возможность отстаивать свои интересы в суде как в гражданском, так и в уголовном судопроизводстве. Психиатры вынужденно обращаются к статье 29 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 из-за непосредственных опасений о возможных юридических последствиях госпитализации, хотя в большинстве случаев готовы обходиться информированным добровольным согласием на медицинское вмешательство, что объясняется колоссальной нагрузкой на простых врачей, вызванной нарастающим количеством оформляемой документации и пациентов, требующих «услуг», а не помощи. Из приведенных эпидемиологических данных усматривается непрерывный рост количества госпитализаций в недобровольном порядке, что противоречит международной практике. Актуальный ныне Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 требует доработки и устранения вышеописанных противоречий, как внутренних, так и с УК и УПК РФ:

1. Выработать «низкий» стандарт информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и госпитализацию в психиатрический стационар, однозначный, как для врачей, так и для судей.

2. Незаконная госпитализация лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях (психиатрический стационар) должна в качестве субъективной стороны предусматривать только умысел. Причем только прямой умысел [1]. На это должно быть указание в Законе в явной и однозначной форме, не оставляющей место «внутреннему убеждению» судьи. Пока этого нет.

3. Дежурный психиатр — не научный сотрудник, не исследователь врач-юрист. Это рядовой исполнитель. Он должен в очень ограниченный период времени принять юридически значимое и единственно правильное решение. Он имеет право и обязан принять это решение, но при принятии этого решения этому психиатру запрещено действовать произвольно. Он обязан руководствоваться законом. Решение психиатра может быть либо единственно правильным, либо незаконным. Здесь существует только два слова: «да» и «нет». Поэтому психиатра приемного покоя

психиатрического стационара необходимо обеспечить четкими и понятными правилами, соблюдая которые и грамотно применяя свои профессиональные знания и навыки, он не сможет стать фигурантом уголовного дела о незаконной госпитализации в психиатрический стационар. Эти правила должны учитывать все нюансы работы психиатра, который осуществляет недобровольную госпитализацию.

4. Необходимо понимать, что если комиссия отказала в продлении недобровольной госпитализации, то это не свидетельствует о том, что гражданин был помещен в психиатрический стационар незаконно. Вполне возможно, психиатр на дежурстве принял единственно правильное решение. А отказ в госпитализации в недобровольном порядке был бы неправомерным.

5. Учитывая, что показания для недобровольной госпитализации зачастую не могут выявляться непрерывно, т.к. психическое состояние пациента изменяется ввиду естественной динамики патологического процесса, а также из-за начатого лечения, интеркуррентных заболеваний и т.п., необходимо в правилах госпитализации в недобровольном порядке предусмотреть обязанность психиатра учитывать данные анамнеза собранные у врачей психиатрической бригады СМП, родственников больного, а иногда и сопровождающих его лиц.

При этом, если родственники гражданина утверждают, что больного необходимо госпитализировать, указывая психиатру на признаки, свидетельствующие на наличие показаний и оснований для госпитализации в недобровольном порядке, то госпитализация в недобровольном порядке должна быть осуществлена в обязательном порядке. А родственники больного, которые указывают психиатру на признаки, свидетельствующие на наличие показаний и оснований для госпитализации в недобровольном порядке должны предупреждаться об ответственности по ч. 1 ст. 128 УК РФ за сообщение заведомо ложной информации.

6. Для преодоления юридических коллизий при осуществлении госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке требуется внесение изменений в текущее законодательство. При этом изменения, вносимые в федеральные законы должны быть минимально возможными. Юридические коллизии приводят к тому, что в соответствии с одним НПА, чтобы оставаться в правовом поле, необходимо поступать определенным образом, но другой НПА данное решение считает противоправным. В таком случае, любое принятое психиатром решение может быть признано противоправным. По этой причине, психиатр О.В. Андропова, которая приняла единственно правильное в сложившейся ситуации решение, была осуждена судом первой инстанции — ей был вынесен обвинительный приговор. Этот случай выявил, что в отечественной психиатрии существует недопустимая правовая ситуация. Эта ситуация должна быть откор-

ректирована в самые сжатые сроки. Поэтому, Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» необходимо дополнить статьей 29.1:

Статья 29.1

Порядок осуществления госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке определяется Правительством Российской Федерации.

Заведомо необоснованная госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке является незаконной госпитализацией лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях. Недобровольная госпитализация лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях осуществленная в соответствии с Порядком, предусмотренным ч. 1 настоящей статьи не может

быть признана незаконной госпитализацией лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях.

Также существует проблема назначения психотропных препаратов, в том числе и лицу, которое госпитализировано в недобровольном порядке. Поэтому в Порядке осуществления недобровольной госпитализации в психиатрический стационар необходимо предусмотреть различные статусы госпитализации. В том числе, под наблюдение. Если показания для недобровольной госпитализации не выявляются при осмотре дежурным психиатром, но в соответствии с Порядком госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке обязательна, то гражданин помещается в психиатрический стационар для наблюдения и психотропные препараты ему не назначаются до момента проявления психотической симптоматики.

### Литература

1	Аргунова Ю.Н. Права граждан с психическими расстройствами. — Изд. 3-е, переработанное и дополненное. — М.: ФОЛИУМ. — 2010. — 410с.	Argunova Yu.N. Prava grazhdan s psikhicheskimi rasstroistvami. — Izd. 3-e, pererabotannoe i dopolnennoe. M.: FOLIUM; 2010: 410. (In Rus.).
2	2.Гурович И.Я. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994-1999 г.) / И.Я. Гурович, В.Б. Голланд, Н.М. Зайченко. — М.: Медпрактика. — 2000. — 505с.	Gurovich I.Ya. Dinamika pokazatelei deyatel'nosti psikhiatricheskoi sluzhby Rossii (1994-1999 g.) / I.Ya. Gurovich, V.B. Golland, N.M. Zaichenko. M.: Medpraktika; 2000: 505. (In Rus.).
3	Гурович И.Я. Психиатрическая служба в России в 2006–2011 гг. (динамика показателей и анализ процессов развития) / Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. — М.: Медпрактика. — 2012. — 599с.	Gurovich I.Ya. Psikhiatricheskaya sluzhba v Rossii v 2006–2011 gg. (dinamika pokazatelei i analiz protsessov razvitiya) / Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Golland V.B., Zaichenko N.M. M.: Medpraktika-M; 2012: 599. (In Rus.).
4	Гурович И.Я. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999-2006 гг.) / И. Я. Гурович, В. Б. Голланд, И. М. Сон [и др.]. — М.: Медпрактика-М. — 2007. — 571с.	Gurovich I.Ya. Psikhiatricheskie uchrezhdeniya Rossii: pokazateli deyatel'nosti (1999-2006 gg.) / I. Ya. Gurovich, V.B. Golland, I.M. Son [i dr.]. M.: Medpraktika-M; 2007: 571. (In Rus.).
5	Евтушенко В.Я. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в вопросах и ответах. / В.Я. Евтушенко; отв. ред. В.С. Ястребов. — М.: ЗАО Юстицинформ. — 2009. — 302с.	Evtushenko V.Ya. Zakon RF «O psikhiatricheskoi pomoshchi i garantiyakh prav grazhdan pri ee okazanii» v voprosakh i otvetakh. / V.Ya. Evtushenko; otv. red. V.S. Yastrebov. M.: ZAO Yustitsinform; 2009: 302. (In Rus.).
6	Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 19.07.2018) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». — Режим доступа: <a href="http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/">www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/</a> Ссылка активна на 11.11.2018.	Zakon RF ot 02.07.1992 № 3185-1 (red. ot 19.07.2018) «O psikhiatricheskoi pomoshchi i garantiyakh prav grazhdan pri ee okazanii». Rezhim dostupa: <a href="http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/">www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/</a> Ssylka aktivna na 11.11.2018. (In Rus.).
7	Законодательство Российской Федерации в области психиатрии. Комментарий к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ГК РФ и УК РФ (В части, касающейся лиц с психическими расстройствами) (постатейный) (издание второе, исправленное и дополненное) / под ред. Дмитриевой Т.Б. — М.: Спарк. — 2002.	Zakonodatel'stvo Rossiiskoi Federatsii v oblasti psikhiiatrii. Kommentarii k Zakonu RF «O psikhiatricheskoi pomoshchi i garantiyakh prav grazhdan pri ee okazanii», GK RF i UK RF (V chasti, kasayushcheysya lits s psikhicheskimi rasstroistvami) (postateinyi) (izdanie vtoroe, ispravlennoe i dopolnennoe) / pod red. Dmitrievoy T.B. M.: Spark; 2002. (In Rus.).

8	Заявление Следственного комитета Российской Федерации. Режим доступа: <a href="http://sledcom.ru/news/item/1199822/">http://sledcom.ru/news/item/1199822/</a> Ссылка активна на 11.11.2018.	Zayavlenie sledstvennogo komiteta Rossiiskoi Federatsii. Dostupno po: <a href="http://sledcom.ru/news/item/1199822/">http://sledcom.ru/news/item/1199822/</a> Ssylka aktivna na 11.11.2018. (In Rus.).
9	Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации от 08.03.2015 № 21-ФЗ (ред. от 28.12.2017). — Режим доступа: <a href="http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_176147/">www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_176147/</a> Ссылка активна на 11.11.2018.	Kodeks administrativnogo sudoproizvodstva Rossiiskoi Federatsii ot 08.03.2015 № 21-FZ (red. ot 28.12.2017). — Rezhim dostupa: <a href="http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_176147/">www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_176147/</a> Ssylka aktivna na 11.11.2018. (In Rus.).
10	Мотов В.В. Фундаментальные вопросы американской судебной психиатрии и права. — М.:ФОЛИУМ. — 2008. — 252с.	Motov V.V. Fundamental'nye voprosy amerikanskoi sudebnoi psikiatrii i prava. M: FOLIUM; 2008: 252. (In Rus.).
11	«Приговор врачу-психиатру за исполнение должностных обязанностей». — Режим доступа: <a href="https://psichiater.ru/news/751">https://psichiater.ru/news/751</a> Ссылка активна на 11.11.2018.	«Prigovor vrachu-psikiatru za ispolnenie dolzhnostnykh obyazannostei». — Rezhim dostupa: <a href="https://psichiater.ru/news/751">https://psichiater.ru/news/751</a> Ssylka aktivna na 11.11.2018. (In Rus.).
12	«Саморегулирование профессиональной медицинской деятельности в Российской Федерации». — Режим доступа: <a href="https://psichiater.ru/news/186">https://psichiater.ru/news/186</a> Ссылка активна на 11.11.2018.	«Samoregulirovanie professional'noi meditsinskoi deyatel'nosti v Rossiiskoi Federatsii». — Rezhim dostupa: <a href="https://psichiater.ru/news/186">https://psichiater.ru/news/186</a> Ssylka aktivna na 11.11.2018. (In Rus.).
13	«Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации» от 18.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 11.10.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 21.10.2018). — Режим доступа: <a href="http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34481/">www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34481/</a> Ссылка активна на 11.11.2018.	«Ugolovno-protsessual'nyi kodeks Rossiiskoi Federatsii» ot 18.12.2001 № 174-FZ (red. ot 11.10.2018) (s izm. i dop., vstup. v silu s 21.10.2018). — Rezhim dostupa: <a href="http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34481/">www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34481/</a> Ssylka aktivna na 11.11.2018. (In Rus.).
14	«Уголовный кодекс Российской Федерации» от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 03.10.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 21.10.2018). — Режим доступа: <a href="http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/">www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/</a> Ссылка активна на 11.11.2018.	«Ugolovnyi kodeks Rossiiskoi Federatsii» ot 13.06.1996 № 63-FZ (red. ot 03.10.2018) (s izm. i dop., vstup. v silu s 21.10.2018). — Rezhim dostupa: <a href="http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/">www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/</a> Ssylka aktivna na 11.11.2018. (In Rus.).
15	Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации (2005-2013 гг.): Статистический справочник. — М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, 2015. — 572 с.	Epidemiologicheskie pokazateli i pokazateli deyatel'nosti psikiatricheskikh sluzhb v Rossiiskoi Federatsii (2005-2013 gg.): Statisticheskii spravochnik. M.: FGBU «FMITsPN im. V.P.Serb'skogo» Minzdrava Rossii; 2015: 572. (In Rus.).
16	American Psychiatric Association: Task Force Report 34: Consent to Voluntary Hospitalization. — Washington, DC, American Psychiatric Association, 1993.	American Psychiatric Association: Task Force Report 34: Consent to Voluntary Hospitalization. Washington, DC, American Psychiatric Association. 1993.
17	Appelbaum P. Empirical Assessment of Competency to Consent to Psychiatric Hospitalization // Am. J. Psych. — 1981. — Vol.138. — P.1170-1174. DOI: 10.1176/ajp.138.9.1170	Appelbaum P. Empirical Assessment of Competency to Consent to Psychiatric Hospitalization. Am. J. Psych. 1981; 138: 1170-1174. DOI: 10.1176/ajp.138.9.1170
18	Appelbaum P. Voluntary hospitalization and due process: the dilemma of Zinermon v. Burch // Hospital and Community Psychiatry. — 1990. — Vol.41. — P.1059-1060. DOI: 10.1176/ps.41.10.1059	Appelbaum P. Voluntary hospitalization and due process: the dilemma of Zinermon v. Burch. Hospital and Community Psychiatry. 1990; 41:1059-1060. DOI: 10.1176/ps.41.10.1059
19	Appelbaum P., Grisso T. Constructing Competence: Formulating Standards of Legal Competence to Make Medical Decisions. — 48 Rutgers L.R. — 1996. — P. 345, 348-349.	Appelbaum P., Grisso T. Constructing Competence: Formulating Standards of Legal Competence to Make Medical Decisions. 48 Rutgers L.R. 1996: 345, 348-349.
	20. Backer Act Handbook and User Reference Guide/2004 State of Florida Department of Children and Families. Voluntary Admission. S394.4625, F.S., Chapter 65 E-5.270., F.A.C.	Backer Act Handbook and User Reference Guide/2004 State of Florida Department of Children and Families. Voluntary Admission. S394.4625, F.S., Chapter 65 E-5.270., F.A.C.

21	<i>Reisner R., Slobogin C., Rai A. Law and the Mental Health System. 3rd ed. – West Group. St. P. Minn. — 1999. — P.783.</i>	<i>Reisner R., Slobogin C., Rai A. Law and the Mental Health System. 3rd ed. West Group. St. P. Minn. 1999: 783.</i>
22	<i>Reisner R., Slobogin C., Rai A. Law and the Mental Health System. 3rd ed. — West Group. St. P. Minn. — 1999. — P.790-791.</i>	<i>Reisner R., Slobogin C., Rai A. Law and the Mental Health System. 3rd ed. West Group. St. P. Minn. 1999: 790-791.</i>
23	<i>Simon R. Concise Guide to Psychiatry and Law for Clinicians, American Psychiatric.– Publishing Inc. Washington D.C. London, England. — 2001. — at75.</i>	<i>Simon R. Concise Guide to Psychiatry and Law for Clinicians, American Psychiatric.– Publishing Inc. Washington D.C. London, England. 2001:75.</i>
24	<i>Winick B. Competency to Consent to Voluntary hospitalization: A Therapeutic Jurisprudence Analysis of Zinermon v. Burch // International Journal of Law and Psychiatry. — 1991. — Vol.14. — P.169, 191-198. DOI: 10.1016/0160-2527(91)90002-5</i>	<i>Winick B. Competency to Consent to Voluntary hospitalization: A Therapeutic Jurisprudence Analysis of Zinermon v. Burch. International Journal of Law and Psychiatry. 1991; 14: 169, 191-198. DOI: 10.1016/0160-2527(91)90002-5</i>

**Сведения об авторах**

**Доровских Игорь Владимирович** — д.м.н., профессор, заведующий психиатрическим отделением, Федеральное казенное государственное учреждение «1586 военный клинический госпиталь МО РФ». E-mail: ig.dorovskih@yandex.ru

**Колточник Евгений Александрович** — юрисконсульт, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области «Шенталинская Центральная Районная Больница». E-mail: eak1234@mail.ru

**Мальцев Георгий Юрьевич** — главный врач, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Психиатрическая больница №2 имени В.И. Яковенко». E-mail: gym1974@rambler.ru.

**Жуков Николай Дмитриевич** — заведующий психиатрическим отделением, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Психиатрическая больница №2 имени В.И. Яковенко». E-mail: butovo.k2@gmail.com

**Жуков Дмитрий Георгиевич** — заместитель главного врача по медицинской части, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Психиатрическая больница №2 имени В.И. Яковенко». E-mail: dg.zhukov1963@gmail.com

**Павлова Татьяна Алексеевна** — врач-психиатр, Федеральное казенное государственное учреждение «1586 военный клинический госпиталь МО РФ». E-mail: pava-6@yandex.ru

DOI : 10.31363/2313-7053-2019-2-84-94

## Сравнительные региональные особенности синдрома профессионального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов

Корехова М.В.<sup>1</sup>, Соловьев А.Г.<sup>2</sup>, Киров М.Ю.<sup>2</sup>, Новикова И.А.<sup>2</sup><sup>1</sup> ФГАОУ ВО «Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова», Архангельск, <sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» МЗ РФ

**Резюме.** С целью выявления сравнительных региональных особенностей синдрома профессионального выгорания (СПВ) у анестезиологов-реаниматологов обследовано 50 врачей Республики Коми и Архангельской области. Использовались методики исследования: анкетирование, опросник «Отношение к работе и профессиональное выгорание» В.А.Винокур, шкала организационного стресса Мак-Лина, Фрайбургский личностный опросник, тест Ч.Д.Спилбергера в модификации Ю.А.Ханина, копинг-тест Р.Лазаруса и С.Фолькмана, методика оценки психологической атмосферы в коллективе А.Ф.Фидлера. Установлено, что у 63,6% врачей анестезиологов-реаниматологов Республики Коми и у 53,9% — Архангельской области обнаруживаются признаки профессионального выгорания, характеризующиеся эмоциональным истощением и напряжением в работе, ухудшением здоровья и социальной адаптации. Для представителей обеих групп характерен тип А поведения, проявляющийся высоким субъективным значением профессиональной деятельности, высокой готовностью к энергетическим затратам, низкой устойчивостью к фрустрации и стрессу. Вместе с тем, у анестезиологов-реаниматологов Республики Коми значительно чаще, по сравнению с врачами Архангельской области, наблюдается снижение адаптационных способностей, проявляющееся сложностями в процессе адаптации, нервно-психическими срывами, низкой психической устойчивостью и конфликтностью, высоким уровнем организационного стресса. Предложены рекомендации по профилактике профессионального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов в зависимости от факторов, способствующих развитию СПВ. В частности, мероприятия у врачей Республики Коми должны быть обращены, прежде всего, на предотвращение организационного стресса и формирование психологической устойчивости, а у анестезиологов-реаниматологов Архангельской области — на улучшение социально-психологического климата в коллективе и обучение эффективным способам совладания со стрессом, развитие уверенности в себе.

**Ключевые слова:** синдром профессионального выгорания, профессиональный стресс, врачи анестезиологи-реаниматологи, региональные особенности, профилактика.

### Comparative regional peculiarities of the professional burnout syndrome in doctors of anaesthesiologists-reanimatologists

Korehova M.V.<sup>1</sup>, Soloviev A.G.<sup>2</sup>, Kirov M.Yu.<sup>2</sup>, Novikova I.A.<sup>2</sup><sup>1</sup> Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov (40, Leningradsky Ave., Arkhangelsk, Russia), <sup>2</sup> Northern State Medical University (51, Troitsky Ave, Arkhangelsk, Russia)

**Summary.** In order to identify the comparative regional features of the syndrome of professional burnout in anesthesiologists, 50 doctors of the Komi Republic and the Arkhangelsk Region were examined. Used methods of research: survey, questionnaire «Attitude to work and professional burn-out» V.Vinokur, the scale of organizational stress, Mak-Lin, the Freiburg personality inventory, spielberger test H in the modification Y.Hanin, coping test of R.Lazarus and S.Volkman, methods of evaluation of psychological atmosphere in the team A.Fiedler. It was found that 63.6% of anesthesiologists-resuscitators of the Komi Republic and 53.9% of doctors of the Arkhangelsk Region showed signs of professional burnout, characterized by emotional exhaustion and stress in the work, deterioration of health and social adaptation. Anesthesiologists-resuscitators of both groups are characterized by type A behavior, which is manifested by high subjective value of professional activity, high readiness for energy costs, low resistance to frustration and stress. Recommendations for the prevention of professional burnout in anesthesiologists-resuscitators are proposed, depending on factors contributing to the development of burnout syndrome.

**Key words:** professional burnout syndrome, professional stress, anesthesiologists-resuscitators, regional features, prevention.

В условиях социально-экономической неопределенности и значительной психоэмоциональной напряженности современного общества особо актуальной является проблема синдрома профессионального выгорания (СПВ) [13, 19]. Прежде всего, это касается представителей

профессий альтруистического типа, представителями которой являются и врачи анестезиологи-реаниматологи. К специфике работы анестезиолога относятся необходимость быстрого принятия ответственного решения, выполнение инвазивных манипуляций, осложнения которых могут

оказаться фатальными, сохранение спокойствия в трудных клинических ситуациях, напряженность суточного графика, работу в условиях неопределенности и перегрузки темпом, исключительную тяжесть пациентов, недостаточность диагностических и лечебных ресурсов наряду с неустойчивостью быта [9, 11].

Профессиональная деятельность врачей анестезиологов-реаниматологов насыщена множеством стрессогенных факторов [20,23], что закономерно приводит к высокому уровню психического напряжения и определяет повышенный риск развития негативных состояний вплоть до нарушения социальной адаптации, нервно-психического и/или соматического здоровья [8]. Продолжительный стресс вследствие длительной эмоциональной включенности в сложной профессиональной ситуации, состояние физического, психического и эмоционального истощения нередко становится причиной снижения адаптационных способностей врачей анестезиологов-реаниматологов, приводят к повышению заболеваемости, снижению показателей в профессиональной деятельности и, как следствие, к профессиональному выгоранию [1, 4, 7].

Признаки СПВ, по данным разных авторов, наблюдаются у 25-60% врачей анестезиологов-реаниматологов [1, 9, 10, 21]; полностью сформированный СПВ с выраженным истощением встречается примерно у 5% врачей, однако отдельные его проявления могут быть характерны для более, чем 90% [20]. Сопряженная с артериальной гипертонией симптоматика СПВ выявляется почти у 66% врачей-анестезиологов, при этом для них характерны высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, преобладание враждебности над агрессивностью и депрессия [15]. Из общих жалоб соматического характера на первом месте у медработников стоят боли в голове и в спине, заболевания сердечно-сосудистой системы отмечены у 66,5% [16]. У представителей других медицинских специальностей, например, врачей физиотерапевтов и психиатров, выявлен средний уровень выгорания с преобладанием структурного компонента «деперсонализации», который у последних выражен больше наряду с высокими показателями симптома «переживания психотравмирующих обстоятельств» и суммарного показателя фазы «напряжения» [2].

К настоящему времени накоплены данные по различным аспектам СПВ медицинских работников [1, 8, 9, 11, 20, 21], однако остаются мало изученными вопросы содержательных характеристик адаптации к стрессогенным условиям врачей анестезиологов-реаниматологов, в том числе, с учетом роли психологических факторов и региональных особенностей профессиональной деятельности. Республика Коми и Архангельская область расположены на Европейском Севере России, но отличаются природно-климатическими и социально-экономическими условиями, что вносит дифференцированный вклад в особенности становления и проявлений СПВ у врачей и осо-

бенности проведения целенаправленных профилактических мероприятий.

**Целью** настоящего исследования явилось выявление сравнительных региональных особенностей СПВ у врачей анестезиологов-реаниматологов Республики Коми и Архангельской области.

#### Материал и методы исследования

Обследовано 50 врачей анестезиологов-реаниматологов Республики Коми и Архангельской области: I гр. составили 24 врача г. Сыктывкара (Республика Коми), из них 19 мужчин (79,2%), 5 женщин (20,8%); средний возраст —  $43,6 \pm 10,8$  лет ( $M \pm \sigma$ ). II — 26 врачей г. Архангельска (Архангельская область), из них 16 мужчин (61,5%), 10 женщин (38,5%); средний возраст —  $44,5 \pm 13,6$  лет ( $M \pm \sigma$ ).

Использовались методы исследования: анкетирование, психологическое тестирование и математико-статистическая обработка эмпирических данных. Методики включали: шкалу организационного стресса Мак-Лина [4], опросник «Отношение к работе и профессиональное выгорание» В.А. Винокур (ОРПВ) [3], опросник поведения и переживания, связанного с работой (AVEM) [5], многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ) А.Г. Маклакова, С.В. Чермянина [18], тест Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.А.Ханина [14], методику оценки психологической атмосферы в коллективе А.Ф. Фидлера [22].

Для оценки уровня организационного стресса была использована шкала организационного стресса Мак-Лина, измеряющая толерантность (стрессоустойчивость) к организационному стрессу, связанную с умением общаться, адекватно оценивать ситуацию, без ущерба для своего здоровья и работоспособности активно отдыхать, быстро восстанавливая свои силы. Чем меньше суммарный показатель организационного стресса, тем выше толерантность, а чем он больше, тем выше предрасположенность к переживанию дистресса и различным стресс-синдромам, в т.ч. к риску профессионального выгорания и коронарных заболеваний; наивысший риск — при поведении типа А в случае суммарного показателя больше 50 баллов; менее выражен — при поведении типа АВ (49-40) и типа В (меньше 39 баллов).

С помощью опросника ОРПВ изучали картину СПВ. Методика позволяет выявить содержательные характеристики эмоциональных реакций и стилей отношения к работе у «помогающих» профессионалов в процессе развития у них «выгорания» по следующим шкалам: эмоциональное истощение, напряженность в работе, удовлетворенность работой и оценка ее значимости, профессиональный перфекционизм, самооценка качества работы, помощь и психологическая поддержка коллег, профессиональное развитие и самоусовершенствование, общая самооценка, здоровье и общая адаптация, а также вычислялся интегративный индекс профессионального выгорания.

Опросник AVEM является многофакторным диагностическим инструментом, позволяющим определять типы поведения людей в ситуации предъявления им профессиональных требований. Он состоит из 66 утверждений, объединенных в 11 шкал, выделенных с помощью факторного анализа и отражающих реакции человека на требования профессиональной среды и способы поведения, формируемые на основе этих реакций. Каждая шкала содержит 6 утверждений, степень согласия с которыми испытуемый оценивает по пятибалльной шкале — от «полностью согласен» (5 баллов) до «полностью не согласен» (1 балл).

С помощью МЛО-АМ изучались адаптационные возможности специалистов на основе оценки психофизиологических и социально-психологических характеристик личности, отражающих интегральные особенности психического и социального развития, включающей 165 вопросов и имеющей четыре структурных уровня. Шкалы 1-го уровня являются самостоятельными и соответствуют базовым шкалам СМЛЛ (ММРЛ), позволяют получить типологические характеристики личности, определить акцентуации характера. Шкалы 2-го уровня соответствуют шкалам опросника «Деадаптационные нарушения» (ДАН), предназначенного для выявления деадаптационных нарушений преимущественно астенических и психотических реакций и состояний; 3-го уровня — поведенческая регуляция (ПР), коммуникативный потенциал (КП) и моральная нормативность (МН); 4-го уровня — личностный адаптационный потенциал (ЛАП).

Тест Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.А. Ханина является информативным способом самооценки, как уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние), так и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека); при интерпретации результат оценивался следующим образом: до 30 баллов — низкая, 31-45 — умеренная, 46 и более баллов — высокая тревожность.

Социально-психологический климат в коллективе измерялся с помощью экспресс-методики А.Ф. Фидлера. Ответ по каждому из 10 пунктов оценивался слева направо — от 1 до 8 баллов. Чем ниже балл, тем, по мнению отвечающего, благоприятнее психологическая атмосфера в коллективе, Итоговый показатель колеблется от 10 (наиболее положительная оценка) до 80 (наиболее отрицательная) баллов. На основании индивидуальных профилей создавался средний профиль, который и характеризовал психологическую атмосферу в коллективе.

Для обработки результатов применялся пакет прикладных статистических программ SPSS (версия 15) и стандартные расчетные методы [12]. Проверка на нормальность распределения проводилась с использованием статистического критерия Колмогорова-Смирнова. Для изучения взаимосвязей между признаками применялись корреляционный и многофакторный регрессионный анализы.

## Результаты и их обсуждение

По результатам анкетирования было выявлено, что 60,0% врачей анестезиологов-реаниматологов обеих групп оценивали свою работу на момент исследования, как очень тяжелую, причем представители II гр. считали ее более напряженной и трудной, по сравнению с I ( $p < 0,05$ ). Во время выполнения своей профессиональной деятельности каждый второй специалист I гр. сталкивался с угрозами и словесными оскорблениями в свой адрес (50,0%), почти каждый седьмой подвергался угрозе жизни (12,5%), опасности серьезного ранения или травмы. У представителей II гр. данные показатели были сходны и составляли соответственно: 42,3% и 19,2% ( $p < 0,05$ ). Обращает на себя внимание, что 15,4% обследуемых II гр. получали легкие травмы и ушибы, тогда как в I гр. данный показатель составил 4,2% ( $p < 0,05$ ).

50,0% врачей I гр. и 65,5% — II гр. оценивали свое самочувствие как удовлетворительное, отмечая, тем не менее, имеющиеся проблемы ( $p < 0,05$ ). Каждый пятый (20,8%) анестезиолог-реаниматолог I гр. в ходе выполнения своих профессиональных обязанностей практически ежедневно сталкивался со стрессовыми ситуациями,  $f$  среди II гр. таких было 34,6% ( $p < 0,05$ ). Проблем со здоровьем не отмечали только 33,3% обследуемых I и 42,3% — II групп ( $p < 0,05$ ).

По опроснику ОРПВ у врачей анестезиологов-реаниматологов обеих групп (рис.1) были обнаружены высокие значения по шкалам «эмоциональное истощение», «напряженность в работе», «нарушения здоровья и общей адаптации», «интегративный индекс профессиональное выгорание», указывающие на нарастающую усталость, напряженность, плохое самочувствие, появления истощения, как физического, так и эмоционального, проблем со здоровьем. У представителей I гр. были выявлены более высокие показатели по шкалам «профессиональный перфекционизм» ( $p < 0,05$ ) и «нарушение состояния здоровья и общей адаптации» ( $p < 0,05$ ). Данные результаты свидетельствовали о том, что врачи I гр. более требовательны к себе, к выполняемой работе и другим сферам жизни, при этом испытывают более сильное негативное влияние работы на их состояние здоровья и на жизнь, в целом.

Высокий интегративный индекс профессионального выгорания отмечался у 63,6% обследуемых I и 53,9% — II групп, что свидетельствовало о сформированности СПВ у более, чем половины врачей анестезиологов-реаниматологов. Можно отметить, что в нашем исследовании СПВ обнаруживался у большего числа врачей анестезиологов-реаниматологов, в сравнении с исследованиями других авторов [15, 20].

Низкая оценка качества своей работы встречалась у 36,4% врачей I и 23,1% — II групп ( $p < 0,05$ ). Не чувствовали помощи и психологической поддержки коллег в работе 22,7% и 38,5% ( $p < 0,01$ ); у 40,9% и 15,4% обследуемых ( $p < 0,01$ ) отмечалась общая низкая самооценка, представленная в



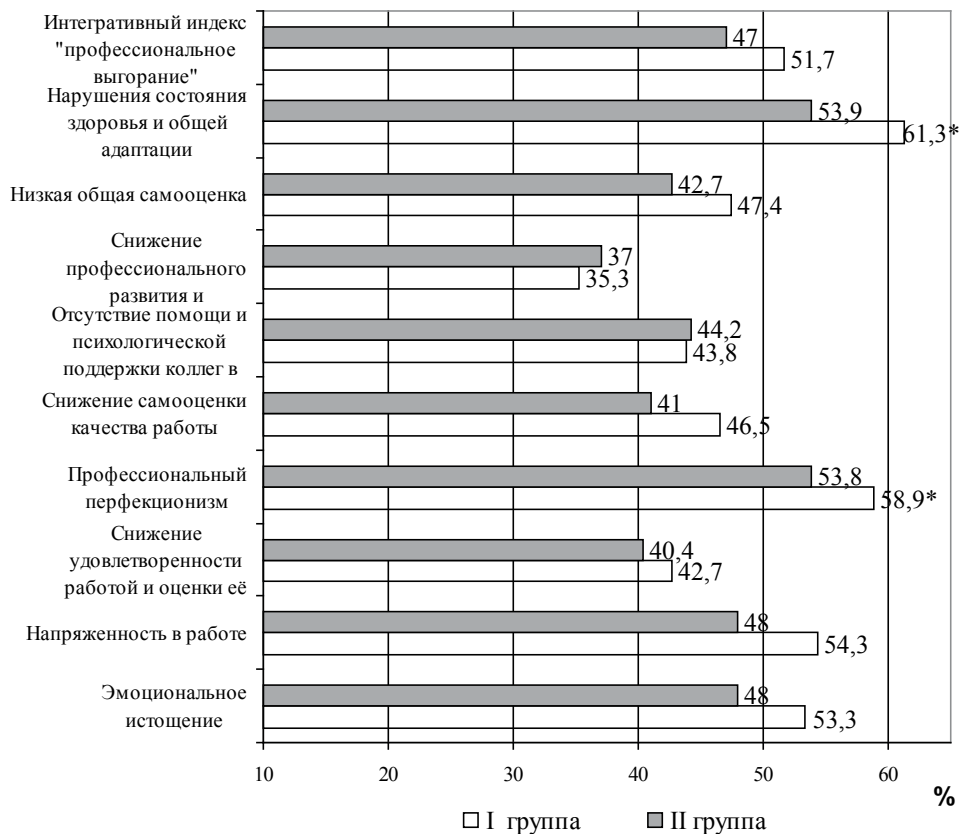


Рис. 1. Частота встречаемости СПВ у врачей анестезиологов-реаниматологов Республики Коми и Архангельской области (в %)

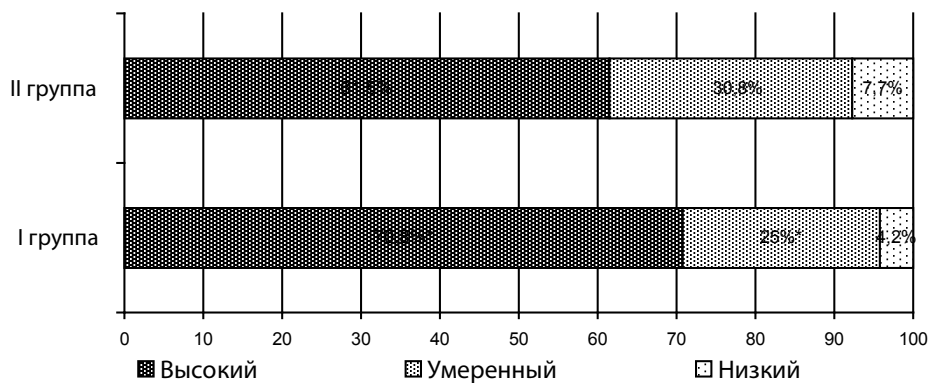


Рис. 2. Распределение врачей анестезиологов-реаниматологов Республики Коми и Архангельской области по уровню организационного стресса (в %)

мыслях о своей недостаточно высокой профессиональной компетентности, а негативное влияние профессий на здоровье и жизнь выявлено у 81,8% и 65,4%, соответственно ( $p < 0,01$ ).

Высокий уровень организационного стресса по методике Мак-Лина отмечался у 2/3 обследуемых I и несколько реже — II групп (рис.2). Для этих специалистов была свойственна низкая толерантность к организационному стрессу, связанная со сложностью к адекватному общению, оценке си-

туации без ущерба для своего здоровья и работоспособности.

По результатам обследования по методике МЛО «Адаптивность» установлено, что снижение адаптационных способностей наблюдалось у большей части анестезиологов-реаниматологов I гр. (85,7%) и почти каждого третьего (30,8%) — II ( $p < 0,01$ ). Обследуемые отличались сложностями в процессе адаптации, возможными нервно-психическими срывами, низкой нервно-психической устойчи-

*В помощь практикующему врачу*

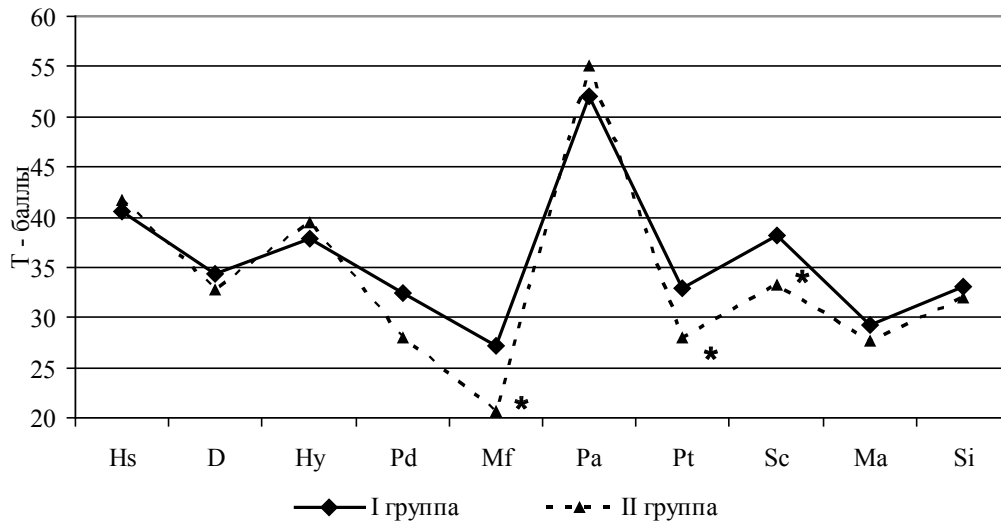


Рис. 3. Показатели шкалы 1-уровня методики МЛО-АМ (Т-баллы) у врачей анестезиологов-реаниматологов Республики Коми и Архангельской области

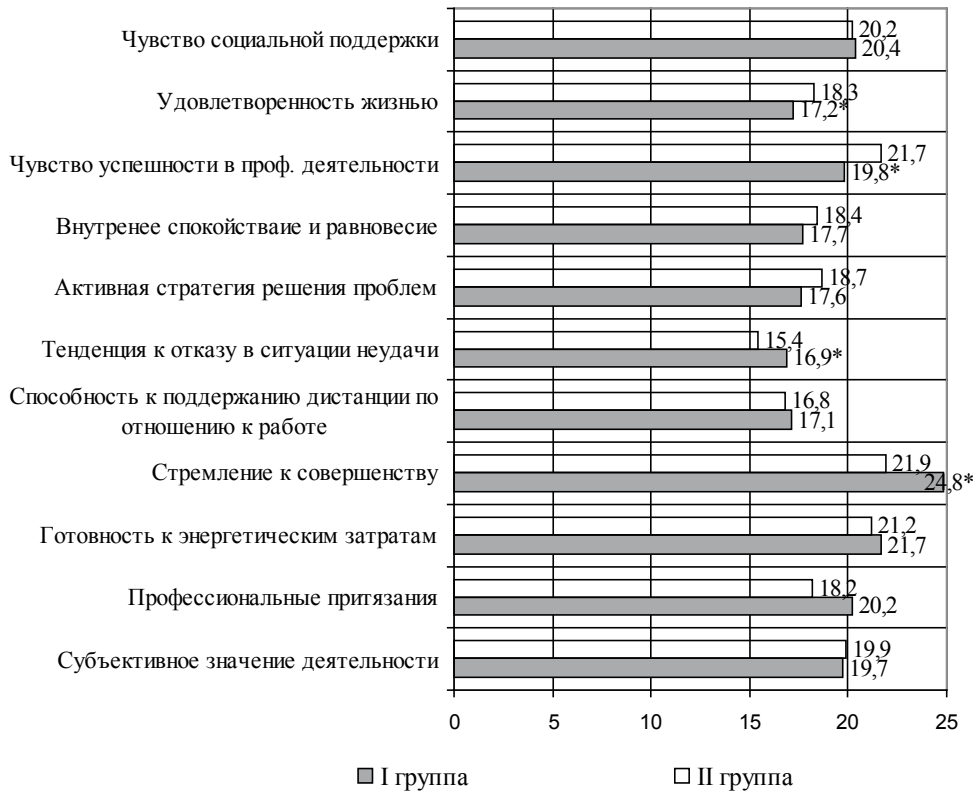


Рис. 4. Показатели шкал опросника AVEM у врачей анестезиологов-реаниматологов Республики Коми и Архангельской области (баллы)

востью и конфликтностью. У 15,4% врачей II гр. был выявлен хороший уровень адаптационных способностей, характеризующийся высокой эмоциональной устойчивостью, в I же группе данного показателя не удалось выявить. Низкий уровень поведенческой регуляции, характеризующийся снижением уровня нервно-психической устойчивости и социального одобрения был свойственен для 71,4% анестезиологов-реаниматологов I и 30,8% — II групп ( $p < 0,01$ ), а высокий уровень — только для 4,8% и 15,4%, соответственно ( $p < 0,05$ ). Для 38,1% специалистов I и 15,4% — II гр. ( $p < 0,05$ ) был характерен низкий уровень коммуникативных способностей, то есть у них возникали сложности в умении достигнуть контакта и взаимопонимания с окружающими и отличались высоким уровнем конфликтности. Низкий уровень моральной нормативности встречался у 23,8% обследуемых I и 23,1% — II групп, что являлось неумением достигать взаимопонимания с окружающими и наличием сложностей в восприятии морально-нравственных норм проведения.

В целом, дезадаптационные нарушения наиболее часто отмечались у врачей I (52,4%) и реже — у II групп (30,8%,  $p < 0,01$ ). Низкие показатели по шкале астенических реакций и состояний были выявлены у 28,6% респондентов I и 23,0% — II групп, что проявлялось высоким уровнем ситуативной тревожности, расстройствами сна, снижением аппетита, повышенной утомляемостью, истощаемостью, снижением способности к продолжительному физическому и умственному напряжению. Низкие значения по шкале психотических реакций и состояний были обнаружены у 38,1% обследуемых I и 30,8% — II групп, что свидетельствует о высоком уровне нервно-психического напряжения, агрессивности, ухудшении межличностных контактов, нарушении морально-нравственной ориентации.

При анализе базовых шкал первого уровня по методике МЛЮ-АМ (рис.3) установлено, что для врачей I гр. более характерна излишняя тревожность, нерешительность, боязливость в принятии решения, повышенная чувствительность в сочетании с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях.

По методике Спилберга-Ханина у врачей анестезиологов-реаниматологов I гр. показатель ситуативной тревожности соответствовал  $40,2 \pm 8,1$  баллов ( $M \pm \sigma$ ), личностной —  $47,7 \pm 9,6$  баллов ( $M \pm \sigma$ ), а у II гр.  $40,5 \pm 13,4$  и  $43,2 \pm 10,7$  баллов ( $M \pm \sigma$ ), соответственно. Более чем у 1/3 обследуемых I гр. отмечался высокий показатель ситуативной тревожности, который проявляется повышенным беспокойством, напряженностью и нервозностью по поводу ряда происходящих ситуаций на работе и в жизни, в целом. Тревожность, как черта личности, была присуща 2/3 врачей анестезиологов-реаниматологов I и 1/3 — II групп, с наличием тенденции воспринимать достаточно широкий спектр ситуаций как угрожающие.

Более 1/3 обследованных нами врачей в обеих группах отмечали в своих коллективах благоприятную психологическую атмосферу. Однако 28,6% специалистов I и 15,4% — II групп ( $p < 0,01$ ) считали, что в их коллективе доминирует несогласие, недоброжелательность, равнодушие, холодность, негативно сказывающиеся на успешности их профессиональной деятельности.

По опроснику поведения и переживания, связанного с работой (AVEM) (рис. 4), для анестезиологов-реаниматологов обеих групп был характерен тип А (тип риска) поведения и переживания в профессиональной среде, характеризующийся высоким субъективным значением профессиональной деятельности, высокой готовностью к энергетическим затратам, низкой устойчивостью к фрустрации и стрессу.

Преобладание негативных эмоций, как следствие психической перегрузки, стремления к совершенству и связанной с этим неудовлетворенности эффектами своей деятельности, а также отсутствие социальной поддержки позволяют отнести этот тип к группе риска с высокой вероятностью быстрого развития СПВ; активная и оптимистичная установка по отношению к появляющимся проблемам использовалась крайне редко. У респондентов I гр. было наиболее выражено стремление к безошибочному выполнению своей профессиональной деятельности ( $p < 0,05$ ), при этом они были менее удовлетворены жизнью, в целом ( $p < 0,05$ ), и успешностью своей профессиональной деятельности ( $p < 0,05$ ), при столкновении с трудностями они чаще отказывались от активной стратегии ( $p < 0,05$ ).

Высокая готовность направить все свои силы на выполнение профессиональных задач отмечалась у 47,6% врачей анестезиологов-реаниматологов I и 27,3% — II групп ( $p < 0,01$ ). Способность же поддерживать дистанцию по отношению к работе, выделять время на релаксацию и отдых после нее были способны только 4,8% и 9,1%; при столкновении с проблемными ситуациями 66,7% и 36,4% ( $p < 0,01$ ) проявляли склонность к примирению с ситуацией неудач и отказ от ее преодоления; у 14,2% и 9,1% — преобладала активная стратегия решения проблем; у 19,1% и 54,5% обследуемых I и II групп, соответственно ( $p < 0,01$ ), отмечено чувство психической стабильности и равновесия.

Исходя из этого, можно сказать, что большинство врачей анестезиологов-реаниматологов обеих групп в борьбе с возникшими трудноразрешимыми ситуациями используют неадаптивные копинг-стратегии, обесценивают собственные переживания, недооценивают значимость и возможность действительного преодоления проблемных ситуаций.

По результатам корреляционного анализа было выявлено, что у респондентов I гр. со снижением показателя личностного адаптационного потенциала нарастало эмоциональное истощение ( $r = 0,649$ ;  $p = 0,001$ ) и напряженность в работе ( $r = 0,445$ ;  $p = 0,043$ ), снижалась профессиональ-

ная удовлетворенность ( $r=0,768$ ;  $p=0,000$ ), самооценка качества работы ( $r=0,650$ ;  $p=0,001$ ) и общая самооценка ( $r=0,719$ ;  $p=0,000$ ), ухудшалось здоровье и адаптация ( $r=0,531$ ;  $p=0,013$ ), увеличивался показатель организационного стресса ( $r=0,658$ ;  $p=0,001$ ), снижался уровень поведенческой регуляции ( $r=0,968$ ;  $p=0,000$ ) и коммуникативного потенциала ( $r=0,774$ ;  $p=0,000$ ), усиливались проявления психотических реакций и состояний ( $r=0,661$ ;  $p=0,001$ ), депрессивности ( $r=0,594$ ;  $p=0,005$ ) и ригидности ( $r=0,637$ ;  $p=0,002$ ), индивидуальности ( $r=0,641$ ;  $p=0,002$ ) и др. Нами выявлены также взаимосвязи между организационным стрессом и тенденцией к отказу ситуации неудачи ( $r=0,297$ ,  $p=0,045$ ) и дезадаптационными нарушениями ( $r=0,541$ ,  $p=0,011$ ).

Во II гр. со снижением показателя личностного адаптационного потенциала также нарастало эмоциональное истощение ( $r=0,737$ ;  $p=0,006$ ) и напряженность в работе ( $r=0,842$ ;  $p=0,001$ ), ухудшалось здоровье и адаптация ( $r=0,827$ ;  $p=0,001$ ), увеличивался показатель организационного стресса ( $r=0,641$ ;  $p=0,025$ ), готовность к энергетическим затратам во время выполнения работы ( $r=0,818$ ;  $p=0,002$ ), отмечена тенденция к отказу от решения проблем ( $r=0,783$ ;  $p=0,004$ ), снижался уровень поведенческой регуляции ( $r=0,979$ ;  $p=0,000$ ) коммуникативного потенциала ( $r=0,776$ ;  $p=0,003$ ) и моральной нормативности ( $r=0,777$ ;  $p=0,003$ ), усиливались проявления астенических ( $r=0,733$ ;  $p=0,007$ ) и психотических реакций и состояний ( $r=0,778$ ;  $p=0,003$ ), истерии ( $r=0,635$ ;  $p=0,027$ ), психопатии ( $r=0,670$ ;  $p=0,017$ ) и психоастении ( $r=0,858$ ;  $p=0,000$ ).

С применением множественного регрессионного анализа были разработаны алгоритмы прогнозирования развития СПВ у представителей обеих групп по наличию факторов, измеряемых по методикам: шкала организационного стресса Мак-Лина, AVEM, опросник МЛО-АМ.

Зависимая переменная ( $Y$ ) — интегративный индекс «профессиональное выгорание» по опроснику ОРПВ.

Уравнение вероятности развития СПВ в I группе имело следующий вид:

$$Y = 0,234 + 0,592 * \text{Орг.С} + 0,404 * \text{ПР} - 1,481 * \text{МН} + 0,676 * \text{Ма}$$

где Орг.С — организационный стресс (шкала организационного стресса Мак-Лина), ПР — поведенческая регуляция (баллы), МН — моральная нормативность (баллы) (шкалы 3-го уровня опросника МЛО-АМ), Ма — шкала гипомании (шкалы 1-го уровня многоуровневого личностного опросника «Адаптивность»).

Все коэффициенты уравнения значимы на уровне 5 % ( $p\text{-level } p < 0,05$ ). Коэффициент множественной детерминации достаточно большой, объясняет более 79% дисперсии зависимой переменной, поэтому результаты предсказания могут быть приняты во внимание.

Уравнение вероятности развития СПВ во II группе имело следующий вид:

$$Y = 68,338 - 2,971 * \text{Ч.соц.подд} + 1,749 \text{Тенд.к.Отк.} + 1,222 * \text{Pt} - 0,682 * \text{Sc}$$

где Pt — шкала психоастении, Sc — шкала шизоидности (шкалы 1-го уровня опросника МЛО-АМ), Ч.соц.подд — чувство социальной поддержки, Тенд.к.Отк — тенденция к отказу в ситуации неудачи (шкалы опросника AVEM).

Все коэффициенты уравнения значимы на уровне 5 % ( $p\text{-level } p < 0,05$ ). Коэффициент множественной детерминации достаточно большой, объясняет более 91% дисперсии зависимой переменной.

Результаты проведенного исследования показывают, что врачи анестезиологи-реаниматологи обеих групп могут быть отнесены к группе риска возникновения и развития СПВ. У анестезиологов-реаниматологов Республики Коми, чаще по сравнению, с врачами Архангельской области отмечается высокие показатели СПВ, уровень организационного стресса, снижение адаптационных способностей, более частое использование неадаптивных копинг-стратегий. В связи с этим, особая роль в нивелировании негативных последствий СПВ принадлежит комплексу непрерывно осуществляемых мероприятий по формированию, укреплению и развитию у врачей анестезиологов-реаниматологов психологических качеств, обеспечивающих их высокую психологическую устойчивость и готовность выполнять профессиональные задачи в тяжелых экстремальных условиях, как важных маркеров профессиональной успешности [17].

Профилактика СПВ у врачей анестезиологов-реаниматологов представляет собой совокупность предупредительных мероприятий, ориентированных на снижение вероятности развития предпосылок; она должна включать профессионально-организационное, социальное и индивидуально-психологическое направления работы [6]. При этом нужно учитывать вклады разных факторов в развитие СПВ у врачей анестезиологов реаниматологов Республики Коми и Архангельской области. Для первых — это высокие показатели организационного стресса, низкий уровень поведенческой регуляции и высокий уровень моральной нормативности; для вторых — отсутствие поддержки со стороны коллег, использование неадаптивных копинг-стратегий, тревожность, шизоидность.

Профилактические мероприятия с врачами Республики Коми должны быть обращены, прежде всего, на профессионально-организационный и индивидуально-психологический уровень. Рекомендуются профилактические мероприятия на профессионально-организационном уровне (профилактика организационного стресса): нормирование профессиональной деятельности; предоставление дополнительных (профилактических, реабилитационных) отпусков по достижению определенной нагрузки или после выполнения служебных обязанностей в экстре-

мальных условиях, регулярное проведение профилактических осмотров, строгое соблюдение распорядка дня с рациональным режимом труда и отдыха, надлежащие оснащение рабочего места, организация работы комнат психологической разгрузки и отдыха и разнообразие видов деятельности. Индивидуально-психологическое направление работы: ранняя психодиагностика стресса и СПВ, релаксационные занятия, формирование психологической устойчивости, адекватной самооценки и самопринятия, развитие умений владеть собой, не допускать срывов в поведении, быть более гибким в принятии решения (умения отойти, в случае необходимости, от общепринятых норм поведения и правил).

Профилактические мероприятия с врачами Архангельской области, в первую очередь, должны быть направлены на социальный и индивидуально-психологический уровень. Комплекс мероприятий на социальном уровне может включать: мониторинг и улучшение социально-психологического климата в коллективе, тренинг командообразования, коммуникативный тренинг. Индивидуально-психологическое направление работы: ранняя психодиагностика профессионального стресса и выгорания, информирование о причинах профессионального стресса и способах оптимизации стрессов, обучение эффективным способам совладания со стрессом, управления временем, стратегиям разрешения конфликтов, способности успешно действовать в условиях эмоционального напряжения, развитие уверенности в себе; формирование положительных установок на профессиональное и личностное самосовершенствование.

### Выводы

У 63,6% врачей анестезиологов-реаниматологов Республики Коми и 53,9% — Архангельской области отмечается высокий показатель СПВ, свидетельствующий о нарастающей усталости, плохом самочувствии, появлении чувства разочарования и неудовлетворенности от своей работы, истощения, как физического, так и эмоционального, проблем со здоровьем; при этом первые — более требовательны к себе, к выполняемой работе и другим сферам жизни, испытывают более сильное негативное влияние работы на состояние здоровья и на жизнь, в целом.

У 85,7% врачей анестезиологов-реаниматологов Республики Коми и 30,8% — Архангельской области наблюдается снижение адаптационных спо-

собностей, проявляющееся сложностями в процессе адаптации, нервно-психическими срывами, низкой психической устойчивостью и конфликтностью. Более чем 1/3 врачей обеих групп обладает высоким показателем тревожности; 28,6% и 15,4% специалистов, соответственно, считают, что в их коллективе доминирует несогласие, недоброжелательность, равнодушие, холодность, негативно сказывающиеся на успешности их профессиональной деятельности.

Высокий показатель организационного стресса, предрасположенность к риску развития профессионального выгорания и сердечно-сосудистых заболеваний чаще отмечается среди врачей анестезиологов-реаниматологов Республики Коми (70,8%), и немного реже — Архангельской области (61,5%). Для анестезиологов-реаниматологов обеих характерен тип А поведения, и переживания в профессиональной среде, характеризующийся высоким субъективным значением профессиональной деятельности, высокой готовностью к энергетическим затратам, низкой устойчивостью к фрустрации и стрессу. У респондентов Республики Коми наиболее выражено стремление к безошибочному выполнению своей профессиональной деятельности, при этом они менее удовлетворены жизнью, а при столкновении с трудностями чаще отказываются от активной стратегии, т.е. при столкновении с возникшими трудноразрешимыми ситуациями используют неадаптивные копинг-стратегии, обесценивают собственные переживания, недооценивают значимость и возможность действительного преодоления проблемных ситуаций.

Профилактика СПВ у врачей анестезиологов-реаниматологов должна включать профессионально-организационное, социальное и индивидуально-психологическое направления работы. При организации профилактических мероприятий нужно учитывать разные предикторы профессионального выгорания у анестезиологов-реаниматологов двух разных регионов. В частности, профилактика СПВ у врачей Республики Коми должна быть обращена, прежде всего, на профессионально-организационный и индивидуально-психологический уровни (формирование психологической устойчивости и др.), а у врачей Архангельской области — на социальный и индивидуально-психологический уровень (обучение эффективным способам совладания со стрессом, развитие уверенности в себе и др.).

### Литература

1	Васильев В.Ю., Пушкаренко И.А. Причины развития «эмоционального выгорания» у анестезиологов-реаниматологов // <i>Общая реаниматология</i> . — 2011. — №7(2). — С.66-70	Vasil'ev V.Yu., Pushkarenko I.A. The reasons for the development of «emotional burnout» among anesthesiologists-resuscitators // <i>Obshchaya reanimatologiya</i> . 2011; 7(2): 66-70. (in Rus.)
---	--	--

2	Васильева Н.Г. Взаимосвязь особенностей эмоционального интеллекта и синдрома выгорания у врачей: автореф. дис....канд.психол.наук. — СПб. — 2016. — 24с.	Vasil'yeva N.G. Vzaimosvyaz' imeyet kharakter emotsional'nogo intellekta i sindroma vygoraniya u vrachey: avtoref. dis ... .kand.psikhol.nauk. — SPb., 2016; 24 s. (in Rus.)
3	Винокур В.А. Методика психологической диагностики профессионального «выгорания» в «помогающих» профессиях. Опросник «ОРПВ» (Отношение к работе и профессиональное «выгорание»): учеб. пособие. — СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова. — 2012. — 44с.	Vinokur V.A. The method of psychological diagnosis of professional «burnout» in the «helping» professions. Questioner «AWPB» (Attitude to work and professional «burnout»): studies. allowance. SPb.: SZGMU im. I.I. Mechnikova, 2012; 44s. (in Rus.)
4	Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. — СПб: Питер. — 2009. — 336с.	Vodop'yanova N.E., Starchenkova E.S. Burnout syndrome: diagnosis and prevention. SPb: Piter, 2009; 336 s. (in Rus.)
5	Двинин А.П., Романченко И.А. Психодиагностика: образование и кадровый менеджмент. Учебно-диагностическое пособие. — СПб.: Льюмьер. — 2015. — 148с.	Dvinin A.P., Romanchenko I.A. Psychodiagnostics: education and personnel management. Educational and diagnostic manual. SPb.: Lyum'èr, 2015; 148 s. (in Rus.)
6	Корехова М.В., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психическая дезадаптация специалистов в экстремальных условиях деятельности: монография. — Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета. — 2014. — 139с.	Korekhova M.V., Solov'ev A.G., Novikova I.A. Mental disadaptation of specialists in extreme conditions of activity: monograph. Arkhangel'sk: Izd-vo Severnogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta, 2014; 139 s. (in Rus.)
7	Корехова М.В., Соловьев А.Г., Киров М.Ю., Малышкин Е.А., Новикова И.А. Синдром профессионального «выгорания» у врачей анестезиологов-реаниматологов // Вестник анестезиологии и реаниматологии. — 2016. — №3. — С.19-28. DOI:10.21292/2078-5658-2016-13-3-19-28	Korekhova M.V., Solov'ev A.G., Kirov M.Yu., Malyshekin E.A., Novikova I.A. Professional burnout syndrome among anesthesiology and intensive care physicians // Vestnik anesteziologii i reanimatologii. 2016; 3: 19-28. (in Rus.) DOI:10.21292/2078-5658-2016-13-3-19-28
8	Ловчев А.Ю. Корячкин В.А. Проявления психологической дезадаптации у врачей анестезиологов-реаниматологов // 2 Беломорский симпозиум «Актуальные проблемы анестезиологии и интенсивной терапии». — Архангельск. — 2007. — С.180-181.	Lovchev A.Yu. Koryachkin V.A. Manifestations of psychological maladjustment in anesthesiology and intensive care physicians // 2 Belomorskii simpozium «Aktual'nye problemy anesteziologii i intensivnoi terapii». Arkhangel'sk, 2007: 180-181. (in Rus.)
9	Мазурок В.А., Лебединский К.М., Решетова Т.В. Врач анестезиолог-реаниматолог: проблема психолого-педагогического обеспечения профессиональной деятельности // Вестник интенсивной терапии. — 2006. — №5. — С.22-25.	Mazurok V.A., Lebedinskii K.M., Reshetova T.V. Anesthesiologist-resuscitator: the problem of psychological and pedagogical support of professional activity // Vestnik intensivnoi terapii. 2006; 5: 22-25. (in Rus.)
10	Мамась А.Н., Косаревская Т.А. Исследование синдрома эмоционального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов // Новости хирургии. — 2010. — Т.18, №6. — С.75-81.	Mamas' A.N., Kosarevskaya T.A. Examination of burnout syndrome in anesthesiology and intensive care physicians // Novosti khirurgii. 2010; 18 (6): 75-81. (in Rus.)
11	Миронов П.И., Каширина Е.А., Крыкля А.С., Берестов А.Л. Проблема «эмоционального выгорания» среднего медицинского персонала отделений реанимации и интенсивной терапии // Клиническая анестезиология и реаниматология. — 2004. — № 4. — С.14-18.	Mironov P.I., Kashirina E.A., Kryklya A.S., Berestov A.L. The problem of «emotional burnout» nursing staff in intensive care units and intensive care // Klinicheskaya anesteziologiya i reanimatologiya. 2004; 4 (1): 14-18. (in Rus.)
12	Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. — СПб: Речь. — 2006. — 392с.	Nasledov A.D. Mathematical methods of psychological research. Data analysis and interpretation. SPb: Rech', 2006; 392 s.

13	Нетёсин Е.С., Горбачев В.И., Нелюбин А.Г., Миткинов О.Э. Профессиональное выгорание у врачей анестезиологов-реаниматологов // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2017. — №1. — С.74-78.	Netesin E.S., Gorbachev V.I., Nelyubin A.G., Mitkinov O.E. Professional burnout by anesthesiologists-resuscitators // Byulleten' VSNTs SO RAMN. 2017. №1. (113). S.74-78 (in Rus.)
14	Общая психодиагностика. / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. — М. Изд-во МГУ. — 1987. — 304с.	General psychodiagnosis. / Pod red. A.A. Bodaleva, V.V. Stolina. M. Izd-vo MGU, 1987; 304 s.
15	Парфенов Ю.А. Патогенетические детерминанты психосоматических расстройств при артериальной гипертензии у врачей-анестезиологов с синдромом профессионального выгорания // Фундаментальные исследования. — 2012. — №5-2. — С.325-329.	Parfenov Yu.A. Pathogenetic determinants of psychosomatic disorders in arterial hypertension in anesthesiologists with professional burnout syndrome // Fundamental'nye issledovaniya. 2012; 5 (2): 325-329. (in Rus.)
16	Решетова Т.В., Мазурок В.А., Жигалова Т.Н. Эмоциональное выгорание, астения и депрессия у медицинских и социальных работников — ресурсы коррекции // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — №3 — С.105-111.	Reshetova T.V., Mazurok V.A., Zhigalova T.N. Emotsional'noye vygoraniye, asteniya i depressiya u meditsinskikh i sotsial'nykh rabotnikov — resursy korrektsii // Obozreniye psikiatrii i meditsinskoj psikhologii. 2012; № 3: 105-111.
17	Родыгина Ю.К., Дерягина Л.Е., Соловьев А.Г. Психофизиологические маркеры профессиональной успешности сотрудников подразделений органов внутренних дел // Экология человека. — 2005. — №10. — С.33-38.	Rodygina Yu.K., Deryagina L.E., Solovyev A.G. Psychophysiological markers of professional success of employees of internal affairs departments // Ekologiya cheloveka. 2005. № 10: 33-38.
18	Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. — Самара. — 2001. — 672с.	Raigorodskii D.Ya. Practical psychodiagnostics. Methods and tests. Educational manual. Samara, 2001; 672 s. (in Rus.)
19	Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Синдром профессионального выгорания: учебное пособие / Архангельск, Изд-во СГМУ. — 2007. — 176с.	Sidorov P.I., Solov'ev A.G., Novikova I.A. Professional burnout syndrome: educational manual / Arhangel'sk, Izd-vo SGMU, 2007; 176 s. (in Rus.)
20	Ситникова Е.С., Фаязов Р.Р., Миронов П.И. и соавт. Распространенность и характеристика синдрома «профессионального выгорания» у анестезиологов-реаниматологов. // Тр. XI съезда анестезиологов и реаниматологов. — СПб. — 2008. — С.456-457.	Sitnikova E.S., Fayazov R.R., Mironov P.I. et al. The prevalence and characteristics of the «professional burnout» syndrome among anesthesiologists-resuscitators // Tr. XI s'ezda anesteziologov i reanimatologov. SPb., 2008: 456-457. (in Rus.)
21	Уткин С.И., Кычакова Ф.Д. Синдром «эмоционального и профессионального выгорания» у персонала реанимационно-анестезиологических отделений. // Тр. XI съезда анестезиологов и реаниматологов. — СПб. — 2008. — С.471-472.	Utkin S.I., Kychakova F.D. The syndrome of «emotional and professional burnout» among the staff of resuscitation and anesthesiology departments. // Tr. XI s'ezda anesteziologov i reanimatologov. SPb., 2008: 471-472. (in Rus.)
22	Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. — М: Изд-во Института Психотерапии. — 2002. — С.190-191.	Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manuilov G.M. Socio-psychological diagnosis of personal development and small groups. M: Izd-vo Instituta Psikhoterapii, 2002: 190-191. (in Rus.)
23	Щелкова О.Ю. Психодиагностика в системном исследовании эмоционально-личностной сферы врачей анестезиологов-реаниматологов (в связи со стрессогенным характером профессиональной деятельности // Сибирский психологический журнал. — 2007. — №26. — С.154-160.	Shchelkova O.Yu. Psychodiagnostics in a systematic study of the emotional-personal sphere of anesthesiology and intensive care physicians (due to the stressful nature of professional activity // Sibirskii psikhologicheskii zhurnal. 2007; 26: 154-160. (in Rus.)

*Сведения об авторах*

**Корехова Мария Владимировна** — канд. псих. наук, доцент кафедры психологии Высшей школы психологии, педагогики и физической культуры Северного (Арктического) федерального университета имени М.В. Ломоносова, г. Архангельск. E-mail: mkorehova@mail.ru

**Соловьев Андрей Горгоньевич** — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск. E-mail: ASoloviev1@yandex.ru

**Киров Михаил Юрьевич** — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск. E-mail: mikhail\_kirov@hotmail.com

**Новикова Ирина Альбертовна** — д.м.н., профессор кафедры семейной медицины и внутренних болезней Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск. E-mail: ianovikova@mail.ru



## Медико-психологическое сопровождение больных рассеянным склерозом: организационные этапы и задачи

Николаев Е.Л.<sup>1</sup>, Караваева Т.А.<sup>2,4</sup>, Васильева Н.В.<sup>3</sup>, Васильева А.В.<sup>2</sup>, Чехлатый Е.И.<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова» Минобрнауки России, г. Чебоксары,  
<sup>2</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург,  
<sup>3</sup>БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары  
<sup>4</sup>ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

**Резюме.** В работе представлена программа медико-психологического сопровождения больных рассеянным склерозом (РС) в условиях специализированного центра. Дано определение понятия медико-психологического сопровождения больных РС. Показано, что содержание медико-психологического сопровождения больных РС определяется как стадией развития заболевания, так и соотношением специфики периода заболевания с совокупностью психических и физических возможностей пациента. Описаны четыре последовательных этапа медико-психологического сопровождения: информационно-диагностический, психокоррекционный, психотерапевтический и психореабилитационный. Для каждого этапа определены задачи, ожидаемые результаты, состав бригады специалистов, оказывающих медико-психологическую помощь. Четырёхэтапный характер модели медико-психологического сопровождения при реализации персонализированных программ помощи позволяет не только более точно определять вид, характер, направленность и интенсивность воздействия, но и осуществлять долговременное планирование помощи конкретному пациенту.

**Ключевые слова:** рассеянный склероз, медико-психологическое сопровождение, персонализированная программа, психокоррекция, психотерапия, реабилитация, бригадный подход.

### Medico-psychological supporting program of the multiple sclerosis patients: organization stages and tasks

Nikolaev E.L.<sup>1</sup>, Karavaeva T.A.<sup>2,4</sup>, Vasilieva N.V.<sup>3</sup>, Vasileva A.V.<sup>2</sup>, Chekhlaty E.I.<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>I.N. Chuvash State University Ulyanova», Cheborsary,  
<sup>2</sup>V. M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg,  
<sup>3</sup>Republican Clinical Hospital, Cheborsary,  
<sup>4</sup>Saint-Petersburg State University

**Summary.** The article presents a supporting medico-psychological program for multiple sclerosis patients that can be used in the framework of center specialized in MS treatment. It encompasses the definition of medico-psychological support of MS and presents the content of psycho-social interventions depending not only on the MS stage but also on the interrelationship of the MS period and patients mental and physical capacities. The supporting program consists of four consequent stages: information-diagnostic, psycho-correction, psychotherapy, psycho-rehabilitation. Implementation of each stage has its specific tasks, interventions and specialists team. The defined stages of the supporting program allow the specialists to provide personalized intensity and specific of psycho-social interventions and also elaborate a long-term treatment plan for each patient.

**Key words:** multiple sclerosis, medico-psychological support, personalized program, psycho-social interventions, psycho-correction, psychotherapy, rehabilitation team work

Рассеянный склероз (РС) является тяжёлым хроническим заболеванием, поражающим нервную систему, требующим длительного наблюдения, лечения и реабилитации [3, 10, 12]. В структуре данной патологии психические нарушения, прежде всего в когнитивной сфере являются как непосредственным проявлением самого заболевания, так и опосредованы психотравмирующим воздействием постановки диагноза, рецидивами и течением заболевания, изменением социального статуса и качества жизни пациента. В аффективной сфере на первый план выступают тревожно-депрессивные нарушения, которые за

счет изменения функционирования гипоталамо-гипофизарной надпочечниковой оси могут дополнительно ухудшать течение РС [9]. Несмотря на имеющиеся достижения в оказании помощи больным РС [2] и возрастание роли психологической диагностики и коррекции в работе с ними [1, 4, 13], методология системы психосоциальных интервенций разработана недостаточно.

Повышение эффективности и рентабельности лечения, снижение уровня инвалидизации возможно лишь на основе оптимизации лечебно-реабилитационных программ с использованием интердисциплинарного подхода, в частности

методических рекомендаций по тревожным расстройствам невротического уровня, сформулированных на основе принципов доказательной медицины, исследований вклада психологических механизмов в биопсихосоциальной парадигме заболеваний проводимых специалистами Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева в Санкт-Петербурге, [5, 6, 7], дают возможность создать систему психологической помощи и для больных РС на основе принципов последовательности и преемственности. Персонализированный подход к пациенту с РС предполагает личностно-ориентированные психокоррекционные вмешательства с использованием различных методов на разных этапах РС в соответствующей последовательности в зависимости от специфики клинической картины и имеющихся компенсаторных ресурсов.

**Цель исследования:** на основе клинико-психологического обоснования разработать организационные задачи и этапы медико-психологического сопровождения больных рассеянным склерозом.

**Материалы и методы исследования.** С учётом структуры заболеваемости и болезненности РС (код G35 по МКБ-10) в регионе Чувашия были сформированы две исследовательские группы — группа больных ремиттирующим рассеянным склерозом (РРС) — 73 человека и группа больных вторично-прогрессирующим рассеянным склерозом (ВПРС) — 31 человек. Для достижения цели данного исследования применялись метод теоретико-методологического анализа, клинический, натуралистический методы.

**Результаты.** Опыт практической работы с больными РС в условиях Чувашского Республиканского клинико-диагностического центра по РС, действующего на базе Республиканской клинической больницы в г. Чебоксары, отражённый в научных публикациях и апробированный на Европейском конгрессе по психиатрии [15, 16, 17], помог сформулировать понятие медико-психологического сопровождения больного РС.

Мы понимаем медико-психологическое сопровождение больного РС как комплекс мер медицинского и психологического характера, направленных на когнитивную, эмоциональную и поведенческую сферы пациента не только с целью его психологической поддержки, но и стимулирования адаптивных возможностей личности и организма в ситуации болезни с учётом клинической специфики и динамики патологического процесса.

Именно поэтому, в реализуемой нами системе медико-психологического сопровождения больных РС были выделены четыре организационных этапа (информационно-диагностический, психокоррекционный, психотерапевтический и психореабилитационный), которые предполагают различную направленность в работе специалистов.

Содержание медико-психологической программы для больных РС определяется стадией развития самого заболевания (дебют, рецидив, ремис-

сия), а также соотношением специфики периода развития заболевания, в котором пациент получает медико-психологическую помощь, с совокупностью психических и физических возможностей пациента, его ресурсов, актуального состояния. Так, при верификации депрессивного состояния (с помощью Шкалы депрессии Гамильтона (HRDS)) применяются методики, направленные на коррекцию аффективного фона, при преобладании тревожных нарушений (выявленных на основании обследования Шкалой Гамильтона для оценки тревоги (HARS)) проводятся интервенции, направленные повышение толерантности к стрессовой нагрузке, повышение адаптационно-ресурсных возможностей индивида. В тех случаях, когда определяется высокий риск развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), целесообразно после проведения скрининга на его наличие (опросник на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire, Brewin C. et al.)) включать в психокоррекционный и психотерапевтический этап методики корректирующие механизмы совладания и техники, позволяющие переработать и интегрировать психотравматические переживания. При преобладании двигательных нарушений и ограничений оправданным является широкое включение суппортивных моделей психотерапии для адаптации больного и расширения спектра социального функционирования. Прохождение больным РС различных этапов медико-психологической программы определяется не столько биологическими параметрами (спецификой клинических стадий заболевания), сколько необходимостью и последовательностью работы над решением определённых задач и достижением оптимальных результатов в ходе лечения и медико-психологического сопровождения больного (табл.1).

**Информационно-диагностический этап.** Работа с больным РС на данном этапе медико-психологического сопровождения начинается, как правило, с момента его обращения к неврологу. В это время у пациента появляются первые жалобы и первые страхи в связи с возможным диагнозом и его прогнозом. Таким образом, невролог амбулаторного или стационарного звена является первым специалистом, с которым пациент устанавливает долговременные контакты в связи со своим заболеванием. Именно поэтому очень важно, чтобы невролог, а также медицинская сестра владели навыками эмпатийного общения с пациентом для того, чтобы не только правильно установить диагноз, но и сформировать с пациентом доверительные отношения.

Более эффективно для больного информационно-диагностический этап проходит при вовлечении его в работу «Школы больного РС», которая на постоянной основе действует в Республиканском клинико-диагностическом центре по РС. В рамках данной школы больной получает всю информацию о своём заболевании, его течении, осложнении, последствиях, факторах риска, возможностях лечения, реабилитации и про-

Таблица 1. Содержание этапов медико-психологического сопровождения больных РС		
Этап	Задачи	Ожидаемые результаты
Информационно-диагностический	<ul style="list-style-type: none"> <li>- установление продуктивного контакта с больным;</li> <li>- информирование его о специфике заболевания и необходимом образе жизни;</li> <li>- выявление его актуального психологического статуса;</li> <li>- определение нарушенных сфер жизнедеятельности больного</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- формирование отношений доверия к медицинскому персоналу и специалистам;</li> <li>- формирование компетентности больного в отношении РС;</li> <li>- установление дисфункциональных сторон личности, ее адаптационных ресурсов и адаптационного потенциала;</li> <li>- установление мишеней психологического воздействия</li> </ul>
Психокоррекционный	<ul style="list-style-type: none"> <li>- стимулирование мотивации к изменениям;</li> <li>- коррекция внутренней картины болезни;</li> <li>- коррекция когнитивных нарушений;</li> <li>- коррекция дезадаптивных навыков общения;</li> <li>- приобретение навыков управления стрессом</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- формирование приверженности лечению;</li> <li>- формирование адекватной внутренней картины болезни;</li> <li>- замедление когнитивной дисфункции;</li> <li>- формирование навыков конструктивного общения;</li> <li>- снижение уровня эмоционального напряжения</li> </ul>
Психотерапевтический	<ul style="list-style-type: none"> <li>- выявление внутренних конфликтов;</li> <li>- расширение репертуара копинг-стратегий;</li> <li>- проработка негативного эмоционального опыта;</li> <li>- приобретение навыков саморегуляции;</li> <li>- формирование позитивного опыта межличностных отношений;</li> <li>- формирование позитивного самоотношения;</li> <li>- интеграция личности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- разрешение внутренних конфликтов;</li> <li>- формирование навыков конструктивного копинга;</li> <li>- освоение навыков распознавания и выражения чувств;</li> <li>- освоение навыков саморегуляции функциональных состояний;</li> <li>- самопринятие;</li> <li>- раскрытие личностного потенциала;</li> <li>— достижение личностной целостности</li> </ul>
Психореабилитационный	<ul style="list-style-type: none"> <li>- сохранение полученных в ходе лечения результатов;</li> <li>- эмоциональная поддержка больного;</li> <li>- поддержание позитивной роли социальной среды</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- стабилизация физического и психического состояния;</li> <li>- относительная эмоциональная стабильность;</li> <li>- сохранение социальной активности больного</li> </ul>

филактики. Здесь же он узнает о необходимых изменениях в образе жизни, получает рекомендации, следование которым может способствовать уменьшению нарастания симптоматики, позволить пациенту дольше сохранить трудоспособность и качество жизни.

На этом же этапе, в ходе индивидуального психологического консультирования, медицинский психолог проводит комплексное психодиагностическое обследование больного РС. Используются следующие методики: опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R; Шкала депрессии Гамильтона (HRDS), Шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS), опросник на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire, Brewin C. et al.), опросник «Запрет на выражение чувств», разработанный В.К. Зарецким, А.Б. Холмогоровой, Н.Г. Гаранян; шкала базовых утверждений Р. Янов-Бульман; опросник временной перспективы Ф. Зимбардо; опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой; опросник «Уровень социальной фрустрированности» Л.И. Вассермана; опросник социальной поддержки F-SOZU-22 в адаптации А.Б. Холмогоровой; опросник копинг-стратегий Э. Хайма и другие. Устанавливаются особенности его психологического статуса, наличие психопатологических нарушений — клинические и психосоциаль-

ные характеристики, состояние психической сферы, личностные особенности, особенности и эффективность копинг-стратегий и характер социального взаимодействия, наличие поддержки со стороны близких. Знание нарушенных сфер жизнедеятельности больного, его адаптационных ресурсов и адаптационного потенциала позволяет определить и дифференцировать мишени психологического и психотерапевтического воздействия при составлении индивидуальных программ медико-психологического сопровождения больных РС.

В медико-психологическое сопровождение больных РС на данном этапе в амбулаторных и стационарных условиях вовлечены: невролог, медицинский психолог и медицинская сестра.

**Психокоррекционный этап.** Задачи этого этапа медико-психологического сопровождения направлены на развитие у больного РС осознанной мотивации к изменениям в связи со своим заболеванием, понимание им целей и задач лечения, создание конструктивных отношений с медицинским персоналом, укреплению приверженности лечению, формированию комплаентности. Эти изменения чаще касаются отношения к болезни, отношения к лечению, изменения привычного образа жизни и адаптации к нему. Здесь уделяется большое значение формированию у пациен-

та той внутренней картины болезни, которая будет определяться адекватным отношением к своему состоянию здоровья без склонности преувеличивать или преуменьшать тяжесть болезни или ее прогноз.

Важной стороной этапа является коррекция выявленных у больного РС в ходе нейропсихологической диагностики когнитивных нарушений, чаще всего — это снижение продуктивной мыслительной детальности в форме снижения функций памяти и внимания [11].

Не менее значимым направлением психокоррекционного воздействия мы считаем помощь больному РС в формировании у него навыков конструктивного общения. После установления диагноза многие больные РС склонны замыкаться в себе, дистанцироваться от окружающих, ограничивать своё общение с друзьями, родственниками и коллегами. Некоторые из них могут проявлять неадекватные коммуникативные реакции, избегая межличностного взаимодействия, прогностически негативно оценивая возможное впечатление, которое они могут произвести на окружающих.

Приобретение навыков управления стрессом в ходе сеансов релаксации позволяет пациентам не только снизить эмоциональное напряжение, но и спокойнее принять своё заболевание, естественней строить взаимоотношения с окружающими. Все это позитивно сказывается на формировании приверженности лечению.

С учётом решаемых на данном этапе задач, в процесс медико-психологического сопровождения больного РС, активное участие принимает медицинский психолог. Чаще такое психокоррекционное воздействие происходит во время стационарного лечения больного и продолжается на амбулаторном этапе.

**Психотерапевтический этап.** К числу основных задач психотерапевтического этапа относится выявление и разрешение внутренних конфликтов личности, которые часто определяют наличие у больного РС астеноневротической, тревожной и депрессивной симптоматики донозологического уровня. К внутриличностным конфликтам мы относим противоречие между неосознаваемыми мотивами, мыслями, желаниями пациента, которое во многом ограничивает его нормальную жизнедеятельность и тесно связано с симптомами заболевания [8, 12].

Осознание больным в ходе индивидуальной и групповой психотерапии своих внутренних конфликтов сопровождается появлением у него возможности непосредственной проработки опыта негативных эмоциональных переживаний. Навыки осознанной саморегуляции, полученные в ходе обучающих занятий с медицинским психологом или психотерапевтом, позволяют научиться не только контролировать свои чувства, но и направлять их в позитивное русло.

В ходе психотерапии больной осознает дезадаптивный характер своего привычного реагирования на различные ситуации жизненных трудностей, в том числе связанные с болезнью РС. В

условиях групповой психотерапии он приобретает возможность опробовать новые более гибкие и конструктивные модели когнитивной интерпретации, эмоционального реагирования и поведенческих реакций. Более того, в процессе терапии создаются условия для закрепления полученных стратегий совладания и постоянного применения их в жизни.

Формирование в ходе психотерапевтического этапа медико-психологического сопровождения больных РС новых конструктивных моделей поведения распространяются и на сферу межличностных отношений. Здесь также становится очень важным сформировать у пациента позитивный опыт межличностного взаимодействия, что опосредованно отражается на улучшении его самооценки, самопринятия и самоотношения.

Результирующей задачей психотерапевтического этапа является помощь в интеграции личности, которая свидетельствует об успешном разрешении личностью внутренних противоречий. Состояние личностной целостности способствует раскрытию личностного потенциала человека, который даже в состоянии тяжёлого хронического заболевания способен принимать себя, своё настоящее и своё будущее.

Медико-психологическое сопровождение больных РС в амбулаторных и стационарных условиях строится на данном этапе на тесном взаимодействии психотерапевта с медицинским психологом. Персонализированный подход на основании комплексной организации медико-психологической помощи позволяет своевременно выявить сопутствующие тревожные и депрессивные расстройства у больных с РС, организовать их лечение и проводить профилактические мероприятия, направленные на снижение риска их развития.

**Психореабилитационный этап.** Задачи данного этапа определяются завершением предшествующих этапов активного психологического воздействия на больного РС и потребностями сохранения и интеграции полученных в ходе лечения результатов. Определённая стабилизация физического и психического состояния пациента свидетельствует об успешности и целесообразности применяемых подходов медико-психологического сопровождения больного и создаёт условия для поддержания и сохранения им социальной активности. На регулярных встречах пациента с медицинским психологом закрепляются достигнутые результаты — пациент получает адекватную обратную связь от специалиста, обсуждаются подходы к разрешению актуальных проблемных ситуаций с учётом приобретённого позитивного опыта, корректируются эмоциональное состояние и поведенческие реакции.

Перспективной задачей на данном этапе становится эмоциональная поддержка больного. В особенности это касается больных РС, находящихся в клинически тяжёлом состоянии и имеющих негативные эмоциональные переживания.

Суппортивное сопровождение является важным и для больных РС, которые в силу сниже-



Рис. 1. Мишени психокоррекционного и психотерапевтического воздействия на различных этапах медико-психологического сопровождения больных с РС.

ния когнитивных возможностей или физических ограничений не смогли пройти психокоррекционный и психотерапевтический этапы медико-психологической программы. Для них именно на этом этапе становится возможным: получение психологической помощи и поддержки от специалистов, совместный с медицинским психологом пересмотр роли социального окружения, принятие своего актуального физического и психического состояния и дальнейших перспектив болезни. Подобная эмоциональная поддержка может осуществляться как при очной встрече со специалистом, так и во время разговора с ним по телефону.

Стимулирование у больного социальной активности в ходе психореабилитационного этапа, расширение его межличностных взаимодействий в микросоциальной среде, в том числе, в сообществах в сети Интернет, может снизить негативную роль нарушения трудоспособности, когнитивного дефицита и вынужденного ограничения числа непосредственных контактов с окружающими.

В медико-психологическом сопровождении больных РС в амбулаторных и стационарных условиях на данном этапе участвует медицинский психолог. В амбулаторных условиях, когда в медицинском учреждении, где лечится пациент, отсутствует медицинский психолог или психотерапевт, задачи данного этапа медико-психологического

сопровождения могут частично решаться неврологом, терапевтом или врачом общей (семейной) практики.

Реализация задач каждого этапа достигается путем специальных приемов и интервенций, направленных на специфические мишени. Под термином «мишень» понимается конкретный клинико-психологический феномен, изменение которого является целью психокоррекционного или психотерапевтического воздействия на конкретном этапе. Описанным этапам медико-психологического сопровождения соответствуют определенные мишени, некоторые из которых могут быть объектом воздействий различной интенсивности, переходящим из одного этапа в другой (Рис.1).

**Выводы.** Представленный опыт медико-психологической программы сопровождения больного РС, структурированной по четырём последовательным этапам, позволяет бригаде медицинских специалистов, ориентируясь на ожидаемые результаты, сконцентрироваться на решении конкретных для каждого пациента задач. При реализации персонализированных программ медико-психологического сопровождения больного РС это помогает, не только более точно определять вид, характер, направленность и интенсивность воздействия, но и осуществлять долговременное планирование помощи пациенту.

## Литература

1	Батышева Т.Т., Костенко Е.В., Зайцев К.А., Бойко А.Н. Опыт организации работы кабинетов клинической нейропсихологии в окружных неврологических отделениях амбулаторной неврологической службы Москвы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – №109(2). – С.55-58.	Batysheva T.T., Kostenko E.V., Zaitsev K.A., Boiko A.N. Experience in organizing the work of the offices of clinical neuropsychology in the district neurological departments of Moscow's ambulatory neurological service. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2009; 109(2): 55-58. (In Rus.).
2	Гусев ЕИ, Бойко А.Н. Рассеянный склероз: достижения десятилетия // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – №107(54). – С.4-13.	Gusev E.I., Boiko A.N. Multiple sclerosis: the progress over the past decade. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2007; 107(54): 4-13. (In Rus.).
3	Гусев Е.И., Завалишин И.А., Бойко А.Н. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания. М.: Миклош; 2004. – 540 с.	Gusev EI, Zavalishin IA, Boiko AN. Rasseyannyi skleroz i drugie demieliniziruyushchie zabolevaniya. M.: Miklosh. 2004: 540(In Rus.).]
4	Дибривная К.А., Ениколопова Е.В., Зубкова Ю.В., Бойко А.Н. Особенности совладающего поведения (копинг-стратегий) у больных рассеянным склерозом (обзор) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – №113(2-2). – С.48-52.	Dibrivnaia K.A., Enikolopova E.V., Zubkova Iu.V., Boiko A.N. Characteristics of coping strategies in patients with multiple sclerosis (review). Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2013; 113(2-2): 48-52. (In Rus.).]
5	Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2016. – №4. – С. 42-51.	Karavaeva T.A., Vasilieva A.V., Poltorak S.V. Principles and algorithms of neurotic level anxiety disorders (anxiety-phobic, panic and generalized anxiety disorders) psychotherapy. Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2016; (4):42-51. (In Rus.).
6	Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В., Колесова Ю.П. Принципы и алгоритмы психофармакологического лечения тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2016. – № 1. – С.3-9.	Karavaeva T.A., Vasilieva A.V., Poltorak S.V., Kolesova Yu.P. Principles and algorithms of neurotic level anxiety disorders (anxiety-phobic, panic and generalized anxiety disorder psychopharmacological treatment. Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2016; (1): 3-9. (In Rus.).
7	Караваева Т.А., Михайлов В.А., Васильева А.В., Полторак С.В., Поляков А.Ю., Разина М.В., Сафонова Н.Ю. Разработка комплексной персонализированной программы коррекции диссомнических нарушений в структуре невротических расстройств // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2017. – №2. – С.31-36.	Karavaeva T.A., Mikhailov V.A., Vasilieva A.V., Poltorak S.V., Polyakov A.Yu., Razina M.V., Safonova N.Yu. Development of a comprehensive personalized program for the correction of dissonmic disorders in the structure of neurotic disorders. Nevrologicheskii vestnik. Zhurnal im. V.M. Bekhtereva. 2017; (2): 31-36. (In Rus.).
8	Карвасарский БД. Неврозы. М.: Медицина. – 1990. – 576с.	Karvasarskii BD. Nevrozy. M.: Meditsina; 1990: 567 (In Russ.)
9	Касьянов Е.Д., Мазо Г.Э. Функционирование гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси при депрессии: актуальное состояние проблемы // Психическое здоровье. – 2017. – №8. – С.27-34.	Kasyanov E.D., Mazo G.E. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis functioning in depressive disorder: current state of the problem. Psikhicheskoe zdorov'e. 2017; 8: 27-34. (In Rus.).
10	Малкова НА, Иерусалимский АП Рассеянный склероз. Новосибирск: Наука. – 2006. – 197с.	Malkova NA, Ierusalimskii AP. Rasseyannyi skleroz. Novosibirsk, Nauka: 2006: 197 (In Rus.).
11	Николаев Е.Л., Васильева Н.В. Особенности познавательной и аффективной сферы у больных рассеянным склерозом // Вестник Чувашского университета. – 2014. – №2. – С.316-319.	Nikolaev E.L., Vasilyeva N.V. Specific character of cognitive and affective functioning in multiple sclerosis patients. Vestnik Chuvashskogo universiteta. 2014; 2: 316-319. (In Rus.).

12	Николаева О.В., Бабурин И.Н., Николаев Е.Л., Дубравина Е.А. Криз? Атака? Невроз? Клинический случай приступа психовегетативных нарушений в кардиологическом стационаре // Вестник психотерапии. — 2009. — №30. — С.86-90.	Nikolaeva O.V., Baburin I.N., Nikolaev E.L., Dubravina E.A. Crisis? Attack? Neurosis? Acute psychoneurotic disorder in cardiology hospital: case study. Vestnik psikhoterapii. 2009; 30: 86-90. (In Rus.).
13	Резникова Т.Н., Терентьева И.Ю., Селиверстова Н.А., Хоменко Ю.Г. Психологическое исследование больных рассеянным склерозом. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2007. — №107. — С.36-42.	Reznikova T.N., Terentieva I.Yu., Seliverstova N.A., Khomenko Yu.G. A psychological study of patients with multiple sclerosis. Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova. 2007; 107(7): 36-42. (In Rus.).]
14	Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз. М.: Медпресс-информ. — 2010. — 272с.	Shmidt TE, Yakhno NN. Rasseyannyi skleroz. M.: Medpress-inform; 2010: 272 (In Rus.).
15	Nikolaev E., Vasileva N. Is social frustration typical of multiple sclerosis patients? European Psychiatry. — 2017. — Vol.41. — P.791. <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1516">http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1516</a>	Nikolaev E., Vasileva N. Is social frustration typical of multiple sclerosis patients? European Psychiatry. 2017; 41:791. <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1516">http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1516</a>
16	Nikolaev E., Vasileva N. Specificity in perceived social support in multiple sclerosis patients. European Psychiatry. — 2017. — Vol.41. — p.536. <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.734">http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.734</a>	Nikolaev E., Vasileva N. Specificity in perceived social support in multiple sclerosis patients. European Psychiatry. 2017; 41:536. <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.734">http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.734</a>
17	Nikolaev E., Vasileva N. Time perspective in multiple sclerosis patients: Looking for clinical targets for psychological interventions. European Psychiatry. — 2017. — Vol.41. — P.780. <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1483">http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1483</a>	Nikolaev E., Vasileva N. Time perspective in multiple sclerosis patients: Looking for clinical targets for psychological interventions. European Psychiatry. 2017; 41:780. <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1483">http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1483</a>

**Сведения об авторах**

**Николаев Евгений Львович** — д.м.н., доцент, заведующий кафедрой социальной и клинической психологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары. E-mail: pzdorovie@bk.ru

**Караева Татьяна Артуровна** — д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: tania\_kar@mail.ru

**Васильева Надежда Валентиновна** — врач-психотерапевт БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары. E-mail: nadezhda1973vas@mail.ru

**Васильева Анна Владимировна** — д.м.н., главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: annavdoc@yahoo.com

**Чехлатый Евгений Иванович** — д.м.н., профессор, руководитель научно-образовательного и клинического центра «Психотерапия и клиническая психология» Института высоких медицинских технологий Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: chekhlaty@mail.ru

DOI : 10.31363/2313-7053-2019-2-102-107

## Анализ динамики мнений врачей-психиатров о непрерывном медицинском образовании

Петрова Н.Н.<sup>1</sup>, Федотов И.А.<sup>2</sup>, Чумаков Е.М.<sup>1,3</sup><sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»  
Минздрава России,<sup>3</sup> СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко»

**Резюме.** Для оценки динамики мнений врачей о НМО в 2016 и 2018 гг. было проведено анонимное онлайн анкетирование, в котором приняли участие 52 врача-психиатра (2016 г., 14 регионов России) и 203 врача-психиатра (2018 г., 46 регионов России). В целом, выявлен рост скептических взглядов на целесообразность введения системы НМО по западному образцу (в 2016 году ее поддерживали 55,8% респондентов, в 2018 — только 38,3%). Также в 2-летней перспективе увеличилось количество затруднений при доступе к посещению конференций, увеличилась доступность онлайн-модулей и не изменилась значительно доступность обучения на кафедрах. Наиболее затруднительным врачи находят посещение конференций (средний балл при оценке затруднений 3,6), что требует поиск средств на командировочные расходы и отрыв от работы, наиболее удобным — онлайн обучение (средний балл при оценке затруднений 3,0). Эффективность всех трех видов образовательных мероприятий НМО (конференции, онлайн-модули и циклы на кафедрах) оценивается на соотносимом среднем уровне (около 3 баллов по 5-бальной шкале). О влиянии НМО на решение актуальных организационно-методических проблем здравоохранения взгляд также скорее скептический.

**Ключевые слова:** непрерывное медицинское образование, НМО, последипломное обучение, психиатрия

### The analysis of the dynamics of psychiatrists ' opinions on continuing medical education

Petrova N.N.<sup>1</sup>, Fedotov I.A.<sup>2</sup>, Chumakov E.M.<sup>1,3</sup><sup>1</sup> Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Saint-Petersburg State University»<sup>2</sup> Ryazan State Medical University<sup>3</sup> Saint-Petersburg State Psychiatric Hospital named after P.P.Kashenko

**Summary.** To assess the dynamics of doctors ' opinions on continuing medical education (CME) in 2016 and 2018 was conducted an anonymous online survey, which was attended by 52 psychiatrists (in 2016 year, from 14 regions of Russia) and 203 psychiatrists (in 2018 year, from 46 regions of Russia). There is the growth of skeptical views on the feasibility of introducing a new system (in 2016 it was supported by 55,8% of respondents, in 2018 — only by 38,3%). Also in the 2-year term increased the number of difficulties in accessing to attend conferences, increased availability of online modules and has not changed significantly the availability of training in the departments in universities. The most difficult for doctors is to find attending conferences (average score in assessing difficulties 3,6), which requires the search for funds for travel expenses and separation from work, the most convenient — online training (average score in assessing difficulties 3,0). The effectiveness of all three types of educational activities of CME (conferences, online modules and courses in the departments) is estimated at a relative average level (about 3 points on a 5-point scale). The impact of CME on the solution of actual organizational and methodological problems of health care is also rather skeptical.

**Key words:** continuing medical education, CME, postgraduate education, psychiatry

Во всем мире происходит постоянный процесс модернизации последиplomного непрерывного медицинского образования (НМО). Так в большинстве стран Европы этот процесс активно развивается с 90-х годов прошлого века и его основными трендами являются: непрерывность в виде необходимости ежегодного накопления новых знаний и навыков вместо периодического «компактного» обучения; обязательность, когда повышение квалификации переходит из моральных обязательств врача в законодательное правило; усиление регулирования качества образования государством и активное внедрение современных образовательных технологий [4].

В странах Северной Америки процесс изменения последиplomного образования для врачей также начался в 90-х годах и был связан с выявлением основных проблем сложившейся тогда системы здравоохранения: наличие значительных ошибок при оказании медицинской помощи, недостаток междисциплинарной координации, плохие результаты лечения по мнению пациентов и увеличивающаяся стоимость лечения. Широкое обсуждение внутри медицинского сообщества этих проблем привело к формированию 5 базовых компетенций, формирование которых стало оцениваться при аккредитации и последиplomном образовании: пациент-центрированность



(т.е. фокус на потребностях пациентов, их качестве жизни), умение работать в мультидисциплинарной команде, применение доказательной медицины, применение методов оценки качества, использование современных информационных технологий при принятии решений. Путем достижения этой цели стало развитие системы непрерывного профессионального развития с выделением различных образовательных технологий. Поскольку инициативы в этом вопросе исходили больше от самих врачей, то значительного сопротивления при внедрении они не имели, изменения в этой системе больше касались усовершенствования на основании накопленного опыта и требований динамично меняющегося времени. Так в 2013 году при анализе сложившейся системы НМО было рекомендовано внести следующие коррективы: перейти от контроля времени, потраченного на обучение, к контролю знаний и навыков; увеличить фокус на компетенциях в смежных областях; больше внедрять систему менеджмента качества [7]. Основными изменениями в системе НМО в Северной Америке в 2018 году эксперты видят приоритизацию системы измерения качества и большую ориентированность на компетентностный подход [8].

По состоянию на 2015 год в большинстве стран СНГ (кроме Грузии) сохранялась постсоветская система последиplomного обучения в виде сертификационных циклов периодичностью 1 раз в 5 лет [5]. Изменения начали происходить только в последние 1-2 года и их результаты еще широко не анализировались.

С 2016 года в России начался поэтапный переход на систему аккредитации врачей, вместе с чем стала меняться система последиplomного (послевузовского) медицинского образования. С каждым годом все большее количество врачей в связи с окончанием срока действия своего сертификата в последний раз проходят 144-часовой цикл повышения квалификации и получают сертификат специалиста и вступают в период подготовки к аккредитации, в течение которого необходимо набрать образовательные кредиты (баллы). В новой модели НМО предполагается регулярность повышения квалификации, включая 36-часовое обучение на кафедрах дополнительного профессионального образования медицинских вузов и 14-часовое обучение на образовательных мероприятиях (посещение аккредитованных конференций или освоение онлайн-модулей).

Министерство здравоохранения Российской Федерации проводило анкетирование врачей — пользователей портала НМО, в котором приняло участие 4,3 тысячи человек. По его результатам 39% врачей выступили за реформирование существующей ранее системы последиplomного образования, 38% — против принимаемых реформ. Большинство опрошенных (42%) заявили, что не видят потребности в новой системе НМО, а необходимым ее внедрение находят 28% респондентов. При этом было выявлено, что чем больше стаж работы у вра-

ча, тем меньше их уверенность в необходимости реформ [2].

Основные затруднения, которые встречаются у врачей при переходе к новой модели непрерывного повышения квалификации, обсуждались на заседаниях Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Министерства здравоохранения Российской Федерации. Так, в Протоколе №7 от 4.12.2014 г. приведены указания на наиболее сложные аспекты внедрения новой системы подготовки специалистов и рекомендуется повышать компьютерную грамотность у врачей для работы на портале НМО, а работодателям — закладывать в бюджет средства для командировочных расходов на обучение, определить порядок освобождения от работы на время обучающих мероприятий, обеспечить доступ к сети Интернет на рабочих местах [6].

Вместе с тем, каждая врачебная специальность имеет свои особенности, что делает актуальным изучение процесса внедрения преобразований в сфере профессиональной подготовки в отдельных специальностях. При анализе основных трудностей, связанных с развитием НМО в области психиатрии, выделяют следующие факторы [1, 3]:

1) педагогические факторы (отставание образовательных программ и технологий от современных достижений, кадровый дефицит при постоянном росте распространенности психических расстройств),

2) информационный фактор (лавинообразный рост информации, необходимость разбираться в сложных смежных областях знаний: нейронауках, генетике, психологии и др.),

3) экономические факторы (низкая материальная мотивированность к профессиональному росту, несформированность унифицированного механизма оплаты обучения),

4) стигматизация профессии, что затрудняет формирование профессиональной идентичности психиатра.

За период, прошедший с начала перехода на новую модель последиplomного образования практикующие врачи смогли получить опыт участия в НМО. Постоянно расширяется рынок образовательных услуг, формируется баланс спроса и предложений. Общественные профессиональные организации являются неотъемлемой частью реформ в сфере профессионального образования и углубляют понимание своего места и роли в этом процессе. Вышесказанное свидетельствует в пользу актуальности изучения мнения врачей о происходящих преобразованиях с учетом полученного опыта для выявления проблемных вопросов НМО и определения путей их решения.

#### Материалы и методы

Для достижения поставленной цели Советом молодых ученых Российского общества психиатров (СМУ РОП) было проведено анонимное

онлайн-анкетирование практикующих врачей в 2016 и 2018 годах. Приглашение к анкетированию распространялось через сайт СМУ РОП, в социальных сетях, а также через рассылку по базе данных электронных адресов. Оригинальная анкета включала вопросы, которые были отмечены как наиболее актуальные и спорные аспекты внедрения НМО при предварительном рассмотрении данной проблемы. В 2018 году анкета была расширена за счет дополнительных уточняющих вопросов.

В 2016 году в анкетировании приняли участие 52 человека из 14 регионов России (Москва, Санкт-Петербург, Иваново, Рязань, Нижний Новгород, Пенза, Воронеж, Казань, Ростов-на-Дону, Новороссийск, Крым, Тюмень, Оренбург, Уфа). Средний стаж профессиональной деятельности участников опроса составил 10,1 [9,2÷11,9] лет. В 2018 году в опросе приняло участие 203 человека. Средний стаж работы — 13,4 [12,0÷14,9] лет. География участников оказалась более широкой и кроме опрошенных в 2016 году регионов к исследованию также присоединились коллеги из Архангельска, Волгограда, Челябинска, Смоленска, Омска, Владивостока, Костромы, Кемерово, Мурманска, Брянска, Чувашии, Ижевска, Белгорода, Хабаровска, Великого Новгорода, Тулы, Саранска, Кирова, Перми, Тюмени, Республики Марий Эл, Дагестана, Краснодар, Орла, Сахалина, Вологды, Уфы, Томска, Карелии, Курска, Калуги, Ульяновска — всего 46 регионов России. При этом 26,9% всех опрошенных были работниками научно-образовательных учреждений, 73,1% — практикующего здравоохранения.

Все участники опросов имели действующий сертификат по специальности «Психиатрия», вступили в новую систему НМО и начали набирать образовательные кредиты (баллы) для подготовки к аккредитации. 67% врачей также имели сертификаты по субспециальностям: «Психиатрия-наркология», «Психотерапия», «Сексология», «Судебно-психиатрическая экспертиза».

Обработка статистических данных проводилась с использованием программного пакета Statistica 10. Данные с распределением, отличным от нормального, представлены в виде «Среднее значение [95% доверительный интервал для средней]». Сравнение бинарных данных производилось с помощью точного критерия Фишера. Статистическая значимость различий устанавливалась при  $p < 0,05$ .

### Результаты

Одной из задач опроса явилась оценка доступности трех основных форм обучения в системе НМО: обучение на кафедрах вузов, участие в очных образовательных мероприятиях (конференциях), участие в онлайн образовательных мероприятиях (онлайн лекции и вебинары).

#### Конференции

При повторном анкетировании в 2018 году было установлено, что регулярное посещение

конференций для набора необходимого количества баллов в рамках НМО оказалось более проблемным, чем представлялось вначале ( $p=0,007$ ), несмотря на то, что количество аккредитованных конференций возрастает (в 2016 году трудности отмечали 42% опрошенных, в 2018 — 62%). Вероятно, этот факт отражает трудности, имеющиеся у врачей из отдаленных регионов и небольших населенных пунктов.

Ранжирование по 5-бальной шкале степени своих затруднений регулярного посещения конференций (средний балл 3,6) продемонстрировало, что преобладают врачи, для которых это «очень сложно» (рис.1).

Установлено, что проблема зависит от места работы специалиста. Были выделены 3 типовые ситуации:

врач-психиатр работает в вузе и не имеет проблем с регулярным посещением конференций;

врач работает в крупном городе, где есть свой медицинский вуз, и потому не испытывает трудностей с оплатой проезда и длительным отрывом от работы при поездках на конференции;

врач работает в районном центре или на селе и для посещения конференций требуются значительные средства и длительное время отсутствия на работе, где зачастую их некому заменить.

При этом только 13,9% опрошенных сообщили, что их руководство готово поддерживать участие в мероприятиях для получения кредитов НМО оплатой командировочных расходов. Именно для врачей из отдаленных регионов регулярное посещение конференций является очень сложной задачей.

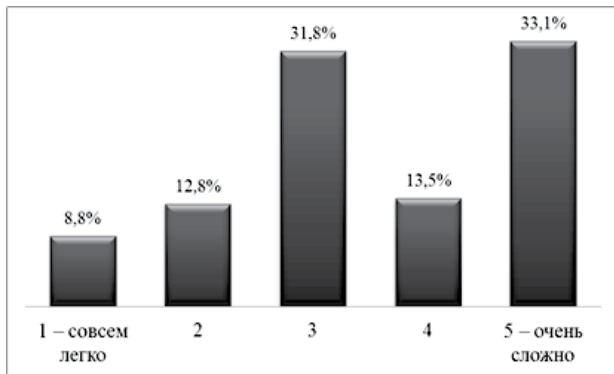
Кроме того, имеется дефицит образовательных мероприятий, в том числе конференций по ряду узких субспециальностей: сексология, судебно-психиатрическая экспертиза.

Полезность для себя подобных мероприятий подавляющее большинство врачей оценили, как среднюю (2,9 баллов) (рис. 2). В качестве основных причин неудовлетворенности были выделены: «акцент на теории», «отрыв лекторов от реальной повседневной клинической практики», «ограниченность возможностей не позволяет применять все это в жизни».

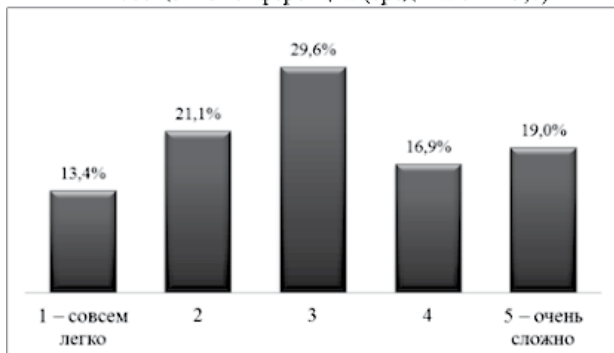
#### Дистанционные онлайн-модули

За 2 года наметилась положительная динамика в отношении онлайн-обучения ( $p=0,03$ ): в 2018 проблемы обнаружили только 46% врачей, а в 2016 году таких было 60%. При этом необходимо учесть, что опрос проводился онлайн и изначально предполагал участие только людей, владеющих базовыми компьютерными навыками. Тем не менее, только 39,3% опрошенных имеют компьютер с доступом в Интернет на рабочем месте, а также достаточно времени, чтобы проходить онлайн-обучение.

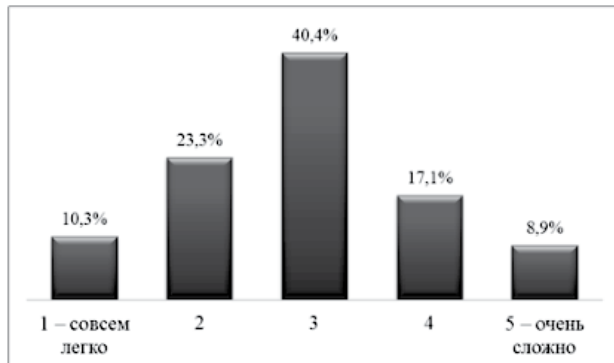
Оценка степени затруднений регулярного прохождения дистанционных онлайн-модулей по 5-бальной шкале показала, что большинство



Посещение конференций (средний балл 3,6)

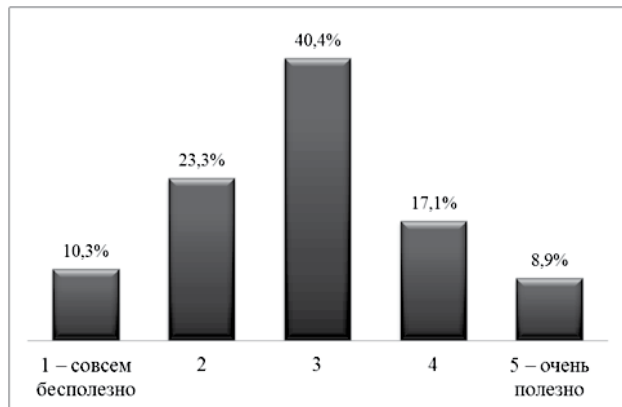


Дистанционные онлайн-модули (средний балл 3,0)

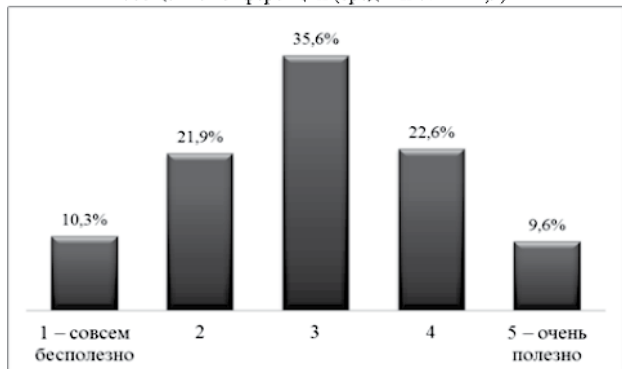


Очное обучение на кафедре (средний балл 3,3)

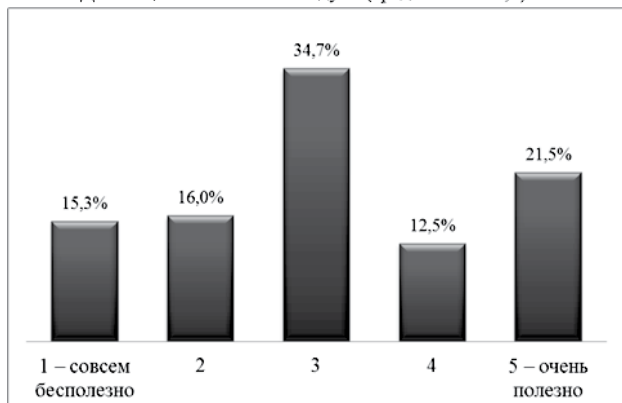
Рис. 1. Оценка по 5-бальной шкале степени затруднений при посещении конференций, а также прохождении дистанционных онлайн-модулей и очного обучения на кафедрах



Посещение конференций (средний балл - 2,9)



Дистанционные онлайн-модули (средний балл 3,1)



Очное обучение на кафедрах (средний балл 3,1)

Рис. 2. Оценка по 5-бальной шкале степени актуальности и полезности для практикующих врачей знаний, получаемых на различных видах образовательных мероприятий

опрошенных врачей не видят для себя серьезных препятствий для повышения квалификации в режиме онлайн (средний балл 3,0) (рис.1).

Можно предположить, что, если бы в исследовании вошли врачи старшей возрастной группы (со стажем работы более 30 лет), было бы выявлено больше трудностей, связанных с дистанционным обучением.

Полезность дистанционного обучения большинством респондентов в 2018 году оценивается на среднем уровне (средний балл—3,1) (рис. 2).

При этом за 2 года наметилось определенное ухудшение оценки эффективности онлайн-образования: только 50% психиатров в 2018 году вместо 73,1% в 2016 году считают, в целом, дистанционные модули эффективным методом обучения врачей.

#### Очное обучение на кафедрах

Заметной динамики оценки сложности обучения на 36-часовых очных циклах на кафедрах ву-

зов за двухлетний период не наблюдалось ( $p=0,13$ ): в 2016 году сложности отмечали 46% опрошенных, в 2018 году — 57%.

Степени своих затруднений в отношении обучения на 36-часовых очных циклах на кафедрах респонденты оценили, в среднем, на 3,3 балла (рис.1). Главные трудности — удаленность от вузов и ограниченное количество бюджетных мест.

Эффективность очного обучения на кафедрах была оценена психиатрами в 2018 году как средняя (3,1 балла) (рис.2).

#### Эффективность и целесообразность реформ

61,5% респондентов в 2016 году и 65,8% респондентов в 2018 году считали, что повторная аккредитация, которую планируется проводить в несколько этапов с привлечением симуляционных технологий, сторонних специалистов для контроля и видео-наблюдения, будет представлять для них сложности. Эти результаты косвенно свидетельствуют, что за истекшие 2 года психиатры не получили опыта прохождения симуляционных циклов и у них не сформировано четкое представление о системе аккредитации.

Ответы психиатров на вопрос «Считаете ли Вы целесообразным введение системы непрерывного образования с накоплением баллов по западному образцу?» в 2016 году отразили преобладание положительного отношения к этому нововведению (55,8%). В 2018 году только 38,3% ответили на этот вопрос положительно ( $p<0,001$ ), что, по-видимому, отражает организационные трудности, с которыми пришлось столкнуться участникам системы НМО за анализируемый период.

На 2018 год 69,8% респондентов отмечают дефицит кадров в медицине, причем только 5,9% ожидают прироста кадрового наполнения на фоне реформирования последиplomного образования. Только 9,4% врачей ожидают повышения качества медицинской помощи. При этом 20,8% психиатров ожидают повышения качества образования вследствие проводимых реформ НМО, что отражает достаточно позитивное, в целом, отношение к изменениям системы повышения профессиональной квалификации.

Основные доводы «за» необходимость реформ: «это будет стимулировать врачей к реальному повышению квалификации», «это будет развивать рынок образовательных услуг», «это поможет получить самые новые и актуальные знания», «это

поможет объективизировать систему оценки знаний и навыков», «такая система более эффективно помогает поддерживать себя в профессиональной форме, быть более активным и мобильным человеком, искать в работе вдохновение, интересные случаи, коими можно поделиться или даже удивить, смотреть на специальность под разными углами мнений разнообразных докладчиков».

Основные доводы «против»: «это будет требовать слишком много времени и финансовых средств», «сложности организации и контроля», «не везде обеспечена необходима инфраструктура», «...от логического «врачебного мышления» мы идем к «фельдшерскому» зазубриванию без понимания основ базовых дисциплин», «...все время уходит на работу со стационарными, а затем подработка в центре, курсы повышения квалификации проходят с отрывом от работы».

#### Заключение

Проведенное исследование отражает ухудшение за последние 2 года отношения психиатров к предложенной системе НМО, что, очевидно, связано с организационными трудностями ее реализации, в частности, отсутствием необходимой материально-технической базы. Наиболее проблемным для врачей является очное участие в конференциях (средний балл при оценке затруднений 3,6). Однако, можно констатировать определенные позитивные изменения в виде увеличения доступности дистанционного обучения, качество которого нуждается в улучшении. Эффективность всех трех видов образовательных мероприятий НМО (конференции, онлайн-модули и циклы на кафедрах) оценивается на соотносимом среднем уровне (около 3 баллов по 5-бальной шкале). Можно констатировать наличие в 21% случаев позитивных ожиданий в отношении повышения качества профессиональной подготовки с введением системы НМО.

В виду выявленных затруднений можно предположить целесообразность увеличения количества образовательных мероприятий, организуемых профессиональными сообществами, и в первую очередь дистанционных, которые наиболее доступны практикующим врачам. Кроме того, содержание таких модулей должно быть как можно ближе к потребностям повседневной клинической практики, содержать конкретные рекомендации, алгоритмы и т.п.

#### Литература

1	Бобров А.Е. Актуальные проблемы последиplomного образования в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — Т.18. — № 4. — С.77-81.	Bobrov A.E. Current challenges in post-graduate education in psychiatry. <i>Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya</i> . 2008; 4: 77-81. (In Rus.).
2	Васильева А. Врачи сомневаются в необходимости изменения системы повышения квалификации [Электронный ресурс]. URL: <a href="https://www.kommersant.ru/doc/3532883?vk">https://www.kommersant.ru/doc/3532883?vk</a> (дата обращения: 13.09.2018).	Vasil'eva A. Doctors doubt the need to change the system of training [Elektronnyi resurs]. URL: <a href="https://www.kommersant.ru/doc/3532883?vk">https://www.kommersant.ru/doc/3532883?vk</a> (date: 13.09.2018). (In Rus.).

3	Незнанов Н.Г. Проблемы последипломного образования в психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2010. — Т.12. — №6. — С.4-8.	Neznanov N.G. The problems of postgraduate education in psychiatry. <i>Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya</i> . 2010; 6: 4-8. (In Rus.).
4	Непрерывное профессиональное развитие врачей: зарубежный опыт организации и оценки качества процесса / Сачек М.М. и др. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2015. — № 4. — С.41-65.	Continuing professional development of physicians: foreign experience of process organization and quality assessment / Sachek M.M. et al. <i>Voprosy organizatsii i informatizatsii zdravookhraneniya</i> . 2015; 4(85): 41-65. (In Rus.).
5	Профессиональная подготовка врачей-психиатров в странах Восточно-Европейского региона Всемирной психиатрической ассоциации: проблемы и решения / Морозов П.В. и др. // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. — 2015. — №4. — С.4-8.	Training of psychiatrists in the Eastern European region of the World Psychiatric Association: problems and solutions / Morozov P.V. et al. <i>Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya im. P.B. Gannushkina</i> . 2015; 4: 4-8. (In Rus.).
6	Протокол заседания Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Министерства здравоохранения Российской Федерации №7 от 4.12.2014 г. [Электронный ресурс]. URL: <a href="http://www.sovetnmo.ru/xdocuments/41.html?SSr=010133efa616ffffff27c_07e20902100115-63d6">http://www.sovetnmo.ru/xdocuments/41.html?SSr=010133efa616ffffff27c_07e20902100115-63d6</a> (дата обращения: 13.09.2018).	The protocol of session of the Coordination Council for development of continuing medical and pharmaceutical education of Ministry of Health of Russian Federation №7 from 4.12.2014 [Protokol zasedaniya Koordinatsionnogo soveta po razvitiyu nepreryvnogo meditsinskogo i farmatsevticheskogo obrazovaniya Ministerstva zdravookhraneniya Rossiiskoi Federatsii №7 ot 4.12.2014]. [Elektronnyi resurs]. URL: <a href="http://www.sovetnmo.ru/xdocuments/41.html?SSr=010133efa616ffffff27c_07e20902100115-63d6">http://www.sovetnmo.ru/xdocuments/41.html?SSr=010133efa616ffffff27c_07e20902100115-63d6</a> (date: 13.09.2018). (In Rus.).
7	Balmer J.T. The transformation of continuing medical education (CME) in the United States // <i>Adv. Med. Educ Pract.</i> — 2013. — №4. — P.171-182. DOI: 10.2147/AMEP.S35087	Balmer J.T. The transformation of continuing medical education (CME) in the United States. <i>Adv. Med. Educ Pract.</i> 2013; 4: 171-182. DOI: 10.2147/AMEP.S35087
8	Sargeant J., Wong B.M., Campbell C.M. CPD of the future: a partnership between quality improvement and competency-based education // <i>Med. Educ.</i> — 2018. — №52. — P.125-135. DOI: 10.1111/medu.13407.	Sargeant J., Wong B.M., Campbell C.M. CPD of the future: a partnership between quality improvement and competency-based education. <i>Med. Educ.</i> 2018; 52(1): 125-135. DOI: 10.1111/medu.13407.

## Сведения об авторах

**Петрова Наталия Николаевна** — д.м.н., проф., заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета, председатель Правления Бехтеревского психиатрического общества Санкт-Петербурга, председатель Комиссии РОП по работе с молодыми учеными и специалистами. E-mail: [petrova\\_nn@mail.ru](mailto:petrova_nn@mail.ru)

**Федотов Илья Андреевич** — к.м.н., ассистент кафедры психиатрии Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, гредседатель Совета молодых ученых Российского общества психиатров. E-mail: [if@psychiatr.ru](mailto:if@psychiatr.ru)

**Чумаков Егор Максимович** — к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета, гредседатель Санкт-Петербургского отделения СМУ РОП, врач-психиатр СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко». E-mail: [chumakovgor@gmail.com](mailto:chumakovgor@gmail.com)

## РЕЗОЛЮЦИЯ Международного конгресса «Психотерапия, психология, психиатрия — на страже душевного здоровья!» Санкт-Петербург

22-23 марта 2019 года в ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России прошел Международный конгресс «Психотерапия, психология, психиатрия — на страже душевного здоровья!», организованный Министерством здравоохранения Российской Федерации, ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Общероссийской профессиональной психотерапевтической лигой, Восточно-европейским институтом психоанализа, Российской психотерапевтической ассоциацией.

**При участии:** Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования министерства здравоохранения Российской Федерации, Национальной Саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов», МОО «Европейская Конфедерация Психоаналитической Психотерапии», ГБУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Союза охраны психического здоровья.

Актуальная тематика конгресса определила интерес участников — приняло участие около 600 научных сотрудников, врачей и психологов: психотерапевтов, психиатров, медицинских (клинических) психологов, организаторов здравоохранения и других специалистов, занимающихся научными исследованиями в области психиатрии, психотерапии, медицинской психологии при лечении пациентов различных клинических групп и оказывающих психотерапевтическую, психиатрическую и психологическую помощь, из всех регионов России, стран ближнего и дальнего зарубежья.

Выбор основных направлений и тем конгресса определялся, с одной стороны, ростом и широкой распространенностью психологических проблем и пограничных психических расстройств среди населения, с другой — необходимостью совершенствования системы оказания им помощи, развитием психотерапии и медицинской психологии, психиатрии, а также развитием общей психологии и психологического консультирования.

В ходе пленарных заседаний, круглых столов, симпозиумов, тематических секций были обсуждены наиболее актуальные вопросы клинической психологии, психотерапии, психиатрии, организационные и юридические аспекты оказания психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи, профилактики, определены дальнейшие перспективы развития, направленные на сохранение психического здоровья населения Российской Федерации.

Материалы докладов конгресса отражают состояние, взаимодействие и тенденции развития нескольких специальностей и дисциплин — психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и других смежных специальностей, интеграция которых необходима для обеспечения комплексного, многостороннего подхода к проблемам пси-

хологических нарушений и психических заболеваний среди самых широких слоев населения.

Специалистами подчеркивается, что современные проблемы развития, разработки, интеграции новых методов в психотерапии и психологии требуют от специалистов продолжения исследований в данных областях и делают необходимым постоянный обмен опытом ученых и практиков в новых социально-экономических условиях и в условиях реформирования здравоохранения.

Важным вопросом рассмотрения явилось соотношение психологического консультирования, психотерапевтических методов и лекарственного лечения в терапии пациентов с точки зрения повышения эффективности лечения, сокращения его сроков и улучшения качества жизни больных и их семей.

Широкое внедрение психотерапии и психологического консультирования в другие медицинские специальности приобретает большое социальное значение, поскольку это позволяет реально реализовывать биопсихосоциальные подходы в терапии различных заболеваний и воздействовать как на психологические звенья патогенеза, так и на восприятие пациентом своего состояния, повышая мотивацию к лечению, улучшая комплаенс.

В ходе конгресса были затронуты вопросы нормативно-правового обеспечения системы психотерапевтической и консультативной помощи, психиатрической системы и системы медико-психологического сопровождения. Обсуждены проблемы подготовки кадров, нерешенные вопросы в области образовательных и профессиональных стандартов. Подчеркивалась важность активного участия и согласованного взаимодействия общественных профессиональных организаций с целью выработки общих позиций и предложений по решению основных актуальных задач по регуляции профессиональной психотерапевтической и психологической деятельности.

В программе конгресса был организован круглый стол «Здоровый город: стратегии поддержания психического здоровья в мегаполисе». Актуальность которого определяется тем, что движение «Здоровый город», возникшее как инициатива ВОЗ, направлено на создание максимально комфортных пространств для жизни, способствующих сохранению здоровья граждан в широком смысле этого слова и повышению качества жизни. Психическое здоровье и его поддержание становятся важной составляющей данного проекта. Здоровый город подразумевает формирование инклюзивных сообществ, где возможно преодоление стигматизации и дискриминации, где люди с особенностями и маргинальными характеристиками, ограниченными ментальными возможностями, психическими нарушениями могут найти свое место в сообществе и не нуждаются в создании изолированных альтернативных групп. Подчеркивая важность приверженности здоровому образу жизни, который представляет собой сложный мультидименсиональный конструкт, отмечается, что в успешной его реализации требуется участие специалистов в области душевного здоровья для выработки конструктивных ценностных ориентаций, включение собственно здоровья в систему значимых отношений, возложение на самого индивида ответственности за поддержание своего здоровья и использование тех ресурсов и пространств, которые предоставляет здоровый город. Важной задачей становится преодоление системы предубеждений у населения и избегающего в отношении специалистов в области психического здоровья поведения. Усилия должны быть направлены на разработку позитивного имиджа как специалистов психиатров, психотерапевтов, психологов, так и учреждений и служб в целом. Важным представляется использование СМИ и мультимедийного пространства для психообразования населения, формирования представлений о психологической и психотерапевтической помощи, мотивации на поддержание психического здоровья, ориентации на здоровое воспитание детей и подростков, укрепление семей, социальное благополучие. В рамках круглого стола основной целью являлось определение комплекса проблем в области поддержания психического здоровья, обмен успешным опытом по решению перечисленных проблем между специалистами различного профиля, совместная выработка стратегического плана действий и обращения к организаторам в области здравоохранения по успешному развитию здорового города.

Современным представлениям о комплексных социо-психотерапевтических подходах к лечению пациентов с психическими расстройствами был посвящен симпозиум «Потребности пациента и проблемы врача при проведении социо-психотерапевтических мероприятий у больных с тяжелыми психическими расстройствами». В ходе симпозиума были рассмотрены подходы к лечению больных с коморбидными аддиктивными и психическими расстройствами, прин-

ципы соотношения психофармакотерапии и психотерапии, проблемы стигматизации пациентов, особенности проведения психотерапевтических интервенций у пациентов с шизофренией, организационные аспекты — внедрение бригадных методов работы, кластерная модель включенности в лечебный процесс пациентов психиатрического стационара, этические вопросы при недобровольной госпитализации.

Среди мероприятий конгресса важное значение имели «Совет руководителей ведущих профессиональных психотерапевтических обществ в России» и круглый стол «Современное состояние и перспективы регулирования профессиональной психотерапевтической деятельности», в ходе которых обсуждались основные направления развития психотерапии, как самостоятельной специальности и вопросы нормативно-правового регулирования.

Организованы и проведены более 20 секционных заседаний, включающих в себя доклады на различные актуальные темы научных знаний, практической медицины и психологии, отражающие взгляды представителей различных направлений психотерапевтической деятельности, психологических школ, представлены авторские проекты.

Участниками конгресса констатирована необходимость сохранения специальности «психотерапия», как самостоятельной медицинской специальности и важность подготовки для реализации этой задачи необходимых нормативно-правовых документов, регламентирующих психотерапевтическую деятельность. Дискуссии о психотерапии, как гуманитарной специальности, не требующей базисного медицинского и психологического образования, оценены как малообоснованные и не имеющие поддержки на административном и законодательном уровнях, среди специалистов и организаторов здравоохранения. При этом признавалась необходимость наделения клинических психологов правом заниматься психологической психотерапией. Для развития научных исследований, разработки доказательных и эффективных терапевтических подходов и методов целесообразно выделить научную специальность «психотерапия» в рамках медицинских наук и подготовить документы для представления в ВАК.

Подчеркивалось, что для развития психотерапевтической и медико-психологической помощи на территории России необходимо восстановить организационно-методическую структуру главных внештатных психотерапевтов в регионах и на уровне страны, которая могла бы обеспечить связь научных учреждений федерального уровня, органов управления здравоохранением, российской и региональной практической медицины, профессиональных сообществ, принять участие в подготовке необходимых нормативно-правовых актов, реализовать внедрение научно обоснованных организационных, методических и терапевтических разработок в систему оказания помощи населению.

Участники и организаторы конгресса, руководители профессиональных психотерапевтических сообществ, понимая необходимость организации и совершенствования современной психотерапевтической, психологической и психиатрической помощи определили основные приоритетные задачи по оптимизации психотерапевтической службы и деятельности медицинских психологов в практическом здравоохранении:

На базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России создать рабочую группу с участием представителей профессиональных психотерапевтических сообществ для разработки нормативно-правовых документов, определяющих «психотерапию» как самостоятельную медицинскую специальность, представить подготовленные документы для обсуждения в профессиональном сообществе, итоговые проекты передать в Министерство здравоохранения на рассмотрение.

Разработать предложения по совершенствованию психотерапевтической службы и представить для утверждения должность Главного специалиста-эксперта по психотерапии Минздрава России

Инициировать и принять активное участие в создании организационно-методической структуры главных внештатных психотерапевтов, регулирующих основные направления развития психотерапии и медицинской психологии в стране. Основные направления деятельности этой структуры должны способствовать реализации актуальных научных исследований, разработке научно-методических подходов, консолидации усилий различных учреждений и специалистов, расширению клинической деятельности, эффективной организации обучения, разработке необходимых нормативных документов, совершенствованию психотерапевтической и медико-психологической помощи в здравоохранении.

Разработать предложения по созданию единой системы общественного и государственного регулирования процессов сертификации и аккредитации специалистов-психотерапевтов, что позволит повысить качество подготовки и повышения квалификации врачей-психотерапевтов, психиатров, медицинских психологов, социальных работников, врачей других специальностей по проблемам психиатрии, психотерапии и медицинской психологии в рамках учебных программ последипломного образования, непрерывного медицинского образования.

Внести предложение в Министерство здравоохранения и подготовить соответствующую

нормативно-правовую базу по включению психотерапевтической помощи в структуру страховой медицины.

Создать рабочую инициативную группу по подготовке обоснования, паспорта научной специальности «психотерапия» и внести предложения в Высшую аттестационную комиссию.

Поддерживать и развивать программы, направленные на профилактику психических расстройств, широкое психообразование населения, демонстрирующие роль психологических факторов в формировании установки на здоровый образ жизни и повышение репродуктивной активности, укрепляющие имидж психологии и психотерапии, в том числе ориентированные на аудитории средств массовой информации и мультимедийного пространства.

Продолжить сотрудничество с СПБРПО (создать рабочую группу с представителями СПБРПО) по совершенствованию нормативного регулирования в области психологической деятельности, психологического консультирования и психологической психотерапии.

Н.Г. Незнанов,  
директор ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, научный руководитель отделения гериатрической психиатрии Центра, зав. кафедрой психиатрии и наркологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, Президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии (ВАДП, Женева), Президент Российской общества психиатров, Заслуженный работник Высшей школы Российской Федерации, Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор

В.В. Макаров,  
заведующий кафедрой психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, Вице-президент Всемирного совета по психотерапии, Президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги и Национальной саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов», д.м.н., профессор

М.М. Решетников,  
ректор Восточно-Европейского института психоанализа, член Правления Европейской конфедерации психоаналитической психотерапии (Австрия) и Президент ЕКПП-Россия, Вице-президент Санкт-Петербургского отделения Российского психологического общества и член Президиума РПО, член Координационного совета Российской психотерапевтической ассоциации и Координационного совета ОППЛ, Почетный профессор Венского университета Зигмунда Фрейда, Заслуженный деятель науки РФ д.пс.н., к.м.н., профессор

С.М. Бабин,  
заведующий кафедрой психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Президент Российской Психотерапевтической Ассоциации, д.м.н., профессор



## Новости XI Всероссийского Съезда Неврологов и IV Конгресса Национальной ассоциации по борьбе с инсультом. По следам выступления профессора Франческо Аменты

С 15 по 19 июня 2019 года в Санкт-Петербурге состоялся объединённый XI Всероссийский съезд неврологов и IV Конгресс Национальной ассоциации по борьбе с инсультом. Несколько симпозиумов и докладов были посвящены теме диагностики и лечения когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста, поскольку увеличение доли лиц этого возраста в популяции делает проблему когнитивных нарушений чрезвычайно актуальной. По данным российских исследователей, когнитивные нарушения различной степени выраженности выявляются приблизительно у 70% пациентов старше 60 лет, которые обращаются в поликлинику к неврологу по какой-либо причине.

По приглашению компании CSC Pharma профессор университета Камерино (Италия) Франческо Амента выступил с докладом, в котором представил промежуточные 4-летние результаты исследования ASCOMALVA. Терапевтический подход, принятый европейскими (EMA) и северо-американскими (FDA) регуляторными органами для симптоматического лечения болезни Альцгеймера, включает ингибиторы ацетилхолинэстеразы (АХэ), такие как донепезил, галантамин и ривастигмин. Несколько клинических исследований показали, что ингибиторы АХэ, в среднем, замедляют прогресс симптомов болезни Альцгеймера на 9-12 мес, но после этого периода эффективность данных препаратов постепенно снижается. Систематические обзоры показали очень небольшие доказательства того, что ингибиторы АХэ влияют на прогрессирование деменции и когнитивных нарушений у пациентов с умеренной стадией деменции при болезни Альцгеймера.



До недавнего времени данные о влиянии нарушенной холинергической нейротрансмиссии на процессы старения и прогрессирование болезни Альцгеймера способствовали развитию холинергической гипотезы гериатрической дисфункции памяти. Поэтому были разработаны холинергические стратегии для восстановления дефицита холинергической нейротрансмиссии, происходящая преимущественно в базальных ганглиях передних отделов мозга. Начиная с гипотезы о связи между уровнем ацетилхолина в мозге и успешностью когнитивной деятельности, было испробовано несколько разных фармакологических подходов для коррекции холинергического дефицита. Возможны 4 пути улучшения холинергической нейротрансмиссии:

- предшественники холина
- ингибиторы холинэстеразы
- агонисты холинергических рецепторов
- стимуляторы высвобождения ацетилхолина

Изучение действия холина альфосцерата показало, что этот препарат повышает уровень свободного холина в мозге, позитивно влияет на метаболические процессы в мозге, включающие синтез мембранных фосфолипидов. В моделях на животных высвобождение ацетилхолина противодействует возрастным изменениям в структурах коры лобных долей и гиппокампа. Доклинические исследования, проведенные итальянскими учеными, показали влияние холина альфосцерата на микроанатомию гиппокампа, а также нейропро-

активный эффект. Холина альфосцерат (торговое название Глиатилин) является оригинальным эффективным донором АЦх, эффективно проникает через ГЭБ (на 40,5% благодаря уникальной фосфатной форме), быстро включается в процесс биосинтеза (максимум концентрации в крови через 20 мин после введения), метаболизируется до холина и фосфатидилхолина — необходимого компонента клеточных мембран. Действует на пресинаптическом уровне, не имеет периферических нежелательных явлений.

Мультицентровое двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование ASCOMALVA проходило в нескольких неврологических центрах Италии. Для оценки влияния холина альфосцерата на поведенческие и психологические симптомы деменции (BSPD) было включено 113 пациентов с болезнью Альцгеймера, недавно перенесших инсульт, имеющих легкие и умеренную деменцию. Основные критерии включения — возраст старше 50 лет, оценка MMSE 12-23 балла, все пациенты имели как минимум 2 сосудистых фактора риска (ожирение, диабет, дислипидемия, курение, артериальная гипертензия, предшествующие цереброваскулярные нарушения и др.) Одна группа пациентов получала донепезил 10 мг/сут и холина альфосцерат 1200 мг/сут, вторая группа пациентов — донепезил 10 мг/сут и плацебо. Оценка когнитивных функций проводилась по тестам MMSE и ADAS-Cog при включении в исследование, через 3, 6, 9, 12, 18, 24, 30, 36, 42 и 48 мес

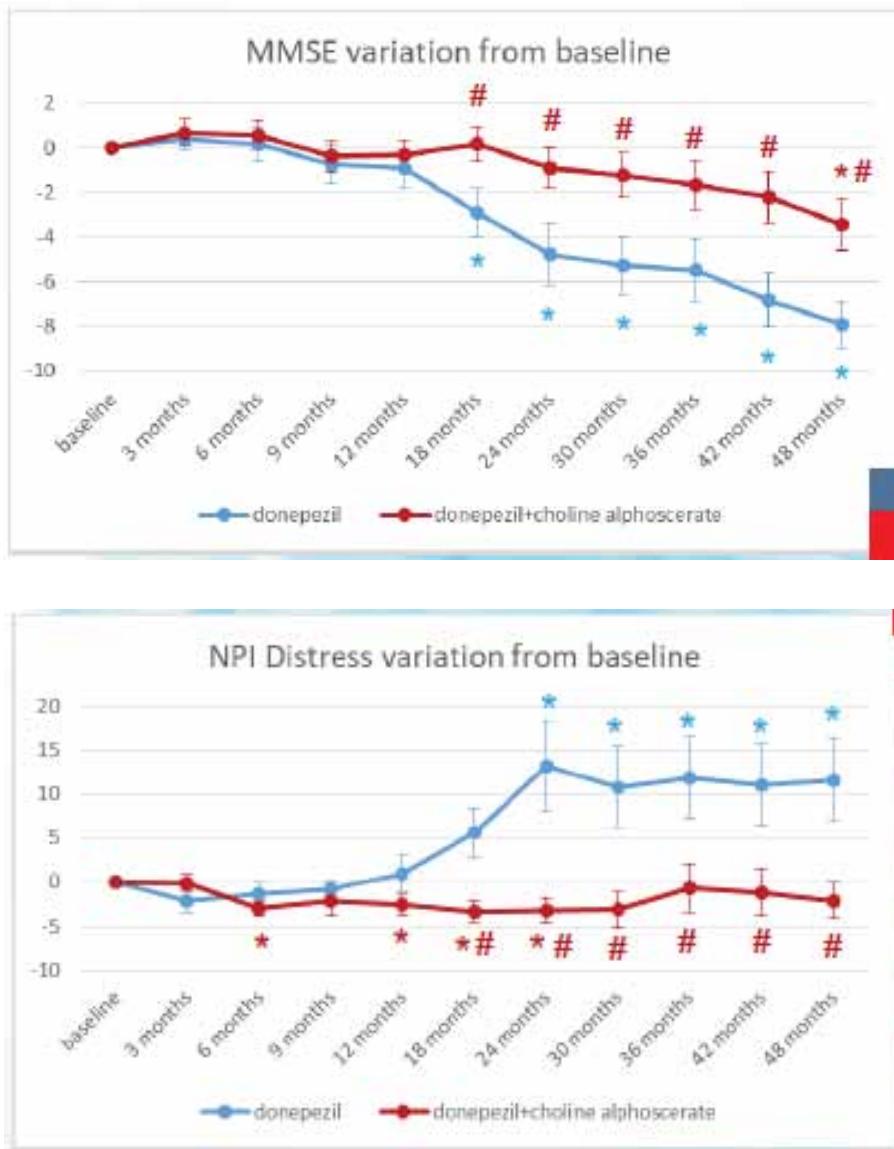


Табл. 1. Конвергенция к тяжелой деменции

Convergence to severe dementia (MMSE<10)		
	Donepezil	Donepezil + Choline Alphoscerate
<b>36 months</b>	66 months	135 months
<b>36 months MMSE 24-21</b>	117 months	174 months
<b>36 months MMSE 20-18</b>	36 months	90 months
<b>36 months MMSE 17-14</b>	30 months	87 months

(это одно из самых длительных исследований у пациентов с болезнью Альцгеймера).

Результаты исследования показали, что у пациентов, получавших холина альфосцерат совместно с донепезилом, когнитивные нарушения прогрессировали значительно медленнее, чем у пациентов, получавших только донепезил (график). Особенно значимо эти изменения были выражены в подгруппе пациентов, имевших оценку MMSE 14-17 баллов (табл. 1). Также нарушения настроения (депрессия, тревожность, апатия) были значительно менее выражены в первой группе пациентов (получавших донепезил и холина альфосцерат) (график).

Исследователи использовали математическое моделирование времени достижения тяжелой деменции (оценка по шкале MMSE < 10 баллов) с помощью линейной регрессии. Было показано, что регрессия имеет высокий коэффициент корреляции ( $R^2 > 90\%$ ). Результаты моделирования показали, что добавление холина альфосцерата к донепезилу увеличивает срок наступления тяжелой деменции в 1,5–2,9 раз, и чем ниже оценка по шкале MMSE, тем более выражено влияние холина альфосцерата на развитие тяжелых когнитивных нарушений у пациента.

Профессор Ф. Амента также сделал обзор исследований эффективности других предшественников ацетилхолина и блокаторов АХэ у данной популяции пациентов. Например, в исследовании CITRIVAD (цитиколин и ривастигмин) также был показано влияние цитиколина через 9 меся-

цев терапии на замедление прогрессирования когнитивных нарушений, но этот показатель был существенно ниже, чем у холина альфосцерата в исследовании ASCOMALVA (7,38% и 23,22%, соответственно).

Профессор Ф. Амента также отметил, что по результатам других исследований итальянских и японских ученых (Pinieta., 2016, Kishietal., 2018) холина альфосцерат продемонстрировал влияние на процессы атрофии вещества мозга во всех отделах у пациентов с болезнью Альцгеймера, то есть нейропротективный эффект.

В заключение профессор Ф. Амента сделал вывод, что холинергическая стратегия использования прекурсоров холина, которая была протестирована в исследовании ASCOMALVA, состоящая в добавлении холина альфосцерата к стандартному лечению донепезилом, в некоторой степени уменьшает объем повреждений, происходящих в некоторых областях мозга у пациентов с болезнью Альцгеймера. Результаты когнитивных, функциональных и поведенческих тестов предполагают, что наблюдаемые морфологические изменения могут иметь клиническое значение.

Совместное назначение ингибитора АХэ и Холина Альфосцерата может быть оправданной терапевтической стратегией при лечении пациентов с болезнью Альцгеймера, особенно в сочетании с сосудистыми факторами риска (последствия инсульта, заболевания сердечно-сосудистой системы, диабет).

## Главный психиатр Росздравнадзора: рак и болезни сердца развиваются под аккомпанемент депрессии

**Chief Specialist in Psychiatry of the Federal Service on Surveillance in Healthcare:  
cancer and heart disease develop to the accompaniment of depression**

*В последние дни мая в Петербурге прошла научно-практическая конференция «Инновации в диагностике и лечении психических и наркологических расстройств: междисциплинарный подход». Накануне открытия форума в ИА ТАСС состоялась пресс-конференция, в которой приняли участие д.м.н., профессор **Николай Григорьевич Незнанов**, директор НМИЦ психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, президент WADP, председатель правления Российского Общества Психиатров, д.м.н., профессор **Евгений Михайлович Крупицкий**, заместитель директора по научной работе, руководитель отделения лечения больных алкоголизмом, д.м.н., профессор **Игорь Владимирович Макаров**, руководитель отделения детской психиатрии, главный детский специалист-психиатр Минздрава в Северо-Западном федеральном округе, председатель секции детской психиатрии РОП и д.м.н. **Наталья Владимировна Семенова**, заместитель директора НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева по научно-организационной и методической работе.*

*Публикуем текст одной из статей, вышедших по итогам пресс-конференции.*

**Пациенты с психиатрическими проблемами — самые незащищенные в здравоохранении. Именно с сокращения сначала коек, а потом целых отделений и даже больниц началась его оптимизация. На самом деле психиатрическую службу надо не сокращать, а перестраивать, считает Николай Незнанов, президент Российского общества психиатров, директор НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева.**

— В ходе реформирования системы здравоохранения в регионах резко сократился коечный фонд, уменьшилось число врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов. В итоге, уровень качества психиатрической помощи стал ниже, — говорит профессор Николай Незнанов. — На этом оптимизация закончилась: в урезанном виде психиатрическая помощь действует по старой схеме. Структура психиатрических учреждений не соответствует реальной структуре психических расстройств, которыми страдают люди. Речь идет, прежде всего, о так называемых пограничных психиатрических заболеваниях, которые раньше определялись как неврозы, депрессии, расстройства, связанные с хроническим стрессом, проявляющимся различными тревожными состояниями. С одной стороны, о депрессии последние годы не говорят только ленивые. С другой, мало что меняется в оказании помощи пациентам, страдающим ими. Хотя еще более десяти лет назад американская ассоциация психиатров и Всемирная организация здравоохранения прогнозировали, что к 2020 году число нетрудоспособных из-за депрессии, а в последующем — инвалидов, сравняется с показателем инвалидизации по сердечно-сосудистым заболеваниям.

### Что первично — инфаркт или депрессия?

На основании чего делаются выводы о том, что число страдающих депрессивными расстрой-

ствами растет? С одной стороны, растет обращаемость к специалистам с этими проблемами, с другой, есть косвенное подтверждение того, что прогнозы ВОЗ сбываются: растет число пациентов с депрессивными состояниями среди госпитализированных в многопрофильные стационары.

Есть исследование, которое показывает, что хронические состояние тревоги, депрессия — нередко предтеча тех же самых сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. То есть, речь идет об универсальных механизмах развития психических и соматических расстройств: у тех, кто часто переживает хронический стресс, высок риск возникновения эндокринных, онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний. Потому что у организма есть определенная биологическая уязвимость: когда человек долго испытывает психоэмоциональное напряжение, включаются определенные механизмы, которые трансформируются в болезни.

— Показано и доказано, что распространенность психических расстройств у страдающих сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, достигает 40–60%, Навязчивые страхи и депрессия — тот психопатологический аккомпанемент, который может быть и одной из причин тяжелого течения болезни, что осложняет процесс лечения основного заболевания, будь то рак или инсульт/инфаркт. Потому что сложно найти взаимопонимание между врачом и пациентами и есть трудности с подбором препаратов, которые были бы совместимы с лекарствами, принимаемыми пациентом по основному заболеванию, — говорит президент Российского общества психиатров.

Впрочем, таким пациентам сложно оказывать помощь не только в обычных многопрофильных стационарах, но и в поликлиниках. Они обращаются к кардиологам или терапевтам со своими, казалось бы, не имеющими к психиатрии заболеваниями. И если врач видит, что пациент нужда-



ется в специализированной помощи и рекомендует обратиться в психдиспансер, получает решительный отказ в лучшем случае, в худшем — жалобы во все инстанции. А врач-не психиатр, по существующему законодательству, не имеет права выписывать психотропные средства. Более того, даже если он назначает их, то далеко не всегда способен сделать это правильно, поскольку их подбор зависит от многих факторов и особенностей состояния здоровья человека.

#### **В психиатрии никогда не было денег. И нет**

По данным, озвученным Николаем Незнановым, в стране становится все больше инвалидов по психическим заболеваниям: «Печально, что в основном это люди молодого возраста. По статистике, в России среди инвалидов 1-й и 2-й группы по психиатрии порядка 80%, а по некоторым данным 90% — люди в возрасте до 40 лет. Они страдают тяжелыми психическими заболеваниями — шизофренией, биполярными расстройствами, много тех, у кого психические нарушения возникают из-за органического поражения головного мозга».

— При этом нет законодательного решения у проблемы оказания помощи инвалидам с тяжелыми заболеваниями, — говорит Незнанов. — Наши исследования показывают, что даже в таких больших городах, как Москва и Петербург, в психиатрических стационарах около 20% госпитализированных больше нуждаются в социальной помощи, а не в медицинской. Но выписать их невозможно, потому что они не могут самостоятельно жить дома, а в психоневрологических интернатах нет мест.

Население многих стран, в том числе России, заметно стареет — продолжительность жизни растет. В Москве и в Петербурге много доживающих

до 80 лет и старше. А уже после 60 растет риск развития болезни Альцгеймера и сосудистых заболеваний. Наша страна к этому до сих пор не готова — системы оказания помощи этим людям нет. Комплексную медицинскую и социальную помощь получают единицы, и до сих пор нет межведомственного решения этой проблемы между Минтрудом и Минздравом, говорят специалисты.

В результате возникают «подпольные хосписы» и «дома престарелых» в многоквартирных или частных домах, где эти люди не получают необходимой помощи.

Необходимо создавать принципиально новые алгоритмы помощи таким пациентам и новые учреждения, но без целевого финансирования это невозможно. Тем более, что по словам специалистов, психиатрия сегодня финансируется по остаточному принципу.

— Чтобы решить большую часть проблем в оказании помощи людям с психиатрическими проблемами, все ведомства должны, наконец, выработать алгоритмы взаимодействия, — говорит Николай Незнанов. — Потому что всякий раз мы сталкиваемся с несогласованностью позиций, причем нормативно закреплённых между нами и Минтрудом и Минобрнауки.

Российское общество психиатров разработало проект «Стратегии развития системы охраны психического здоровья в Российской Федерации до 2025 года», его обсуждали психиатры на прошедшей в Петербурге научно-практической конференции «Инновации в диагностике и лечении психических и наркологических расстройств: междисциплинарный подход». Однако, по мнению профессора Незнанова, важно, чтобы участие в ее обсуждении приняли все специалисты — не только врачи, но и педагоги, сотрудники социальных служб, юристы.

© Доктор Питер

## Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе  
Всероссийской научно-практической конференции с международным участием  
«Генетика и фармакогенетика психических заболеваний»

Дата проведения: 2-3 декабря 2019 года

Место проведения: г. Санкт-Петербург, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, ул. Бехтерева, д.3.

### Официальные Организаторы Конференции:

- Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
- Российское общество психиатров
- Российский национальный консорциум по психиатрической генетике

### При участии:

- Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья» Российской академии наук
- Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России
- НИИ психического здоровья, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр» Российской академии наук
- Институт трансляционной биомедицины СПбГУ
- Институт фармакологии им. А.В. Валдыана ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

Мероприятие проводится при финансовой поддержке  
Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ).

### Тематика конференции:

Конференция посвящена обсуждению фундаментальных проблем и прикладных вопросов генетики и фармакогенетики основных психических заболеваний (шизофрения, аффективные расстройства, биполярное аффективное расстройство, химические и нехимические зависимости).

В рамках конференции ведущие иностранных и российские специалисты обсудят проблемы генетического контроля риска формирования психических заболеваний, взаимодействия «геном-окружающая среда», фармакогенетики терапевтических и побочных эффектов фармакотерапии психических и наркологических заболеваний, а также вопросам генетического влияния на результаты комплексной терапии (генетика терапевтического эффекта — therapy genetics).

Будут представлены концептуальные и теоретические доклады, результаты как клинических исследований, так и исследований на животных с использованием генетических экспериментальных моделей.

Значительная часть докладов будет посвящена проблемам трансляции результатов генетических исследований, а также актуальным вопросам внедрения фармакогенетических методов в практику психиатрии.

В программу конференции включен симпозиум для выступлений молодых ученых (до 35 лет).

В рамках конференции пройдет отдельная секция по биоинформатическим методам в популяционных научных исследованиях в области психиатрической генетики.

Запланирована дискуссия в рамках круглого стола по обмену опытом и международной коллаборации научных консорциумов по психиатрической генетике, включая Российский национальный консорциум по психиатрической генетике.

Конференция «Генетика и фармакогенетика психических заболеваний» является второй специализированной конференцией в России по данной тематике, первая конференция прошла в ноябре 2017 г. в Москве при поддержке РФФИ.

---

---

## **ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА**

на научно-практический рецензируемый журнал

### **«Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева»**

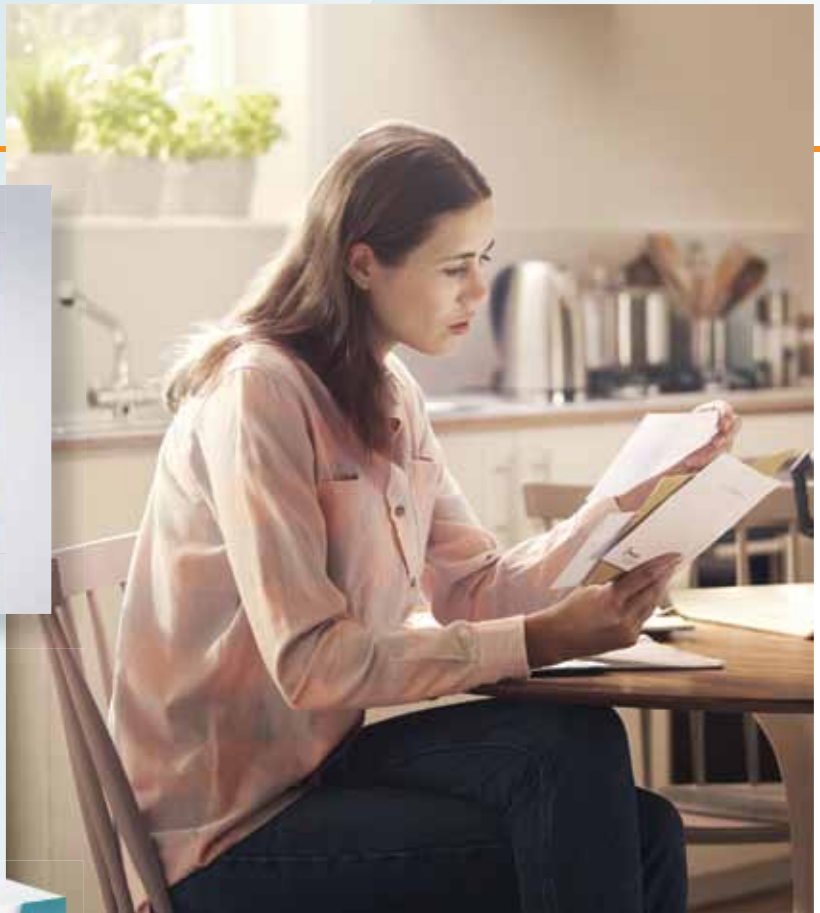
Учредителем журнала, основанного в 1896 году Владимиром Михайловичем Бехтеревым, является ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Издание входит в рекомендованный ВАК РФ перечень научных журналов для опубликования основных научных 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)



Пер. ул.: ЛП-00422 от 21.01.2016

## Чувствовать лучше! Делать лучше! Мыслить лучше!

### КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ по применению лекарственного препарата БРИНТЕЛЛИКС

Международное непатентованное название: вортиоксетин. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 5 мг, 10 мг. Фармакотерапевтическая группа: антидепрессант. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ** Бринтелликс показан для лечения больших депрессивных эпизодов у взрослых. **ПРОТИВПОКАЗАНИЯ** Гиперчувствительность к активному веществу или какому-либо компоненту препарата. Одновременное применение с неселективными ингибиторами моноаминоксидазы (ИМАО) или с селективными ингибиторами МАО А (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). Детский и подростковый возраст до 18 лет (безопасность и эффективность не установлены). **С осторожностью:** тяжелая почечная и печеночная недостаточность; магия и гипомания; фармакологически неконтролируемая эпилепсия, судорожные припадки в анамнезе; выраженное суицидальное поведение; цирроз печени; склонность к кровотечениям; одновременный прием с ингибиторами МАО В (селегилином, разагилином); серотонинергическими лекарственными препаратами; препаратами, снижающими порог судорожной готовности; литием, триптофаном; лекарственными препаратами, содержащими зверобой продырявленный; пероральными антикоагулянтами и лекарственными препаратами, влияющими на тромبوцитарную функцию; препаратами, способными вызвать гипонатриемию; электросудорожная терапия; пожилой возраст. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ** Режим дозирования: Начальная и рекомендуемая доза Бринтелликса у взрослых пациентов младше 65 лет составляет 10 мг однократно в сутки. В зависимости от индивидуальной реакции пациента суточная доза может быть увеличена до максимальной дозы 20 мг вортиоксетина один раз в сутки или снижена до минимальной дозы 5 мг вортиоксетина один раз в сутки. После полного разрешения симптомов депрессии рекомендуется продолжать лечение в течение, по крайней мере, 6 месяцев для закрепления антидепрессивного эффекта. Прекращение лечения. Пациенты, получающие препаратом Бринтелликс, могут одновременно прекращать его прием без необходимости постепенного понижения дозы (см. раздел «Фармакологические свойства»). Особые группы пациентов **Пожилые пациенты** У пациентов  $\geq 65$  лет в качестве начальной дозы всегда следует использовать минимальную эффективную дозу Бринтелликса 5 мг однократно в сутки. Необходимо соблюдать осторожность при лечении пациентов  $\geq 65$  лет с применением доз выше 10 мг вортиоксетина однократно в сутки, так как данные о применении препарата у этой группы пациентов ограничены (см. раздел «Особые указания»). **Ингибиторы цитохрома Р450** В зависимости от индивидуальной реакции пациента может потребоваться снижение дозы Бринтелликса в случае присоединения терапии сильными ингибиторами изофермента СYP2D6 (например, бупропионом, хинидином, флуоксетином, пароксетином) (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). **Индукторы цитохрома Р450** В зависимости

от индивидуальной реакции пациента может потребоваться коррекция дозы Бринтелликса в случае присоединения терапии индукторами цитохрома Р450 широкого спектра (например, рифампицином, карбамазепином, фенитоином) (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). **Дети и подростки (младше 18 лет)** Безопасность и эффективность препарата Бринтелликс у детей и подростков в возрасте до 18 лет не установлена. Данных по этой группе пациентов нет (см. раздел «Особые указания»). Способ применения Бринтелликс предназначен для приема внутрь. Покрытые пленочной оболочкой таблетки можно принимать вне зависимости от приема пищи. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ** Сводная характеристика профиля безопасности. Наиболее частой нежелательной реакцией была тошнота. Нежелательные реакции обычно были слабо или умеренно выраженными и отмечались лишь на протяжении первых двух недель лечения. Нежелательные реакции обычно носили временный характер и, в общем, не являлись причиной отмены препарата. Нежелательные побочные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта, такие как тошнота, чаще наблюдались у женщин, чем у мужчин. Список нежелательных реакций. Нежелательные реакции, перечисленные ниже, распределены по частоте следующим образом: очень часто ( $\geq 1/10$ ); часто (от  $\geq 1/100$  до  $< 1/10$ ); нечасто (от  $\geq 1/1000$  до  $< 1/100$ ); редко (от  $\geq 1/10000$  до  $< 1/1000$ ); очень редко ( $< 1/10000$ ), частота неизвестна (частота не может быть оценена на основании имеющихся данных). Очень часто: тошнота; часто: диарея, запор, рвота, головокружение, необычные сновидения, зуд, в том числе генерализованный; нечасто: приливы, ночные поты; частота неизвестна: серотониновый синдром. Описание отдельных нежелательных реакций **Пожилые пациенты** Для доз вортиоксетина 10 мг и выше один раз в сутки уровень выбывания из исследований был выше у пациентов в возрасте  $\geq 65$  лет. Для доз вортиоксетина 20 мг один раз в сутки случаи возникновения тошноты и запоров был выше у пациентов в возрасте  $\geq 65$  лет (42% и 15%, соответственно) по сравнению с пациентами  $< 65$  лет (27% и 4%, соответственно) (см. раздел «Особые указания»). **Сексуальная дисфункция** В клинических исследованиях сексуальная дисфункция оценивалась с использованием АSEX (Аризонская шкала сексуальной функции). Дозы от 5 до 15 мг не демонстрировали отличия от плацебо. Однако прием дозы вортиоксетина 20 мг ассоциировался с повышением частоты возникновения сексуальной дисфункции, вызванной терапией (TESD) (см. раздел «Фармакологические свойства»). **Класс-специфический эффект** Эпидемиологические исследования преимущественно с участием пациентов в возрасте 50 лет и старше показали существование повышенного риска костных переломов у пациентов, принимающих лекарственные препараты, относящиеся к соответствующим фармакологическим классам антидепрессантов (СИОЗС и ТЦА). Механизм, приводящий к этому риску, неизвестен, также как неизвестно относится ли этот риск к приему вортиоксетина.

RU-BRIN-0017

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ (ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ) РАБОТНИКОВ

ПЕРЕД ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ