



ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

имени В. М. Бехтерева



№ 2

2015 ГОД

ГЛИАТИЛИН

ХОЛИНа альфосцерат



Рег. номер: П № 011966/02



Рег. номер: П № 011966/01

**ПРОВЕРЕННОЕ
НАДЕЖНОЕ И
ЭФФЕКТИВНОЕ
СРЕДСТВО**
для ЛЕЧЕНИЯ
**КРИТИЧЕСКИХ И
ПОСТКРИТИЧЕСКИХ
ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ
СИСТЕМЫ**



Показания к применению:

1. *Нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу (острый и восстановительный период) и геморрагическому типу (восстановительный период).*
2. *Черепно-мозговая травма (острый и восстановительный период).*
3. *Когнитивные, поведенческие и эмоциональные нарушения при дегенеративных и сосудистых заболеваниях головного мозга.*

 **ITALFARMACO**

г.Москва, Каширское шоссе, д.23
Дом Ученых ОНЦ РАМН, 2 этаж, к.А
Тел.: (499) 324-9640, 324-9230
Факс: (499) 324-5508, 324-9140

 **CSSE LTD**
"Си Эс Си Лтд."
www.cscrussia.ru

Российское общество психиатров
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»
Министерства здравоохранения РФ (учредитель)

ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
имени В.М. Бехтерева

№ 2, 2015

V.M. BEKHTEREV REVIEW OF PSYCHIATRY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

Председатель редакционного совета

Н.Г. Незнанов, д.м.н., профессор

Главный редактор

Ю.В. Попов, д.м.н., профессор,
засл. деятель науки РФ

Члены редакционной коллегии

Л.И. Вассерман, д.м.н., профессор

А.П. Коцюбинский, д.м.н., профессор

И.В. Макаров, д.м.н. (ответственный секретарь)

Члены редакционного совета

Ю.А. Александровский, д.м.н., профессор,
чл.-корр. РАН (Москва)

М. Аммон, д.пс.н. (Мюнхен)

В.С. Битенский, д.м.н., профессор,
чл.-корр. АМН Украины (Одесса)

Н.А. Бохан, д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН,
засл. деятель науки РФ (Томск)

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

А.А. Гоштаутас, д.м.н., профессор (Литва)

С.Н. Ениколопов, к.пс.н., доцент (Москва)

Г.В. Залевский, д.пс.н., профессор,
чл.-корр. РАО, засл. деятель науки РФ (Томск)

В.Н. Краснов, д.м.н., профессор (Москва)

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

О.В. Лиманкин, к.м.н. (Санкт-Петербург)

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

В.А. Михайлов, д.м.н. (Санкт-Петербург)

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

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

Л.П. Рубина, засл. врач РФ (Санкт-Петербург)

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

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 (Москва)

В.К. Шамрей, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)

В.М. Шкловский, д.пс.н.,

профессор, академик РАО (Москва)

Э.Г. Эйдемиллер, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)

К.К. Яхин, д.м.н., профессор (Казань)

The chairman of editorial board

N.G. Neznanov

Editor-in-chief

Yu.V. Popov

Editorial board

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

A.P. Kotsubinsky (section «Psychiatry»)

I.V. Makarov (executive secretary)

Editorial council

Yu.A. Alexandrovsky (Moscow)

M. Ammon (Munich)

V.S. Bitensky (Odessa, Ukraine)

N.A. Bohan (Tomsk)

V.D. Vid (Saint-Petersburg)

A.A. Goshtautas (Kaunas)

S.N. Enikolopov (Moscow)

G.V. Zalewsky (Tomsk)

V.N. Krasnov (Moscow)

E.M. Krupitsky (Saint-Petersburg)

O.V. Limankin (Saint-Petersburg)

V.V. Makarov (Moscow)

V.A. Mikhailov (Saint-Petersburg)

P.V. Morozov (Moscow)

N.N. Petrova (Saint-Petersburg)

L.P. Rubina (Saint-Petersburg)

P.I. Sidorov (Arkhangelsk)

E.V. Snedkov (Saint-Petersburg)

S. Tiano (Tel-Aviv)

A.S. Tiganov (Moscow)

B.D. Tsygankov (Moscow)

V.K. Shamrej (Saint-Petersburg)

V.M. Shklovsky (Moscow)

E.G. Eidemiller (Saint-Petersburg)

K.K. Yakhin (Kazan)

Журнал входит в рекомендованный ВАК РФ список изданий для публикации материалов докторских диссертаций и индексируется в электронной поисковой системе базы данных РИНЦ (Российский индекс научного цитирования).

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

Тираж 3000 экз. ISSN 2313-7053. Подписной индекс по каталогу агентства «Роспечать» — 70232

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2013. Все права защищены. Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения редакции.

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

По вопросам рекламы обращаться к директору издательства.

| | | | |
|--|-----|--|--|
| ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ | | PROBLEM-SOLVING ARTICLES | |
| Критерии и алгоритм диагностики панического расстройства <i>Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В., Гребенюков С.В., Колесова Ю.П.</i> | 3 | Criteria and algorithm of diagnostics of panic disorder <i>Karavaeva T.A., Vasilyeva A.V., Poltorak S.V., Grebenukov S.V., Kolesova Y.P.</i> | |
| Переходные психопатологические состояния в клинике непсихотических психических расстройств <i>Коцюбинский А.П.</i> | 10 | Transitional psychopathological conditions in the clinic of non-psychotic mental disorders <i>Kotsubinskiy A.P.</i> | |
| Биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни <i>Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш.</i> | 17 | Biopsychosocial approach in health psychology <i>Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh.</i> | |
| НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ | | INVESTIGATIONS | |
| «Гендерный парадокс» суицидального поведения <i>Пичиков А.А., Попов Ю.В.</i> | 22 | «Gender paradox» of suicidal behavior <i>Pichikov A.A., Popov Y.V.</i> | |
| Мотивация и терапевтический альянс у девочек-подростков с нервной анорексией и проблема преждевременного прерывания лечения <i>Скрипченко П.А., Пичиков А.А., Попов Ю.В.</i> | 30 | Therapeutic alliance with teenage girls suffering from anorexia nervosa, motivation and the problem of dropout from inpatient treatment <i>Skripchenko P.A., Pichikov A.A., Popov Y.V.</i> | |
| ИССЛЕДОВАНИЯ | | INVESTIGATIONS | |
| Медицинская психодиагностика в гинекологии: методология и задачи исследований на модели предменструального синдрома <i>Аганезова Н.В., Вассерман Л.И., Кислицына З.В.</i> | 36 | Medical psychodiagnostics in gynecology: researches methodology and tasks on the model of premenstrual syndrome <i>Aganezova N.V., Wasserman L.I., Kislicyna Z.V.</i> | |
| Когнитивно-поведенческая копинг-профилактика аддиктивных и аффективных состояний у студентов (новый подход к оценке иррациональных когнитивных установок и копинга) <i>Воеводин И.В., Бохан Н.А.</i> | 42 | Cognitive-behavioural coping-prevention of addictive and affective disorders among the students (new approach to evaluation of irrational cognitions and coping) <i>Voevodin I.V., Bokhan N.A.</i> | |
| Психопатологическая структура сверхценных состояний <i>Илюшина Е.А., Ткаченко А.А.</i> | 51 | Psychopathological structure of overvalued states <i>Ilyushina E.A., Tkachenko A.A.</i> | |
| Непсихотические психические расстройства у больных эпилепсией пожилого возраста и их влияние на качество жизни <i>Михайлов В.А., Дружинин А.К., Липатова Л.В., Киссин М.Я., Бочаров В.В.</i> | 59 | Non-psychotic mental disorders in patients with epilepsy elderly and their impact on quality of life <i>Mikhailov V.A., Druzhinin A.K., Lipatova L.V., Kissin M.Ya., Bocharov V.V.</i> | |
| Психосоматический подход к исследованиям больных с кожными аллергическими заболеваниями (обзор литературы в связи с задачами психотерапии) <i>Поддубная Т.В.</i> | 67 | Psychosomatic approach to researches of patients suffering from skin allergies (literature review accordingly psychotherapy tasks) <i>Poddubnaya T.V.</i> | |
| Некоторые аспекты клинической динамики острых психотических расстройств <i>Строганов А.Е., Кулешова Е.О.</i> | 74 | Some aspects of clinical dynamics of acute psychoses <i>Stroganov A.E., Kuleshova E.O.</i> | |
| Особенности эмоциональных и невротоподобных расстройств при разных вариантах алкогольной анозогнозии <i>Тархан А.У., Ерошин С.П., Незнанов Н.Г., Зубова Е.Ю., Попов Ю.В., Чехлатый Е.И., Семенова Н.В., Рыбакова К.В.</i> | 78 | Features of emotional and neurosis-like disorders in different variants of alcoholic anosognosia <i>Tarkhan A.U., Eroshin S.P., Neznanov N.G., Zubova E.Y., Popov Y.V., Chekhaty E.I., Semenova N.V., Rybakova K.V.</i> | |
| Клинико-этологический подход к объективизации дифференциальной диагностики аутистических расстройств у детей <i>Хайретдинов О.З., Макаров И.В.</i> | 86 | Clinical-ethological approach to the objectification of the differential diagnosis of autism spectrum disorders in children <i>Khairtdinov O.Z., Makarov I.V.</i> | |
| Особенности психомоторного развития у детей с депривацией слуха <i>Юрьева Д.С., Пальчик А.Б.</i> | 91 | Features of Neurodevelopment in Children with Hearing Deprivation <i>D.S. Yurieva, A.B. Palchik</i> | |
| КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ | | PSYCHIATRIC NEWSPAPER | |
| Анализ потребностей в психообразовательных и психореабилитационных программах семей детей с умственной отсталостью <i>Михейкина О.В., Макаров И.В.</i> | 96 | Psychoeducational and psychorehabilitation needs analysis of families with mentally retarded children <i>Mikheykina O.V., Makarov I.V.</i> | |
| О препарате, направленном на сокращение потребления алкоголя | 98 | | |
| «Высокий уровень эффективности и безопасности делает глиатилин препаратом выбора в лечении ХНМК» <i>Мирослав Одинак</i> | 102 | | |

Критерии и алгоритм диагностики панического расстройства

Караваяева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В., Гребенюков С.В., Колесова Ю.П.
ФБГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт
им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ

Резюме. В статье рассматриваются современные подходы к диагностике панического расстройства. Рассмотрено соотношение диагностических критериев панического расстройства DSM-IV и МКБ-10. Приведены типичные клинические проявления, особенности и варианты течения панического приступа. Представлены критерии агорафобии как варианта ограничительного поведения, наиболее часто формирующегося при паническом расстройстве. Определены основные нозологии, которые должны быть учтены при дифференциальной диагностике. Предложен алгоритм диагностики панического расстройства, охарактеризованы клинический, экспериментально-психологический, инструментально-лабораторный методы, выделены этапы диагностического процесса.

Ключевые слова: паническое расстройство, агорафобия, тревожные состояния, невротические расстройства, алгоритм диагностики, дифференциальная диагностика.

Criteria and algorithm of diagnostics of panic disorder

Karavaeva T.A., Vasilyeva A.V., Poltorak S.V., Grebenukov S.V., Kolesova Y.P.
St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary. This article covers modern approaches for the diagnosis of panic disorder. Overviewed the interrelations of the diagnostic criteria for panic disorder DSM-IV and ICD-10. Presented the typical clinical manifestations, features and variants of the course of panic attack. Submitted criteria of agoraphobia as a variant of restrictive behavior, which is most often formed in panic disorder. Identified the main nosologies, which should be considered in the differential diagnosis. Was proposed an algorithm for diagnostics of panic disorder, were described clinical, experimental and psychological, instrumental and laboratory methods, were identified stages of the diagnostic process.

Key words: panic disorder, agoraphobia, anxiety, neurotic disorders, algorithm of diagnostics, differential diagnosis

Одной из основных задач современной медицины является разработка критериев и алгоритмов диагностики расстройств тревожного спектра на основе научных представлений и практических успехов здравоохранения, позволяющих достигать быстрого восстановления трудоспособности пациентов, сокращать сроки их лечения, предотвращать формирование затяжных, хронических форм заболевания, снижать вероятность возникновения их рецидивов и декомпенсации состояния [1, 2, 10].

Паническое расстройство имеет широкую распространенность среди населения [11, 17]. В основе его развития лежат как биологические, так и психологические и социальные факторы, что определяет необходимость комплексного подхода к их диагностике и лечению, является основой эффективного патогенетически обоснованного применения всего спектра современных биологических и психосоциальных вмешательств и обосновывает целесообразность использования различных организационных форм помощи, включая бригадный подход к лечению, и реабилитации пациентов [4, 7, 12].

Недостаточное использование современных методов исследования, отсутствие представлений о специфике получаемых с их помощью данных,

характерных для нарушений невротического регистра, приводят к некачественной негативной диагностике и в итоге не позволяют демаскировать клинически сходную патологию, но имеют различные этиопатогенетические механизмы [3]. Это в свою очередь приводит к ошибочной терапевтической стратегии, использованию неадекватных методов лечения, способствует формированию хронических, затяжных форм заболевания [1, 8].

Актуальность разработки критериев и алгоритмов диагностики панического расстройства определяется следующими нерешенными проблемами: высокой частотой встречаемости среди населения этой патологии, значительным снижением качества жизни у больных с паническим расстройством, формированием у них ограничительного поведения, тесной связью клинической картины с внешними социальными, экономическими, культуральными факторами, индивидуальными внешними обстоятельствами, недостаточным использованием современных методов исследования, отсутствием достаточных представлений о специфике получаемых с их помощью данных, характерных для нарушений невротического регистра, недостаточной осведомленностью врачей-психиатров, психотерапевтов о результатах клинических исследований и рекомендациях по

применению отдельных методов терапевтического вмешательства, полученных на основе методологии доказательной медицины, и другими.

Целью работы является разработка критериев и алгоритма диагностики панического расстройства на основе доказательных исследований.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных. Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составила 5 лет. Источники для анализа доказательств: обзоры опубликованных метаанализов; систематические обзоры с таблицами доказательств.

Соотношение диагностических критериев панического расстройства в классификациях DSM-IV и МКБ-10

| Нозология | DSM-IV | МКБ-10 |
|-------------------------|--|--|
| Паническое расстройство | Периодически повторяющиеся неожиданные панические атаки | Рекуррентные панические атаки, не связанные со специфическими ситуациями или предметами, или опасностью для жизни |
| | В течение как минимум месяца после одной из атак отмечается хотя бы один из нижеследующих симптомов: - озабоченность возможностью новых атак; - беспокойство по поводу атак или их последствий; - значительные изменения в поведении, обусловленные атаками | Как минимум 4 симптома: - вегетативная гиперактивность (потливость, тахикардия или тахипноэ, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту и др.); - дереализация, деперсонализация; - страх потери контроля, сумасшествия; - страх умереть; - чувство головокружения, обморочности |

Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога), F41.0 — одно из наиболее распространенных пограничных психических заболеваний, характеризующееся рецидивирующими приступами резко выраженной тревоги (паники), не связанными с какими-либо специфическими ситуациями или предметами, а следовательно, непредсказуемыми и спонтанными. Необходимо подчеркнуть, что **приступы паники**: не связаны с проявлением опасности или угрозы; не ограничиваются известной, предсказуемой ситуацией; возникают при обстоятельствах, не вызывающих объективную тревогу; не имеют ауру перед началом; перемежаются свободными от тревоги периодами между атаками; не являются следствием прямых физиологических эффектов, опосредованных действием каких-либо

веществ (например, лекарственных или наркотических); не спровоцированы каким-либо общим медицинским расстройством (например, гипертиреозом) [4, 5].

Эпидемиология. Паническое расстройство наиболее часто встречается в возрасте от 25 до 64 лет, данные большинства эпидемиологических исследований показывают 3-4-кратное преобладание женщин над мужчинами [6, 9, 14]. Распространенность данного заболевания среди населения составляет по разным исследованиям от 2 до 5% [13, 14].

В структуре **тревожного синдрома** выделяют три основных компонента:

1. Непосредственно субъективные переживания то есть симптом тревоги в собственном смысле.

2. Страх ожидания приступа, поведение избегания.

3. Вегетативные нарушения — «вегетативные кризы». Чаще симпатикотонические, реже смешанные и вагоинсулярные.

Типичная клиническая картина приступа. Характерное начало симптомами со стороны *сердечно-сосудистой системы* — с внезапно начавшегося «сильного сердцебиения», ощущений «перебоев», «остановки», дискомфорта или боли в области сердца. Большинство панических атак сопровождаются подъемом артериального давления, цифры которого могут быть достаточно значительными. По мере развития заболевания цифры АД снижаются параллельно дезактуализации страха, что может служить надежным диагностическим критерием при дифференциальной диагностике гипертонической болезни с кризовым течением и панического расстройства [5].

Наиболее выраженные нарушения в *дыхательной системе*: затрудненное дыхание, чувство нехватки воздуха с одышкой и гипервентиляцией, «чувство удушья». Описывая приступ, пациенты сообщают, что «перехватило горло», «перестал поступать воздух», «стало душно». Именно эти ощущения заставляют больного открывать окна, балкон, искать «свежий воздух». Приступ может начинаться с ощущения удушья, и в этих случаях страх смерти возникает как следствие «затруднения» дыхания [6].

Реже наблюдаются *желудочно-кишечные расстройства*, такие как тошнота, рвота, отрыжка, неприятные ощущения в эпигастрии.

Как правило, в момент криза наблюдаются головокружение, потливость, тремор с чувством озноба, «волны» жара и холода, парестезии, похолодание кистей и стоп.

В завершающей стадии приступа наблюдается полиурия или частый жидкий стул.

Объективно определяются изменение цвета лица, частоты пульса, колебания АД, причем нередко обнаруживается диссоциация между субъективной регистрацией вегетативных нарушений больными и их выраженностью при объективном осмотре.

Характерные проявления:

| | |
|--|--|
| Характеристики приступа | Дискретность эпизодов, наличие интенсивного страха или дискомфорта, внезапность появления приступа, нарастание максимума в течение нескольких минут, продолжительность по меньшей мере несколько минут |
| Характеристики вегетативных нарушений | Усиление или учащение сердцебиения, потливость, дрожание или тремор, сухость во рту, затруднение дыхания, чувство удушья, боль и дискомфорт в груди, тошнота или дискомфорт в животе, приливы и чувство озноба, онемение или ощущение покалывания |
| Характеристика психического состояния: | Чувство головокружения, неустойчивости, ощущения «предобморочного состояния», ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или «находится не здесь» (деперсонализация), часто присутствуют «вторичные фобии»: страх умереть, потерять контроль над собой или сойти с ума, страх катастрофы с сердцем, инфаркта, инсульта, падения, неловкой ситуации, возможны также дисфорические проявления: раздражительность, обида, агрессия, встречаются депрессивные состояния с тоской, подавленностью, безысходностью, жалостью к себе, могут развиваться истеро-конверсионные расстройства при приступах: «чувство кома в горле», афония, амавроз, мутизм, онемение или слабость в конечностях; также отмечаются атаксия и вытягивание, «выворачивание», «скрючивание» рук |

Постепенно по мере развития заболевания присоединяются **вторичные нарушения**:

- 1) вторичные страх смерти, утраты самоконтроля, сумасшествия;
- 2) вторичное избегание какой-либо ситуации, в которой паническая атака возникла впервые;
- 3) вторичные страхи остаться одному, людных мест, повторных панических атак;
- 4) вторичные социальные фобии;
- 5) вторичные депрессивные расстройства;
- 6) вторичное злоупотребление алкоголем (с анксиолитической целью);
- 7) вторичная зависимость от седативных средств.

Выделяются следующие **разновидности панических приступов**:

- а) по представленности симптомов:
 - большие (развернутые) панические приступы — 4 симптома и более,

- малые (симптоматически бедные) — менее 4 симптомов.

Большие приступы возникают реже, чем малые (1 раз/месяц — неделя), а малые могут возникать до нескольких раз в сутки.

б) по выраженности тех или иных составляющих:

| Тип приступов | Преобладающие нарушения |
|---|--|
| «Вегетативные» (типичные) | С преобладанием вегетативных нарушений и недифференцированных фобий |
| «Гипервентиляционные» | С ведущими гипервентиляционными нарушениями, усиленным дыханием, рефлекторным апноэ, парестезиями, болями в мышцах, связанными с респираторным алкалозом |
| «Фобические» | Фобии преобладают в структуре панической атаки над вегетативной симптоматикой. Возникают при присоединении страха в ситуациях, потенциально опасных, по мнению больного, для возникновения приступов |
| «Конверсионные» | Доминирует истеро-конверсионная симптоматика, нередко с сенестопатическими расстройствами, характерна незначительная выраженность или отсутствие страха и тревоги |
| «Сенестопатические» | С высокой представленностью сенестопатий |
| «Аффективные» | С выраженными депрессивными или дисфорическими расстройствами |
| «Деперсонализационно-дереализационные». | С ощущениями нереальности восприятия себя или окружающего |

Выделение **степеней тяжести панического расстройства** основано на частоте возникновения приступов:

1. Умеренная степень: по меньшей мере 4 панические атаки в четырехнедельный период.

2. Тяжелая степень: по меньшей мере четыре панические атаки в неделю за четыре недели наблюдения

Течение панического расстройства. По мере прогрессирования в «классических» случаях характерна определенная динамика панического расстройства, которое обычно проходит **следующие стадии:** симптоматически бедные приступы; развернутые приступы паники, ипохондрия, ограниченное фобическое избегание, обширное фобическое избегание, вторичная депрессия.

Заболевание может развиваться медленно в течение месяцев и лет, а может быстро — в течение дней или недель. В 50% случаев паническое расстройство начинается со стадии 1, а в 50% — со стадии 2 [1, 4, 17].

По мере продолжения приступов паники они могут связываться с различными жизненными

обстоятельствами, которые становятся как бы условными фобическими раздражителями. Так, панические приступы, возникнув, имеют тенденцию к закреплению и повторяются в сходных ситуациях (места большого скопления людей, общественный транспорт и пр.). У больных возникают опасения возможности повторения приступов (тревога ожидания). Нередко устойчивое чувство страха формируется уже после первого пароксизма и касается той ситуации, в которой он возник (метро, автобус, толпа). Если приступ случается дома, в одиночестве, часто появляется страх одному оставаться дома. Это способствует формированию особого режима охранительного поведения, так называемого поведения избегания или фобического поведения, которое распространяется на ситуацию прошлого приступа и способствует возникновению агорафобии.

В качестве относительно **самостоятельных подтипов** выделяют:

- 1) паническое расстройство с агорафобией,
- 2) паническое расстройство без агорафобии,
- 3) агорафобию без панического расстройства.

Критерии агорафобии.

А. Тревога по поводу попадания в места или ситуации, из которых может быть затруднительно выбраться или в которых помощь не может быть оказана вовремя в случае неожиданного или ситуационно спровоцированного развития панических симптомов. Агорафобические страхи обычно происходят в типичных ситуациях, которые включают в себя страх выходить из дома одному, страх толпы или очередей, страх мостов, поездок в автобусе, поезде или автомобиле. При избегании какой-либо одной ситуации диагностируется специфическая (простая) фобия, при избегании социальных ситуаций — социальная фобия [15, 16].

Б. Ситуации избегаются (например, поездки ограничиваются) или сопровождаются значительными переживаниями и тревогой по поводу возможности развития симптомов паники. Ситуации могут преодолеваются в присутствии кого-либо.

В. Тревога или фобическое избегание не соответствуют больше критериям другого психического расстройства, как, например, «социальная фобия» (избегание определенных социальных ситуаций по причине страха или стеснения), «специфическая фобия» (например, избегание таких конкретных ситуаций, как поездка в лифте), «обсессивно-компульсивное расстройство» (например, избегание грязи в случае страха загрязнения), «посттравматическое стрессовое расстройство» (избегание ситуаций, напоминающих о стрессовом событии) или «тревожное расстройство разлуки» (например, избегание расставания с домом и родственниками).

Выделяются **три «подтипа» течения** панического расстройства.

1. Представлены только панические атаки, клиническая картина которых расширяется лишь за счет преходящих ипохондрических фобий и агорафобии, носящих вторичный характер. По минованию острого периода и редукции пани-

ческих приступов происходит и полное обратное развитие всех психопатологических расстройств.

2. К атакам быстро присоединяется агорафобия, которая отличается стойкостью проявлений. Быстро формируются фобическое и избегающее поведение. По мере обратного развития панических приступов редукция других психопатологических расстройств не происходит. Агорафобия выходит на первый план в клинической картине и приобретает стойкий и не зависимый от атак характер. Основной идеей, которой подчинен весь образ жизни больных, становится ликвидация условий возникновения данных приступов (щадящий образ жизни).

3. Возникновение на фоне панических атак ипохондрических фобий. По миновании развернутых приступов на первый план выдвигаются кардио-, инсульто-, танатофобия, определяющие клиническую картину на протяжении месяцев и даже лет. Отмечаются постоянная интроспекция и ипохондрическая озабоченность своим здоровьем, при этом поводом для обострения фобий могут стать самые незначительные отклонения в деятельности организма. В то же время агорафобии и избегающего поведения не отмечается.

Дифференциальная диагностика должна проводиться со следующими заболеваниями [1, 3, 17]:

| | |
|--|---|
| – Социальная фобия, | – Эпилепсия, |
| – специфическая фобия, | – резидуально-органические заболевания головного мозга, |
| – обсессивно-компульсивное расстройство, | – органические заболевания головного мозга |
| – посттравматическое стрессовое расстройство, | – гипоталамическое расстройство, |
| – генерализованное тревожное расстройство, | – патология щитовидной железы, |
| – аффективные расстройства настроения (эндогенная депрессия, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное расстройство, дистимия), | – феохромоцитомы, |
| – соматоформные расстройства, | – артериальная гипертензия, |
| – шизофрения (приступообразная-прогредиентная, вялотекущая), шизотипическое расстройство, | – кардиальные аритмии, |
| – расстройства личности (истерическое, ананкастное, тревожное, эмоционально-лабильное) | – пролапс митрального клапана |

Алгоритм диагностики панического тревожного расстройства. Для диагностики панического и генерализованного тревожного расстройства применяются следующие методы: клинический метод (клинико-anamnestический, клинико-психопатологический, клинико-патогенетический аспекты), экспериментально-психологический метод и инструментально-лабораторные методы (электроэнцефалографический, биохимический, нейрпсихологический, метод лучевой диагностики — магнитно-резонансная томография головного мозга).

Клинико-анамнестический метод направлен на выяснение факторов, принимавших участие в формировании преморбиды больных и в развитии психопатологических расстройств. Оценивается влияние биологических, соматических, социальных и психологических провоцирующих факторов в возникновении и поддержании патологического процесса.

Клинико-психопатологический метод имеет целью описание психической патологии, выделение основных признаков заболевания (симптомов), выявления их структуры (синдромов) и динамики (синдромокинеза), а также определение отношения больного к своему заболеванию и к отдельным его проявлениям.

Клинико-патогенетический метод позволяет оценить механизмы возникновения заболевания и его клинических проявлений, выявить совокупность процессов, определяющих начало, течение и исход болезни.

Для дифференциальной диагностики, оценки выраженности клинических проявлений, характеристики психологических особенностей, определения психотерапевтических мишеней целесообразно использовать **экспериментально-психологический метод**, который может включать в себя следующие методики.

Симптоматические опросники: опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R); шкала тревоги Бека (The Beck Anxiety Inventory — BA); шкала тревоги Гамильтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, сокр. HARS); шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory — STAI); интегративный тест тревожности (ИТТ).

Методики для психологической диагностики структуры личности: стандартизованный клинический личностный опросник MMPI (адаптированный И.Н. Гильяшевой, Л.Н. Собчик и Т.Л. Федоровой (1982) — полный вариант MMPI); методика «Я-структурный тест» Г. Аммона (ISTA), И. Бурбиль (2003).

Методики для исследования отдельных индивидуально-психологических особенностей личности: методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК); опросник для исследования личностных убеждений «Personal Beliefs Test» (Kassinove H., Berger A., 1984); многомерная шкала перфекционизма (Multidimensional perfectionism scale — MPS).

Методики для психологической диагностики факторов риска психической дезадаптации: методика «Индекс жизненного стиля» (Life style index); методика Е. Heim (1988); методика совладающего поведения (COPE); мельбурнский опросник принятия решений (Melbourne decision making questionnaire, — MDMQ).

Методики для психологической диагностики системы значимых отношений: опросник для исследования межличностных проблем (Inventory of Interpersonal Problems (IIP)); методика для исследования выраженности внутриличностных конфликтов, разработанная С. Ледером и сотр. (1973).

Скрининг панического расстройства. Шкала тревоги Шихана (ShARS). Разработана D.V. Sheehan в 1983 году. Это скрининговый тестовый инструмент для диагностики и самодиагностики расстройств тревожного спектра. Методика создана в 1983 году на основании выборки симптомов тревожных расстройств и панических атак и включает в себя наиболее распространенные проявления этих расстройств, в том числе соматические и вегетативные проявления тревоги. Шкала предназначена для использования на популяции взрослых лиц с установленным или предполагаемым расстройством тревожного спектра. Средний балл при паническом расстройстве и агорафобии составляет 57 ± 20 . Целью терапии должно быть достижение уровня тревоги ниже 20 баллов.

Алгоритм диагностики. Диагностику и верификацию панического расстройства проводят врач-психиатр, врач-психотерапевт, врач общей практики, используя комплекс методов для определения наличия диагностических критериев заболеваний и дифференциальной диагностики с иными патологическими состояниями, учитывая также данные, получаемые от других специалистов (медицинских психологов, социальных работников, врачей других специальностей).

1-й этап. Проводится первичная беседа с пациентом и, по возможности, с его родственниками.

| Подробно оценивается: | Предварительно оценивается: |
|---|--|
| клиническая картина заболевания (особенности панических атак, частота и длительность их проявления, вегетативные нарушения, наличие ограничительного поведения, другая симптоматика, условия и давность появления первых симптомов); наличие наследственной отягощенности психическими заболеваниями; предыдущее лечение и его результаты; психический статус на момент осмотра; соматический и неврологический статус; наличие коморбидной и сопутствующей патологии; мотивация на лечение | актуальные жизненные обстоятельства пациента преморбидные особенности личности; социальный статус (образование, семейное положение, трудовой статус, особенности социального функционирования, круг и стиль общения, особенности межличностного взаимодействия и т.п.); характерные особенности эмоционального реагирования |
| Результат: осуществляются первичная верификация диагноза, первичная дифференциальная диагностика (клиническая) с другой психической патологией. | |

2-й этап. Назначение и оценка данных дополнительных методов исследования.

| |
|---|
| Определяется необходимый объем и проводятся экспериментально-психологическое и инструментально-лабораторное обследование. |
| Результат: подтверждение диагноза, дифференциальная диагностика с другими заболеваниями. |

3-й этап. Проведение ряда повторных бесед (количество определяется индивидуально в зависимости от особенностей пациента).

| |
|--|
| <p>Подробно оценивается:</p> <p>актуальные жизненные обстоятельства пациента; преморбидные особенности личности; социальный статус (образование, семейное положение, трудовой статус, особенности социального функционирования, круг и стиль общения, особенности межличностного взаимодействия и т.п.); характерные особенности эмоционального реагирования; преимущественно используемые психологические защиты и копинг-механизмы; отношение к заболеванию; система отношений пациента; особенности когнитивных установок; сформированные поведенческие стереотипы; отношение к себе и самооценка</p> |
| <p>Результат: определение индивидуальных особенностей заболевания, определение психотерапевтических мишеней</p> |

Паническое расстройство — заболевание, в отношении которого необходимо комплексное применение биологических, психотерапевтических, психосоциальных, психообразовательных методов и использование различных организационных форм помощи. Это соответствует современным положениям о бригадном подходе в работе с больными и приближению оказания помощи к общественно ориентированной психиатрии. Своевременная и точная диагностика панического расстройства позволяет более эффективно применять лечебные стратегии, достигая более быстрого выздоровления пациентов.

Литература

1. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки (неврологические и психофизиологические аспекты). — М.: «Эйдос Медиа». — 2004. — 408 с.
2. Еричев А.Н., Моргунова А.М. Современные стрессовые ситуации и возникновение чувства тревоги. Как научиться бороться. / Практическое руководство. — СПб: Изд. дом. СПб МАПО. — 2009. — 30 с.
3. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Бутوما Б.Г., Еричев А.Н., Мельникова Ю.В., Саврасов Р.Г. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 1. / Социальная и клиническая психиатрия. — 2013 — Т. 23. — № 4 — С. 45–50.
4. Резник А.М., Арбузов А.Л., Квашина Н.В., Лисицына Е.А. Агорафобия и паническое расстройство с генерализацией тревоги: клиника и возможности терапии / Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — Т. 6. — С. 288–291.
5. Секунда Ю.И., Шпрах В.В. Особенности структуры панических атак в зависимости от типа личности пациентов / Сибир. мед журн. — Иркутск. — 2006. — № 7. — С. 64–66.
6. Barzegar G., Maina G., Venturello S., Bogetto F. Gender-related differences in the onset of panic disorder / Acta Psychiatr. Scand. — 2001. — Vol. 103. — P. 189–195.
7. Blaya C, Salum GA, Lima MS, Leistner-Segal S, Manfro GG. Lack of association between the Serotonin Transporter Promoter Polymorphism (5-HTTLPR) and Panic Disorder: a systematic review and meta-analysis // Behav Brain Funct. — 2007. — Vol. 18. — P. 3–41.
8. Brown L.A., Gaudiano B.A., Miller W. The impact of panic-agoraphobic comorbidity on suicidality in hospitalized patients with major depression / Depress Anxiety. — 2010. — Vol. 27. — P. 310–315.
9. Choi W.S., Lee B.H., Yang J.C., Kim Y.K. Association Study between 5-HT1A Receptor Gene C(-1019)G Polymorphism and Panic Disorder in a Korean Population // Psychiatry Investig. — 2010. — Vol. 7. — P. 141–146.
10. Daniels C.Y. Panic disorder. 2010. <http://emedicine.medscape.com/article/287913-overview>
11. Epidemiology of panic / N.M. Batelaan, R. De Graaf, A.J. Van Balkom et al. // Tijdschr. Psychiatr. — 2006. — Vol. 48, № 3. — P. 195–205.
12. Foldes-Busque G., Marchand A., Landry P. Early detection and treatment of panic disorder with or without agoraphobia: update / Can. Fam. Physician. — 2007. — Vol. 53. — P. 1686–1693.
13. Kessler R.C., Chiu W.T. et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication / Arch. Gen. Psychiatry. — 2006. — Vol. 63. — P. 415–424.
14. Koefoed P, Woldbye D.P., Hansen T.O., Hansen E.S., Knudsen G.M., Bolwig T.G., Rehfeld J.F. Gene variations in the cholecystokinin system in patients with panic disorder // Psychiatr net. — 2010. — Vol. 20. — P. 59–64.
15. Langs G., Quehenberger F., Fabisch K., Klug G., Fabisch H., Zapotoczky H.G. The development of agoraphobia in panic disorder: a predictable process? / J. Affect. Disord. — 2000. — Vol. 58. — P. 43–50.
16. Rosellini A.J., Lawrence A.E., Meyer J.F., Brown T.A. The effects of extraverted temperament on agoraphobia in panic disorder / J. Abnorm. Psychol. — 2010. — May. — Vol. 119. — P. 420–426.
17. Roy-Byrne P.P., Craske G., Stein M. / Panic disorder // The Lancet. — 2006. — Vol. 368. — P. 1023–1032.

Сведения об авторах

Караваева Татьяна Артуровна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. E-mail: tania_kar@mail.ru

Васильева Анна Владимировна — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. E-mail: annavdoc@yahoo.com

Полтораки Станислав Валерьевич — кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. E-mail: poltorak62@mail.ru

Гребенюков Сергей Васильевич — младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. E-mail: 10darog@gmail.com

Колесова Юлия Павловна — кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. E-mail: yulia_leo@mail.ru

Переходные психопатологические состояния в клинике непсихотических психических расстройств

Коцюбинский А.П.

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

Резюме. В клинике непсихотических психических расстройств имеется множество переходных синдромологических образований, которые, с одной стороны, имеют признаки, сходные с конституциональными расстройствами личности, а с другой — с аутохтонными психическими расстройствами.

Проведенный автором анализ таких пограничных клинических феноменов позволяет рассматривать их как различные проявления (варианты) самостоятельного переходного непсихотического симптомокомплекса, который включает: а) пограничный шизотипический симптомокомплекс (обозначаемый в литературе как «шизотипическое личностное расстройство»); б) пограничный аффектотипический симптомокомплекс (обозначаемый в литературе как «пограничное личностное расстройство»); в) пограничный соматотипический симптомокомплекс (или иначе — соматотипическое расстройство личности).

Переходный непсихотический симптомокомплекс представляет собой латентную форму эндогенной психической патологии, оказываясь относительно «монолитным» и не характеризуясь динамикой, специфичной при развитии аутохтонного заболевания.

Ключевые слова: переходный непсихотический симптомокомплекс, шизотипическое личностное расстройство, пограничное личностное расстройство, соматотипическое расстройство личности.

Transitional psychopathological conditions in the clinic of non-psychotic mental disorders

Kotsubinskiy A.P.

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

Summary. Syndromological formations in the clinic of non-psychotic mental disorders have features similar to constitutional personality disorders on the one hand, and on the other hand — to autochthonous mental disorders.

The analysis of such borderline phenomena carried out by the author allows to consider them to be different signs (variants) of independent transitional non-psychotic symptom complex, that includes: a) borderline schizotypal symptom complex (denoted in literature as «schizotypal personality disorder»); b) borderline affective symptom complex (denoted in literature as «borderline personality disorder»); c) borderline somatotypical symptom complex (or otherwise – somatotypical personality disorder).

Transitional non-psychotic symptom complex is a latent form of endogenous psychical pathology, it is relatively «monolithic» and is not characterized by the dynamics, specific for development of autochthonous disease.

Keywords: transitional non-psychotic symptom complex, schizotypal personality disorder, borderline personality disorder, somatotypical personality disorder.

Под названием «переходный синдром» [37-38] обычно понимаются объединяемые общим названием состояния, касающиеся патологических явлений, которые наблюдаются в процессе развития органического психоза, а именно — на этапе исхода острых экзогенных реакций Бонгеффера и начала формирования психоорганической симптоматики. В рамках этой концепции «переходный синдром» занимает промежуточное положение между указанными реакциями, с одной стороны, и психоорганическим синдромом — с другой. К особенностям его проявления Н.Н. Wiesek относил разные по степени тяжести психопатологические состояния:

- 1) характеризующиеся изменением побуждений;
- 2) аффективные синдромы (астенический, анксиозно-депрессивный);
- 3) шизофреноподобный синдром (галлюцинально-параноидный);

- 4) амнестический корсаковский синдром.

В клинике непсихотических психических расстройств, как отмечает Ю.А. Александровский [1], также имеется множество переходных симптоматических и синдромологических образований, которые представлены широкой палитрой специфических клинических картин, составляющих в целом особую группу состояний, которые, с одной стороны, имеют признаки, сходные с конституциональными расстройствами личности, а с другой — с аутохтонными психическими расстройствами. Не случайно различные авторы справедливо обращают внимание на наличие некоторых личностных аномалий, которые имеют весьма существенную «близость» к формированию в дальнейшем психических заболеваний.

Терминологическое использование для определения некоторых феноменов, выступающих в клинике непсихотических расстройств, понятия

«переходный» можно рассматривать как продолжение развития концепции «пограничных состояний», выдвинутой А. Stern [34]. Термин «borderline states» [25, 36] породил производные понятия «пограничная личность» (borderline personality), которые и легли в основу представлений о «пограничном синдроме» — borderline syndrome [22], «пограничном расстройстве личности» — borderline patient [18-19], «условиях пограничного расстройства личности» — borderline conditions [17] и др. Тем не менее до 1970-х годов термин «пограничный» оставался редко и непоследовательно используемым «как разговорный» в рамках психоаналитического сообщества [3] при описании пациентов с нарушениями ранних стадий развития [26].

Вместе с тем в отношении пограничных состояний М.Н. Stone [35] отмечал следующую важную особенность: критериями пограничных расстройств личности скорее являются симптомы, а не черты характера.

С нашей точки зрения, дифференцированное рассмотрение пограничных непсихотических состояний позволяет выделить следующие его проявления.

А. Шизотипическое расстройство личности (F21.8 по МКБ-10 или 301.22 по DSM-IV). Следует подчеркнуть спорность квалификации этой категории в нозологическом плане. Проблема определения шизотипического расстройства личности тесно смыкается с дискуссией, начавшейся с момента выделения Е. Bleuler [16] латентной шизофрении и продолжающейся по существу до настоящего времени.

С точки зрения А. Б. Смулевича [12], шизотипическое расстройство личности представляет собой вариант расстройства личности с явлениями психопатологического диатеза (без признаков процессуальной прогрессивности) и входит в общую группу шизотипических расстройств. При этом А.Б. Смулевич указывает, что когнитивный дефицит при шизотипическом расстройстве личности выступает в «редуцированном виде» и касается прежде всего своеобразия мыслительной сферы.

Вместе с тем автор отмечает, что при шизотипическом расстройстве личности, по сравнению с другими личностными расстройствами, в некоторых случаях можно обнаружить признаки прогрессивности, свойственные аутохтонному процессу, а также отмечается менее благоприятное, чем при других характерологических девиациях, общее функционирование, более низкий уровень социальной активности и адаптации. Таким образом, фактически А.Б. Смулевич рассматривает шизотипические расстройства личности как относительно непрогрессивный вариант собственно шизотипических расстройств, одновременно допуская, что, возможно, шизотипические расстройства личности представляют собой продром вялотекущей шизофрении.

Уместно привести мнение Т.Н. McGlashan [2002 — цит. по 13], полагающего, что использо-

вание в медицинской практике определения «границ» шизофрении по DSM-IV, в соответствии с которой стертые, непсихотические формы заболевания концептуализируются в пределах категории «шизотипическое расстройство личности» (т. е. по существу не рассматриваются как состояния, характеризующиеся определенным типом течения), лишает пациентов возможности получения своевременного и адекватного лечения и может нанести вред их здоровью.

Таким образом, шизотипическое расстройство личности имеет весьма тесную связь с представлениями о собственно шизотипических расстройствах, не случайно в отечественной классификации оно включено в раздел F21. О связи шизотипических расстройств личности с собственно шизотипическими расстройствами свидетельствуют и следующие соображения.

1. Психические нарушения, относимые к шизотипическому расстройству личности, ограничиваются, как и собственно шизотипические расстройства, непсихотическими проявлениями.

2. При имеющейся в динамике этих состояний личностной трансформации отсутствуют, как и при собственно шизотипических расстройствах, признаки выраженного дефекта, в частности — редукции энергетического потенциала, обязательные для диагностики психотической шизофрении.

Вместе с тем существует связь шизотипических расстройств личности с более грубыми (психотическими) проявлениями психопатологических нарушений шизофренического спектра. Так, в динамике шизотипического расстройства личности можно отметить наличие некоторых аутохтонно возникающих психопатологических явлений с полиморфизмом синдромов, причем эти позитивные расстройства всегда транзиторны и ограничиваются субпсихотическим уровнем:

1) квазипсихотические эпизоды в виде тревоги, идеообсессивных расстройств, даже острого чувственного бреда (что делает весьма сомнительной отнесение пациентов с такого рода феноменами к классу личностно аномальных, позволяя отнести такого рода динамику психического состояния к проявлениям шизотипических расстройств);

2) манифестация психогенно/соматогенно провозированных шизофренических реакций.

В то же время при шизотипических расстройствах личности имеются феномены, которые можно трактовать как характерологические особенности пациентов. Так, на протяжении всей жизни индивидуумы с явлениями шизотипического расстройства личности ведут замкнутый образ жизни. Для них характерны односторонность деятельности, узкая направленность интересов (только учеба или только работа), необычные, странные, приобретающие доминирующий характер увлечения. Структура отношений с окружающими несет черты отстраненности, отгороженности, эмоциональной индифферентности, отчужденности и безразличия как к одобрению, так и к порицанию [6]. При этом нередко отмечается неадекватность эмоциональных ре-

акций (неглубокая кратковременная депрессия после объективно тяжелой утраты или стойкая гипотимия в связи с условно-патогенными факторами).

Характерны странности поведения как в профессиональной сфере, так и в быту. На первом плане контраст между сохранной психической активностью с достаточно высоким уровнем работоспособности и социальной адаптации (успешная профессиональная деятельность, устойчивые отношения в браке) и вычурностью, необычностью внешнего облика и всего образа жизни (неряшливость, неразборчивость в выборе одежды, безразличие к внешним атрибутам обыденной жизни). В целом странности поведения ограничены девиациями, сопоставимыми с изменениями типа «фершробен».

Иными словами, клиника шизотипических расстройств личности, с одной стороны, включает проявления непсихотической (вплоть до субпсихотической) симптоматики шизофренического спектра, а с другой — не соответствует ни статическим (непсихотическая психопатология на всем протяжении заболевания), ни динамическим (движение в сторону формирования лишь личностной трансформации, а не последовательного утяжеления психопатологической симптоматики вплоть до формирования глубокого дефекта) критериям диагностики процессуальной шизофрении. Таким образом, шизотипическое расстройство личности представляет собой некую «смесь» характерологических аномалий, с одной стороны, и непсихотических психопатологических симптомокомплексов — с другой, занимая промежуточное положение между аномалиями личности (психопатиями) и собственно шизотипическими расстройствами.

Б. Пограничное расстройство личности (border line disorders), которое в МКБ-10 кодифицируется как F60.31. Как и при рассмотрении «шизотипического расстройства личности», следует подчеркнуть, что само существование этой нозологической категории в течение многих лет вызывает жаркие споры.

В рамках МКБ-10 пограничный тип личности рассматривается как вариант эмоционально неустойчивого расстройства зрелой личности (F60.3), для которого, помимо некоторых характеристик, свойственных лицам с эмоциональной неустойчивостью, присуще хроническое чувство опустошенности и искажение образа «Я»; при этом намерения и внутренние предпочтения индивида, включая сексуальные, часто непонятны или нарушены. Склонность быть включенным в напряженные (неустойчивые) отношения может привести к возобновляющимся эмоциональным кризисам и сопровождаться серией угроз суицида и актов самоповреждения (хотя все это возможно без явных провоцирующих факторов).

В DSM-IV-TR (2000) пограничное расстройство, согласно модифицированным J. Paris [28] базовым критериям, определено как распространенные паттерны нестабильности интерперсо-

нальных отношений, образа самого себя и аффекта, импульсивность, которые, как правило, начинаются в раннем детстве и проявляются в различных аспектах жизнедеятельности.

А.Б. Смулевич [10] указал на следующие основные звенья (составляющие элементы), клинически определяющие структуру и динамику пограничного расстройства личности:

- 1) явления реактивной лабильности;
- 2) психопатологические расстройства аффективного круга;
- 3) коморбидность с рядом психопатологических состояний.

Первая из этих составляющих (реактивная лабильность) представлена изменчивостью поведения, реализующейся при воздействии даже минимальных внешних воздействий. Реакции таких субъектов на тривиальные события обыденной жизни могут приобретать характер необычно яркой и даже демонстративной. Как подчеркивает М. Schmideberg [30], они слишком часто испытывают те чувства, которые обычно обнаруживаются лишь в ситуации стресса.

Часть из них, как уже отмечалось выше, отличается «взрывным» характером, для которого характерным являются: раздражительность, обидчивость, запальчивость. В некоторых случаях отмечается склонность к внезапным, но нестойким, преходящим «взрывам чувств» — вплоть до реакций «короткого замыкания» с быстро истощающимся бессмысленным буйством.

Второй составляющий элемент (психопатологические особенности аффективного круга) представлен психогенно спровоцированными аффективными эпизодическими расстройствами:

- 1) субдепрессивные реакции, в том числе кратковременные (от часов до нескольких дней) эпизоды выраженной дисфории, раздражительности или беспокойства вплоть до безосновательного интенсивного гнева с трудностью контроля своих аффективных переживаний и в силу этого физических проявлений ярости;
- 2) гипоманиакальные реакции;
- 3) смешанные состояния (реакции).

При благоприятном течении (последовательной минимизации аффективных фаз) эти аффективные эпизоды смыкаются с конституциональными аномалиями аффективного круга и проявляются в виде гипотимии с хроническим чувством пустоты или «демонстрацией гневного характера».

Третья составляющая пограничных личностных аномалий — коморбидность, при детализации которой автор отмечает связь этих состояний со следующими психопатологическими образованиями [10]:

- а) кататимными идеями, вызванными сильными аффективными переживаниями (например, сенситивные идеи, сверхценные образования);
- б) обсессивно-компульсивными расстройствами — психопатологическими состояниями с преобладанием навязчивых мыслей (обсессий) и/или действий (компульсий);
- в) патологией влечения.

Можно констатировать, что перечисленные выше симптоматические ряды при пограничных расстройствах личности выступают в рамках следующих дименсиональных характеристик.

Аффективные симптомы.

А) Собственно аффективные симптомы:

— аффективная нестабильность вследствие отчетливой реактивности настроения (например, эпизоды выраженной дисфории, раздражительности или беспокойства длительностью от нескольких часов до, хотя и редко, нескольких дней);

— безосновательная, интенсивная ярость (гнев) или трудности контроля реакций гнева (в том числе частые «демонстрации характера», постоянный гнев, повторные эпизоды физических проявлений гнева);

— (псевдо) депрессивная симптоматика [20];

— хроническое чувство внутренней пустоты.

Б) Импульсивность как отражение аффективной нестабильности:

— повторные попытки или угрозы самоубийства или самоповреждающее поведение, выступающее как «антипсихотик» [29];

— импульсивность, по крайней мере, в двух потенциально опасных областях (например, безрассудные траты, сексуальная чрезмерность, злоупотребление психоактивными веществами, рискованное вождение автомобиля, кутежи, булимические эпизоды).

Когнитивные симптомы — транзиторные, связанные со стрессом тяжелые диссоциативные расстройства, носящие нестабильный характер.

Продуктивные симптомы (разнообразные по своей выраженности непсихотические симптомокомплексы, наличие которых позволило В. Dulz [20] выделить несколько клинических подтипов пограничных личностных расстройств):

1) с симптомами страха;

2) с истериформными симптомами

3) с симптомами навязчивостей;

4) с фобиеформными симптомами;

5) с нарциссическими симптомами;

6) с психосоматическими расстройствами;

7) с психотическими симптомами (эго-дистонные психотические симптомы) — оптические и акустические псевдогаллюцинации и параноидная настроенность, благодаря которой диффузный страх трансформируется в «направленные» страхи, а потому становится переносимым.

Негативные симптомы (выражающиеся в искаженности восприятия «Я» и межличностных отношений):

— расстройства идентичности: отчетливая и персистирующая нестабильность образа самого себя — феномен «сплиттинга» (англ. splitting — фрагментация, раздробление) в виде нарушения самосознания идентичности «Я» (лабильность самооценки, представлений о собственной личности, непостоянство жизненных установок, целей и планов) с отчаянными попытками избегания реального или даже просто «воображаемого» отвержения со стороны окружающих;

— склонность к категориальной, альтернативной оценке окружающего мира (изменчивость представлений об окружающей действительности) и в связи с этим — неустойчивые и интенсивные межличностные отношения, характеризующиеся колебаниями между идеализацией и обесцениванием (крайние позиции во взаимодействии с окружающими: их контакты либо поверхностны, натянуты, формальны, либо, напротив, слишком интимны).

Клинический «профиль» пограничной личности выглядит своеобразно. Патохарактерологические проявления обнаруживаются уже в подростковом периоде: эмоциональная лабильность, внушаемость и импульсивность, проявляющиеся в неуравновешенности, быстрой смене увлечений, нарушениях контроля над влечениями, конфликтах и нестабильности отношений со сверстниками, а также ранней делинквентности. Эти дети игнорируют школьные порядки и родительские запреты. На нравовучения и прочие попытки регламентации образа жизни они отвечают внезапными вспышками раздражительности, гнева. Несмотря на достаточно высокие интеллектуальные возможности, они плохо успевают, так как не готовятся к занятиям, отвлекаются на уроках. Пограничным личностям свойственны аутодеструктивные тенденции (суицидальные попытки, чаще манипулятивные).

Другой отличительной чертой пограничных расстройств личности являются интенсивные, но нестойкие связи с людьми. Структура их межличностных отношений сложна и противоречива, они легко впадают в зависимость от других, подчас малознакомых людей, но при этом их чрезмерную подчиняемость и обожание от бунта независимости и ненависти отделяет лишь один шаг. В этом случае драматически окрашенные привязанности служат источником конфликтов и страданий, связанных со страхом разрыва и грядущего одиночества.

Третья отличительная черта этих пациентов, связанная с характерной для них быстрой сменой увлечений — резкие повороты судьбы. Они легко перенимают сиюминутные «модные» увлечения, не чужды мистицизма, веры в магию, разного рода приметы, чудеса, но при этом неспособны противостоять мнению окружающих, «дурным влияниям» (употребление психоактивных веществ, участие в криминальных аферах).

Дополняют патохарактерологические свойства пограничного расстройства личности особенности их социального статуса. Следует отметить, что индивидуумы с признаками пограничного расстройства личности в большинстве своем, будучи не способными к длительным и систематическим усилиям, движимые преимущественно тщеславием и жадной признания, обнаруживают весьма умеренные достижения на профессиональном и общественном поприще и не оправдывают возлагавшихся на них надежд. Тем не менее, несмотря на склонность бурно реагировать даже на незначительные психотравмирующие воздействия,

аффективную неустойчивость и мини-психозы, а также бесконечные «падения» и «взлеты», они относительно неплохо адаптированы. Эта характеристика позволяет М. Schmideberg [30] утверждать, что такие пациенты «стабильны в своей неустойчивости».

Таким образом, они характеризуются иными, чем при шизотипическом расстройстве личности, характерологическими особенностями (не интересов, а экстравертированностью), иной структурой симптоматики (включающей реактивную лабильность и преимущественно «аффектотропные» проявления). В совокупности все это позволяет провести дифференциальную диагностику пограничного расстройства с шизотипическим расстройством личности.

В обзорной статье Н.М. Залуцкая [3] приходит к выводу, что пограничное расстройство личности — «тяжелое психическое заболевание, основные симптомы которого позволяют говорить о его вероятной принадлежности к расстройствам биполярного спектра, нередко приводящее к нарушениям трудоспособности, социальной изоляции, дискриминации и предвзятому отношению в обществе». Подтверждением этого являются следующие доводы:

1) наличие перекреста пограничной патологии личности с признаками аффективной неустойчивости как одного из базовых нарушений целого ряда психических заболеваний;

2) снижение со временем психической и физической трудоспособности этих пациентов [15];

3) обнаружение некоторого феноменологического и нейробиологического параллелизма в основе двух диагностических категорий: биполярного расстройства II типа и пограничного расстройства личности [33].

Итак, пограничные расстройства личности демонстрируют богатую палитру проявлений, имеющих связь с симптоматикой подпороговых аффективных аутохтонных расстройств [5], с одной стороны, и личностными особенностями — с другой, занимая, таким образом, промежуточное положение между аномалиями личности (психопатиями) и собственно аффективными расстройствами.

В определенной мере связь между шизотипическим и пограничным расстройствами личности подтверждается наличием у пациентов состояния когнитивного дефицита как в структуре шизотипического расстройства личности [10], так и при так называемых «пограничных популяциях» [24].

Это соотносится с высказыванием А.Б. Смулевича и Б.А. Волель [8] о том, что именно шизотипическому и пограничному расстройствам личности «свойственны повышенная готовность к манифестации психопатологических симптомов комплексов и широкий спектр временных, обратимых расстройств как психогенного, так и эндогенноморфного (шизотипического и аффективного) круга». Эти личностные аномалии А.Б. Смулевич и Б.А. Волель [8] считают проявлением диатеза,

относя их к «непротопатическим» и не рассматривая с точки зрения «уязвимости» другие варианты личностных нарушений, которые считают «протопатическими». Позиция, согласно которой наличие уязвимости характеризует исключительно «непротопатические» личностные аномалии, как думается, минимизирует представление о сущности всех предболезненных состояний в биопсихосоциальной концепции психических расстройств.

В. Соматотипическое расстройство личности — соматопсихические конституциональные аномалии, определяющие врожденную склонность к различным соматически окрашенным реакциям. Выделяют два варианта конституциональной предрасположенности: соматотонию и соматопатию [7].

1. **Соматотония** [32], **соматотоническая конституция** — характеризуется синдромально завершенной картиной особого отношения индивида к своему телу. Представляет собой соматопсихические патохарактерологические нарушения стенического, экспансивного типа с латентной ипохондрической стигматизацией в форме сверхценной ипохондрии [23] или ригидной ипохондрии [7]. В этом случае состояние пациентов, отличающихся изначально высокоразвитыми физическими способностями, характеризуется наличием стенически гипертрофированного и экспансивно окрашенного сознания телесного «Я». К проявлениям соматотонии относятся:

— гедонистическое ощущение физической мощи, повышенного телесного тонуса (чрезмерное внимание к занятиям спортом, потребность в физических упражнениях и способность получать от них наслаждение);

— толерантность к высоким нагрузкам (энергичность, экстремальные условия труда, стремление к видам деятельности, характерным для молодежи, хорошая переносимость экологически неблагоприятных факторов);

— «культ тела» со стремлением к физическому совершенству, поддержанию «безупречной» физической формы (здоровый образ жизни, замствованный из популярных стереотипов), сочетающийся с такими нарцисстическими чертами, как любование собственной «телесной формой», довольство своей ловкостью и подвижностью.

2. **Соматопатия** (вариант астенической конституции) [31], невропатическая конституция [9], церебротония [32], «соматическая гиперперсонализация» (как отмечает А.Б. Смулевич с соав. [11], термин предложен Э.Б. Дубницкой) — также отличается синдромально завершенной картиной соматопсихической патохарактерологической девиации с латентной ипохондрической стигматизацией в форме «невротической ипохондрии» [Glatzel J., 1981, — цит. по 12]. Характеризуется гипертрофированной чувствительностью к сенсациям со стороны телесной сферы, явлениями гиперсенестезии в сфере телесной перцепции (гиперпатии, алгии, псевдомигрени), склонностью к выявлению патологических телесных ощущений и вазовегетативных расстройств. Лицам с сомато-

патией свойственна стойкая деформация сомато-психической сферы с доминированием в сознании «образа соматического Я» [2], склонностью к ипохондрическому самоконтролю и боязливому самонаблюдению. Характерен также «преувеличенный соматический стиль» [14], предполагающий не только тщательный контроль за различными функциями организма, но и тревожные реакции с дурными предчувствиями и готовностью при первом малейшем телесном дискомфорте считать себя тяжелобольным. Эти особенности сочетаются с врожденной неполноценностью вегетативных функций на фоне гипостении (повышенная утомляемость, ситуационно и соматогенно провоцируемые астенические реакции, непереносимость длительных физических нагрузок, продолжительный период реконвалесценции после интеркуррентных заболеваний).

Соматопсихические конституциональные патохарактерологические девиации, относимые А. Б. Смулевичем [12] к особому личностному расстройству, характеризуются непредсказуемостью вектора (психопатологического или соматического) направления своей последующей динамики [4], а также наличием отчетливой подверженности этих пациентов аутохтонным (эндогенным) заболеваниям. При этом в одних случаях, при доминировании вегетативных феноменов, характерные для пациентов соматопсихические нарушения нередко оказываются аффилированными в дальнейшем с психическими расстройствами аффективного спектра, когда на разных этапах течения могут преобладать либо аффективные нарушения, перекрывающие слабо выраженные соматические проявления, либо более грубые соматические нарушения, перекрывающие аффективное сопровождение. В других же случаях, при превалировании гиперсенестезии, можно отметить средство

соматотипического расстройства личности с развитием в дальнейшем психических заболеваний шизофренического спектра.

Совокупность перечисленных пограничных клинических феноменов можно рассматривать как различные проявления (варианты) самостоятельного **переходного непсихотического симптомокомплекса**, который включает:

а) **пограничный шизотипический симптомокомплекс** (обозначаемый в литературе как «шизотипическое личностное расстройство»);

б) **пограничный аффектотипический симптомокомплекс** (обозначаемый в литературе как «пограничное личностное расстройство»);

в) **пограничный соматотипический симптомокомплекс** (или иначе — соматотипическое расстройство личности).

При этом шизотипический симптомокомплекс лежит у истоков широкого круга явлений, относимых к расстройствам шизофренического спектра («шизотаксия» по Р.Е. Meehl [27]), аффектотипический симптомокомплекс — у истоков расстройств аффективного спектра («циклотаксия» по R.L. Findling [21]), а соматотипический симптомокомплекс (своеобразная «соматотаксия») — у истоков психосоматических/соматопсихических проявлений психических расстройств.

Резюмируя изложенное выше, можно сказать, что в целом переходный непсихотический симптомокомплекс представляет собой латентную форму эндогенной психической патологии (когда свойство объектов или процессов находиться в скрытом состоянии, не проявляя себя явным образом), в данном случае — в отличие от продромальных признаков заболевания — оказываясь относительно «монолитным» и не характеризующаяся динамикой, специфичной при развитии аутохтонного заболевания.

Литература

1. Александровский Ю.А. *Пограничная психиатрия*. — М.: РЛС. — 2006. — 1280 с.
2. Гиляровский В.А. *Избранные труды*. — М.: Медицина. — 1973. — 328 с.
3. Залуцкая Н.М. *Пограничное расстройство личности: вопросы диагностики и терапии // Современная терапия психических расстройств*. — 2012. — № 2. — С. 2—8.
4. Краснов В.Н. *Психосоматические аспекты расстройства аффективного спектра: клинические и организационные проблемы // Психические расстройства в общей медицине*. — 2012. — № 2. — С. 12—15.
5. Лисовская Т.Ю., Короленко Ц.П., Сарычева Ю.В. [и др.]. *Распространенность, диагностика и клиника пограничного расстройства личности*. — Новосибирск: Печатный дом Новосибирск. — 2013. — 157 с.
6. Смулевич А.Б. *Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния*. — М.: Медицина. — 1987. — 240 с.
7. Смулевич А.Б., Фильц А.О., Гусейнов И.Г. [и др.]. *К проблеме нозогений // Ипохондрия и соматоформные расстройства / под ред. А.Б. Смулевича*. — М.: Логос. — 1992. — С. 111—123.
8. Смулевич А.Б., Волель Б.А. *Современные аспекты психофармакотерапии расстройств личности // Психиатрия*. — 2004. — № 5 (11). — С. 7—13.
9. Смулевич А.Б. *Нажитые, соматогенно обусловленные, ипохондрические психопатии (к систематике расстройств личности) // Психиатрия и психофармакотерапия. Журн. им. П.Б. Ганнушкина*. — 2006. — Т. 8, № 1. — С. 5—8.
10. Смулевич А.Б. *Расстройства личности*. — М.: Медицинское информационное агентство. — 2007. — 192 с.
11. Смулевич А.Б., Андрющенко А.В., Бескова Д.А. *Проблема ремиссий при шизофрении: клинико-эпидемиологическое исследование // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова*. — 2007 — Вып. 5. — С. 4—15.
12. Смулевич А.Б. *Психопатология личности и коморбидных расстройств: учебное пособие*. — М.: МЕДпресс-информ — 2009. — 208 с.

13. Смулевич А.Б. К психопатологической характеристике вялотекущей шизофрении // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 2009. — № 11. — С. 4—15.
14. Barsky A., Klerman G. Overview: Hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles // *Am. J. Psychiatr.* — 1983. — Vol. 140. — P. 273—283.
15. Boggs C. D. *Clinical overlap between posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder in male veterans: Doctoral dissertation, Texas A&M University* // *Diss. Abstr. Int.* — 2005. — Vol. 67. — P. 46—99.
16. Bleuler E. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* Handbuch der Psychiatrie / Hrsg. v. G. Aschaffenburg. — Leipzig; Wien: Fr. Deuticke. — 1911. — Spezieller Teil. — Abt. 4. — I Hälfte. — 420 p.
17. Cary G.L. *The borderline condition: a structural dynamic viewpoint* / *Psychoanal. Rev.*, 1972. — Vol. 59. — P. 33—54.
18. Chessick R.D. *The Psychotherapy of borderland patients* // *Amer. Journ Psychother.* — 1966. — Vol. 20. — P. 600—614.
19. Chessick R.D. *Intensive psychotherapy of a borderline patient* // *Arch. Gen. Psychiat.* — 1982. — No. 39. — P. 413—419.
20. Dulz B. *Der Formenkreis der Borderline-Störungen — Versuch einer descriptive. Systematik* // *Handbuch der Borderline-Störungen / Kernberg O., Dulz B., Sacke U. (Hrsg.)*. — Stuttgart; N.Y.: Schattauer. — 2000. — P. 57—74.
21. Findling R.L., Gracious B.L., McNamara N. [et. al.]. *The rationale, design and progress of two maintenance treatment studies in pediatric bipolarity* // *Acta Neuropsychiatrica*. — 2000, — Vol. 12. — P. 136—138.
22. Grinker R.R., Werble B., Drye R.C. *The borderline syndrome: a behavioral study of Ego-Funktion*. — N.Y.: BasicBooks. — 1968. — 95 p.
23. Jahrreis W. *Das hypochondrische Denken* // *Arch. Psychiat.* — 1930. — Bd. 92. — P. 686—823.
24. Kasper S., Resinger E. *Cognitive effects and antipsychotic treatment* // *Psychoneuroendocrin.* — 2003. — Vol. 28, Suppl. 1. — P. 27—38.
25. Knight R. *Borderline states* // *Bull. Menninger Clin.* — 1953. — Vol. 17. — P. 1—12.
26. Masterson J.F., Rinsley D.B. *The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality* // *Int. Journ. Psychoanal.* — 1975. — Vol. 56. — P. 163—177.
27. Meehl P.E. *Schizotaxia, schizotypy and schizophrenia* // *Am. Psychol.* — 1962. — Vol. 17. — P. 827—838.
28. Paris J. *Borderline personality disorder* // *Can. Med. Ass.* — 2005. — Vol. 172, No. 12. — P. 1579—1583.
29. Sachsse U. *Die Psychodynamik der Borderline-Störungen als Traumafolge* // *Ein Entwurf. Forum Psychoanal.* — 1995. — Bd. 11. — P. 50—61.
30. Schmideberg M. *The borderline patient* // *American Handbook of Psychiatry / ed. Arieti S.* — N.Y.: Basic Books. — 1959. — Vol. 1. — P. 398—416.
31. Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. — Stuttgart; N.Y.: Georg Thieme Verlag. — 1992. — 236 p.
32. Sheldon W.H., Stevens S.S. *The Varieties of Temperament: A psychology of constitutional differences*. — N.Y. — 1942. — 520 p.
33. Siever L.J., Davis K.L. *A psychobiological perspective on the personality disorders* // *Amer. Journ. Psychiat.* — 1991. — Vol. 148. — P. 1647—1658.
34. Stern A. *Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses* // *Psychoanal. Quart.* — 1938. — Vol. 7. — P. 467—489.
35. Stone M.H. *Natural History and Long-Term Outcome* // *Handbook of Personality Disorders / ed. W.J. Livesly*. — N.Y.; London: The Guilford Press. — 2001. — P. 259—273.
36. Weinshel E. M. *Panel report: severe regressive states during analysis* // *Amer. Journ. Psychoanal. Assos.* — 1966. — Vol. 14. — P. 538—568.
37. Wieck H.H. *Zur Klinik der sogenannten symptomatischen Psychosen* // *Deutsche medizinische Wochenschrift*. — 1956. — Bd. 81. — P. 1345—1349.
38. Wieck H.H. *Veränderungen des Untergrundes und Durchgangs-Syndrome infolge psychotroper Pharmaka* // *Medicina Experimentalis*. — 1960. — Bd. 2. — P. 106—110.

Сведения об авторе

Коцюбинский Александр Петрович — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психических больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева». Электронная почта: ak369@mail.ru

Биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни*

Рассказова Е.И.¹, Тхостов А.Ш.²

¹ Научный центр психического здоровья, Москва.

² Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова.

Резюме. С развитием психологии здоровья и биопсихосоциального подхода к здоровью и болезни в медицине и здравоохранении проблема психического здоровья приобретает статус междисциплинарной. Целью данной работы является рассмотрение возможностей и ограничений в применении биопсихосоциального подхода в психологии здоровья, в частности, к проблеме психического здоровья. Была выявлена неоднородность биопсихосоциального подхода, которая обусловлена выполнением трех различных функций в регуляции научных исследований: этического и социального ориентиров, методологического принципа, объяснительной модели. Понятие психического здоровья характеризуется спецификой, требующей уточнения в рамках биопсихосоциального подхода, в первую очередь — обсуждения иерархической и динамической организации биологических, психологических и социальных групп факторов.

Ключевые слова: биопсихосоциальный подход к здоровью и болезни, психология здоровья, психическое здоровье.

Biopsychosocial approach in health psychology

Rasskazova E.I.¹, Tkhostov A.Sh.²

¹ Mental Health Research Center, Moscow.

² Lomonosov's Moscow State University.

Summary. Health Psychology as a discipline is established as an independent field of psychological knowledge, realizing the biopsychosocial approach to health and illness. However there are questions remaining open: how practically this approach is applied in health psychology and what are the borders between health psychology and close disciplines (psychosomatics, body functions regulation psychology, behavioral medicine, positive psychology). The purpose of this paper is to examine the possibilities and limitations in the application of the biopsychosocial approach to health psychology, as well as to compare different alternative sciences based on this approach. There is heterogeneity of biopsychosocial approach revealed, that is based on three different functions this approach has in the regulation of research: the role of ethical and social guidelines, the role of methodological principle, the role of the explanatory model for health and illness. The specificity of the subject area of health psychology implies taking into account issues like wide / narrow definition of the subject in various disciplines; what kind of discipline serves as an integrative; as well as understanding of social situation of science development (including the development of psychosomatic medicine in Russia), its goals and objectives.

Key words: biopsychological approach to health and illness, health psychology, body function regulation psychology, behavioral medicine, positive psychology.

Последние десятилетия знаменуются активным интересом отечественной медицинской психологии к проблемам здоровья и качества жизни (например, [1, 3, 5, 9]). Понимание психического здоровья и болезни становится междисциплинарной задачей, апеллирующей не только к психиатрии, но и, ряду психологических концепций [13, 16, 7], в первую очередь психологии здоровья, что отчетливо прослеживается в историческом контексте [6]. При этом, хотя психология здоровья прочно утверждает себя в качестве самостоятельной области психологического знания, опираясь в понимании здоровья и болезни на положения принятого в медицине и

здравоохранении биопсихосоциального подхода, ее место и роль как в системе психологического знания, так и в психиатрии вызывают множество вопросов, без рассмотрения которых определение психического здоровья становится «калькой» определения здоровья в целом, не учитывающей ни его специфики, ни проблемных областей.

Известная Преамбула к Уставу Всемирной организации здравоохранения [26, р. 100]** и основанный на ней биопсихосоциальный подход к здоровью и болезни [19] привели к развитию целой серии дисциплин как в самой психологии, так и «на стыке» психологии и медицины (бихевиоральная медицина, психосоматическая

* Работа выполнена при поддержке РГНФ, проект № 14-36-01277.

** Определившая здоровье как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» (URL: <http://www.who.int/suggestions/faq/ru/>).

медицина, позитивная психология). Психология здоровья не является ни исторически первой [23], ни наиболее известной из них (если учесть распространение позитивной психологии, см. [12]), и специфичность ее предметной области, подходов и методов, по сравнению с другими областями требует отдельного обоснования. Это особенно актуально для России, где распространение психологии здоровья произошло относительно поздно, и многие вопросы, традиционно относимые к ее предметной области, рассматриваются в рамках других дисциплин и подходов (например, медицинская психология, психосоматика, психология телесности, [4, 8, 14]). Более того, статус биопсихосоциального подхода в понимании здоровья и болезни также неоднозначен: используется ли он (и в каких случаях) в качестве общего постулата («лозунга»), конкретной теоретической модели или же, наоборот, выступает объектом для обоснования и уточнения? С развитием психологии здоровья претерпевали существенные изменения как представления об основных конструктах, наполняющих группы биологических, психологических и социальных факторов [10], так и представления о правилах их взаимодействия [32]. Служат ли эти изменения задачам уточнения, расширения или пересмотра биопсихосоциального подхода?

Целью данной работы является рассмотрение возможностей и ограничений в применении биопсихосоциального подхода к проблеме здоровья и болезни. Мы кратко рассмотрим основные его принципы и применение проблемам психического здоровья, а затем уделим внимание открытым вопросам в применении данного подхода.

Ключевые принципы биопсихосоциального подхода к здоровью и болезни

Биопсихосоциальный подход к здоровью и болезни основан на модели Дж. Энджела, предложенной в конце 1970-х годов [19, 25]. Его целью была разработка научной модели здоровья и болезни, опирающейся на определение ВОЗ. Согласно этому подходу здоровье является результатом взаимодействия трех групп факторов – биологических (генетические и инфекционные факторы, органические дефекты), психологических (когнитивные, эмоциональные и поведенческие факторы) и социальных (социальные нормы поведения, давление со стороны окружающих, направленное на изменение поведения, социальные ценности, связанные со здоровьем, социальный класс и этническая группа), а в поздних версиях подхода предлагаются также возможные направления такого взаимодействия (например, [28], рис. 1). Так, предполагается, что макросоциальные условия влияют на индивидуальное здоровье опосредованно, через систему микросоциальных факторов. Микросоциальные и индивидуальные факторы функционируют в постоянном взаимодействии, причем каждый из них может влиять на здоровье как напрямую, так и через психологические и физиологические факторы (например, способствуя переживанию хронического стресса). Кроме того, на здоровье влияет поведение человека, которое, в свою очередь, зависит от культуры, в которой человек живет, его социального положения, рабочего места, поведения окружающих его людей, его опыта и привычек, его убеждений и знаний (рис. 2). Следует отметить, что уже в первоначальном варианте подхода речь идет о

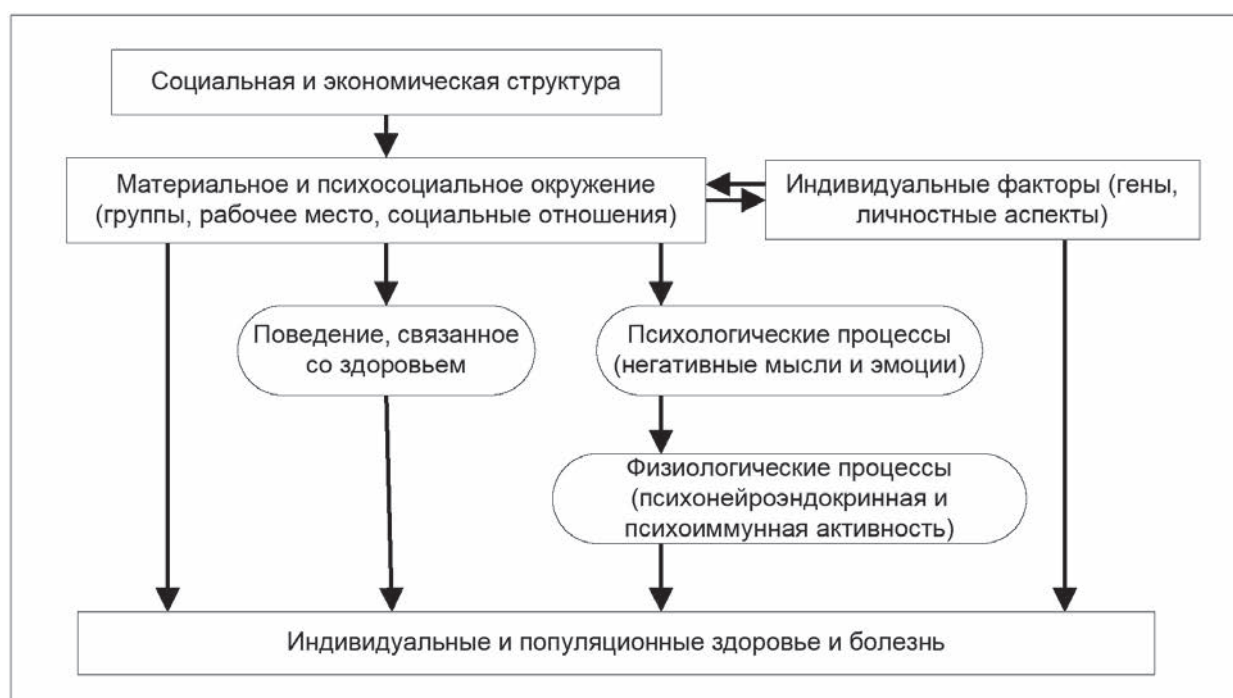


Рис. 1. Биопсихосоциальная модель здоровья и болезни [28, р. 40]

системных взаимодействиях и, в частности, акцентируется существование контуров обратной связи: здоровье и болезнь, в свою очередь, сказываются на биологических, психологических и социальных факторах [18, 29].

Уже из этого краткого описания заметно, что прямое применение биопсихосоциального подхода к вопросам психического здоровья чревато недооценкой роли позитивных и негативных симптомов, синдромов и нарушений психических процессов. Например, схема, представленная на рис. 1, направлена на описание скорее взаимодействия различных факторов здоровья, нежели их иерархической организации (определяющей их ведущую или второстепенную роль), и динамики (например, каким образом и по каким механизмам нарушения мышления сказываются на представлениях человека о его болезни и выбираемых стратегиях совладания).

«Проблемные» области в применении биопсихосоциального подхода к здоровью и болезни

В большинстве учебных и обзорных изданий по психологии здоровья (например, [28, 17, 25, 27, 21]) биопсихосоциальный подход утверждается именно как необходимый ориентир в научной и практической деятельности, обоснованный, с одной стороны, социальными и этическими требованиями (например, призыв лечить больного, а не болезнь, акцент на важности уважения к выбору человека, его правам) и, с другой стороны, научными данными о недостаточности объяснения здоровья и болезни, исходящего исключительно из биологических параметров. По сути, он выступает как основной принцип, перспектива рассмотрения, наряду с принципом развития или принципом учета гендерных особенностей [29]. В этом смысле биопсихосоциальный подход рассматривается в противопоставлении биомедицинскому подходу и по сути является центральным допущением, «краеугольным камнем» в основании психологии здоровья. С нашей точки зрения, при таком понимании применения биопсихосоциального подхода возникает несколько спорных и неочевидных моментов в применении, которые требуют прояснения.

Противопоставление биомедицинского и биопсихосоциального подходов. На наш взгляд, необходимость подчеркнуть новизну и специфику биопсихосоциального подхода привела к гиперболизации ряда его черт и черт, характерных для биомедицинской модели, искусственно усиливая противопоставление и искажающих обе модели. Понимание природы и особенностей развития болезни, больного человека и проблемы здоровья исторически не было ни единым, ни неизменным [15], и холистический подход к здоровью и болезни имеет более длительную традицию, нежели биомедицинский подход. В любом конкретном случае как исследователь, так и практик вынуждены ограничивать анализ факторов здоровья и болезни определенным кругом вопросов и пере-

менных, и за биомедицинской моделью как объяснительной моделью здоровья и болезни сохранена довольно широкая сфера применения: например, именно она выходит на первый план при лечении инфекционных заболеваний и травм. Иными словами, обсуждение биомедицинской модели как единой и довлеющей над науками о здоровье и болезни чрезмерно упрощает ситуацию.

Этическое требование или методологический принцип? На наш взгляд, биопсихосоциальный подход к здоровью и болезни нельзя признать однородным методологически по следующей причине. Исторически движущими силами его развития выступали не только и не столько научные данные, сколько этические требования и социальные изменения. Этот подход становился тем более важен, чем больших успехов добивалась медицина в борьбе с инфекционными заболеваниями и травмами, поскольку на первый план выходили хронические заболевания, с которыми люди живут много лет и динамика которых неразрывно связана с их поведением и отношением к болезни [22]. Социальные изменения, провозгласившие уважение к правам человека, важность учета интересов различных социальных групп и примат справедливости, развитие этических кодексов в науках о человеке (например, [31]) дополняют эту картину. Если традиционно эффективность лекарственного препарата могла оцениваться как относительная «выгода» в смысле клинических улучшений за вычетом «затрат» (понимаемых экономически), то теперь и понятие «выгоды» и понятие «затрат» включили в себя субъективное благополучие человека, его собственную активность, его субъективную оценку своего состояния. Как следствие, биопсихосоциальный подход одновременно выполняет функции этического и социального требования и претендует на роль методологического принципа или даже объяснительной модели здоровья и болезни, опирающейся на серию научных исследований.

Проблема новизны биопсихосоциального подхода. Одно из следствий гиперболизированного противопоставления биомедицинского и биопсихосоциального подходов — искажение в обосновании новизны последнего. Идеи лечения больного, а не болезни, холистического отношения к человеку, необходимости рассмотрения системы факторов, определяющих развитие болезни, имеют длительную историю как в рамках восточной, так и в рамках западной медицинской традиции, и никак не могут датироваться 1948 годом. В восточной философии и медицине берет свое начало так называемый холистический подход к здоровью, многие принципы которого практически повторяют принципы биопсихосоциального подхода [28], в частности:

- здоровье не сводится к отсутствию заболевания, это позитивное состояние, которое требует нового определения. Соматически больной человек может быть активным и благополучным — он будет здоров настолько, насколько это возможно при его соматическом заболевании;

- на здоровье влияют психологические и духовные факторы;
- врач не может нести всю ответственность за выздоровление пациента. При лечении необходима взаимная активность врача и пациента. Пациент несет часть ответственности за лечение (отвечая за свое поведение, свое отношение к болезни);
- большое внимание уделяется природным, низкотехнологическим интервенциям (травы, акупунктура, акупрессура, массаж, духовные методы воздействия, арттерапия).

Мы далеки от утверждения, что биопсихосоциальный подход не привнес нового в науку. Однако, на наш взгляд, новизна и актуальность его определяются не базовыми постулатами, а систематизацией существующих представлений в форме трех конкретных компонентов здоровья и постулировании системных взаимодействий между ними. С социальной и этической точки зрения (при понимании подхода как этического принципа) подход «высвечивает» те факторы, которые не должны быть забыты при планировании исследования или интервенции. С научной точки зрения (как методологический принцип) он задает «удобную» форму для поисков и изложения результатов.

Биопсихосоциальный подход как объяснительная модель и проблема его завершенности. В настоящее время можно выделить три функции, на реализацию которых претендует биопсихосоциальный подход в науках о человеке. Во-первых, это функция *этического и социального ориентира*, своеобразного «прожектора», высвечивающего важные и необходимые для учета моменты. Во-вторых, это методологическая функция задания *общей схемы* для постановки проблем и интерпретации результатов, которая хорошо передается метафорой сети, «наброшенной» на реальность и структурирующей ее. Наконец, сам Дж. Энджел [18, 19] придавал своему подходу значение *объяснительной научной модели*. Хотя традиционное изложение подхода создает у читателя иллюзию его завершенности, таковым он может быть признан только в отношении первой и второй, но не третьей функции. Не существует сколько-нибудь полной «конечной» версии подхода, которая включала бы описание механизмов взаимодействия факторов, попытки конкретизации и операционализации основных конструкторов относительноно разнообразны и не являются общепринятыми. В частности, если говорить о модели, приведенной на рис. 1, можно предположить также, что поведение должно оказывать и независимое от микросоциальных влияние на здоровье, личностные особенности и психологические процессы мо-

гут определять поведение. Кроме того, объединение факторов материального и психосоциального окружения, генов и личности не позволяет дифференцировать содержательно разные факторы. Само определение здоровья, предложенное ВОЗ, при всем его очевидном социальном и практическом значении, трудно признать строго научным. Действительно, что такое «благополучие» и, тем более, что такое «полное благополучие»? Относительно чего измерять «полноту» благополучия? Почему ВОЗ ограничилась списком из трех компонентов, никак не описав соотношения и/или особенностей взаимодействия между ними? Например, человек, умирающий от рака, но сохраняющий до последнего дня оптимизм и активность, поддерживающий окружающих и помогающий им преодолеть болезнь, здоров или нет? Почему в определении никак не звучит вопрос динамики здоровья и болезни (например, в пожилом возрасте наблюдается снижение уровня активности, как объективное, так и субъективное,— значит ли это, что здоровье в пожилом возрасте невозможно?)?

Учитывая вышесказанное, роль биопсихосоциального подхода в психологии здоровья двояка. С этической и методологической точки зрения он выступает как основание и источник развития этой дисциплины, обосновывая правомерность и актуальность ее существования. С точки зрения научного обоснования, психология здоровья сама может выступить в качестве дисциплины, направленной на операционализацию, уточнение и эмпирическое обоснование биопсихосоциальной объяснительной модели здоровья и болезни.

Выводы

Предложенный в работе теоретический анализ позволяет сделать следующие выводы.

1. Неоднородность биопсихосоциального подхода к здоровью и болезни определяется историческими условиями его развития и подразумевает стремление к выполнению трех различных функций в регуляции научных исследований: этического и социального ориентира, методологического принципа, объяснительной модели. При этом завершенность подхода может быть признана лишь в отношении первых двух аспектов, тогда как третий открывает возможность психологии здоровья и медицинской психологии стать основами уточнения и эмпирического подтверждения подхода.

2. Понятие психического здоровья характеризуется спецификой, требующей уточнения в рамках биопсихосоциального подхода, в первую очередь обсуждения иерархической и динамической организации биологических, психологических и социальных групп факторов.

Литература

1. Ананьев В.А. Введение в психологию здоровья: учебное пособие. — СПбМАПОю — 1998. — 146 с.
2. Бовина И.Б. Социальная психология здоровья и болезни. — М.: Аспект пресс. — 2008. — 263 с.
3. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине // Сибирский психологический журнал. — 2007. — Т. 26. — С. 112–119.

4. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. Практическое руководство. — СПб: Речь. — 2011. — 272 с.
5. Залевский Г.В., Кузьминова Ю.В., Залевский В.Г. Теоретические подходы и попытки построения интегративных моделей здоровья в контексте антропологической психологии // Сибирский психологический журнал. — 2013. — Т. 50. — С. 39–45.
6. Залевский Г.В. От «демонической» до «бизнесоционозтической» модели психического расстройства // Сибирский психологический журнал. — 2009. — Т. 32. — С. 57–64.
7. Калинеевская Е.Р. Психическое здоровье как способ бытия в мире: от объяснения к переживанию // Психология с человеческим лицом / Под ред. Д.А. Леонтьева. — М.: Смысл. — 1998. — С. 286–287.
8. Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики к психологии телесности // Вестник Московского университета. Серия. 14. Психология. — 1996. — Т. 2. — С. 8–17.
9. Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. — СПб: Питер. — 2006. — 607 с.
10. Рассказова Е.И. Понятие саморегуляции в психологии здоровья: новый подход или область применения? // Теоретическая и экспериментальная психология. — 2014. — Т. 7. — С. 43–56. URL: <http://tepjournal.com/images/pdf/2014/1/07.pdf>
11. Рассказова Е.И., Кошелева Н.В. Психологические методы изменения поведения, связанного со здоровьем: возможности и ограничения // Консультативная психология и психотерапия. — 2014. — Т. 3. — С. 184–205.
12. Селигман М. Новая позитивная психология. — М.: София. — 2006. — 368 с.
13. Сокольская М.В. Личностное здоровье человека: теоретический анализ // Сибирский психологический журнал. — 2008. — Т. 29. — С. 69–73.
14. Тхостов А.Ш. Психология телесности. — М.: Смысл. — 2002. — 288 с.
15. Фуко М. Рождение клиники. — М.: Смысл. — 1998. — 310 с.
16. Шульте Д. Психическое здоровье, психическая болезнь, психическое расстройство // Клиническая психология / Под ред. М. Перре и У. Бауманна. — СПб: Питер. — 2002. — С. 49 – 65.
17. Brannon L., Feist J. Health psychology: an introduction to behavior and health. New Delhi: Thompson Wadsworth. — 2007. — 521 p.
18. Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model // American Journal of Psychiatry. — 1980. — Vol. 137. — P. 535–544.
19. Engel G.L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // Science. — 1977. — Vol. 196. — P. 129–136.
20. Essentials of Psychosomatic Medicine. Levenson, J.L. (Ed.) Arlington: American Psychiatric Press Inc.. — 2007. — 599 p.
21. Kaplan R., Sallis J., Patterson T. Health and Human Behavior. New-York: McGraw-Hill. — 1993. — 566 p.
22. Mann T., de Ridder D., Fujita K. Self-regulation of health behavior: social psychological approaches to the goal setting and goal striving // Health Psychology. — 2013. — Vol. 32. — P. 487–498.
23. Matarazzo, J.D. Behavioural health and behavioural medicine: frontiers for a new health psychology// American Psychologist. — 1980. — Vol. 35. — P. 807–817.
24. Miller N.E. Behavioral medicine: symbiosis between laboratory and clinic // Annual Review of Psychology. — 1983. — Vol. 34. — P. 1–31.
25. Ogden J. Health psychology. Buckingham: Open University Press. — 2007. — 489 p.
26. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States // In: Official Records of the World Health Organization. New York, Geneva: The World Health Organization. — 1948. — Vol. 2. — P. 100. URL: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf
27. Rice P.L. Health Psychology. Washington DC: International Thomson Publishing. — 1998. — 555 p.
28. Rugulies R., Aust B., Syme S.L. Epidemiology of health and illness: socio-psycho-physiological perspective // In: Sutton S., Baum A., Johnston M. (Eds.). The SAGE handbook of health psychology. London, Thousand Oaks, New Delhi: The SAGE Publications. — 2005. — P. 27–68.
29. Sarafino E.P., Smith T.W. Health psychology: biopsychosocial interactions. 7th edition. New York: Wiley. — 2011. — 537 p.
30. Seligman M. Positive health // Applied psychology: an international review. — 2008. — Vol. 57. — P. 3–18.
31. The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research // The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979. URL: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>
32. Weinstein N.D. Testing four competing theories of health-protective behavior // Health Psychology. — 1993. — Vol. 12. — P. 324–333.

Сведения об авторах

Рассказова Елена Игоревна — к. психол. н., доцент каф. нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, м.н.с. отдела медицинской психологии Научного центра психического здоровья. E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Тхостов Александр Шамилович — д. психол. н., профессор, зав. каф. нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова. E-mail: tkhostov@gmail.com

«Гендерный парадокс» суицидального поведения

Пичиков А.А., Попов Ю.В.

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

Резюме. Уровни смертности от суицидов значительно различаются среди различных групп населения. Выявляются весьма асимметричные показатели числа суицидальных попыток и завершённых суицидов между мужчинами и женщинами. Такой разрыв, называемый также «гендерный парадокс» суицидального поведения, может значительно различаться в разных странах. Одним из самых озадачивающих фактов о суициде является то, что женщины пытаются покончить с собой гораздо чаще, чем мужчины, но в итоге значительно больше мужчин лишают себя жизни. Поскольку наличие суицидальной попытки в анамнезе является одним из значимых предикторов завершённых суицидов, что может объяснить парадокс большого количества суицидальных попыток у женщин и завершённых суицидов у мужчин?

Ключевые слова: суицид, парасуицид, гендерные различия, профилактика суицидального поведения.

«Gender paradox» of suicidal behavior

Pichikov A.A., Popov Y.V.

St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary. Suicide death rates vary considerably among different groups of people. There are highly asymmetric rates of attempted and completed suicides between males and females. The gap, also called the «gender paradox of suicidal behavior», can vary significantly among different countries. One of the most perplexing facts about suicide is that women attempt suicide at a substantially higher rate than do men, but more men succeed in ending their lives. Since, however, a history of a previous suicide attempt is one of the strongest predictors of completed suicide, what can account for the paradox of more suicide attempts among women, but more completed suicides among men?

Key words: suicide, parasuicide, gender differences, prevention of suicidal behavior.

В мае 2013 г. на 66-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения был утверждён первый в истории план действий в области психического здоровья Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Предотвращение суицидов является неотъемлемой частью этого плана, при этом поставлена цель снизить к 2020 г. их частоту в мире на 10 % [4]. Однако, несмотря на положительные изменения в области профилактики суицидов, до сих пор не найдено достаточно четких коррелятов, определяющих возможность совершения суицидального акта в той или иной ситуации конкретным индивидуумом. Одним из важнейших вопросов, решение которого, возможно, поможет реализовать этот план, является так называемый «гендерный парадокс» суицидального поведения [11].

Почему идет речь именно о «гендерном», а не о «половом» или «социальном» парадоксе? В нашей работе мы исходили из понимания того, что гендер является специфическим набором культурных характеристик, которые определяют социальное поведение женщин и мужчин, их взаимоотношения между собой. Гендер, таким образом, относится не просто к категориям «женщина» или «мужчина», а к отношениям между ними и к способу социального конструирования этих отношений, то есть к тому, как общество «выстраивает» эти отношения и взаимодействие полов в социуме. Подобно концепциям о расе, этносе, национальном характере,

социальных классах понятие «гендер» является аналитическим инструментом для понимания социальных процессов [5]. Безусловно, необходимо понимать, что в данном случае мы не противопоставляем и не объединяем понятия «пол» и «гендер», имея в виду «биологическое» и «социокультуральное». Можно говорить о половых ролях и соответствующем поведении, в том числе и суицидальном, которые складываются не только и не столько вследствие биологических различий мужчин и женщин, сколько на основе культурных и социальных особенностей эпохи и общества. Например, американский антрополог М. Mead на протяжении длительного времени исследовала жизнь трех племен в Новой Гвинее и убедительно показала, что в каждом из них мужчины и женщины исполняли совершенно различные роли, порой диаметрально противоположные общепринятым стереотипам [16]. По-видимому, это свидетельствует, что закономерности общественных отношений и связанные с ними психологические особенности полов историчны и отнюдь не вытекают только из особенностей их психофизиологии.

Однако, определяя факторную обусловленность в анализе суицидального поведения, мы не можем исключить влияние биологической составляющей при формировании так называемого «стресс-диагеза» [14] или предрасположенности к аутоагрессивному реагированию. Не стоит за-

бывать о множестве фактов, свидетельствующих о предрасположенности к тем или иным повышающим суицидальный риск психическим расстройствам у женщин, например, большей встречаемости у них депрессий, пищевых расстройств, дисморфомании, или большей частоте алкогольной зависимости у мужчин. С другой стороны, на особенности проявлений этих расстройств могут оказывать влияние определенные «стереотипы поведения». Например, способность женщин лучше выражать свои эмоциональные переживания при депрессивных расстройствах по сравнению с мужчинами или более частая обращаемость к специалистам в связи с данными проблемами у женщин в силу отсутствия необходимости соблюдать статус «мужчины, который не плачет».

Помимо этого, стоит отметить немаловажный факт, который будет подтвержден ниже статистическими данными. Невозможно объяснить значительные расхождения в соотношениях частоты мужских и женских суицидов в зависимости от страны проживания только влиянием фактора половой принадлежности. Неоспоримое влияние на проявления суицидального поведения имеют видимые различия личностных характеристик мужчин и женщин, не связанные напрямую с биологическими детерминантами, но определяющиеся спецификой социального взаимодействия, в которое включены мужчины и женщины в каждой конкретной стране. Речь идет о групповом статусе и связанных с ним отношениях власти (доминирование или подчинение), исполняемых социальных ролях (материнство или отцовство), а также уровне социальной активности (профессиональная деятельность или ведение домашнего хозяйства) [5].

Статистика гендерных различий суицидального поведения в мире

По данным 172 государств—членов ВОЗ с населением 300 000 человек, представленным по состоянию на 2012 г. в докладе ВОЗ [24], в большинстве этих стран наблюдается преобладание суицидов у мужчин по сравнению с женщинами. Только в шести странах наблюдается обратное соотношение общих коэффициентов смертности от суицидов на 100 000 населения в женской популяции по отношению к мужской: Афганистан (4,4/3,7), Бангладеш (7,6/5,6), Индонезия (4,2/3,1), Ирак (1,5/0,8), Китай (10,1/7,4), Пакистан (8,1/6,8). Однако необходимо учитывать, что в большей части этих стран (Афганистан, Бангладеш, Индонезия, Пакистан) отсутствует регистрация подобных случаев, а в Китае и Ираке имеется лишь выборочная регистрация или низкий охват ею населения. В связи с этим, представленные данные не выглядят убедительными и скорее подтверждают, чем опровергают «гендерный парадокс» суицидального поведения, который связан с соотношением суицидов и суицидальных попыток (парасуицидов) у мужчин и женщин.

В течение многих лет было принято считать, что в мировом масштабе мужчины совершают

суициды втрое чаще, чем женщины. Однако эта высокая пропорция наблюдается, главным образом, в странах с высоким уровнем доходов, где в 2012 г. соответствующее соотношение значений стандартизированного по возрасту показателя частоты суицидов составило 3,5. В странах с низким и средним уровнем доходов соотношение мужчины/женщины составляет всего лишь 1,6; иными словами, мужчины совершают суицид на 57% (а не на 300%) чаще, чем женщины. Тем не менее, наблюдаются значительные различия между регионами и между отдельными странами. Региональные межполовые соотношения в странах с низким и средним уровнем доходов варьируются от 0,9 в регионе западной части Тихого океана до 4,1 в европейском регионе, то есть различаются в 4,5 раза. При этом среди 172 государств — членов ВОЗ среднее межполовое соотношение составляет 3,2, медианное — 2,8 с 24-кратным разбросом значений (от 0,5 до 12,5). Межполовое соотношение зависит также от возраста. Например, в Российской Федерации при общем показателе 5,3 выявляются следующие возрастные различия в уровне суицидов на 100 000 населения: «5-14 лет» — 1,7, «15-29 лет» — 5,7, «30-49 лет» — 6,2, «50-69 лет» — 6,3; «70 и более лет» — 4,7 [9]. По-видимому, столь высокие различия в количестве суицидов у мужчин и женщин в России связаны не только с уровнем доходов и качеством жизни населения, но и с этно-культуральными особенностями, и, в частности, с различными преципитирующими факторами: высоким уровнем алкоголизации населения, социально одобряемым рискованном поведением у мужчин, отсутствием превентивных суицидологических программ, а самое главное — отсутствием материальной базы, позволяющей такие программы реализовать. По нашему мнению, ценность таких превентивных программ заключается в формировании устойчивой системы оказания суицидологической помощи населению и дифференцированного по возрасту и полу подхода по уменьшению значимости факторов риска и усилению антисуицидального барьера. В то же время наличие такой системы оказания помощи будет играть роль «подушки безопасности» для населения России в периоды социально-экономических спадов, поскольку зависимость уровня суицидов в населении от таких периодов является бесспорной.

Проанализировав показатели, представленные в базе данных ВОЗ о смертности в мире за 2012 г. [24], можно выявить ряд интересных закономерностей. Например, то, что Европа является неоднородной по показателю соотношений смертности от суицидов среди мужского и женского населения. Выявляется ряд стран, где этот показатель сравнительно низкий: Нидерланды — 2,4, Норвегия — 2,5, Бельгия, Швейцария, Швеция — 2,7, Люксембург — 2,9, Австрия, Дания, Финляндия, Франция — 3,1, Германия — 3,2, Испания, Португалия — 3,6, Англия — 3,7. И напротив, имеются страны со значительной разницей в соотношении мужских и женских суицидов, к

которым относятся: Польша – 7,1, Словакия – 7,0, Латвия – 6,1, Румыния – 6,0, Кипр, Литва – 5,4, Чешская Республика – 5,3, Эстония – 4,8, Греция – 4,6. В Российской Федерации этот показатель составляет 5,3, примерно совпадая с показателями на Украине – 5,2 и в Белоруссии – 4,8. Сравнительно небольшой показатель характерен для Японии – 2,6, Новой Зеландии – 2,9, Австралии, Канады – 3,2 и США – 3,7. Данные различия позволяют выявить определенную связь с уровнем суицидов в стране за год в целом и показателем соотношения мужских и женских суицидов. Это подтверждают исследования Д. Богоявленского [1], который, проанализировав динамику распространенности суицидов в нашей стране на протяжении длительного периода времени, установил, что в годы общего снижения уровня самоубийств разрыв между числом мужчин и числом женщин среди суицидентов сокращается до 3 раз, а в годы подъема возрастает до 5 раз.

Несмотря на то что уровень суицидов в России уменьшился на 44,4% (с 35,0 в 2000г. до 19,5 на 100 000 населения в 2012 г.), соотношение мужских и женских суицидов по-прежнему является высоким — 6,7 в 2000г. и 5,7 в 2012 г. Что интересно, в некоторых крупных странах мира, например в США, наблюдается обратная динамика, и за этот же период произошло увеличение количества суицидов на 24,2% — с 9,8 в 2000 г. до 12,1 на 100 000 населения в 2012 г.

Относительно распространенности суицидальных попыток среди населения, к сожалению, не имеется точных данных вследствие сложности статистического учета данной формы суицидального поведения и отсутствия официальной системы их регистрации. Приводимые в исследованиях цифры достаточно противоречивы и свидетельствуют либо об отсутствии разницы в частоте суицидальных попыток среди мужчин и женщин [12], либо о преобладании их у женщин в 2-3 раза [10] с различными промежуточными данными, которые говорят скорее о социо-культуральной специфике отдельных стран. Но все же в большинстве работ приводятся данные о преобладании суицидальных попыток у женщин по сравнению с мужчинами в большей части регионов мира. Это подтверждается результатами крупного мультицентрового исследования, проведенного в Европе, определившего, что уровень суицидальных попыток среди мужчин и женщин различается: 20—390 случаев на 100 тыс. мужского населения и 62—544 случая на 100 тыс. женского населения соответственно в разных странах [23].

Вопросы квалификации суицидальных действий

Вышеприведенные данные свидетельствуют об определенных закономерностях, но стоит отметить, что оценка изменений уровня и распространенности суицидального поведения основывается на базах данных, предоставляемых ВОЗ министерствами статистики и здравоохранения отдельных стран, что может создавать определен-

ную погрешность вследствие неадекватной квалификации аутоагрессивного акта на местах. Это может быть связано со сложными обстоятельствами, при которых произошла смерть или попытка самоубийства. В таких ситуациях это может быть расценено, как несчастный случай, смерть по неосторожности или смерть в результате аварии. Помимо этого, убийство могут имитировать под суицидальный акт, или, напротив, массивное использование наркотических средств в комбинации с алкоголем с целью ухода из жизни может выглядеть как передозировка у лица с наркотической зависимостью. Лица, совершившие суицидальную попытку, могут не обращаться за медицинской помощью, боясь стигматизации и огласки произошедшего, а при оказании медицинской помощи часто отрицают свои суицидальные намерения, описывая произошедшее событие как нелепую случайность.

Не способствует адекватному пониманию, что такое суицид или суицидальная попытка, и терминологическая эволюция основополагающих терминов. По определению ВОЗ, принятому рабочей группой по профилактике суицидов и суицидальных попыток регионального европейского офиса ВОЗ в 1986 г., самоубийство (суицид) — это «действие с фатальным результатом, которое было намеренно начато и выполнено умершим в осознании и ожидании фатального результата, посредством которого умерший реализовал желаемые изменения». К суицидальным попыткам (парасуицидам) относят «действия с нефатальным результатом, когда индивид намеренно с целью изменения ситуации начинает необычное поведение, посредством которого без вмешательства других вызывает самоповреждение или преднамеренно принимает лекарство в дозе, превышающей предписанную». По-видимому, данные термины можно интерпретировать по-разному в зависимости от квалификации лица, занимающегося расследованием произошедшего, его мотивации или желания скрыть произошедшее. С нашей точки зрения, более упрощенными, но от этого не менее противоречивыми, являются термины, представленные в докладе ВОЗ «Предотвращение самоубийств. Глобальный императив» в 2014 г. [9], где термином «суицид» обозначают акт умышленного убийства самого себя, а «суицидальная попытка» используется для обозначения любого вида изначально не летального суицидального поведения и относится к намеренному самоотравлению, нанесенной самому себе травме или иному самоповреждению, которые могут иметь или не иметь летального намерения или исхода.

Противоречивость этих терминов заключается в том, что подразумевается разделение суицида как поведенческого акта, закончившегося смертью индивидуума, и суицидальной попытки, которая также может закончиться смертью, но суицидом при этом обозначить ее невозможно вследствие «изначально не летального суицидального поведения». Безусловно, нельзя отрицать тот факт, что для некоторых лиц, особенно для подростков

и женщин, характерен стереотип повторяющегося «нефатального суицидального поведения» и вероятность того, что их суицидальная попытка завершится смертью, может быть мала. Но все-таки не стоит забывать, что в статистических отчетах о смерти вследствие суицида присутствуют и подростки и женщины, для которых было характерно такое поведение. Поэтому, с нашей точки зрения, разделение данных терминов только на основе летальности средств лишения себя жизни неприемлемо и носит скорее формально-статистический характер. Впрочем, это является вопросом для дальнейшего обсуждения и, скорее всего, большей приемлемости индивидуального анализа с оценкой обстоятельств, мотивов, истинности намерений в каждом отдельном случае, так как только такой подход позволит совершенствовать клиническую практику. Этот вопрос особенно значим в области оценки гендерных различий суицидального поведения, так как формальная квалификация суицидальных попыток у части подростков и женщин при оперировании нефатальными средствами лишения себя жизни, которые часть специалистов могут оценивать как «жест», «демонстрацию», «манипуляцию» или «истерическую реакцию», в итоге может привести к трагичным результатам.

Суицид является одной из значимых причин смерти в Российской Федерации: в 2012 г. уровень суицидов на 100 000 населения достигал 39,7 среди мужчин и 7,5 среди женщин. Еще более поразительным является то, что эти гендерные различия являются стабильными с начала прошлого века [6]. Как известно, наличие суицидальной попытки в анамнезе является одним из наиболее важных предикторов в совершении завершеного суицида. Но и в данном случае мы наталкиваемся на определенное противоречие, поскольку суицидальные попытки наиболее часто встречаются среди женщин.

Описанные выше противоречия порождают ряд основополагающих вопросов: 1) почему женщины пытаются покончить с собой значительно чаще, но гораздо больше мужчин достигают успеха в лишении себя жизни и что является причиной столь резких различий в проявлениях суицидального поведения; 2) существуют ли относительно стойкие характеристики в факторах риска суицида или протективных факторах в зависимости от гендерной принадлежности; 3) имеются ли различия в интенционных характеристиках (обстоятельствах, способах, мотивах суицидальных действий) у мужчин и женщин; 4) возможно ли создание гендерно-дифференцированных программ профилактики суицидального поведения?

Основные теории «гендерного парадокса»

Большинство теоретических построений в современных суицидологических исследованиях обычно связано с решением вопроса высокой частоты суицидов у мужчин и пытается объяснить данные закономерности в связи с особой ролью

мужского пола в эволюционном процессе и его высокой чувствительностью к изменениям во внешней среде. Отчасти на эти вопросы пыталась дать ответ эволюционная теория пола В.А. Геодакьяна (1965), которая говорит о том, что в ходе онтогенеза соотношение полов у многих видов растений, животных и человека понижается. Это связано с повышенной смертностью и повреждаемостью мужских особей по сравнению с женскими. Таким образом, женские особи являются «золотой кладовой» эволюционного процесса, а высокая смертность мужчин рассматривается, как выгодная для популяции форма информационного контакта со средой, осуществляемая через элиминацию вредным фактором среды части особей популяции. Хочется отметить, что это касается не только суицидального поведения, связанного с множеством биопсихосоциальных факторов и являющегося в итоге интегративным процессом, но и с высоким уровнем преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, дорожно-транспортных происшествий, убийств и несчастных случаев, в частности [17].

Предпринимаются попытки объяснить высокую суицидальную активность мужчин, например, с точки зрения различий в биосоциальной адаптации. По мнению А.А. Давыдова, высокие уровни суицидальной активности мужчин связаны с возможностями общества удовлетворять потребности в их самореализации. По причине невысокого порога биосоциальной адаптации мужчины острее, чем женщины, реагируют на ухудшение условий жизни, поэтому очень высокий уровень так называемой «сверхсуицидальности» мужчин зафиксирован в экономически отсталых, аграрных странах, переживающих длительный экономический спад (со всеми вытекающими отсюда социальными последствиями и ограничениями в самореализации). Напротив, очень низкий уровень «сверхсуицидальности» наблюдается в стремительно развивающихся азиатских странах. Происходящие в них процессы свидетельствуют, что в периоды экономического подъема возрастают возможности общества по удовлетворению потребностей мужчин в самореализации [3]. Для примера можно привести Китай, где соотношение мужских и женских суицидов (7,4/10,1) является даже обратным общемировым тенденциям. По нашему мнению, безоговорочная постановка целей, связанных только с экономическим успехом и достижением определенного статуса, без учета важности социальной поддержки брака и семьи, также может способствовать формированию суицидальных интенций у мужчин в периоды кризисов и неудач.

В дополнение к вышесказанному, необходимо отметить, что повышенная смертность у мужчин может быть связана с ограниченностью к образовательным, профессиональным и экономическим ресурсам в возрастной период (20–40 лет) активного завоевания жизненных позиций и одновременной «избыточности» мужчин в данном сообществе в дискретный промежуток времени.

В том числе и это может объяснить резкий пик суицидальной активности у мужчин в этом возрасте (второй пик наблюдается после 70 лет в период потери социального статуса, одиночества и проявлений хронических заболеваний).

На наш взгляд, эти теории все же не в полной мере могут объяснить столь высокие показатели в уровнях суицидальных попыток у женщин, но все они указывают на немаловажный факт того, что с точки зрения чувствительности к макросоциальным анормическим факторам наиболее уязвимой группой населения являются мужчины [20, 22].

Наиболее полно этот вопрос исследовала Mosciński E. [18], которая выделяла 4 основные теории гендерных различий суицидального поведения.

«Теория летальности» объясняет высокий уровень завершенных суицидов у мужчин выбором высоколетальных способов суицида, что в свою очередь накладывает определенные особенности в распределении способов суицида в разных странах. Например, в США наиболее распространенным высоколетальным способом суицида у мужчин является использование огнестрельного оружия, в Китае – использование пестицидов и ядохимикатов, в России – самоповешение и прыжок с высоты [6]. Однако мы хотели бы отметить, что один и тот же метод суицида может быть использован с разными намерениями. Например, высоколетальный способ может быть использован ребенком, подростком, лицом с умственной отсталостью вследствие недостаточной осведомленности и оценки опасности таких действий. Такой же способ может быть выбран в момент аффективной реакции при коротком пре-суицидальном периоде на фоне «туннельного сознания», при этом степень намеренности умереть может быть достаточно низка.

Относительно большей частоты выбора женщинами нефатальных способов суицида по сравнению с мужчинами считается, что женщины используют менее калечащие и агрессивные варианты в силу того, что суицидальные попытки часто используются ими не с целью убить себя, а с целью повлиять на окружение или привлечь внимание к своим проблемам [13, 18]. Вполне возможно, что гендерно-специфичным также является и нежелание женщин, а особенно молодых девушек, выглядеть после смерти неэстетично, более выраженный страх болезненных ощущений и меньшие опасения перед социальным ostrакизмом окружающих при неудачной попытке ухода из жизни [8].

Одним из важных аспектов в области суицидологической диагностики является оценка способа суицида в соответствии с критериями МКБ-10 (класс X) и различий в степени причинения вреда своему здоровью по 8-балльной «Медицинской шкале самоповреждений» (0 баллов – без последствий, 8 баллов – летальный исход), но только такой подход в оценке суицидального акта носит опять же статистический и формальный характер. В нашей клинической практике мы стараем-

ся прояснять контекст ситуации, обстоятельства попытки, выяснить степень осознанности и намеренности действий.

«Теория статистического шума» утверждает, что «гендерный парадокс» может являться артефактом статистических отчетов. В силу большей обращаемости женщин к врачам, меньшего страха стигматизации фиксируется гораздо больше суицидальных попыток именно у женщин, в то время как мужчины пытаются скрыть факт своей «тонкой душевной организацией» и пытаются справиться со своими проблемами самостоятельно. Эта теория позволяет понять высокую распространенность нефатального суицидального поведения у женщин, по крайней мере, в области статистической отчетности, но она все же не объясняет высокие показатели суицидов у мужчин.

«Психопатологическая теория» считает одним из важных факторов, влияющих на суицидальное поведение мужчин и женщин, различия в частоте проявлений депрессивных расстройств и зависимости от алкоголя. Например, считается, что гораздо больше женщин страдают от таких аффективных расстройств, как дистимия, циклотимия, монополярная депрессия или биполярное аффективное расстройство, что может в свою очередь являться причиной высокой частоты совершения суицидальных попыток [7]. Тем не менее в связи с тем, что мужчины гораздо чаще имеют сочетание нескольких факторов риска в виде так называемой «смертельной суицидальной триады»: депрессии, импульсивных и агрессивных черт личности, а также злоупотребления ПАВ, то наличие самого аффективного расстройства не является определяющим в их случае. Стоит отметить, что существуют психические расстройства, в большей степени характерные для женщин, например, нервная анорексия и нервная булимия, для которых также характерен высокий суицидальный риск, особенно при наличии очистительного поведения, которое связано с высоким уровнем импульсивности и аффективной неустойчивости.

«Теория социализации», говорит о том, что в разных сообществах существуют гендерные различия в социально и культурно приемлемых вариантах саморазрушающего поведения в контексте полоролевых стереотипов поведения. Данная теория особое внимание уделяет особенностям детского развития и культурных требований к мальчикам, в результате которых мужчины приобретают негибкую жизненную парадигму [8]. В частности, суицид может рассматриваться как типично мужское поведение, так же как злоупотребление алкоголем или наркотическими средствами. Такое поведение не одобряется у женщин, но допускается или даже поощряется у мужчин в некоторых обстоятельствах, например, как реакция на потерю экономического, семейного, социального статуса или тяжелую болезнь. Также более естественно рассматриваются варианты расширенных самоубийств, когда после акта гетероагрессии мужчина лишает жизни и себя. Таким образом, суицидальная попытка рассматри-

ваются в обществе, как «не мужской поступок», когда мужчина во всем должен идти до конца, а женские суицидальные попытки — как вариант приемлемого обществом «мазохистического» поведения, нацеленного на исполнение роли «жертвы». Косвенно об этом могут свидетельствовать высокие уровни мужских суицидов в типично «маскулиных» группах — среди военнослужащих, работников правоохранительных органов [6]. И напротив, в группах гомосексуальных и бисексуальных мужчин наблюдается примерное совпадение по частоте нефатального суицидального поведения с женщинами [19].

Описывая суицидальные мотивы в рамках «теории социализации» у женщин и мужчин, уместно вспомнить здесь строку «She died for Love, and he for Glory» из поэмы Вальтера Скотта «Love and Glory», в которой говорится об альтруистическом суициде девушки ради своего возлюбленного, последовавшей за ним на битву с бесчисленным воинством врага и погибшей на поле ратной битвы. И действительно, ряд исследований подтверждает, что мотивы суицидального поведения у женщин часто определяются конфликтами в области интимно-личностной сферы и могут быть связаны с разрывом значимых для них отношений, неразделенной любовью, изменой партнера, в отличие от мужчин, для которых более характерным является мотив потери социального статуса, конфликты на работе [2, 15].

Выводы

Суицидальные попытки у женщин специалистам необходимо воспринимать со всей серьезностью, несмотря на их достаточно частую нефатальность, соответствующей должна быть и оказываемая помощь. Если попытки суицида у женщины будут восприниматься как «жест» или «манипуляция», то это не будет способствовать построению адекватных ситуации профилактических и лечебных мероприятий, поскольку предыдущая суицидальная попытка остается одним из важных предикторов последующих попыток или суицида. Тем не менее ряд суицидов совершается без предварительной попытки в анамнезе, что свидетельствует о необходимости использования дифференцированных скрининговых программ по выявлению факторов суицида. В промышленно развитых странах уровень суицидов среди женщин выше в области профессиональной занятости традиционно «мужскими» профессиями, что в свою очередь говорит о необходимости поддержки такой категории женщин. Такая же поддержка должна быть оказана женщинам с психическими проблемами, в большей степени свойственными мужчинам, например, с алкоголизмом, асоциальным расстройством личности, рискованным поведением.

Необходимы дальнейшие исследования по выявлению гендерных различий суицидального поведения в определенных возрастных категориях, особенно среди популяции подростков и лиц молодого возраста, как наиболее уязвимой в со-

циальном и психологическом аспектах, для разработки соответствующих превентивных программ.

Учитывая данные, что более 90% людей, совершающих суицид, страдают от психического заболевания [10], требуется особое внимание к изучению гендерных различий в проявлениях этих расстройств. Такой подход имеет значительные перспективы в области нашего понимания проявлений и причин суицидального поведения. Медицинские работники должны учитывать эти гендерные различия в лечении пациентов, которые имеют риск суицида. Особое внимание при проведении профилактических мероприятий по снижению уровня суицидальных попыток и суицидов необходимо уделять мужчинам, страдающим расстройствами, вызванными употреблением алкоголя и наркотических веществ, женщинам с депрессивными расстройствами и расстройствами личности, лицам, имеющим правонарушения, суицидальные попытки или сексуальное насилие в прошлом.

Снижение числа суицидов среди мужского населения может быть связано с изменением социо-культуральных воззрений, культивируемых в данном сообществе и определяемых представлениями о мужественности и ее связи с рискованным поведением. Вследствие этого необходимо исследовать влияние на суицидальное поведение недавних изменений в традиционных мужских и женских социальных ролях, а также особенности суицидального поведения у лиц, принадлежащих к ЛГБТ-сообществу, поскольку риск суицидальных действий у них выше, чем в популяции. Например, в исследовании K. Skegg с соавт. (2003) при анализе влияния сексуальной ориентации женщин на уровень суицидального риска было выявлено, что у женщин с гомосексуальным влечением риск суицидальных мыслей и попыток примерно в 3 раза выше, чем у женщин с гетеросексуальным влечением, при этом вероятность суицидальной попытки тем выше, чем выше степень выраженности гомосексуального влечения [21].

С практической точки зрения, при клиническом интервьюировании пациента, обнаруживающего суицидальные тенденции или совершившего суицидальную попытку, целесообразно не только собирать суицидологический анамнез и использовать специализированные шкалы, выявляющие уровень суицидального риска (например, Колумбийскую шкалу оценки тяжести суицида, C-SSRS), но и различные методики, позволяющие выявлять личностные характеристики, которые связаны с большим риском совершения суицида у мужчин или у женщин (например, шкала импульсивности Баррата, шкала безнадежности Бека, шкала депрессии Бека и т. д.), или мотивационными аспектами суицидального поведения (например, опросник антисуицидальных мотивов М.М. Лайнхен, опросники про- и антисуицидальных мотиваций Ю.Р. Вагина). Необходимо также применять методики, выявляющие проблемные зоны в области социального функционирования в зависимости от возраста респондента.

В связи с этим, с нашей точки зрения, обязательным является обследование подростков при помощи Патохарактерологического опросника (ПДО), позволяющего выявить акцентуированные личности среди данной возрастной категории, а у лиц пожилого возраста рациональнее всего было бы использовать краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF) в связи с необходимостью определения проблем в области соматического и психического здоровья, оценки способности выполнять те или иные функции и удовлетворенности своей жизнью. Такой комплексный подход в диагностике позволяет построить гипотезу развития кризисного состояния, разработать программу психотерапевтической работы и спрогнозировать суицидальный риск. Для оценки текущего статуса необходимо фокусирование внимания специалиста на актуальных вербальных и невербальных проявлениях суицидальных тенденций, поскольку женщины более часто, чем мужчины, предъявляют прямые вербальные заявления о суицидальных намерениях. Для мужчин же характерны косвенные невербальные «знаки» и стратегии избегания внутреннего конфликта, например, злоупотребление алкоголем.

Помимо этого, вне зависимости от половой принадлежности должны соблюдаться основные принципы профилактики суицидального поведения: 1) диагностика и лечение психических расстройств и аддикций; 2) обеспечение социальной поддержки; 3) повышение уровня информированности о признаках суицидального поведения, симптомах психических расстройств и злоупотребления ПАВ среди так называемых «вахтеров» (учителей, работодателей, медицинских работников первичного звена); 4) необходимо ограничивать доступность высоколетальных средств суицида, выполнять строгий учет лекарственных средств; 5) сотрудничать с работниками СМИ в области просвещения населения об основных закономерностях суицидального поведения и правильности подачи подобной информации.

По нашему мнению, образовательные программы по предупреждению суицидов должны включать в себя гендерно-ориентированные подходы,

которые позволят раскрыть вопросы предполагаемой приемлемости различных суицидальных сценариев поведения, характерных для женщин и мужчин. Это в какой-то мере позволит и самим специалистам осознать свои ожидания относительно поведения своих пациентов и понять модели суицидального поведения женщин и мужчин. В силу многообразности факторов, влияющих на суицидальную настроенность населения, необходимо быть чувствительным к постоянно меняющимся биологическим, социальным и психологическим факторам, порой «играя на опережение».

Заключение

Автор первых социологических исследований в области суицидологии Э. Дюркгейм еще в 1912г. в своей работе «Самоубийство. Социологический этюд» при анализе суицидов в Австрии, Пруссии, Италии, Саксонии, Франции и Дании сделал следующую вывод: «...на одну лишнюю себя жизни женщине приходится в среднем четверо мужчин». Что удивительно, но и спустя почти сто лет, несмотря на глобальные изменения в мире, множество войн, революций (технической, информационной и сексуальной), это соотношение остается неизменным. Каким образом улучшить ситуацию? Как уменьшить количество суицидов у мужчин и количество суицидальных попыток у женщин?

Возможен и более глобальный вопрос: в каком мире будут жить наши дети и внуки? На эти вопросы необходимо ответить не только врачам-клиницистам, но и психологам, социологам, учителям, работникам СМИ.

С нашей точки зрения, в этом им может помочь работа, проводимая в НИПНИ им. В.М. Бехтерева совместно с ВОЗ, по разработке программы профилактики суицидов в Российской Федерации. В частности, на отделении лечения психических расстройств у лиц молодого возраста проводятся выборочные по возрасту исследования гендерных различий суицидального поведения, полученные данные по этим исследованиям являются предметом для дальнейших дискуссий.

Литература

1. Богдавленский Д. Российские самоубийства и российские реформы // *Население и общество: Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народно-хозяйственного прогнозирования РАН.* — 2001. — № 52. — С. 1–4.
2. Войцех В.Ф. Суицидология. — М.: Миклош. — 2007. — 280 с.
3. Давыдов А.А. Самоубийства, пол и золотое сечение // *Социологические исследования.* — 1990. — № 5. — С. 99–102.
4. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. — Женева: ВОЗ. — 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-ru.pdf?ua=1)
5. Малкина-Пых И.Г. Гендерная терапия – справочник практического психолога. — М.: Эксмо. — 2006. — 552 с.
6. Нечипоренко В.В., Шамрей В.К. Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики. — ВМедА. — 2007. — 528 с.
7. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — СПб: Речь. — 2006. — 372 с.
8. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения у подростков // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* — 2011. — № 4. — С. 4–8.
9. Предотвращение самоубийств: Глобальный императив. — Женева: ВОЗ. — 2014. — 98 с.

10. Психиатрия / Под ред. Р.Шейдера. Пер. с англ. — М.: Практика. — 1998. — 485 с.
11. Canetto S.S., Sakinofsky I. *The Gender Paradox in Suicide. // Suicide and Life Threatening Behavior.* — 1998. — V. 28. — P. 1–23.
12. Daigle M.S., Cote G. *Nonfatal Suicide-Related Behavior Among Inmates: Testing for Gender and Type Differences // Suicide and Life Threatening Behavior.* — 2006. — Vol. 36. — № 6. — P. 670 – 681.
13. Hawton K. *Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour // The British Journal of Psychiatry.* — 2000. — Vol. 177. — P. 484–485.
14. Mann J.J., Waternaux C., Haas G., Malone K. *Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients // Am. J. Psychiatry.* — 1999. — Vol. 156. — P. 181–189.
15. McAndrew F.T., Garrison A.J. *Beliefs about gender differences in methods and causes of suicide // Arch. Suicide Res.* — 2007. — V. 11. — P. 271–279.
16. Mead M. *Sex and Temperament in Three Primitive Societies.* New York: Perennial an impr. of Harper Collins Publ. — 2003. — 352 p.
17. Moller-Leimkuhler A.M. *The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? // Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* — 2003. — Vol. 253. — P. 1–8.
18. Moscicki E.K. *Gender differences in completed and attempted suicides // Annals of Epidemiology.* — 1994. — № 4. — P. 152–158.
19. Remafedi G., Farrow J., Deisher, R. *Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth // Pediatrics.* — 1991. — V. 87. — P. 869–875.
20. Rutz W. Rihmer Z. *Suicidality in men — practical issues, challenges, solutions // The Journal of Men's Health & Gender.* — 2007. — Vol. 4. — P. 393–401.
21. Skegg K., Nada-Raja S., Dickson N., Paul C., Williams S. *Sexual Orientation and Self-Harm in Men and Women // Am. J. Psychiatry.* — 2003. — Vol. 160. — P. 541–546.
22. Walinder J., Rutz W. *Male depression and suicide // Int Clin Psychopharmacology.* — 2001. — Vol. 16. — P. 21–24.
23. WHO/EURO Multicentral Study on Parasuicide/ Facts and Figures WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen. — 1999. — P. 99.
24. WHO mortality database documentation: 1 May 2013 update. Geneva: World Health Organization. — 2013 (http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en)

Сведения об авторах

Попов Юрий Васильевич – д-р мед. наук, профессор, зам. директора института по научной работе Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: porov62@yandex.ru

Пичиков Алексей Александрович – врач-психиатр отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: sigurros@mail.ru

Мотивация и терапевтический альянс у девочек-подростков с нервной анорексией и проблема преждевременного прерывания лечения

Скрипченко П.А., Пичиков А.А., Попов Ю.В.
ФБГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»

Резюме. Преждевременное прерывание лечения пациентами с нервной анорексией (НА) является распространенной ситуацией, при которой существенно снижаются шансы больных на выздоровление. Предпринятый анализ данной проблемы позволяет связать высокий процент преждевременного прерывания лечения с трудностями в установлении продуктивного терапевтического альянса, а также с наблюдаемой у данных пациентов низкой мотивацией на лечение. Предполагается, что своевременное внимание к этим факторам позволит существенно повысить эффективность лечения НА у девочек-подростков.

Ключевые слова: нервная анорексия, преждевременное прерывание лечения, нон-комплаенс, мотивация, терапевтический альянс, мотивационное интервью.

Therapeutic alliance with teenage girls suffering from anorexia nervosa, motivation and the problem of dropout from inpatient treatment

Skipchenko P.A., Pichikov A.A., Popov Y.V.
Saint-Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary. High dropout rates from inpatient treatment among the patients with Anorexia Nervosa (AN) pose a serious problem, which is significantly reduce the chances of recovery. Undertaken analysis of this problem allows to link a high percentage of dropout with difficulties in establishing a productive therapeutic alliance and low motivation for treatment inherent to these patients. It is assumed that timely focus on these factors may noticeably increase the probability of positive outcome among the teenage girls with AN.

Key words: anorexia nervosa, premature termination of treatment, non-compliance, motivation, therapeutic alliance, motivational interviewing

Проблема нервной анорексии у девочек-подростков является крайне актуальной. С конца XX века отмечается неуклонный рост заболеваемости в индустриально развитых странах. Следует отметить, что НА (F50.0) подвержены представители более обеспеченных слоев населения [8].

Несмотря на значительное количество научных исследований и публикаций на тему нервной анорексии (НА), за последние годы так и не произошло качественного прорыва в подходах к лечению данного расстройства [28]. Смертность составляет до 20 %, в том числе от суицидов – 0,2 % в год, продолжает оставаться достаточно высоким процент неблагоприятных исходов [7]. По данным мета-анализа 119 исследований (Steinhausen, 2002) нормализация массы тела имела место у 59,6 % больных, менструального цикла — у 57 %, пищевого поведения — у 46 %. В целом автор приводит следующие цифры: хороший исход с нормализацией веса и менструального цикла наблюдался у 44 % больных; плохие исходы, при которых сохранялись отклонения веса и нарушения менструального цикла, отмечались у 24 % больных; 5 % больных умерли.

Среди подростков, по данным того же автора, практически выздоравливает (катамнез 5 лет) 50–

70 % пациентов с НА, а у 20 % расстройство имеет хроническое течение. В нашей работе мы предприняли попытку анализа возможных причин подобной ситуации, опираясь на отечественные и зарубежные исследования. Нами будет рассмотрена проблема преждевременного прерывания лечения пациентами с НА, а также проблема мотивации и создания терапевтического альянса среди данного контингента с целью профилактики возможных причин преждевременного выхода пациентов из программ лечения. Помимо этого мы попытались выделить возможные направления для повышения эффективности терапии НА.

Преждевременное прерывание лечения у больных НА

НА (F50.0) относится к тяжелым психическим заболеваниям с длительным периодом лечения и частым неблагоприятным исходом [7, 8]. Мы считаем, что одной из возможных причин неблагоприятного исхода лечения можно считать преждевременный выход пациентов из программы лечения. Очевидно, что самая эффективная терапевтическая парадигма не принесет пользы пациенту, который не следует предписаниям, либо прерывает лечение раньше положенного срока.

Согласно проанализированным нами исследованиям процент раннего выхода из программ лечения у пациентов с НА достаточно высок. Ранние исследования (Vandereycken, Pierloot, 1983), проведенные на популяции 133 женщин, страдающих НА, показывают 57,6 % преждевременного выбывания из программы лечения. Терапевтическими целями было достижение 90 % изначального веса, то есть веса до начала заболевания, и психологическая реабилитация.

Более позднее исследование (Kahn, Pike, 2001), проведенное на 81 пациентке с НА, показывает 33 % преждевременного прерывания лечения до достижения намеченного уровня 90 % изначального веса, удерживаемого в течение двух недель. В данном исследовании 16 % пациентов покинули программу на самых ранних сроках лечения в течение первых 10 дней.

Исследования, проведенные на популяции 166 пациенток с НА (Woodside et al., 2004), приводят данные о 51 % преждевременного выбывания из программы лечения с основной целью в виде фиксации индекса массы тела (ИМТ) равного 20. Исследования, проведенные также в 2004 году (Surgenor et al., 2004), на основе наблюдения 227 пациентов с НА, показали 20% преждевременного ухода из программы. В данном случае терапевтические цели были индивидуально разработаны для каждого случая. Следует здесь отметить, что более низкий процент выбывания из программы может быть обусловлен именно индивидуализированным подходом к постановке целей лечения, а также более коротким периодом катамнеза по сравнению с другими исследованиями (18 месяцев, тогда как в других исследованиях этот период колеблется от 4 до 12 лет).

Исследования, проведенные в 2005 году (Zeeck et al., 2005) на основе наблюдения 236 пациентов с НА, показали 31 % прерывания лечения, из которых 26 % не достигли даже половины намеченной программой терапевтической цели в виде ИМТ \geq 18. Исследования, проведенные в 2006 году (Carter et al., 2006) на основе наблюдения 113 пациентов с диагнозом расстройство пищевого поведения (НА и РПП недифференцированного типа), показало 36 % преждевременного прерывания лечения с прогнозируемым уровнем улучшения состояния по критерию ИМТ равного 20. Исследования, проведенные в 2010 году во Франции (Caroline et al., 2010) на основе наблюдения более 600 больных НА, показало 53,3 % преждевременного прерывания лечения, причем более половины указанных пациентов прерывали лечение в течение первых недель госпитализации.

Можно отметить, что исследования, проведенные после 1983 года, показывают практически одинаковый процент выбывания из программы пациентов. В связи с этим возникает закономерный вопрос: почему ситуация, связанная с лечением НА, практически не изменилась более чем за 20 лет и, несмотря на значительный прогресс медицинских наук и психиатрии в частности, пациенты с НА имеют столь высокие показатели

преждевременного прерывания лечения? А если значительный процент пациентов выходит из программы лечения, так и не достигнув намеченных целей (восстановление ИМТ, психологического и соматического равновесия), то течение расстройства имеет все шансы стать хроническим [38].

Если мы обратимся к популяции подростков, страдающих НА, то и здесь процент выбывания из программы остается достаточно высоким. Исследования, проведенные в 2013 году (Hubert et al., 2013), на популяции 359 подростков и лиц молодого возраста 16–20 лет, показали 24 % преждевременного выхода из программы лечения. Низкий (по сравнению с другими исследованиями) процент выхода из программы объясняется тем, что 75 % исследуемой популяции имели возраст менее 18 лет. То есть эти пациенты не могли покинуть стационар только по собственному желанию и требовалось согласование с родителями.

Краткий обзор факторов, связанных с преждевременным выходом из программ лечения

В приведенных выше исследованиях были отмечены следующие факторы, способствующие преждевременному выбыванию пациентов с НА из терапии: большее количество перенесенных ранее госпитализаций; низкий ИМТ при поступлении; субъективно желаемый низкий ИМТ; сочетание ограничительной формы анорексии с булимическими эпизодами; наличие очистительных симптомов (слабительные, рвота); отсутствие депрессивной симптоматики; наличие самоповреждающего поведения и суицидных попыток в анамнезе; употребление ПАВ; наличие детей, если пациентом является мать-одиночка; страх перед стигматизацией в обществе и негативное отношение к психиатрии среди близких родственников пациента. Также у таких пациентов выявлялся высокий результат по шкале Hopkins Symptom Check List 90-R (SCL-90-R), измеряющей наличие и выраженность психопатологической симптоматики, и по шкале The Eating Disorder Inventory (EDI).

Характерно, что общим для всех исследований являются факторы низкой мотивации пациентов (низкий балл по шкале опросника «Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire» — ANSOCQ) и отсутствие качественного терапевтического альянса (низкий балл по шкале Working Alliance Inventory Short Form (WAI-S) [15, 25, 34]. Эти факторы проявляются у всех пациентов, преждевременно покинувших программу лечения. Далее мы сосредоточимся именно на этих двух факторах.

Фактор мотивации у пациентов с нервной анорексией

Как мы уже отметили ранее, недостаточная мотивация к нормализации веса указывается как одна из основных причин преждевременного прерывания лечения [15, 25, 31]. Многие специалисты, к мнению которых мы присоединяемся,

утверждают, что преодоление низкой мотивации к изменениям у пациентов, страдающих НА, является одним из самых серьезных препятствий на пути к выздоровлению [20].

Низкая мотивация при НА может свести к минимуму эффективность психотерапевтических методов, которые в других условиях зарекомендовали себя как эффективные в комплексном лечении других расстройств пищевого поведения (РПП). Например, наблюдаемые в некоторых случаях неудовлетворительные результаты когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), рекомендуемой в рамках лечения НА [3], могут объясняться именно фактором низкой мотивации [18], так как КПТ подразумевает изначально высокую степень сотрудничества пациента.

Работа с мотивацией имеет особую важность, если учесть тот факт, что до 70 % пациентов с НА, находящихся на стационарном лечении, после 3-месячного пребывания в программе так и не включаются активно в терапевтический процесс [31]. Другими словами, такие пациенты, по сути, пассивно ожидают выписки, а в худшем случае активно саботируют терапевтические мероприятия.

Подобная ситуация обусловлена в том числе тем, что поступление на стационар пациента с НА происходит в порядке «срочности», в связи с необходимостью стабилизировать соматическое состояние, вызванное существенной потерей веса, и не всегда связано с психологической готовностью пациента избавиться от своего недуга.

Кроме того, исследования показывают, что врачи или психотерапевты склонны завышать готовность пациентов к изменениям [19] или имеют ошибочное мнение о представлениях и чувствах пациента относительно терапии [24]. Как следствие, врач ожидает и принуждает пациента к изменениям, исходя из своих собственных представлений о ходе лечения, а пациент к таким изменениям часто абсолютно не готов, так как базируется на собственном представлении о своей проблеме и о том, что такое «выздоровление». Таким образом, высокий процент выбывания из программ лечения пациентов с НА или их пассивное сопротивление предписаниям врача могут объясняться несогласованностью между ожиданиями специалистов и самих пациентов [22].

Мы можем сказать, основываясь на собственном клиническом опыте и на анализе отечественных рекомендаций, что недооценка фактора мотивации является историческим и традиционным обстоятельством. Большинство врачей, работающих с НА, не имеют навыков ведения терапевтической беседы в мотивационном ключе и опираются на пособия по лечению НА, в которых клиническое интервьюирование с пациентами, страдающими НА, рекомендуется проводить в «рационально-разъяснительной» форме или, другими словами, в форме прямого убеждения и конфронтации [2]. Предлагается разъяснять пациентам необходимость госпитализации и лечения с упором на логические доводы, с помощью которых врач, используя свой авторитет, «убеждает» больного в

обоснованности данных мер. Это пример так называемого «менторского» стиля общения с пациентом, который редко бывает эффективным [1], но, к сожалению, часто остается традиционной формой отношений «врач–пациент». Здесь уместно отметить, что «менторский» стиль вообще неприемлем при общении с подростками [5].

Мы можем обоснованно задаться вопросом: почему многими специалистами считаются приемлемыми и эффективными призывы к логике в беседе с пациентами, у которых не только существует своя «нерациональная» логика (по сути — бредовая убежденность), которой они строго придерживаются, но и нарушения восприятия, вторичные выгоды и многие другие факторы, которые просто не позволяют пациенту «услышать» логические доводы врача?

Несмотря на то что многочисленные работы [10, 11, 13, 14, 23] показали и доказали неэффективность «прямого убеждения» и конфронтации в беседе с пациентами, обладающими низкой мотивацией к лечению, на практике многие врачи продолжают придерживаться «менторского» и «патерналистического» типа отношений с пациентами.

Мы можем предположить, что именно по вышеуказанным причинам многие пациенты с НА, находящиеся на лечении, признавали, что чувствовали давление или принуждение к лечению, которое вызывало у пациента стремление либо сопротивляться терапии, либо пассивно саботировать усилия врачей [21]. Можно привести слова одной пациентки с НА, поступившей на стационарное лечение в наше учреждение: «Я знаю, что мне нужно лечиться, но не загоняйте меня в угол! Чем больше мне говорят о том, что я «должна» лечиться, тем меньше мне этого хочется...»

Несмотря на то, что эго-синтонные симптомы НА могут повыситься у некоторых пациентов ощущение воспринимаемого принуждения [34], мы считаем важным подчеркнуть, что нередко пациенты сопротивляются не только самой идее лечения, но и личности врача или факту принуждения к терапии. Как следствие, мы имеем конфронтацию вместо сотрудничества. В связи с этим достаточно важным представляется создание продуктивного терапевтического альянса между врачом и пациентом.

Факторы комплаенса и терапевтического альянса у пациентов с нервной анорексией

Проблема нон-комплаенса, то есть отсутствия сотрудничества со стороны пациента, является обширной и актуальной проблемой для современной психиатрии. Она обусловлена совокупностью системных факторов, один из которых представляется терапевтическим альянсом [1] и включает в себя субъективное восприятие больного врача, а также характер взаимоотношений «врач–пациент» [6].

Что касается пациентов с НА, то для них действительно характерны нон-комплаентность, а также трудности в процессе установления тера-

терапевтического альянса [4]. Тем не менее, основываясь на вышеприведенных аргументах, мы считаем, что равную часть ответственности за неуспешный терапевтический альянс несёт врач, который своими действиями либо повышает уровень сотрудничества пациента, либо обостряет его сопротивление к терапии. Это касается в значительной степени подросткового контингента, для которого в целом характерно оппозиционное поведение и разной степени выраженности реакции протеста и эмансипации [5], особенно как реакция на фигуру врача, ассоциирующуюся с «авторитетным родителем».

К сожалению, как мы отметили выше, терапевтический альянс остается недостаточно изученным в области РПП, как раз в той области, где создание терапевтического альянса считается одним из ключевых аспектов лечения [30, 34, 36].

В отечественной литературе мы обнаружили лишь одно, цитируемое выше, исследование фактора терапевтического альянса с пациентами, страдающими НА [4]. Хотя данное исследование проводилось на малом количестве пациентов (47 девочек-подростков от 15 до 18 лет), оно позволяет, тем не менее, сделать предварительный вывод о роли терапевтического альянса в успехе лечения НА. Так, по данным этого исследования, у 95 % пациентов нон-комплаенс был обусловлен стигматизацией врача-психиатра, то есть негативным отношением пациента или его родственников к врачу.

Отечественные исследования терапевтического альянса с пациентами, страдающими расстройствами аффективного спектра, показывают, что качественный терапевтический альянс, или система отношений «врач-пациент», действительно является значимым предиктором улучшения состояния и достижения психотерапевтических целей [9].

Что же касается терапевтического альянса у подростков с НА, то и в зарубежной литературе мы нашли только одно исследование, которое подтверждает гипотезу о том, что качественный терапевтический альянс позитивно связан с ранним набором веса в ходе терапии и с благополучным исходом лечения НА у подростков. В данном исследовании доказано влияние качественного альянса на приверженность пациента терапии в рамках длительного лечения, рекомендованного для НА [29].

Современный подход к отношениям «врач-пациент» [1, 32] предлагает более внимательно учитывать мнение пациента к вариантам лечения, поощрять его активное участие в разработке плана терапии. Таким образом, у больного формируется чувство ответственности за успех терапии, он с большим усердием будет следовать совместно выработанной тактике лечения. Речь идет о формировании партнерской формы терапевтического альянса. При таком общении у пациента развивается способность к интерсубъективности, то есть способность устанавливать настоящие, глубокие отношения с другими. Мы знаем, исходя из нашего клинического опыта, насколько способность

к таким отношениям тяжело дается пациентам с НА и насколько развитие именно этой способности является одной из основных ступеней, ведущих к выздоровлению.

В подтверждение вышесказанного мы можем привести пример метаанализа 23 исследований (Bell, 2003), включающих отчеты лечения пациентов с РПП, в том числе с НА. В данных отчетах пациентам задавали вопрос о том, что для них являлось самым значимым позитивным фактором терапии. Оказалось, что поддержка, понимание и эмпатическое отношение врачей были оценены как очень значимые большинством пациентов.

Выводы и рекомендации

Исходя из приведенных нами данных, мы можем сделать следующие выводы.

1. Общепринятая парадигма лечения подростков с НА нуждается в оптимизации на основе качественных экспериментальных данных с целью выявления и устранения причин преждевременного прерывания терапевтического процесса пациентами.

2. Преждевременное прерывание лечения пациентами с НА является серьезной проблемой, существенно снижающей шансы больных на выздоровление. Данная проблема имеет тесную взаимосвязь с такими терапевтическими факторами, как отношения «врач-пациент» и мотивация пациентов.

3. Мы придерживаемся мнения, что более подробные исследования комплаенса, мотивации и терапевтического альянса у подростков с НА могут предоставить достоверные данные, необходимые для улучшения эффективности оказания психиатрической помощи данному контингенту больных.

4. Врачам и психологам, работающим с больными, страдающими НА, необходимо уделять особое внимание формированию качественных и позитивных отношений (терапевтического альянса) не только с пациентами, но и с родственниками пациентов, начиная с самых ранних этапов госпитализации. С этой целью необходимо отходить от «менторского», принуждающего стиля общения с пациентом в пользу партнерских отношений. Кроме того, учитывая потребность подростков, страдающих НА, в эмпатических и аутентичных отношениях, мы считаем непродуктивной ту стратегию лечения, при которой контакт между врачом и пациентом сведен к рутинным контактам и к минимальному общению. Такая стратегия не способствует созданию качественного терапевтического альянса.

5. Мы считаем, что проблему низкой мотивации у больных НА нельзя воспринимать *только* как черту личности пациента или как особенность данного расстройства, так как стремление мотивация пациента к выздоровлению, а также его согласие на лечение тесно связаны с отношениями «врач-пациент» и с качеством терапевтического альянса. Тем не менее нужно отметить, что мо-

тивационное интервью, разработанное в начале 90-х годов [27] как особый стиль ведения терапевтической беседы, повышающий мотивацию пациента к изменениям и неоднократно показавший свою эффективность в рамках когнитивно-поведенческой терапии, практически не исследовался на контингенте пациентов с НА. Этот важный, с точки зрения повышения у пациента приверженности к лечению, инструмент до сих пор практически неизвестен большинству психиатров.

Таким образом, мы считаем целесообразным «сенситизировать» врачей, работающих с больными НА, к значимости фактора мотивации, а также к технике ведения мотивационного интервью. Подобная практика возможна и как стиль проведения беседы между психиатром и пациентом, и как отдельная форма психотерапии, проводимая психотерапевтом или психологом, в дополнение к существующей программе лечения.

Литература

1. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. — 2014. — № 2. — С. 4–12.
2. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. *Нервная анорексия*. — М: Медицина. — 1986. — 176 с.
3. Крылов В.И. *Нарушения пищевого поведения у больных пограничными психическими заболеваниями* // Автореферат докторской диссертации по РПП. — НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — СПб. — 1995. — 47 с.
4. Лев Л.М., Андреева В.О., Заика В.Г., Ткаченко Н.В. Современный взгляд на проблему нервной анорексии у девочек-подростков: нон-комплаенс и взаимосвязь психопатологических и нейроэндокринных нарушений // *Здоровье — основа человеческого потенциала проблемы и пути их решения*. — Выпуск № 2. — 2012. — Т. 7. — С. 684–689.
5. Личко Е.А. *Подростковая психиатрия*. — М: Медицина. — 1985. — 416 с.
6. Лутова Н.Б., Незнанов Н.Г., Вид В.Д. *Комплаенс в психиатрии и способ его оценки* // *Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина*. — 2008. — № 1. — С. 7–10.
- Мазаева Н.А., Осипова А.А. *Нервная анорексия — проблема далекая от разрешения* // *Журнал неврологии и психиатрии*. — 2007. — № 1. — С. 85–93.
7. Попов Ю.В., Вид В.Д. *Современная клиническая психиатрия*. — СПб: Речь. — 2006. — 372 с.
8. Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б. *Терапевтический альянс в психотерапии* // *Современная терапия психических расстройств*. — 2011. — № 3. — С. 14–21.
9. Amrhein P.C., Miller W.R., Yahne C.E., Palmer M., Fulcher L. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 2003. — Vol. 71. — P. 862–878.
10. Babor T.F. The Marijuana Treatment Project Research Group. Brief treatments for cannabis dependence: Findings from a randomized multisite trial // *Journal of Counseling and Clinical Psychology*. — 2004. — Vol. 72. — P. 455–466.
11. Bell L. What can we learn from consumer studies and qualitative research in the treatment of eating disorders? // *Eat Weight Disord.* — 2003. — Vol. 8. — P. 181–187.
12. Brown J.M., Miller W.R. Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment // *Psychology of Addictive Behaviors*. — 1993. — Vol. 7. — P. 211–218.
13. Burke B.L., Dunn C.W., Atkins D.C., Phelps J.S. The emerging evidence base for motivational interviewing: A meta-analytic and qualitative Inquiry // *Journal of Cognitive Psychotherapy*. — 2004. — Vol. 18. — P. 309–322.
14. Caroline H. et al. Predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: Data from a large French sample // *Psychiatry Research*. — 2011. — Vol. 2. — P. 1–6.
15. Carter J.C., Bewell C., Blackmore E., Woodside D. The Impact of Childhood Sexual Abuse in Anorexia Nervosa // *Child Abuse Negl.* — 2006. — Vol.30. — P. 57–69.
16. Dean H.Y. Brief inpatient treatment for eating disorders: Can Motivational Enhancement Therapy improve outcome? // A dissertation presented for the requirements for the degree of Doctor of Clinical Psychology. — University of Sydney, New South Wales, Australia. — 2006. — 119 p.
17. Fairburn C.G. Evidence-based treatment of anorexia nervosa // *International Journal of Eating Disorders*. — 2005. — Vol. 37. — P. 26–30.
18. Geller J. Estimating readiness for change in anorexia nervosa: Comparing clients, clinicians, and research assessors // *International Journal of Eating Disorders*. — 2002. — Vol. 31. — P. 251–260.
19. George L., Thornton C., Touyz S.W., Waller G., Beumont P.J. Motivational enhancement and schema-focused cognitive behaviour therapy in the treatment of chronic eating disorders // *Clinical Psychologist*. — 2004. — Vol. 8. — P. 81–85.
20. Guarda A.S., Pinto A.M., Coughlin J.W., Hussain S., Haug N.A., Heinberg. L.J. Perceived coercion and change in perceived need for admission in patients hospitalized for eating disorders // *The American Journal of Psychiatry*. — 2007. — Vol. 164. — P. 108–114.
21. Halmi K., Agras W.S., Crow S., Mitchell J., Wilson G., Bryson S. et al. Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa // *Archives of General Psychiatry*. — 2005. — Vol. 62. — P. 776–781.
22. Hettema J, Steele J., Miller W.R. Motivational interviewing // *Annual Review of Clinical Psychology*. — 2005. — Vol. 1. — P. 91–111.
23. Hill C., Thompson B., Cogar M., Denman D. Beneath the surface of long-term therapy: therapist

- and client report of their own and each other's covert processes // *Journal of counseling psychology*. — 1993. — V. 38. — P. 278–287.
24. Hubert T., Pioggiosi Ph., Huas C., Wallier J., Maria A.-S., Apfel A., Curt F., Falissard B., Godart N. Drop-out from adolescent and young adult inpatient treatment for anorexia nervosa // *Psychiatry research*. — 2013. — Vol. 209. — P. 632–637.
 25. Kahn C., Pike K.M. In Search of Predictors of Dropout From Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa // *Int.J. Eat.Disord.* — 2001. — Vol. 30. — P. 37–44.
 26. Miller W.R., Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guildford Press. — 1991. — 428 p.
 27. Palmer B. Come the revolution. Revisiting... the management of anorexia nervosa // *Advances in Psychiatric Treatment*. — 2006. — Vol. 12. — P. 5–12.
 28. Pereira T., Lock J., Oggins J. Role of therapeutic alliance in family therapy for adolescent anorexia nervosa // *The International Journal of Eating Disorders*. — 2006. — Vol. 39. — P. 677–684.
 29. Ramjan L.M. Nurses and the therapeutic relationship: Caring for adolescents with anorexia nervosa // *Journal of Advanced Nursing*. — 2004. — V. 45. — P. 495–503.
 30. Rieger E., Touyz S.W., Beumont P. The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire: Information regarding its psychometric properties // *International Journal of Eating Disorders*. — 2002. — Vol. 32. — P. 24–38.
 31. Safran J., Muran J. Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? // *Psychotherapy: theory, research, practice, training*. — 2006. — V. 43. — P. 286–291.
 32. Steinhausen H.C. The outcome of anorexia nervosa in 20-th century // *Am. J. Psychiatry*. — 2002. — V. 159. — P. 1284–1293.
 33. Sly R., Morgan J.F., Mountford V., Lacey J.H.: Predicting premature termination of hospitalised treatment for anorexia nervosa: The roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change // *Eating Behaviors*. — 2013. — Vol. 14. — P. 119–123.
 34. Surgenor L.J., Maguire S., Beumont P.J. Drop-Out From Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa: Can Risk Factors Be Identified at Point of Admission? // *European Eating Disorders Review*. — 2004. — Vol. 12. — P. 94–100.
 35. Tierney S. The individual within a condition: A qualitative study of young people's reflections on being treated for anorexia nervosa // *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. — 2008. — V. 13. — P. 368–375.
 36. Vandereycken W., Pierloot R. Drop-Out During in-Patient Treatment of Anorexia Nervosa: a Clinical Study of 133 Patients // *Br.J Med.Psychol.* — 1983. — Vol. 56. — P. 45–56.
 37. Willer M.G., Thuras P., Grow S.J. Implications of changing utilisation of hospitalisation to treat anorexia nervosa // *Am. J. Psychiat.* — 2005. — Vol. 162. — P. 2374–2376.
 38. Woodside D.B., Carter J.C., Blackmore E. Predictors of Premature Termination of Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa // *Am.J. Psychiatry*. — 2004. — Vol. 161. — P. 77–81.
 39. Zeeck A., Hartmann A., Buchholz C., Herzog T. Drop Outs From in-Patient Treatment of Anorexia Nervosa // *Acta Psychiatr.Scand.* — 2005. — Vol. 111. — P. 29–37.

Сведения об авторах

Попов Юрий Васильевич – д-р мед. наук, профессор, зам. дир. института по научной работе Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: popov62@yandex.ru

Скрипченко Петр Алексеевич – младший научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: piotrskrip@hotmail.fr

Пичиков Алексей Александрович – врач-психиатр отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: sigurros@mail.ru

Медицинская психодиагностика в гинекологии: методология и задачи исследований на модели предменструального синдрома

Аганезова Н.В.*, Вассерман Л.И.***, Кислицына З.В.**

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

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

Резюме. Моделью изучения являются личностно-типологические характеристики пациенток с предменструальным синдромом. Результаты исследования с помощью специализированного опросника для определения невротических черт личности показали, что в структуре личности женщин с предменструальным синдромом одним из облигатных свойств является аффективная неустойчивость, которая отражает существенный в патогенетическом плане радикал личностной типологии этих пациенток. Наличие предменструального синдрома в сочетании с симптомами дисменореи актуализирует генотипические характеристики пациенток, усиливает интра- и интерпсихические конфликты личности, повышает риск психической дезадаптации.

Ключевые слова: предменструальный синдром, дисменорея, психологическая диагностика, эмоциональные и личностно-типологические расстройства.

Medical psychodiagnostics in gynecology: researches methodology and tasks on the model of premenstrual syndrome

Aganezova N.V.*, Wasserman L.I.***, Kislitsyna Z.V.**

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

** St-Petersburg V.M. Bekhterev psychoneurological research institute.

Summary. Personally-typological characteristics of women with premenstrual syndrome are the model of the research. Special questionnaire for the determination of neurotic patterns of personality demonstrate that affective lability is one of the obligate characteristics which reflects the significant radical of personal typology. Both symptoms of PMS and dysmenorrhea actualize genotypic characteristics, reinforce intra- and interpsychical conflicts of personality, raise risk of psychical dysadaptation.

Key words: premenstrual syndrome, dysmenorrhea, psychodiagnostics, emotional and personal-typological disorders.

В научной и практической гинекологии все большее внимание уделяется роли психологических факторов в этиологии, патогенезе и психотерапии женщин с патологией репродуктивной сферы. Основанием служит современная биопсихосоциальная парадигма психического и соматического здоровья, существенно раскрывающая возможности доминирующего биомедицинского (естественно-научного) подхода к диагностике и лечению пациентов за счет учета роли личности и личностных смыслов болезни. Развитие биопсихосоциальной парадигмы, основанной на теории гуманистической психологии [3], позволяет рассматривать больного не только как объект, но и как субъект лечения, что требует от врачебного сообщества более пристального внимания к особенностям переживаний пациентов в ситуации болезни, личностным смыслам и значимым отношениям обследуемых, проблемам комплаенса. Иными словами, возникает осознанная необходимость в изучении психологических факторов патогенеза расстройств в эмоциональной и личностной сферах пациентов, опосредованных фрустрирующим влиянием болезни. Методологической основой исследований в этой области

являются концепции психосоматических и соматопсихических соотношений, реализуемых в психотерапевтическом плане через систему значимых отношений личности и ценностного отношения к здоровью [7, 8].

Исследование личности в соматической клинике, приобретая важное значение для обоснования психотерапии и повышения адаптационного потенциала пациентов, призвано раскрыть психосоциальные механизмы сложных «кольцевых» зависимостей психического и соматического в понимании патогенеза соматоформных и соматогенных расстройств, при которых дифференциальная диагностика без применения методов психодиагностики личности является мало эффективной, по крайней мере, в целях психотерапии [8]. В соответствии с методологией медицинской психодиагностики и современными представлениями о психосоциальных компонентах в нарушении психической адаптации при патологии репродуктивной сферы у женщин [2], а также опыте научно-практической работы в указанном направлении [6] можно сформулировать основные задачи и направления медицинской психодиагностики в гинекологии. К наиболее актуальным задачам ме-

дицинской психодиагностики в этой области следует отнести:

- оценку актуального психического состояния пациенток, структуры и уровня выраженности нарушений в психической сфере (чаще невротоподобного характера), системных, патогенетически значимых соотношений соматогенных и психогенных факторов в их развитии;
- изучение субъективных представлений пациенток о генезе и прогнозе заболевания, его физических и социальных последствиях, лечении и возможностях его контроля, характере эмоционального реагирования и поведения пациента в связи с болезнью, оценку масштаба переживания болезни (в концептуально-теоретическом плане — исследование личностного смысла болезни в контексте системы значимых отношений личности);
- оценку личностно-типологических характеристик, их роли в патогенезе (психогенезе) заболевания и влияния на его течение факторов, определяющих «ресурсы» успешной психической адаптации. Важное значение имеют также система отношения к болезни (по В.Н. Мясищеву), характер взаимодействия больных с лечащим врачом и терапевтической бригадой в целом, их приверженность лечению (комплаенс), а также связанное со здоровьем качество жизни, возможности мобилизации социальной поддержки;
- изучение совладающего со стрессом (стрессом болезни, в частности) поведения и механизмов психологической защиты как способов преодоления тревоги и повышения адаптивного потенциала личности;
- анализ специфики социального функционирования больного и степени адекватности социальной поддержки, включая семью и значимого внеморбидного окружения.

Эти наиболее существенные, но далеко не исчерпывающие задачи любого клинико-психологического исследования являются в полной мере актуальными для клинической и профилактической гинекологии. Их решение позволяет наполнить процесс клинической диагностики новым содержанием, повысить ее лечебно-восстановительный потенциал, уделяя основное внимание эмоциональным и личностным расстройствам у пациенток в связи с основным соматическим заболеванием.

В профилактической гинекологии психодиагностика определяет факторы риска нарушения психической адаптации женщин, особенно репродуктивного возраста, под влиянием фрустрирующих актуальные потребности факторов психосоциального плана: в семье, межличностных отношениях и др. [19, 20]. Сказанное, несомненно, относится к большим соматоформными расстройствами, к которым многие авторы относят и пациенток с предменструальным синдромом [12]. В отечественных исследованиях основной

акцент делается на клинико-психологическое изучение эмоционально-аффективных нарушений в структуре предменструального синдрома (ПМС) и их коррекции [13], но без системных, по существу многомерных, экспериментально-психологических исследований. В большинстве зарубежных клинико-психологических исследований женщин, страдающих ПМС, чаще решаются задачи установления точных и однозначных критериев вышеуказанного феномена ПМС [23], влияния данного заболевания на качество жизни и общую социальную адаптацию пациенток [21], а также оценку эффективности проводимых лечебных мероприятий [24].

Исследование женщин с ПМС, безусловно, носит актуальный характер, поскольку речь идет о репродуктивном здоровье при хроническом течении заболевания. Частота встречаемости этого синдрома в популяции женщин репродуктивного возраста варьирует от 2 до 95 % [12]. На сегодняшний день единого мнения об этиологии ПМС не существует. Различные авторы выделяют как генетические, эндокринные, аллергические [18], так и психологические факторы и механизмы [22]. Так, результаты психогенетического исследования показали, что вышеуказанный феномен, с точки зрения проявлений в психической сфере, адекватно рассматривать как комплексный синдром пограничной эмоционально-аффективной патологии, в котором отражаются как связанные с ПМС переживания, так и генотипические (биологические) характеристики женщины, выраженность которых может выступать в качестве детерминантов риска психической дезадаптации [1]. В этой связи в числе стрессогенных факторов и эмоциональных причин, традиционно соотносимых с патогенезом ПМС и дисменореей, следует указать реакции личности на болезнь, механизмы формирования отношения к болезни, включающие когнитивно опосредованное влияние угрозы репродуктивной функции и возникновение на этой основе эмоционально-аффективных расстройств [11]. В этом отношении предменструальный синдром (ПМС) является адекватной моделью исследования взаимодействия биологических и психосоциальных факторов в патогенезе, течении и резистентности к лечению этого достаточно распространенного страдания у женщин репродуктивного возраста.

Особое значение в психологическом аспекте, как уже говорилось, придается эмоционально-аффективным нарушениям, при которых возможен потенциальный переход психогенных или соматогенных расстройств эмоционального плана с собственно-психологического уровня на психопатологический [9], а также личностной типологии, как предиктору устойчивости к дистрессу [6]. По данным Yonkers, Chantilis [26] 21% женщин страдают депрессией, которая маскируется различной акушерско-гинекологической патологией, то есть, вероятно, речь идет о соматизированных или соматоформных расстройствах (F45.0 и F45.3 по МКБ-10) репродуктивных органов. Например, по мнению В.Д. Менделевича [13], при функцио-

нальных гинекологических синдромах встречаются различные психопатологические проявления, а также тревожные расстройства в различных вариантах коморбидных соотношений с депрессивными, астеническими и астено-ипохондрическими состояниями, подчас на фоне истероидных личностных расстройств.

Существует точка зрения, что при гинекологической патологии наиболее значимы и актуальны интерперсональные и интраперсональные конфликты в качестве психогенных факторов, запускающих процесс нарушений адаптации по психогенно обусловленным механизмам, и, как следствие — аффективные расстройства, преимущественно депрессивного или тревожно-депрессивного спектра [9].

Учитывая вышеизложенное, в гинекологической практике наряду с изучением вегетативно-висцеральных и гормональных дисфункций у страдающих ПМС женщин важное значение должно отводиться исследованию их типологических и личностных характеристик, в особенности личностных смыслов этой патологии для адаптивного психосоциального функционирования с учетом общего фактора здоровья в иерархии ценностной системы личности и структуры значимых отношений.

Признание факта влияния личности пациенток на возникновение и течение гинекологической патологии условно «пограничного» спектра, например ПМС, требует организации системных исследований в рамках биопсихосоциального подхода, в особенности его психосоциального компонента. В этой связи считается, что психодиагностика в соматической клинике должна как минимум выделять две основные патогенетические цепи причинно-следственных связей [2]:

- влияние тех личностных девиаций, которые через особенности поведения формируют условия жизнедеятельности, в том числе потенциально угрожающие адаптивным формам функционирования;
- влияние (взаимовлияние) особенностей личности на совокупность доминирующих во времени психофизиологических (эндокринно-биохимических) состояний, проявляющихся расстройствами аффективного спектра при низком уровне когнитивного контроля и ценностного сознания.

Эти влияния могут изменять гомеостаз организма, отдельные проявления болезни, определяя тем самым ее течение и прогноз, формируя ситуацию «стресса болезни» для пациента [8]. Психологической основой для комплексного лечения больных с теми формами гинекологической патологии, которые близки к соматоформным вегетативным дисфункциям (в частности, ПМС), в этих случаях должны быть психосоциальные механизмы, отражающие сложные и системные по своей сути соотношения биологического и личностно-средового факторов. Такой подход особенно важен для психотерапии, для реализации которой проводится психодиагностика личности [10, 16, 8].

В этой связи важно еще раз подчеркнуть, что клинические проявления гинекологической патологии (особенно если они несут угрозу репродуктивному здоровью женщины) ведут к формированию у таких пациенток хронического дистресса, расстройств в аффективной сфере [11], препятствующих удовлетворению их актуальных потребностей в семейной, трудовой и других сферах социального функционирования, что тем более важно для планирования и реализации психологической помощи пациенткам. Механизмы здесь достаточно очевидны. Не всегда контролируемое когнитивной сферой (знание, понимание болезни) тревожное ожидание различных вегетативно-соматических проявлений ПМС при его хроническом течении, зачастую еще до их появления ведет к эмоциональной напряженности, влияющей на отношения со значимым макро- и микросоциальным окружением. Все это усиливает тревожные переживания, поддерживает сниженный фон настроения, ухудшает общее психоэмоциональное и физическое состояние и, соответственно, снижает адаптационные ресурсы личности. Можно предположить, что для пациенток симптомы ПМС имеют, в некоторой степени, конфликтный смысл [17]. С одной стороны, они препятствуют удовлетворению потребностей, например, в общении, а с другой — могут давать возможность выражения «запретных» для женщин эмоций (агрессии и раздражительности) без опасений утраты «женственности» [25].

В соответствии с международной классификацией болезни 10-го пересмотра (МКБ-10, 1994) ПМС диагностируется в рамках рубрики N94.3 – синдром предменструального напряжения. Вместе с тем ПМС проявляется полиморфной симптоматикой, среди которой существенную роль играют пограничные нервно-психические (неврозоподобные) расстройства [4]. Для клинической картины данной патологии характерна индивидуальность проявлений, что выражается в различном сочетании симптомов нервно-психических, вегетососудистых и обменно-эндокринных нарушений [18].

Другим часто встречающимся циклическим расстройством, связанным с менструальным циклом, является первичная дисменорея, кодируемая в рубрике N94.4 МКБ-10 как заболевание, проявляющееся у женщин болезненными менструальными кровотечениями, часто сопровождающимися сходными с ПМС симптомами, среди которых значительное место отводится пограничным нервно-психическим (неврозоподобным) расстройствам настроения и самочувствия [15].

Учитывая сложный, полиморфный характер патогенеза ПМС и дисменореи, многомерное клинико-психологическое и экспериментальное исследования при указанных расстройствах должны быть направлены (в частности) на изучение влияния так называемых невротических черт личности как относительно устойчивых типологических характеристик, которые в сочетании с психогенно значимыми внешними условиями могут рассматриваться в качестве факторов риска нарушения психической адаптации.

В данной публикации как пример представлен один из фрагментов комплексного исследования структуры и уровня выраженности невротических черт личности, рассматриваемых как факторы риска психической дезадаптации в контексте более общих, многомерных и содержательно сопряженных дисфункциональных состояний в эмоциональной реактивности и личностной устойчивости индивида.

Материал и методы исследования

В комплексном многомерном исследовании женщин с ПМС и дисменореей использовалась методология биопсихосоциального подхода. Обследованы 147 женщин репродуктивного возраста (18–40 лет, в среднем $29,5 \pm 0,7$ года). Большинство испытуемых имели высшее образование (более 70 %) и были заняты трудовой деятельностью (более 80 %), состояли в браке (более 50 %), характеризовали свои материальные и жилищные условия в качестве удовлетворительных (более 50 %) и хороших (более 30 %). Клиническую (основную) выборку составили 75 пациенток с диагнозом ПМС (далее — ПМС), 24 — с диагнозом дисменореи (далее — Д), у 23 женщин клинические проявления ПМС сочетались с симптомами дисменореи (далее ПМС+Д). Две последние группы обследованных пациенток в соответствии с целью исследования рассматривались в качестве «контрольных». В исследование включались женщины с длительностью расстройства свыше 1 года.

Также была сформирована группа практически здоровых женщин (далее — ПЗ) для получения ряда нормативных данных для сравнительного анализа результатов оригинальной методики «Невротические черты личности» (НЧЛ) [2], валидной для сравнительного и психометрически обоснованного исследования. При интерпретации

полученных данных предпочтение отдавалось статистически достоверным различиям между исследуемыми группами женщин с ПМС и нормативной выборкой.

На каждую пациентку заполнялась оригинальная формализованная карта болезни, разработанная в лаборатории Клинической психологии и психодиагностики Института им В.М. Бехтерева совместно с кафедрой акушерства и гинекологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова под руководством профессора Л.И. Вассермана и при участии гинекологов — профессора В.А. Линде и доцента Н.В. Аганезовой [5].

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием стандартных пакетов компьютерных программ для статистической обработки: Microsoft 2000; SPSS 13,0.

Результаты исследования и их обсуждение

Среднестатистические данные, отражающие структуру и особенности личности у пациенток основной, контрольных и нормативной групп женщин, представлены в табл.1.

Из табл. 1 видно, что средние показатели по шкале «симуляция» и «диссимуляция» у пациенток с ПМС равны $19,9 \pm 0,6$ и $32,0 \pm 0,6$ балла, а у женщин без расстройств менструального цикла — $19,8 \pm 1,2$ и $31,6 \pm 1,2$ балла. Полученные данные, согласно авторам пособия по применению методики НЧЛ, свидетельствуют о положительном отношении испытуемых к исследованию и адекватности полученных результатов, то есть возможность мотивационных искажений незначительна.

Средние шкальные значения личностных характеристик, интерпретируемых как «аффективная неустойчивость» у пациенток основной группы статистически достоверно выше, чем у

Таблица 1. Среднеарифметические результаты исследования структуры и особенностей личности у женщин основной, контрольных и нормативной групп

| Шкалы опросника НЧЛ | M±m | ПМС n=75 | ПМС+Д n=23 | Д n=24 | ПЗ n=25 | Показатели достоверности различий между группами (p) |
|--|-----|-------------|---------------|-----------|------------|---|
| | | А | В | С | Д | |
| Неуверенность в себе | | 25,4±1,7 | 33,8±3,6 | 19,6±2,8 | 24,6±3,2 | AB* |
| Познавательная и социальная активность | | 51,8±1,5 | 54,1±2,2 | 49,0±2,2 | 51,2±2,2 | |
| Невротический «сверхконтроль» поведения | | 27,5±0,7 | 25,0±1,2 | 25,6±1,1 | 26,6±1,5 | |
| Аффективная неустойчивость | | 18,7±0,9 | 21,2±2,0 | 18,0±1,7 | 14,5±1,7 | AD*, BD* |
| Интровертированная направленность личности | | 4,8±0,7 | 8,8±1,9 | 5,3±1,7 | 5,9±1,0 | AB* |
| Ипохондричность | | 27,4±0,7 | 28,0±1,6 | 22,4±1,2 | 26,8±1,4 | AC**, CD* |
| Социальная неадаптивность | | 2,5±0,9 | 8,1±1,8 | 2,2±1,2 | 3,3±1,6 | AB**, BD* |
| Симуляция | | 19,9±0,6 | 21,0±1,1 | 19,1±1,0 | 19,8±1,2 | |
| Диссимуляция | | 32,0±0,6 | 32,0±0,9 | 29,2±1,7 | 31,6±1,2 | |

* Статистически достоверная связь $p < 0,05$. ** Статистически достоверная связь $p < 0,01$.

женщин нормативной (соответственно, $18,7 \pm 0,9$ и $14,5 \pm 1,7$ балла; при $p < 0,05$), что свидетельствует о большей выраженности у исследуемых с ПМС таких характеристик, как повышенная эмоциональная возбудимость, ослабление способности к волевому управлению эмоциями, неустойчивый, неуравновешенный характер поведения при межличностном взаимодействии, возможность раздражительных и гневливых реакций в фрустрирующих ситуациях, повышенная чувствительность (сенситивность) со склонностью «накапливать» отрицательные переживания. Можно предположить, что выявленные личностно-типологические характеристики пациенток в некоторой степени могут препятствовать их успешной адаптации к происходящим гормональным изменениям в организме и обуславливать тревожные переживания и фиксацию на симптомах ПМС.

Хроническое течение ПМС, в свою очередь, само может выступать в качестве стрессогенного фактора, фрустрирующего женщин в реальной жизни и снижающего адаптационные ресурсы их личности. Другими словами, личностно-типологические характеристики пациенток могут заостряться и усиливаться под воздействием фрустрирующего влияния клинических проявлений вышеуказанной патологии (в контексте ее личностного смысла). Полученные данные позволяют предположить, что клиническая картина ПМС является многофакторным образованием, обусловленным различными факторами в их соотношениях, среди которых важное значение имеют личностно-типологические особенности женщин.

Большая (по сравнению со страдающими дисменореей женщинами) выраженность ипохондричности как личностной черты у пациенток основной группы (показатели по шкале «ипохондричности», соответственно, $27,4 \pm 0,7$ и $22,4 \pm 1,2$; $p < 0,01$), свидетельствуют о том, что для женщин с ПМС в большей мере, чем для других, страдающих сходными гинекологическими заболеваниями, характерны сосредоточенность на состоянии своего здоровья, подчас сверхценное отношение к незначительным проявлениям недомогания, поиск информации о различных сопутствующих заболеваниях, тревожные ожидания осложнений и субъективно низкая оценка качества жизни.

Вместе с тем у пациенток с ПМС по сравнению с женщинами, страдающими ПМС в сочетании с дисменореей, в меньшей степени выражены средние показатели шкал «неуверенность в себе» (соответственно, $25,4 \pm 1,7$ и $33,8 \pm 3,6$; $p < 0,05$), «интровертированность направленности личности» ($4,8 \pm 0,7$ и $8,8 \pm 1,9$; $p < 0,05$), «социальная неадаптив-

ность» ($2,5 \pm 0,9$ и $8,1 \pm 1,8$; $p < 0,01$) (таблица 1), что отражает их в целом адекватное представление о себе, умеренный уровень социальной активности, относительную «гибкость» и уверенность в межличностном взаимодействии. Коморбидность же с проявлениями дисменореи повышает вероятность снижения адаптационных возможностей пациенток и увеличивает риск формирования тревожных опасений и переживаний, снижения уверенности в себе, увеличения социальной дистанцированности, появления проблемных и конфликтных ситуаций и отношений, преимущественно в коммуникативной сфере.

По другим шкалам методики НЧЛ статистически достоверных различий в результатах обследования женщин основной группы и нормативной выборкой не выявлено. При этом отмечается средний и пониженный уровень общей высоты «профиля» выраженности комплекса невротических черт личности. Следовательно, у пациенток с ПМС в структуре личности в целом преобладают черты, определяющие адаптивные возможности и успешную самореализацию личности в актуальный период жизнедеятельности, что позволяет рассматривать как определенный личностный ресурс для обоснования комплексного лечения с безусловным включением психотерапии. Такой подход при соблюдении этических норм и деонтологических принципов взаимодействия в системах «врач-больной» и «психотерапевт-больной» может существенно повысить комплаентность пациенток и в целом эффективность лечебных и профилактических мероприятий.

Таким образом, полученные результаты клинико-психологического и экспериментально-психологического исследований акцентируют внимание на личностно-типологических (генотипических) предикторах эмоциональной уязвимости женщин при циклической патологии, связанной с менструальным циклом, учитывая роль коморбидных клинических проявлений, а также психосоциально обусловленных факторов нарушения психической адаптации. Это обстоятельство представляется весьма важным для разработки программ лечения с применением методов когнитивно-поведенческой психотерапии, эффективность которой при работе с данными пациентками не раз подчеркивалась в специальной литературе [18].

Опыт медикопсихологических исследований показал, что в комплексном обследовании женщин с ПМС психодиагностика личности должна стать важной составляющей лечебного процесса, а специалист – клинический психолог – равноправным членом терапевтической бригады в гинекологии.

Литература

1. Аганезова Н.В., Морозова Е.Б., Чухловин А.Б., Корчагина З.В. Эмоционально-личностные характеристики женщин с предменструальным синдромом и функциональный полиморфизм гена транспортера серотонина // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. — 2011. — № 2. — С. 17–22.
2. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. *Медицинская психодиагностика. Теория, практика и обучение*. — СПб: Академия. — 2003. — 736 с.
3. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. *Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине // Сибирский психологический журнал*. — 2007. — № 26. — С. 112–119.

4. Вассерман Л.И., Аганезова Н.В., Корчагина З.В., Лордкипанидзе Н.З. Психодиагностика в комплексном обследовании женщин с предменструальным синдромом // Что нового в современной психиатрии и психотерапии? Креативные аспекты в современном лечении. Психоневрология в современном мире: материалы юбилейной научной сессии. Санкт-Петербург, 14–18 мая 2007/ Под ред. проф. Н.Г. Незнанова. — СПб: Человек и здоровье. — 2007. — С. 216.
5. Вассерман Л.И., Аганезова Н.В., Корчагина З.В., Лордкипанидзе Н.З. Предменструальный синдром и аддиктивные формы поведения у женщин // «Человек, алкоголь, курение и пищевые аддикции» (соматические и наркопсихиатрические аспекты): материалы 2-го междисциплинарного российского конгресса. Санкт-Петербург, 24–25 апреля 2008 / Ученые записки Санкт-Петербургского гос. мед. ун-та им. акад. И.П. Павлова. — СПб: СПбГМУ. — 2008. — Т. 15 (приложение к № 1). — С. 116–117.
6. Вассерман Л.И., Аганезова Н.В., Корчагина З.В., Лордкипанидзе Н.З. Эмоционально-аффективные расстройства у женщин, страдающих предменструальным синдромом (в связи с задачами психотерапии) // Вестник Южно-Уральского университета, серия «Психология». — 2010. — Вып. 9. — № 17(193). — С. 23–27.
7. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Методологические основы психологической диагностики в клинике соматических расстройств // Сибирский психологический журнал. — 2010. — № 38. — С. 24–28.
8. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. — СПб: Речь. — 2011. — 271 с.
9. Гиндикин В.Л. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). — М.: Триада-Х. — 2000. — 256 с.
10. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. — Л.: Медицина. — 1982. — 271 с.
11. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. — М.: Практическая медицина. — 2011. — 432 с.
12. Линде В.А., Татарова Н.А. Предменструальный синдром: патогенез, симптоматика, традиционное и нетрадиционное лечение. — СПб: Гиппократ+. — 2005. — 216 с.
13. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: учеб. пособие. — М.: МЕДпресс-информ. — 2005. — 432 с.
14. Международная классификация болезней (МКБ-10): Классификация психических и поведенческих расстройств/ Пер. с англ. — СПб: АДИС. — 1994. — 304 с.
15. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. Дисменорея: алгоритм лечения // Журнал Гинекология. — 2006. — Т. 8. — № 2. — С. 33–35.
16. Таишыков В.А. Психологическая защита у больных неврозами и психосоматическими расстройствами: пособие для врачей. — СПб.: Институт усов. врачей. — 1992. — 157 с.
17. Тхостов А.Ш. Психология телесности. — М.: Смысл. — 2002. — 287 с.
18. Campagne D.M., Campagne G. Review The premenstrual syndrome revisited // European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology. — 2007. — Vol. 130(1). — P. 4–17.
19. Collins A. Premenstrual distress: Implications for women's working capacity and quality of life // Women, work, and health: Stress and opportunities. — New York: Plenum Press. — 1991. — P. 239–254.
20. Dimitriou E.C., Didangelos P.A. Premenstrual tension and personality // Journal of Personality and Individual Differences. — 1980. — Vol. 1(3). — P. 300–303.
21. Hallman J., Georgiev N. The premenstrual syndrome and absence from work due to illness // Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. — 1987. — Vol. 6(2). — P. 111–119.
22. Kitamura K., Shima S., Sugawara M., Toda M.A. Clinical and Psychosocial Correlates of Antenatal Depression: a review. National Institute of Mental Health, Chiba, Japan // Psychotherapy and Psychosomatics. — 1996. — Vol. 65 (3). — P. 117–123.
23. Kraemer G.R., Kraemer R.R. Premenstrual syndrome: diagnosis and treatment experiences // Journal of Women Health. — 1998. — Vol. 7(7). — P. 893–907.
24. Morse C.A., Dennerstein L., Farrell E., Varnavides K. A comparison of hormone therapy, coping skills training, and relaxation for the relief of premenstrual syndrome // Journal of Behavioral Medicine. — 1991. — Vol. 14(5). — P. 469–489.
25. Ruble D.N., Brooks-Gunn J. Menstrual symptoms: A social cognition analysis // Journal of Behavioral Medicine. — 1979. — Vol. 2(2). — P. 171–194.
26. Yonkers K.A., Chantilis S.J. Recognition of depression in obstetric/gynecology practices // American Journal of Obstetrics and Gynecology. — 1995. — Vol. 173(2). — P. 632–638.

Сведения об авторах

Вассерман Людвиг Иосифович — доктор медицинских наук, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии психологического факультета Санкт-Петербургского государственного университета; главный научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: psy-lab@inbox.ru

Аганезова Наталия Владимировна — доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: aganezova@mail.ru

Кислицына Зоя Валерьевна — аспирант лаборатории клинической психологии и психодиагностики Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: zoya-korchagina@yandex.ru

Когнитивно-поведенческая копинг-профилактика аддиктивных и аффективных состояний у студентов (новый подход к оценке иррациональных когнитивных установок и копинга)

Воеводин И.В., Бохан Н.А.
ФГБУ НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск,
Национальный исследовательский Томский государственный университет

Резюме. В статье пересмотрена типология иррациональных когнитивных установок и копинга, предложен подход к их систематизации и оценке. Наряду с выявлением основных установок катастрофизации, долженствований, низкой фрустрационной толерантности и дихотомического мышления (опросник А. Эллиса, 1987) создано приложение к данному опроснику, позволяющее оценивать внешний локус контроля, баланс интересов, способность к разумному риску, способность к отсроченному гедонизму и ригидность. Проанализирована связь иррациональных установок с неадаптивным копингом, снижением социально-психологической адаптации и качества жизни, аддиктивным поведением, тревогой и депрессией у студентов. На основании проведенного анализа обоснована методика когнитивно-поведенческой копинг-профилактики.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческий подход, иррациональные когнитивные установки, копинг, аддиктивное поведение, тревога, депрессия, профилактика, студенты.

Cognitive-behavioural coping-prevention of addictive and affective disorders among the students (new approach to evaluation of irrational cognitions and coping)

Voevodin I.V., Bokhan N.A.
Mental Health Research Institute, Tomsk,
Tomsk State University

Summary. Cognitive-behavioural coping-prevention of addictive and affective disorders among the students (new approach to irrational cognitions and coping evaluation). I.V. Voevodin, N.A. Bokhan. Mental Health Research Institute, Tomsk State University. In this article, the irrational cognition's typology and coping's typology were reanalyzed; the new approach to their systematization and quantification was proposed. Together with identifying the basic cognitions of catastrophization, shoulds, low frustration tolerance, and dichotomous thinking (A. Ellis Test, 1987), there was created the appendix to this test, which allows to identify the external locus of control, the balance of interests, the ability to reasonable risks, the ability to deferred hedonism and rigidity. The relation of irrational cognitions with maladaptive coping, low social and psychological adaptation and quality of life, addictive behaviour, anxiety and depression were analyzed among the students. Based on this analysis, the technique of cognitive-behavioural coping-prevention was substantiated.

Key words: cognitive-behavioural approach, irrational cognitions, coping, addictive behaviour, anxiety, depression, prevention, students.

Когнитивно-поведенческий подход в психотерапии и профилактике психодезадаптационных состояний [10], психических и поведенческих расстройств базируется на выявлении когнитивных установок, лежащих в основе неадаптивного реагирования на индивидуально значимые сложные жизненные ситуации. Высокая эффективность подхода признана для работы с аффективными [1, 6], аддиктивными [3] состояниями, пищевой зависимостью [12] и другими расстройствами [2, 13, 14].

Однако определенным препятствием к реализации подхода на практике может служить многообразие методов и, как следствие этого, отсутствие общепринятой классификации иррациональных когнитивных установок (ИКУ). В трудах основоположника рационально-эмоциональной поведенческой терапии А. Эллиса речь идет о «ког-

нитивных искажениях» [14] и «иррациональных убеждениях» [15], исходящих из взаимосвязанных философии долженствования и философии драматизации. В когнитивной терапии А. Бека используются понятия «когнитивные ошибки» [1] и «ошибки мышления» [2], лежащие в основе ошибочных умозаключений, способствующие возникновению и сохранению психопатологических расстройств. С.В. Харитонов рассматривает «стили обработки информации» [13], нарушающие адаптивное поведение человека и приводящие к дезадаптивным ценностным умозаключениям.

Во многом пересекаясь и дублируя друг друга, различные авторские классификации ИКУ, на наш взгляд, нуждаются в попытке обобщения. На примере пациентов с личностными расстройствами установлена более высокая эффективность комбинированного применения методов

когнитивно-поведенческой и рационально-эмоциональной психотерапии по сравнению с применением этих методов по отдельности [11], такой же результат получен в отношении пациентов с аддиктивными и аффективными расстройствами [6]. Таким образом, представляется оправданной интеграция различных методов в рамках общего когнитивно-поведенческого подхода, что является целесообразным и с точки зрения создания краткосрочных методик вмешательств с высокой эффективностью, наиболее востребованных в наше время, особенно среди молодых пациентов [7]. Попытка обобщения ИКУ является первым шагом в данной интеграции.

Проанализировав все приведенные выше авторские классификации и ориентируясь на критерии психологического здоровья А. Эллиса и У. Драйдена [14], мы предложили и апробировали следующую **рабочую классификацию ИКУ**.

1. *Катастрофизация* (чрезмерная драматизация сложных жизненных ситуаций, как объективных, внешних, так и субъективных, внутренних – воспоминаний, опасений, прогнозов; неадекватный «масштаб переживаний»).

2. *Низкая фрустрационная толерантность* (неадекватно завышенная субъективная значимость трудностей, мышление по типу «я этого не переживу»; установка может быть охарактеризована, как «персонализированная катастрофизация»).

3. *Долженствование в отношении себя* (жесткие требования по отношению к самому себе).

4. *Долженствование в отношении других* (требования в отношении других).

5. *Оценочная установка* (мышление крайностями, поспешные выводы, элементы дихотомического, черно-белого мышления, навешивания ярлыков, сверхобобщения).

6. *Внешний локус контроля* (роль «жертвы обстоятельств», неспособность и нежелание признать свою собственную роль в возникновении, сохранении и преодолении жизненных трудностей).

7. *Неспособность к отсроченному гедонизму* (нежелание и неготовность затратить время и усилия на достижение крупных, значимых целей, предпочтение удовольствий незначительных, но немедленных и не требующих усилий).

8. *Ригидность* (неготовность и нежелание изменяться, несмотря на стабильно негативные результаты реагирования на жизненные трудности; может содержать элементы фанатичности).

9. *Нарушение баланса интересов* (собственных и чужих; рациональным подходом, «золотой серединой» является сбалансированность интересов, умение отстаивать интересы собственные и не нарушать при этом интересы других людей). Нарушения баланса проявляются двумя противоположными ИКУ:

9а) жертвенность, неумение отстаивать собственные интересы;

9б) бесцеремонность, эгоизм, пренебрежение интересами других людей.

10. *Нарушение способности к разумному риску* (базируется на способности рационально оценить вероятность и значимость успеха и неудачи в каких-либо действиях). Рациональный подход, как и в предыдущем случае, имеет «золотую середину», ИКУ проявляются в виде двух крайностей:

10а) нерешительность, трусость, блокирующая реализацию жизненных планов;

10б) безрассудство, склонность идти на неоправданный риск.

Целью данного исследования явилось изучение взаимосвязей ИКУ с показателями стресс-резистентности, социально-психологической адаптации, аффективной (тревожно-депрессивной) симптоматики и аддиктивного поведения студентов, с последующим обоснованием профилактических и психотерапевтических вмешательств в данном контингенте.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 284 студента вузов г. Томска, из них 91 юноша (32 %) и 193 девушки (68 %), средний возраст на момент обследования составил $19,6 \pm 1,5$ года. ИКУ катастрофизации, низкой фрустрационной толерантности, должностования и дихотомического (оценочного) мышления определялись по тесту А. Эллиса [8]. Для оценки установок внешнего локуса контроля, неспособности к отсроченному гедонизму, нарушенного баланса интересов, неспособности к разумному риску и ригидности использовалось разработанное нами приложение к тесту А. Эллиса, построенное по тому же принципу, апробированное и валидизированное в Национальном исследовательском Томском государственном университете.

Оценка копинга проводилась по методике Е. Нейм, 1988, в нашей интерпретации, 2011 [5]. Суть новой интерпретации состоит в замене традиционной матрицы «копинг-адаптивный / относительно адаптивный / неадаптивный в сферах когнитивной / эмоциональной / поведенческой» модульно-векторным представлением результата. Причиной перехода к новой методике интерпретации известного теста стало выявленное несоответствие ряда стратегий во всех сферах критериям адаптивности / неадаптивности в субъективно значимых ситуациях *повседневного* стресса, неадаптивное реагирование на которые играет ведущую роль в формировании психодезадаптационных состояний, их поддержании и развитии психических и поведенческих расстройств [4, 16]. (Напомним, что создание классической методики интерпретации показателей изначально проводилось в ситуациях достаточно экстремальных, непосредственно угрожающих жизни, при которых определенные стратегии реагирования могут иметь иное адаптивное / дезадаптивное значение, чем при повседневном стрессе.) Всего было выделено 9 модулей, включающих 19 векторов (10 векторов адаптивного и 9 неадаптивного копинга,

табл. 1). Значение каждого вектора рассчитывается по формуле [9]:

Значение = (Реальное значение – Min значение) / Диапазон значений · 100,

где «реальное значение» определяется в соответствии с занимаемым местом стратегии (суммы стратегий) в рейтинге поведенческих, когнитив-

ных или эмоциональных стратегий. Результат по каждому вектору выражается в процентах, отражая уровень его использования в копинг-реагировании.

Оценка социально-психологической адаптации (социального функционирования и качества жизни) жизни производилась по методике М. Bosc

Таблица 1. Модульно-векторная модель копинга (интерпретация ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН методики Е. Heim; И.В. Воеводин [5])

| Модули | Адаптивные векторы | Неадаптивные векторы |
|------------------------------------|--|--|
| I. Рациональная оценка ситуации | 1. Готовность к оценке стратегия: с5 (проблемный анализ); min значение – 1; диапазон значений – 9 | 2. Неготовность к оценке стратегии: с8 и b3 (растерянность и активное избегание); min значение – 2; диапазон значений – 16 |
| II. Принятие ситуации | 3. Принятие в настоящем стратегии: с2 и с7 (смирение и религиозность); min значение – 3; диапазон значений – 16 | 4. Бегство в будущее стратегия: с10 (установка собственной ценности); min значение – 1; диапазон значений – 9 |
| III. Переоценка ситуации | 5. Дезактуализация стратегии: с1, с3 и с6 (игнорирование, диссимуляция и относительность); min значение – 6; диапазон значений – 21 | 6. Переоценка с особым смыслом стратегия: с9 (придача смысла); min значение – 1; диапазон значений – 9 |
| IV. Отреагирование на ситуацию | 7. Самоконтроль стратегии: е3 и с4 (подавление эмоций и сохранение самообладания); min значение – 2; диапазон значений – 16 | 8. Отчаяние стратегия: е2 (эмоциональная разгрузка); min значение – 1; диапазон значений – 7 9. Агрессия стратегия: е8 (агрессивность); min значение – 1; диапазон значений – 7 |
| V. Прогноз развития ситуации | 10. Уверенность стратегия: е4 (оптимизм); min значение – 1; диапазон значений – 7 | 11. Безднадежность стратегия: е6 (покорность); min значение – 1; диапазон значений – 7 |
| VI. Принятие ответственности | 12. Принятие ответственности стратегия: е7 (самообвинение); min значение – 1; диапазон значений – 7 | 13. Возмущение стратегия: е1 (протест); min значение – 1; диапазон значений – 7 |
| VII. Делегирование ответственности | 14. Делегирование ответственности стратегии: е5 и b7 (пассивная кооперация и сотрудничество); min значение – 2; диапазон значений – 14 | - |
| VIII. Отвлечение от ситуации | 15. Активное отвлечение стратегии: b1 и b5 (отвлечение и конструктивная активность); min значение – 3; диапазон значений – 12 | 16. Субстанционное отвлечение стратегия: b4 (компенсация); min значение – 1; диапазон значений – 7 |
| IX. Поддержка | 17. Восприятие поддержки стратегии: b7 и b8 (сотрудничество и обращение); min значение – 3; диапазон значений – 12 | 19. Отказ от поддержки стратегия: b6 (отступление / изоляция); min значение – 1; диапазон значений – 7 |
| | Предложение поддержки стратегия: b2 (альтруизм); min значение – 1; диапазон значений – 7 | |

et al., 1997. Для определения уровня тревоги и депрессии использована клиническая шкала HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, по A.S. Zigmond и R.P. Snaith, 1983).

При анализе результатов применялись непараметрические статистические методы (корреляционный анализ по Спирмену, оценка достоверности межгрупповых различий по Манну-Уитни).

Результаты исследования

Для определения взаимосвязи когнитивных установок и копинга были проведены корреляционный (табл. 2) и сравнительный анализы.

Как видно из полученных результатов, в качестве ИКУ, наиболее часто обуславливающей неадаптивный копинг, выступает установка низкой фрустрационной толерантности. Данная установка связана с неготовностью к рациональной оценке ситуации, сниженным самоконтролем и повышенной склонностью к реакции отчаяния, низкой уверенностью в благоприятном прогнозе развития ситуации, склонностью к субстанциионному отвлечению от проблем, отказом от поддержки в сложных ситуациях. Похожим образом проявляет себя и ИКУ неспособности к отсроченному гедонизму (неготовность к оценке, неуверенность в благоприятном прогнозе, субстанциионное отвлечение), однако при этой установке эмоциональное отреагирование имеет иной неадаптивный вектор – склонность к агрессии, а не к отчаянию.

Другой парой ИКУ, обнаруживающей сходные взаимосвязи с неадаптивным копингом, выступают установки внешнего локуса контроля и ригидности, связанные с модулями эмоционального отреагирования и прогноза. В обоих случаях выраженность ИКУ коррелирует с отреагированием на жизненные трудности эмоциями отчаяния, при этом ригидность обуславливает недостаток уверенности, а внешний локус контроля – безнадежность в отношении прогноза развития ситуации. В качестве третьей пары можно выделить установки катастрофизации и оценочного мышления, также коррелирующие со сниженным уровнем использования стратегии оптимизма в прогнозе.

Свой вклад в формирование неадаптивного копинга могут внести также установки нарушенного баланса интересов и способности к разумному риску. Баланс, нарушенный в сторону несоблюдения чужих интересов, способствует снижению уровня принятия ответственности, проявляется склонностью к реакциям возмущения. Неспособность пойти на риск сопряжена с реакциями отчаяния, отказом от внешней поддержки, изоляцией в сложных ситуациях; высокая рискованность, напротив, проявляется более адаптивным копингом – готовностью принимать ситуацию, брать на себя ответственность, воспринимать поддержку людей, готовых помочь.

Социально-психологическая адаптация снижается при ИКУ низкой фрустрационной толе-

Таблица 2. Корреляционный анализ взаимосвязей ИКУ и копинг-стратегий (r_s)

| Spearman Rank Order Correlations Marked correlations are significant at $p < 0,05$ | ИКУ катастрофизации | ИКУ низкой фрустрационной толерантности | ИКУ оценочного мышления | ИКУ внешнего локуса контроля | ИКУ неспособности к отсроченному гедонизму | ИКУ ригидности |
|---|---------------------|---|-------------------------|------------------------------|--|----------------|
| Вектор 2 – неготовность к рациональной оценке (Н) | | -0,22 | | | -0,36 | |
| Вектор 7 – самоконтроль (А) | | 0,15 | | | | |
| Вектор 8 – отчаяние (Н) | | -0,15 | | -0,26 | | -0,27 |
| Вектор 9 – агрессия (Н) | | | | | -0,36 | |
| Вектор 10 – уверенность (А) | 0,27 | 0,21 | 0,27 | | 0,35 | 0,39 |
| Вектор 11 – безнадежность (Н) | | | | -0,30 | | |
| Вектор 16 – субстанциионное отвлечение (Н) | | -0,18 | | | -0,30 | |
| Вектор 19 – отказ от поддержки (Н) | | -0,16 | | | | |

(А) – адаптивные векторы; (Н) – неадаптивные векторы копинга. Положительный r_s означает более высокую рациональность по установке при более высоком уровне использования вектора, отрицательный r_s – более низкую рациональность по установке при более высоком уровне использования вектора.

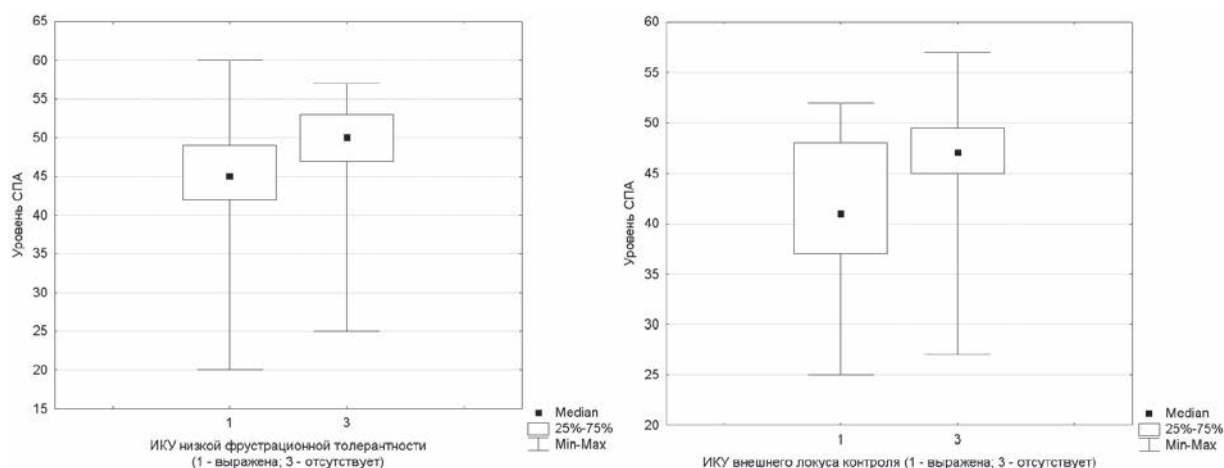


Рис. 1. Уровень социально-психологической адаптации при наличии и отсутствии ИКУ низкой фрустрационной толерантности ($U=720,0$; $Z=-2,7355$; $p=0,0062$) и внешнего локуса контроля ($U=147,5$; $Z=-2,3661$; $p=0,0179$)

рантности ($r_s=0,28$) и внешнего локуса контроля ($r_s=0,28$); положительный r_s означает более высокий уровень рациональности при более высоком уровне адаптации (рис. 1).

На вовлеченность студентов в аддиктивное поведение влияют ИКУ катастрофизации, низкой фрустрационной толерантности, неспособности к отсроченному гедонизму и нарушенный баланс интересов.

ИКУ катастрофизации и низкой фрустрационной толерантности достоверно повышают уровень потребления табака (39 % при наличии выраженной установки катастрофизации vs 19 % при ее отсутствии, $p=0,0171$; 44,2 % при установке низкой фрустрационной толерантности vs 25,6 % при отсутствии установки, $p=0,0314$). Данные установки характеризуются тенденцией к повышению уровня потребления алкоголя (не является статистически достоверной) и практически не влияют на уровень вовлечения в потребление наркотиков. ИКУ неспособности к отсроченному гедонизму повышает уровень потребления табака (до 41,4 % vs 16,7 % при отсутствии установки, $p=0,0034$)

и уровень злоупотребления алкоголем (37,9 % vs 8,3 %, $p=0,0003$).

Нарушенный баланс интересов (обе крайности, как нарушение интересов других людей, так и несоблюдение интересов собственных) обнаруживает специфическую картину аддиктивного поведения – снижение уровня злоупотребления алкоголем при повышенном уровне распространенности опыта потребления наркотиков (рис. 2).

Тревожно-депрессивная симптоматика среди обследованных была связана с наличием ИКУ низкой фрустрационной толерантности ($r_s=-0,29$ для тревоги, $r_s=-0,27$ для депрессии), оценочного мышления ($r_s=-0,24$ для тревоги), внешнего локуса контроля ($r_s=-0,41$ для тревоги) и неспособности к разумному риску (рис. 3). Отрицательные корреляционные связи означают более низкий уровень рациональности по установкам при более высоком уровне тревоги и депрессии.

ИКУ низкой фрустрационной толерантности повышает уровни тревоги и депрессии, ИКУ оценочного мышления и внешнего локуса контроля – уровень тревоги. Неспособность к проявлению оптималь-

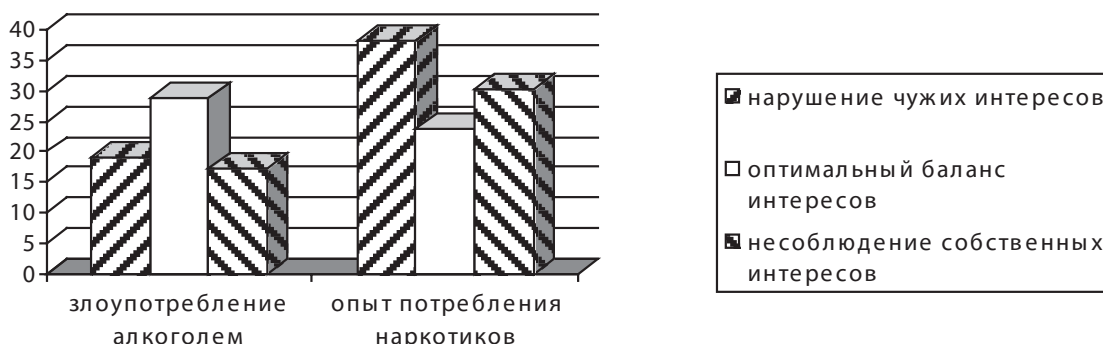


Рис. 2. Аддиктивное поведение студентов при нарушениях баланса интересов, %

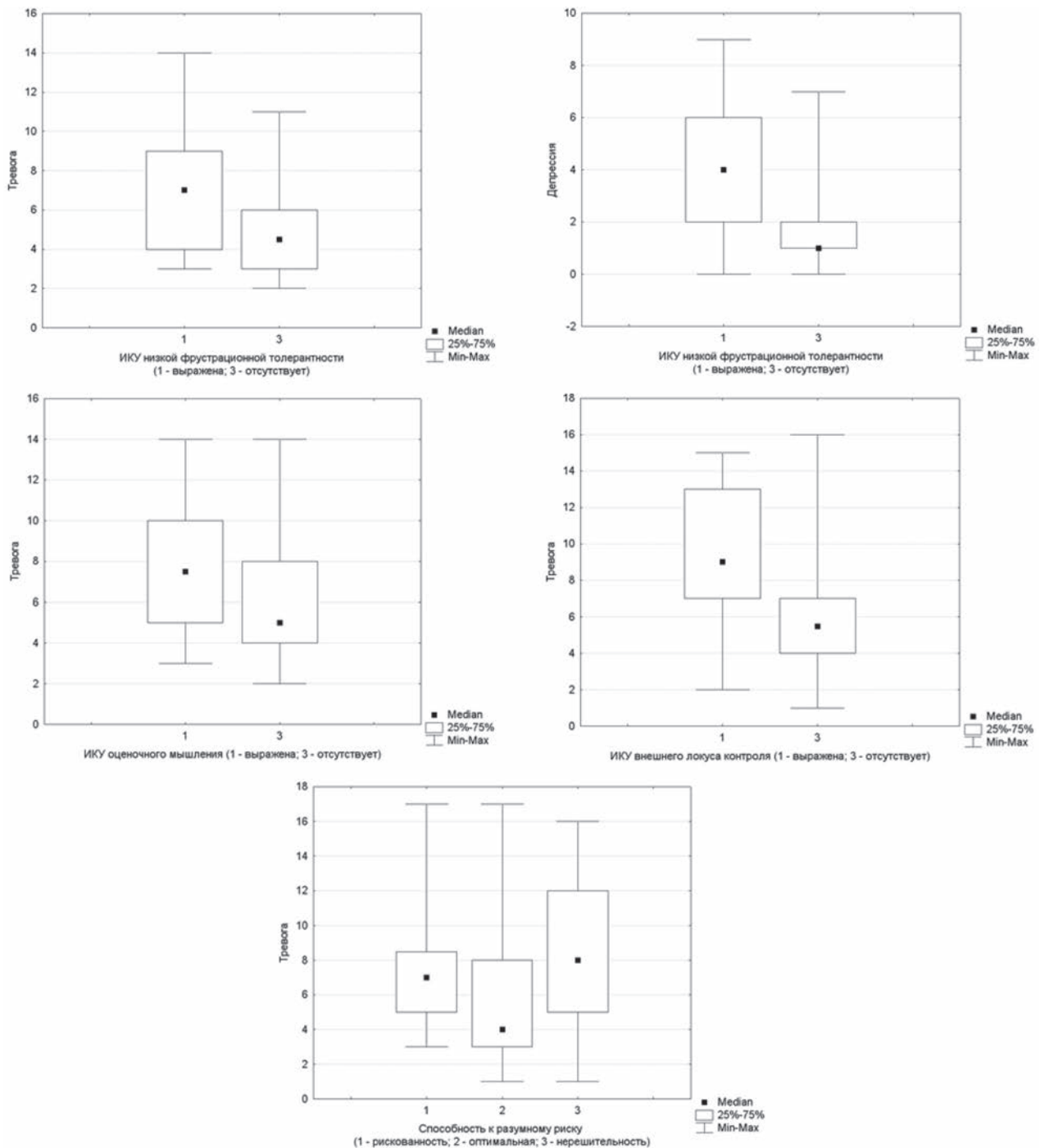


Рис. 3. Показатели тревоги при ИКУ низкой фрустрационной толерантности ($U=126,0$; $Z=2,1278$; $p=0,0333$), оценочного мышления ($U=159,5$; $Z=2,0107$; $p=0,0443$), внешнего локуса контроля ($U=125,0$; $Z=2,8893$; $p=0,0038$) и нарушениях способности к разумному риску ($U=214,5$; $Z=2,0664$; $p=0,0387$ для рискованности и $U=243,5$; $Z=2,7279$; $p=0,0063$ для нерешительности). Показатели депрессии при ИКУ низкой фрустрационной толерантности ($U=100,5$; $Z=2,7977$; $p=0,0051$)

ного уровня разумного риска, как в сторону рискованности, так и в сторону нерешительности, повышает уровень тревоги по сравнению с оптимальной, сбалансированной способностью пойти на риск.

Таким образом, наличие ИКУ тесно связано с неадаптивным копингом, прежде всего в эмоциональной сфере, снижением социально-психо-

логической адаптации и качества жизни, аддиктивным поведением и тревожно-депрессивной симптоматикой. При этом наиболее дезадаптивной проявила себя установка низкой фрустрационной толерантности («я этого не переживу», или «персонализированной катастрофизации»). Не удалось выявить статистически достоверных взаимосвязей с психодезадаптивными показате-

лями для установок долженствования, что может быть обусловлено возрастными особенностями обследованных. Можно предположить, что данные установки проявляют свой дезадаптивный эффект в более зрелом возрасте.

Заключение

Идея когнитивно-поведенческой копинг-профилактики психодезадаптационных состояний (повышения стресс-резистентности на базе когнитивно-поведенческого подхода, антистресс-тренинга) была сформулирована А.Г. Каменюкиным и Д.В. Ковпаком, 2008 [8]. Данное исследование является развитием этой идеи, заключающемся во внедрении в практику расширенного количества

оцениваемых когнитивных установок, создании дополнительного инструмента для их оценки, в новом подходе к оценке копинга и в создании доказательной базы для методики когнитивно-поведенческой копинг-профилактики в целом.

В заключение приводим примеры использования на практике методики когнитивно-поведенческой вторичной копинг-профилактики наркотической зависимости у пациента В., 26 лет (F12, рис. 4) и тревожного расстройства у пациентки А., 19 лет (F41, рис. 5).

В случае наркотической зависимости мы можем выделить у пациента такие модули-мишени неадаптивного копинга, как отвлечение от сложных жизненных ситуаций (преобладание субстан-

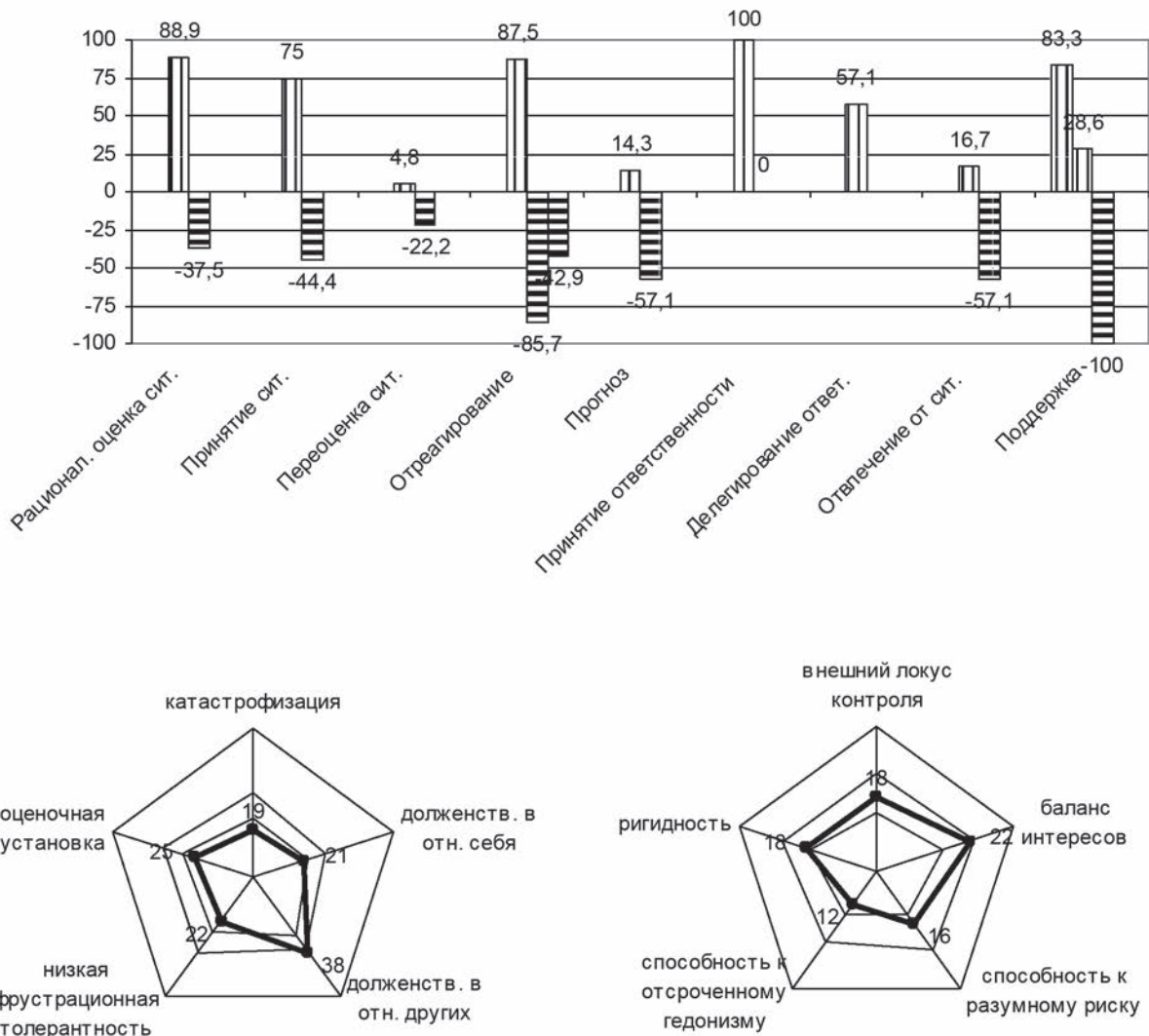


Рис. 4. Профиль копинга и когнитивный стиль пациента В. (F12).

(Адаптивные векторы направлены вверх, неадаптивные – вниз).

Установки катастрофизации, долженствования, низкой фрустрационной толерантности, оценочного мышления, внешнего локуса контроля, способности к отсроченному гедонизму, ригидности: отсутствие ИКУ – внешний коридор, наличие ИКУ – средний коридор, выраженная ИКУ – внутренний коридор. Установка баланса интересов: несоблюдение собственных – внешний коридор, оптимальный – средний коридор, нарушение чужих – внутренний коридор. Установка способности к разумному риску: нерешительность – внешний коридор, оптимальная способность – средний коридор, высокая рискованность – внутренний коридор. Границы коридоров скорректированы с учетом возрастных норм)

ционного над активностным), прогноз развития ситуации (склонность к пессимистическому), переоценка ситуации (неразвитость стратегий дезактуализации). Пациент противоречив в готовности воспринимать поддержку (выявляется склонность как к изоляции, так и к сотрудничеству) и в эмоциональном отреагировании на ситуацию (при достаточно высоком самоконтроле обнаруживается высокая склонность к реакциям отчаяния).

Из ИКУ выявлены катастрофизация, низкая фрустрационная толерантность, оценочное мышление, неспособность к отсроченному гедонизму.

Ресурсами в работе с данным пациентом выступают готовность к рациональной оценке ситуаций и принятие ситуации в настоящем, а также готовность к принятию ответственности и достаточно развитая способность ее делегировать.

У пациентки с тревожным расстройством в качестве модулей-мишеней проявляются эмоциональное отреагирование (реакции отчаяния), про-

гноз (склонность к пессимистическому), принятие ответственности (преобладает непродуктивное возмущение ситуацией), принятие ситуации (склонность к бесконечному перенесению успеха в будущее). Отмечается противоречивость в отношении готовности воспринимать поддержку (как склонность к изоляции, так и высокая готовность сотрудничать), неразвитость стратегий переоценки и отвлечения в целом.

Когнитивный стиль характеризуется выраженной иррациональностью в установках катастрофизации, неспособностью к разумному риску в виде нерешительности, сниженной способности отстаивать собственные интересы.

Ресурсы в работе с данной пациенткой – готовность к рациональной оценке, сотрудничеству и делегированию ответственности (что, как показала практика, сочетается с доверием к специалисту и хорошей комплаентностью).

В рассмотренных примерах проявляются общие черты психодезадаптивного состояния,

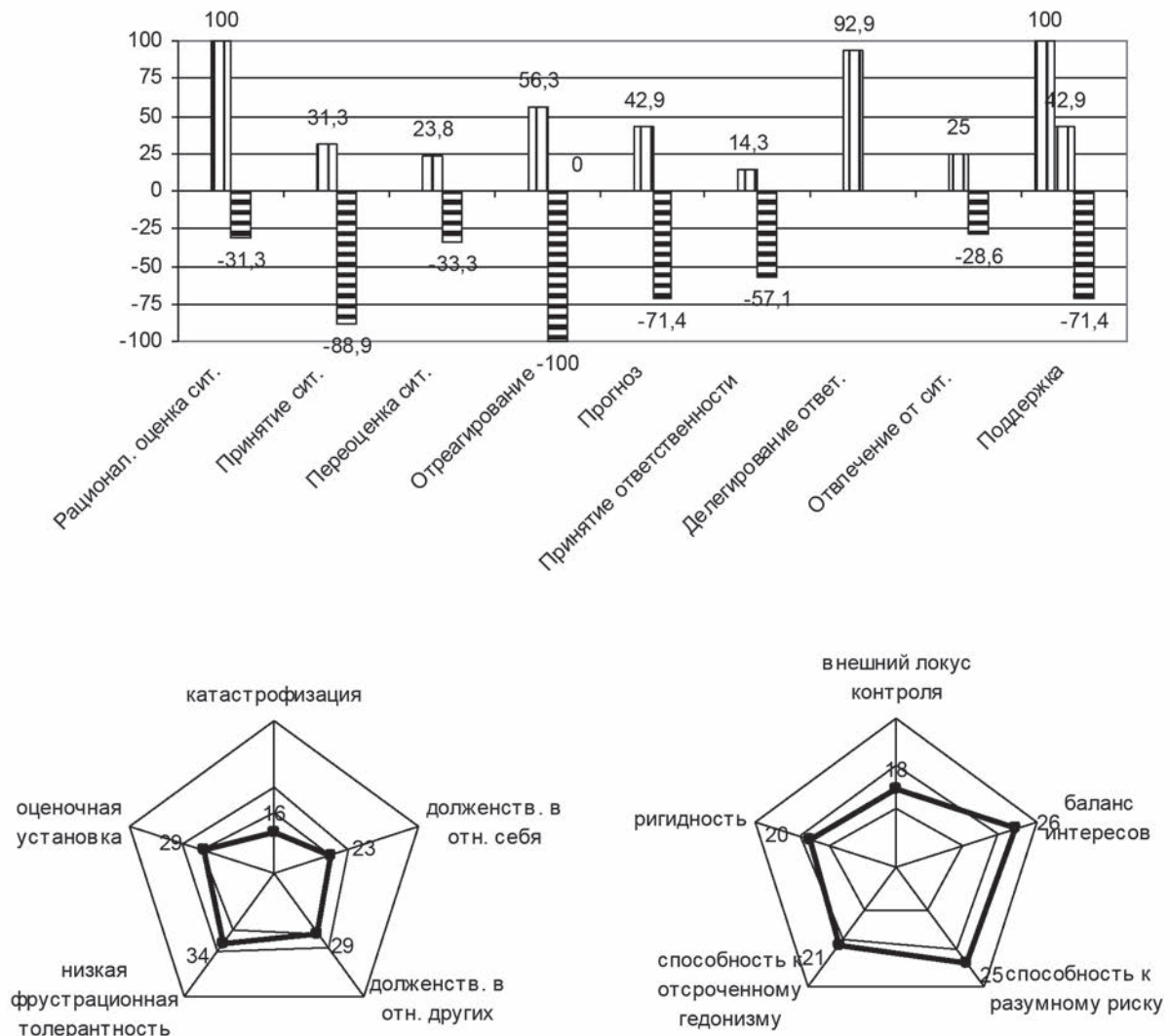


Рис. 5. Профиль копинга и когнитивный стиль пациентки А. (F41) (см. пояснение к рис. 4)

лежащего в основе и аддиктивного, и невротического реагирования на стресс [10], проявляющиеся в неадаптивном копинге (пессимистичный прогноз, противоречивость в отношении социальной поддержки), выраженной в обоих случаях ИКУ катастрофизации. В то же время на «выбор» аддиктивного или аффективного пути дезадаптации и последующего развития расстройства влияют специфические особенности копинга и ИКУ.

Как видно из рассмотренных примеров, в формировании аддиктивных состояний ведущее

значение имеет низкая фрустрационная толерантность, неспособность к отсроченному гедонизму и копинг в виде субстанционного отвлечения. Аффективные состояния формируются в большей степени на базе ИКУ нерешительности и неспособности отстаивать собственные интересы, а также неадаптивного копинга в модулях принятия ситуации и принятия собственной ответственности за ее возникновение и разрешение.

Литература

1. Бек А., Раиш А., Шоу Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб: Питер. — 2003. – 304 с.
2. Бек Дж.С. Когнитивная терапия: полное руководство. – М.: Вильямс. — 2006. – 400 с.
3. Бохан Н.А., Воеводин И.В. Профилактический тренинг повышения стресс-резистентности у студентов с аддиктивным поведением: методические рекомендации. – Томск. — 2012. – 40 с.
4. Воеводин И.В. Копинг-поведение при аддиктивных состояниях: относительность критериев адаптивности // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. – 2004. – № 4. – С. 7–9.
5. Воеводин И.В. Изучение роли копинга в формировании предболезненных состояний у студентов: новый подход // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2011. – № 5. – С. 77–81.
6. Воеводин И.В. Иррациональные когнитивные установки в терапии аддиктивных и аффективных состояний // *Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства: Тезисы научно-практической конференции с международным участием*. – Санкт-Петербург. — 2012. – С. 29.
7. Домрацкий В.А. Краткосрочные методы психотерапии. – М.: Психотерапия. — 2008. – 304 с.
8. Каменюкин А.Г., Ковпак Д.В. Антистресс-тренинг. – СПб: Питер. — 2008. – 224 с.
9. Митина О.В. Разработка и адаптация психологических опросников. – М.: Смысл. — 2011. – 240 с.
10. Семке В.Я., Гуткевич Е.В., Иванова С.А. Психосоциальные и биологические факторы психической дезадаптации (на модели невротических расстройств). – Томск. — 2008. – 204 с.
11. Семке В.Я., Харитонов С.В. Сравнительная оценка эффективности когнитивно-поведенческой, рациональной и комбинированной (когнитивно-поведенческой и рациональной) психотерапии у больных личностными расстройствами // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2011. — № 2. – С. 49–53.
12. Тютев Р.А., Балашов П.П., Бобровский А.В. Когнитивно-поведенческая модель модификации пищевого поведения в психотерапии избыточного веса // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2011. — № 4. – С. 103–105.
13. Харитонов С.В. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии. – М.: Психотерапия. — 2009. – 176 с.
14. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. – СПб: Речь. — 2002. – 352 с.
15. Эллис А., МакЛарен К. Рационально-эмоциональная поведенческая терапия: руководство для психотерапевтов. – Ростов н/Д: Феникс. — 2008. – 157 с.
16. Voevodin I.V. New model of the routine stress coping // *Česká A Slovenská Psychiatrie. Abstracts WPA International Congress*. — 2012. – Vol. 108.. – P. 282.

Сведения об авторах

Воеводин Иван Валерьевич — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, доцент Национального исследовательского Томского государственного университета. E-mail: i_voevodin@list.ru

Бохан Николай Александрович — доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН, директор ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, профессор Национального исследовательского Томского государственного университета. E-mail: redo@mail.tomsknet.ru

Психопатологическая структура сверхценных состояний

Илюшина Е.А., Ткаченко А.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии», Москва

Резюме. Показана многокомпонентность структуры сверхценных состояний, представленной эмоциональным, идеаторным, мотивационным и поведенческим компонентами. Описаны различные характеристики выделенных структурных составляющих данных психопатологических феноменов. Доказывается психопатологическая разнородность сверхценных состояний, обусловленная, в частности, преобладанием и разным сочетанием в их клинической картине указанных компонентов.

Ключевые слова: сверхценные состояния, психопатология, кататимный механизм, аддиктивное поведение.

Psychopathological structure of overvalued states

Ilyushina E.A., Tkachenko A.A.

Federal medical research center of psychiatry and narcology

Summary. The complexity structure of overvalued states represented by emotional, ideational, motivational and behavioral components was revealed. Various characteristics of allocated structural of these psychopathological phenomena were described. The psychopathological heterogeneity of overvalued states caused, in particular by prevalence in their clinical picture of above-noted components is prove.

Kew words: overvalued states, psychopathology, catathymic mechanism, addictive behavior.

Как известно, термин «сверхценные идеи» в психиатрическую практику ввел К. Вернике (1892), отнеся к ним идеи, возникающие на основании переживаний, сопровождающихся аффектом, и признаваемые больными вполне обоснованными, разумными, выражающими их убеждение.

М.И. Рыбальский [12] приводил следующие особенности данных психопатологических феноменов: возникновение в связи с реальными фактами, событиями; особенности оформления в виде понятных представлений или группы представлений; наличие тесной связи с жизненными убеждениями; фиксация на опасениях, желаниях, стремлениях, свойственных больному; признание идей своими (без чувства чуждости, навязчивости) при безусловной осмысленности; присутствие кататимных механизмов и яркого аффективного сопровождения; гиперболизация переживаний, их неадекватность устремлениям и интересам больного; влияние на побуждения и действия больного; стойкость и длительность; возможность, в отличие от бреда, разубеждения больного; отсутствие патологического толкования действительности и наличие ее объективного толкования. И.И. Сергеев и С.А. Малиночка [14] указывали на следующие характеристики сверхценностей: господствующее, центральное положение в деятельности, определяющее поведение в силу аффективной окраски, возникновение в связи с реальными психотравмирующими факторами с дальнейшим отрывом от них, интенсивность и невозможность критической оценки в обычных условиях, отсутствие нелепости содержания, понятность в свете характерологических качеств данной личности и ее истории, продуктивность, отражающая в той или иной степени интеллект-

альное творчество, возникновение по механизмам гиперкомпенсации и поддержания чрезмерно завышенной самооценки, неадекватность по степени выраженности, монотематичность, способность вызывать дезадаптацию в социальной сфере. Так или иначе, при всем многообразии приводимых признаков, основные из них могут быть сведены к следующей триаде: это всегда доминирующая и понятная из личности установка с неиссякаемой аффективной напряженностью [13].

Между тем до настоящего времени понятие «сверхценные идеи» остается недостаточно разработанным [14]. Помимо значительных трудностей в квалификации самих сверхценных образований, проблематично их отграничение как от нормальных проявлений душевной жизни, так и от других психопатологических расстройств [8]. Причем наибольшие сложности представляет их дифференциация от бредовых состояний во многом благодаря недоучету того факта, что так называемые «критерии бредовых идей» К. Ясперса на самом деле упоминались им как «недифференцированно применяющиеся к любым ложным суждениям» и относились к обеим группам психопатологических феноменов – к собственно бредовым идеям и к идеям бредоподобным, среди которых в первую очередь имелись в виду сверхценные идеи [19].

Целью настоящего исследования стало уточнение психопатологической структуры сверхценных образований для последующей разработки критериев их отграничения от бредовых состояний.

Материал и методы исследования

Из 112 подэкспертных с бредовыми и бредоподобными состояниями (сверхценные идеи и симуляция), проходивших стационарную экспертизу в Центре им. В.П. Сербского с 2009 по 2012 г., были

выделены для анализа больные со сверхценными образованиями (26 подэкспертных).

В ходе исследования синдром сверхценных образований (СЦ) продемонстрировал нозологическую неспецифичность. Преимущественно он встречался при расстройствах личности (17 человек – 65 %), причем в этих случаях чаще устанавливался диагноз параноидного расстройства личности — 13 подэкспертным), пятерым – смешанного, одному – шизоидного и одному – эмоционально-неустойчивого расстройства личности. У четверых больных (15 %) было диагностировано органическое расстройство личности. Сверхценные переживания могли формироваться и на основе процессуально обусловленных изменений личности: одному больному (4 %) устанавливался диагноз параноидной, двоим (8 %) – паранойальной шизофрении. Двоим подэкспертным (8 %) с синдромом сверхценных образований была диагностирована паранойя.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический. Статистическая обработка осуществлялась при помощи пакета Statistica 7.0 for Windows и включала определение частотности изучаемых признаков (выявление их абсолютных значений и удельного веса показателей), а также зависимостей между переменными. Для выявления корреляционных связей между бинарными качественными (категориальными) переменными был выбран точный критерий Фишера [16].

Результаты исследования

В психиатрическом обиходе наиболее часто употребляется понятие «сверхценные идеи», однако более оправданно рассмотрение данных феноменов как психопатологических симптомокомплексов со сложной многокомпонентной структурой. Это объясняет стремление некоторых психиатров [4, 15] избегать в отношении сверхценностей терминов «идеи» и использовать более общие – «комплексы», «образования». В соответствии с данным подходом в ходе исследования в структуре сверхценных образований нами были выделены тесно связанные между собой эмоциональный (аффективный), идеаторный, мотивационный и поведенческий компоненты.

Несмотря на привычные представления о сверхценных образованиях как о проявлениях патологии мышления, некоторые авторы [6, 10, 17] указывают в качестве ведущего **кататимный механизм** их образования, способствующий фиксации аффективно заряженных, страстных переживаний, приобретающих для личности все большую значимость. При этом в формировании данных симптомокомплексов важна не модальность эмоции (положительная или отрицательная), а скорее ее *интенсивность* (чем сильнее эмоция, тем более значима она для человека). Данный механизм обуславливал тот факт, что наиболее глубокие нарушения первично затрагивали именно эмоциональную сферу подэкспертных.

При оценке **эмоционального (аффективного) компонента** оказалось, что практически у

всех подэкспертных эти нарушения выражались в длительном, значительно выраженном и напряженном эмоциональном отношении с направленностью, концентрированностью чувства на определенном объекте или виде деятельности. В 16 % наблюдений имелся депрессивный аффективный фон (лишь в одном случае присутствовал маниакальный аффект). У 17 подэкспертных (65 %) эмоциональный компонент проявлялся аффектом напряжения, у 12 (46 %) – подозрительностью и остороженностью, у 8 (31 %) – тревогой и страхом. Половина подэкспертных давала реакции раздражения и агрессии, у одного наблюдалось повышение настроения с оттенком благодушия.

Лежащий в основе сверхценных образований кататимный механизм влиял на идеаторные процессы. В 94 % случаев аффективные нарушения соответствовали фабуле феномена. Выраженные аффекты прокладывали путь для соответствующих им ассоциаций и тормозили противоречащие связи, при этом действительно существующие факты и обстоятельства воспринимались и перерабатывались односторонне. Идеи могли строиться на реальных логических посылах, которые носили психологически понятный характер, но их значение явно переоценивалось. Во всех случаях **идеаторный компонент** был представлен идеями, отражающими переживания, опасения, влечения, стремления и увлечения, которые приобретали характер овладевающих представлений, целиком поглощающих сознание подэкспертных. Таким образом формировался комплекс сосредоточенных на узком круге особенно значимых для личности и аффективно заряженных переживаний. Они доминировали в общем строе мыслей, представлений, эмоций и вытесняли из сознания все другие переживания. Также наблюдалось сужение диапазона восприятия внешних раздражителей. Состояние больного определялось такими характеристиками внимания, как суженность его объема (количества охваченных объектов), односторонняя направленность и повышенная сосредоточенность на объекте СЦ с невозможностью отвлечения от него, значительная интенсивность, углубленность (поглощенность определенным видом деятельности) и устойчивость (способность к длительному сосредоточению).

Поскольку сверхценные образования изучались с целью разработки критериев дифференциальной диагностики бредовых и бредоподобных состояний, для их оценки были введены различные переменные, в том числе и те, которые традиционно соотносятся с одними психопатологическими феноменами и не используются в отношении других [5]. Так, идеаторный компонент рассматривался в свете таких его свойств как тематическое оформление, количество фабул (моно- или политематичность), степень организации (систематизированность или несистематизированность), развернутости (развернутость или фрагментарность), устойчивости тематики (устойчивость или изменчивость, нестойкость), стабильности (стабильность или склонность к ус-

ложнению, расширению фабулы), реалистичности (правдоподобность либо неправдоподобность) и убежденности (ее присутствие либо отсутствие). Кроме того, оценивалась «понятность» переживания (т. е. его выводимость из предшествующих свойственных личности особенностей, реальной ситуации), экзистенциальная значимость (эгоцентричная направленность), нацеленность содержания на конкретных лиц, а также временная направленность фабулы (в настоящее, прошлое или будущее) и особенности отношения подэкспертного к сверхценному переживанию (эгосинтоническое отношение с принятием своего состояния, ощущением гармонии с ним либо эгодистоническое отношение, сопровождающееся неприятными переживаниями, недовольством, желанием от него избавиться).

Наиболее часто у подэкспертных со сверхценными образованиями обнаруживалась тематика сутяжничества – у 15 подэкспертных (58 %), предвзятого отношения – у 12 (46 %), также встречались идеи реформаторства и изобретательства – у 6 (23 %), особых способностей – у 5 (19 %), ревности – у 5 (19 %), преследования – у 2 (8 %), любовные и ипохондрические идеи – по одному (4%) подэкспертному. Чаще фабула сверхценных состояний была монотематичной.

В основном сверхценные идеи отличались систематизированностью (присутствовали логические построения, складывающиеся в определенную систему доказательств), развернутостью, сопровождались убежденностью в достоверности их содержания (у 21 подэкспертного – 81 %). Однако имелись и несистематизированные, фрагментарные (отрывочные) идеи, не сопровождавшиеся окончательной убежденностью – в 5 случаях (19 %). Фабула СЦ также отличалась стабильностью (100 %), обыденностью и правдоподобностью (96 %), чаще стойкостью (92 %) и «понятностью» (96 %) переживаний. В основном содержание СЦ было направлено в настоящее (96 %), но также имелась временная направленность в прошлое и будущее (4 случая того и другого варианта). В половине случаев фабула была направлена на конкретных лиц. В 19 случаях (73 %) в тематике отражалась психотравмирующая ситуация, у 5 (45 %) больных содержание имело экзистенциальное значение. Чаще всего подэкспертные имели эгодистоническое отношение к фабуле переживания (15 случаев, 58 %), но также встречалось эгосинтоническое (8 случаев – 31 %) и колебание эгосинтонического и эгодистонического отношения (3 случая – 11 %).

Довольно часто эгодистоническое отношение сопровождало сверхценные идеи ревности. Так, больной С., на протяжении нескольких лет ревновавший супругу, был подавлен, рассеян, не мог ни на чем сконцентрироваться, не спал, у него отмечались суицидальные мысли, за непродолжительное время до правонарушения (убийства жены) похудел на 15 кг. Другим примером эгодистонического отношения к сверхценному пере-

живанию являлся больной П. с паранойяльным развитием, имевший длительные судебные тяжбы с судостроительным заводом по поводу принудительного выселения его семьи из дома. Свое сутяжничество он называл «вынужденным», говорил, что оно носило тягостный и неприятный для него характер. Подэкспертный отличался неустойчивостью эмоционального фона, легким возникновением эксплозивных реакций. В состоянии выраженного аффективного напряжения плеснул серной кислотой в лицо судебному приставу, за что и был привлечен к уголовной ответственности.

Однако сверхценное сутяжничество может сопровождаться и эгосинтоническим отношением. Например, подэкспертный М. с интеллектуально-мнестическим снижением неоднократно судился с членами своей семьи из-за квартиры, писал жалобы на руководство организаций, в которых работал. На экспертизе сообщал, что он всегда через суд доказывал свою правоту и к этому у него был «спортивный интерес». Самоуверенно заявлял, что «знает законы и все может доказать», так, однажды вел даже 9 дел одновременно. С благодушной улыбкой говорил, что его ничто не беспокоит, он собирается «вскоре освободиться и заняться делом». Был уверен, что, вернувшись домой, сразу же докажет свою невиновность, получит «реабилитацию» от судебно-следственных органов и «накажет их за нецелевое использование средств РФ».

За выступающими на передний план эмоциональными и идеаторными нарушениями при сверхценных образованиях скрывались мотивационные изменения. Продолжительное интенсивное эмоциональное напряжение, способствующее доминированию переживания в психической деятельности и в сознании больного, выражено изменяло мотивационную сферу больного. Таким образом, **мотивационный компонент** выражался в нарушении иерархического строения мотивационно-потребностной сферы, что проявлялось фиксированием определенных потребностей и мотивов с утрированным повышением их интенсивности, устойчивости и действенности (активной реализацией в деятельности). При этом объект сверхценности превращался в ведущий смыслообразующий мотив поведения, в то время как другие постепенно утрачивали свою побудительную и смыслообразующую силу. Вследствие повышенной интенсивности одного мотива возможности произвольного выбора цели ограничивались, поскольку «повышенная значимость цели приводит к тому, что способы ее реализации перестают опосредоваться более высокими смысловыми инстанциями» [3]. В этих условиях могло наблюдаться формирование «сдвига мотива на цель», что отражало переход деятельности на целевой уровень регуляции, когда цель, ранее побуждаемая к ее осуществлению каким-то мотивом, со временем приобретала самостоятельную побудительную силу, то есть становилась мотивом [9].

При оценке *поведенческого компонента* у 23 подэкспертных (88 %) поведение, сопровождавшее сверхценное переживание, занимало господствующее положение в деятельности. В 20 случаях (77 %) поведение носило внешне последовательный, односторонний характер. Достаточно часто (у 20 подэкспертных, 77 %) оно приобретало агрессивный и аутоагрессивный характер. У 8 подэкспертных (31 %) деятельность ограничивалась кругом лиц, задействованных в фабуле, и у такого же количества исследуемых осуществлялась в ущерб собственному благополучию. Многие больные из-за чрезмерной поглощенности сверхценным переживанием теряли работу, близких людей, тратили на судебные тяжбы значительные средства, неадекватно оценивая свою платежеспособность, брали кредиты в банках и становились должниками.

Так, больной Б., называвший себя «современным Кулибиным» и утверждавший, что «изобрел зубную щетку с приспособлением для чистки языка», «для продвижения своего инновационного изобретения» набрал в банках кредитов, которые к моменту экспертизы составляли 500 000 рублей. При этом больной лишился работы, жены, а вся его деятельность сосредоточилась вокруг его «изобретения» и защиты от «недоброжелателей». Другой подэкспертный В., заявлявший, что он «кляузник» и любитель справедливости, в своих стихах стал «изобличать пороки администрации» города, в котором проживал. Тем самым добился, чтобы отремонтировали его дом, построили детские площадки, поставили ограду вокруг туберкулезного диспансера и т. п. На экспертизе он с эмоциональной охваченностью рассказывал, что печатал свои стихи в газетах, выступал в Доме культуры, однажды о нем даже сняли телепередачу на местном канале и по телевидению длительное время показывали ролик с его участием. Однако все привело к тому, что он уже не мог найти работу в своем городе. То, что другой подэкспертный Б. писал многочисленные жалобы в различные инстанции и правоохранительные органы в отношении различных высокопоставленных лиц, приводило к его неоднократному привлечению к уголовной ответственности за клевету.

В 14 (54 %) случаях в поведении отражался гедонистический элемент, больные получали удовольствие от своей деятельности, что влияло на регуляцию эмоционального состояния.

Примером гедонистических сверхценных переживаний являлся больной Х. с идеями изобретательства. Он рассказывал, что как-то у него «родилась идея создать то, что еще никем не было создано и сделало бы его известным», начал заниматься своими разработками дома, в гараже ставил эксперименты с катушкой Тесла, ионофоном. Это его очень захватывало, он постоянно думал об этом, не спал ночами. Отмечал у себя «страстное отношение» к своим экспериментам, когда все получалось, было «ощущение счастья». Говорил, что в какой-то степени считает себя «гениальным», так как создал «гениаль-

ные аппараты для лечения рака головного мозга и внутренних органов, для лечения бессонницы». Однако не высказывал полной уверенности в эффективности данных приборов, поскольку «не успел их доработать».

У 18 (69 %) подэкспертных формировался упомянутый выше «сдвиг мотива на цель». Как писал Б.С. Брагусь [2], в норме овладения, последовательная отработка какой-либо операции, как правило, не становятся сами по себе самостоятельным мотивом, это лишь промежуточная цель, подчиненная какому-либо дальнему мотиву. Поэтому и смысл отработки лежит вне ее, в системе куда более широких отношений. При сформированном «сдвиге мотива на цель» само выполнение отдельного действия становится самоцелью и приобретает самостоятельную мотивирующую силу, происходит сужение мотивационных устремлений, их замыкание на отдельных элементах некогда развернутой и сложной деятельности. При этом деятельность, как основная единица психики, перемещается и замыкается в узком кругу того, что в норме является «действием» или «операцией», то есть единицами вспомогательными. Вместе со смещением, сдвигом мотива из широкого поля деятельности на выполнение узкого действия происходит и соответствующее смещение смысловых отношений или «сокращение смысловых единиц деятельности»: сложная, развернутая деятельность теряет смысл для больного, главным же становится выполнение отдельных, ранее вспомогательных действий, которые теперь, в свою очередь, становятся смыслообразующими для еще более мелких и примитивных действий.

В ходе исследования была выявлена психопатологическая неоднородность сверхценных образований, что было обусловлено преобладанием в их клинической картине того или иного из описанных компонентов. На передний план мог выступать то идеаторный, то эмоциональный, то поведенческий компонент, что соответствовало классификации сверхценных образований Р.Б. Брагина [1], выделявшего «интерпретативный», «аффективный» и «гипербулический» («гиперстенический») их варианты. В наших клинических наблюдениях у 4 подэкспертных преобладал идеаторный компонент с выраженной «идеаторной переработкой» переживаний, у 5 – аффективный, у 9 – поведенческий. В 5 случаях наблюдалась равнозначная выраженность и идеаторного, и поведенческого компонентов, в 3 – аффективного и поведенческого.

Преобладание того или иного компонента в структуре СЦ сказывалось на клинических проявлениях, что подтверждалось корреляционным анализом. Так, с доминированием *аффективно-го компонента* (аффективная форма СЦ) были корреляционно связаны такие проявления СЦ, как экзистенциальная значимость содержания, аффекты страха, тревоги, эмоциональной напряженности с депрессивным аффективным фоном, определявшие эгодистоническое отношение к фабуле переживаний (рис. 1). На фоне тревоги и

страха также наблюдалось нарастание беспокойства, раздражительности, нетерпимости, неспособности расслабиться, ощущения взвинченности или пребывания «на грани срыва», быстрой утомляемости, невозможности сконцентрироваться, трудностей засыпания. В рассуждениях на фоне явной аффективности логики зачастую отчетливо звучала та или иная психотравмирующая ситуация. Переживания сопровождалась навязчивым обдумыванием тех или иных событий с тенденционными предвосхищающими суждениями, подтверждающими актуальные аффективные опасения. Незначительная выраженность идеаторного компонента обуславливала отсутствие тенденции к логической разработке, бедность интерпретаций, отличавшихся неопределенностью и отсутствием систематизации. Как правило, обыденная фабула, не сопровождавшаяся склонностью к усложнению и расширению, была представлена отдельными фрагментарными идеями. Также с преобладанием аффективного компонента были выявлены корреляционные связи с такими проявлениями поведенческого компонента, как направленность сверхценного поведения только на круг лиц, задействованных в фабуле, и отражение в нем колебания актуальности для больного объекта СЦ. При этом наблюдалась зависимость клинических проявлений от ситуационных событий с неустойчивым, ундулирующим характером аффективных нарушений, колебанием актуальности для больного сверхценного переживания, сопровождавшегося эпизодами импульсивных, противоречивых, экспрессивных действий, в том числе агрессивной или аутоагрессивной направленности.

Хотя с выраженностью *идеаторного компонента* при сверхценном состоянии (интерпретативная форма) не было выявлено корреляционных связей с теми или иными особенностями сверхценных образований, в ходе клинического анализа были отмечены свойственные их фабулам устойчивость, систематизированность, развернутость, детальная разработка с толкованием тех или иных событий. В данном случае аффективные нарушения оставались на втором плане, а поведение чаще всего носило внешне последовательный и односторонний характер.

При преобладании *поведенческого компонента* (гиперстеническая форма по Брагину Р.Б.) в основе СЦ лежали не столько сами идеи, сколько стремление претворения их в жизнь. Здесь наблюдалось быстрое смещение от тенденциозно-мыслительного процесса к практическим действиям, которые занимали доминирующее значение в системе субъективных ценностей больных. При этом большинство социальных мотивов теряли свою значимость, а высокую побудительную силу приобретала стереотипная деятельность. Выраженность поведенческого компонента была корреляционно связана с фабулой сутяжничества, с отражением в поведенческом компоненте гедонистического момента и формированием «сдвига мотива на цель» (рис. 2). Гиперстенические формы СЦ зачастую образовывались на основе достаточно разработанных, косных идеаторных проявлений, что подтверждалось и корреляционными связями с систематизированностью и развернутостью фабулы, а также убежденностью в ее соответствии действительности.



Рис. 1. Корреляционные связи аффективной формы СЦ с различными характеристиками ее структуры
Примечание: — $p < 0.01$; - - - - $0.01 < p < 0.05$.

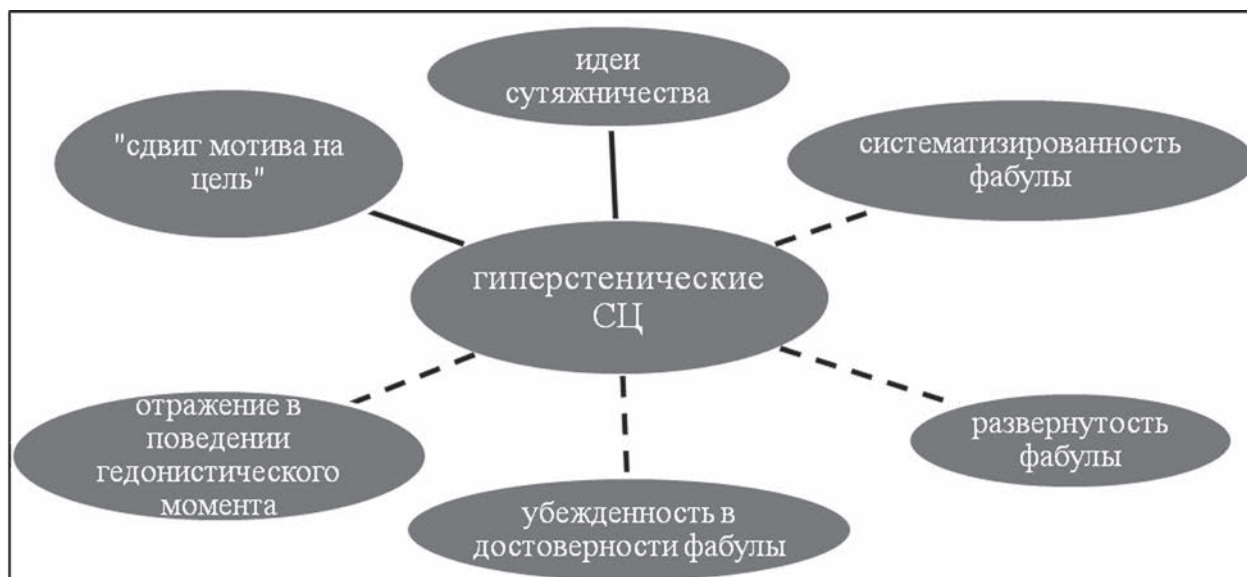


Рис. 2. Корреляционные связи гиперстенической (поведенческой) формы СЦ с различными характеристиками ее структуры
Примечание: — $p < 0.01$; - - - - $0.01 < p < 0.05$.

При гиперстенической форме СЦ зачастую возрастанию аффективного напряжения, определявшего формирование сверхценного переживания, способствовало стремление подэкспертных к снижению эмоционального напряжения и получению удовольствия с помощью определенных видов деятельности. Так, в некоторых случаях сверхценности приобретали функцию аддиктивной эмоциональной саморегуляции. При этом по своему проявлению они напоминали **аддиктивное поведение**, когда внимание подэкспертных фиксировалось на определенных видах деятельности, которые вновь и вновь позволяли им испытывать интенсивные эмоции, ощущение подъема, близкое к эйфории. Это отвечало определению аддикции как сопровождающегося развитием интенсивных эмоций стремления к изменению психического состояния посредством постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности [7]. Этот механизм образования сверхценностей сходен с особенностями формирования поведенческой (нехимической) зависимости, которая представляет собой форму аддикции, где объектом зависимости становится поведенческий паттерн. При этом состояние человека характеризуется привязанностью и неспособностью самостоятельно прекратить деятельность, которая может выступать как заместитель недостающего источника определенных эмоций. Для зависимой личности важнее и приятнее не столько конечный результат соответствующего поведения, сколько пребывание в процессе удовлетворения потребности. Наблюдалось снижение способности контролировать свое поведение (его продолжительность); происходило прогрессирующее исключение альтернативных сверхценности интересов; больные продолжали заниматься связан-

ной со сверхценностью деятельностью, несмотря на очевидные вредные последствия.

Примером аддиктивного сверхценного поведения являлся подэкспертный К. с диагнозом смешанного расстройства личности. На фоне выраженной личностной дисгармонии, неспособности приспособляться к обыденной жизни разные стороны деятельности К. приобретали сверхценное значение, а их реализация становилась фактором регуляции его эмоционального состояния. При своей аккуратности он постоянно наводил порядок, часто ремонтировал забор, полностью вычищал во дворе снег, мел брусчатку перед своим домом и, чтобы ее не испачкать, оставлял обувь перед калиткой на улице.

На экспертизе К. отмечал, что не мог успокоиться, пока в доме было не убрано, старался все «полировать», чтобы «каждая вещь была на своем месте». Сообщал, что также получал удовольствие от «здорового образа жизни», от чего «чувствовал свое превосходство над окружающими». Заявлял: «Физкультура – эликсир молодости, я один на земле такой — не пил, не курил и наркотики не употреблял». Зимой всегда ходил в легкой одежде и даже в сильные морозы не носил шапку. Также при отсутствии к 49 годам половых контактов К. было свойственно так называемое «сталкерство»: он любил наблюдать и следить за молодыми девушками, но подойти к ним боялся. Сообщал, что однажды влюбился в девушку, на протяжении десяти лет «следил за ней день и ночь», «знал о каждом ее шаге», «сходил с ума», «постоянно думал о ней», а когда у нее появились ухажеры, у него появилось желание убить их.

Длительное время был влюблен в соседку, после ее отказа во взаимности ревновал ее, «не

давал прохода», провожал и встречал с работы, оскорблял ее, даже угрожал убийством. Из-за этого между ними происходили ссоры, скандалы, один из которых закончился его привлечением к уголовной ответственности за причинение телесных повреждений. Кроме того, у подэкспертного имелаась kleptomания. Рассказывая о ней, заявлял, что он «лучший вор всех миров», «такой ловкий, умный», «умею воровать так, что невозможно поймать». Сообщал, что любит воровать и получает от этого удовольствие. Отмечал, что воровством снимал стресс, возникавший из-за любых неприятных переживаний. Утверждал, что не мог жить без этого. Несмотря на то что в доме было все необходимое, если в течение 2–3 дней ничего не украдет, чувствовал себя раздраженно, возбужденно, «душа была расстроена». С улыбкой говорил, что когда «уже украл, с ума сходил от радости, от счастья», «сердце замирало», «без вина пьяный был», «пребывал в беспамятстве», чувствовал себя «победителем».

В приведенном клиническом случае выявление у одного больного как kleptomании, относимой к расстройствам влечения, так и сверхценных образований свидетельствует о близости данных психопатологических феноменов. В.Д. Менделевич [11] разницу между сверхценным «увлечением» и влечением видел в том, что увлечение характеризуется осознанностью цели и мотива, интеллектуализированными эмоциями, непрерывностью их динамики, возникновением лишь после тяжелой борьбы мотивов. Влечения же обладают противоположными характеристиками. Однако при усилении патологичности увлечений могут появляться признаки, сближающие эти патологические феномены.

Выявленные корреляционные связи продемонстрировали, что гиперстенические формы СЦ наиболее часто выражаются в сутяжной деятельности (схема 2). Их образование тесным образом было связано с гедонистической мотивацией и зачастую приводило к формированию «сдвига мотива на цель». При сверхценной склонности к сутяжной деятельности кверулянтство выступало в качестве привычной формы реагирования. В этих случаях первоначально, вступая в судебные тяжбы, больной мог преследовать прагматические интересы. В последующем жалобы следовали по любому поводу в различные инстанции, при этом стремление доказать свою правоту осуществлялось без учета

конкретных обстоятельств и своих реальных возможностей. В закреплении подобного стереотипного поведения участвовали механизмы разрядки, регулирующие оптимальный уровень активации и снижающие эмоциональное напряжение. Как писал А. Якубик [18], для осуществления различных потребностей и нужд вырабатываются путем научения соответствующие приспособительные механизмы. В частности, с помощью научения возникают также стереотипы поведения, разряжающего напряжение или уменьшающего возбуждение.

Известно, что часть возбуждения, возникающего в системе регуляции, как в инстинктивно-эмоциональных, так и в познавательных структурах, вызывает появление экспрессивных действий (поведения). В свою очередь значительное напряжение экспрессивных действий (в нашем случае сутяжных) уменьшало степень возбуждения регуляционных механизмов (разряжающее действие), снижая эмоциональное напряжение и уровень активации. Согласно теории научения, эффективное снижение эмоционального напряжения и уровня активации носит характер подкрепления и поэтому фиксирует данный вид деятельности, что приводит к формированию особых механизмов разрядки [18]. Таким образом, сутяжная деятельность закреплялась благодаря тому, что первоначально она способствовала элиминации скапливающегося перенапряжения, что в какой-то степени сопровождалось положительными (гедонистическими) эмоциями. Однако с течением времени сверхценная сутяжная деятельность приобретала стереотипный, клишированный, гротескный, неконструктивный, неадекватный, неконтролируемый характер.

Таким образом, проведенное исследование показало, что СЦ при своей нозологической неспецифичности представляют собой симптомокомплексы со сложной психопатологической структурой, включающей различные компоненты (аффективный, идеаторный, мотивационный, поведенческий), которые тесно связаны между собой и зависят в своем клиническом выражении от лежащего в их основе кататимного механизма синдрообразования. Также продемонстрирована психопатологическая неоднородность данных феноменов, задаваемая преобладающим в их структуре компонентом, что может быть в дальнейшем учтено при разработке принципов дифференциации бредовых и бредоподобных состояний.

Литература

1. Брагин Р.Б. Нозологические, динамические и терапевтические особенности сверхценных образований при шизофрении // Шизофрения: новые подходы к терапии / Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. — Харьков. — 1995. — Т. 2. — С. 16–19.
2. Братусь Б.С. Аномалии личности. — М. — 1988. — 301 с.
3. Виллюнас В.К. Психологические механизмы мотивации человека. — М. — 1990. — 285 с.
4. Гиляровский В.А. Психиатрия. — М. — 1954. — 520 с.
5. Илюшина Е.А., Ткаченко А.А. Дифференциально-диагностическое значение психопатологической структуры бредовых и бредоподобных состояний // Социальная и клиническая психиатрия. — 2013. — № 3. — С. 26–35.
6. Илюшина Е.А., Ткаченко А.А. Особенности механизмов синдрообразования бредовых и

- бредоподобных состояний // *Российский психиатрический журнал*. – 2013. – № 1. – С. 36–44.
7. Короленко Ц.П. Работоголизм – респектабельная форма аддиктивного поведения // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. – 1993. – № 1. – С. 17–29.
 8. Лаикова А.В. Синдром патологического фантазирования у подростков в судебно-психиатрической клинике. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М. – 2000. – 19 с.
 9. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. – М. – 1969. – С. 408.
 10. Меграбян А.А. Общая психопатология. – М. – 1972. – 187 с.
 11. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие. – СПб. – 2005. – С. 127.
 12. Рыбальский М.И. Бред. – М. – 1993. – 367 с.
 13. Савенко Ю.С. Паранойяльные синдромы и критерии психотического // *Пути обновления психиатрии: Материалы 3-го съезда НПА*. – М. – 1991. – С. 69–78.
 14. Сергеев И.И., Малиночка С.А. Патологические увлечения больных шизофренического круга. – М. – 2010. – 198 с.
 15. Терентьев Е.И. Бред ревности. – М. – 1991. – 271 с.
 16. Трухачева Н.В. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета Statistica. – 2013. – 384 с.
 17. Тхостов А.Ш., Колымба И.Г. Эмоции и аффекты: общепсихологический и патопсихологический аспекты. Часть II. Патология эмоций в клинике аффективных и тревожных расстройств // *Психологический журнал*. – 1998. – Т. 19. – № 5. – С. 81–93.
 18. Якубик А. Истерия: Пер. с польск. – М. – 1982. – 344 с.
 19. Ясперс К. Общая психопатология. – М. – 1997. – 1056 с.
 20. Wernicke C. *Uber fixe Ideen* // *Dtsch. Med Wschr.* – 1892. – N. 25. – P. 581.

Сведения об авторах

Илюшина Елена Александровна – врач отделения психогений и расстройств личности ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии», Москва. E-mail: e_ilyushina@mail.ru

Ткаченко Андрей Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии», Москва. E-mail: tkatchenko_gnc@mail.ru

Непсихотические психические расстройства у больных эпилепсией пожилого возраста и их влияние на качество жизни

Михайлов В.А.¹, Дружинин А.К.¹, Липатова Л.В.¹, Киссин М.Я.², Бочаров В.В.¹

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ.

² Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова.

Резюме. В течение последних 30 лет во всем мире отмечается рост заболеваемости эпилепсией в средних и старших возрастных группах населения, что делает все более актуальной проблему эпилепсии пожилого возраста. Формально, представляя собой неврологическое заболевание, эпилепсия сопряжена с широкой гаммой психопатологических расстройств. Такая глубинная, причинная связь оказывает влияние на различные сферы качества жизни у больных эпилепсией пожилого возраста. Целью данного исследования явилось изучение корреляционных связей между степенью выраженности психопатологических расстройств и их влиянием на качество жизни больных с эпилепсией пожилого возраста. Наблюдение и результаты получены при обследовании 88 пациентов с последствиями инсульта, у 47 течение заболевания осложнилось симптоматической эпилепсией. В ходе проведенного исследования доказано, что качество жизни значительно снижено у пациентов с эпилепсией пожилого возраста. Выявлены прямые и обратные корреляционные связи различных эмоционально-аффективных расстройств и сфер качества жизни. Данный феномен утяжеляет течение симптоматической эпилепсии, тем самым изменяет уровень клинической и социальной адаптации больного с эпилепсией пожилого возраста.

Ключевые слова: эпилепсия пожилого возраста, качество жизни, эмоционально-аффективные расстройства, непсихотические психические расстройства.

Non-psychotic mental disorders in patients with epilepsy elderly and their impact on quality of life

Mikhailov V.A.¹, Druzhinin A.K.¹, Lipatova L.V.¹, Kissin M.Ya.², Bocharov V.V.¹

¹ St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia).

² Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (Russia).

Summary. In the last 30 years all over the world there has been an increase in the incidence of epilepsy in middle and older age groups, which makes the problem of epilepsy in elderly. Formally, representing a neurological disease, epilepsy is associated with a wide range of psychopathological disorders. Such deep, a causal relationship has an impact on various domains of quality of life in patients with epilepsy elderly. The aim of this study was to investigate correlation between the severity of psychopathological disorders and their impact on the quality of life of patients with epilepsy elderly. Observation and results obtained during examination of 88 patients with stroke, 47 the disease was complicated by symptomatic epilepsy. In the course of the study proved that the quality of life is significantly reduced in patients with epilepsy elderly. The identified direct and inverse correlation of different emotional-affective disorders and quality of life dimensions. This phenomenon aggravates the course of symptomatic epilepsy, thus changes the level of clinical and social adaptation of patients with epilepsy elderly.

Key words: epilepsy, elderly, quality of life, emotional-affective disorders, non-psychotic mental disorders.

В настоящее время интерес к изучению медицинских и психосоциальных проблем пожилых людей, необходимость знаний об этом периоде жизни не вызывает сомнений. Актуальность исследований по различным аспектам патологии позднего возраста обусловлена многими факторами, прежде всего стремлением к общей гуманизации медицинской и социальной помощи [4, 10, 17], поскольку старость сегодня рассматривается как качественная своеобразная перестройка организма, с сохранением особых приспособительных функций на фоне общего их спада, а не как тотальное угасание психической

и физической активности [5, 19, 20]. В связи с этим проблема возникновения эпилептических припадков у пожилых людей приобретает особое значение [3, 10, 11]. Она включает в себя важнейшие аспекты геронтологии, эпилептологии и кардиоваскулярной патологии, нейрофизиологии, психиатрии и медицинской психологии [7, 9, 10].

Эпидемиология

В течение последних десятилетий отмечается рост заболеваемости эпилепсией в средних и старших возрастных группах населения, что делает все

более актуальной проблему эпилепсии позднего возраста [3, 5, 17, 19, 20]. В 1975 г. W.A. Hauser впервые показал увеличение заболеваемости эпилепсией в старших возрастных группах. По данным эпидемиологических исследований последних лет, частота эпилепсии у пациентов старше 60 лет в 1986 г. составила 104 случая на 100 000 населения, а в 1990 г. – 127,2 случая на 100 000 [17, 20]. Заболеваемость эпилепсией среди пожилых (60 и более лет) колеблется от 107,5 человека на 100 000 населения в Швейцарии, до 127,2 человека на 100 000 во Франции и 166 человек на 100 000 в Швеции, тогда как в среднем составляет 30–50 на 100 000 [3, 5, 20]. В России в возрасте старше 60 лет эпилепсией страдают более 100 россиян на каждые 100 тысяч населения [4, 5, 10, 11]. Удельный вес пациентов с «поздней эпилепсией» среди всех больных эпилепсией составляет 11 % [7, 10].

Несмотря на активное изучение эпилепсии позднего возраста, в настоящий момент нет единой концепции относительно возрастных аспектов течения эпилепсии, не разработаны четкие критерии фармакологического контроля антиэпилептической терапии, прогнозирования течения заболевания, особенностей развития тревожных и эмоционально-аффективных расстройств, изменений личности, стигматизации, социальной фрустрированности, нарушений социальной адаптации, которые в значительной степени снижают КЖ пациентов пожилого возраста [1, 2, 5, 15, 16].

Этиология эпилепсии пожилого возраста

Среди причин феномена увеличения заболеваемости эпилепсией лиц пожилого возраста следует отметить увеличение в структуре населения доли лиц старших возрастных групп, а также увеличение распространенности цереброваскулярной патологии, опухолей головного мозга, травматических повреждений, деменции, которые являются одним из ведущих факторов риска эпилепсии у пожилых больных. Существуют различные точки зрения относительно этиологии эпилепсии пожилого возраста (ЭПВ). Так, некоторые авторы считают, что причинами, приводящими к развитию

эпилептических припадков, являются цереброваскулярные заболевания (около 50 %) и деменции (11–16 %), опухоли головного мозга (4 %), травматические повреждения головного мозга (от 1 % до 3 %), [17, 20]. Другие авторы [3, 5, 11] приводят следующие результаты своих наблюдений: основными причинами симптоматической эпилепсии у пациентов пожилого возраста были цереброваскулярные заболевания (58,3 %), последствия черепно-мозговых травм (12,5 %), а в остальных случаях развитие заболевания было связано с последствиями нейроинфекций, наследственными дегенеративными заболеваниями и опухолями мозга, а также с алкогольной энцефалопатией (29,2 %). С. Sung и N. Chu (2002) при обследовании 342 больных старше 60 лет, страдающих ЭПВ, установили, что в 35 % случаев причиной ЭП были цереброваскулярные заболевания, в 21 % – травмы, в 8 % — опухоли головного мозга, в 10 % – метаболические нарушения, в 11 % – полиэтиологические причины и в 2 % – инфекции ЦНС. Таким образом, первое место среди этиологических факторов ЭПВ занимают цереброваскулярные заболевания, которые по данным различных авторов составляют от 30 до 58,3 % (табл. 1).

Анализируя данные исследований патогенеза ЭПВ [5, 7, 19], мы сталкиваемся с особым периодом развития и состояния головного мозга – периодом возрастной, генетически детерминированной перестройки адаптационно-регуляторных механизмов головного мозга, в основе которой, по-видимому, лежат принципы инволюции нейронных сетей, со своей особенной биологической системой защиты, на основе дефолтной реакции по ограничению развития эпилепсии. Повреждение этой системы тем или иным органическим фактором (гипоксическая ишемия, апоптоз, глиоз, амилоидоз, хроническая гипоксия и интоксикация) вызывает нарушение дефолтной системы защиты с последующей реализацией в процесс эпилептогенеза.

Проблема ЭПВ имеет междисциплинарный характер. Формально, представляя собой неврологическое заболевание, эпилепсия сопряжена с широкой гаммой психопатологических расстройств.

Таблица 1. Этиологические факторы эпилепсии пожилого возраста

| Этиологические факторы ЭПВ, % | Faught E, 1999; La Roshe S.M., Helmers S.L., 2003; Vercueil L., 2007 | Котов А.С. и Рудакова И.Г., 2012 | C. Sung и N. Chu, 2005 | Михайлов В.А., Дружинин А.К., 2014 |
|---|--|----------------------------------|------------------------|------------------------------------|
| Цереброваскулярные заболевания | 50 | 58,30 | 35 | 61,5 |
| Деменции | 11 | - | - | - |
| Опухоли головного мозга | 4 | 9,8 | 8 | 4 |
| Травматические повреждения головного мозга | 3 | 12,50 | 21 | 19,2 |
| Хронические эндогенные, метаболические интоксикации | 3 | 9,8 | 10 | 3,8 |
| Нейроинфекции | 3 | 9,8 | 2 | 11,5 |

В зависимости от сочетания патогенетических, нейрохимических, биологических и социальных факторов, массивности повреждения коры головного мозга мы сталкиваемся с полиморфной картиной психопатологических нарушений. Особое место в патогенезе психопатологии ЭПВ занимает личность больного, с ее характерологическими особенностями и реакцией на болезнь, влиянием на картину клинических проявлений не только самой эпилепсии, но и обратной связи непсихотических психических расстройств на течение заболевания в этом возрастном периоде. Так, В.А. Карлов предлагает основополагающие концепции психических расстройств и изменений личности при эпилепсии, где связь органического и психического при эпилепсии всегда преломляется реакциями самого мозга: его генетической конституцией и психологическим каркасом личности.

Регистр психических нарушений, по мнению автора, достаточно широк, причинами развития клинической картины этих нарушений являются органические поражения головного мозга, эпилептический фокус, приводящий к дезорганизации поведенческих реакций, стигматизация социальной средой, с нарастанием фрустрации и депрессии. «В определении эпилепсии указывается, что это заболевание характеризуется повторными эпилептическими припадками и сопровождается другими клиническими и параклиническими проявлениями: среди первых важнейшими являются изменения психики» [7].

По данным различных авторов, в структуре заболевания отмечается увеличение форм эпилепсии с непсихотическими аффективными расстройствами, увеличилось количество больных эпилепсией с пограничными тревожными и аффективными расстройствами с 11 % до 66 % [5, 6, 8, 18]. Проведенное нами катamnестическое исследование 1283 пациентов ЭПВ (старше 60 лет), состоявших на учете в городском эпилептологическом центре Санкт-Петербурга и СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, позволило выявить у 98,13 % больных наличие различных эмоционально-аффективных расстройств в структуре коморбидной психопатологической симптоматики.

Исследования особенностей эпилепсии и непсихотических расстройств малочисленны, в основном затрагивают большую популяционную группу без акцента на возрастные аспекты [17, 20]. Таким образом, сегодня мы можем говорить о многообразии проявлений непсихотических расстройств, оказывающих влияние в том числе на социально-психологическую адаптацию (уровни качества жизни, самостигматизации, фрустрированности) больных ЭПВ, о возможности прямой и обратной связи этих процессов: патоморфофизиологии эпилепсии и непсихотических психических расстройств. Такая глубинная причинная связь не может не влиять на различные сферы качества жизни у больных эпилепсией пожилого возраста.

По мнению многих авторов, для понимания изменения сфер КЖ «необходим сдвиг парадигмы наших исследований в сторону мультивари-

антных моделей с включением биомедицинских и психологических показателей» [5, 20]. Мы бы хотели добавить к этому тезису концепцию синергетического анализа процессов изменения соматических, нейрофизиологических, нейрохимических процессов и взаимодействие этих факторов с высшими психическими функциями индивида, учитывая поперечный срез особенностей психологических характеристик личности больного эпилепсией. Прямые и обратные корреляционные связи различных факторов провоцируют и создают условия для клинического развертывания непсихотических психических нарушений (эмоционально-аффективные, тревожные, когнитивные расстройства, изменения личности), которые в свою очередь усиливают и потенцируют течение симптоматической эпилепсии, тем самым изменяют сферы качества жизни и уровень социальной адаптации больного с ЭПВ.

Целью настоящего исследования явилось изучение структуры непсихотических психических расстройств (НПР) у пациентов пожилого возраста с постинсультной эпилепсией и оценка влияния НПР на качество жизни (КЖ) исследованных больных.

Материалы и методы. Обследованы две группы больных (88 человек), которые в течение последних 3 лет перенесли острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу в различных артериальных бассейнах головного мозга. В 1-й группе больных (47 человек: 26 мужчин, 21 женщина) ОНМК осложнилось развитием симптоматической постинсультной, локально обусловленной эпилепсией. Во 2-й группе пациентов (41 человек: 27 мужчин, 14 женщин) пароксизмальных состояний эпилептического природы не отмечалось. Средний возраст пациентов 1-й группы составил 63 года (60—65 лет), 2-й группы: 62,5 года (61,5—65 лет). Всем пациентам было проведено стандартное неврологическое, нейровизуализационное, нейрофизиологическое обследование. Психологическое тестирование осуществлялось с использованием опросников КЖ SF-36, QOLIE-31, скрининга степени дискомфорта (опросник выраженности симптоматической психопатологии, SCL-90-R Derogatis et al., 1974), оценки депрессивных и тревожных расстройств с помощью шкал депрессии Бека (Beck Depression Inventory, A.T. Beck, 1961), шкалы депрессии Гамильтона (HRDS), шкалы тревоги Спилбергера (STAI, адаптация Ю.Л. Ханина, 1976). Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы IBM SPSS Statistics 2012, с применением метода Уитни—Манна, метода ранговой корреляции тау-Кендала.

Результаты. Ведущее место в структуре непсихотических психических нарушений (НПР) у исследованных нами больных занимало депрессивное и тревожное расстройство, однако соотношение этих выявленных НПР в сравниваемых группах было различным: депрессия была обнаружена у 68,96 % больных эпилепсией и 21,4 % больных, перенесших только ОНМК, а тревожное

Таблица 2. Распределение непсихотических психических расстройств в сравниваемых группах

| Виды непсихотических психических расстройств | Группа № 1 | Группа № 2 | Уровень достоверности |
|--|------------|------------|-----------------------|
| Непсихотическое депрессивное расстройство | 68,96 % | 21,4 % | $p \leq 0,001$ |
| Эмоционально-лабильное расстройство | 5,4 % | 7,1 % | $p \leq 0,05$ |
| Тревожное расстройство | 21,1 % | 64,3 % | $p \leq 0,001$ |
| Легкое когнитивное расстройство | 4,54 % | 7,2 % | $p \leq 0,05$ |

Примечание: р-коэффициент Стьюдента.

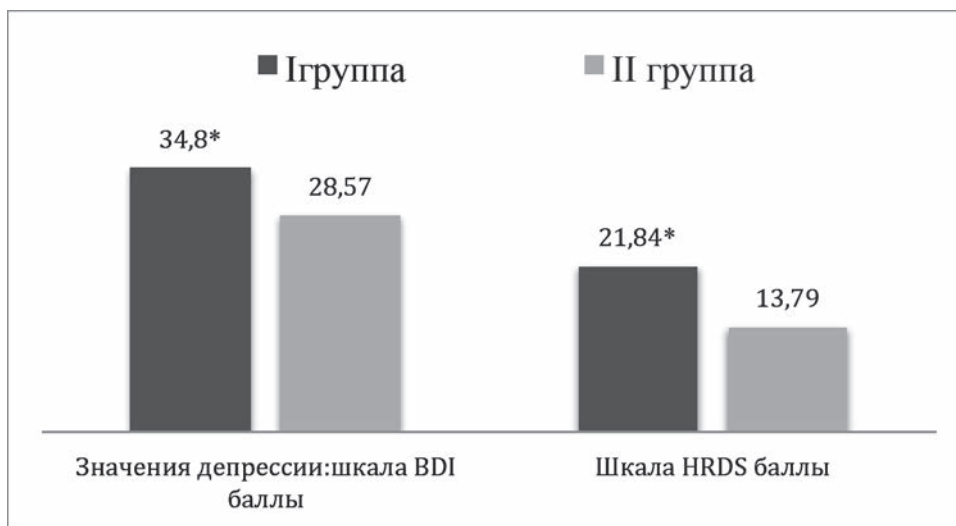


Рис. 1. Выраженность депрессии в сравниваемых группах пациентов по шкале BDI и HRDS
Примечание. I группа: симптоматическая эпилепсия N=47; II группа: последствия ОНМК, N=41;

* $p < 0,05$, критерий Уитни-Манна.

расстройство – у 21,4 % и 64,3 %, соответственно. Кроме того, во второй группе пациентов чаще встречалось эмоционально-лабильное и легкое когнитивное расстройство (табл. 2).

Средние значения показателей депрессии по шкале BDI в сравниваемых группах составили $34,81 \pm 2,73$ и $28,57 \pm 3,07$ балла, а по шкале HRDS — $21,84 \pm 1,50$ и $13,79 \pm 1,36$ ($p \leq 0,01$), соответственно (рис. 1).

При исследовании симптоматической психопатологии по методике SCL-90-R получены следующие результаты: общий индекс тяжести симптомов GSI (General index of the severity of the symptoms) составил 1,21 балла в первой группе и 0,70 — во второй. Наибольшие различия отмечались в оценках по шкалам «соматизация», «обсессивность-компульсивность», «фобия», «депрессивность», «тревожность», «психотизм». У больных первой группы с помощью корреляционной матрицы шкалы SCL-90-R и метода уравнения ступенчатой множественной регрессии была установлена выраженная корреляционная связь между депрессией, тревожностью и общим индексом тяжести симптомов, а также рядом других психопатологических факторов. Во второй группе больных выявлены слабые корреляционные связи между тревожностью и общим индексом тяжести

симптомов (GSI) психопатологической симптоматики, которые значимо не влияли на другие факторы психопатологической симптоматики (табл. 3).

Показатели КЖ были достоверно ниже у больных, страдающих эпилепсией: суммарный физический компонент (PH), по данным SF-36, составил у них 36,2 балла, а психический компонент (MH) — 33,01 балла. Во второй группе пациентов эти показатели были равны 39,09 и 35,07 балла, соответственно. При анализе внутривидовых связей матрицы опросника качества жизни SF-36 в первой группе пациентов выявлены прямые корреляционные связи между показателями «суммарного физического компонента здоровья (PH)» и показателями «физического функционирования (PF)», «интенсивности боли (BP)», «психического здоровья (MH)»; показателями «ролевое функционирование (RP)» — «интенсивность боли (BP)»; «интенсивность боли (BP)» — «психическое здоровье (MH)»; «общее состояние здоровья (GH)» — «социальное функционирование (SF)»; «социальное функционирование (SF)» — «ролевое функционирование (RP)», обусловленное «эмоциональным состоянием (RE)». Показатели «суммарного физического компонента здоровья (PH)» и «психического компонента здоровья

Таблица 3. Сравнительная межгрупповая оценка корреляционных связей депрессивности и тревоги с другими конструктами шкалы SCL-90-R

| Конструкты SCL- 90-R | Группа № 1 | Группа № 2 | Группа № 1 | Группа № 2 |
|----------------------|------------|------------|------------|------------|
| (КК) | DEP | DEP | ANX | ANX |
| SOM | ,751** | 0,357 | ,782** | 0,357 |
| O-C | ,721** | 0,276 | ,697** | 0,69 |
| INT | ,693** | 0 | ,747** | 0,645 |
| DEP | 1 | 1 | ,853** | 0,214 |
| ANX | ,853** | 0,214 | 1 | 1 |
| HOS | ,530** | 0 | ,503** | 0,296 |
| PHOB | ,653** | 0 | ,568** | 0,296 |
| PAR | ,640** | -0,357 | ,683** | 0,357 |
| PSY | ,647** | 0,414 | ,640** | 0,69 |
| GSI | ,819** | 0,414 | ,868** | ,828* |
| PDSI | ,474** | 0,414 | ,497** | ,828* |

Примечание: DEP – депрессивность, ANX – тревога, SOM – соматизация, O-C - обсессивность-компульсивность, INT – межличностная тревожность, HOS – враждебность, PHOB – фобия, PAR – паранойяльность, PSY – психотизм, GSI – общий балл тяжести, PDSI – индекс дистресса, КК – коэффициент корреляции, метод ступенчатой множественной регрессии, тау Кенделла, $p=0,004$.

(МН)» коррелируют со следующими субсферами КЖ: «физическое функционирование (PF)»; «психическое здоровье (МН)»; «физический компонент здоровья (PH)», «интенсивность боли (BP)».

Во второй группе установлено значительно меньшее количество пар корреляционных связей: позитивные между и «физическим функционированием (PF)» «физическим компонентом здоровья (PH)»; «общим состоянием здоровья (GH)» и «физическим компонентом здоровья (PH)»; «интенсивностью боли (BP)» и «общим состоянием здоровья (GH)». Отсутствие корреляционных связей между общим компонентом психического и физического здоровья косвенно указывает на лучшее качество жизни (КЖ) в этой группе, чем в группе с эпилепсией (табл. 5).

Общий суммарный балл КЖ, согласно данным опросника QOLIE-31, составил 82,27 балла — в первой группе, что значительно ниже значений

нормы ($p<0,001$; критерий Манна-Уитни, тау Кенделла). Значимые отличия, с существенно более низкими оценками КЖ, были получены у больных первой группы по таким субсферам, как «когнитивное функционирование»: 13,01 и 17,91 балла ($p<0,001$), «боязнь приступов»: 39,47 и 79,77 балла ($p<0,001$), «боязнь антиэпилептических препаратов»: 1,59 и 2,94 ($p<0,001$), соответственно (рис. 2).

При сравнительном анализе конструктов шкалы SCL-90-R и опросника КЖ QOLIE-31 методом ступенчатой множественной регрессии были получены достоверные данные о влиянии психопатологических факторов на сферы качества жизни. В 1-й группе установлены выраженные прямые и обратные корреляционные связи влияния депрессивности и тревожности на такие субсферы КЖ, как «эмоциональное благополучие», «социальные функции», «общее качество жизни», а во 2-й группе достоверными оказались только связи между

Таблица 4. Индексы корреляции конструктов шкалы КЖ SF-36 у больных 1 группы

| SF-36 | BP | SF | RE | МН | PH | МН | GH |
|--|-------|--------|---------|---------|---------|---------|-------|
| Физическое функционирование (PF) | - | - | - | - | ,559** | -,473** | - |
| Рольное функционирование (RP) | ,494* | - | - | - | - | - | - |
| Интенсивность боли (BP) | 1,000 | - | - | -,567** | ,481** | - | - |
| Общее состояние здоровья (GH) | - | -,465* | - | - | - | - | 1,000 |
| Социальное функционирование (SF) | - | 1,000 | -,572** | - | - | - | - |
| Психическое здоровье (МН) | - | - | - | 1,000 | -,580** | ,603** | - |
| Общий физический компонент здоровья (PH) | - | - | - | - | 1,000 | -,724** | - |

Примечание: PF — Physical Functioning; RP — Role-Physical Functioning; BP — Bodily pain; GH — General Health; SF — Social Functioning, МН — Mental Health, PH — Physical health; * $p<0,05$, ** $p<0,001$.

Таблица 5. Индексы корреляции конструкторов шкалы КЖ SF-36 у больных 2-й группы

| SF-36 | BP | SF | RE | MH | PH | MH | GH |
|--|-------|-------|----|-------|-------|--------|-------|
| Физическое функционирование (PF) | - | - | - | - | ,733* | -,867* | ,802* |
| Рольное функционирование (RP) | | - | - | - | - | - | - |
| Интенсивность боли (BP) | 1,000 | ,828* | - | - | ,775* | -,602* | ,775* |
| Общее состояние здоровья (GH) | - | | - | - | - | - | - |
| Социальное функционирование (SF) | - | 1,000 | - | - | - | - | - |
| Психическое здоровье (MH) | - | - | - | 1,000 | - | - | - |
| Общий физический компонент здоровья (PH) | - | - | - | - | 1,000 | - | - |

Примечание: PF — Physical Functioning; RP — Role-Physical Functioning; BP — Bodily pain; GH — General Health; SF — Social Functioning, MH — Mental Health, PH — Physical health; * $p < 0,05$.

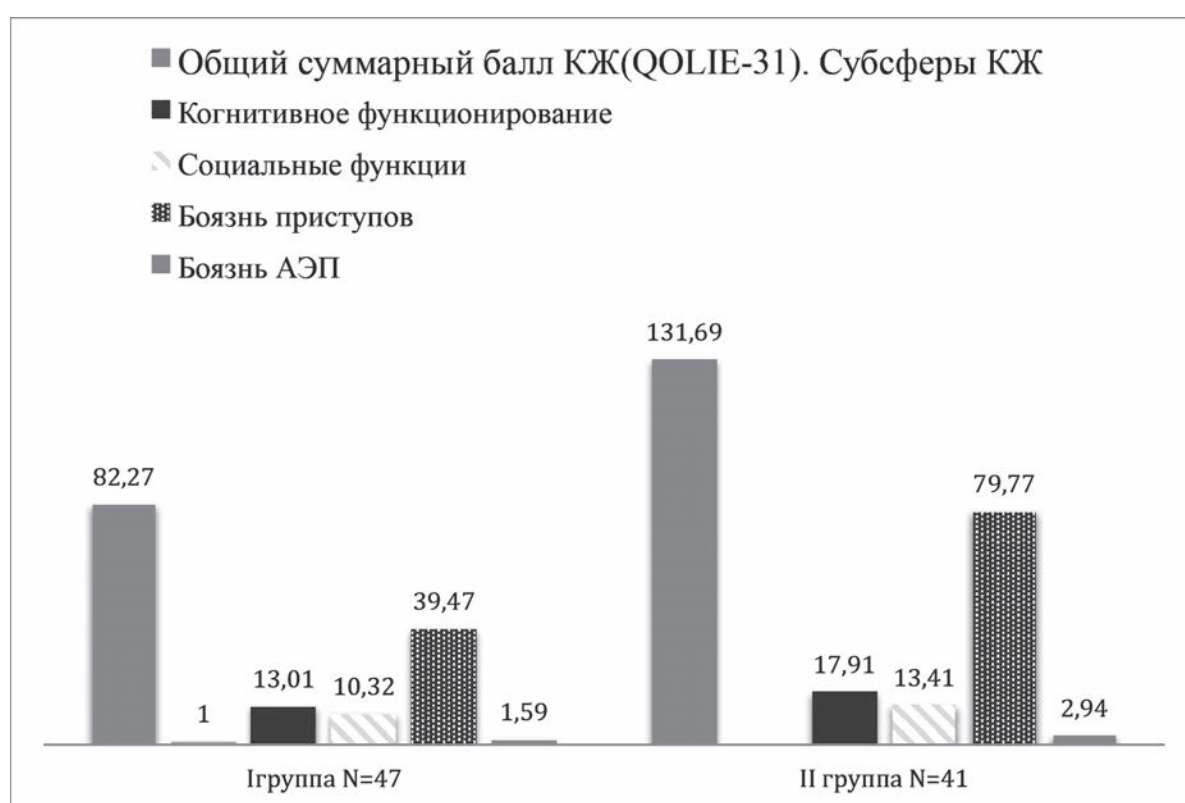


Рис. 2. Показатели КЖ по шкале QOLIE-31 в сравниваемых группах пациентов. Примечание: критерий Уитни—Манна, * $p < 0,001$.

депрессивностью и общим суммарным баллом КЖ.

Лечебная тактика больных ЭПВ должна строиться с учетом целого ряда особенностей: наличия у пациентов коморбидности и комедикации, непсихотических психических нарушений с превалированием в их структуре депрессивных и тревожных расстройств, коммуникативных проблем и когнитивного дефицита, снижения активности метаболических процессов, риска существенного фармакокинетического влияния сопутствующей медикаментозной терапии и повышенной вероятности развития нежелательных явлений.

Препаратами первого ряда выбора для инициальной терапии пожилых, по мнению экспертов, являются леветирацетам, габапентин, прегабалин, ламотриджин, второго — карбамазепин, окскарбазепин, вальпроаты [3, 14]. В двойных слепых плацебо-контролируемых сравнительных исследованиях эффективности монотерапии АЭП в качестве стартовой монотерапии при эпилептических приступах и синдромах у пожилых больных с впервые диагностированной или нелеченной эпилепсией получены достоверные данные (уровень доказательности класса А) об эффективности габапентина и ламотриджина [13, 14].

Прегабалин (Lyrica® — прегабалин в капсулах) является препаратом выбора для лечения парциальных припадков. Механизм действия прегабалина сходен с механизмом габапентина, пресинаптического ингибитора высвобождения возбуждающих нейротрансмиттеров (глутамата, аспартата, субстанции P) и моноаминовых нейротрансмиттеров (норадреналина и серотонина). Прегабалин является (S)-энантиомером 3-изобутил-гамма-амино-бутировой кислоты, не обладающим свойствами гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) на клеточных рецепторах ГАМК_A и ГАМК_{AB}. Кроме того, прегабалин, в отличие от препаратов бензодиазепинового и барбитурового ряда, не усиливает реакцию промежуточных рецепторов ГАМК и не блокирует обратный захват и не обладает эффектом блокирования трансмембраны ГАМК.

Прегабалин имеет ряд фармакокинетических и фармакодинамических характеристик, которые позволяют рассматривать его в качестве препарата предпочтения у пожилых пациентов с эпилептическими припадками. Препарат быстро всасывается при приеме натощак, концентрация его в плазме крови достигается через 1 час. Биодоступность при приеме внутрь составляет более 90 % и не зависит от дозы. Прегабалин, используемый в дозе от 50 до 600 мг/день, имеет линейную фармакокинетику (габапентин нелинейно распределяется в высоких дозах) и может применяться два-три раза в день. Препарат не индуцирует печеночные ферменты, выделяется почками, практически не влияет на фармакокинетику других лекарственных препаратов. На распределение прегабалина в плазме крови другие препараты также не оказывают влияние. Анксиолитическое действие прегабалина, по всей видимости, обусловлено его связыванием с субъединицей $\alpha 2$ - δ -протеин класса вольтаж-зависимых кальциевых каналов, расположенных в пресинаптической области, отвечающих за высвобождение нейротрансмиттеров, обеспечивающих потенциал действия [12, 13].

В двойных слепых контролируемых исследованиях продемонстрирована большая терапевтическая эффективность прегабалина, в сравнении с габапентином (при исследовании средних доз). Прегабалин имеет также другие преимущества, не относящиеся к эффективности. Применение прегабалина показано при выраженных симптомах тревоги, преобладании симптомов соматизированной тревоги (адренергической, кардиальной и др.), наличии выраженной инсомнии, гастроинтестинальных симптомов (тошноты, рвоты, чувства переполнения желудка, метеоризма, диареи), в случае необходимости быстрого купирования колебаний уровня тревоги, при опасениях развития физической зависимости и/или синдрома отмены,

сексуальной дисфункции, медикаментозного ухудшения когнитивных и психомоторных функций, при наличии коморбидного болевого синдрома [13].

В контролируемых исследованиях получены убедительные данные об эффективности и хорошей переносимости прегабалина при лечении диабетической и постгерпетической невралгии у пожилых пациентов, что следует учитывать при коморбидности такого рода. В исследовании Montgomery S. и соавт. (2008) было показано, что прегабалин в дозе 150—600 мг/сут эффективен и безопасен при лечении генерализованного тревожного расстройства у пациентов старше 65 лет. Анксиолитический эффект наступал в течение первых двух недель лечения и значительно уменьшал выраженность психических и соматических симптомов тревоги. Прегабалин хорошо переносился как в средних, так и в максимальных дозах (270±145 мг/сут). Доля пациентов, прекративших участие в испытании по причине возникновения нежелательных явлений, для прегабалина и плацебо была сходной.

Закключение. Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных ЭПВ статистически значимо снижено общее КЖ в сравнении с группой пациентов пожилого возраста, перенесших инсульт и не имеющих эпилептических припадков. Особенно низкие показатели отмечены в сферах КЖ, касающихся психического компонента здоровья и когнитивного функционирования пациентов, боязни приступов, социальных функций, влияния АЭП. Общий суммарный показатель КЖ находится в прямой корреляционной связи с величинами субсфер «боязнь приступов», «влияние АЭП», «социального функционирования», а также выявлена прямая взаимосвязь между сферами «эмоциональное благополучие» и «энергичность / усталость».

Клиническое проявление психопатологической симптоматики у больных эпилепсией пожилого возраста находится в корреляционной связи с показателями субсфер КЖ. Симптоматическая эпилепсия значительно ухудшает качество жизни и социальное функционирование в том числе за счет выраженности проявлений эмоционально-аффективных расстройств в пожилом возрасте, формируя в последующем элементы аутистизации (осознание и переживание собственного «дефекта», обусловленного заболеванием) и фрустрированности (неудовлетворенности социальными аспектами жизни).

Таким образом, эмоционально-аффективные расстройства в ядре патогенеза эпилепсии пожилого возраста занимают значимое место в изменении качества жизни (КЖ), требуют дополнительных реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Авакян Г.Г. Депрессия и эпилепсия: две стороны одной медали / Г.Г. Авакян, О.Л. Бадалян, С.Г. Бурд и др. // Рус. мед. журн. — 2008. — Т. 16, № 12. — С. 1653—1658.
2. Вассерман Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А. Концепция исследования качества жизни больных эпилепсией. — Материалы XIII съезда психиатров России. — М. — 2002. — С. 7.

3. Власов П.Н., Шахабасова З.С., Филатова Н.В. Эпилепсия, впервые выявленная у пожилых пациентов: диагностика, дифференциальная диагностика, терапия // Фарматека. — 2010. — № 7 — С 40—47.
4. Гехт А.Б., Локишина О.Б., Лебедева А.В., Мильчакова Л.Е. и др. Качество жизни больных эпилепсией. Психосоциальная реабилитация и качество жизни // Сборник научных трудов. Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. Бехтерева. — 2001. — С. 277—282.
5. Дружинин А.К., Михайлов В.А., Липатова Л.В., Киссин М.Я., Бочаров В.В. Эпилепсия пожилого возраста: качество жизни и аффективные нарушения // Журнал «Эпилепсия и пароксизмальные состояния». — 2014. — Т. 6. — С. 66—68.
6. Калинин В.В., Железнова Е.В., Соколова Л.В., Полянский Д.С., Рогачева Т.А., Земляная А.А., Назметдинова Д.М., Басамыгин А.В.— Психические расстройства при эпилепсии. — М. — 2005. — 28 с.
7. Карлов В.А. Эпилепсия и структурно-функциональная организация головного мозга // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2003. — № 9. — С. 4—8.
8. Киссин М.Я. Структура и динамика психических расстройств у больных эпилепсией // Психиатрия. — 2006. — Т. 7. — С. 361—371.
9. Липатова Л.В. Принципы лечения эпилепсии у пожилых пациентов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2013. — Т. 113. — С. 52—58.
10. Меликян Э.Г., Гехт А.Б. Эпилепсия у больных пожилого возраста: этиология, диагностика, лечение, качество жизни // В кн.: Эпилепсия // Под ред. Н.Г. Незнанова. — СПб. — 2010. — С. 452—463.
11. Михайлов В.А., Липатова Л.В. Дружинин А.К. Влияние аффективных расстройств на качество жизни больных постинсультной эпилепсией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2014. — Т. 114. — С. 148—149.
12. Arroyo S., Anhut H., Kugler A.R., et al Pregabalin add-on treatment: a randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-response study in adults with partial seizures // Epilepsies. — 2004. — V. 4. — P. 20—27.
13. Montgomery S., Chatamra K., Pauer L., Whalen E., Baldinetti F. Efficacy and safety of pregabalin in elderly people with generalised anxiety disorder // Br J Psychiatry. — 2008. — V. 193. — P. 389—394.
14. Rowan A.J., Ramsay R.E., Collins J.F., et al. New onset geriatric epilepsy: a randomized study of gabapentin, lamotrigine, and carbamazepine // Neurology. — 2005. — V. 64. — P. 1868.
15. Baker G.A, Jacoby A, Buck D. et al. The quality of life of older people with epilepsy: findings from a community study // Seizure. — 2001. — Vol. 10. — P. 92—99.
16. Canuet L., Ishii R., Iwase M. et al. Factors associated with impaired quality of life in younger and older adults with epilepsy // Epilepsy Res. — 2009. — Vol. 83. — P. 58—65.
17. Hauser W.A., Kurland L.T. The epidemiology of epilepsy in Rochester, Minnesota, 1935 through 1967 // Epilepsia. — 1975. — Vol. 16. — P. 1—66.
18. Kanner A. Depression in neurological disorders. — Lundbeck Institute, Cambridge Medical Communication Ltd. — 2005. — 161 p.
19. La Roche S.M., Helmers S.L. Epilepsy in elderly // Neurologist. — 2003. — Vol. 9. — P. 241—249.
20. Leppik I.E., Birnbaum A. Epilepsy in the elderly // Semin. Neurol. — 2002. — Vol. 22. — P. 309—320.

Сведения об авторах

Михайлов Владимир Алексеевич — доктор медицинских наук, заместитель директора Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, руководитель международного отдела, главный научный сотрудник и научный руководитель отделения реабилитации больных с психосоматическими расстройствами. E-mail: vladmikh@yandex.ru

Дружинин Андрей Константинович — младший научный сотрудник отделения реабилитации больных с психосоматическими расстройствами ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева». E-mail: ankod63@mail.ru

Липатова Людмила Валентиновна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, научный руководитель отделения лечения психических органических заболеваний и эпилепсии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева». E-mail: l_lipatova@mail.ru

Киссин Михаил Яковлевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсами общей и медицинской психологии, психосоматической медицины с основами психотерапии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, руководитель городского эпилептологического центра СПб. E-mail: kissin.spbgmu@gmail.com

Бочаров Виктор Викторович — кандидат психологических наук, руководитель лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева», доцент кафедры психологии экстремальных и кризисных состояний психологического факультета СПбГУ. E-mail: bochvikvik@gmail.com

Психосоматический подход к исследованиям больных с кожными аллергическими заболеваниями (обзор литературы в связи с задачами психотерапии)

Поддубная Т.В.
ФГБУЗ «Клиническая Больница № 84» ФМБА России, Москва

Резюме. В статье представлены основные аспекты психотерапии и исследований пациентов с кожными аллергическими заболеваниями с точки зрения психосоматического подхода. Дана историческая справка о развитии учения о кожных недугах в психоанализе, кратко освещены публикации об успешности экзистенциально-гуманистической, когнитивно-бихевиоральной и гипнотической терапии. Рассмотрены исследования, посвященные личностным особенностям дерматологических больных, их психоэмоциональному состоянию, триггерам, которые провоцируют актуализацию и течение заболеваний, приведены описания деятельности психодерматологических клиник. Для некоторых блоков представлены примеры из клинической практики автора.

Ключевые слова: кожные аллергические заболевания, психотерапия, личностные особенности, психоэмоциональный статус, психодерматологическая клиника.

Psychosomatic approach to researches of patients suffering from skin allergies (literature review accordingly psychotherapy tasks)

Poddubnaya T.V.
Clinical Hospital № 84 of Russia's FMBA

Summary. The present article deals with the main aspects of psychotherapy and researches which enables the reader to work with patients suffering from skin allergies. A historical overview of how studies on skin ailments in psychoanalysis progressed is provided, and the publications on the achievements of existential-humanistic therapy, cognitive behavioral therapy, and hypnotherapy are briefly covered. In addition to that, the article considers the research on dermatological patients' personality traits, their psychoemotional condition, triggers that provoke the onset and the course of diseases as well as describes psychodermatologic clinics' work. For some segments of the article, cases from the author's clinical practice are given.

Key words: skin allergies, psychotherapy, personal traits, psychoemotional state, psychodermatologic clinic.

В последнее десятилетие специалистами отмечается увеличение числа больных, страдающих кожными аллергическими заболеваниями, в частности нейродермитом, крапивницей, экземой [8]. Клинические проявления аллергии (зуд, шелушение, отек), ухудшение внешнего вида, высокая степень культуральной и личностной стигматизации в связи с бессознательным восприятием кожи как символа личности являются факторами, приводящими к социальной дезадаптации пациентов с кожной патологией и ухудшению качества их жизни [16, 20]. Таким образом, актуальной является задача по организации медико-психологического сопровождения аллергологических больных, с включением в реабилитационный процесс не только медицинских сотрудников, но и клинических психологов или психотерапевтов.

На протяжении полутора веков кожные аллергические заболевания традиционно рассматриваются как психосоматические, взаимообусловленные психоэмоциональным статусом личности и имеющие в генезе очевидный психогенный радиал [7, 18]. Однако в настоящее время объяснение патологических состояний организма основывается на биопсихосоциальной модели с учетом взаи-

модействия ряда факторов, в том числе органической предрасположенности, индивидуально-психологических особенностей личности, триггерной жизненной ситуации, актуализирующей заболевание [7]. Несмотря на большой объем накопленных теоретических и эмпирических данных о различных психологических аспектах, сопряженных с этиологией и патогенезом дерматологических недугов, открытым остается вопрос о психосоматических и соматопсихических принципах объяснения генеза и течения аллергических реакций. Систематизация имеющихся научных знаний о природе кожных заболеваний с точки зрения различных подходов является важным вкладом в психотерапию больных, которая является важной частью «бригадного» подхода в интегративном лечении.

Психосоматический вектор анализа представлен в таких парадигмах, как психоанализ, постулирующий первичность характерных бессознательных конфликтов, теория объектных отношений, апеллирующая к особенностям довербального взаимодействия в диаде «мать-дитя», которые искажают становление адекватной межличностной границы, экзистенциально-гуманистическая традиция, а также в некоторых исследованиях, посвященных границе образа тела. Соматопсихический

подход включает оценку роли психосоциальных факторов, влияющих на актуализацию или утяжеление аллергических расстройств, и анализ эффективности психотерапевтических интервенций, помогающих облегчить психоэмоциональное состояние аллергологического больного.

Несмотря на то что первые попытки объединения дерматологических заболеваний и психологических триггеров обнаруживаются в исследованиях врачей-дерматологов XVIII в., основным этапом в развитии учения о кожных расстройствах следует считать становление психодинамического направления, позволившего трактовать генез аллергических заболеваний с точки психологических детерминант. Психоаналитические труды начала прошлого века исчисляются десятками, особую же ценность представляют работы, в которых приводятся подробные изучения клинических случаев [5]. Авторы рассматривали манифестацию дерматологических расстройств как следствие символической конверсии в связи с эксгибиционистскими, вуайеристскими и садомазохистскими тенденциями у личностей, склонных к истерическим реакциям. Кроме того, кожные недуги и компульсивные расчесывания во время обострений объяснялись как проявления табуированных аутоагрессии и аутоэротизма.

Особое место среди всех психоаналитических работ занимает созданная Ф. Данбар теория личностных профилей, которую справедливо можно считать первой попыткой классификации личностных предикторов психосоматических заболеваний [12, 13]. Автор постулирует, что некоторые соматические заболевания являются следствием типичных эмоциональных реакций, предпочтительных для лиц с определенными личностными констелляциями. Помимо «коронарного», «гипертонического», «склонного к повреждениям» личностных типов, Данбар описала и «аллергический», в структуре которого выявляются такие черты, как тревожность, потребность в любви и защите, амбивалентное сочетание стремления к зависимости и независимости, сексуальности.

Переломным этапом в развитии научного подхода к объяснению психосоматической патологии стали исследования, проведенные в Чикагском университете под руководством Ф. Александера [7]. В разработанной автором «теории специфических психодинамических конфликтов» постулируется константность и периодичность повторения определенных негативных эмоций в типичных ситуациях. Александер выявил основные психосоматические заболевания, называемые также «чикагская семерка», в список которых входит и нейродермит, помимо которого упоминаются крапивница, экзема, алопеция. Автор утверждает, что в этиологии кожных обострений первостепенное значение принадлежит интрапсихическому конфликту между тенденцией к эксгибиционизму как средству привлечения внимания и чувством вины за его проявления. А кожа как поле репрезентации психодинамического конфликта из-за высо-

кого уровня аутоагрессии и склонности личности к садомазохизму получает «наказание» в виде дерматологического расстройства. О. Фенихель ранее также подчеркивал приоритетное значение кожи как средства канализации эксгибиционистической конверсии [14]. Случай из практики. На консультацию приходит 32-летняя В., страдающая псориазом на протяжении 16 лет. Обратило на себя внимание парадоксальное сочетание сексуальности пациентки и ее вычурный стиль одежды, яркий, но закрывающий все тело. Впоследствии В. согласилась пройти несколько сеансов монодрамы, во время которых она смогла «поговорить» с псориазом. Пациентка была поражена тем, как болезнь «отвечала», что дана для подавления излишней сексуальности В., как «хихикала», грозясь покрыть лицо, если В. не перестанет флиртовать с миром, «обижая», таким образом, не менее привлекательную успешную мать.

Особенности тактильного взаимодействия на довербальных стадиях онтогенеза и соответствующая им коммуникативная функция кожи обсуждаются среди теоретиков объектных отношений. Ж.-Д. Назьо, отмечая недостаточность теории Фрейда о фазах психосексуального развития, утверждает, что помимо орального и анального удовлетворения, младенец также получает третий опыт – телесный, переживая физиологическую слитность с телом матери [3]. По мере психосоматического развития и распада диады «мать-дитя» происходит формирование границ телесности ребенка. Негативный опыт первичной тактильной привязанности, последующее нарушение процесса сепарации и сохранение симбиотической связи с матерью препятствуют формированию способности адекватно оценивать собственные соматические и психические явления, которые воспринимаются как эго-дистонные, и производить субъект-объектное членение реальности [1]. Таким образом, кожное заболевание оказывается маркером нарушения внутриличностной границы в связи со вступлением во взаимоотношения, повторяющие паттерны взаимодействия с первичной «вторгающейся» и «разрушающей» фигурой. Подсознательная инверсия в оценке близости у больных отражена и в медицинском обосновании аллергической реакции: родственные элементы, несущие защитную функцию, отвергаются организмом как угрожающие, а чужеродные воспринимаются как безопасные. Отмечены некоторые особенности личности психосоматогенных матерей: инфантилизм, открытая враждебность по отношению к младенцу, сверхвключенность, амбивалентное сочетание избегания контакта с ребенком и связанный с чувством вины напористый физикальный уход [6]. «Я был солнечным мальчиком для матери», — сообщает 56-летний пациент с крапивницей, недавно переживший тяжелое расставание (С.). После страстной внебрачной связи он сокрушался, что «растворился, "потерял себя" и "стал жить одной жизнью на двоих"». На пике отношений С. прекратил разрушающие отношения. «Я потерял себя, я умер», — сокру-

шался этот чувственный, но разбитый мужчина. Впоследствии он осознал, что мать воспринимала его как часть себя, затормозив столь важный для психосоматического здоровья процесс сепарации. Другой пример. 24-летний пациент с отеком Квинке рассказывал, что болезнь пришла на следующий день после начала отношений с любимой девушкой. «Слились», — характеризовал он эту связь, рисуя на социограмме круг матери вокруг себя. Или 42-летний пациент с нейродермитом, *находясь под воздействием гипноза*, рассказывает о матери, которая незапланированно родила его в 22 года: «То она врывалась в комнату и тискала меня, то исчезала, оставляя на попечение бабке; то тишина, то грохот, то смех, то слезы».

Учитывая искаженный онтогенез телесности пациентов с аллергией, психосоматические симптомы с точки зрения теории объектных отношений выступают как эквиваленты пограничной личностной организации, занимая промежуточное положение между невротическим и психотипическим уровнями [1]. Исследования показывают, что психотики не страдают аллергическими заболеваниями, а кожные расстройства указывают на несформированность психологической границы и слабость Я таких больных [3]. 30-летняя пациентка с отеком Квинке пограничного уровня личностной организации, переживая развод, жалуется на нехватку объятий, которые она традиционно получала от супруга. «Мне нужен кто-то, кто бы подтвердил меня, будто я сейчас не существую, кожа болит, просит тактильного контакта». Тогда она начинает вытягиваться в ванне и пытается протиснуться в углы, чтобы ощутить и подтвердить границу тела.

Наиболее полно специфические амбивалентные паттерны межличностного взаимодействия, связанные с размытостью границы Я, отражены в специальном понятии «аллергические объектные отношения». Так, аллергический пациент стремится сблизиться с объектом (человеком, животным, средой, предметами окружающего мира) до полного слияния, испытывая при этом выраженный страх личностной аннигиляции в связи с возможностью быть поглощенным этими объектами [23]. 40-летняя одинокая женщина с нейродермитом вспоминает Нью-Йорк: «Я там свободна, я растворяюсь среди толпы; это мой город». «Я попал в Алупку и растворился там, где сошлись воедино небо, море и горы», — рассказывает переживший любовное разочарование С., о котором говорилось выше.

Дизонтогенез телесности, несформированность психологических границ, трудности в осознании собственных психосоматических феноменов в совокупности определяют характерные особенности границ образа тела. На материале пациентов с различной психосоматической патологией С. Фишер и С.Е. Кливленд показали, что специфика данного феномена определяет способы реагирования на стимулы окружающего мира, а также является средством защиты Я от его «атак» [15]. Авторы выявили ведущие различия в проявлении

психосоматической патологии в зависимости от восприятия личностью границ образа собственного тела. Так, для интересующих нас лиц с вырженной модальности «барьер» в структуре границы при соматизации наиболее типичной будет реакция на кожных покровах (экзема, нейродермит). 26-летняя пациентка Л. с нейродермитом рисует дом в проективном тесте. Перед нами предстает пустой домик за высоким забором, во дворе которого пушка — «по птичкам стрелять». Л. жалуется: «Тишины хочу, одиночества, мое тело как открытая рана». В процессе консультации обнаруживается, что пристрастие Л. к массивным аксессуарам становится защитой для «уязвимой» кожи, *требующей дополнительных барьеров от окружающего мира*.

Вернемся, однако, к другим направлениям психотерапии, которые трактуют генез кожных аллергических заболеваний. Несмотря на рассмотрение М. Боссом телесности в качестве одного из базовых экзистенциалов, данных об успешности экзистенциально-гуманистической традиции в лечении кожных недугов в литературе не обнаружено [9]. Однако для объяснения актуализации патологии допустимо опереться на теорию критических ситуаций и типологию жизненных миров Ф.Е. Василюка и рассматривать появление аллергических заболеваний как результат неуспешного разрешения критической ситуации стресса у лиц, чувствительных к межличностному взаимодействию [2, 4]. При этом пациент, страдающий от кожной аллергии, на феноменологическом уровне может быть описан в категории инфантильного жизненного мира. Внешний мир подобного субъекта прост, в нем отсутствуют временная протяженность и «там-и-тогда», а предстательное «здесь-и-теперь» превращается в «навсегда». Внутренний мир также легок и не осложнен мотивационными конфликтами. Склонные к аллергическим реакциям лица отличаются чувствительностью к физическому дискомфорту, их речь проста, но богата оценочными высказываниями, метафорами и уменьшительно-ласкательными прилагательными. Других аллергии воспринимают полярно: либо как зрелых опекающих родительских фигур, либо как инфантильных лиц, нуждающихся в опеке. Стресс от интенсивного межличностного взаимодействия для представителя инфантильного мира жизненного мира превращается в кризис и ситуацию феноменологической безнадежности. «Я не готов к контактам», — первой фразой сообщает 24-летний пациент, страдающий крапивницей. Впоследствии он жалуется, что устал от несвободы и что «душит» его пребывание рядом с любимой супругой и желанным ребенком.

Соматопсихический вектор рассмотрения кожных недугов в литературе представлен достаточно обширно и связан как с изучением психосоциальных аспектов заболеваний, так и с оценкой эффективности психотерапевтических интервенций. Значительная часть публикаций посвящена применению различных техник когнитивно-бихевиоральной терапии и гипноза, использование ко-

торых позволяет облегчить психоэмоциональное состояние, редуцировать фиксацию на телесных симптомах, снизить самостигматизацию и повысить качество жизни больных [29]. Изменения в перцепции заболевания благотворно сказываются на нервно-психическом состоянии пациента и, соответственно, на течении кожных недугов.

Следует отметить, что кажущаяся очевидной идея о взаимовлиянии психоэмоционального состояния пациента и его дерматологического статуса в литературе освещена неоднозначно, среди исследователей отсутствует единое мнение о первопричинном триггере [26]. Например, у лиц с псориазом и атопическим дерматитом обнаружена тенденция устанавливать тревожный и избегающий тип привязанности; в сравнении с контрольной группой здоровых испытуемых больные чаще отмечали обилие стрессовых событий за последний год до начала исследования и предъявляли жалобы на недостаточный уровень получения социальной поддержки, нехватка которой формировала уязвимость к стрессу [11]. У пациентов отмечены сложности в социальной жизни, им свойственно перманентное переживание стыда, гнева и тревоги [28]. Больные чаще сообщают о страхе отвержения и одиночества на фоне сниженного доверия окружающим, а ощущения гармонии во взаимоотношениях аллергии достигают с помощью снижения межличностной дистанции. Последние исследования декларируют отсутствие взаимосвязи между типом привязанности к материнской фигуре и ранним периодом актуализации заболеваний [10]. Ученые полагают, что клинические проявления аллергии создают сложности в интерперсональной и интрапсихической сферах, что снижает ощущение безопасности в межличностном взаимодействии. Среди аспектов взаимоотношений дерматологических пациентов следует подчеркнуть влияние заболеваний на сексуальность и способность испытывать оргазм [26]. Лица с кожной патологией в сравнении со здоровыми испытуемыми более подвержены аддиктивному поведению, а именно — алкоголизации и курению [21].

Из вышесказанного следует, что феномен стигматизации является частым явлением, сопутствующим дерматологическим больным. Значительная часть пациентов сообщает о том, что стрессовым фактором оказывается не само кожное заболевание, а реакция окружающих на него [17]. Выявлены характерные виды стигматизации, сопутствующей аллергологическим больным: ожидание отвержения, негативное восприятие кожного изъяна, сенситивность к мнению окружающих, скрытность [19]. Исследователи допускают, что наиболее вероятный предиктор подобных реакций — имеющийся в анамнезе опыт отвержения со стороны значимых других, не связанный, однако, с кожным заболеванием. «Я постоянно вижу, как окружающие негативно оценивают мою внешность», — жалуется 43-летняя пациентка с псориазом, на лице которой почти не видно следов болезни. Обращает на себя внимание фиксация

больных на дерматологических проблемах, склонность агgravировать и сексуализировать проявления кожных недугов. Так, 27-летний пациент не спеша минут 5 показывает фотографии пятен крапивницы и внимательно следит за реакцией психолога, а 59-летняя больная лишь в нижнем белье выбегает в коридор за врачом и настырно демонстрирует кожные поражения.

Заложенная Ф. Данбар идея о специфическом характерологическом профиле аллергического больного актуальна и в настоящем, но дополнена научно обоснованными результатами клинико-психологических исследований. Изучение личностных особенностей пациентов с нейродермитом позволило диагностировать специфические черты, отличающие больных данной группы: тревожность, трудности с расслаблением, потребность в одобрении, нетерпеливость, раздражительность [24]. Интересным представляется исследование личностных характеристик больных с псориазом в сравнении с контрольной группой здоровых испытуемых, причем заслугой данного исследования является исключение из обследованной выборки лиц с тревожными и депрессивными расстройствами, поскольку значительная часть работ освещает коморбидность дерматологических и психических нарушений [22]. Учеными представлены ведущие характеристики больных: конформное поведение, низкая степень интуиции, стремление к снижению дистанции в процессе взаимодействия, трудности в выражении эмоций из-за страха отвержения, покорность, зависимость.

Другой характеристикой личности психосоматических больных является алекситимия, которая признана значительным фактором в генезе психосоматоза. В литературе обнаруживается значительное число публикаций, доказывающих выраженность данного феномена среди аллергологических больных. Например, у лиц, страдающих псориазом, диагностирован высокий уровень алекситимии в сравнении с контрольной группой, при этом значение этого показателя оставалось неизменным как до проведения медикаментозного лечения, так и после редукции кожных симптомов. Таким образом, результаты доказывают, что алекситимию следует рассматривать скорее как преморбидную характерологическую особенность личности, нежели как копинг-стратегию в связи с реакцией на заболевание [22]. Выводы из клинической практики неоднозначны. Пациенты действительно демонстрируют трудности в дифференциации соматических состояний от психических, однако значительное число больных все же способно к продуктивной вербализации эмоций.

Таким образом, очевидно, что тема кожной аллергии в психологии необъятна. Под любым углом психосоматического рассмотрения патологии обнаруживаются важные для оказания психотерапевтической помощи аспекты. Психологические предикторы кожных заболеваний, кожа как средство межличностного взаимодействия,

психосоциальные аспекты дерматологических недугов, психоэмоциональное состояние пациентов, индивидуально-психологические особенности пациентов – это темы, не потерявшие своей актуальности и в настоящее время. Квалифицированное использование знаний, накопленных в результате многочисленных исследований по данным направлениям, реализуется в практическом русле через создание психодерматологических клиник, итоги функционирования которых неоднозначны [25, 27, 30]. С одной стороны, пациенты имели воз-

можность получить мультидисциплинарную помощь, развернутую интерпретацию медико-психологических причин заболеваний и бесплатное психотерапевтическое сопровождение. При этом ряд ученых сообщали о неготовности больных к получению подобной помощи и о недостаточной психолого-психиатрической подготовке медицинских сотрудников. Однако появление подобных школ и клиник является важным этапом на пути развития качественной помощи аллергологическим больным.

Литература

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия. — СПб. — Речь. — 2000. — 238 с.
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания. — М., МГУ. — 1984. — 284 с.
3. Назво Ж.-Д. Понятие Кожы-Я // Московский психотерапевтический журнал. — 2002. — № 3. — С. 35—58.
4. Поддубная Т.В. Построение типологии «жизненных миров пациентов», страдающих психосоматическими заболеваниями // Материалы 11-й Всероссийской профессиональной медицинской психотерапевтической конференции «Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология» / Под ред. А.И. Аппенянского, Ю.П. Бойко, В.И. Краснова, В.И. Курпатова, Ю.С. Шевченко, А.М. Макарова. М. — 2013. — В. 11, ч. 2. — С. 27—34.
5. Психология и психопатология кожи: тексты / Сост. и науч. ред. Сироткин С.Ф., Мельникова М.Л.— Ижевск: EGO. — М., Когито-Центр. — 2011. — 384 с.
6. Шниц Р. Психоанализ раннего детского возраста. — М.: ПЕР СЭ; СПб, Университетская книга. — 2001. — 159 с.
7. Alexander F. Psychosomatic medicine: Its Principles and Applications. New York: W.W. Norton. — 1950. — P. 306.
8. American Academy of Allergy, Astma and Immunology. Allergy Statistics. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.aaaai.org/about-the-aaaai/newsroom/allergy-statistics.aspx>. (дата обращения — 13.07.2014).
9. Boss M. Existential foundations of medicine and psychology. N.Y.: Jason Aronson. — 1979. — 336 p.
10. Dieris-Hirche J., Milch W.E., Kupfer J., Leweke F., Gieler U. Atopic dermatitis, attachment and partnership: a psychodermatological case-control study of adult patients // ActaDermatoVenereologia. — 2012. — Vol. 92. — P. 462—466. doi: 10.2340/00015555-1374.
11. Dorst J., Seikowski K. Skin, bonding and partnership in atopic dermatitis and psoriasis // Hautarzt. — 2012. — Vol. 63. — P. 214—220. doi: 10.1007/s00105-011-2273-z.
12. Dunbar F. Psychosomatic diagnosis. New York-London: P.B. Hoeber, Medical Book Dept. of Harper and Bros. — 1943. — 741 p.
13. Dunbar F. Synopsis of psychosomatic diagnosis and treatment. St. Louis: C.V. Mosby Co. — 1948. — 501 p.
14. Fenichel O. Skin // The psychoanalytic theory of neurosis. N.Y.: W.W. Norton and Company, Inc. — 1945. — P. 254—256.
15. Fisher S., Cleveland S.E. The role of body image in psychosomatic image choice // Psychological monographs: general and applied. — 1955. — Vol. 69. P. 1—17. doi: 10.1037/h0093732.-
16. Ginsburg I.H., Link B.G. Feelings of stigmatization in patients with psoriasis // Journal of American Academy of Dermatology. — 1989. — Vol. 20. — P. 53—63.
17. Gupta M.A., Gupta A.K., Watteel G.N. Perceived deprivation of social touch in psoriasis is associated with greater psychologic morbidity: an index of the stigma experience in dermatologic disorders // Cutis. — 1998. — Vol. 61. — P. 339—342.
18. Gupta M.A., Gupta A.K. Stressful major life events are associated with a higher frequency of cutaneous sensory symptoms: an empirical study of non-clinical subjects // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. — 2004. — Vol. 18. — P. 560—565.
19. Hrehorow E., Salomon J., Matusiak L., Reich A., Szepietowski J.C. Patients with psoriasis feel stigmatized // ActaDermatoVenereologia. — 2012. — Vol. 92. — P. 67-72. doi: 10.2340/00015555-1193.
20. Kahn J.P. Allergic children: their psyche and skin // Postgraduate Medicine. — 1969. — Vol. 45. — P. 149-152.
21. Kirby B., Richards H.L., Mason D.L., Fortune D.G., Main C.J., Griffiths C.E. Alcohol consumption and psychological distress in patients with psoriasis // British Journal of Dermatology. — 2008. — Vol. 158. — P. 138—140.
22. Martín-Brufau R., Ulnik J.C., Redondo C.B., Berna F.J.C. Personality in patients with psoriasis // Psoriasis: InTech, — 2012. — P. 209—227.
23. Marty P. The allergic object relationship // International Journal of Psychoanalysis. — 1958. — Vol. 39. — P. 98—103.
24. Melvin E., Allerhamd M.A., Harrison G., Gough Rh.D., Melvin L. Personality factors in neurodermatitis: a preliminary study // Psychosomatic Medicine. — 1950. — Vol.12. — P. 386—390.
25. Mohandas P., Bewley A., Taylor R. Dermatitis artefacta and artefactual skin disease: the need for a psychodermatology multidisciplinary team to treat a difficult condition // British Journal of Der-

- matology. — 2013. — Vol. 169. — P. 600—606. doi: 10.1111/bjd.12416.
26. Niemeier V., Winckless T., Gieler U. Hautkrankheit und sexualität eine empirische studie zum sexualverhalten von patienten mit psoriasis vulgaris und neurodermitis im vergleich mit hautgesunden // *Hautarzt*. — 1997. — Vol. 48. — P. 629—633.
27. Orion E., Feldman B., Ronni W., Orit B. A psychodermatology clinic: the concept, the format, and our observations from Israel // *American Journal of Clinical Dermatology*. — 2012. — Vol. 13. — P. 97—101. doi: 10.2165/11630950-000000000-00000.
28. Sampogna F., Tabolli S., Abeni D. Living with psoriasis: prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life // *Acta DermatoVenereologica*. — 2012. — Vol. 92. — P. 299—303. doi: 10.2340/00015555-1273.
29. Shenefelt P.D. Biofeedback, cognitive-behavioral methods, and hypnosis in dermatology: is it all in your mind? // *Dermatology Therapy*. — 2003. — Vol. 16. — P. 114—122.
30. Shenoj S.D., Prabhu S., Nirmal B., Petrolwala S. Our experience in a psychodermatology liaison clinic at Manipal, India // *Indian Journal of Dermatology*. — 2013. — Vol. 58. — P. 53—55.

Сведения об авторе

Поддубная Татьяна Вадимовна — клинический психолог в ФГБУЗ «Клиническая Больница № 84» ФМБА России; аспирантка; член Московского общества психотерапевтов и клинических психологов (МОП). E-mail: tatiana-bor@yandex.ru



Сероквель® Пролонг один раз в сутки – эффективная терапия широкого спектра симптомов шизофрении^{1,2,3,4}

Сокращенная информация по медицинскому применению препарата Сероквель® Пролонг

Регистрационный номер: ЛСР-006700/10. Торговое название: Сероквель® Пролонг. Международное непатентованное название: кветиапин. Лекарственная форма: таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой. **Показания к применению:** шизофрения, включая: профилактику рецидивов у стабильных пациентов; биполярные расстройства, включая: умеренные и тяжелые маниакальные эпизоды в структуре биполярного расстройства, тяжелые эпизоды депрессии в структуре биполярного расстройства, профилактику рецидивов биполярных расстройств у пациентов с предшествующей эффективной терапией кветиапином маниакальных или депрессивных эпизодов в структуре биполярного расстройства; депрессивный эпизод; комбинированная терапия при субоптимальном ответе на монотерапию антидепрессантом. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата; дефицит лактазы, глюкозо-галактозная мальабсорбция и непереносимость галактозы; совместное применение с ингибиторами цитохрома P450, такими как противогрибковые препараты группы азолов, эритромицин, кларитромицин и нефазодон, а также ингибиторы протеаз (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействия»). Несмотря на то, что эффективность и безопасность препарата Сероквель® Пролонг у детей и подростков в возрасте 10-17 лет изучались в клинических исследованиях, применение препарата Сероквель® Пролонг у пациентов в возрасте до 18 лет не показано. **С осторожностью:** у пациентов с сердечно-сосудистыми и цереброваскулярными заболеваниями или другими состояниями, предрасполагающими к артериальной гипотензии, пожилой возраст, печеночная недостаточность, судорожные припадки в анамнезе, риск развития инсульта и аспирационной пневмонии. **Побочное действие:** очень часто ($\geq 1/10$): головокружение, сонливость, головная боль; сухость во рту; синдром «отмены»; повышение концентрации триглицеридов в сыворотке крови, общего холестерина (главным образом, холестерина липопротеидов низкой плотности – ЛПНП) в крови, снижение концентрации холестерина ЛПВП в крови, увеличение массы тела, снижение концентрации гемоглобина. Часто ($\geq 1/100$, $< 1/10$): лейкопения; дизартрия, необычные и кошмарные сновидения, обморок, экстрапирамидные симптомы, повышение аппетита, суицидальные мысли и поведение; тахикардия, ощущение сердцебиения, ортостатическая гипотензия; нечеткость зрения; ринит, одышка; запор, диспепсия, рвота; незначительно выраженная астения, раздражительность, периферические отеки, лихорадка; повышение активности печеночных трансаминаз (АСТ, АЛТ) в сыворотке крови, снижение количества нейтрофилов, гипергликемия, повышение концентрации пролактина в сыворотке крови, снижение концентрации общего и свободного Т4 в крови, снижение концентрации общего Т3 в крови, повышение концентрации ТТГ в крови.

Перед назначением препарата Сероквель® Пролонг ознакомьтесь, пожалуйста, с инструкцией по медицинскому применению.

ID: SER-580 417 011- 13/11/2014

1. Kahn RS et al. J Clin Psychiatry 2007;68:832-842; 2. Baldwin CM, Scott LJ. CNS Drugs. 2009;23(3):261-9; 3. Peuskens J et al. Psychiatry (Edgemont) 2007; 4 (11):34-50;
4. Инструкция по медицинскому применению препарата Сероквель® Пролонг. Регистрационное удостоверение ЛСР-006700/10. (Изменение №2 от 09.09.14, №3 от 05.09.2014)

АстраЗенка Фармасьютикалз ООО 125284, Москва, ул. Беговая, д.3, стр.1
 Тел.: +7 (495) 799-56-99, факс: +7 (495) 799-56-98

AstraZeneca 

Некоторые аспекты клинической динамики острых психотических расстройств

Строганов А.Е., Кулешова Е.О.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Резюме. Обсуждаются вопросы клиники острых психотических расстройств. Проведен анализ 110 историй болезни пациентов, страдающих данной патологией. Показаны особенности динамики острых психозов за период с 2006 по 2011 год. Исследование служит оптимизации схемы лечебно-реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: острые психозы, клиника, динамика, лечебно-реабилитационные мероприятия.

Some aspects of clinical dynamics of acute psychoses

Stroganov A.E., Kuleshova E.O.

Altai State Medical University, Barnaul

Summary. The questions of diagnostic of clinic of acute psychoses are discussed. The analysis of 110 medical reports of psychiatrist's patients has been carried out. It shows the features of dynamic of this pathology from 2006 till 2011. This research directed at optimization of the treatment and rehabilitation schemes.

Key words: acute psychoses, clinic, dynamic, treatment and rehabilitation schemes.

Несмотря на возросший интерес к проблеме острых психотических расстройств (ОПР) в настоящее время, данная патология в доступной нам литературе освещена недостаточно полно. Можно предположить, что причиной тому является отсутствие систематизированных клинических исследований, которые помогли бы четко определить, описать и отграничить каждый из подразделов принятой МКБ-10 классификации.

По мнению Б.Н. Пивень (2013) «клиническое направление в психиатрии не исчерпало себя, а, напротив, имеет существенные перспективы, поскольку остается мало исследованным и требующим всестороннего изучения ряда проблем» [8].

Ю.А. Антропов и соавторы (2010) обращают внимание медицинского сообщества на то, что «в системе психиатрических взглядов очень важен внутренний порядок. Психиатрические школы отличаются не различным пониманием клинической картины олигофрении, эпилепсии, реактивных психозов и других заболеваний, а главным образом различием в системе психиатрических знаний и представлений. Это в наибольшей мере отражается в методологии подхода при диагностике психических заболеваний» [2].

Еще в 1927 году Н.С. Sullivan писал о том, что «большое количество пациентов обнаруживают за несколько лет до манифестации болезни явные признаки надвигающейся беды», подчеркивая при этом, что «психиатры видят слишком много конечных состояний и имеют дело профессионально всего лишь с малым количеством начальных проявлений психозов» [18]. О предболезни писал С.Б. Семичев [10], описывая ее, как дисфункциональное состояние, не достигающее степени болезни, но указывающее на высокую вероятность ее развития в будущем. Наиболее предметные отечественные представления о диатез-стрессовом

пути развития разработаны для шизофрении Коцюбинским и соавторами, диатез рассматривается в рамках адаптационной этиопатогенетической модели уязвимость-диатез — стресс-заболевание [4].

«Затруднения в своевременной и точной диагностике влекут за собой назначение неадекватного лечения данной патологии, что приводит к снижению социально-трудовой деятельности и качества жизни данных пациентов, большему числу госпитализаций в последующем» [3, 12, 14].

Еще одной причиной достаточно скудной освещенности данной проблематики видится многолетняя дискуссия, продолжающаяся вокруг этого класса психических расстройств. Часть исследователей подчеркивают значимость самостоятельного присутствия ОПР во всевозможных классификациях, отрицая понятие острой шизофрении, рассматривая данную нозологию как хроническое расстройство, при этом выделяется психопатологический синдром с мгновенным началом. А. Marneros (2006) отмечает, что рассматриваемая группа психозов «имеет типичное острое начало, отличается коротким, собственно психотическим периодом, хорошей реакцией на антипсихотическое лечение, благоприятным течением и исходом, склонностью к последующим рецидивам» [15]. Другие же авторы отрицают правомерность клинической самостоятельности острых психозов. А.С. Тиганов и соавторы (2003) предлагают отнести острые психозы целиком в рубрики шубообразной и рекуррентной шизофрении [11].

Говоря о клинической картине этой группы расстройств необходимо отметить, что диагностические рубрики МКБ-10 описывают лишь симптомы и отдельные признаки (типичными признаками ОПР считается наличие различных

психотических симптомов), но не клиническую картину в целом, при этом особенности клинической картины психотического эпизода требуют конкретизации [1].

С этих позиций некоторых авторов острые и транзиторные психотические расстройства представляют собой клинически гетерогенную и многофакторную группу расстройств [5]. Большой удельный вес в клинической картине первых психотических эпизодов «синдромально неоднородной, аффективно насыщенной и, что немаловажно, быстро меняющейся структуры», что также ведет к трудностям в постановке верного диагноза [6].

Согласно МКБ-10 острые и транзиторные психотические расстройства – это разнородная группа нарушений, характеризующихся острым началом психотических симптомов, таких как бред, галлюцинации и расстройства восприятия, и тяжелым нарушением обычного поведения. Под острым началом понимают развитие по нарастающей ясно выраженной аномальной клинической картины в течение двух или менее недель. Отсутствует очевидная органическая причина этих нарушений. Часто отмечают растерянность и недоумение, но дезориентация во времени, месте и окружении не настолько устойчива и тяжела, чтобы можно было диагностировать наличие органической причины делирия (F 05). Полное выздоровление обычно наступает в течение нескольких месяцев, часто в течение нескольких недель или даже дней. Если эти нарушения остаются устойчивыми, необходимо будет изменить классификационную рубрику этого состояния. Описанное расстройство может быть связанным или не связанным с острым стрессом, под которым понимают стрессовые ситуации, имевшие место за одну-две недели до начала расстройства.

По данным В.П. Самохвалова (2002) частота диагностики острых психотических расстройств колеблется от 4 до 6 случаев на 1000 населения в год [9].

Клиническая сущность ОНР до настоящего времени не имеет однозначной трактовки, что требует подробного изучения синдромальной структуры данной психической патологии. Привлекательность изучения острых психозов состоит в возможности описания прогрессивности течения и вариантов исхода, отсутствие данных о которых затрудняет прогнозирование течения заболевания.

Конечной целью исследования является изучение клинико-динамических особенностей острых психозов, призванное способствовать формированию индивидуально-дифференцированных практик, включающих алгоритм прогнозирования и новые превентивные стратегии терапии ОНР, а также комплекса реабилитационных мероприятий для пациентов, страдающих шизофренией, манифестацией которой явилось острое психотическое расстройство.

Первый этап исследования представляет собой клинический анализ и изучение динамиче-

ских аспектов у больных, впервые перенесших ОНР.

Объект исследования. В выборку вошли больные с диагнозом в соответствии с МКБ-10, входящим в диагностическую рубрику F23 «Острые и преходящие психотические расстройства». Все пациенты находились на лечении в круглосуточном, некоторые продолжили лечение в режиме дневного стационара, а в дальнейшем находились под диспансерным наблюдением в Алтайской краевой клинической психиатрической больнице им. Ю.К. Эрдыманова (АККПБ) в 2006—2011 гг. Обследовано 110 больных (61 мужчина и 49 женщин).

Результаты и их обсуждение. Количество исследованных мужчин и женщин, перенесших ОНР, оказалось приблизительно равным (5,6 и 5,1 %). Средний возраст манифестации заболевания составил 28 лет.

Среднее образование имели 18 % пациентов с острыми психозами, 39 % больных окончили профессиональное училище, техникум или колледж, 25 % больных были с университетским образованием, а 18 % имели неоконченное высшее образование. При сборе анамнеза у 21,5 % больных данной диагностической группы была выявлена наследственная отягощенность. Так, 8 % больных уже в детстве имели отклонения в развитии, 11,4 % испытывали трудности в учебе. У 8,5 % имела место соматическая патология средней степени тяжести. В 3 случаях зафиксированы острые психозы у беременных.

Психозы, возникающие вследствие употребления каннабиса, являются первым проявлением заболеваний шизофренического спектра, о чем в последние годы ведется дискуссия в специальной научной литературе. Взаимосвязь между возникновением острого психоза и использованием сильных препаратов конопли как провоцирующий фактор не вызывает сомнений у многих авторов [13, 16, 17, 19]. Мы изучили статистику употребления психоактивных веществ (ПАВ) данной категорией больных: в 16,4 % случаев исследованных нами историй болезни имеется указание на эпизоды употребления ПАВ (каннабиноиды). При этом большинство таких больных – лица мужского пола. Для женщин употребление ПАВ оказалось нехарактерным. Исследование злоупотребления пациентами алкоголем показало, что данное пристрастие (20,0 %) свойственно в равном соотношении как мужчинам, так и женщинам.

В сфере выявления анамнестических данных, касающихся возможных органических причин как провоцирующего фактора возникновения ОНР, обнаружено, что 14,3 % мужчин в анамнезе перенесли ЧМТ, по поводу которых они проходили соответствующее стационарное лечение.

При исследовании доступных нам историй болезни лишь в 11,4 % случаев имелось указание на наличие психотравмирующей ситуации перед манифестацией болезни.

Все клинические группы острых психозов отличаются большим удельным весом аффективно-насыщенного, в особенности тревожного

компонента. Так, в ходе проведенного нами клинико-психопатологического изучения структуры острых и преходящих психотических расстройств мы выяснили, что в 12,5 % преобладают аффективные расстройства, из которых у 55 % больных тревожно-депрессивный, у 10 % маниакальный, а у 35 % отмечалось сочетание симптомов тревожного, депрессивного и маниакального аффектов.

Известно, что присутствие продуктивных симптомов первого ранга определяет остроту состояния. Так у 37,5 % обследованных нами больных преобладала бредовая, а у 46 % параноидная симптоматика, в одном случае онейроидная, у одного больного преобладала кататоническая симптоматика.

Для оценки результатов лечения больных ОПР за основу мы приняли шкалу оценки ремиссий по Серейскому, которая используется для оценки состояния пациентов при выписке в АККПБ, адаптировав ее с учетом особенностей данной нозологии (рис. 1). При анализе историй болезни обнаружено, что в 33 % случаев при повторных госпитализациях диагноз из группы острых и транзиторных психотических расстройств менялся на диагноз шизофрении, а в 3 % – на диагноз шизоаффективных расстройств. В случаях изначально ошибочно поставленного диагноза лечение психозов было несколько затруднено.

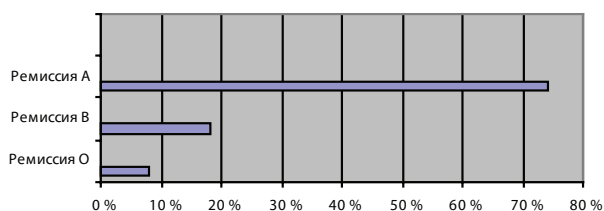


Рис. 1. Результаты лечения больных ОПР в АККПБ в 2006—2011 гг.

Примечание. Ремиссия А – выздоровление: отсутствуют либо незначительные признаки болезни, восстанавливается критическое отношение к перенесенному. Ремиссия В – улучшение: имеются признаки психического дефекта и остаточная болезненная симптоматика, отсутствует критика. Ремиссия О – незначительное улучшение: выраженный психический дефект.

Приведем два клинических случая из наших наблюдений.

Больной Р. 26 лет. Данных о наследственной психопатологической отягощенности нет. Родился в полной семье, старший из 2 братьев. Рос и развивался соответственно возрасту. В школу пошел своевременно, учился хорошо, закончил 11 классов средней школы. После школы закончил Алтайский государственный технический университет по специальности инженер. В армии не служил (в университете была военная кафедра). Работал инженером по ТБ, на работе был загружен многочисленными поручениями, проявлял себя очень исполнительным, несколько тревожным. Женат не был, детей нет. Проживает с родителя-

ми. Алкоголем не злоупотребляет. Употребление наркотиков отрицает. Из перенесенных заболеваний: в 12 лет – укусы клеща (сыпной тиф), лечился в инфекционном отделении, в дальнейшем на учете у инфекциониста не состоял. ЧМТ, оперативных вмешательств не было. В течение последних 3 лет жизни состояние стало меняться: замкнулся, появились новые интересы – йога, аутотренинг, голодание, вегетарианство. В марте 2011 г. уволился с работы без объяснения причины, вступил в секту «Аят», приобрел множество журналов на тему этой секты. Почти 3 месяца не работал, замкнулся еще больше, перестал разговаривать с проживающими с ним отцом, матерью, братом.

В июне собирался устраиваться работать в ФСБ благодаря открывшимся возможностям слышать «голоса». Утверждал, что научился общаться мысленно, уходил из дома по бредовым мотивам. Был госпитализирован в АККПБ с диагнозом: острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении, получал галоперидол до 30 мг в/в кап., аминазин 4,0 в/м, реланиум 2,0 в/м, хлорпротиксен, циклодол. Выписан с улучшением, амбулаторно принимал рекомендованную терапию. На этом фоне состояние вновь ухудшилось: стал неусидчив, принимал необычные позы, с напряженными руками, которые держал на весу, отмечал «голоса», управляющие им, скованность, сухость во рту, тревогу, нарушение сна. Вновь был госпитализирован в АККПБ, диагноз был изменен на: шизофрения, параноидная форма. В последующем получил группу инвалидности по психическому заболеванию, до 2–3 раз в год проходит лечение в круглосуточном стационаре.

Больная Б. 20 лет. Данных о наследственной психопатологической отягощенности нет. Родилась первым ребенком в полной семье, вскоре родители развелись, через несколько лет мать вновь вышла замуж и родила ребенка. Раннее развитие протекало без особенностей. По характеру была общительной, веселой, имела много подруг. Окончив 11 классов средней школы, поступила в медицинский колледж, где обучалась на момент госпитализации на 3-м курсе, с учебой справлялась хорошо, поддерживала дружеские отношения с одноклассниками. Около полугода проживала в гражданском браке, детей не имела. В это время употребляла каннабионды, алкоголь.

Операции, интоксикации, черепно-мозговые травмы в течение жизни отрицает.

Состояние изменилось в течение недели: рассталась с сожителем и переехала жить к матери, стала тревожной, беспокойной, не спала ночами, совершила суицидальную попытку в состоянии алкогольного опьянения: нанесла порезы на предплечье осколком стекла.

При поступлении в стационар настроение снижено, тревожно. Сообщила, что окружающие на нее «не так смотрели, оскорбляли за спиной, осуждали». Суицидальную попытку объясняет тем, что она «устала от такой жизни». Обманы восприятия отрицает. Больной выставлен диа-

гноз: острое шизофреноформное психотическое расстройство.

В отделении общается избирательно, по преимуществу с сохранными сверстницами, суицидальные мысли отрицает. За время нахождения в стационаре получала рисперидон до 4 мг в сутки. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось: настроение выровнялось, суицидальные мысли, бредовые идеи дезактуализировались. Об остром периоде говорит неохотно, критично.

После выписки прием поддерживающего лечения прекратила самостоятельно. Вернулась к учебе. После окончания колледжа устроилась на работу по специальности. В течение 5 лет под наблюдением психиатров не находилась.

Заключение. Проведенный нами клинико-эпидемиологический анализ острых психозов в 68 % случаев выявил молодой возраст манифестации заболевания (15–30 лет). Превалирующее число ОПР (62 %) возникают на фоне внешних причин. Выявленные факты регоспитализаций, ошибочной диагностики, низких показателей успешности лечения препятствуют эффективному оказанию психиатрической помощи и профилактики в отношении неблагоприятного течения шизофрении, что в известной степени связано с разницей во взглядах на проблему острых психозов в теории. Вышеперечисленные особенности указывают на необходимость дальнейшего изучения острых психотических расстройств.

Литература

1. Алешкина Г.А., Бардеништейн Л.М. Сравнительная характеристика клинических вариантов острых преходящих психотических расстройств без симптомов шизофрении // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 4
2. Антропов Ю.А., Незнанов Н.Г. Основы диагностики психических расстройств: Рук. для врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2010. — 384 с.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б. и соавт. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым эпизодом шизофрении). Метод. рекоменд. — М. — 2003. — 23 с.
4. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и др. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание. — СПб.: Гиппократ. — 2004. — 336 с.
5. Мельникова Е.А., Агарков А.П., Рожков С.А. Острые психозы: границы диагностики и патогенетических моделей // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2005. — № 4. — С. 16–19.
6. Мельникова Е.А. К характеристике острых транзиторных психозов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — № 2. — С. 82–84.
7. Потапов А.В. и др. Преимущество пролонгированных антипсихотиков при длительной терапии больных шизофренией и шизоаффективным расстройством // Материалы III научно-практической конференции «Современные аспекты промышленного здравоохранения в системе Федерального медико-биологического агентства - Роль первичной медико-санитарной помощи в охране здоровья работников промышленных предприятий. - Москва. - 2009. - С. 129 -130.
8. Пивень Б.Н. Сочетанные формы психической патологии в свете перспектив развития клинической психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2013. — № 5. — С. 85–88.
9. Психиатрия: Учебное пособие для студентов медицинских вузов / Самохвалов В.П. — Феникс. — 2002. — 575 с.
10. Семичёв С.Б. Предболезненные психические расстройства. — Л.: Медицина. — 1987. — 181 с.
11. Тиганов А.С., Пантелеева Г.П., Цуцельковская М.Я. Эндогенные психические заболевания в адаптированной для использования в РФ версии МКБ-10 // Психиатрия. — 2003. — № 2 — С. 17–25.
12. Bottlender R. et al. The impact of the duration of untreated psychosis prior to first psychiatric admission on the 15-year outcome in schizophrenia // Schizophr. Res. — 2003. — Vol. 62. — P. 37–44.
13. Fortim Di. et al. High-potency cannabis and the risk of psychosis // Br. J. Psychiat. — 2009. — Vol. 195, № 6. — P. 488–491.
14. Lieberman J., Fenton W. Delayed detection of psychosis: causes, consequences, and effect on public health//Am. J. Psychiatry. — 2000. — Vol. 157. — P. 1727–1730.
15. Marneros A. Beyond the Kraepelinian dichotomy: acute and transient psychotic disorders and necessity for clinical differentiation // Br. J. of Psychiatry. — 2006. — V. 189. — P. 1–2.
16. Singleton N., Taylor C. Psychosis and Drug Dependence: Results from a national survey of prisoners // British Journal of Psychiatry. — 2002. — Vol. 181. — P. 393–398.
17. Strang J., Witton J., Hall W. Improving the quality of the cannabis debate: defining the different domains // BMJ. — 2000. — Vol. 320. — P. 108–110.
18. Sullivan H.S. The onset of schizophrenia // Am. J. Psychiatry. — 1994. — Vol. 151. — P. 135–139.
19. Thomasius R. Cannabismisbrauch und abhangigkeit erkennen und behandeln // Neurologie & Psychiatrie. — 2005. — № 12. — P. 38–44.

Сведения об авторах

Строганов Александр Евгеньевич — доктор медицинских наук, профессор, кафедра психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО АГМУ. E-mail: jazz200261@mail.ru

Кулешова Елена Олеговна — аспирант, кафедра психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО АГМУ. E-mail: emoryll@rambler.ru

Особенности эмоциональных и невротоподобных расстройств при разных вариантах алкогольной анозогнозии

Тархан А.У., Ерошин С.П., Незнанов Н.Г., Зубова Е.Ю., Попов Ю.В., Чехлатый Е.И., Семенова Н.В., Рыбакова К.В.
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. Исследование 390 больных с алкоголизмом (АЗ) выявило зависимость выраженности эмоциональных и невротоподобных расстройств (ЭР и НПР) от алкогольной анозогнозии (АА). Характер этой зависимости связан с преобладанием в ее структуре того или иного варианта АА и степенью органического поражения головного мозга (ОПГМ). При АЗ без указаний на ОПГМ у больных с АА вследствие недостаточной информированности (ААНИИ) менее выражены депрессивные и НПР расстройства, при АА вследствие психологической защиты (ААПЗ) – нарушения сна и личностная тревожность (ЛТ). АА вследствие алкогольно-органического снижения личности (АААОС) сопровождается большей выраженностью ЛТ и соматических расстройств. У пациентов с наличием ОПГМ при ААНИИ отмечаются более выраженные ситуативная тревога и ЛТ, но при ААПЗ и АААОС ЛТ встречается чаще, чем при ААНИИ. Обсуждается значение особенностей Э и НПР для копинг-механизмов и возможная роль органического фактора в синхронизации клинических и психологических проявлений АЗ.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, алкогольная анозогнозия, эмоциональные расстройства, невротоподобные расстройства, органическое поражение головного мозга.

Features of emotional and neurosis-like disorders in different variants of alcoholic anosognosia

Tarkhan A.U., Eroshin S.P., Neznanov N.G., Zubova E.Y., Popov Y.V., Chekhlaty E.I., Semenova N.V., Rybakova K.V.
V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary. Symptomatic questionnaire of Alexandrovich, Spilberger-Hanin and Zung survey were used to evaluate intensity of emotional and neurosis-like disorders. Study of 390 patients with alcoholism (AD) revealed dependency of the intensity of emotional and neurosis-like disorders from alcoholic anosognosia (AA). The nature of dependency is connected with prevalence in its structure of this or that variant of AA and extent of organic damage of a brain (ODB). In AD without ODB in patients with AA due to insufficient awareness (AAIA) depressive and neurosis-like disorders are less expressed, in AA due to psychological protection (AAPP) – sleep disorders and personal anxiety (PA). AA due to alcohol-organic personality decrease (AAAOP) is followed by the greater manifestation of PA and somatic disorders. In AAIA patients with ODB situational anxiety and PA occur more expressed, but in AAPP and AAAOP PA is more frequent than in AAIA. That is in AD with ODB intensity of emotional and neurosis-like disorders, especially personal anxiety as more stable characteristic, is more likely linked with primary factor of alcohol-toxic damage of brain.

Destabilization of a psychological condition in the early stages of remission associated with overcoming AAIA and AAPP, allows to mobilize the reserve emotional potential of the patient to a more active coping with illness.

Thus, different types (stages) of AA accompanied by their characteristic features of emotional and neurosis-like disorders, which, as and AA are in parallel depending on the degree of cerebral lesions. It can be assumed that organic factor plays an important role not only in the formation, but in the synchronization of dynamics of clinical and psychological manifestations of AD.

Key words: alcohol dependence, alcoholic anosognosia, emotional disorders, neurosis-like disorders, organic damage of a brain.

Алкогольная анозогнозия (АА) – один из основных клинических симптомов алкогольной зависимости (АЗ), значительно затрудняющий противоалкогольное лечение. Понимание АА как наркологического феномена существенно отличается от традиционного понимания анозогнозии в неврологии как проявления поражения верхнетеменной области правого полушария головного мозга (ГМ) в сочетании с поражением зрительного бугра и его связей с теменной корой. Как нейropsychологический (НП) симптом анозогнозия является одним из проявлений нарушения

схемы тела в виде как отрицания самой болезни, так и гемисоматоагнозии (недооценки или отчуждения дефекта тела, конечностей слева, отрицания гемиплегии).

АА, рассматриваемая как одна из форм взаимодействия личности и болезни, является многоуровневым образованием, в формировании которого принимают участие когнитивный, эмоционально-личностный и социально-психологический факторы. В зависимости от преобладания того или иного уровня нарушений выделены три ее варианта, подробно описанные Т.Г. Рыбаковой [9].

I. АА вследствие недостаточности информированности (ААНИ) о проблеме алкоголизма как болезни и принятия ее микросоциальной модели. Алкоголизация рассматривается как социально приемлемая форма поведения и нередко может становиться жизненным стилем больного. Встречается чаще на начальных этапах формирования АЗ.

II. АА как средство психологической защиты (ААПЗ) в случае наличия алкогольного конфликта. Встречается у большинства больных с личностными особенностями, препятствующими адекватному разрешению конфликта в сфере значимых отношений личности, связанному с алкоголизацией. Некоторое снижение эмоционального напряжения и восстановление нарушенной самооценки, как результата конфронтации противоречивых потребностей, достигается с помощью психологических механизмов отрицания, проекции, рационализации, манипулятивного поведения. Этот тип характерен для развернутой стадии болезни.

III. АА вследствие алкогольно-органического снижения личности (АААОС). Характерна для больных II–III и III стадий АЗ, с диффузными изменениями корковой нейродинамики, формированием органических изменений в виде ригидности мышления, снижения способности к обобщению, выделению главного, ослабления критических возможностей, появления эйфорического или апатического фона настроения и изменений личности по алкогольному типу с утратой нравственно-моральных и социальных норм.

В каждом конкретном случае могут быть представлены в том или ином соотношении разные варианты (компоненты) АА.

Описаны центральные мозговые механизмы АА, роль лево- и правополушарных структур в развитии различных ее вариантов [10]. Установлено, что отдельные варианты АА имеют в своей основе различные мозговые механизмы, хотя и тесно связаны друг с другом. Динамика состояния функциональных структур по мере нарастания мозговой дефицитарности (МД) в результате хронической алкогольной интоксикации является одним из важных биологических факторов, обуславливающих этапность формирования симптома алкогольной анозогнозии. Выделено несколько этапов по мере нарастания и изменения характера мозговой дефицитарности:

I этап – анозогнозия вследствие психологической защиты при невысоком уровне МД, особенно левосторонней;

II этап – анозогнозия вследствие недостаточной информированности, развивается при снятии психологической защиты вследствие органического поражения головного мозга (ОПГМ) с нарастающей МД, особенно левосторонней;

III этап – анозогнозия вследствие алкогольно-органического снижения личности, связана с присоединением к вышеописанным дисфункции правого полушария.

При выраженной МД возможно сочетание нескольких вариантов анозогнозии.

У большинства больных АЗ встречаются эмоциональные расстройства (ЭР) и так называемые неврозоподобные расстройства (НПР). Этим термином обозначают комплекс симптомов и синдромов, сходных по своим проявлениям с невротическими, но формирующихся первично не по невротическим (психогенным) механизмам, а связанных с другим заболеванием (в частности, резидуальной органикой при травматическом, инфекционно-воспалительном, токсическом и др. поражениях ГМ), то есть вторичных, хотя в дальнейшем к ним могут присоединяться и невротические механизмы. Обострение психологических проблем и конфликтных отношений при отказе от алкоголя часто вызывает появление либо обострение НПР, в значительной степени отягочающих состояние больных. Среди этих расстройств при АЗ преобладают нарушения сна, эмоциональные, истеро- и неврастеноподобные расстройства [1, 3–6, 8, 14].

Проведенное ранее нейрпсихологическое исследование больных с АЗ показало, что важную роль в развитии эмоциональных и неврозоподобных расстройств при этой патологии играют не только психологические, но и органический фактор. Невысокий уровень МД, свидетельствующий об относительной сохранности мозговых структур, особенно левого полушария, наблюдающейся у больных люцидным алкоголизмом (ЛА), сопровождается ААПЗ, а ЭР и НПР при этом носят адекватный характер. Напротив, при АЗ с ОПГМ и выраженной МД как левого, так и правого полушарий, органический фактор играет существенную роль в развитии как ЭР и НПР, так и соответствующего варианта АА. Такой параллелизм зависимостей вариантов АА и психологических показателей от выраженности ОПГМ заставляет предположить, что степень МД является одним из существенных факторов, определяющих проявления АЗ как на клиническом (АА), так и на психологическом (ЭР и НПР) уровнях. Исследование взаимосвязей между структурой АА и психологическими показателями в зависимости от выраженности органического фактора может дать дополнительное подтверждение этому предположению.

Основной целью настоящего исследования является изучение особенностей эмоциональных и неврозоподобных расстройств при разных вариантах (этапах развития) алкогольной анозогнозии в зависимости от наличия или отсутствия ОПГМ.

Материал и методы

Обследованы 390 больных с АЗ вне острой алкогольной абстиненции (329 мужчин и 61 женщина) без коморбидной патологии (в т. ч. без ОПГМ с выраженной неврологической симптоматикой), находившихся на стационарном лечении в отделении лечения больных алкоголизмом. Средний возраст больных — $41,1 \pm 0,5$ года, средняя длительность заболевания — $10,9 \pm 1,3$ года. По степени выраженности признаков ОПГМ (данные анамнеза, клинической картины и динамики заболевания, результаты ЭЭГ, КТ, ТКДГ, КГ) больные были разделены на 3 группы:

1 – АЗ без ОПГМ/люцидный алкоголизм (123 испытуемых без указаний на ОПГМ; средний возраст – 43,5 года);

2 – АЗ с указаниями на ОПГМ (141 испытуемый с легким ОПГМ; средний возраст – 39,7 года);

3 – АЗ с ОПГМ (126 больных с ОПГМ в сопутствующем диагнозе; средний возраст – 40,3 года).

Для оценки выраженности НПР и уровня невротичности использован симптоматический опросник Александровича, применяющийся как в диагностических целях, так и для оценки и прогнозирования эффективности терапии при неврозах [13, 16].

Оценка эмоционального состояния испытуемых проводилась с помощью опросников Спилбергера–Ханина (ситуативная тревога ТрС и личностная тревожность ТрЛ) и Зунге (депрессия ДеЗ) [2, 15, 17].

Анализируемые показатели и статистическая обработка

Анализировались следующие экспериментально-психологические показатели.

I. Показатели эмоционального состояния:

– выраженность (в баллах) и уровень ситуативной тревоги и личностной тревожности по опроснику Спилбергера–Ханина (до 30 б. – низкий/отсутствие, 31–45 б. – средний, 46 б. и выше – высокий);

– выраженность (в баллах) и уровень депрессии по опроснику Зунга (ниже 50 б. – норма, 50–59 б. – легкая, 60 и выше – умеренная).

II. Показатели невротоподобных расстройств:

– выраженность НПР по шкалам диагностического опросника Е. Александровича в %;

– общая выраженность НПР (ОН) в стандартных баллах и уровень невротичности (УН) (0–4 балла – низкий/отсутствие, 5–6 – средний, 7–10 – высокий).

III. Наличие (2 балла) либо отсутствие (1 балл) различных вариантов АА и количество этих вариантов как показателя сложности структуры АА (ССАА) при поступлении.

Для статистической обработки использовался пакет программ SPSS.

Достоверность различий средних величин ЭР и НПР между отдельными группами испытуемых в зависимости от наличия/отсутствия различных вариантов АА и ССАА, а также средних величин этих показателей в зависимости от уровней ЭР и УН оценивалась по критерию t Стьюдента. Для выявления связей выраженности ЭР и НПР с разными вариантами АА применялся корреляционный анализ. Достоверность различий распределения частот сравнивалась по критерию Фишера, кривых распределения частот уровней ЭР и УН в зависимости от наличия/отсутствия того или иного типа АА – по информационной статистике $2\bar{I}$ [7].

Результаты исследования

Корреляционный анализ

Корреляционный анализ рангов выраженности нарушений по опроснику Александровича в зависимости от вида АА показал высокую корреляцию рангов как в обобщенной группе больных, так и в отдельных подгруппах (r от 0,923 до 0,994; $P \leq 0,001$). При всех вариантах АА лидировали неврастено-, истероподобные расстройства, нарушения сна, а также беспокойство/напряжение (у больных АЗ с ОПГМ на 3-е место вышли депрессивные расстройства).

Выявлена достоверная прямая зависимость выраженности ситуативной тревоги при АЗ с ОПГМ от наличия в структуре ААНИ ($r = +0,198$; $P \leq 0,05$) и близкая к достоверной обратная связь выраженности депрессии по опроснику Зунге с наличием ААНИ у больных ЛА. Корреляции с выраженностью невротоподобной симптоматики отмечаются

Таблица 1. Коэффициенты корреляции r отдельных компонентов алкогольной анозогнозии с выраженностью эмоциональных и невротоподобных расстройств у больных АЗ

| Психологические показатели | ААПЗ | | ААНИ | | АААОС |
|----------------------------|---------|-------------|-------------|-----------|-------------|
| | АЗ | АЗ без ОПГМ | АЗ без ОПГМ | АЗ с ОПГМ | АЗ без ОПГМ |
| Тревога ситуативная | | | | +0,198* | |
| Депрессия Зунге | | | -0,172' | | |
| Опросник Александровича | | | | | |
| Депрессия | | | -0,189* | | |
| Беспокойство, напряжение | | | -0,170' | | |
| Нарушения сна | -0,102* | -0,180* | | | |
| Истерические | | | -0,194* | | |
| Неврастенические | | | -0,275** | | |
| Психастенические | | | -0,232** | | |
| Соматические | | | | | +0,190* |
| Общая невротичность в % | | | -0,186* | | |

Условные обозначения. Приводятся только статистически достоверные значения r * – с $P \leq 0,05$; ** – с $P \leq 0,01$; ' – тенденция, близкая к достоверной.

только при люцидном алкоголизме – для ААНИ отрицательные с общей невротичностью (в %) и с широким спектром НПР (выраженностью депрессивных, истеро-, неврастено- и психастеноподобных расстройств, беспокойства-напряжения), для АААОС положительные с соматическими нарушениями. С наличием ААПЗ в структуре АА корреляций не обнаружено, за исключением слабой обратной зависимости нарушений сна от ААПЗ в обобщенной группе за счет больных с ЛА (табл. 1).

При ограничении объема выборки до 166 пациентов с однокомпонентной АА достоверные зависимости выявлены только у больных АЗ с ОПГМ (ипохондрических расстройств от наличия ААНИ – $r=+0,36$; $P \leq 0,05$).

Выявлены положительные корреляции ССАА с выраженностью ТрС у больных АЗ с ОПГМ ($r=+0,24$; $P \leq 0,05$) и отрицательные – с депрессивными расстройствами у больных с ЛА ($r=-0,18$; $P \leq 0,05$).

Сравнение средних психологических показателей в зависимости от наличия либо отсутствия разных видов АА по критерию t Стьюдента.

В обобщенной группе больных различий по критерию t Стьюдента не выявлено.

У больных ЛА при наличии в структуре ААНИ значительно меньше выражены депрессивные, истеро-, неврастено- и психастеноподобные расстройства, а также ОН и ДеЗ, когда она встречается реже, чем при ее отсутствии ($2\bar{I}=14,28$; $P \leq 0,001$). При наличии ААПЗ слабее нарушения сна, при АААОС более выражены соматические расстройства.

У больных АЗ с ОПГМ выявлена только более высокая ТрС при наличии ААНИ ($45,9 \pm 1,6$; $42,0 \pm 0,9$; $P < 0,05$).

При однокомпонентной АА существенные различия были обнаружены только в группе больных ЛА, у которых средняя выраженность навязчивостей, ипохондрических расстройств и ДеЗ были значительно слабее при наличии ААНИ (табл. 2).

Зависимость средних показателей разных видов АА от уровня показателей эмоционального состояния (табл. 3).

В обобщенной группе больных средняя АААОС была выше при наличии ТрС.

При ЛА показатель ААНИ был ниже при более высоком УН и ДеЗ (в последнем случае и ССАА была ниже), ААПЗ – ТрЛ, АААОС – при отсутствии ТрЛ.

При АЗ с ОПГМ ААНИ и ААПЗ выше при высокой ТрЛ, а АААОС и ССАА – при средней ДеЗ.

Сравнение частот различных компонентов АА и ССАА в зависимости от уровня психологических показателей по критерию Фишера.

В обобщенной группе больных высокий и средний уровень *ситуативной тревоги* значительно чаще сопровождается АААОС, чем низкий (средняя величина – $1,40 \pm 0,03$; $1,39 \pm 0,05$; $1,19 \pm 0,06$ соответственно; $P \leq 0,01$). У больных без АА значительно реже отмечается высокая ТрС (за счет больных с ОПГМ) (табл. 4).

У больных АЗ с ОПГМ высокий уровень *личностной тревожности* чаще сопровождается ААНИ и АААОС, наличием всех 3 компонентов АА (то есть максимальной сложностью структуры АА) по сравнению со средним уровнем (табл. 5).

Зависимость от уровня *депрессии* по опроснику Зунге (табл. 6).

У больных с ОПГМ при легкой депрессии чаще встречается наличие всех трех компонентов АА, тогда как у люцидных больных при депрессии все виды одновременно практически не встречаются, преобладает однокомпонентная АА. Это подтверждается значительно меньшей средней величиной ССАА при легкой депрессии у люцидных больных и большей у больных с ОПГМ (по сравнению с ее отсутствием).

Зависимость от *общей невротичности* наблюдается только у больных с люцидным алкоголизмом: при высоком уровне невротичности ААНИ встречается значительно реже, чем при низком как в процентном выражении, так и по средним показателям (24% и $56,5\%$; $1,27 \pm 0,08$ и $1,54 \pm 0,10$ соответственно; $P \leq 0,05$).

Зависимость частот (кривых распределения уровней) психологических показателей от вида АА и сложности ее структуры по критерию $2\bar{I}$.

У больных с ЛА наблюдается прямая зависимость уровней ТрЛ ($2\bar{I}=12,0$; $P < 0,05$) и ДеЗ ($2\bar{I}=13,8$; $P < 0,05$) и обратная – ТрС ($2\bar{I}=25,7$; $P < 0,001$) от ССАА, при АЗ с ОПГМ – прямая зависимость ТрЛ ($2\bar{I}=20,8$; $P < 0,01$).

При однокомпонентной структуре АА (табл. 7) в обобщенной группе доля больных с ДеЗ при наличии в структуре ААПЗ и АААОС значительно выше, чем при ААНИ, когда она практически отсутствует ($2\bar{I}=9,91$; $P \leq 0,05$). У больных АЗ с ОПГМ частота лиц с ТрЛ также преобладает при ААПЗ и АААОС, а при ААНИ она почти не наблюдается ($2\bar{I}=14,91$; $P \leq 0,01$). В этой группе ДеЗ чаще встречается при наличии АААОС ($2\bar{I}=14,4$; $P \leq 0,001$), а ТрЛ – при ААПЗ ($2\bar{I}=8,8$; $P \leq 0,05$) и АААОС ($2\bar{I}=15,8$; $P \leq 0,001$), чем при их отсутствии. При ЛА среди лиц с АААОС доля больных с повышенным УН также выше, чем среди пациентов без АААОС ($2\bar{I}=8,5$; $P \leq 0,05$).

Анализ зависимости средних психологических показателей от ССАА показал, что в обобщенной группе *при однокомпонентной АА* значительно более выражена ДеЗ, чем при отсутствии АА ($48,1 \pm 0,7$; $44,3 \pm 1,7$; $P \leq 0,05$).

У больных ЛА *сексуальные и неврастеноподобные расстройства* максимальны, значительно выше, чем при ее отсутствии и двухкомпонентной АА ($23,5 \pm 2,3$; $10,3 \pm 3,3$; $16,0 \pm 2,6$; $P \leq 0,01$ и $P \leq 0,05$; $39,7 \pm 3,1$; $26,6 \pm 3,1$; $P \leq 0,01$), а депрессивные – чем при более сложной структуре ($32,0 \pm 2,8$; $23,1 \pm 7,7$; $P \leq 0,05$).

У больных АЗ с ОПГМ выраженность ипохондрических расстройств при однокомпонентной АА выше, чем при ее отсутствии ($48,1 \pm 0,7$; $44,3 \pm 1,7$; $P \leq 0,05$), а ТрС ниже, чем при более сложной структуре ($40,6 \pm 1,2$; $46,0 \pm 1,5$; $45,2 \pm 2,0$; $P \leq 0,01$ и $P \leq 0,05$).

Таблица 2. Средние величины психологических показателей в зависимости от наличия различных видов АА в ее структуре у больных люцидным алкоголизмом

| Психологические показатели | Алкогольная анозогнозия | Виды АА | | | |
|---------------------------------|-------------------------|----------------|-----------|-----------|-------------------------|
| | | В структуре АА | | | При однокомпонентной АА |
| | | ААНИ | ААПЗ | АААОС | ААНИ |
| Депрессивные расстройства | Нет | 33,1±2,6 | | | |
| | Есть | 24,9*±2,7 | | | |
| Нарушения сна | Нет | | 41,3±4,3 | | |
| | Есть | | 31,9*±2,2 | | |
| Истероподобные расстройства | Нет | 35,8±2,4 | | | |
| | Есть | 27,6*±2,7 | | | |
| Неврастеноподобные расстройства | Нет | 38,5±2,8 | | | |
| | Есть | 25,8**±2,7 | | | |
| Навязчивости | Нет | | | | 16,6±2,0 |
| | Есть | | | | 8,4*±2,6 |
| Ипохондрические расстройства | Нет | | | | 18,1±2,7 |
| | Есть | | | | 3,8**3,8 |
| Психастеноподобные расстройства | Нет | 28,5±2,5 | | | |
| | Есть | 18,6**±2,7 | | | |
| Соматические расстройства | Нет | | | 14,9±1,1 | |
| | Есть | | | 19,5*±2,1 | |
| Общая невротичность в % | Нет | 22,7±1,4 | | | |
| | Есть | 18,0*±1,7 | | | |
| Депрессия Зунге | Нет | 47,8±1,1 | | | 48,1±1,2 |
| | Есть | 44,8*±1,0 | | | 39,8*±2,3 |

Примечание. Приводятся только значимые величины средних * – с $P \leq 0,05$; ** – с $P \leq 0,01$; † – тенденция, близкая к достоверной.

Таблица 3. Средние величины разных видов АА и ССАА в зависимости от уровня психологических показателей

| Группы больных | Психологические показатели | Уровень | Виды АА | | | ССАА |
|----------------|----------------------------|---------|------------|--------------|-------------|--------------|
| | | | ААНИ | ААПЗ | АААОС | |
| АЗ | Ситуативная тревога | Низкий | | | 1,19±0,06 | |
| | | Средний | | | 1,39**±0,03 | |
| | | Высокий | | | 1,40**±0,05 | |
| ЛА | Уровень невротичности | Низкий | 1,54±0,10 | | | |
| | | Средний | 1,41±0,06 | | | |
| | | Высокий | 1,27*±0,08 | | | |
| | Личностная тревожность | Низкий | | 2,00±0,0 | 1,00±0,0 | |
| | | Средний | | 1,78***±0,06 | 1,22**±0,06 | |
| | | Высокий | | 1,75***±0,05 | 1,34**±0,06 | |
| | Депрессия Зунге | Низкий | 1,49±0,06 | | | 1,58±0,09 |
| | | Средний | 1,27*±0,07 | | | 1,14***±0,10 |
| | | Высокий | 1,13*±0,12 | | | 1,00**±0,19 |
| АЗ с ОПГМ | Личностная тревожность | Низкий | 1,20±0,20 | 1,40±0,24 | 1,80±0,20 | |
| | | Средний | 1,26±0,06 | 1,83*±0,06 | 1,45±0,07 | |
| | | Высокий | *1,44±0,06 | 1,74±0,05 | 1,63±0,06 | |
| | Депрессия Зунге | Низкий | | | 1,49±0,06 | 1,55±0,10 |
| | | Средний | | | 1,69*±0,08 | 1,94*±0,16 |
| | | Высокий | | | 1,57±0,14 | 1,50±0,17 |

Примечание. Приводятся только значения средних, достоверно отличающиеся от соответствующих значений у больных с низким (справа) и средним (слева) уровнем соответствующих показателей с $P \leq 0,05$; ** – с $P \leq 0,01$.

Таблица 4. Распределение частот отдельных компонентов АА и ССАА (в %) в зависимости от уровня ситуативной тревоги

| Группы больных | | АЗ | | | АЗ с ОПГМ | | |
|-----------------------------|---|--------|---------|---------|-----------|---------|---------|
| Уровень ситуативной тревоги | | Низкий | Средний | Высокий | Низкий | Средний | Высокий |
| АААОС | | 14,8 | 37** | 39,6** | 36,4 | 56,7 | 38,6 |
| ССАА | 0 | 8,5 | 8,5 | 5* | 11,1 | 14,6 | 0* |
| | 1 | 44,4 | 44,4 | 47,5 | 55,6 | 37,5 | 41,9 |
| | 2 | 35,4 | 35,4 | 35,6 | 22,2 | 33,3 | 41,9 |
| | 3 | 11,6 | 11,6 | 11,9 | 11,1 | 14,6 | 16,1 |

Условные обозначения. Здесь и далее в табл. 6 знаком * отмечены значения частот, достоверно отличающиеся от соответствующих значений у больных с низким уровнем соответствующих показателей с $P \leq 0,05$; ** - с $P \leq 0,01$.

Таблица 5. Распределение частот отдельных компонентов АА и средней ССАА (в %), среднее количество компонентов ССАА в зависимости от уровня личностной тревожности

| Группы больных | | С ОПГМ | | |
|--------------------------------|-------|---------|---------|----------|
| Уровень личностной тревожности | | Низкий | Средний | Высокий |
| ААНИ | | 20 | 16,7 | 39,6* |
| АААОС | | 80 | 30 | 58,5* |
| ССАА | 0 | 0 | 13,3 | 7,5 |
| | 1 | 60 | 46,7 | 35,8 |
| | 2 | 40 | 36,7 | 34 |
| | 3 | 0 | 3,3 | 22,6* |
| ССАА | (M±m) | 1,4±0,2 | 1,3±0,1 | 1,7*±0,1 |

Условные обозначения. Знаком * отмечены значения частот и средних, достоверно отличающиеся от соответствующих значений у больных со средним уровнем личностной тревожности.

Таблица 6. Распределение частот отдельных компонентов АА (в %) и средняя ССАА в зависимости от уровня депрессии по опроснику Зунге

| Группы испытуемых | Уровень депрессии по Зунге | Показатели АА | | | | |
|-------------------|----------------------------|----------------------|------|------|-------|-----------|
| | | ССАА при поступлении | | | | |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | M±m |
| АЗ без ОПГМ | Низкий | 7,4 | 38,2 | 41,2 | 13,2 | 1,6±0,1 |
| | Легкий | 12,5 | 59,4 | 28,1 | 0 | 1,2**±0,1 |
| | Средний | 14,3 | 71,4 | 14,3 | 0 | 1,0±0,2 |
| | Высокий | 0 | 100 | 0 | 0 | 1,0±0,0 |
| АЗ с ОПГМ | Низкий | 12,2 | 44,9 | 34,7 | 8,2 | 1,4±0,1 |
| | Легкий | 7,4 | 25,9 | 37 | 29,6* | 1,9*±0,2 |
| | Средний | 0 | 58,3 | 33,3 | 8,3 | 1,5±0,2 |

Таблица 7. Зависимость частот психологических показателей от вида АА при однокомпонентной АА

| Группы больных | Психологические показатели | Уровень | Вид АА | | | Всего |
|----------------|----------------------------|---------|-------------|--------------|-------------|-------|
| | | | ААНИ | ААПЗ | АААОС | |
| АЗ | Депрессия Зунге | Низкий | 13 (13,8 %) | 65 (69,1 %) | 16 (17,0 %) | 94 |
| | | Средний | 1 (1,9 %) | 39 (73,6 %) | 13 (24,5 %) | 53 |
| | | Высокий | 1 (5 %) | 12 (60 %) | 7 (35 %) | 20 |
| АЗ с ОПГМ | Личностная тревожность | Низкий | 0 | 0 | 3 (100 %) | 3 |
| | | Средний | 0 | 17 (94,4 %) | 1 (5,5 %) | 18 |
| | | Высокий | 2 (7,7 %) | 14 (53,85 %) | 10 (38,5 %) | 26 |

Примечание. Приводятся только значения частот, кривые распределения уровней которых достоверно отличаются по критерию 2 .

Обсуждение

При интерпретации данных особого внимания заслуживают результаты корреляционного анализа, оперирующего индивидуальными показателями. Анализ сравнения средних по критерию Стьюдента и распределения частот по критериям Фишера и χ^2 , имеющим дело с усредненными и сгруппированными показателями, дополняет и уточняет эти результаты.

Комплексный анализ данных показал, что при ЛА наличие ААНИ сопровождается низкими значениями ДеЗ и НПР как по обобщенным показателям (ОН и УН), так и отдельных проявлений (депрессивные, ипохондрические, истеро-, неврастено- и психастеноподобные расстройства, беспокойство-напряжение, нарушения сна, навязчивости). ААПЗ сопутствуют менее выраженные нарушения сна и ТрЛ. Для АААОС характерны большая выраженность ТрЛ и наличие соматических расстройств. Чем сложнее структура АА, тем менее выражены и реже депрессивные и неврастеноподобные расстройства, ТрС, но чаще встречается ТрЛ.

При АЗ с ОПГМ для ААНИ характерны более высокая ТрС, чаще встречается высокая ТрЛ, чем при ее отсутствии (но реже, чем при ААПЗ и АААОС, сопровождающихся более частой ТрЛ). Более сложной структуре АА соответствуют большая выраженность и частота ТрС, ТрЛ и реже наблюдается ДеЗ.

Наиболее интересен обратный характер связи выраженности ДеЗ и НПР с наличием ААНИ у больных ЛА – при недостаточной информированности эта симптоматика менее выражена. У достаточно информированных лиц эти расстройства значительно выраженнее, что соответствует клиническим наблюдениям и литературным данным о появлении либо обострении ЭР и НПР на этапе становления ремиссии при преодолении АА, что является одной из основных задач ПТ на этом этапе. То есть при АЗ, не осложненной ОПГМ, в начальной стадии заболевания ААНИ может выступать в роли одного из факторов, стабилизирующих эмоциональный гомеостаз больных.

По мере прогрессирования АЗ эту функцию выполняют механизмы психологической защиты, хотя и не так успешно. Обратная зависимость выраженности нарушений сна от ААПЗ подтверждает данные о том, что преодоление ААПЗ (как и ААНИИ) в процессе ПТ может провоцировать появление этих нарушений. Такая дестабилизация психологического состояния позволяет мобилизовать резервный эмоциональный потенциал пациента для более активного со- владения с болезнью.

При АЗ с ОПГМ выраженность ЭР и НПР связана скорее с первичным фактором алкогольно-токсического поражения мозга, проявляющимся в АА вследствие алкогольно-органического снижения личности и в более сложной структуре АА. Особенно это касается ТрЛ как более стабильной,

личностной характеристики, наблюдаемой у больных АЗ с ОПГМ со сложной структурой АА, когда отмечается ее прямая связь со всеми видами АА, тогда как у пациентов с ЛА ТрЛ выше при АААОС и ниже при ААПЗ.

Таким образом, разные варианты (этапы) АА сопровождаются своими характерными особенностями эмоциональных и невротоподобных расстройств, которые, как и АА, находятся в параллельной зависимости от степени мозгового поражения (что показано проведенными ранее нейropsychологическими исследованиями). Можно предположить, что органический фактор играет важную роль не только в формировании, но и в синхронизации динамики клинических и психологических проявлений АЗ.

Выводы

1. Выявлена зависимость выраженности (частоты) эмоциональных и невротоподобных расстройств от алкогольной анозогнозии, причем характер этой зависимости связан не столько со сложностью ее структуры, сколько с преобладанием в ней того или иного варианта АА и степенью органического поражения ГМ.

2. При алкоголизме без указаний на ОПГМ у больных с АА вследствие недостаточной информированности менее (чем у достаточно информированных лиц) выражены депрессивные и невротоподобные расстройства, при АА ПЗ – нарушения сна и личностная тревожность. АААОС сопровождается большей выраженностью личностной тревожности и соматических расстройств.

3. У пациентов с наличием ОПГМ при ААНИ отмечаются более выраженные (чем при ее отсутствии) ситуативная тревога и личностная тревожность, хотя при ААПЗ и АААОС последняя встречается чаще, чем при ААНИ.

4. При АЗ, не осложненной ОПГМ, недостаточная информированность является одним из факторов, поддерживающих эмоциональный гомеостаз больных. По мере прогрессирования заболевания эта функция, хотя и менее успешно, выполняется механизмами психологической защиты.

5. Дестабилизация психологического состояния на ранних этапах становления ремиссии, связанная с преодолением АА вследствие недостаточной информированности и психологической защиты, позволяет мобилизовать резервный эмоциональный потенциал больного для более активного со- владения с болезнью.

6. При АЗ с ОПГМ выраженность эмоциональных и невротоподобных расстройств, особенно личностной тревожности как более стабильной характеристики, связана скорее с первичным фактором алкогольно-токсического поражения ГМ.

7. Можно предположить, что органический фактор играет важную роль не только в формировании, но и в синхронизации динамики клинических и психологических проявлений АЗ.

Литература

1. Балашова Т.Н. Психологическая структура аффективных расстройств при алкоголизме. Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – Л. – 1987. – 24 с.
2. Балашова Т.Н., Цыцарев С.В. Методика исследования больных самооценки эмоционального состояния диагностика при нервно-психических психосоматических заболеваниях. – Л. – 1985. – С. 55–57.
3. Бокий И.В., Лапин И.П. Алкогольный абстинентный синдром. – Л. – 1976. – 119 с.
4. Будик А.М., Корабельникова Е.А. Тревога как клиничко-психофизиологический феномен. – Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. – 2008. – № 4. – С. 73–75.
5. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение. – СПб. – Изд-во ин-та им. В.М. Бехтерева. – 1996. – С. 7–37.
6. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Балашова Т.Н. Клиничко-психологические особенности ремиссий при алкоголизме. Психологические исследования и психотерапия в наркологии. – Л. – Изд-во ин-та им. В.М. Бехтерева. – 1989. – С. 16–31.
7. Закс Л. Статистическое оценивание. – М. – Статистика, 1976. – С. 444–447.
8. Рыбакова Т.Г., Балашова Т.Н. Клиничко-психологическая характеристика и диагностика аффективных расстройств при алкоголизме: Методические рекомендации. Ленинградский НИИ им. В.М.Бехтерева. – Л. – 1988. – 17 с.
- Рыбакова Т.Г. Значение преодоления алкогольной анозогнозии в профилактике рецидивов. – Т.Г. Рыбакова. Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях: Сб. научных трудов. – СПб. – 1991. – С. 14–25.
9. Тархан А.У. Роль дефицитарности левого и правого полушарий головного мозга в развитии алкогольной анозогнозии. – Вопросы наркологии. – 2007. – № 6. – С. 15–21.
10. Тархан А.У. Нейропсихология эмоциональных расстройств при алкогольной зависимости. – Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. – 2010. – №4. – С.30–34.
11. Тархан А.У. Роль минимальной мозговой дефицитарности в развитии неврозоподобных расстройств при алкогольной зависимости. – Психическое здоровье. – 2011. – №7. – С.79–86.
12. Тер-Багдасарян Л.П. Исследование динамики клинических и психологических характеристик больных невротами в процессе групповой психотерапии (в связи с задачами оценки ее эффективности и прогноза). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Л. – 1990. – 21 с.
13. Трусова А.В. Когнитивная и мотивационная структура неврозоподобных расстройств у больных алкогольной зависимостью (в связи с задачами краткосрочной групповой психотерапии): Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – СПб. – 2005. – 26 с.
14. Ханин Ю.Л. Психология общения в спорте. – М., Физкультура и спорт. – 1980. – 280 с.
15. Aleksandrowicz J.W., Bierzynski K., Filipiak J. et al. Kwestionariusze objawowe «S» I «O» – narzeoazia sluzace do diagnoze i opisue zaburzen nerwicowych. Psychoterapia, XXXVII. – 1981. – Krakow czerwiec. – P. 11–27.
16. Zung W.K. A self-rating depression scale. Arch. Gen. Psychiat. – 1965. – № 12. – P. 63–70.

Сведения об авторах

Тархан Александра Усеиновна – к.м.н., научный сотрудник отделения лечения алкоголизма НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Ерошин Сергей Петрович – к.м.н., старший научный сотрудник отделения лечения алкоголизма НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: eroshin_sp@mail.ru.

Незнанов Николай Григорьевич – д.м.н., профессор, директор НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: sp-binst@bekhterev.ru.

Зубова Елена Юрьевна – д.м.н., гл. специалист по подготовке кадров НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: nitella7@mail.ru.

Попов Юрий Васильевич – д.м.н., профессор, руководитель отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Чехлатый Евгений Иванович – д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: chekhlaty@mail.ru

Семенова Наталья Владимировна – д.м.н., руководитель организационно-методического отделения НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Рыбакова Ксения Валерьевна – к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом. E-mail: ksenia@med122.com

Клинико-этологический подход к объективизации дифференциальной диагностики аутистических расстройств у детей

Хайретдинов О.З.¹, Макаров И.В.²

¹ СПбГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина».

² ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева».

Резюме. В статье приводятся результаты клинико-этологического исследования невербального поведения при аутистических расстройствах детского возраста. Выделены как общие, неспецифические клинико-этологические признаки, так и преобладающие, относительно специфичные для синдромов Каннера и Аспергера, аутистических расстройств при ранней детской шизофрении и резидуально-органических поражениях головного мозга, умственной отсталости с аутистическим поведением. Проведена сравнительная оценка некоторых скрининговых тестов и оценочных шкал детского аутизма. Приведены обоснования составления клинико-этологической шкалы дифференциации детского аутизма.

Ключевые слова: клинико-этологический, невербальное поведение, аутистические расстройства, синдром Каннера, синдром Аспергера, ранняя детская шизофрения, резидуально-органическое поражение головного мозга, умственная отсталость, оценочная шкала.

Clinical-ethological approach to the objectification of the differential diagnosis of autism spectrum disorders in children

Khairatdinov O.Z.¹, Makarov I.V.²

¹ St. Petersburg S.S. Mnuhin Medical rehabilitation center «Child psychiatry».

² St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

Summary. In clause results clinical-ethological researches of nonverbal behavior are resulted at autism spectrum disorders in children. Are allocated as the general, nonspecific clinical-ethological attributes and prevailing, rather specific to Kanner's syndrome and Asperger syndrome, autistic disorders in early childhood schizophrenia and residual-organic brain damage, mental retardation with autistic behavior. A comparative evaluation of some screening tests and rating scales infantile autism. Provide evidence for making clinical and ethological scale differentiation of infantile autism.

Key words: clinical-ethological, nonverbal behavior, autistic disorder, Kanner's syndrome, Asperger syndrome, early childhood schizophrenia, residual-organic brain damage, mental retardation, rating scale.

Расстройства аутистического спектра (РАС) включают в себя ряд клинико-нозологических форм: синдромы Каннера (Kanner L., 1943) и Аспергера (Asperger H., 1944), органический (Мнухин С.С., 1947) и атипичный аутизм. Недостаточно определенные рамки «атипичного аутизма» в МКБ-10 или «первазивных расстройств развития без дополнительных уточнений» (PDD NOS) в DSM-IV включают неоднородные клинико-нозологические состояния (Тиганов А.С., Башина В.М., 2005; Симашкова Н.В., 2006; Volkmar F.R. et al., 2005) [6, 7, 9, 10, 16]. Наиболее распространенными клиническими вариантами аутистических расстройств в составе данной диагностической категории, помимо умственной отсталости с аутистическим поведением, являются состояния с фенотипически приближенной к синдрому Каннера симптоматикой при ранней детской шизофрении и органическом поражении головного мозга. Пациенты именно этой группы вызывают чаще всего диагностические расхождения между специалистами и представителями различных школ отечественной детской психиатрии, а также во многом определяют различия статистических показателей распространенности аутистических

расстройств в разных регионах [1–3, 6, 7, 9, 10]. Дифференциация их затруднена в связи с возрастом детей, сложностью клинической картины и облигатно нарушенным контактом с пациентом, что повышает значимость изучения невербального поведения (НП) и исследований по объективизации диагностики.

Пожалуй, первой попыткой стандартизации и повышения достоверности диагностики явилось появление DSM-III в 1980 г., где был применен **категориальный подход** с *операциональными критериями* для каждого расстройства. При этом недостатками категориального диагноза являются представление о психических расстройствах как о «дискретных» диагностических единицах, а также увеличение числа диагнозов из рубрики «без дальнейшего уточнения» (БДУ), «подпороговых» расстройств (состояний, не отвечающих всем критериям конкретного расстройства) [8, 16, 17]. Применительно к РАС в полной мере указанное относится к диагностической категории «атипичного аутизма» (МКБ-10) или PDD NOS (DSM-IV). В последние годы ведутся оживленные дискуссии о применении методов «**прототипического со-**

ответствия», объединяющего диагностические критерии в стандартные *прототипы* психических заболеваний, «**контекстуального точного диагноза»,** использующего технологии моментальной оценки, а также «доменов исследовательских критериев» (RDoC) [5, 8, 17, 19, 20, 21]. Упоминается, что подобный подход можно использовать для изучения исполнительных функций у детей при различных психических нарушениях, включая PAC, с целью «обнаружения этиологически разнородных расстройств внутри существующих синдромов» [20, 21].

Разнообразие клинических проявлений детского аутизма и их описаний обусловили множество попыток выделения основных симптомов, «опорных пунктов диагностики», например, диагностический перечень L.Wing. Неотъемлемыми инструментами стандартизации и объективизации диагностики являются оценочные (рейтинговые) шкалы, которые должны соответствовать требованиям максимальной информативности и надежности, достаточной различительной способности, доступности и краткости [11, 14].

Наиболее распространенными в практике и при проведении исследований являются CARS (Childhood Autism Rating Scale, Schopler et al., 1988), GARS (Gilliam Autism Rating Scale, Gilliam, 1995), CHAT (Checklist for Autism in Toddlers, Baron-Cohen et al., 1992; 1996), M-CHAT (The Modified Checklist for Autism in Toddlers, Robbins et al., 2001), ADI-R (Autism Diagnostic Interview-revised, Lord et al., 1994; 2003; 2007), ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule, Lord et al., 1989). В последние несколько лет опубликованы пересмотренные и модифицированные версии наиболее популярных скрининговых опросников и оценочных шкал: MCHAT-R/F (Robbins et al., 2009), CARS-2 (Schopler et al., 2010), ADOS-2 (Lord et al., 2012), GARS-3 (Gilliam, 2013) [9, 15, 18].

Кроме указанных инструментов сравнительно часто упоминаются в иностранной специальной литературе SCQ (The Social Communication Questionnaire, Rutter et al., 2003), ABC (The Autism Behavior Checklist, Krug et al., 2008), AQ-Adol (The Autism-Spectrum Quotient, adolescent version, Baron-Cohen et al., 2006), AQ-Child (children's version, Auyeung et al., 2008), CASD (Checklist for Autism Spectrum Disorder, Mayes, 2012) и др. Существуют шкалы и тесты, направленные на выявление и оценку выраженности синдрома Аспергера – GADS (The Gilliam Asperger's Disorder Scale, Gilliam, 2001), ASDS (The Asperger Syndrome Diagnostic Scale, Myles et al., 2001), CAST (The Childhood Asperger Syndrome Test, Scott et al., 2002), RAADS-R (Ritvo Autism Asperger's Diagnostic Scale, Ritvo et al., 2008) и др.

Перечисленные диагностические инструменты различаются в связи с задачами применения (скрининг, количественная оценка симптомов; клиническая практика или исследования), необходимому времени для заполнения (от 5–10 минут до 1,5–2,5 часа), возрасту пациентов (от 18 месяцев до 16 и более лет), адресатам (врачи,

психологи, педагоги, родители). Степень согласованности различных оценочных шкал между собой и с диагностическими критериями DSM-IV, DSM-V и МКБ-10 варьирует в значительных пределах для различных диагностических категорий – синдромов Каннера и Аспергера, атипичного аутизма (PDD NOS) [15]. В исследовании А.Ф. Шапошниковой [13] тестирование с помощью шкалы CARS показало наличие умеренных и выраженных расстройств аутистического спектра у 100 % детей с детским аутизмом (F84.0), 92 % случаев с атипичным аутизмом (F84.1), 55 % при синдроме Аспергера (F84.5), в половине случаев в диагностической группе «другое общее расстройство развития» (F84.8), у 38 % больных детским типом шизофрении (F20.8) и у 35 % детей с шизотипическим расстройством (F21). В проведенном нами анализе (Хайретдинов О.З., 2007; 2011; Хайретдинов О.З., Носачев Г.Н., 2013) при сопоставлении результатов применения различных шкал также обнаружены различия в оценке степени расстройств. В частности, согласованность оценочных показателей по шкалам CARS и GARS выше в случаях синдрома Каннера и ниже – при атипичном аутизме и синдроме Аспергера.

В доступных нам литературных источниках нам не удалось обнаружить опросники и шкалы, способствующие решению задач дифференциальной диагностики клинических вариантов внутри группы расстройств аутистического спектра.

Для объективизации и стандартизации диагностики аутистических расстройств у детей нами использован клинико-этиологический метод (Самохвалов В.П., 1984; Корнетов А.Н. с соавт., 1990), включающий фиксацию и анализ признаков НП в виде элементов двигательных актов, простых комплексов поведения и сложных поведенческих форм [4, 12].

Целью настоящего исследования было выделение клинико-этиологических признаков основных вариантов аутистических расстройств у детей для составления дифференциально-диагностического перечня (шкалы).

Материал и методы

Клинико-психопатологическое исследование и изучение особенностей НП проведено у 215 детей (40 девочек и 175 мальчиков, соотношение 1:4,4), в клинической картине заболевания которых наблюдались аутистические расстройства, соответствовавшие диагностическим критериям детского аутизма (F84.0), атипичного аутизма (F84.1), синдрома Аспергера (F84.5), детского типа шизофрении (F20.8X3) по МКБ-10. Исследования проводились на базе детского отделения ГБУЗ «Самарская психиатрическая больница» с 1997 по 2012 г. и СПбГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина» в 2013–2014 гг.

Было сформировано пять клинико-нозологических групп пациентов: 1) с синдромом Каннера – 38 (29 мальчиков и 9 девочек); 2) с синдромом

Аспергера – 31 (26 мальчиков и 5 девочек); 3) с **аутистическими расстройствами** при ранней детской шизофрении с манифестацией до 5 лет-него возраста – 29 (22 мальчика и 7 девочек); 4) с **аутистическими расстройствами** при резидуально-органических поражениях головного мозга – 44 (38 мальчиков и 6 девочек); 5) с умственной отсталостью с аутистическим поведением – 73 (60 мальчиков и 13 девочек).

Исследование НП поведения детей с аутистическими расстройствами проводилось в стандартных условиях лечебно-профилактических учреждений в неизменной обстановке кабинета, а также при контакте со специалистами, персоналом, детьми и родственниками. Признаки НП фиксировались по составленной клинко-этиологической карте обследования в течение 45–60 минут. Изучались особенности глазного контакта, мимики, жестикуляции, позы и проксемики, характеристики, моторики (в том числе моторных стереотипий), походки, особенностей игры, невербальных характеристик речи, ритуальные действия (общее количество признаков – 150). Кроме того, отдельные признаки НП и клинические характеристики состояния больных оценивались ретроспективно в ходе бесед с родителями и изучения медицинской документации.

Клинко-катамнестический анализ осуществлялся в отношении 74 больных (34,4 %) продолжительностью от 1 до 9-ти лет в период с 2003 по 2012 г. Статистическая обработка результатов производилась методом Kruskal-Wallis ANOVA для непараметрического сравнения трех и более независимых (несвязанных) групп, а также определением критерия χ^2 – Пирсона ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

В результате проведенного исследования выделены как общие клинко-этиологические признаки, присущие пациентам всех изученных групп, так и специфические, характерные для детей с определенным клиническим вариантом аутистических расстройств.

Основным фокусом проведенного исследования было выделение специфических признаков НП, характерных для определенных клинических вариантов аутистических расстройств, для использования их с дифференциально-диагностической целью.

При синдроме Аспергера преобладали ($p < 0,001$) активное стремление пациентов к прекращению контакта при попытке вступить во взаимодействие с ними (93,5 %); достаточно сформированная разговорная речь (87,1 %); стремление педантично следовать нормам и правилам, поддерживать порядок (80,6 %); необычные и традиционные увлечения, носящие сверхценный характер (по 74,2 %); предпочтение контактов со взрослыми, монолог «взахлеб» и отдельные попытки имитации и неловкого подражания взрослым в выполнении домашних или профессиональных функций (по 67,7 %); «книжная», «взрослая» речь со стремле-

нием использовать специальную терминологию, штампованные фразы (61,3 %).

Для пациентов с синдромом Каннера в большей степени свойственны ($p < 0,001$) манипулирование предметами в виде пересыпания, верчения, перекалывания, постукивания (78,9 %); однообразные манипуляции с игрушками в отрыве от их предназначения (73,7 %); сосредоточенность на отдельных свойствах или частях предмета без целостного использования (63,2 %); жесткая привязанность социальных и бытовых навыков к определенной ситуации или человеку и длительное фиксирование внимания на малодинамичных явлениях (по 60,5 %); пластичность отдельных действий на фоне общей неловкости (39,5 %). Значительно чаще ($p < 0,001$), чем в оставшихся группах, при синдроме Каннера и в группах УО и РО наблюдались механическое использование руки взрослого в качестве инструмента (86,8 %); при СК и УО – отсутствие вопросов (81,6 %); при СК и РО – моторные стереотипии в виде взмахов, сгибания-разгибания рук в локтевых и плечевых суставах (63,2 %).

Для детей с аутистическими расстройствами при ранней детской шизофрении характерны бег по кругу или «от стены к стене», удары туловищем и головой по твердым поверхностям, парадоксальная жестикуляция (по 79,3 %); взгляд «мимо» человека или «рядом» с ним, крайне необычные, нетипичные, вычурные страхи (по 72,4 %); жесты (65,5 %) и мимические изменения, не связанные с происходящим в данный момент; смена мимических выражений без плавных переходов (по 58,6 %); неологизмы (65,5 %); манерная походка агрессивные жесты (62,1 %); активное отвержение глазного контакта в виде отворачивания, вскрикивания и закрывания лица руками при встрече с взглядом другого человека (55,2 %); несоответствие выражений разных областей лица, взгляд исподлобья и гротескность и причудливость размаха движений (по 34,5 %); прерывание начатого действия, застывания, замирания (31 %); гримасы, негативизм и требования участия окружающих в выполнении ритуалов (по 41,4 %); речь нарcapeв, растягивание слов и эпизоды субступора (по 27,6 %); эхомимия и непрерывный глазной контакт (по 24,1 %); немигающий взгляд (20,7 %).

При **аутистических расстройствах** в рамках резидуально-органических поражений головного мозга чаще отмечались признаки атипичии ($p < 0,001$): тенденция держаться рядом с родителем при стремлении уклоняться от попыток организовать взаимодействие с ним (47,7 %); в трети случаев – стремление к телесным контактам, объятиям (36,4 %), мимика смущения и неразборчивость контактов (по 31,8 %); у четверти пациентов – фрагментарные попытки к компенсации дефицита разговорной речи мимикой и жестами (22,7 %; $p < 0,01$); относительно сохраннный глазной контакт (15,9 %; $p < 0,05$), редкость взгляда «мимо» и «рядом» с собеседником (6,8 %). Некоторые особенности НП пациентов данной группы оказались сходными с признаками, характерными для син-

дрома Аспергера: попытки подражать взрослым в выполнении домашних или профессиональных функций (38,6 %); предпочтение контактов со взрослыми (31,8 %).

У многих пациентов с аутистическими расстройствами при резидуально-органических поражениях головного мозга отмечается метеолабильность и метеочувствительность, корреляция аутистических симптомов с интеркуррентными инфекционными заболеваниями и соматическим неблагополучием (так называемый феномен соматопсихического параллелизма).

При умственной отсталости с аутистическим поведением наряду с признаками более равномерного и тотального психического недоразвития, в сравнении с пациентами из других групп, обращали на себя внимание отдельные навыки, умения и способности существенно более высокого уровня (использование сложной бытовой техники и электронных гаджетов, конструирование, сбор мозаики и пазлов с большим количеством элементов, впечатляющая географическая и пространственная ориентировка и память, знание иностранных фраз при отсутствии сопоставимого лексикона на родном языке и т.п.). Из признаков невербального поведения наиболее часто наблюдались ($p < 0,001$) видимое пренебрежение реальной опасностью (75,3 %); отсутствие навыков пользоваться туалетом (65,8 %); отсутствие обращений с просьбой в какой бы то ни было форме (63,0 %); практически полное отсутствие разговорной речи без попыток компенсации мимикой и жестами (52,1 %). Чаще, чем в других группах, при УО и ДШ встречалось нецеленаправленное блуждание и полевое поведение (86,3 %); УО, ДШ и СК – отсутствие слежения за движениями находящегося рядом человека (61,6 %); УО и РО – простые патологические привычные действия (65,8 %).

Учитывая наблюдавшуюся положительную динамику показателей уровня интеллекта (до 30 и более баллов по WISC) у некоторых больных при условии смягчения коммуникативных нарушений и жесткости стереотипного поведения, можно сделать парадоксальный на первый взгляд вывод о более благоприятных прогностических ожиданиях у пациентов данной группы в сравнении с умственно отсталыми детьми без аутистических симптомов. Недооценка или игнорирование аутистических черт поведения, на наш взгляд, в ряде случаев может приводить к ошибочным решениям при определении прогноза, коррекционно-терапевтической стратегии, своевременного изменения образовательного маршрута и пр.

Выделенные преобладающие признаки НП в каждой обследованной группе, так же как и сравнительная редкость (атипичность) определенных проявлений, легли в основу составленного перечня (шкалы) дифференциальной диагностики аутистических расстройств у детей, публикация которой планируется после уточнения показателей валидности, надежности и чувствительности.

Наряду с признаками состояния пациентов в «поперечном разрезе» необходимо учитывать динамические дифференциально-диагностические критерии – прогрессивное, стационарное или регрессивное течение расстройств; феномены соматопсихического параллелизма или, напротив, балансирования; степень и качество ответа на осуществляемые терапевтические вмешательства и пр. Важно отметить, что феномен регресса навыков после периода относительно благополучного развития, как становится все более очевидным, не имеет нозоспецифического дифференциально-диагностического содержания, так как встречается в разных вариантах в большей или меньшей степени у многих детей с различными клиническими формами аутистических расстройств.

Заключение

Основными симптомами разных клинических вариантов аутистических расстройств у детей являются поведенческие нарушения. Клинико-этиологический метод является существенным дополнением к клинико-психопатологическому методу и позволяет выявлять и структурировать ряд дополнительных признаков НП в клинической картине детского аутизма.

Выявлены типологические особенности НП, относительно специфические для различных клинических вариантов аутистических расстройств у детей. Установленные различия могут служить основой для разработки дифференциально-диагностических критериев разграничения клинических вариантов аутистических расстройств, объединенных одной диагностической категорией в МКБ-10, но имеющих существенную специфику в лечебно-коррекционной тактике и различный прогноз. Использование оценочных шкал способствует стандартизации диагностики и дифференциальной диагностики, в том числе и внутри группы аутистических расстройств, объективизации динамики в процессе терапии, а также перспективно для определения прогностически значимых показателей и выявления корреляций с биологическими, генетическими и другими параметрами.

Литература

1. Башина В.М. Аутизм в детстве. – М.: Медицина. — 1999. – 240 с.
2. Воронков Б.В., Рубина Л.П. Актуальные вопросы дифференциальной диагностики аутизма. – СПб. — 2014. – 66 с.
3. Каган В.Е. Аутизм у детей. – Л.: Медицина. — 1981. – 208 с.
4. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А., Корнетов Н.А. Этология в психиатрии. – Киев: Здоровье. — 1990. – 216 с.
5. Крылов В.И. Клиническая психопатология и доказательная медицина (проблема методологии диагноза) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2011. – № 4. – С. 9–13.

6. Макаров И.В. Психозы у детей. – СПб: ЭЛБИ-СПб. — 2004. – 152 с.
7. Макаров И.В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. – СПб: Наука и Техника. — 2013. – 416 с.
8. Павличенко А.В. Настоящее и будущее диагноза в психиатрической практике (по материалам XXII Конгресса Европейской психиатрической ассоциации) // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2014. – № 6. – С. 11–18.
9. Паиковский В.Э., Макаров И.В., Софронов А.Г. Первазивные расстройства развития. – СПб: СЗГМУ им. И.И. Мечникова. — 2013. – 36 с.
10. Расстройства аутистического спектра у детей / Под ред. Н.В. Симашиковой. – М.: Авторская Академия. — 2013. – 264 с.
11. Салмина А.Б., Пичугина Ю.А., Сумароков А.А. Подходы к объективизации диагностики заболеваний аутистического спектра // Сибирское медицинское обозрение. – 2009. – № 3. – Т. 57. – С. 80–85.
12. Самохвалов В.П. Этологический метод и психиатрия (обзор) // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1984. – № 8. – С.288-293.
13. Шапошникова А.Ф. Скрининговая диагностика и динамический контроль детей с заболеваниями аутистического спектра с использованием рейтинговой шкалы для оценки детского аутизма // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – № 2. – С. 63–68.
14. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. Руководство для врачей и научных работников / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щенетовой. – М.: Антидор. — 2002. — 448 с.
15. Baird G. et al. A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6-year follow-up study // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 2000. – Vol. 39. – P. 694–702.
16. Huerta M., Bishop S.L., Duncan A., Hus V., Lord C. Application of DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder to Three Samples of Children With DSM-IV Diagnoses of Pervasive Developmental Disorders // Am. J. Psychiatry. – 2012. – Vol. 169. – P. 1056–1064.
17. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. World Psychiatry. – 2011. – Vol. 10. – P. 81–82.
18. Schopler E., Reichler R., De Vellis R., Daly K. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS) // J. Autism Devel. Dis. — 1980. — N 10. — P. 91–103.
19. van Os J. et al. Beyond DSM and ICD: introducing «precision diagnosis» for psychiatry using momentary assessment technology // World Psychiatry. – 2013. – Vol. 12. – P. 113–117.
20. Wakefield J.C. Are you as smart as a 4th grader? Why the prototype-similarity approach to diagnosis is a step backward for a scientific psychiatry // World Psychiatry. – 2012. – Vol. 11. – P. 27–28.
21. Westen et al. An empirically derived approach to the classification and diagnosis of mood disorders // World Psychiatry. – 2012. – Vol. 11. – P. 172–180.

Сведения об авторах

Хайретдинов Олег Замильевич – врач-психиатр организационно-методического отделения с консультативным приемом СПбГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина». E-mail: psycheas@rambler.ru

Макаров Игорь Владимирович – д-р мед. наук, руководитель отделения детской психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева, главный детский специалист-психиатр Минздрава в Северо-Западном федеральном округе. E-mail: ppsy@list.ru

Особенности психомоторного развития у детей с депривацией слуха

Юрьева Д.С., Пальчик А.Б.

Санкт-Петербургский государственный Педиатрический медицинский университет

Резюме. В условиях городского сурдологического центра амбулаторно обследовано 95 детей (61 мальчик, 34 девочки) в возрасте от 1 до 35 месяцев. Помимо рутинных сбора анамнеза и соматоневрологического осмотра проведено стандартное аудиологическое обследование, включавшее: исследование функции внутреннего уха (улитки) методом отоакустической эмиссии (ОАЭ); коротколатентные слуховые (стволовые) вызванные потенциалы (КСВП); импедансометрию с оценкой рефлексов со стремени (стапедальных рефлексов); субъективные методы (поведенческая аудиометрия). Моторное развитие детей было изучено с помощью шкалы моторного развития провинции Альберта — Alberta Infant Motor Scale (AIMS); психомоторное развитие оценивали Денверским скрининг-тестом Denver Developmental Screening Test (DDST) с определением состояния крупной моторики, тонкой моторно-адаптивной деятельности, речевого и индивидуального развития.

Наряду с этим использована шкала интеллектуального развития по Гриффитс — Griffiths Mental Development Scales (GMDS). Среди заболеваний нервной системы периода новорожденности преобладали легкая и среднетяжелая формы ГИЭ, в неврологическом статусе к моменту обследования ведущими были нарушения мышечного тонуса, среди нарушений слуха доминировала двусторонняя сенсоневральная тугоухость 4-й степени. Оценки детей по GMDS и DDST свидетельствуют о том, что задержка речевого развития диагностирована достоверно чаще, чем нарушение формирования локомоторных и индивидуально-социальных навыков, опыта и практической грамотности. Получена слабая положительная корреляционная связь между генетической природой снижения слуха и общим развитием ребенка; слабая отрицательная связь между степенью поражения головного мозга (ГИЭ), уровнем гипербилирубинемии в период новорожденности и показателями когнитивного, двигательного и речевого развития детей.

Ключевые слова: дети, депривация слуха, психомоторное развитие.

Features of Neurodevelopment in Children with Hearing Deprivation

Yurieva D.S., Palchik A.B.

State Paediatric Medical University, St. Petersburg

Summary. 95 children (34 girls and 61 boys) under 3 years old with confirmed degree or type of hearing loss were examined in Out-Patient Clinic for Children with Hearing and Speech Deprivation. All of them underwent routine somatoneurological examination as well as otoacoustic emissions (OAE) performed to evaluate cochlear functioning. The auditory function was estimated with auditory brainstem evoked response (ABR) audiometry – test of auditory brainstem function in response to auditory stimuli. Neurodevelopment dynamics was estimated with, Alberta Infant Motor Scale (AIMS), Denver Developmental Screening Test (DDST), Griffiths Mental Development Scales (GMDS).

Examined children were classified as follows: 35 infants had hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE) (1 stage – 18 babies, 2 stage – 17); stable hyperbilirubinaemia — 18 children; 50 babies were connexin positive. Auditory neuropathy was diagnosed in 14 children; from sensorineural hearing loss 1 level suffer 7 baby, SNHL 2 level – 11 baby, SNHL 3 level – 18 children, SNHL 4 level – 59 ones. Children with hearing deprivation had more frequent speech delay than locomotor, fine motor and eye-hand coordination, practical reasoning, performance detected by means of the DDST and GMDS. Spearman analysis showed mild positive correlation between connexin positive appearance and neurodevelopment, mild negative correlation between HIE stages, hyperbilirubinaemia level and motor, cognitive and speech development.

Key words: children, hearing deprivation, neurodevelopment

Расстройства нервной системы, речи и психики являются основной причиной инвалидизации и социальной дезадаптации детей [1, 2, 15].

В структуре этих поражений заметное место занимают болезни развития – нарушение формирования развивающихся функций. Среди причин нарушения психомоторного развития особую роль играют врожденные и приобретенные поражения

анализаторов – зрения и слуха. Нарушение слуха в детском возрасте представляет собой весьма значимую медико-социальную проблему, заключающуюся в возможных ограничениях жизнедеятельности, в частности, в области обучения, коммуникации и инклюзии детей в мире слышащих людей. Эпидемиологические исследования показывают, что распространенность снижения слуха у детей от средней до глубокой степени, включая сенсоневральную ту-

гоухость и кондуктивное снижение слуха, составляет до 6:1000, при этом 10 % детей имеют глубокую степень тугоухости [11, 17, 18]. Установлено, что больше, чем 440 миллионов детей по всему миру страдают от потери слуха выше 85 дБ, и их количество увеличивается до 800 миллионов, когда порог слуха опускается до 50 дБ [12, 16].

Цель исследования. Изучить особенности психомоторного и речевого развития детей раннего возраста, страдающих различными формами нарушения слуха, с помощью стандартных шкал оценки психомоторного развития.

Материалы и методы. В условиях городского сурдологического центра амбулаторно обследовано 95 детей (61 мальчик, 34 девочки) в возрасте от 1 до 35 месяцев. Из числа всех обследованных детей у 20 детей была проведена операция кохлеарной имплантации, из них у 4 бинаурально. 39 детям в зависимости от степени тяжести потери слуха и наличия сопутствующей патологии коррекция слуха была проведена с помощью слуховых аппаратов. Остальные дети не имели опыта ношения слуховых аппаратов или оперативной коррекции слуха (кохлеарная имплантация) в силу малого возраста на момент обследования или отсутствия показаний к данным вмешательствам. Критерии включения в исследование представляли: постменструальный возраст ребенка не более 36 месяцев на момент осмотра; двусторонняя или односторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость легкой/средней/тяжелой степени или глухота и/или наличие слуховой нейропатии, подтвержденное современными объективными методами аудиологического обследования; оценка психомоторного и речевого развития ребенка с помощью как минимум двух шкал из представленных ниже.

Помимо рутинных сбора анамнеза и соматоневрологического осмотра проведено стандартное аудиологическое обследование, включавшее: исследование функции внутреннего уха (улитки) методом отоакустической эмиссии (ОАЭ) [10]; коротколатентные слуховые (стволовые) вызванные потенциалы (КСВП) [9]; импедансометрию с оценкой рефлексов со стремени (стапедальных рефлексов); субъективные методы (поведенческая аудиометрия). Для уточнения этиологии возникновения тугоухости части детей проведено генетическое исследование с целью поиска мутаций в гене Коннексин-26 (GJB2 — gap junction protein, beta 2, 26kDa) [5].

Моторное развитие детей было изучено с помощью шкалы моторного развития провинции Альберта — Alberta Infant Motor Scale (AIMS) [13], позволяющей оценить локомоторную функцию ребенка от рождения до 18 месяцев в положении на животе, на спине, сидя и стоя. Психомоторное развитие оценивали Денверским скрининг-тестом Denver Developmental Screening Test (DDST) [6] с определением состояния крупной моторики, тонкой моторно-адаптивной деятельности, речевого и индивидуального развития. Наряду с этим использована шкала интеллектуального развития по Гриффитс — Griffiths Mental Development Scales

(GMDS)[4], которая позволяет в возрасте от рождения до восьми лет изучить локомоторные, персонально-социальные и речевые навыки, глазо-двигательную координацию, опыт и практическую грамотность ребенка (Dr. Yurieva Diana. Certificate of completed Course on Griffiths Mental Development Sales. Infant Scales: 0-2 years. GMDS-ER: 2-8 years, July 2013; Association for research in infant and child development). Полученные результаты обработаны с помощью пакета прикладных программ Statistica for Windows 10.0 с использованием непараметрических методов (критерий χ^2 ; ранговые корреляции по Спирмену).

Результаты

Данные перинатального анамнеза обследованных детей представлены в табл. 1.

Результаты клинико-лабораторного обследования младенцев в период новорожденности и в момент обследования представлены в табл. 2.

Таким образом, среди заболеваний нервной системы периода новорожденности преобладали легкая и среднетяжелая формы ГИЭ, в неврологическом статусе к моменту обследования ведущими были нарушения мышечного тонуса, среди нарушений слуха доминировала двусторонняя сенсоневральная тугоухость 4-й степени.

У 70 детей, оцененных с помощью шкалы AIMS, задержка моторного развития отмечена в 15 случаях (21,4 %). Использование GMDS у 65 младенцев показало задержку речевого развития у 43 детей (66 %), формирования локомоторных навыков — у 4 детей; индивидуально-социальных навыков у 4 детей; глазо-двигательной координации — у 8; опыта — у 15; практической грамотности у 1 ребенка. В совокупности оценки всех субшкал задержка развития диагностирована у 19 детей (29 %). DDST был проведен у всех 95 детей и показал задержку развития речи у 48 (49 %) детей, тонкой моторики у 9 детей, индивидуально-социального развития — у 10 детей, крупной моторики — у 11 детей. Статистический анализ показал, что среди обследованных детей доминировали дети, родившиеся от срочных родов ($\chi^2=46,51$; $p<0,0001$) с оценкой по Апгар 8 баллов через 1 минуту и 9 баллов через 5 минут ($\chi^2=12,8$; $p<0,0003$), с двусторонней тугоухостью 4 степени ($\chi^2=25,79$; $p<0,0001$).

Результаты оценки детей по GMDS свидетельствуют о том, что задержка речевого развития диагностирована достоверно чаще, чем нарушение формирования локомоторных и индивидуально-социальных навыков ($\chi^2=50,59$; $p<0,0001$), опыта ($\chi^2=24,41$; $p<0,0001$) и практической грамотности ($\chi^2=60,61$; $p<0,0001$). При этом, отклонения в показателях опыта отмечены достоверно чаще, чем нарушения формирования локомоторных и индивидуально-социальных навыков ($\chi^2=7,46$; $p=0,0062$), а также практической грамотности ($\chi^2=13,97$; $p=0,0002$). Подобный анализ показателей DDST демонстрирует достоверное преобладание отклонений в речевом развитии над нарушениями тонкой и крупной моторики, а

Таблица 1. Характеристика перинатального периода у обследованных детей

| Показатель | n | | X (xmin – xmax) | | | | | |
|---|---------------------------------------|----|-----------------|----|-------|----|------|------------------|
| Пол | Возраст на момент обследования (мес.) | | | | | | | |
| мальчики | 59 | | | | | | | 13.0 (1.5- 35.0) |
| девочки | 36 | | | | | | | 10.7 (1.0 -31.0) |
| Течение беременности | | | | | | | | |
| Возраст матери, годы | < 20 | | 20–28 | | 29–35 | | > 35 | |
| | 2 | | 35 | | 48 | | 10 | |
| Беременность по счету | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 34 | 21 | 19 | 12 | 5 | 1 | 3 | |
| Прерывание предыдущих беременностей | 38 | | | | | | | |
| Токсикозы и гестозы настоящей беременности | 77 | | | | | | | |
| Угрозы прерывания настоящей беременности | 53 | | | | | | | |
| Патология беременности | 87 | | | | | | | |
| Инфекционные заболевания матери во время беременности | 18 | | | | | | | |
| цитомегаловирус | 6 | | | | | | | |
| краснуха | 1 | | | | | | | |
| токсоплазма | 4 | | | | | | | |
| вирус простого герпеса | 3 | | | | | | | |
| хронический вирусный гепатит С | 4 | | | | | | | |
| Течение родов | | | | | | | | |
| из двойни | 5 | | | | | | | |
| кесарево сечение | 18 | | | | | | | |
| срок родов, недели | | | | | | | | |
| менее 31 | 12 | | | | | | | |
| 31–35 | 3 | | | | | | | |
| 36–38 | 9 | | | | | | | |
| 39–42 | 71 | | | | | | | |
| масса тела при рождении, г | | | | | | | | |
| менее 1000 | 5 | | | | | | | |
| 1001–1500 | 9 | | | | | | | |
| более 1500 | 84 | | | | | | | |
| оценка по шкале Апгар, баллы* | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | |
| через 1 мин. | 2 | 5 | 1 | 4 | 15 | 63 | 0 | |
| через 5 мин. | 0 | 1 | 3 | 4 | 5 | 20 | 57 | |
| ИВЛ | 13 | | | | | | | |
| Слабослышащие родители | 37 | | | | | | | |
| Ген коннексин — 26 | 50 | | | | | | | |

*Пятеро детей не оценены по шкале Апгар.

Таблица 2. Клиническая характеристика обследованных детей

| Показатель | N | | | |
|---|----|----|----|----|
| В период новорожденности | | | | |
| Стойкая гипербилирубинемия | 18 | | | |
| Билирубин > 240 мкмоль/л | 9 | | | |
| ГИЭ по Н.В. Sarnat и М.С. Sarnat | 35 | | | |
| 1-я степень | 18 | | | |
| 2-я степень | 17 | | | |
| Отклонения на нейросонографии | 21 | | | |
| вентрикулодилатация | 9 | | | |
| пери- интравентрикулярные кровоизлияния | 10 | | | |
| перивентрикулярная лейкомаляция | 7 | | | |
| На момент обследования | | | | |
| Сенсоневральная тугоухость | 95 | | | |
| степени | 1 | 2 | 3 | 4 |
| односторонняя | 1 | 1 | 1 | 0 |
| двухсторонняя | 6 | 10 | 17 | 59 |
| Слуховая нейропатия | 14 | | | |
| Отклонения в неврологическом статусе | 24 | | | |
| нарушения мышечного тонуса | 24 | | | |
| нарушения статико-локомоторной функции | 10 | | | |
| нарушения краниальной иннервации | | | | |
| асимметрия лица | 3 | | | |
| асимметрия глазных щелей | 21 | | | |
| сходящееся косоглазие | 9 | | | |
| горизонтальный нистагм | 1 | | | |
| девиация языка | 2 | | | |
| псевдобульбарный синдром | 1 | | | |

также индивидуально-социального развития детей ($\chi^2=33,65 - 38,12$; $p<0,0001$). Анализ ранговых корреляций по Спирмену показал наличие в общей выборке детей положительную слабую связь между генетической природой снижения слуха и общим развитием ребенка ($r=0,23$). Получена статистически значимая отрицательная слабая связь между степенью поражения головного мозга (ГИЭ), уровнем гипербилирубинемии в период новорожденности и показателями когнитивного, двигательного и речевого развития детей ($r=0,16 - 0,25$). При анализе данных речевого и моторного развития в нашем исследовании мы получили достоверную слабую связь между речевым и моторным развитием ($r=0,23 - 0,28$). Сравнение показателей стандартных шкал оценки развития детей выявило достоверную связь от умеренной до очень высокой между показателями субшкал внутри GMDS ($r=0,31 - 0,92$), умеренные достоверные связи между показателями локомоции и индивидуально-социальное развитие и слабую связь между показателями речи в шкалах DDST и GMDS ($r=0,26 - 0,38$). Также была обнаружена достоверная слабая связь между соответствующими локомоторными показателями AIMS, DDST и GMDS ($r=0,23$).

Выводы

1. У значительной части детей с сенсоневральной тугоухостью отмечена задержка формирования различных функций, среди которых закономерно преобладает задержка речевого развития.

2. Тотальная задержка развития (сочетание нарушения формирования речи, локомоторных навыков, индивидуально-социальных навыков, глазодвигательной координации, опыта, практической грамотности) выявлена почти у трети обследованных детей.

3. Обследование детей с депривацией слуха с помощью стандартных шкал психомоторного развития показало неравномерность развития различных функций, что является основанием для создания индивидуальных программ медико-социальной помощи этим детям.

4. Низкая взаимосвязь между показателями аналогичных субшкал различных опросников требует деликатного выбора диагностического аппарата для детей с депривацией слуха.

Обсуждение

Оценивая развитие детей с депривацией слуха, необходимо принимать во внимание, что пораже-

ние слухового анализатора может служить результатом различных патологических процессов или заболеваний и эти процессы сами по себе могут влиять на развитие ребенка. В связи с этим возникает проблема модифицирующих факторов, преодолеть которую возможно лишь с помощью крупных популяционных исследований и тонкого статистического анализа. В наших исследованиях не выявлено жестких взаимосвязей между характером течения перинатального периода, тяжестью заболевания в период новорожденности и показателями развития в раннем детском возрасте. Подобная картина может быть связана с рядом факторов. Во-первых, среди обследованных детей не было младенцев с тяжелой ГИЭ и гипербилирубинемией. Во-вторых, не исключено, что вследствие высокой пластичности нервной системы младенца раннее поражение мозга и анализаторов не приводит к существенному дефекту при указанных поражениях [3].

В нашем исследовании получены данные о наличии нарушений в речевом и моторном развитии у обследованных детей. И если расстройство речевой функции совершенно обосновано вследствие естественной роли слуха в формировании речи, то наличие проблем локомоции не совсем ясно. В некоторых исследованиях статистически значимой зависимости между снижением слуха и уровнем двигательного нарушения получено не было [19], в других источниках есть указания, что 30 % больных, имеющих сенсоневральные нарушения слуха страдают дополнительными расстройствами развития [7, 8, 14]. Показано, что когнитивные и двигательные нарушения оказались самыми частыми в совокупности с нарушениями слуха [18]. В связи с этим можно предположить, что отклонения в моторном развитии при нарушениях слуха обусловлены основной или сопутствующей неврологической патологией [19].

На основании проведенного исследования можно предположить, что наследуемый тип сенсоневральной тугоухости является более благоприятным, нежели приобретенный. Этот факт может быть интерпретирован тем, что дети с подтвержденным генетическим дефектом реже имели признаки поражения нервной системы и чаще рождались в срок, то есть имели меньше экзогенных факторов риска нарушения развития. Полученные результаты подтвердили многообразие вариантов развития детей с депривацией слуха, что является основой для развития индивидуальной, диагностически обоснованной помощи этим детям.

Литература

- Барашнев Ю.И., Розанов А.В., Волобуев Ф.И., Панов В.О. Недифференцированная патология нервной системы и роль аномалий развития мозга у детей в этом процессе // *Международный неврологический журнал* // 2006 – Т. 1. – С. 11–14. Barashnyov Yu.I., Rozanov A.V., Volobuev F.I., Panov V.O. [Undifferentiated damage of nervous system in children and developmental brain anomalies] *Международный неврологический журнал [Mezhdunarodny neurologicheskyy zhurnal – International Neurological Journal]* – 2006. – Vol. 1. – P. 11–14
1. Кориллов Е.А., Никифорова О.К., Жученко Н.А. Мониторинг врожденных пороков развития у новорожденных // *Рос. вестн. перинатол. и педиатр.* — 2000. — № 1. — С. 18–21. Korillov

- E.A., Nikiforova O.K., Zhuchenko N.A. [Monitoring of the inborn anomalies in neonates] *Российский вестник перинатологии и педиатрии* [Russian Revue of Perinatology and Pediatrics] – 2000. — № 1. — С. 18–21.
2. Пальчик А.Б. *Лекции по неврологии развития* – М., МЕДпрессинформ. – 2012. – 367 с. Palchik A.B. [Lectures on neurologii razvitiya — Lectures on Developmental Neurology] — M.MEDPressinform. – 2012. – 367 p.
 3. *A practitioner's guide to the Assessment of Mental Development in Infants and Young Children* (ed. P.Preston) – Hogrefe. – 2006.
 4. Denoyelle F., Marlin S., Weil D., Moatti L. et al. *Clinical feature of the prevalent form of childhood deafness, DFNB1, due to connexin-26 gene defect: implications for genetic counseling* // *Lancet*. – 1999. – Vol. 353 – P. 1298–1303.
 5. Frankenburg W.K., Dodds J.B. *The Denver developmental screening test* // *J Pediatr*. – 1967. – Vol. 71. – P. 181–191.
 6. Furnum H.M., Marshall D.H., Summerfield A.Q. *Epidemiology of the UK population of hearing impaired children, including characteristics of those with and without cochlear implants – audiology, aetiology, comorbidity and affluence* // *Int J Audiol*. – 2002. – Vol. 41. – P. 170–179.
 7. Hamzavi J., Baumgartner W.D., Egelierler B. et al. *Follow up of cochlear implanted handicapped children* // *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. — 2000. – Vol. 356. – P. 169–174.
 8. Jewett D.L., Williston J.S. *Auditory-evoked far fields averaged from the scalp of humans* // *Brain*. — 1971. – Vol. 94. – P. 681–696.
 9. Kemp D.T. *Stimulated acoustic emissions from within the human auditory system* // *J Acoustic Soc Am*. – 1978. – Vol. 64. – P. 1386–1391.
 10. Mehl A.L., Thomson V. *Newborn hearing screening: the great omission* // *Pediatrics*. – 1998. – Vol. 101. – P. 1–6.
 11. Newton V.E., Macharia I., Mugwe P., Ototo B., Kan S.W. *Evaluation of the use of a questionnaire to detect hearing loss in Kenyan pre-school children* // *Int J Pediatr Otolaryngol* -2001. – Vol. 57. — P. 229–334.
 12. Piper M.C., Darrah J. *Motor Assessment of the Developing Infant* — Philadelphia PA: W.B. Saunders. – 1994.
 13. Roberts C., Hindley P. *The assessment and treatment of deaf children with psychiatric disorders* // *J Child Psychol Psychiatry*. – 1999. – Vol. 40. – P. 151–167.
 14. Saugstad O.D. *Perinatal health in Europe: neonatal aspects. Proceedings of the 5-th World Congress of Perinatal Medicine*. — Barcelona. — 2001. — P. 1–4.
 15. Smith A.W., Hatcher J., Mackenzie U., Thompson S. et al. *Randomized controlled trial of treatment of chronic suppurative otitis media in Kenyan school children* // *Lancet*. – 1996. – Vol. 348. – P. 1128–1133.
 16. Sokol J., Hyde M. *Hearing screening* // *Pediatr. Rev.* — 2002. — Vol. 23. – P. 155–161.
 17. Windmill I.M. *Universal screening of infants for hearing loss: Further justification* // *J. Pediatr*. – 1998. – Vol. 133. — P. 318–319.
 18. Zwierzchowska A., Gawlik K., Grabara M. *Deafness and motor abilities level* // *Biology of Sport*. – 2008. — Vol. 25. – P. 263–274.

Сведения об авторах

Юрьева Диана Сергеевна — врач-невролог городского сурдологического центра, аспирант кафедры психоневрологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. E-mail: mrs.nerve@gmail.com

Пальчик Александр Бейнусович — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психоневрологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. E-mail: xander57@mail.ru

Анализ потребностей в психообразовательных и психореабилитационных программах семей детей с умственной отсталостью

Михейкина О.В.*, Макаров И.В.**

* ГАУЗ «Брянская областная психиатрическая больница № 1».

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

Резюме. Психообразовательные программы являются частью реабилитации семей, воспитывающих умственно отсталого ребенка. Их основная цель — это 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. В данном исследовании обсуждаются слабые и сильные стороны психообразовательных программ согласно отчетам родителей детей с умственной отсталостью.

Ключевые слова: умственная отсталость, дети, семья, психосоциальная реабилитация, психообразовательные программы.

Psychoeducational and psychorehabilitation needs analysis of families with mentally retarded children

Mikheykina O.V.*, Makarov I.V.**

* Bryansk Regional Psychiatric Hospital.

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

Summary. Family psychoeducation is an integral part of mental retardation rehabilitation programmes that are designed to increase medication compliance and effectiveness in coping with stressors. They are aimed at providing correct information about the diseases, treatments available and long term course and prognosis of the disease. In the present paper data of families' reports were analyzed and strengths and weaknesses discussed.

Key words: mental retardation, children, family, psychosocial rehabilitation, psychoeducation

Несмотря на достижения в области медицинских технологий, все еще существует убеждение о невозможности существенно изменить судьбу детей с умственной отсталостью. Необходимо отметить, что страдает качество жизни не только самого ребенка, но и его семьи и даже, в каком-то смысле, общества в целом. Реабилитацию таких пациентов, сокращение негативных последствий заболевания можно рассматривать как проблему общественного здоровья, исследованием которой занимаются специалисты различных стран в последние годы (Замский, Х.С., 1995; Малофеев Н.Н., Шматко Н.Д., 2001; Исаев Д.И., 2003; Макаров И.В., 2007, 2013; Mulick J.A., Kedesdy J.H., 1998; Horwitz S.M., Kerker B.D. et al., 2000; Maulik P.K., Harbour C.K., 2011). При этом одним из направлений реабилитации является психообразовательный процесс.

С целью изучения знаний о заболевании семей детей с умственной отсталостью, методах терапии, службах оказания специализированной помощи было проведено данное исследование.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие родители 100 детей с умственной отсталостью (шифр по МКБ-10 F70-72), обратившиеся за помощью в амбулаторное отделение Брянской областной психиатрической больницы в 2012-2013 годах. Возраст детей от 3 до 15 лет. Со-

отношение родителей детей с F70 – 61 %, с F71 – 29 %, с F72 – 10 %.

Был проведен опрос с помощью карты оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательных программ (Сальникова Л.И., Мовина Л.Г., 2002). Она включает в себя 16 вопросов, которые оцениваются по пятибалльной системе и могут быть дополнительно объединены в несколько блоков: 1 — готовность к сотрудничеству и участию в психотерапевтических мероприятиях, 2 — уровень знаний о заболевании ребенка, 3 — уровень информированности о методах лечения и о собственной роли в его проведении, 4 — знания о формах помощи и необходимость получения дополнительных сведений о месте и вариантах ее оказания.

Также был использован опросник CGSO-SF (краткая версия CGSQ) (Brennan A.M., 2007), дающий возможность оценить степень выраженности субъективного и объективного бремени, которое испытывают члены семьи умственно отсталого ребенка. Три блока вопросов, ответы на них оцениваются по пятибалльной шкале и охватывают период шести последних месяцев жизни семьи, отражают трудности в семейных отношениях, проблемы на работе, финансовые сложности, а также чувство вины, усталости, беспокойства, тревоги, возникающие у родителей.

Результаты. В ходе исследования были получены следующие средние баллы за ответы на вопросы о заболевании и психопрофилактической работе, проводимой с родителями умственно отсталых детей.

Известно ли Вам мнение других людей, дети которых страдают психическим расстройством: $-3,09 \pm 1,20$.

Желаете ли Вы общаться с родителями детей, страдающих психическим расстройством: $4,1 \pm 1,18$.

Желаете ли Вы обсуждать с другими родителями свой собственный опыт, связанный с болезнью Вашего ребенка: $3,68 \pm 1,51$.

Желаете ли Вы обсуждать опыт других родителей: $3,67 \pm 1,52$.

Как Вы оцениваете знания о том, что является причиной болезни вашего ребенка: $3,67 \pm 1,52$.

Как Вы оцениваете знания о психическом расстройстве вашего ребенка:

о симптомах болезни: $3,35 \pm 1,17$,

о течении заболевания: $3,42 \pm 1,2$,

о прогнозе: $3,11 \pm 1,15$.

Как Вы оцениваете свои знания о проявлениях, симптомах обострения болезни: $3,2 \pm 1,29$.

Как Вы оцениваете свои знания о способах предупреждения или смягчения симптомов обострения: $3,1 \pm 1,12$.

Знаете ли Вы, как вести себя при обострении: $3,21 \pm 1,3$.

Имеются ли у Вас знания о методах лечения психических расстройств: $2,53 \pm 1,05$.

Имеются ли у Вас знания о возможных побочных действиях лекарственных препаратов: $3,1 \pm 1,3$.

Имеются ли у Вас знания о собственной роли в процессе лечения Вашего ребенка: $3,74 \pm 1,12$.

Сможете ли вы определить болезненное поведение или другие симптомы болезни: $3,81 \pm 1,19$.

Имеются ли у Вас знания для преодоления трудностей, связанных с болезнью Вашего ребенка: $3,38 \pm 1,05$.

Как вы оцениваете знания о службах и формах помощи при психических заболеваниях: $2,92 \pm 1,11$.

Желаете ли Вы получать дополнительные сведения о службах и формах помощи при психических заболеваниях: $4,58 \pm 0,93$.

Исследование показало, что родители умственно отсталых детей проявляют готовность общаться с родителями других детей с данным расстройством, обсуждать их опыт и делиться собственными знаниями (оценка $14,56 \pm 3,96$ при min значении -4 , max -20). В зависимости от состояния ребенка оценки выглядели следующим образом:

родители детей с F70 — $14,77 \pm 3,84$;

родители детей с F71 — $14,28 \pm 4,39$;

родители детей с F72 — $14,1 \pm 3,63$.

Свои знания о причинах болезни ребенка, ее проявлениях, прогнозе и методах предупреждения осложнений родители оценили на среднем уровне («знаю, но недостаточно»). Общая оценка по этим шкалам $23,7 \pm 11,05$ (при min значении -5 , max -25).

В зависимости от состояния ребенка средние баллы несколько различались:

у родителей детей с F70 — $23,03 \pm 6,17$;

у родителей детей с F71 — $21,52 \pm 6,54$;

у родителей детей с F72 — $34,1 \pm 3,54$.

На вопросы о методах лечения, собственной роли в процессе лечения и реабилитации ответы родителей в основном были «знаю, но недостаточно». Общая оценка по этим шкалам $16,66 \pm 4,35$ (при min значении -5 , max -25).

Средний балл родителей детей с F70 — $16,49 \pm 3,18$;

средний балл родителей детей с F71 — $16,55 \pm 5,07$;

средний балл родителей детей с F72 — $18 \pm 5,4$.

Знания о службах и формах психиатрической помощи оказались недостаточны (оценка $2,92 \pm 1,11$) (min -1 , max -5), а потребность в их получении высокая ($4,58 \pm 0,93$) (min -1 , max -5).

Родители детей с F70 выставили $3 \pm 1,8$; $4,59 \pm 0,86$ (соответственно);

родители детей с F71 выставили $2,66 \pm 1,2$; $4,72 \pm 0,88$;

родители детей с F72 — $3,2 \pm 0,92$; $4,1 \pm 1,37$.

Значение общего бремени семьи, воспитывающей умственно отсталого ребенка (P), оказалось равным $2,68 \pm 0,76$ при среднем значении $= 1,9-3,3$. В семьях детей с F70 — $2,74 \pm 0,72$, с F71 — $2,62 \pm 0,88$, с F72 — $2,44 \pm 0,57$.

Значение объективного бремени (отношения в семье, режим функционирования ее членов, работа, финансы) (L) составило $2,21 \pm 0,94$ при среднем значении $= 1,5-3,0$. У родителей детей с F70 — $2,19 \pm 0,89$, с F71 — $2,38 \pm 1,06$, с F72 — $1,83 \pm 0,79$.

Значение субъективного бремени (чувство беспокойства, тревога, вина, усталость) (N) на уровне $3,15 \pm 0,88$ при среднем значении $= 2,0-4,0$. У родителей детей с F70 — $3,3 \pm 0,87$, с F71 — $2,86 \pm 0,93$, с F72 — $3,05 \pm 0,56$.

Корреляционный анализ между степенью выраженности бремени семьи и четырьмя блоками карты оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательных программ выявил следующие значимые коэффициенты корреляции:

1) положительная связь уровня объективного бремени (L) с желанием обсуждать с другими родителями больных детей свой опыт, связанный с болезнью ребенка ($r=0,25$) и с готовностью к сотрудничеству в рамках групповой психотерапевтической работы ($r=0,20$);

2) положительная связь уровня субъективного бремени (N) с желанием общаться с родителями других детей с психическими расстройствами ($r=0,23$), с готовностью к сотрудничеству ($r=0,23$), с уровнем знаний о болезни своего ребенка ($r=0,23$), в том числе о симптомах заболевания ($r=0,32$), о течении заболевания ($r=0,23$), о прогнозе ($r=0,26$);

3) положительная связь уровня общего бремени (P) с желанием обсуждать с родителями других детей свой собственный опыт ($r=0,25$), с готовностью к сотрудничеству ($r=0,26$), с уровнем знаний о болезни своего ребенка ($r=0,25$), в том числе о симптомах заболевания ($r=0,30$), о течении заболевания ($r=0,23$), о прогнозе ($r=0,25$).

Таким образом, чем более напряженные отношения в семье, сложнее режим функциониро-

вания ее членов, больше трудностей с работой и финансами, тем выше потребность в психотерапевтическом воздействии. Чем выше уровень знаний о заболевании, тем выше чувство тревоги, беспокойства, вины у родителей, тем больше потребность в сотрудничестве со специалистами.

При этом для семей с ребенком, страдающим легкой умственной отсталостью характерны:

1) положительная связь уровня объективного бремени (L) с желанием обсуждать с другими родителями больных детей свой опыт, связанный с болезнью ребенка ($r=0,26$) и отрицательная связь со знаниями о методах предупреждения или смягчения симптомов обострения ($r=-0,31$);

2) отрицательная связь субъективного бремени (N) со знанием о методах смягчения или предупреждения симптомов обострения ($r=-0,35$).

Соответственно, чем больше родители знают о заболевании ребенка, тем успешнее функционирование семейной системы, меньше эмоциональных нарушений у ее членов. При ухудшении ситуации есть необходимость в получении специализированной помощи.

Для семей детей с умеренной умственной отсталостью характерны:

1) положительная связь уровня субъективного бремени (N) со знаниями о мнении других людей о психической патологии ($r=0,49$), с желанием обсуждать с родителями других детей с психическими расстройствами свой собственный опыт ($r=0,47$), с готовностью к сотрудничеству ($r=0,49$), с уровнем знаний о болезни своего ребенка ($r=0,55$), в том числе о симптомах заболе-

вания ($r=0,58$), о течении заболевания ($r=0,39$), о прогнозе ($r=0,55$), симптомах обострения ($r=0,44$) и методах их предотвращения ($r=0,56$), знанием своей роли в лечении ($r=0,37$), методах предотвращения трудностей, связанных с болезнью ($r=0,46$);

2) положительная связь уровня общего бремени (P) с уровнем знаний о болезни своего ребенка ($r=0,46$), в том числе о симптомах заболевания ($r=0,49$), о течении заболевания ($r=0,49$), о методах предупреждения обострений ($r=0,49$).

Увеличение объема знаний о заболевании ребенка влечет за собой усиление эмоциональных реакций, таких как вина, усталость, тревога. В подобной ситуации родители с большей готовностью обращаются к специалистам.

Выводы. Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о том, что формирование адекватного представления в семьях умственно отсталых детей о заболевании ребенка, путях и методах терапии, знания о службах и методах оказания медицинской и социальной помощи могут оказывать воздействие на семейную систему, изменяя ее функциональное состояние, способствовать созданию психотерапевтического альянса между родителями и специалистами. И наоборот, недостаточность подобных представлений ведет к значительным трудностям при оказании психотерапевтической, социальной и иной помощи этим больным. Можно утверждать, что психопрофилактическая работа является необходимым компонентом современной комплексной психиатрической помощи пациентам с умственной отсталостью и их семьям.

Литература

1. Замский Х.С. Умственно отсталые дети: история их изучения, воспитания и обучения с древнейших времен до середины XX века. – М.: Образование. – 1995. – 399 с.
2. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. – СПб.: Речь. – 2004. – 384 с.
3. Макаров И.В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. – СПб: Наука и Техника. – 416 с.
4. Макаров И.В. Лекции по детской психиатрии. – СПб.: Речь. – 2007. – 293 с.
5. Малофеев Н.Н., Шматко Н.Д. Отечественные модели интегрированного обучения детей с отклонениями в развитии и опасность механического переноса западных моделей интеграции // Мат-лы Международной научно-практической конференции по проблемам интегрированного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (с особыми образовательными потребностями). – М.: Права человека. – 2001. – 95 с.
6. Сальникова Л.И., Мовина Л.Г. Карта оценки уровня знаний о психическом заболевании и эффективности психообразовательных программ // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я. Гуровича. – М. – 2002. – С. 109–111.
7. Brennan A.M. Caregiver Strain Questionnaire – Short For // Peabody Treatment Progress Battery. – 2007. – Ch. 12. – P. 154–157.
8. Horwitz P.D. Kerker B.D. The Health Status and Needs of Individuals with Mental Retardation. – New Haven, Connecticut. – 2000. – 20 p.
9. Jacobson J.W. Psychological services utilization: Relationship to severity of behaviour problems in intellectual disability services // J. Intell. Disab. Res. – 1998. – V. 42 (4). – P. 307–315.
10. Maulik P.K., Harbour C.K. Epidemiology of Intellectual Disability // In: J.H. Stone, M. Blouin, editors. International Encyclopedia of Rehabilitation. – 2011. – Available online: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/144/>
11. Mulick J. A., Kedesdy J.H. Self-injurious behavior, its treatment, and normalization // Mental Retardation. – 1988. – V. 26. – P. 223–229.

Сведения об авторах

Михейкина Оксана Витальевна – к.м.н., зав. диспансерным отделением Брянской областной психиатрической больницы № 1. E-mail: oromanova2006@rambler.ru

Макаров Игорь Владимирович – д.м.н., руководитель отделения детской психиатрии СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, главный детский специалист-психиатр Минздрава в СЗФО. E-mail: ppsy@list.ru

О препарате, направленном на сокращение потребления алкоголя

22 мая 2015 года фармацевтическая компания Лундбек (Lundbeck) зарегистрировала в РФ Селинкро (Selincro) – первый препарат, направленный на сокращение потребления алкоголя.

About the drug, aimed at reduction of alcohol consumption

Pharmaceutical company Lundbeck (Lundbeck) registered in the Russian Federation the first drug for reduction of alcohol consumption Selinker (Selincro).

Терапия Селинкро (мнн: налмефен) – это новое направление в лечении взрослых пациентов с алкогольной зависимостью из группы высокого риска для здоровья (по количеству потребляемого алкоголя).¹ Метод предусматривает постепенное сокращение потребления алкогольных напитков при активном самоконтроле со стороны пациента.

В клинических исследованиях Селинкро уменьшил потребление алкоголя более чем на 60% после шести месяцев терапии.²

Алкогольная зависимость считается одной из основных проблем здравоохранения, поскольку крайне негативно сказывается на физическом и психическом здоровье населения, а также приводит к тяжелым социальным последствиям.³

В РФ, как и во всем мире, существует значительный разрыв между числом лиц, нуждающихся в лечении алкогольной зависимости, и тех, кто реально его получает.^{4,5}

Новый терапевтический подход

Регистрация Селинкро (налмефен), препарата для сокращения потребления алкоголя у взрослых пациентов с алкогольной зависимостью, знаменует собой появление первого за многие годы действительно инновационного подхода к терапии алкогольной зависимости. Селинкро открывает новые возможности для многих пациентов с алкогольной зависимостью, которые не настроены на полное воздержание от алкоголя и до этого даже не искали возможности лечения существующими методами.

Механизм действия

Селинкро (налмефен) является единственным одобренным для применения в Европе и РФ селективным модулятором опиоидной системы двойного действия.^{6,7} Препарат нормализует дисбаланс мотивационной системы головного мозга у пациентов с алкогольной зависимостью, уменьшая подкрепляющие эффекты алкоголя, и, тем самым, редуцируя желание его употреблять.^{8,9,10}

Селинкро является частью новой концепции лечения, которая направлена на сокращение потребления алкоголя и повышение приверженности к лечению. Кроме медикаментозной интервенции концепция также предусматривает оказание пациенту психосоциальной поддержки.

Данные клинических испытаний

Эффективность и безопасность Селинкро подтверждена положительными результатами клинических испытаний, в том числе трех рандомизированных, двойных слепых, плацебо-контролируемых исследований, включавших 1997 зависимых от алкоголя пациентов. Была показана эффективность в снижении потребления алкоголя у пациентов из группы высокого алкогольного риска: уже в течение первого месяца было достигнуто снижение общего объема потребления алкоголя на 40%, а через 6 месяцев – на 60%. Этот результат, примерно, соответствует уменьшению количества выпиваемого ежедневно алкоголя на одну бутылку вина. Данные 12-месячного исследования подтвердили, что эффективность результатов сохраняется и в течение более длительного периода времени.¹¹

Селинкро, как правило, хорошо переносился, побочные эффекты были выражены в незначительной или умеренной степени и носили преходящий характер.^{2,11,12}

Показания к применению

Снижение потребления алкоголя у взрослых пациентов с алкогольной зависимостью, имеющих высокий риск злоупотребления алкоголем, при отсутствии физических проявлений синдрома отмены или необходимости проведения немедленной детоксикации.

Селинкро рекомендовано применять в сочетании с продолжительной психосоциальной поддержкой, направленной на сохранение приверженности лечению и снижение потребления алкоголя.

Селинкро назначается после двух недель наблюдения за пациентом с сохраняющимся высоким риском злоупотребления алкоголем.

Значение включения новой стратегии в арсенал методов борьбы с пристрастием к алкоголю среди населения РФ. По показателю потребления алкоголя на душу населения РФ находится на 4 месте в Европе после Беларуси, Молдовы и Литвы. По данным ВОЗ употребление алкоголя на одного взрослого человека в РФ составляет 15,1 л чистого спирта в год.¹³

Стратегия снижения потребления алкоголя открывает новые возможности в терапии алкогольной зависимости, поскольку для значитель-

ной части лиц, страдающих этим заболеванием, снижение количества потребляемого алкоголя является более приемлемой и реалистичной целью, чем полный отказ от него. Полное воздержание от потребления алкоголя и стратегию, направленную на сокращение потребления, следует рассматривать как две равноправные части комплексного подхода в лечении пациентов с алкогольной зависимостью.¹⁴

Включение в практику российских врачей инновационного препарата для терапии алкогольной зависимости может стать важным шагом в улучшении общей ситуации в РФ, стране с высоким уровнем потребления алкоголя на душу населения.

Информация о компании Лундбек

Компания Лундбек (H. Lundbeck A/S) является международной фармацевтической компанией,

деятельность которой направлена на повышение качества жизни людей, страдающих заболеваниями центральной нервной системы. Для реализации этой цели Лундбек занимается исследованиями, разработкой, производством и продажей фармацевтических препаратов по всему миру. Продукция компании ориентирована на лечение депрессии и тревоги, биполярного аффективного расстройства, шизофрении, эпилепсии, хореи Геттингтона, болезни Альцгеймера и болезни Паркинсона, а также алкогольной зависимости.

ООО «ЛУНДБЕК РУС»

109044, Москва

2-й Крутицкий переулок, д. 18 стр. 1

Тел. + 7 (495) 380 31 97 Факс + 7 (495) 380 31 96

1. WHO 2000: *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*
2. Van den Brink et al. *Alcohol and Alcoholism* (2013), doi: 10.1093/alcalc/agt061
3. Rehm et al. *СAMH. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe*
4. Schuckit MA. *Alcohol-use disorders. Lancet* 2009;373:492-501
5. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. *The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ* 2004;82:858-866
6. Michel et al. *Meth Find Exp Clin Pharmacol* 1985;7:175-177
7. Hillemacher et al. *Expert Opin Investig Drugs* 2011;20(8):1073-1086
8. Heinz et al. *Addict Biol* 2009; 14(1):108-118
9. Spanagel & Valentina. *Curr Topics Behav Neurosci* 2013; 13:583-609
10. Drobos et al. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28(9):1362-70
11. Van den Brink et al. *Long-term efficacy, tolerability and safety of nalmefene as-needed in patients with alcohol dependence: A 1-2year randomized controlled study. Journal of Psychopharmacology* 2014;28(8):733-744
12. Van den Brink et al. *abstract and poster presented at 22nd European Congress of Psychiatry, Munich, Germany, 1-4 March 2013*
13. WHO data 2010, *Global Report, 2014*
14. Ambrogne. *J Subst Abuse Treat* 2002; 22(1): 45-53

Мирослав Одинак:

«Высокий уровень эффективности и безопасности делает глиатилин препаратом выбора в лечении ХНМК»

Среди препаратов для восполнения дефицита нейротрансмиттеров при нарушениях мозгового кровообращения одним из самых известных и давно применяемых в России является Глиатилин (холина альфосцерат). В том, какое место занимает этот препарат в современной неврологии, какова его клиническая ценность, нам помог разобраться Мирослав ОДИНАК, д.м.н., проф. Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, чл.- корр. РАН.

- Широко известно применение Глиатилина в комплексной терапии острых нарушений мозгового кровообращения. А какова его роль в лечении хронической ишемии мозга?

- Механизмы повреждения нервной ткани при острых и хронических нарушениях мозгового кровообращения во многом схожи. В их основе лежат преимущественно заболевания сердечно-сосудистой системы и патология системы крови, однако клинические проявления недостаточности мозгового кровообращения обусловлены повреждением клеток нервной ткани, в том числе холинергической нейромедиаторной системы. Поэтому применение нейропротективного холинергического лекарственного препарата Глиатилин (холина альфосцерат) эффективно в лечении как острой, так и хронической недостаточности мозгового кровообращения (ХНМК).

Хроническое повреждение нервной ткани, в том числе субклиническое, требует поддержания целостности клеточных мембран и межклеточного взаимодействия. Холина альфосцерат служит предшественником фосфолипидов, что в сочетании с хорошей способностью к проникновению через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ) позволяет ему успешно поддерживать целостность нейронов. Холина альфосцерат также является источником холина – основного компонента для биосинтеза ацетилхолина – и улучшает межклеточное взаимодействие в холинергической нейромедиаторной системе, обеспечивающей функции движения, мышления и памяти.

Отдельно отмечу, что Глиатилин имеет высокий профиль безопасности, что позволяет назначать его в течение продолжительного времени при различных стадиях ХНМК, а также способствует высокой приверженности пациентов к лечению.

Накопленный опыт применения Глиатилина в лечении острых нарушений мозгового кровообращения подтверждает высокую безопасность его длительного использования и свидетельствует об эффективности в процессе реабилитации, в том числе в плане восстановления когнитивных и двигательных функций, улучшения способности пациента к самообслуживанию и повседневной деятельности, достижения целей восстановительного лечения на более ранних сроках.

- Сравнительно недавно в России появился ряд генериков холина альфосцерата. Имеет ли оригинальный препарат Глиатилин какие-либо важные отличия по сравнению с ними?

- Выбор оригинального препарата позволяет врачу и пациенту получить эталон эффективности и безопасности лекарственного вещества с определенной химической формулой, в данном случае – холина альфосцерата. Эффективность и безопасность Глиатилина подтверждена более чем 15-летним опытом его широкого применения в неврологии. Одним из важных отличий Глиатилина является его формула – жирорастворимая фосфатная соль холина альфосцерата, которая является стабильным соединением и определяет высокую способность препарата к проникновению через ГЭБ с последующей реализацией лечебных эффектов в ЦНС. Кроме этого, хорошее проникновение через ГЭБ значительно снижает вероятность периферических холинергических эффектов, что является важным условием хорошей переносимости центральных холиномиметических препаратов.

- А каковы принципиальные отличия Глиатилина от препаратов другого состава, нацеленных на компенсацию дефицита ацетилхолина в головном мозге?

- Глиатилин имеет целый ряд отличий, важных с позиций практической медицины. Так, холина альфосцерат в структуре этого препарата оказывает мультимодальное нейропротективное действие, направленное на восстановление клеточных мембран и в значительной степени – на улучшение холинергической нейромедиаторной передачи. Мультимодальный механизм действия и эффективность глиатилина в лечении ХНМК подробно изучены в экспериментальных исследованиях с применением морфологических и ультраструктурных методов оценки, в клинических (в том числе постмаркетинговых) исследованиях. Далее, повторюсь, благодаря высокой способности к проникновению через ГЭБ эффекты Глиатилина в полной мере реализуются в ЦНС. К принципиальным отличиям также следует отнести большую продолжительность успешного клинического применения Глиатилина в отечественной и зарубежной неврологической практике.

- Какова оптимальная схема применения Глиатилина при ХНМК?

- Для любого лекарственного препарата схема лечения определяется индивидуально. ХНМК обычно имеет медленно прогрессирующее течение, что требует регулярного проведения нейропротективной терапии. Во всех случаях это курсовой прием длительностью не менее 1 месяца. Наличие нескольких форм выпуска Глиатилина

позволяет осуществлять лечение как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. При приеме капсул суточная доза составляет 800 мг – по 400 мг (1 капсуле) утром и днем после еды. Возможно использование раствора Глиатилина для парентерального введения в суточной дозе 1000 мг (одна ампула) в первой половине дня внутривенно капельно (в 50-400 мл 0,9% раствора хлорида натрия) или внутримышечно. Парентерально Глиатилин назначают ежедневно в течение 5-10 дней (при необходимости – более продолжительно) с последующим переходом на прием капсул в течение не менее одного месяца.

В большинстве случаев курсы нейропротективной терапии, в том числе с применением Глиатилина, целесообразно проводить 1-2 раза в год. Предпочтительно – в феврале-марте и октябре-ноябре, т.е. в периоды периоды, предшествующие сезонному увеличению числа мозговых инсультов и транзиторных ишемических атак. При назначении Глиатилина следует учитывать немногочисленные противопоказания к его применению – гиперчувствительность к компонентам препарата, беременность, грудное вскармливание.

- Каких результатов могут ожидать врач и пациент при правильном применении Глиатилина?

- Применение Глиатилина направлено на сохранение и улучшение функций головного мозга, прежде всего когнитивных функций. Важно помнить, что в большинстве случаев эти нарушения развиваются у людей старших возрастных групп, с высокой вероятностью имеющих сопутствующую соматическую патологию. Благодаря доказанной эффективности и безопасности клинического применения, Глиатилин при лечении когнитивных нарушений широко используется в качестве препарата первой линии.

Основой профилактики острых нарушений мозгового кровообращения является своевре-

менная диагностика и коррекция факторов риска развития мозгового инсульта, контроль за состоянием сердечно-сосудистой системы, в первую очередь, церебральной гемодинамики. В то же время высокая частота субклинического ишемического повреждения головного мозга требует своевременной защиты и адекватного метаболического обеспечения нервной ткани. Мультимодальное нейропротективное действие Глиатилина позволяет улучшать состояние нервной ткани, что особенно актуально при наличии риска ХНМК и развития мозгового инсульта.

Применение Глиатилина как нейропротективного и нейрометаболического препарата способствует защите нейронов и клеток нейроглии, уменьшению их ишемического повреждения, сохранению и восстановлению ряда ключевых функций ЦНС как на ранних, так и поздних стадиях ХНМК, в том числе после мозговых ишемических инсультов различных подтипов.

Напомним, что с учетом современных представлений о патогенезе ХНМК лечение этого заболевания носит комплексный характер. Здесь заслуживает внимания усиление нейропротективного эффекта при применении Глиатилина в сочетании с антиоксидантными препаратами, содержащими янтарную кислоту или сукцинат. Глиатилин можно безопасно сочетать с широким спектром нейропротективных, нейротрофических, нейрометаболических, ноотропных, антиоксидантных препаратов, а также лекарственных средств для первичной и вторичной профилактики острых сосудистых событий, в том числе антиагрегантов, антикоагулянтов, антигипертензивных и антиаритмических препаратов.

Таким образом, высокий уровень эффективности и безопасности, доказанный многолетней клинической практикой, делает Глиатилин препаратом выбора в лечении ХНМК.

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА

на научно-практический рецензируемый журнал

**«Обозрение психиатрии и медицинской психологии
им. В.М. Бехтерева»**

Учредителем журнала, основанного в 1896 году Владимиром Михайловичем Бехтеревым, является ФГБУ «НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Издание входит в рекомендованный ВАК РФ перечень научных журналов для опубликования основных научных результатов диссертаций. Выходит 4 раза в год.

В редакционный совет журнала входят известные российские ученые, врачи-психиатры и психологи, а также представители ведущих научных учреждений в области психиатрии и психологии из стран дальнего и ближнего зарубежья.

Подписаться на журнал можно в любом почтовом отделении.
Подписной индекс по каталогу агентства «Роспечать» —

70232 (полугодовая подписка)

Селинкро

Налмефен таблетки 18 мг

РЕКЛАМА

первое средство для снижения потребления алкоголя*

СЕЛИНКРО
УНИКАЛЬНЫЙ
МОДУЛЯТОР
ОПИОИДНОЙ
СИСТЕМЫ
ДВОЙНОГО
ДЕЙСТВИЯ^{1,2}



СЕЛИНКРО
РАЗРЫВАЕТ
ПОРОЧНЫЙ КРУГ
НЕПРЕРЫВНОГО
ПЬЯНСТВА^{3,4}



СЕЛИНКРО
СОКРАЩАЕТ
ПОТРЕБЛЕНИЕ
АЛКОГОЛЯ
НА 67%
В ТЕЧЕНИЕ 1 ГОДА^{5**}



СЕЛИНКРО
ЛЕГКО НАЗНАЧИТЬ
И ЛЕГКО
ИСПОЛЬЗОВАТЬ^{6,7,8,9}



ЛП-003001

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА СЕЛИНКРО (SELINCRO®)

СЕЛИНКРО (НАЛМЕФЕН)

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 18 мг.

Показания к применению: Снижение потребления алкоголя у взрослых пациентов с алкогольной зависимостью, имеющих высокий риск злоупотребления алкоголем (>60 г чистого алкоголя в сутки для мужчин и >40 г для женщин), при отсутствии физических проявлений синдрома отмены или необходимости проведения немедленной детоксикации. Селинкро рекомендуется применять в сочетании с продолжительной психосоциальной поддержкой, направленной на сохранение приверженности лечению и снижение потребления алкоголя. Препарат назначается после 2-х недель наблюдения за пациентом с сохраняющимся высоким риском злоупотребления алкоголем.

Противопоказания: Гиперчувствительность к налмефену или любому из компонентов препарата; наследственная непереносимость галактозы, дефицит лактазы или глюкозо-галактозная мальабсорбция. Применение у пациентов, принимающих в настоящее время опиоидные анальгетики. Текущая или недавняя опиоидная зависимость. Острые симптомы отмены опиоидов. Подозрение на недавний прием опиоидов. Тяжелая печеночная недостаточность. Тяжелая почечная недостаточность. Синдром отмены алкоголя (включая галлюцинации, судороги и алкогольный делирий) в недавнем прошлом. Детский и подростковый возраст (до 18 лет). Беременность, период грудного вскармливания.

Способ применения и дозы: Перед назначением Селинкро врачу необходимо оценить клиническое состояние пациента и уровень потребления алкоголя (с его слов). Селинкро назначается по утвержденным показаниям, если через 2 недели после первоначальной оценки у пациента сохраняется сопоставимый с начальным уровень потребления алкоголя. Селинкро применяется по необходимости. Решение о приеме препарата принимает сам пациент: в те дни, когда, по его мнению, высока вероятность употребления алкоголя, за 1-2 часа до этого принимается 1 таблетка Селинкро. Таблетки следует принимать целиком, вне зависимости от приема пищи. Максимальная суточная доза 18 мг.

Побочное действие: Наиболее распространенными нежелательными реакциями в клинических исследованиях были тошнота, головокружение, бессонница и головная боль. Большая часть этих реакций имела легкую или среднюю степень тяжести и отмечалась лишь на начальном этапе лечения. Также наблюдались спутанность сознания и, реже, галлюцинации и диссоциативные расстройства, которые также были легкой и средней степени тяжести и отмечались лишь в первые часы или дни лечения.

Особые указания и меры предосторожности: Селинкро не предназначен для достижения немедленного воздержания от алкоголя. Снижение потребления алкоголя является промежуточной целью на пути к полному воздержанию. Одновременное применение алкоголя и Селинкро не предотвращает развития алкогольной интоксикации. Применение опиоидов: Необходимо соблюдать осторожность в случаях, когда пациенту на фоне лечения Селинкро назначаются препараты, содержащие опиоиды. Врач, назначающий Селинкро, должен рекомендовать пациенту сообщить медицинским работникам о приеме препарата в случаях, когда становится необходимым применение опиоидов, для выработки соответствующей лечебной стратегии (например, необходимо временно отменить Селинкро за 1 неделю до предполагаемого применения опиоидов перед плановой операцией).

Регистрационное удостоверение: ЛП-003001 от 22.05.2015.

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ (ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ) РАБОТНИКОВ

* Первый лекарственный препарат, зарегистрированный в России, показанием которого является снижение потребления алкоголя.

** Снижение общего потребления алкоголя от исходного уровня в ходе лечения Селинкро в сочетании с психосоциальной поддержкой.

1. Michel et al. Meth Find Exp Clin Pharmacol 1985;7:175-177. 2. Hillemecher et al. Expert Opin Investig Drugs 2011;20(8):1073-1086. 3. Mann et al. Biol Psychiatry 2013; 73(8): 706-713. 4. Walker & Koob. Neuropsychopharmacology 2008; 33(3): 643-52. 5. Van den Brink et al. Alcohol 2013; 48(5): 570-578. 6. Disulfiram Summary of Products Characteristics. 7. Acamprostate Summary of Products Characteristics. 8. Naltrexone Summary of Products Characteristics. 9. Selnicro Summary of Products Characteristics.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ

ООО «ЛУНДБЕК РУС»
109044, Россия, Москва,
2-й Крутицкий переулок, д.18, стр.1
тел.: (495) 380 31 97; факс: (495) 380 3196
www.lundbeck.ru



Селинкро
налмефен



СЕРМИОН®

НИЦЕРГОЛИН

**ДОКАЗАННАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
ЭФФЕКТИВНОСТЬ**



Сермион® – препарат для лечения нарушения мозгового кровообращения у пациентов с артериальной гипертензией^{1,2}

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ СЕРМИОН® (НИЦЕРГОЛИН)

СЕРМИОН® (ницерголин): вазоактивное вещество. Ницерголин – производное эрголина, улучшает метаболические и гемодинамические процессы в головном мозге, снижает агрегацию тромбоцитов и улучшает гемореологические показатели крови, повышает скорость кровотока в верхних и нижних конечностях, проявляет альфа-1-адреноблокирующее действие.

ПОКАЗАНИЯ: острые и хронические церебральные метаболические и сосудистые нарушения (вследствие атеросклероза, артериальной гипертензии, тромбоза и эмболии сосудов головного мозга), в том числе транзиторная церебральная атака, сосудистая деменция и головная боль, вызванная вазоспазмом. Острые и хронические периферические метаболические и сосудистые нарушения (органические и функциональные артериопатии конечностей, синдромы, обусловленные нарушением периферического кровотока).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: недавно перенесенный инфаркт миокарда, острое кровотечение, выраженная брадикардия, нарушение ортостатической регуляции, повышенная чувствительность к ницерголину или другим компонентам препарата, возраст до 18 лет, беременность, период грудного вскармливания.

ДОЗИРОВКА И ПРИМЕНЕНИЕ: таблетки по 5, 10 и 30 мг: внутрь 5–10 мг три раза в сутки с одинаковыми интервалами между приемами в течение длительного периода времени (до нескольких месяцев). При сосудистой деменции показано применение 30 мг два раза в сутки

(при этом каждые 6 месяцев рекомендуется консультироваться с врачом о целесообразности продолжения лечения). Лиофилизат для приготовления раствора для инъекций: внутримышечно – 2–4 мг (2–4 мл) два раза в сутки; внутривенно – медленная инфузия 4–8 мг в 100 мл раствора натрия хлорида 0,9% или раствора декстрозы 5–10%; по назначению врача эту дозу можно вводить несколько раз в день; внутриартериально – 4 мг в 10 мл раствора натрия хлорида 0,9% вводят в течение 2 минут. Раствор рекомендуется использовать сразу после приготовления. Доза, длительность терапии и способ введения зависят от характера заболевания. Предпочтительно начинать терапию с парентерального введения, а затем перейти на прием препарата внутрь для поддерживающего лечения.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ: редко – выраженное снижение артериального давления (АД), в основном после парентерального введения; головокружение; диспепсия; ощущение жара; кожные высыпания; сонливость и бессонница. Возможно повышение концентрации мочевой кислоты в крови, этот эффект не зависит от дозы и длительности терапии. Побочные эффекты обычно легко или умеренно выражены.

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: в терапевтических дозах Сермион® не влияет на АД, однако у пациентов с гипертензией может вызывать постепенное снижение АД. После парентерального введения пациенту рекомендуется полежать несколько минут в горизонтальном положении, особенно в начале лечения. Препарат действует постепенно, поэтому его следует принимать в течение длительного времени, под наблюдением врача.

Более подробная информация о применении Сермиона указана в инструкции по применению.

Список литературы:

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Сермион® (ницерголин) П N012181.01-041011.
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Сермион® (ницерголин) лиофилизат.



ООО «Пфайзер»: 123317, Москва, Пресненская наб., д. 10,
БЦ «Башня на набережной» (блок С),
тел.: (495) 287-5000, факс: (495) 287-5300.

РЕКЛАМА