

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫМИ АДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА

А.Е. Бобров, Е.Г. Старостина, М.М. Александрова, Д.Р. Алмаев, М.Г. Павлова,
И.В. Комердус, Ж.Е. Белая, Г.А. Мельниченко

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

Связь гормональных и психических расстройств изучается с начала 20 века. Многие ведущие психиатры отмечали психические отклонения у пациентов с эндокринными заболеваниями [3, 9, 13, 14], а М.Блейлер [2] описал наиболее общие закономерности психоэндокринных соотношений на примере «эндокринного психосиндрома». Однако в силу несовершенства принятых в тот период подходов к верификации эндокринной патологии большинство этих работ представляет лишь исторический интерес.

Центральную роль в регуляции работы эндокринной системы играет гипофиз, в связи с чем изучение психических расстройств, возникающих при его поражении, может иметь большое научное значение. Особый интерес в этом плане представляют аденомы гипофиза – опухоли из эпителиальных клеток передней доли гипофиза, секретирующих гормоны, с которыми связан ряд эндокринных заболеваний. Так, пролактиномы вызывают гиперпролактинемический гипогонадизм, соматотропиномы – акромегалию, а кортикотропиномы – болезнь Иценко-Кушинга (БИК); некоторые опухоли могут секретировать два и более гормона одновременно [20].

Эпидемиологические исследования показывают, что аденомы гипофиза относятся к самым частым опухолям ЦНС. Их распространенность в общей популяции, по данным нейровизуализации и аутопсии, достигает 16,7% [37], а по материалам ретроспективного анализа медицинской документации в Исландии с 1955 по 2012 годы составила 115,5 на 100 тысяч населения. Чаще всего выявлялись гормонально-неактивные аденомы (43,1%), на втором месте – пролактиномы (39,9%), на третьем – соматотропиномы (11,3%) и кортикотропиномы (5,7%) [15].

В работе М.Д. Johnson и соавт. [25] было показано, что качество жизни больных с опухолями гипофиза существенно ниже в сравнении с общей популяцией, при этом у пациентов с различными типами

гормонально-активных опухолей отмечаются нарушения в разных сферах жизнедеятельности. Важно также, что указанные нарушения в значительной степени обусловлены психическими расстройствами, которые более выражены при кортикотропиномах, чем при пролакто- и соматотропиномах [27]. Это обстоятельство может указывать на взаимосвязь гиперсекреции гормонов с психическими расстройствами и аномалиями поведения, специфичность которых в зависимости от типа аденомы изучена недостаточно.

С учетом сказанного, **целью** работы явилось сопоставительное изучение структуры психических расстройств у пациентов при трех типах аденом гипофиза – пролактиномах, соматотропиномах и кортикотропиномах.

Материалы и методы

Работа основана на анализе материала нескольких исследований, проводившихся в разное время на базе отделений эндокринологии различных учреждений третичного уровня медицинской помощи.

В группу больных с пролактиномами были включены 67 человек, обследованных в клинике эндокринологии Первого медицинского государственного университета им. И.М. Сеченова в 1994–1996 годы. Все больные – женщины в возрасте от 15 до 64 лет, в среднем $34,0 \pm 10,4$ лет. Эндокринологический диагноз был подтвержден наличием лакторреи и стабильно высокого уровня биологически активного пролактина в сыворотке крови, а также выявлением аденомы гипофиза при помощи магнитно-резонансной томографии (МРТ) [6].

В группу больных с соматотропиномами вошли 82 пациента (15 муж. и 67 жен.) в возрасте от 21 до 78 лет, в среднем $55,7 \pm 13,7$ лет. Они были обследованы в отделении терапевтической эндокринологии ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» (МОНИКИ) в 2009–2013 годы. Диагноз акромегалии устанавливали на основании клинической

картины, повышенного уровня инсулиноподобного ростового фактора-1 и/или отсутствия подавления секреции соматотропного гормона в ходе орального глюкозотолерантного теста, а также МРТ гипофиза с контрастированием [7].

Группу пациентов с кортикотропинами (БИК) составили 66 человек (9 муж. и 57 жен.) в возрасте от 18 до 78 лет, в среднем $40,4 \pm 13,5$ лет. Обследование проводилось в отделении нейроэндокринологии и остеопатий НМИЦ эндокринологии МЗ РФ и в отделении терапевтической эндокринологии МОНИКИ им. Владимирского на протяжении 2014–2016 годов. Диагноз устанавливали на основании клинической картины и лабораторных исследований (повышенного кортизола в суточной моче, и/или свободного кортизола в слюне, и/или отсутствия подавления кортизола в ходе малой пробы с дексаметазоном – <50 нмоль/л в сочетании с нормальным или повышенным уровнем АКТГ). Центральный генез подтверждался наличием аденомы на МРТ и/или наличием градиента концентрации гормона в ходе забора крови из нижних каменистых синусов [1].

В целях настоящего исследования в него отбирались только больные с активной стадией заболевания; случаи со смешанными аденомами, а также с клинически очевидным вторичным дефицитом гормонов гипофиза, обусловленным его сдавлением опухолью, исключались.

Клинико-психопатологическое обследование психиатром и постановка диагноза по критериям МКБ-10 [5] проводились всем больным. При обследовании пациентов с сомато- и кортикотропинами применялся также Краткий международный нейропсихиатрический опросник MINI-6 [32, 33] и шкала HCL-32 [12, 17] для выявления гипомании в анамнезе.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью статистического пакета Statistica-10 методами описательной статистики, значимость различий между группами устанавливали с использованием критериев Манна-Уитни и Фишера. За уровень статистической значимости было принято $p < 0,05$.

Результаты

Сравнительное клинико-психопатологическое обследование больных с различными типами аденом гипофиза показало, что структура психических расстройств в изученных группах неодинакова. Поскольку у целого ряда больных отмечалось по несколько психических расстройств, то при сравнении групп использовались только ведущие диагнозы, которые приведены в табл. 1.

Как следует из табл. 1, психические расстройства отмечались у подавляющего большинства обследованных пациентов. У больных с пролактиномами преобладала патология невротического уровня (35,8%) в виде соматоформных и тревожно-фобических расстройств, на второе место по частоте выхо-

дили аффективные расстройства (22,4%), главным образом в форме дистимии, депрессивного эпизода и рекуррентного депрессивного расстройства. У больных акромегалией и БИК чаще всего выявлялись расстройства настроения (51,2% и 59,1% соответственно), прежде всего, биполярного спектра. Второе место при акромегалии по частоте занимали органические психические расстройства (17,1%), которые проявлялись в основном в форме органического астенического и умеренного когнитивного расстройства. В группе пациентов с кортикотропинами на втором месте по частоте были невротические расстройства (15,2%), представленные обсессивно-компульсивными и тревожно-фобическими расстройствами.

При анализе структуры психических расстройств у больных аденомами гипофиза обращает на себя внимание повышенная частота биполярного аффективного расстройства, гипоманий и циклотимии в группах сомато- и кортикотропином, чего не наблюдалось при пролактиномах. Указанные аффективные расстройства в силу близости их клинических проявлений были объединены в категорию расстройств биполярного спектра (РБС). В эту категорию вошло 38 (46,3%) больных соматотропинами и 30 (45,5%) пациентов с кортикотропинами.

При этом важно обратить внимание, что ассоциация РБС с другими психическими расстройствами при акромегалии и БИК неодинакова. При соматотропинах РБС нередко сочетались с органическими психическими расстройствами, генерализованным тревожным расстройством, специфическими фобиями, паническим расстройством, алкогольной зависимостью и расстройствами личности. При кортикотропинах РБС сочетались с обсессивно-компульсивным расстройством, посттравматическим стрессовым расстройством, а также генерализованным тревожным расстройством.

Подтверждением повышенной частоты РБС в группах больных с соматотропинами и кортикотропинами явились результаты обследования этих больных с помощью шкалы HCL-32 (от 14 баллов и выше – положительный скрининг на гипоманию в анамнезе). Как следует из табл. 2, наличие РБС можно предположить более чем у половины обследованных.

Наряду со сказанным, сопоставительный анализ психического состояния больных в изученных группах свидетельствует о высокой частоте расстройств тревожного спектра у пациентов с пролактиномами (24/67 – 35,8%) и кортикотропинами (27/66 – 40,9%). В ряде случаев они не занимали ведущего положения в клинической картине и отходили на второй план за депрессивные и органические расстройства. У больных соматотропинами эти расстройства отмечались с частотой 9/82 (11,0%).

Органические психические расстройства, также с учетом коморбидности с другими психическими

Ведущие психиатрические диагнозы

Диагностические категории МКБ-10 (коды рубрик)	Типы аденом гипофиза						p (тест Фишера)
	Пролактинома		Соматотропинома		Кортикотропинома		
	n	%	n	%	n	%	
Органические, включая симптоматические психические расстройства (F00–F09)	1	1,5	14	17,1	0	0	0,00
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20–F29)	1	1,5	3	3,7	1	1,5	0,61
Расстройства настроения (F30–39)	15	22,4	42	51,2	39	59,1	0,00
- расстройства биполярного спектра*	1	1,5	38	46,3	30	45,5	0,00
- депрессивный эпизод (F32)	2	3,0	3	3,7	5	7,6	0,42
- рекуррентное депрессивное расстройство (F33)	3	4,5	1	1,2	4	6	0,24
- дистимия (F34.1)	9	13,4	0	0	0	0	0,00
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F48)	24	35,8	6	7,3	10	15,2	0,00
- тревожно-фобические расстройства**	5	7,5	1	1,2	6	9,1	0,05
- соматоформное расстройство	16	23,9	1	1,2	0	0	0,00
- генерализованное тревожное расстройство (F41.1)	2	3	3	3,7	0	0	0,38
- обсессивно-компульсивное расстройство (F42)	0	0	0	0	4	6,1	0,01
- расстройства адаптации (F43)	1	1,5	1	1,2	0	0	--
Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50–59)	3	4,5	0	0	0	0	0,04
Расстройства личности (F60–69)	6	9	1	1,2	1	1,5	0,03
Всего с психическими расстройствами	50	74,6	66	80,5	51	77,3	0,69
Без психических расстройств	17	25,4	16	19,5	15	22,7	0,69
Всего	67	100,0	82	100,0	66	100,0	

Примечания: * – в рубрику расстройств биполярного спектра включались состояния, соответствующие диагностическим критериям биполярного аффективного расстройства, других биполярных аффективных расстройств, гипомании, циклотимии; ** – в группу тревожно-фобических были объединены: паническое расстройство, агорафобия, агорафобия с паническим расстройством, социальная фобия, изолированная фобия.

Таблица 2

Результаты обследования больных с соматотропиномами и кортикотропиномами при помощи шкалы NCL-32

Тип аденомы гипофиза	Общее количество обследованных больных, n	Количество больных по NCL-32 со значимыми результатами (≥14 баллов)		Среднее значение по шкале NCL-32
		n	%	
Соматотропинома	76	44	57,9	14,2±4,6
Адренокортикотропинома	45	32	71,1	17,2±5,9
Значимость различий между группами, p			0,185	0,003

расстройствами, встречались у 34/82 (41,5%) больных акромегалией, 1/67 (1,5%) пролактиномами, 1/66 (1,5%) БИК. Эти расстройства не всегда занимали ведущее положение в клинической картине, тем не менее, в силу высокой распространенности при соматотропиномах, их учет в общей структуре психических расстройств необходим.

Кроме того, при соматотропиномах отмечалась более высокая частота расстройств шизофренического спектра (3,7%), чем в популяции, чего не наблюдалось при кортикотропиномах и пролактиномах.

Обсуждение

Как показало проведенное исследование, частота психических расстройств при опухолях гипофиза (75,1–79,3%) существенно выше, чем в общей популяции и среди пациентов амбулаторной медицинской сети, где она не превышает 29,1% и 64,5% соответственно [8, 21, 41]. В ходе работы было также обнаружено, что структура этих расстройств у больных с разными типами аденом неодинакова. Так, при пролактиномах преобладают расстройства тревожного и соматоформного спектра, при соматотропи-

номах – биполярного и органического спектра, а при кортикотропиномах – только биполярного.

Оценивая эти результаты, следует отметить, что в научной литературе вопросы психопатологии у пациентов с пролактиномами рассматриваются весьма ограниченно. В частности, было показано, что у них нередко встречаются тревожные и депрессивные состояния, а также повышенная агрессивность [4, 26, 35]. Описан ряд клинических случаев развития приступа шизофрении у больных с пролактиномами [39], а также возникновение у них импульсивных расстройств [18].

Результаты проведенного исследования позволяют конкретизировать представления о психических расстройствах при пролактиномах: наряду с высокой частотой тревожных состояний, в данной группе пациентов часто встречались соматоформные расстройства, возможные механизмы развития которых были описаны ранее [10, 11]. При этом полученные результаты находятся в соответствии с данными об относительно редком возникновении при пролактиномах тяжелых психических расстройств [40].

Что касается психопатологических состояний при соматотропиномах, то в литературе имеются указания на ассоциацию акромегалии с аффективными расстройствами, а также расстройствами личности и когнитивными нарушениями [24, 34]. Прижизненная распространенность аффективных нарушений у больных акромегалией по оценке C.Sievers и соавт. [34] составляет 34,6%.

В настоящем исследовании также была выявлена значительная частота аффективных расстройств при акромегалии, однако она оказалась существенно выше (51,2%). Кроме того, было обнаружено преобладание РБС и органических психических расстройств, а также установлена повышенная частота расстройств шизофренического спектра.

По данным литературы, частота психических расстройств при кортикотропиномах варьирует в диапазоне от 54 до 81% [23, 29, 30]. В частности, в работе R.F.Haskett [22] было показано, что, хотя 80% пациентов с БИК находятся в депрессии, у 30% из них обнаруживались симптомы гипомании. На высокую частоту РБС при синдроме Кушинга, особенно на начальных этапах эндокринного заболевания, указывали также J.I.Hudson и соавт. [23].

Полученные в настоящем исследовании данные показали еще более высокую частоту РБС при БИК (45,5%). Выявленная частота тревожных расстройств (10,9%) в целом соответствует данным других авторов о высокой распространенности генерализованной тревоги и панических приступов [29, 36].

Высокая частота РБС при акромегалии и болезни Иценко-Кушинга заслуживает особого обсуждения. В работах последнего времени указаний на это ни при соматотропиномах, ни при кортикотропиномах практически нет. По всей видимости, это отчасти связано с методологическими проблемами: в работах,

выполненных после 2000 года, для оценки психического состояния обычно применялись стандартизированные структурированные диагностические интервью, которые вследствие низкой чувствительности затрудняют диагностику гипоманий и соответственно – биполярных расстройств [16, 19, 31, 36, 38]. В исследованиях 80-х годов эти инструменты не использовались, в связи с чем аффективные расстройства квалифицировались более дифференцированно. Кроме этого, следует отметить, что большую часть пациентов, которые были отнесены к категории РБС, составляли больные биполярным аффективным расстройством II типа и другими неклассическими формами биполярных расстройств. Психопатологическое исследование этих состояний было начато только в самые последние годы, несмотря на их клиническую и терапевтическую важность [12, 28, 31], а их проявления при соматических расстройствах вообще практически не изучались. Необходимо отметить, что связь выделенных в данной работе РБС с собственно биполярным расстройством неочевидна, поскольку схожие феноменологические проявления могут быть обусловлены влиянием различных факторов, включая органические и гормональные [36]. Последнее обстоятельство может иметь немаловажное значение для оценки патогенетических механизмов взаимосвязи гормонов и поведения, а также иметь прогностическое и терапевтическое значение.

Ограничения настоящего исследования связаны с тем, что клиническая оценка состояния больных проводилась в разные периоды, и критерии диагностики РБС в 1994–1996 годы могли отличаться, что возможно сказалось на недостаточном выявлении стертых форм РБС при пролактиномах. Необходимо также принять во внимание, что контингенты больных в проводимых исследованиях различались. Так, больные с пролактиномами наблюдались перед лечением в основном амбулаторно, тогда как остальные поступали для стационарного обследования и лечения, что косвенно могло быть связано со степенью тяжести состояния. У всех обследованных пациентов была моногоормональная (секретирующая только один гормон) аденома гипофиза. Дефицита других тропных гормонов на фоне роста или лечения аденомы у большинства пациентов не было. Выявленный в единичных случаях гипотиреоз (как вторичный, так и первичный) на момент обследования был в состоянии медикаментозной компенсации. В то же время следует отметить, что исследование проводилось на протяжении длительного времени, за этот период изменились и усовершенствовались методы диагностики гипофизарной недостаточности, поэтому нельзя полностью исключить дефицит других гормонов гипофиза и его влияние на психическое состояние пациентов. К ограничениям данной работы следует также отнести отсутствие контрольной группы условно здоровых лиц и то, что динамика состояния обследованных пациентов не прослеживалась.

Заключение

Таким образом, в настоящей работе впервые проведен сопоставительный анализ психических расстройств при гормонально активных опухолях гипофиза. Показано, что при всех типах опухолей психические нарушения невротического, аффективного и органического спектра встречаются со

значительной частотой, причем прослеживается взаимосвязь между их характером и типом опухоли. Немаловажным фактом явилось также обнаружение повышенной частоты расстройств биполярного спектра при соматотропиномах и кортикотропиномах, а также тенденция к повышению частоты расстройств шизофренического спектра при соматотропиномах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляя Ж.Е., Рожинская Л.Я., Вагапова Г.Р., Волкова Н.И., Григорьев А.Ю., Гринев Е.Н. и соавт. Болезнь Иценко-Кушинга: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения / Под ред. Г.А. Мельниченко и И.И. Дедова // Федеральные клинические рекомендации. М.: Российская ассоциация эндокринологов; 2014. 78 с.
2. Белкин А.И. Манфред Блейлер (при участии Р.Гесс). Эндокринологическая психиатрия (Endocrinologische Psychiatrie, M.Bleuler, Miteinem Beitrag von R.Hess, Stuttgart, Thieme, 1954) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1957. Т. 57. Вып. 2. С. 271–282.
3. Блейлер Э. Руководство по психиатрии. Берлин: «Врач», 1920. С. 298–303.
4. Бобров А.Е., Мельниченко Г.А., Пятницкий Н.Ю., Бондаренко М.Г. Психические расстройства при первичной гиперпролактинемии // Проблемы эндокринологии. 1995. Т. 41. Вып. 2. С. 22–25.
5. ВОЗ. МКБ-10 Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские критерии. СПб.: WHO, 1994. 300 с.
6. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Романцова Т.И., Рожинская Л.Я., Дзеранова Л.К., Иловайская И.А., Далантаева Н.С., Бармина И.И. Гиперпролактинемия. Современные подходы и старые проблемы // Вестник репродуктивного здоровья. 2009. Т. 2. С. 2–8.
7. Дедов И.И., Молитвослова Н.Н., Рожинская Л.Я., Мельниченко Г.А. Федеральные клинические рекомендации по клинике, диагностике, дифференциальной диагностике и методам лечения акромегалии // Проблемы эндокринологии. 2013. Т. 6. С. 4–18.
8. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е., Семиглазова М.А., Рыбина Н.А. Распространенность психических расстройств у больных первичной медицинской практики в Москве и методы их выявления // Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению: избранные труды. Материалы научно-практической конференции с международным участием. СПб., 2009. С. 157–158.
9. Кречмер Э. Строение тела и характер. М.: Гос. изд-во медицинской литературы, 1930.
10. Мельниченко Г.А., Бобров А.Е., Кулыгина М.А., Павлова М.Г., Самсонова Л.С. Групповая психотерапия больных с гиперпролактинемическим гипогонадизмом // Проблемы эндокринологии. 2002. Т. 5. С. 18–22.
11. Мельниченко Г.А., Павлова М.Г., Бобров А.Е., Романцова Т.И., Белянчикова М.А., Пятницкий Н.Ю., Самсонова Л.С. Клиническое состояние и поведение больных с гиперпролактинемическим гипогонадизмом на фоне терапии селективными агонистами дофамина // Проблемы эндокринологии. 2001. Т. 1. С. 11–15.
12. Мосолов С.Н., Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г., Шафаренко А.А., Алфимов П.В., Костюкова А.Б. и др. Валидизация российской версии опросника HCL-32 для выявления пациентов с биполярным аффективным расстройством II типа среди больных, наблюдающихся с диагнозом рекуррентного депрессивного эпизода // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25. Вып. 1. С. 21–30.
13. Орловская Д.Д. Общая характеристика психических расстройств при эндокринопатиях // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В.Снежневского, Том 2. М.: Медицина, 1983. С. 177–181.
14. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. Берлин: Госиздат, 1923. С. 497–509.
15. Agustsson T.T., Baldvinsdottir T., Jonasson J.G., Olafsdottir E., Steinhorsdottir V., Sigurdsson G. et al. The epidemiology of pituitary adenomas in Iceland, 1955–2012: A nationwide population-based study // Eur. J. Endocrinol. 2015. Vol. 173 N 5. P. 655–664.
16. Akiskal H.S., Bourgeois M.L., Angst J., Post R., Moller H., Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders // J Affect Disord. 2000. Vol. 59. Suppl. 1. P. 5–30.
17. Angst J., Adolfsson R., Benazzi F., Gamma A., Hantouche E., Meyer T., Skeppar P., Vieta E.S.J. The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients // J Affect Disord. 2005. Vol. 88, N 2. P. 217–233.
18. Bancos I., Nannenga M., Bostwick J., Silber M., Erickson D., Nippoldt T. Impulse control disorders in patients with dopamine agonist-treated prolactinomas and nonfunctioning pituitary adenomas: a case-control study // Clin. Endocrinol. 2014. Vol. 8(6). P. 863–868.
19. Benazzi F. Challenging DSM-IV criteria for hypomania: diagnosing based on number of no-priority symptoms // Eur. Psychiatry. 2007. Vol. 22(2). P. 99–103.
20. Cimpean A.M., Melnic E., Bălinișteanu B., Corlan A., Coculescu M., Rusu S. et al. Geographic-related differences of pituitary adenomas hormone profile: Analysis of two groups coming from southeastern and eastern Europe // Int. J. Endocrinol. 2015. Vol. 6. P. 1–5.
21. Gonçalves D.A., Mari Jde J., Bower P., Gask L., Dowrick C., Tófoli L.F. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors // Cad. Saude Publica. 2014. Vol. 30(3). P. 623–632.
22. Haskett R.F. Diagnostic categorization of psychiatric disturbance in Cushing's syndrome // Am. J. Psychiatry. 1985. Vol. 142(8). P. 911–916.
23. Hudson J.I., Hudson M.S., Gniffing G.T., Melby J.C., Pope H.G. Phenomenology and Family History of Affective Disorder in Cushing's Disease // Am. J. Psychiatry. 1987. Vol. 144. P. 951–953.
24. Iglesias P., Bernal C., Díez J.J. Curious cases: Acromegaly and schizophrenia: an incidental association? // Schizophr. Bull. 2014. Vol. 40(4). P. 740–743.
25. Johnson M.D., Woodburn C.J., Lee Vance M. Quality of life in patients with a pituitary adenoma // Pituitary. 2003. Vol. 6. P. 81–87.
26. Kellner R., Buckman M., Fava M., Fava G., Mastrogioacomo I. Prolactin, aggression and hostility: a discussion of recent studies // Psychiatr. Dev. 1984. Vol. 2. P. 131–138.
27. Leistner S.M., Klotsche J., Dimopoulou C., Athanasoulia A.P., Roemmler-Zehrer J., Pieper L. et al. Reduced sleep quality and depression associate with decreased quality of life in patients with pituitary adenomas // Eur. J. Endocrinol. 2015. Vol. 172. P. 733–743.
28. Moro M.F., Lecca M.E., Ghillani M.A., Alacqua M., Carta M.G. Misdiagnosed Hypomanic Symptoms in Patients with Treatment-Resistant Major Depressive Disorder in Italy: Results from the Improve Study // Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Heal. 2014. Vol. 10. P. 42–47.
29. Pereira A.M., Tiemensma J., Romijn J.A. Neuropsychiatric disorders in Cushing's syndrome // Neuroendocrinology. 2010. Vol. 92, Suppl. 1. P. 65–70.
30. Santos A., Resmini E., Pascual J.C., Crespo I., Webb S.M. Psychiatric Symptoms in Patients with Cushing's Syndrome: Prevalence, Diagnosis and Management // Drugs. 2017. Vol. 77. P. 829–842.
31. Schmidt F.M., Steinberg H., Himmerich H. Differenzialdiagnostik der Bipolaren Störung: historische und klinische Implikationen und Perspektiven // Fortschritte der Neurologie Psychiatrie. 2015. Vol. 83(2). P. 74–82.
32. Sheehan D., Janavas J., Harnett-Sheehan K., Sheehan M., Gray C., Lecrubier Y. et al. M.I.N.I. Russian Translation Version 6.0.0 DSM-IV // Mapi Research Institute. 2010. P. 32.
33. Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H., Amorim P., Janavs J., Weiller E. et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 // J. Clin. Psychiatry. 1998. Vol. 59. Suppl. 20. P. 22–33.
34. Sievers C., Dimopoulou C., Pfister H., Lieb R., Steffin B., Roemmler J. et al. Prevalence of mental disorders in acromegaly: a cross-sectional study in 81 acromegalic patients // Clin Endocrinol. 2009. Vol. 71(5). P. 691–701.
35. Sobrinho L., Almeida-Costa J. Hyperprolactinaemia as a result of immaturity or regression: the concept of maternal subroutine. A new model of psychoendocrine interactions // Psychother. Psychosom. 1992. Vol. 57(3). P. 128–132.
36. Starkman M.N. Neuropsychiatric findings in Cushing syndrome and exogenous glucocorticoid administration // Endocrinol. Metab. Clin. North Am. 2013. Vol. 42(3). P. 477–488.
37. Theodoros D., Patel M., Ruzevick J., Lim M., Bettgowda C. Pituitary adenomas: historical perspective, surgical management and future directions // CNS Oncol. 2015. Vol. 4(6). P. 411–429.

38. Thomas P. The many forms of bipolar disorder: a modern look at an old illness // J. Affect. Dis. 2004. Vol. 79. Suppl. 1. P. 3–8.
39. Tsigkaropoulou E., Peppas M., Zompola C., Rizos E., Xelioti I., Chatziioannou S., Filippopoulou A., Lykouras L. Hypogonadism due to hyperprolactinemia and subsequent first episode of psychosis // Gend. Med. 2012. Vol. 9(1). P. 56–60.
40. Weitzner M.A., Kanfer S., Booth-Jones M. Apathy and pituitary disease: it has nothing to do with depression // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 2005 Vol. 17(2). P. 159–166.
41. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders // Bull. World Heal. Organ. 2000. Vol. 78(4). P. 413–426.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫМИ АДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА

**А.Е. Бобров, Е.Г. Старостина, М.М. Александрова, Д.Р. Алмаев, М.Г. Павлова,
И.В. Комердус, Ж.Е. Белая, Г.А. Мельниченко**

Ряд исследований указывает на взаимосвязь гиперсекреции гормонов при аденомах гипофиза с психическими нарушениями. Однако их соотношение с типом аденом изучено недостаточно. **Цель работы** – сопоставительное изучение структуры психических расстройств при трех типах аденом гипофиза: пролактиномах, соматотропиномах и аденокортикотропиномах. **Материал и методы.** Работа основана на анализе материала исследований, проводившихся в 1994–2016 гг. на базе отделений эндокринологии различных учреждений. В группу больных пролактиномами вошли 67 человек (жен., средний возраст $34,0 \pm 10,4$ лет). В группу больных соматотропиномами были включены 82 пациента (15 муж. и 67 жен., средний возраст $55,7 \pm 13,7$ лет). Группу больных кортикотропиномами составили 66 человек (9 муж. и 57 жен., средний возраст $40,4 \pm 13,5$ лет). Всем пациентам было проведено клинико-психопатологическое обследование по критериям МКБ-10. При изучении больных соматотропиномами и кортикотропиномами применялись также опросник M.I.N.I.-6 и шкала HCL-32. **Результаты.** Распространенность психических расстройств при гормонально-активных опухолях гипофиза (75,1–79,3%) существенно выше,

чем в общей популяции и в амбулаторной медицинской сети. У больных пролактиномами преобладали расстройства невротического уровня (35,8%) в виде соматоформных и тревожно-фобических расстройств, а также аффективные расстройства (22,4%). У больных соматотропиномами чаще всего выявлялись расстройства настроения (51,2%) и органические психические расстройства (17,1%). При кортикотропиномах отмечались аффективные расстройства (59,1%), а также невротические расстройства (15,2%), представленные обсессивно-компульсивными тревожно-фобическими состояниями. Особого внимания заслуживает высокая частота расстройств биполярного спектра при соматотропиномах (46,3%) и кортикотропиномах (45,5%), что может иметь патогенетическое и терапевтическое значение. **Выводы.** При гормонально-активных опухолях гипофиза с повышенной частотой возникают психические нарушения, характер которых связан с типом гормональной секреции.

Ключевые слова: биполярное расстройство, расстройства настроения, аденома гипофиза, психоэндокринология, пролактинома, акромегалия, болезнь Иценко-Кушинга.

MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH HORMONALLY ACTIVE PITUITARY ADENOMAS

A.E. Bobrov, E.G. Starostina, M.M. Alexandrova, D.R. Almaev, M.G. Pavlova, I.V. Komerdus, Zh.E. Belaya, G.A. Melnichenko

A number of studies points to association between hormonal hypersecretion in pituitary adenomas and mental disorders; however, their links to the type of adenoma have not been studied sufficiently. A comparative assessment of the structure of mental disorders in three types of pituitary adenomas, namely, prolactinoma, somatotropinoma and adrenocorticotropinoma. **Material and methods.** The work is based on the analysis of the results of our studies performed in 1994 to 2016 in the departments of endocrinology of various medical institutions. The prolactinoma group included 67 patients (all female, mean age $34,0 \pm 10,4$ years). The somatotropinoma group included 82 patients (15 male and 67 female, mean age $55,7 \pm 13,7$ years). The corticotropinoma group comprised 66 patients (9 male and 57 female, mean age $40,4 \pm 13,5$ years). All the patients underwent clinical psychiatric interviewing based on ICD10 criteria. M.I.N.I.-6 and HCL-32 scales were also used for assessment of the patients with somatotropinomas and corticotropinomas. **Results.** The prevalence of mental disorders in hormonally active pituitary adenomas (75,1 to 79,3%)

is significantly higher than that in the general population and in the primary care. The prevailing disorders in patients with prolactinoma were the neurotic spectrum disorders (35,8%), such as somatoform and anxiety and phobic disorders, as well as affective disorders (22,4%). The patients with somatotropinomas most frequently demonstrated mood disorders (51,2%) and organic mental disorders (17,1%). In those with corticotropinomas, affective disorders were the most frequently identified (59,1%), as well as neurotic disorders (15,2%), represented by obsessive compulsory and anxiety/phobic states. Special attention merits the high frequency of bipolar spectrum disorders in somatotropinomas (46,3%) and corticotropinomas (45,5%), which could be of pathogenetic and therapeutic importance. **Conclusion.** Hormonally active pituitary adenomas are associated with increased prevalence of mental disorders, with their types being related to the type of hormonal hypersecretion.

Key words: bipolar disorder, mood disorders, psychoendocrinology, prolactinoma, acromegaly, Cushing's disease.

Бобров Алексей Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения консультативной и дистанционной психиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: bobrov2004@yandex.ru

Старостина Елена Георгиевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры эндокринологии факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского

Александрова Мария Михайловна – старший преподаватель АНО ДПО Институт психотерапии и клинической психологии; e-mail: 0348720@gmail.com

Алмаев Денис Раисович – врач-психиатр ГБУЗ Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева, филиал «ПНД №13»; e-mail: almaev@me.com

Павлова Мария Геннадьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры эндокринологии №1 лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова МЗ РФ; e-mail: mgr.med@gmail.com

Комердус Ирина Владимировна – кандидат медицинских наук, врач высшей категории, заведующая отделением терапевтической эндокринологии, доцент кафедры эндокринологии факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского

Белая Жанна Евгеньевна – доктор медицинских наук, врач-эндокринолог, заведующая отделением нейроэндокринологии и остеопатий, профессор кафедры эндокринологии Института высшего и дополнительного образования ФГБУ Национальный Медицинский Исследовательский Центр Эндокринологии МЗ РФ; e-mail: jannabelaya@gmail.com

Мельниченко Галина Афанасьевна – академик РАН, профессор, доктор медицинских наук, заместитель директора ФГБУ Национальный Медицинский Исследовательский Центр Эндокринологии МЗ РФ, директор Института клинической эндокринологии.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЕДИНИЧНЫХ И ПОВТОРНЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ ЭПИЗОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С КОМПЕНСИРОВАННОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ

И.Л. Степанов, О.В. Моисейчева

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

Результаты различных исследований показывают тесную связь между депрессией и соматическими болезнями [10, 13, 19–21] с превышением частоты психических нарушений среди пациентов с болезнями внутренних органов [11, 15].

Все более широкое признание получает тот факт, что соматическое страдание, физиологические изменения, обусловленные хроническими соматическими заболеваниями, функциональные нарушения, связанные с лечением хронических заболеваний усугубляют течение аффективных расстройств [7]. Соматические заболевания, с присущими болезни физиологическими сдвигами в организме, бременем симптомов, выступая в роли стрессового фактора, усложняют диагностику и лечение депрессии [12, 14, 18].

Продолжительные соматические заболевания, компенсированные на момент депрессивного состояния, по мнению ряда авторов, имеют значение для возникающего своеобразия клинической картины депрессии и для динамических особенностей аффективного расстройства [3–5, 8].

В литературе неоднократно упоминается ассоциированность депрессии у пациентов с хронической соматической патологией с большим количеством соматических симптомов, чем у больных со сходной выраженностью клинической симптоматики соматических заболеваний без аффективной патологии. При обследовании больных депрессией выявляется в 2–3 раза больше соматических симптомов по сравнению с контрольными пациентами без депрессии [1, 16, 17]. Наиболее часто отмечаются повышенная утомляемость, вялость, разбитость, упадок сил, снижение трудоспособности и активности, раздражительность, нарушения сна, вегетативные нарушения (головокружение, сердцебиение, потливость, одышка, нехватка воздуха, диспепсические расстройства, перебои в сердце), трудности при концентрации внимания,

сексуальные дисфункции, изменение аппетита и массы тела, плохое самочувствие, сопровождающееся неприятными телесными ощущениями, хронический болевой синдром [2, 8, 9, 22].

При этом необходимо совершенствование подходов к психопатологической оценке депрессивного состояния у пациентов с учетом наличия «соматически отягощенной почвы» для выработки в дальнейшем более эффективных диагностических и терапевтических подходов.

Цель исследования: анализ клинико-психопатологических характеристик единичных и повторных спонтанных фазнопротекающих депрессивных эпизодов у больных с разной тяжестью течения сопутствующих соматических заболеваний на момент обследования в стадии компенсации.

Материалы и методы

В исследование вошли 100 больных депрессией в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (F31 – 22 чел., F32 – 17 чел., F33 – 61 чел.): 78 женщин и 22 мужчины в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст – 42,02 года). Пациенты обследовались на клинической базе специализированного отделения расстройств аффективного спектра Московского научно-исследовательского института психиатрии Минздрава России (в настоящее время филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России) и общемедицинской городской поликлиники г.Москвы №106 с 2011 по 2014 год.

Изученная выборка формировалась на основании констатации на момент обследования: 1) текущего депрессивного эпизода и 2) наличия соматической патологии в стадии ремиссии. Критерии исключения: депрессии психотического уровня; коморбидность депрессивного расстройства с другим психическим заболеванием, с органическим поражением ЦНС, с

хроническим алкоголизмом, токсикоманией, различными зависимостями от ПАВ.

На основании данных анамнеза, собранных со слов больных и их родственников, из амбулаторных карт и выписок истории болезни собраны материалы об имевшихся у обследуемых пациентов соматических заболеваниях. Среднее значение количества соматических заболеваний во всей выборке на каждого пациента составило 4,2 (диапазон от 1 до 8 заболеваний). Определение степени тяжести течения соматической патологии основывалось на выявленных обострениях соматических заболеваний и обращениях за общемедицинской помощью в предшествующий данному обследованию период 1,5 года с ранжированием от 0 до 3 баллов. Пациенты, у которых за обозначенный период не наблюдалось обострений или возникновения соматического заболевания тяжесть течения соматической патологии оценивалась – 0 баллов; пациенты, с обострениями соматического заболевания, справляющиеся с его купированием самостоятельно, или обращающиеся за медицинской помощью в единичных случаях и без оформления больничных листов нетрудоспособности – 1; пациенты, у которых обострение заболевания соматической сферы вызвало неоднократное обращение и наблюдение врача-специалиста или обострения наблюдались более чем в одном соматическом заболевании – 2; пациенты с ухудшениями соматического здоровья, приведшие к госпитализации, оперативному вмешательству – 3 балла.

Подробное клинко-психопатологическое обследование проводилось на этапе обращения пациента за амбулаторной помощью к врачу-психиатру или при поступлении пациента на стационарное лечение, затем на момент окончания наблюдения (через 4–6 нед.) при редукции симптоматики, «выходе» из депрессии. Оценка динамики выраженности симптомов и структуры депрессии у пациентов с наличием соматических заболеваний проводилась с использованием шкалы депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression, HDRS-21) и клинко-психопатологической карты, разработанной в группе исследования депрессий отделения расстройств аффективного спектра.

Для статистической обработки данных применялись непараметрические методы сравнения: для независимых групп (сравнение групп между собой) тест Манна-Уитни, корреляционный анализ Спирмена. Для сравнения распределений объектов двух групп использовали критерий Фишера, различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Для больных депрессией с соматическими заболеваниями в стадии ремиссии в данной выборке наиболее характерными являлись женский пол (78%), трудоспособный возраст, высокий уровень образования (высшее образование имели 47% и

неоконченное высшее – 14% пациентов), наибольшая представленность рекуррентного типа депрессивного расстройства (61%).

На основании полученных данных пациенты были поделены на две группы в зависимости от количества депрессивных эпизодов в анамнезе (пациенты с первым депрессивным эпизодом и пациенты с двумя и более депрессивными эпизодами), которые имели ряд характерных отличий в клинической картине депрессии (тест Манна-Уитни). В группе пациентов с единичным депрессивным эпизодом на момент обследования отмечалось преобладание соматической тревоги (физиологические проявления: сухость во рту, метеоризм, отрыжка, спазмы, сердцебиения, головные боли, одышка, учащенное мочеиспускание, повышенное потоотделение) ($p < 0,05$), снижения аппетита с тяжестью в животе ($p < 0,01$) и потерей веса ($p < 0,02$), меньшей критичности в отношении осознания болезни ($p < 0,02$). Для пациентов с повторными депрессивными эпизодами более характерны суточные колебания настроения ($p < 0,03$), снижение побуждений к деятельности ($p < 0,02$), физическая истощаемость ($p < 0,02$), нарушения в социальном функционировании в сферах самообслуживания ($p < 0,05$), профессиональной ($p < 0,01$) и бытовых обязанностей ($p < 0,06$).

В ходе исследования собранные сведения об обострениях соматических заболеваний и последующих обращениях в общемедицинские учреждения у пациентов за период 1,5 года до настоящего исследования позволили оценить тяжесть течения имеющейся соматической патологии. Корреляционный анализ (метод Спирмена) использовался у пациентов с первым депрессивным эпизодом (17 чел.), у пациентов с двумя и более эпизодами депрессии в анамнезе (83 чел.) (табл. 1).

В группе больных с первым депрессивным эпизодом отчетливые корреляционные соотношения с тяжестью течения соматических заболеваний установлены с симптомами тревоги, беспокойства и абулии (снижения побуждений к деятельности).

В группе пациентов с двумя и более депрессивными эпизодами в анамнезе (83 чел.) статистически достоверно прослеживалась следующая тенденция: с тяжестью течения соматической патологии коррелировали наличие запоров, чрезмерная озабоченность здоровьем, физические проявления тревоги (в частности сердцебиения, головные боли, одышка, сухость во рту, диспепсия, повышенное потоотделение), повышение АД, выраженные и продолжительные сенсации, слабость, вялость, физическая истощаемость. Отмечена положительная корреляционная связь, хотя и слабая, с тяжестью депрессии, оцениваемой по показателю HDRS-21.

Обращает на себя внимание отсутствие значимых связей тяжести течения соматических заболеваний с количеством депрессивных эпизодов в анамнезе, продолжительностью текущего депрессив-

**Корреляционные соотношения симптомов и характеристик депрессивных эпизодов
с ранжированной тяжестью течения соматической патологии**

Психопатологические симптомы	Выраженность тяжести течения соматической патологии (за 1,5 года до момента обследования) (впервые обратившиеся, с первым депрес- сивным эпизодом на момент обследования) N=17	Выраженность тяжести течения соматической патологии (за 1,5 года до момента обследования) (с двумя и более депрессивными эпизодами на момент обследования) N=83
Тоска	Н.д.	Н.д.
Тревога	$r_s=0,567$ (при $p<0,05$)	Н.д.
Снижение побуждений к деятельности	$r_s=0,705$ (при $p<0,01$)	Н.д.
Соматическая тревога	Н.д.	$r_s=0,360$ (при $p<0,001$)
Слабость, вялость	Н.д.	$r_s=0,303$ (при $p<0,01$)
Физическая истощаемость	Н.д.	$r_s=0,249$ (при $p<0,001$)
Повышение АД	Н.д.	$r_s=0,365$ (при $p<0,01$)
Снижение АД	Н.д.	$r_s=-0,270$ (при $p<0,01$)
Запоры	Н.д.	$r_s=0,505$ (при $p<0,0001$)
Выраженность сенсаций		$r_s=0,381$ (при $p<0,001$)
Продолжительность сенсаций		$r_s=0,256$ (при $p<0,01$)
Чрезмерная озабоченность здоровьем	Н.д.	$r_s=0,409$ (при $p<0,001$)
Сум HDRS-21	Н.д.	$r_s=0,197$ (при $p<0,05$)
Продолжительность депрессивного эпизода	Н.д.	Н.д.
Количество депрессивных эпизодов в анамнезе	Н.д.	Н.д.
Длительность аффективного расстройства	Н.д.	Н.д.
Возраст пациентов	Н.д.	$r_s=0,483$ (при $p<0,001$)
Возраст пациентов на момент начала аффективного расстройства	Н.д.	$r_s=0,382$ (при $p<0,01$)
Количество систем отягощенных соматическими заболеваниями	$r_s=0,554$ (при $p<0,05$)	$r_s=0,438$ (при $p<0,001$)
Количество соматических заболеваний	$r_s=0,543$ (при $p<0,055$)	$r_s=0,467$ (при $p<0,001$)

Примечания: r_s – коэффициент корреляции Спирмена; Н.д. – статистически недостоверно.

ного эпизода и продолжительностью аффективного расстройства (аналогичная картина отмечена у больных во всей выборке). На основании корреляционного анализа психопатологических симптомов и тяжести течения соматической патологии следует отметить наличие, прежде всего, соматических проявлений депрессии при нарастании выраженности тяжести предшествующего течения соматической патологии.

Во всех группах тяжесть течения положительно коррелировала с количеством систем органов, отягощенных соматическими заболеваниями, и непосредственно, с общим количеством соматических заболеваний (у больных с единичным эпизодом близко к достоверному значению). Выраженность тяжести течения соматической патологии в группе пациентов с повторными депрессивными эпизодами коррели-

ровала с возрастом пациентов, возрастом начала аффективного расстройства.

В дополнительном анализе у пациентов с повторными эпизодами и у всей выборки спектр симптомов тревожного характера, включающий идеаторную и двигательную расторможенность с напряжением, беспокойством, страхом, имел тенденцию к отрицательным корреляционным связям с тяжестью течения соматической патологии, наблюдаемой за предшествующий обследованию период.

При проведении корреляционного анализа (табл. 2) остаточных проявлений психопатологической симптоматики на момент «выхода» из депрессии и тяжести течения соматической патологии у пациентов с повторными депрессивными эпизодами отмечено: положительные связи выраженности тяжести течения с соматической и психической тревогой, чрезмерной

Корреляционные соотношения остаточных симптомов и ранжированной по тяжести течения соматической патологии у пациентов на «выходе» из депрессии

Психопатологические симптомы	Выраженность тяжести течения соматической патологии (за 1,5 года до момента обследования) (впервые обратившиеся, с первым депрессивным эпизодом на момент обследования) N=17	Выраженность тяжести течения соматической патологии (за 1,5 года до момента обследования) (с двумя и более депрессивными эпизодами на момент обследования) N=83
Психическая тревога	Н.д.	$r_s=0,254$ (при $p<0,01$)
Соматическая тревога	Н.д.	$r_s=0,379$ (при $p<0,001$)
Общие соматические симптомы (чувство утраты энергии, тяжесть в теле)	Н.д.	$r_s=0,298$ (при $p<0,01$)
Снижение активности	Н.д.	$r_s=0,264$ (при $p<0,05$)
Чрезмерная озабоченность здоровьем	Н.д.	$r_s=0,246$ (при $p<0,05$)
Сум HDRS-21	Н.д.	$r_s=0,327$ (при $p<0,01$)

Примечания: r_s – коэффициент корреляции Спирмена; Н.д. – статистически недостоверно.

озабоченностью здоровьем, чувством тяжести в теле, утраты энергии, снижением активности. Достоверных корреляционных связей остаточных психопатологических симптомов с выраженностью тяжести течения соматической патологии у пациентов с единичным депрессивным эпизодом не наблюдалось.

Заключение

Данная выборка включала пациентов с разными динамическими показателями аффективного расстройства, как с повторными депрессивными эпизодами, так и с единичным, что позволило провести сравнительный анализ между группами.

Анализ психопатологических характеристик по выраженности позволил отметить более свойственную типичному описанию депрессии симптоматику у больных с двумя и более депрессивными эпизодами с суточными колебаниями настроения, снижением побуждений к деятельности, физической утомляемостью, большей критичностью в отношении осознания болезни и снижением социально-психического функционирования, в отличие от больных с единственным эпизодом, у которых преобладал соматический компонент с физиологическими проявлениями тревоги, снижением аппетита, потерей веса.

У больных с первым спонтанным депрессивным эпизодом тяжесть течения соматической патологии положительно коррелировала с тревожным аффектом и снижением побуждений к деятельности (продуктивным и дефицитарным симптомами депрессии).

Пациентам с повторными депрессивными эпизодами более свойственны симптомы, соответствующие соматической составляющей депрессивного состояния (астено-анергические проявления, симпатикотония, чрезмерная озабоченность здоровьем, неприятные телесные ощущения). Более выраженная тяжесть течения соматической патологии наблюдается у больных депрессией старшего возраста с

более поздним началом аффективного расстройства при большем количестве соматических заболеваний.

В ходе анализа динамики состояния (при обследовании на «выходе» из депрессии) у больных с несколькими депрессивными эпизодами более выраженная тяжесть течения соматической патологии (за период 1,5 года до обследования) сочеталась с меньшей редукцией аффективной симптоматики, проявляющейся психической и соматической тревогой, чрезмерной озабоченностью здоровьем, общими «соматическими симптомами» (чувство упадка сил и утраты энергии), снижением активности и работоспособности с чувством усталости. Подобные слабые, но достоверные корреляции позволяют предположить влияние «соматически отягощенной почвы» на качество редукции симптомов депрессии при повторных депрессивных эпизодах. У пациентов с первым депрессивным эпизодом корреляционных связей психопатологических симптомов на «выходе» из депрессии с тяжестью течения соматической патологии не наблюдалось.

При оценке клинической картины больных на «выходе» из депрессии выявлена ассоциированность тревожно-ипохондрической симптоматики (включая астено-динамический компонент) с более частыми обострениями соматических заболеваний и потребностью в общемедицинской помощи в период ремиссии аффективного расстройства, с очерчиванием круга симптомов, связанных с более частыми обращениями к врачам общей практики по поводу соматического неблагополучия после улучшения психического состояния.

Клинико-психопатологические особенности депрессивных состояний у больных с соматическими заболеваниями в стадии ремиссии определяются сложным взаимодействием соматической и психической составляющих статуса пациента. Наличие соматической отягощенности даже в

состоянии ремиссии оказывает патопластическое влияние на структуру депрессивного состояния, особенно явно – при формировании цикличности депрессивных эпизодов. Выявление данных взаимодействий диктует более внимательное отношение

к оценке степени отягощенности соматического состояния больных аффективными расстройствами с целью повышения эффективности диагностики, психопатологического анализа и лечебно-реабилитационных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

- Белялов Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта. Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. 296 с.
- Воробьева О.В. Клинические особенности депрессии в общей медицинской практике (по результатам программы «КОМПАС») / О.В. Воробьева // Consilium Medicum. 2004. № 2. С. 154–158.
- Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. М.: Изд. «Медицина», 1965. 319 с.
- Каннабих Ю.В. Циклотимия, ее симптоматология и течение. М., 1914. 418 с.
- Ромасенко Л.В. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. Диагностика, терапия. М.: Умный доктор. 2016. 112 с.
- Степанов И.Л., Моисейчева О.В. Значение клинко-психопатологических и динамических характеристик депрессивных состояний у больных с соматической отягощенностью в анамнезе для оценки их социального функционирования // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 3. С. 12–17.
- Степанов И.Л., Моисейчева О.В. Клинко-психопатологическая оценка факторов, влияющих на формирование повышенной озабоченности состоянием своего здоровья у больных с фазнопротекающими депрессивными состояниями // Психиатрия психотерапия и клиническая психология. 2015. Т. 21, № 3, С. 48–56.
- Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей. М.: МИА, 2007. 782 с.
- Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2007. 434 с.
- Ali S., Stone M.A., Peters J.L., Davies M.J., Khunti K. The prevalence of comorbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis // Diabet Med. 2006. Vol. 23. P. 1165–1173.
- Crum R.M., Cooper-Patrick L., Ford D.E. Depressive symptoms among general medical patients: prevalence and one-year outcome // Psychosom. Med. 1994. N 56. P. 109–117.
- Katon W., Russo J., Lin E.H., Heckbert S.R., Ciechanowski P., Ludman E.J., VonKorff M. Depression and diabetes: factors associated with major depression at five-year follow-up // Psychosomatics. 2009. Vol. 50. P. 570–579.
- Katon W. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illnesses // Dialogues Clin. Neurosci. 2011. Vol. 13. P. 7–23.
- Kennedy G.J., Kelman H.R., Thomas C. Persistence and remission of depressive symptoms in late life // Am. J. Psychiatry. 1991. Vol. 148. P. 174–178.
- Krishnan K.R., DeLong M., Kraemer H., Carney R., Spiegel D., Gordon C., McDonald W., Dew M.A., Alexopoulos G., Buckwalter K., Cohen P.D., Evans D., Kaufmann P.G., Olin J. Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly // Biol. Psychiatry. 2002. Vol. 52. P. 559–588.
- Kroenke K., Spitzer R.L., deGruy F.V., Hahn S.R., Linzer M., Williams J.B., Brody D., Davies M. Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care // Arch. Gen. Psychiatry. 1997. Vol. 54. P. 352–358.
- Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B., Linzer M., Hahn S.R., deGruy F.V., Brody D. Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment // Arch. Fam. Med. 1994. Vol. 3. P. 774–779.
- Sartorius N., Holt R.I.G., Maj M. Comorbidity of Mental and Physical Disorders. Key issues in mental health. Basel, Switzerland, Karger, 2015. P. 81–87.
- Schleifer S.J., Macari-Hinson M.M., Coyle D.A., Slater W.R., Kahn M., Gorlin R., Zucker H.D. The nature and course of depression following myocardial infarction // Arch. In. Med. 1989. Vol. 149. P. 1785–1789.
- Spijkerman T., deJonge P., van den Brink R.H., Jansen J.H., May J.F., Crijns H.J., Ormel J. Depression following myocardial infarction: first-ever versus ongoing and recurrent episodes // Gen. Hosp. Psychiatry. 2005. Vol. 27. P. 411–417.
- Von Korff M., Scott K.M., Gureje O. Global Perspectives on Mental Physical Comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2009. 340 p.
- Watanabe N., Stewart R., Jenkins R., Bhugra D.K., Furukawa T.A. The epidemiology of chronic fatigue, physical illness, and symptoms of common mental disorders: a cross-sectional survey from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity // J. Psychosom. Res. 2008. Vol. 64. N 4. P. 357–362.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЕДИНИЧНЫХ И ПОВТОРНЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ ЭПИЗОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С КОМПЕНСИРОВАННОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ

И.Л. Степанов, О.В. Моисейчева

Цель исследования: анализ клинко-психопатологических характеристик единичных и повторных спонтанных фазнопротекающих депрессивных эпизодов у больных с разной тяжестью течения сопутствующих соматических заболеваний на момент обследования в стадии компенсации. **Дизайн:** описательное, проспективное, клиническое исследование. **Материалы и методы.** Обследованы 100 больных депрессией (в соответствии с диагностическими критериями аффективного расстройства МКБ-10) с соматическими заболеваниями в стадии ремиссии: 78 женщин и 22 мужчины, средний возраст – 42,02 года. Основными методами исследования были клинко-психопатологический, психометрический, клинко-анамнестический, статистический. **Результаты.** Клинко-психопатологические особенности

депрессивных состояний у больных с соматическими заболеваниями в стадии ремиссии определяются сложным взаимодействием соматической и психической составляющих статуса пациента. Наличие соматической отягощенности даже в состоянии ремиссии оказывает патопластическое влияние на структуру депрессивного состояния, особенно явно – при формировании цикличности депрессивных эпизодов. **Заключение.** Проведенное исследование создает дополнительные возможности для диагностической квалификации и оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий депрессивного состояния больных аффективными расстройствами с соматической патологией в стадии ремиссии.

Ключевые слова: структура депрессии, соматическая патология.

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SINGLE AND REPEATED DEPRESSIVE EPISODES IN PATIENTS WITH COMPENSATED SOMATIC DISORDERS

I.L. Stepanov, O.V. Moiseycheva

Goal: analysis of clinical and psychopathological characteristics of single and repeated spontaneous cyclic depressive episodes in patients with concurrent somatic disorders of various severity, though compensated during the investigation. Design: descriptive prospective clinical investigation. Material and method: 100 depressive patients (according to the ICD-10 criteria for affective disorder) with somatic disorders in remission: 78 females and 22 males, average age 42,02 years. Principal methods: clinical-psychopathological, psychometric, individual clinical history development and statistical. Results: Clinical and psychopathological

features of depressive conditions in patients with somatic disorders in remission strongly depend on complicated interaction of somatic and mental constituents of the patient's status. Presence of a physical disease – even in remission – produces a pathoplastic effect on structure of the depressive condition, especially in case of cyclic depression development. Conclusion: This investigation provides new possibilities for diagnosis as well as better treatment and rehabilitation of depressive patients with affective disorders and somatic disorder in remission.

Key words: depression structure, somatic pathology

Степанов Игорь Львович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела клинико-патогенетических исследований в психиатрии отделения расстройств аффективного спектра Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: stigl2006@rambler.ru.

Моисейчева Ольга Викторовна – научный сотрудник отдела клинико-патогенетических исследований в психиатрии отделения расстройств аффективного спектра Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: moisej-olga@yandex.ru

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ АПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА*

**М.В. Миняйчева, И.О. Гладышев, К.Г. Кисельникова, Л.Г. Мовина,
О.О. Папсуев**

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

Шизофрения – хроническое психическое заболевание, характеризующееся позитивными и негативными симптомами, социально-когнитивным и нейрокогнитивным дефицитом. На данный момент принято разделять проявления негативной симптоматики на две группы. Первая – это нарушение экспрессии (*diminished expression*), которое включает в себя уплощение аффекта (*blunted affect*) и алогию (недостаток спонтанности и плавности речи). Вторая группа – апатия, выражающаяся в дефиците мотивации, ангедонии, абулии (*avolition*) и снижении социального взаимодействия (*asociality*) [15, 26]. Ранее апатия понималась как отсутствие мотивации, не связанное с нарушением интеллекта, эмоций или уровня сознания [24], однако в последнее время термин апатия был определен как количественное сокращение целенаправленного поведения [21]. Апатия как один из доменов негативного симптомокомплекса в значительной степени оказывает влияние на социальное функционирование пациентов с расстройствами шизофренического спектра, дезорганизует их межличностные взаимоотношения, профессиональную деятельность, независимое проживание, и является одним из основных факторов снижения качества жизни [6, 13, 19]. Проявления апатии отмечаются еще на продромальном этапе заболевания [32] – угасают интересы, сужаются потребности, появляется равнодушное отношение к тому, что раньше волновало больного [4, 5, 7, 8]. В дальнейшем происходит снижение мотивации к участию в различных видах занятости, работе, обучении, а также в собственном лечении и реабилитации, нарастает дефицит социально-ролевого функционирования [2, 9]. Закономерно, что современная концепция психосоциальной терапии и реабилитации предусматривает обязательное восстановление нару-

шенных или формирование утраченных вследствие болезни мотивационных ресурсов личности [3]. Соответственно возникает необходимость оценки степени нарушений мотивации и выраженности апатии у пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, поскольку разработка общих рекомендаций по оценке результативности психосоциальных вмешательств не представляется возможной без оценки их по данному параметру [3].

Одним из используемых в научных исследованиях инструментов для оценки апатии является Шкала Апатии (AES – *Apathy Evaluated Scale*) [23]. Данная шкала используется для диагностики апатии при различных состояниях: органические психические расстройства, различные неврологические состояния и шизофрения. Шкала была разработана на основе определения апатии как первичного нейропсихиатрического синдрома снижения мотивации, не связанного с эмоциональным дистрессом, когнитивным дефицитом или изменением уровня сознания [23]. Данная шкала оценивает поведенческие (целенаправленное поведение, снижение работоспособности, отсутствие усилий и инициативы), когнитивные (отсутствие интересов, любопытства, отсутствие цели и ценностей, соответствующих возрасту больного) и эмоциональные аспекты апатии (эмоциональное безразличие, снижение эмоциональных реакций).

По согласованию с авторами-разработчиками был произведен двойной слепой перевод шкалы оценки апатии AES на русский язык и оценка ее психометрических свойств.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе медико-реабилитационного отделения Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава

* Apathy Evaluated Scale (AES).

России. Всего в исследовании после подписания информированного согласия принял участие 81 пациент (55,6% муж. и 44,4% жен.) с диагнозом шизофрения или расстройствами шизофренического спектра в возрасте от 18 до 65 лет, с уровнем образования не ниже среднего, без указаний в анамнезе на органические поражения головного мозга и злоупотребление ПАВ. В процессе выполнения исследования применялись следующие методы и психометрические шкалы:

1. Клинико-психопатологический – критерии психических расстройств в соответствии с МКБ-10, шкала оценки позитивных и негативных симптомов шизофрении PANSS [16], шкала депрессии при шизофрении CDSS [10].

2. Клинико-социальный – шкала личностного и социального функционирования PSP [28].

3. Шкала оценки апатии (AES) – клиническая версия (AES-C) и самоопросник для пациента (AES-S) [23].

4. Статистический – корреляционный анализ методом Спирмена в программе Statistica 10.0.

Обследование пациентов проводилось в два этапа. Первый этап включал в себя информирование пациента о целях и задачах исследования, подписание информированного согласия. Затем врач-психиатр проводил диагностическую беседу с помощью полуструктурированного интервью SCI-PANSS и CDSS, определял соответствие пациента критериям включения в исследование. К участию допускались пациенты в стабилизированном состоянии со значением по шкале PANSS ≤ 80 , без выраженной депрессивной симптоматики в психическом статусе на момент обследования (CDSS ≤ 6). В ходе второго этапа обследования клинический психолог оценивал уровень социального функционирования пациентов по шкале PSP и выраженность апатии по шкале AES.

Шкала AES представлена в трех версиях: самоопросник для пациента (AES-S), опросник для информанта пациента (AES-I), а также опросник, заполняемый врачом или другим специалистом (AES-C) в виде частично структурированного интервью. После установления контакта с пациентом клиницист проводит полуструктурированное интервью по пунктам шкалы. Авторами-разработчиками [23] предлагается инструкция: «Я собираюсь задать вам ряд вопросов о ваших мыслях, чувствах и деятельности за последние 4 недели. Для начала расскажите о своих интересах. Хотелось бы узнать обо всем, что кажется вам интересным. Это могут быть увлечения, работа, деятельность, которой вы занимаетесь или планируете заняться; чем вы обычно занимаетесь дома или за его пределами, делаете ли это с другими людьми или в одиночку; меня интересуют также увлечения, которыми вы в настоящее время по каким-то причинам заняться не можете, но которые представляют для вас интерес». Ответы пациента записываются. Оценивается круг интересов пациента,

содержание его потребностей. Важными в оценке являются следующие параметры: количество интересов/друзей, заинтересованность в новых впечатлениях и знаниях; степень детализации по каждому из пунктов; аффективные реакции пациента (вербальные и невербальные). Затем интервьюер просит пациента рассказать, как обычно проходит его день. Специалист также отмечает степень детализации рассказа, интенсивность и продолжительность участия пациента в различных мероприятиях, его эмоциональные проявления в ходе рассказа. Время заполнения бланка оценки составляет от 10 до 20 минут.

Шкала оценки апатии (AES) включает в себя 18 утверждений, которые необходимо оценить, присвоив балльную оценку от 1 до 4 (1 – совсем не верно; 2 – скорее неверно; 3 – скорее верно; 4 – определенно верно), опираясь на данные о самочувствии пациента и его поведении за последние 4 недели. Повторное использование данного инструмента (не чаще 1 раза в месяц) возможно для оценки динамики состояния пациента.

Несмотря на то, что версия AES-C заполняется клиницистом, при оценке некоторых пунктов важно учитывать не субъективное мнение специалиста, а основываться на количестве признаков или самооценке пациента, его эмоциональной вовлеченности при ответе на тот или иной вопрос. Таким образом, каждый пункт шкалы имеет свои критерии оценки (применимо только для версии AES-C), как количественные, так и качественные. В руководстве представлено подробное описание критериев по каждому оцениваемому пункту, приведены примеры оценки ответов пациентов. Для финальной оценки результатов производят перекодировку ответов и, далее, суммируют их. Авторы приводят нормативные данные для каждой из версий шкалы, но с некоторыми ограничениями (малая выборка, влияние культуральных и возрастных особенностей и т.д.), при этом рекомендуется использовать собственную нормативную базу. Пороговые баллы AES располагаются в промежутке от 18 до 72. При оценке здоровых взрослых ранее получены следующие результаты – AES-C: 26 ± 6 баллов; AES-I: $26 \pm 7,5$ балла; AES-S: 28 ± 6 баллов [23].

Авторы метода отмечают, что изначально шкала была разработана для оценки пациентов, находящихся на амбулаторном наблюдении. Пребывание пациентов в стационаре, в реабилитационных центрах, безусловно, отражается и на их мотивационной сфере, однако, по мнению авторов, это не указывает на слабость шкалы AES, а служит лишь показателем значимости средового окружения. В практическом руководстве по использованию шкалы даны рекомендации по оценке апатии у больных, находящихся вне дома (госпитализированных в больницу, реабилитационный центр и т.д.), здесь также учитываются сроки пребывания пациентов в данных учреждениях. Вышеназванные три версии

шкалы AES имеют высокую согласованность между собой, однако, авторы отмечают, что заполнение шкалы клиницистом (AES-C) наиболее предпочтительно [23].

Для оценки апатии в исследовании использовались две версии шкалы: шкала для оценки пациента клиницистом (AES-C) и самоопросник для заполнения пациентом (AES-S). С целью дополнительной оценки надежности инструмента нами была проведена оценка межрейтерской согласованности. Пациенту проводилось интервью по клинической версии шкалы AES-C; два рейтера независимо друг от друга выставляли оценки по каждому пункту. Анализ согласованности экспертных суждений проводился с использованием точного критерия Фишера.

Результаты

В соответствии с критериями включения/исключения, пациенты, участвовавшие в исследовании, находились в стабилизированном состоянии (PANSS $67,6 \pm 9,2$ балла) без выраженной депрессивной симптоматики (CDSS $3,6 \pm 1,2$ балла). Средний возраст обследованных пациентов – $32,6 \pm 11,3$ года, длительность образования составила в среднем $13,2 \pm 2,6$ лет. У 43 человек (53%) из обследованных пациентов была диагностирована параноидная шизофрения, из них больше половины (25 чел., 58,1%) – с эпизодическим типом течения. Количество больных с шизотипическим расстройством составило 19 человек (23,5%), с шизоаффективным расстройством – 9 человек (11,1%), с недифференцированной шизофренией – 7 человек (8,6%). Простой тип шизофрении, резидуальная шизофрения и бредовое расстройство были диагностированы у 3 человек, по одному (1,2%) в каждой категории (табл. 1, 2). Клинико-психопатологическая картина обострений у обследованных пациентов определялась различными синдромами с явным преобладанием полиморфной и аффективно-бредовой симптоматики. 31 участник исследования являлся инвалидом по психическому заболеванию (средняя длительность инвалидности $10,9 \pm 8,9$ лет); у 26 человек из них была вторая группа инвалидности и у 5 человек – третья (табл. 1, 2).

Таблица 1

Демографические и клинические характеристики пациентов (n=81)

Характеристики	Среднее значение и стандартное отклонение
Возраст	$32,6 \pm 11,3$
Образование (в годах)	$13,2 \pm 2,6$
PANSS:	
- общий балл	$67,6 \pm 9,2$
- сумма позитивных симптомов	$13,9 \pm 3,5$
- сумма негативных симптомов	$17,9 \pm 4,7$
- сумма общих симптомов	$35,8 \pm 5,8$
Общий балл CDSS	$3,6 \pm 1,2$
Общий балл PSP	$59,7 \pm 10,3$

Нозологические характеристики выборки (n=81)

Диагноз (МКБ-10)	Количество человек (%)
Параноидная шизофрения, F20.0	43 (53%)
Недифференцированная шизофрения, F20.3	7 (8,6%)
Резидуальная шизофрения, F20.5	1 (1,2%)
Простая шизофрения, F20.6	1 (1,2%)
Шизотипическое расстройство, F21	19 (23,5%)
Бредовое расстройство, F22	1 (1,2%)
Шизоаффективное расстройство, F25	9 (11,1%)

Данные шкалы апатии у обследованных пациентов были неоднородными, значения клинической версии находились между 24 и 55 баллами, а значения самоопросника – между 20 и 57 баллами. Среднее значение выраженности апатии по клинической версии шкалы (AES-C) составило $41,6 \pm 7,3$ баллов, а по самоопроснику для пациента (AES-S) – $36,0 \pm 7,7$ баллов, что превышает соответствующие средние значения, полученные другими исследователями для здоровой выборки [23]. Распределение баллов по обеим шкалам было близко к нормальному, что отражено на рис. 1 и 2. При сопоставлении резуль-

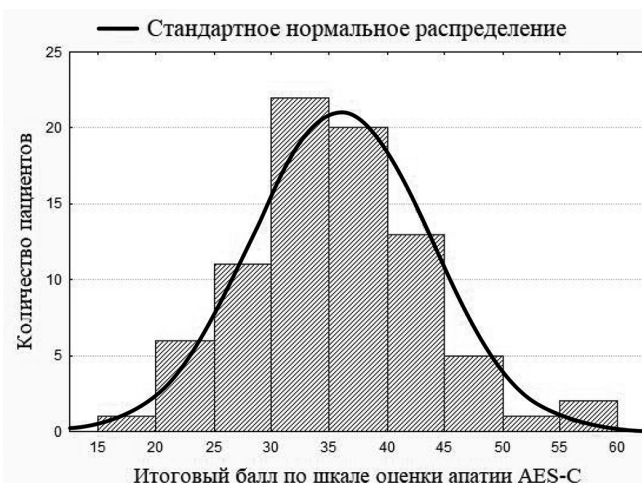


Рис. 1. Распределение значений баллов по шкале оценки апатии AES-C

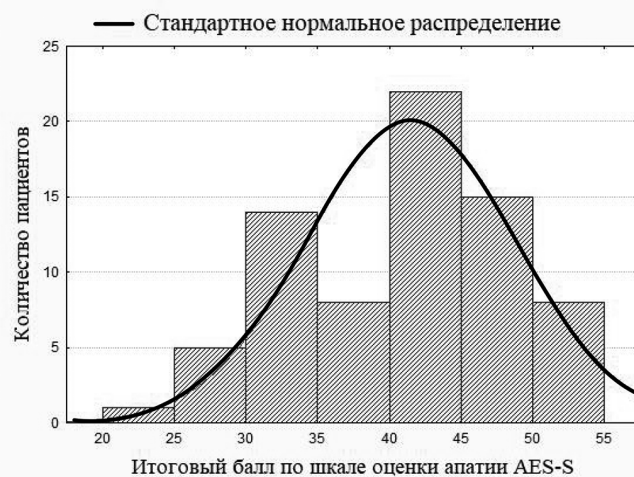


Рис. 2. Распределение значений баллов по шкале оценки апатии AES-S

татов клинической версии шкалы апатии (AES-C) и самоопросника (AES-S) было обнаружено расхождение в оценках, в 23 случаях (28,4%) достаточно значительное. В 22 из них сумма баллов по AES-C была более чем на 10 баллов выше суммы баллов по AES-S. При этом у 11 пациентов AES-C превышало AES-S на 10–14 баллов, в 6 случаях – на 15–19 баллов и в 5 случаях – более чем на 20 баллов. Обращает на себя внимание, что у 16 пациентов при выраженном повышении AES-C значение AES-S соответствовало нормативным данным, и только в одном случае значение AES-S было больше AES-C. В связи с выявленным расхождением между оценкой апатии клиницистом и самооценкой пациента был введен коэффициент несоответствия (AES-C/AES-S) [27, 29], минимальное и максимальное значение которого составило 0,76 и 2 соответственно (табл. 3).

Анализ полученных данных выявил статистически значимые корреляции между результатами клинической версии шкалы апатии (AES-C) и само-

опросника для пациента (AES-S) ($r=0,3$; $p<0,05$). Также отмечается умеренная положительная корреляция между общим баллом по клинической версии шкалы апатии (AES-C) и суммой баллов подшкалы негативных симптомов PANSS ($r=0,4$; $p<0,05$). При корреляционном анализе с отдельными пунктами подшкалы негативных симптомов PANSS, выявлена более сильная связь ($r=0,5$) с эмоциональной отстраненностью (N2) и пассивно-апатическим социальным уходом (N4), а связь с недостаточностью спонтанности и плавности речи (N6) составила $r=0,4$, данные корреляции отражены на рис. 3–5 соответственно. Закономерным представляется наличие отрицательной корреляции между уровнем социального функционирования (PSP) и клинической версией шкалы апатии (AES-C) ($r=-0,4$; рис. 6).

Анализ корреляции клинической версии шкалы апатии (AES-C) с пунктом G6 «депрессия» и G16 «активный социальный уход» шкалы PANSS и

Таблица 3

Данные шкалы апатии (n=81)

	Минимальное значение	Максимальное значение	Среднее значение	Стандартное отклонение
AES-C	24	55	41,59	7,25
AES-S	20	57	36,01	7,68
AES-C/AES-S	0,76	2	1,19	0,31

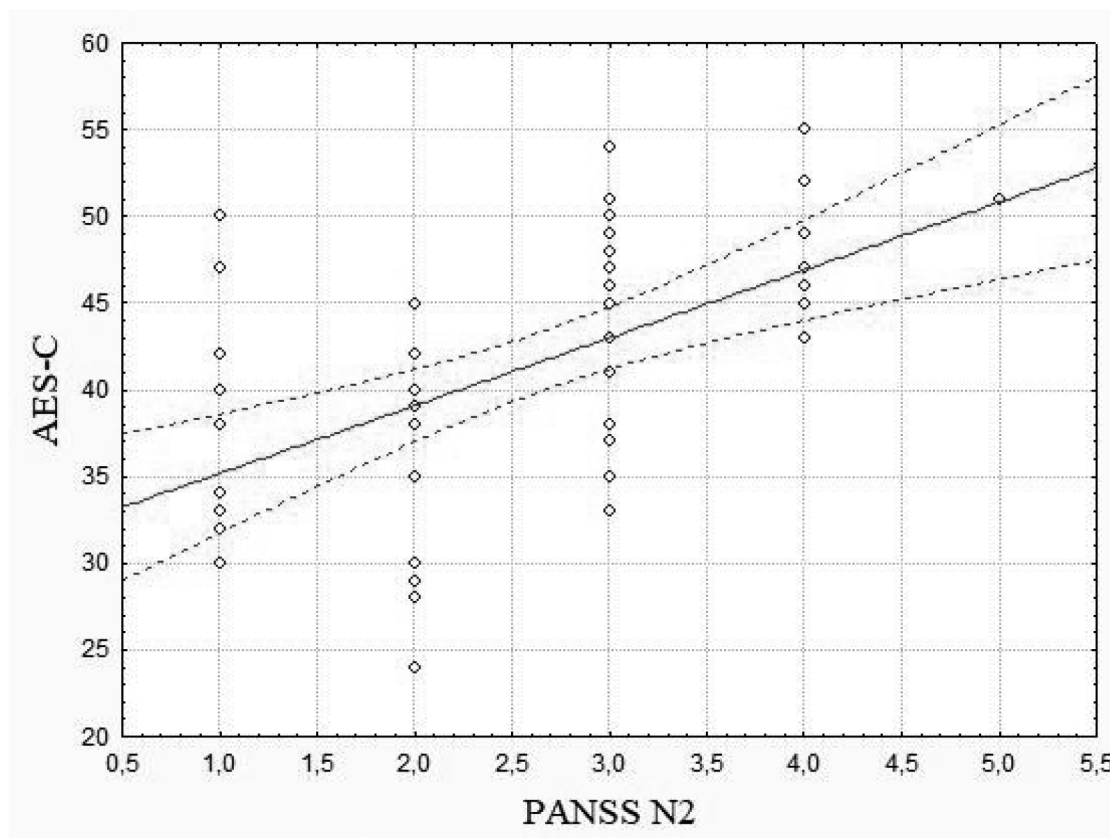


Рис. 3. Диаграмма рассеяния значений AES-C и PANSS (N2)

Примечания: AES-C – шкала оценки апатии, версия клинициста; PANSS (N2) – шкала оценки позитивных и негативных симптомов шизофрении («эмоциональная отстраненность»).

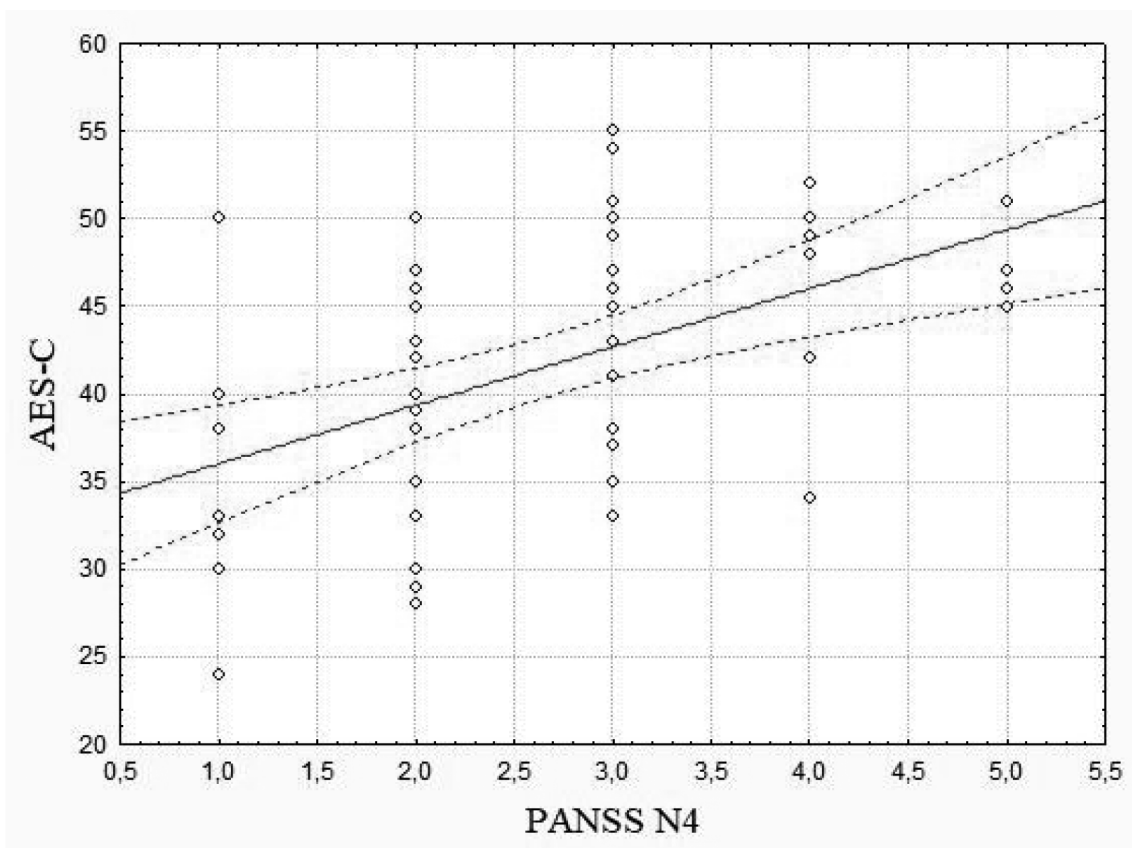


Рис. 4. Диаграмма рассеяния значений AES-C и PANSS (N4)

Примечания: AES-C – шкала оценки апатии, версия клинициста; PANSS (N4) – шкала оценки позитивных и негативных симптомов шизофрении («пассивно-апатический социальный уход»).

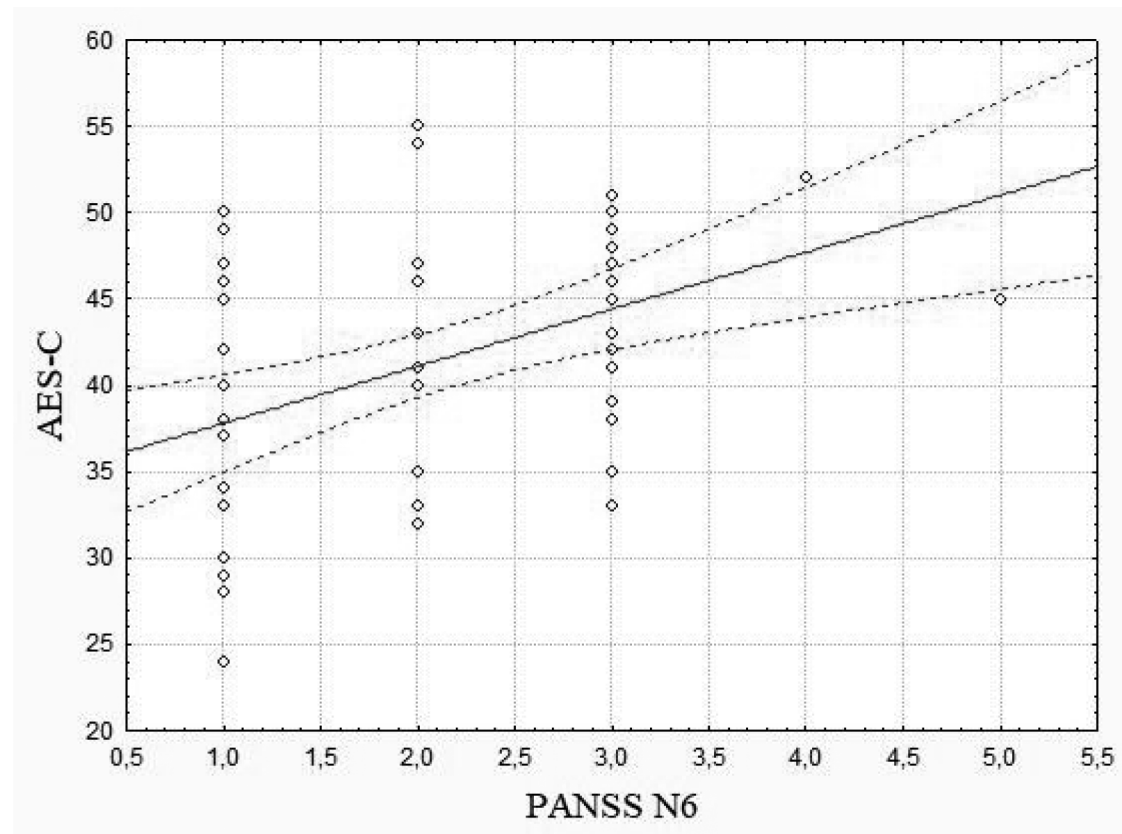


Рис. 5. Диаграмма рассеяния значений AES-C и PANSS (N6)

Примечания: AES-C – шкала оценки апатии, версия клинициста; PANSS (N6) – шкала оценки позитивных и негативных симптомов шизофрении («недостаточность спонтанности и плавности речи»).

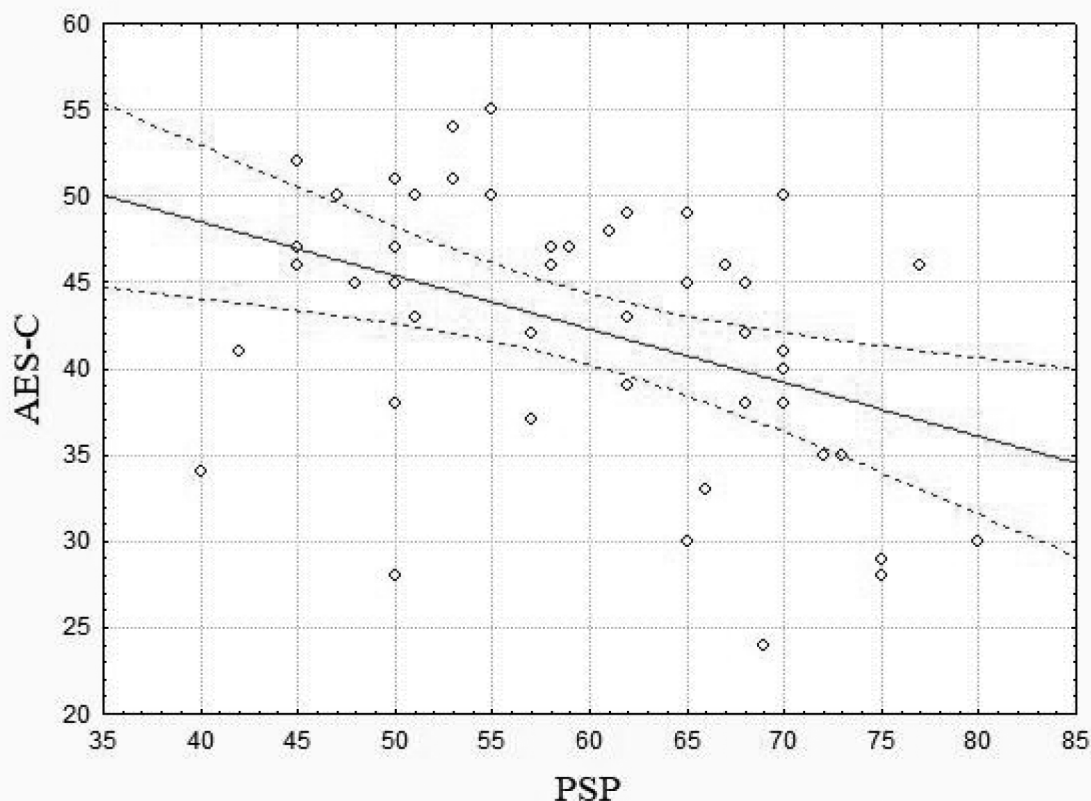


Рис. 6. Диаграмма рассеяния значений AES-C и PSP

Примечания: AES-C – шкала оценки апатии, версия клинициста; PSP – шкала личностного и социального функционирования.

общим баллом CDSS не выявил связи между этими параметрами.

Коэффициент несоответствия коррелирует с диагнозом параноидной шизофрении ($r=0,3$), преобладающими бредовыми ($r=0,3$) и псевдогаллюцинационными ($r=0,3$) симптомами в период обострения, возрастом начала заболевания ($r=0,4$) и отрицательно коррелирует с количеством госпитализаций в дневной стационар ($r=-0,3$). Также отмечаются положительные корреляции коэффициента несоответствия AES-C/AES-S с пунктами N6, G12, с суммой баллов подшкалы негативных симптомов и общим баллом шкалы PANSS (табл. 4). Наблюдается положительная корреляция пункта G12 «снижение критичности к своему состоянию» шкалы PANSS с пунктами, оценивающими недостаточную обеспокоенность (пункт 11) и понимание своих проблем пациентом (пункт 15) по клинической версии шкалы апатии (AES-C) ($r_1=0,5$; $r_2=0,5$ соответственно; $p<0,05$), а также положительная корреляция с коэффициентом несоответствия AES-C/AES-S ($r=0,5$; $p<0,05$).

В результате анализа межрейтерской согласованности, значение точного критерия Фишера равнялось $5,2 \cdot 10^{-16}$, что говорит о достаточно высокой степени согласованности суждений двух независимых рейтеров и надежности шкалы апатии для объективизации оценки степени выраженности негативной симптоматики при шизофрении.

Обсуждение

Апатия является одним из распространенных симптомов шизофрении и расстройств шизофренического спектра, который в значительной степени обуславливает снижение социальной активности и качества жизни больных [30]. Ранняя диагностика апатии на продромальных этапах или в период первого психотического эпизода может иметь важное значение для лечебного и реабилитационного процесса, а также для предупреждения неблагоприятных социальных исходов [22, 32].

Долгое время для оценки апатии в рамках выраженности негативных симптомов, использовались субшкалы клинических методов оценки, такие как PANSS [16] и SANS [11], однако такая оценка является косвенной, что затрудняет понимание выраженности отдельно взятого негативного симптома. Следующие два инструмента оценки негативных симптомов также охватывают их большую часть: клиническое интервью оценки негативных симптомов (CAINS – Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms) [20] состоит из 9 пунктов, направленных на оценку мотивации и способности пациента переживать удовольствие, и 4 пунктов, оценивающих уровень экспрессии. Краткая шкала негативных симптомов (BNSS – Brief Negative Symptom Scale) [18] содержит 6 подшкал, которые позволяют определить выраженность ангедонии, социальной отгороженности,

Корреляции между клинико-социальными характеристиками пациентов, общими баллами по шкале апатии (AES-C и AES-S) и коэффициентом несоответствия AES-C/AES-S

Характеристики	AES-C	AES-S	AES-C /AES-S
Диагноз:			
- F20.0	0,1	-0,1	0,3*
- F20.0 непрерывный тип течения	0,5*	-0,01	0,3
- F20.0 эпизодический тип течения	-0,2	-0,2	-0,3
Возраст начала заболевания	0,1	-0,4*	0,4*
Количество госпитализаций в ДС**	-0,2	0,2*	-0,3*
Преобладание симптоматики при обострении:			
- аффективно-бредовая	-0,3*	-0,1	-0,1
- бредовая	0,2	-0,3	0,3*
- псевдогаллюцинаторная	0,3*	-0,2	0,3*
- негативная	0,2	0,3*	-0,1
PANSS:			
- N2 «эмоциональная отстраненность»	0,5*	0,3*	0,2
- N4 «пассивно-апатический социальный уход»	0,5*	0,2	0,2
- N6 «недостаточность спонтанности и плавности речи»	0,4*	0,01	0,3*
- G6 «депрессия»	0,1	0,2	-0,2
- G12 «снижение критичности к своему состоянию»	0,1	-0,4*	0,5*
- G13 «волевые нарушения»	0,3*	0,1	0,1
- G16 «активный социальный уход»	0,04	-0,1	0,1
- сумма позитивных симптомов	-0,1	-0,3*	0,2
- сумма негативных симптомов	0,4*	-0,1	0,4*
- общий балл	0,3*	-0,2	0,4*
PSP	-0,4*	-0,1	-0,2
CDSS	-0,2	0,1	-0,2
AES-C		0,3*	0,4*
AES-S	0,3*		-0,7*
Коэффициент несоответствия AES-C/AES-S	0,4*	-0,7*	

Примечания: * – отмеченные корреляции значимы при $p < 0,05$, ** – дневной стационар, AES-C – шкала апатии (для клинициста), AES-S – шкала апатии (самоопросник).

волевых нарушений, притупления аффекта, алогии и способности испытывать дистресс. Шкала оценки негативной симптоматики (NSA-16) [12] представляет собой полуструктурированное интервью и опирается на классическую пятифакторную модель оценки негативных симптомов (коммуникация, эмоции/аффект, социальная включенность, мотивация и заторможенность), но, как и BNSS, имеет ограничения из-за возможного влияния поведенческого компонента на результаты оценки [1, 31].

Данные инструменты хорошо зарекомендовали себя и продемонстрировали практическую значимость [14]. Однако стоит отметить, что перечисленные шкалы оценивают негативные симптомы в комплексе, тогда как шкала апатии позволяет выделить и оценить только апатический компонент в состоянии больного.

Результаты, полученные при использовании русскоязычной версии шкалы оценки апатии, соответствуют данным других исследователей [14]. Так, корреляции между значением шкалы апатии AES и негативной субшкалы PANSS были ранее продемонстрированы M.Kiang и соавт. [17]. Умеренная теснота связи описанных корреляций согласуется

с данными других исследователей [14, 17], которые полагают, что наличие корреляций такой выраженности говорит о точках пересечения в оценочном потенциале двух данных методов. Подпункты N2 «эмоциональная отстраненность» и N4 «пассивно-апатический социальный уход» шкалы PANSS оценивают мотивацию пациента к поддержанию социальных контактов и уровень интереса к социальной жизни, в то время как шкала оценки апатии делает акцент на деталях описываемого интереса больного, возможности проявить инициативу, настойчивость, заботу о собственном здоровье, способности его адекватно оценить [17]. Таким образом, используя субшкалы PANSS и шкалу апатии AES можно получить полную картину выраженности волевых нарушений и их проявлений у пациента. Отсутствие значимой корреляции между клинической версией шкалы AES, шкалой депрессии CDSS и пунктом G6 «депрессия» PANSS подтверждает, что данный инструмент оценивает не апатический компонент депрессивного синдрома, что может трактоваться как вторичная негативная симптоматика, а именно апатическую составляющую негативного симптомокомплекса [17, 24, 25]. Наличие корреляционной

связи между клинической версией шкалы апатии и самоопросником показывает, что они направлены на оценку одного феномена, однако сила данной связи и нередкое расхождение самооценки пациента (с занижением балла) с оценкой клинициста может говорить о недостаточной критике [23] к апатическому компоненту негативного синдрома. Величина коэффициента несоответствия (AES-C/AES-S) может указывать на способность пациента к осознанию существующих проблем и адекватной оценке своего состояния. Для пациентов с преобладающими бредовыми и псевдогаллюцинаторными симптомами характерно снижение критики не только к продуктивной психопатологической симптоматике, но и к негативным расстройствам, таким как амотивация и апатия. Клинически это может выражаться в трудностях определения проблемы и целей, в завышенных ожиданиях и переоценке собственных возможностей. Такие пациенты обычно не тягостятся апатией и аутизацией, у них отсутствует мотивация к изменениям. Эти явления часто создают барьеры для реабилитации и социального восстановления пациентов. Стоит отметить, что пациенты с большей разницей между результатами AES-C и AES-S менее критичны к своему состоянию и менее привержены терапии, что подтверждается наличием значимой корреляции данного коэффициента с пунктом G12 шкалы PANSS «снижение критичности к своему состоянию» [27]. Эти данные могут также говорить об избирательности шкалы апатии и способности дифференцировать первичную и вторичную негативную симптоматику при использовании двух версий и их сопоставлении с коэффициентом несоответствия. Данное обстоятельство имеет особое значение при разработке направленных психосоциальных вмешательств. Шкала AES была разработана для оценки апатии у пациентов с дегенеративными

заболеваниями ЦНС [24], и, возможно, апатия как негативный симптом имеет иной патогенез, нежели апатия в структуре аффективного синдрома, что требует отдельного исследования.

Отрицательная корреляция между клинической версией шкалы апатии AES-C и шкалой социального функционирования PSP согласуется с ранее полученными данными и подтверждает, что негативная симптоматика влияет на социальное функционирование и качество жизни психически больных [14, 32].

Таким образом, шкала AES является надежным инструментом, который позволяет избирательно оценить выраженность апатии как негативного симптома. Достоинством данного инструмента является комплексный характер оценки с учетом поведенческих, когнитивных и эмоциональных аспектов апатии. Наличие вариантов опросника для клинициста, информанта и пациента позволяет сравнить объективные и субъективные данные об активности больного, что может иметь важное диагностическое и практическое значение при разработке и планировании психосоциальных вмешательств. Сильными сторонами шкалы AES является ее краткость и простота применения. Интервью для клинической версии шкалы занимает не более 20–25 минут, а самоопросник пациента и информанта не более 5–10 минут, что значительно меньше времени, затрачиваемого на интервьюирование и заполнение других шкал, оценивающих апатию (PANSS, SANS, BNSS, NSA-16). Принимая во внимание современные тенденции развития психиатрической науки при изучении негативных симптомов шизофрении и важность разработки практических подходов к работе с данной симптоматикой, применение шкалы оценки апатии AES представляется весьма перспективным как при планировании психосоциальных вмешательств, так и при оценке их эффективности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ассанович М.В. Клинические шкалы оценки негативного синдрома при шизофрении // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2017. № 1. С. 27–31.
2. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: Современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. № 4. С. 78–85.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: ИД Медпрактика-М. 2004. 492 с.
4. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1978. 88 с.
5. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991.
6. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Семенова Н.Д., Миняйчева М.В., Сторожакова Я.А., Лиманкин О.В., Нарышкин А.В., Шейфер М.С., Арбузова Л.А., Буянцева И.Н., Железнякова А.А., Моргунова Ю.Г., Мязина О.Б., Палин А.В. Комплексный подход к социально-когнитивным вмешательствам при работе с больными шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. №1. С. 36–44.
7. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., 1974. 167 с.
8. Семенова Н.Д. Психосоциальная методика для мотивирования пациентов // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 1. С. 52–64.
9. Фурсов Б.Б. Проблема мотивации и ее нарушений при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. № 4. С. 91–100.
10. Addington D., Addington J., Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale // Br. J. Psychiatry. 1993. Vol. 163, Suppl. 22. P. 39–44.
11. Andreasen N.C. Schizophrenia: Positive and negative symptoms and syndromes. Basel: Modern Problems of Pharmacopsychiatry; 1990.
12. Axelrod B.N., Goldman R.S., Alphas L.D. Validation of the 16-item Negative Symptom Assessment // J. Psychiatr. Res. 1993. Vol. 27, N 3. P. 253–258.
13. Bleuler E. Dementia preacox or the group of schizophrenias. New York: International Universities Press; 1950.
14. Faerden A., Nesvåg R., Barrett E.A., Agartz I., Finset A., Friis S., Rossberg J.I., Melle I. Assessing apathy: the use of the Apathy Evaluation Scale in first episode psychosis // Eur Psychiatry. 2008. Vol. 23, N 1. P. 33–39.
15. Foussias G., Remington G. Negative symptoms in schizophrenia: avolition and occam's razor // Schizophr. Bull. 2010. Vol. 36. P. 359–369.
16. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr. Bull. 1987. Vol. 13. P. 261–275.
17. Kiang M., Christensen B.K., Remington G., Kapur S. Apathy in schizophrenia: clinical correlates and association with functional outcome // Schizophr. Res. 2003. Vol. 63. 79–88.

18. Kirkpatrick B., Strauss G.P., Nguyen L., Fischer B.A., Daniel D.G., Cienfuegos A. The brief negative symptom scale: psychometric properties // *Schizophr. Bull.* 2011. Vol. 37. P. 300–305.
19. Kraepelin E. Reprint 1919 English translated edition. In: Robert E., editor. *Dementia praecox and paraphrenia*. Huntington. New York: Krieger Publishing Co Inc.; 1971.
20. Kring A.M., Gur R.E., Blanchard J.J., Horan W.P., Reise S.P. The Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS): final development and validation // *Am. J. Psychiatry* 2013. Vol. 170. P. 165–172.
21. Levy R., Dubois B. Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex-basal ganglia circuits // *Cereb. Cortex*. 2006. Vol. 16. P. 916–928.
22. Malla A.K., Takhar J.J., Norman R.M., Manchanda R., Cortese L., Haricharan R. Negative symptoms in first episode non-affective psychosis // *Acta Psychiatr. Scand.* 2002. Vol. 105, N 6. P. 431–439.
23. Marin R.S., Biedrzycki R.C., Firinciogullari S. Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale // *Psychiatr. Res.* 1991. Vol. 38, N 2. P. 143–162.
24. Marin R.S. Apathy: a neuropsychiatric syndrome // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 1991. Vol. 3. P. 243–254.
25. Marin R.S., Firinciogullari S., Biedrzycki R.C. Group differences in the relationship between apathy and depression // *J. of Nerv. Ment. Dis.* 1994. Vol. 182. P. 235–239.
26. Messinger J.W., Tremereau F., Antonius D., Mendelsohn E., Prudent V., Stanford A.D. Avolition and expressive deficits capture negative symptom phenomenology: implications for DSM-5 and schizophrenia research // *Clin. Psychol. Rev.* 2011. Vol. 31. P. 161–168.
27. Minyaycheva M., Gladyshev I., Papsuev O. Insight into negative symptoms as an important target for psychosocial rehabilitation in relation to clinical characteristics // *Schizophr. Bull.* 2018. Vol. 44, Suppl 1. P. S213.
28. Morosini P.L., Magliano L., Brambilla L., Ugolini S., Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning // *Acta Psychiatr. Scand.* 2000. Vol. 101, N 4. P. 323–329.
29. Papsuev O., Movina L., Minyaycheva M., Luther L. Self-Assessment of Amotivation and Insight into Patients With Schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2017. Vol. 43, Suppl 1. S124.
30. Seltzer J.P., van de Wiersma D. Distress attributed to negative symptoms in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2000. Vol. 26, N 3. P. 737–744.
31. Velligan D.I., Alphs L., Lancaster S. et al. Association between changes on the Negative Symptom Assessment scale (NSA-16) and measures of functional outcome in schizophrenia // *Psychiatry Res.* 2009. Vol. 169. P. 97–100.
32. Yung A.R., Phillips L.J., Yuen H.P., Francey S.M., McFarlane C.A., Hallgren M. et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a highrisk («prodromal») group // *Schizophr. Res.* 2003. Vol. 60, N 1. P. 21–32.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ АПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

М.В. Миняйчева, И.О. Гладышев, К.Г. Кисельникова, Л.Г. Мовина, О.О. Папсуев

Апатия как негативный симптом шизофрении имеет значительное влияние на социальное функционирование пациента, его комплаентность, мотивацию к лечению и реабилитации. В данной статье представлен опыт использования шкалы оценки апатии (AES) на русскоговорящей выборке. В исследовании принял участие 81 пациент с диагнозом шизофрения и расстройствами шизофренического спектра. Описываемая шкала показала свою надежность, полученные результаты соотносятся с результатами зарубежных авторов. Значимыми

являются полученные корреляции между негативными подшкалами PANSS и используемыми версиями шкалы оценки апатии (AES-C, AES-S). В статье описаны полученные результаты обследования больных, преимущества метода и его отличия от других шкал, также оценивающих негативную симптоматику.

Ключевые слова: шизофрения, апатия, негативные симптомы, реабилитация.

APATHY EVALUATION SCALE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

M.V. Minyaycheva, I.O. Gladyshev, K.G. Kiselnikova, L.G. Movina, O.O. Papsuev

Apathy as a negative symptom of schizophrenia brings a significant impact on patients' social function, compliance and motivation to treatments and rehabilitation. This paper describes the use of the Apathy evaluation scale (AES) in Russian-speaking patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. The scale seems to be a reliable instrument and our

findings correspond to those already published. We found significant correlations of both versions of AES (AES-C and AES-S) with PANSS negative subscale items. Further results, strengths and differences from other negative symptoms scales are discussed.

Keywords: schizophrenia, apathy, negative symptoms, rehabilitation.

Миняйчева Мария Владимировна – клинический психолог медико-реабилитационного отделения Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-mail: minyaycheva@gmail.com

Гладышев Игорь Олегович – младший научный сотрудник отделения клинко-социальных и биологических исследований расстройств психотического спектра Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Кисельникова Ксения Георгиевна – клинический психолог медико-реабилитационного отделения Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Мовина Лариса Георгиевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения клинко-социальных и биологических исследований расстройств психотического спектра Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Папсуев Олег Олегович – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения клинко-социальных и биологических исследований расстройств психотического спектра Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-mail: oleg.papsuev@gmail.com

ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНЫМ ДЕЛИРИЕМ

А.С. Берёзкин^{1,2}, Н.В. Говорин³

¹ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

²ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №5 Департамента
здравоохранения города Москвы»

³Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации

Высокий уровень алкоголизации населения и выраженные медико-социальные последствия злоупотребления алкоголем, к сожалению, не являются на сегодня решенной проблемой [4]. В отделениях психореанимации удельный вес больных с острыми алкогольными психозами составляет более половины лечившихся [6, 7]. К настоящему времени накоплены определенные данные, свидетельствующие о повышении активности свободнорадикального окисления липидов у лиц, злоупотребляющих алкоголем [1, 12, 14, 15]. Следствием нарушения баланса между окислительными и антиокислительными процессами является повышенная перекисная окислительная модификация липидов, что приводит к нарушению жизненно важных функций клеточных мембран [14]. Основным источником токсичных для организма альдегидов является перекисная липоперекисная модификация. Малоновый диальдегид (МДА) образуется при свободнорадикальном окислении мембранных липидов и составляет около 70% от общего количества подобных альдегидов [19]. МДА является продуктом перекисного окисления линоленовой и арахидоновой жирных кислот. Повышенная его концентрация свидетельствует об ускорении перекисного окисления мембранных липидов, с нарушением важнейших функций мембран, таких как ионный транспорт, ферментативная и рецепторная активности, агрегирующая способность детерминантов клеточной поверхности и другие [14].

Интерес исследователей также привлекают внутриклеточные белки, называемые стрессовыми, острофазными белками, которые играют важную роль во многих иммунобиохимических процессах и приобретают особое значение при адаптации организма в экстремальных условиях [9, 11]. Некоторые авторы к семейству стрессовых белков относят структурный внутриплазматический белок – ферритин [16, 18]. В частности, в литературе [13] приводятся данные изучения ферритина, который рассматривался в каче-

стве стрессового белка при черепно-мозговой травме (ЧМТ). Представленные в работе данные показали кратное увеличение этого белка в крови и ликворе больных с ЧМТ и прямую зависимость нарастания его концентрации от тяжести травмы. Увеличение ферритина в крови и ликворе при некоторых патологических процессах также было показано и в ряде других работ, в том числе при деменции Альцгеймера [5, 17]. В части исследований повышение стрессовых белков в биологических средах коррелировало с клинической тяжестью заболевания, что позволило авторам рассматривать эти белки в качестве прогностического маркера тяжести процесса [10]. Общим для таких заболеваний является то, что все они являются тяжелыми, угрожающими жизни критическими состояниями, при которых происходит значительное стрессовое воздействие патологических факторов и включаются все адаптационные ресурсы организма. Алкогольный делирий (АД) можно также считать стрессовым состоянием [3]. Определение ферритина в крови может стать объективным диагностическим и прогностическим показателем в оценке тяжести алкогольного психоза. По нашим сведениям, работ по изучению роли ферритина в развитии алкогольных психозов на сегодняшний день не проводилось.

Вышеизложенное свидетельствует о высокой значимости исследования процессов свободнорадикального окисления и уровня ферритина у пациентов с АД.

Цель исследования – изучение процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), антиоксидантной системы (АОС) и уровня ферритина у пациентов с алкогольным делирием.

Материалы и методы

В исследование было включено 196 больных с АД (F10.4 по МКБ-10), проходивших стационарное лечение в Краевом наркологическом диспансере

г. Читы. Группу контроля составили здоровые люди без признаков алкогольной зависимости.

При исследовании лабораторных показателей ПОЛ-АОС (уровни МДА, оснований Шиффа, показатели хемилюминесценции, активность антиокислительных ферментов) было обследовано 196 пациентов с АД, группа контроля составила 30 человек. При определении показателей ферритина обследовано 62 пациента с АД, и группа контроля составила 23 человека.

Оценку свободнорадикального окисления проводили путем определения уровней МДА, оснований Шиффа (ОШ). Содержание МДА в плазме крови пациентов оценивали спектрофотометрически по методике И.А. Волчегорского. [2]. Шиффовы основания определяли спектрофотометрическим методом по Е.И. Львовской [8].

Также оценивали состояния окислительно-антиокислительного баланса хемилюминесцентным методом. При этом рассчитывали показатели пика ХЛ – h (mV), длительности свечения t (с) и максимальной интенсивности свечения H (mV).

Оценку активности АОС у больных с АД осуществляли на основании показателей активности в эритроцитарных мембранах антиокислительных ферментов – супероксиддисмутазы (СОД), глутатионредуктазы (ГР) и глутатионпероксидазы (ГП).

Концентрацию ферритина в плазме крови определяли латексным турбидиметрическим методом с использованием реагентов фирмы «HUMAN», Германия.

Обработка полученных данных проводилась с помощью электронных математико-статистических пакетов «Excel 2016» и «Statistica 6,0». Для оценки статистической достоверности полученных результатов использовался U-критерий Манна-Уитни. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы принимался равным 0,05. Результаты исследования представлены в формате «M±m», то есть «средняя арифметическая ± ошибка средней арифметической».

Результаты и обсуждение

Анализ возрастной структуры обследованной группы пациентов с АД (n=196) показал, что средний возраст составил 35,7±11,5 лет. В общей выборке преобладали возрастные группы: 21–30 лет и 31–40 лет, на долю которых приходилось соответственно 24,0% (n=47) и 41,8% (n=82). Четверть (n=45; 23,0%) больных было в возрасте 41–50 лет, на долю пациентов старше 50 лет пришлось 11,2% (n=22) случаев.

Известно, что важным фактором, способствующим благополучной адаптации пациента в обществе являются его близкие родственники. В нашем исследовании у большинства пациентов отсутствовала семья (64,3%). Изучение семейного статуса больных показало, что доли холостых (31,6%) и женатых (35,7%) существенно не различались (табл. 1). Среди них

было более четверти разведенных лиц – 27,6%, на долю вдовцов приходилось 5,1%.

Таблица 1

Семейное положение больных с алкогольным делирием (n=196)

Возраст, лет	Абс.	%
Холостые	62	31,6
Женатые	70	35,7
Разведенные	54	27,6
Вдовцы	10	5,1

Наследственная отягощенность алкогольной зависимостью была отмечена у абсолютного большинства пациентов – 59,2% больных (табл. 2). Психические заболевания у родителей (шизофрения, аффективные расстройства) были отмечены в 4,6% случаях, личностные расстройства наблюдались у 10,2% родителей обследуемых пациентов.

Таблица 2

Распределение больных алкогольным делирием по наследственной отягощенности (n=196)

Заболевания у родителей	Абс.	%
Наследственная отягощенность алкогольной зависимостью	116	59,2
Психические заболевания у родителей	9	4,6
Личностные расстройства у родителей	20	10,2
Нет заболеваний у родителей	51	26

Клиническое обследование показало, что у всех пациентов выявляется коморбидная основному заболеванию соматическая и неврологическая патология, обусловленная воздействием алкоголя на организм. Большее количество выявленных коморбидных основному заболеванию поражений организма показывает, что длительность болезненного пристрастия к алкоголю у большинства пациентов была длительной и крайне запущенной. Соматическая патология была представлена в основном алкогольным поражением печени – у 45,9% больных. Невропатология проявлялась в разной степени выраженности, в основном в виде рассеянной неврологической симптоматики, токсической энцефалопатии, алкогольной полинейропатии, эпилептических припадков и отмечалась практически у всех обследуемых – в 95,4% случаев.

Сравнительная оценка распределения пациентов с АД по количеству перенесенных ранее алкогольных психозов в выделенных группах показала, что у большинства обследованных (59,7%) текущий психоз был первым в жизни, менее чем у трети пациентов (30%) – вторым, и только у 10,2% больных – третьим и более случаев. Представленные данные соотносятся с длительным сроком течения болезненной зависимости от алкоголя, которая в результате осложняется у таких больных развитием АД.

Исследование активности процессов свободнорадикального окисления показало их выраженную активацию у данной категории пациентов.

Для анализа состояния процессов ПОЛ у больных с АД мы исследовали следующие показатели – концентрацию в плазме крови малонового диальдегида (МДА), уровень в крови оснований Шиффа (ОШ), а также индикаторы интенсивности ПОЛ, фиксируемые хемилюминесцентным методом (h, H) (табл. 3).

Исследование активности процессов ПОЛ показало их выраженную активацию у пациентов с АД. Так, концентрация МДА в плазме крови была увеличена в выборке обследуемых больных с АД, среднее значение составило $2,07 \pm 0,18$ мкмоль/мг липидов, что было значимо ($p < 0,05$) выше уровня у здоровых обследуемых контрольной группы – $1,63 \pm 0,11$ мкмоль/мг липидов.

МДА вступает во взаимодействие с аминокислотами фосфолипидов, что приводит к образованию конечных продуктов ПОЛ – Шиффовых оснований.

В нашем исследовании у больных с АД отмечено увеличение концентрации оснований Шиффа в крови, при этом выявлены достоверные различия ($p < 0,05$) между уровнем этого показателя в выборке пациентов с делирием ($2,62 \pm 0,17$ УЕ/мг липидов) и обследованными из группы контроля ($1,65 \pm 0,12$ УЕ/мг липидов).

Оценка интенсивности процессов свободнорадикального окисления путем регистрации хемилюминесценции, инициированной ионами двухвалентного железа, показала выраженные сдвиги исследуемых показателей, которые также соотносятся с вышеописанными данными об уровнях МДА и ОШ.

Так, значение параметра h (величина импульса) составило $64,1 \pm 3,9$ мВ у больных с делирием, значение этого показателя достоверно ($p < 0,05$) превышало соответствующий уровень в контрольной группе – $47,3 \pm 2,2$ мВ. Быстрая вспышка хемилюми-

несценции (h) характеризует общий уровень преобразованных продуктов ПОЛ, которые у больных с АД оказались значительно повышенными.

Изменения параметра H (максимальная величина импульса) были аналогичными таковым для показателя хемилюминесценции h. Наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) увеличение этого показателя у пациентов с делирием. Фаза медленного нарастания максимальной интенсивности ХЛ (H) отражает максимальную интенсивность процесса ПОЛ, его значение было значительно выше у больных с АД, чем соответствующий уровень в контрольной группе.

Результат сравнения показал, что процессы ПОЛ у больных с АД усилены по сравнению со здоровыми людьми, что нашло отражение во всех исследованных параметрах.

Для оценки состояния антиоксидантной системы организма в целях настоящего исследования мы измеряли следующие показатели - латентный период хемилюминесценции (t) и активность ферментов супероксиддисмутазы, глутатионредуктазы и глутатионпероксидазы в мембранах эритроцитов (табл. 4). Результаты сравнений показали значительную недостаточность антирадикальной защиты у больных с АД.

Сравнение уровней латентного периода хемилюминесценции t, продолжительность которого отражает интенсивность эндогенной антиоксидантной защиты, продемонстрировало снижение его значения у пациентов с АД до $269,8 \pm 23,2$ с, уровень этого показателя был достоверно ($p < 0,05$) ниже чем в контрольной группе – $379,3 \pm 30,9$ с.

Наряду с этим нами были обнаружены значительные изменения активности ферментов супероксиддисмутазы, глутатионредуктазы и глута-

Таблица 3

Показатели перекисного окисления липидов у больных с алкогольным делирием

Группа	МДА мкмоль/мг липидов	ОШ УЕ/мг липидов	h мВ	H мВ
Контрольная группа - здоровые (n=30)	$1,63 \pm 0,11$	$1,65 \pm 0,12$	$47,3 \pm 2,2$	$363,2 \pm 12,3$
Основная группа - АД (n=196)	$2,07 \pm 0,18$ *	$2,62 \pm 0,17$ *	$64,1 \pm 3,9$ *	$426,5 \pm 7,2$ *

Примечания: * – различия достоверны (при $p < 0,05$) относительно соответствующих значений контрольной группы, МДА – малоновый диальдегид, ОШ – оснований Шиффа, АД – алкогольный делирий.

Таблица 4

Показатели антиоксидантной системы у больных с алкогольным делирием

Группа	t, с	СОД % активности	ГР мкмоль/с*мг белка	ГПО мкмоль/с*мг белка
Контрольная группа – здоровые (n=30)	$379,3 \pm 30,9$	$21,2 \pm 1,3$	$32,2 \pm 3,3$	$49,9 \pm 8,1$
Основная группа – АД (n=196)	$269,8 \pm 23,2$ *	$13,2 \pm 0,8$ *	$15,9 \pm 2,2$ *	$23,6 \pm 3,1$ *

Примечания: * – различия достоверны (при $p < 0,05$) относительно соответствующих значений контрольной группы, СОД – супероксиддисмутаза, ГР – глутатионредуктаза, ГПО – глутатионпероксидаза.

тионпероксидазы у пациентов с АД. Так, уровень активности СОД у обследуемых больных составил в среднем $13,2 \pm 0,8\%$ активности, что было значимо ($p < 0,05$) ниже, чем у здоровых лиц контрольной группы – $21,2 \pm 1,3\%$ активности.

Изучение активности ГР и ГПО также показало ее существенные нарушения в отношении обоих антиокислительных ферментов у обследуемых больных с делирием. Так, значение этого показателя для ГР составило $32,2 \pm 3,3$ мкмоль/с*мг белка в контрольной группе, тогда как у пациентов с АД это значение было ниже в 2 раза, составив $15,9 \pm 2,2$ мкмоль/с*мг белка ($p < 0,05$).

Столь же выраженным было уменьшение активности ГПО в группе больных с АД, где уровень этого показателя составил $23,6 \pm 3,1$ мкмоль/с*мг белка, в то время как уровень активности фермента в контрольной группе был $49,9 \pm 8,1$ мкмоль/с*мг белка, что было статистически значимо ниже, чем у здоровых обследуемых.

Антиокислительные ферменты ГПО, ГР и СОД являются важными компонентами антиоксидантной защиты организма, при выявленной в настоящем исследовании недостаточности данных ферментов у больных с АД процессы ПОЛ оказывают деструктивное воздействие на мембраны клеток.

Сравнение уровней ферритина в нашем исследовании продемонстрировало значимое ($p < 0,05$) двукратное превышение его концентрации у больных с АД – до $331,1 \pm 25,6$ мкг/л по сравнению с соответствующим показателем в контрольной группе – $164,3 \pm 5,2$ мкг/л.

Выявленное в настоящем исследовании значительное повышение концентрации в крови ферритина

у больных с АД, возможно, обусловлено шоковым состоянием организма и окислительным стрессом во время развития алкогольного психоза, повышение ферритина может быть компенсаторной реакцией на данное стрессовое состояние. Ферритин обладает выраженным антирадикальным эффектом, в основном за счет связывания избыточного железа, присутствие которого в клетке инициирует и катализирует перекисное окисление липидов в биомембранах [13].

Заключение

Таким образом, в ходе проведенного исследования, было установлено, что у больных с алкогольным делирием определяется усиление процессов свободнорадикального окисления липидов на фоне снижения активности антиоксидантной системы. Данный факт подтверждается измененными параметрами хемилюминисцентного метода, а также повышением уровней в крови больных продуктов липопероксидации – малонового диальдегида, оснований Шиффа и, в то же время, значительным снижением активности ключевых антиоксидантных ферментов – супероксиддисмутазы, глутатионредуктазы и глутатионпероксидазы.

Оценка концентрации ферритина, который рассматривается как острофазный белок, в крови больных с алкогольным делирием продемонстрировала возможность использования этого показателя в качестве объективного диагностического маркера АД. Было выявлено двукратное превышение его концентрации у больных с АД по сравнению с соответствующим показателем в контрольной группе, что, возможно, обусловлено стрессовым состоянием организма во время развития психоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко Е.Р. Молекулярные механизмы процессов свободнорадикального окисления в динамике острых алкогольных психозов у жителей Крайнего Севера // Наркология. 2006. №11. С. 40–44.
2. Волчегорский И.А., Налимов А.Г., Яровинский Б.Г., Лифшиц Р.И. Сопоставление различных подходов к определению продуктов перекисного окисления липидов в гептан-изопропаноловых экстрактах крови // Вопр. мед. химии. 1989. Т. 35, № 1. С. 127–131.
3. Галанкин Л.Н., Ливанов Г.А., Буров В.В. Алкогольный делириозный шок. СПб., 2004. 215 с.
4. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Алкогольная смертность. Томск: Иван Федоров, 2012. 164 с.
5. Ивашкина С.Г. Иммунохимическое определение ферритина и его клиничко-лабораторное значение при ряде патологических состояний: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1998. 30 с.
6. Иутин В.Г., Шуляк Ю.А., Харьковской О.А., Рыхлецкий П.З. Клиничко-статистический анализ факторов, способствующих развитию делирия у больных алкоголизмом в процессе их стационарного лечения // Актуальные проблемы металкогольных (алкогольных) психозов. Диагностика, клиника и лечение: Материалы научно-методической конференции / Под ред. проф. Б.Д. Цыганкова. – М.: Изд-во МГОУ, 2005. С. 81–91.
7. Китаев Р.Б., Кутапов В.А., Шульга А.С. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением алкоголя. Клиника. Диагностика. Лечение. // Центральный научный вестник 2017; 2 (3): 21–23.
8. Львовская Е.И., Волчегорский И.А., Шемяков С.Е., Лифшиц Р.И. Спектрофотометрическое определение конечных продуктов ПОЛ // Вопросы мед. химии. 1991. – № 4. С. 92–93.
9. Маргулис Б.А. Защитная функция белков теплового шока семейства 70 КД: автореф. дис. ... д-ра биол. наук. СПб., 2001. 32 с.
10. Начаров П.В. Прогностическое значение белков теплового шока при ВИЧ-инфекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1996. 16 с.
11. Пономарев А.Д. Анализ иммуномодулирующих эффектов белков теплового шока 70 кДа: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 26 с.
12. Селедцов А.М. Корреляции между характером психоорганических расстройств и состоянием системы окисления липидов в динамике течения различных видов наркотоксикоманий и алкоголизма // Вопр. наркологии. 1994. № 2. С. 33–37.
13. Сумная Д.Б. Изучение динамики про- и противовоспалительных гуморальных факторов в спинномозговой жидкости и периферической крови в остром периоде черепно-мозговой травмы (экспериментально-клиническое исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Челябинск, 2003. 46 с.
14. Узбеков М.Г. Перекисное окисление липидов и антиоксидантные системы при психических заболеваниях. Сообщение II. // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 4. С. 92–101.
15. Узбеков М.Г. Перекисное окисление липидов и антиоксидантные системы при психических заболеваниях. Сообщение III. // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26, № 2. С. 91–96.
16. Bashelet M., Mariéthoz E., Banzet N. et al. Flow cytometry is a rapid and reliable method for evaluating heat shock protein 70 expression in human monocytes // Cell Stress Chaperones. 1998. Vol.3(3). P.168–176.
17. Connor J.R., Benkovic S.A. Iron regulation in the brain: histochemical, biochemical, and molecular considerations // Ann Neurol. 1992. Vol.32, Suppl. P. 51–61.
18. Dröge W. Free radicals in the physiological control of cell function // Physiol. Rev. 2002. Vol.82(1). P.47–95.
19. Esterbauer H., Schaur R.J., Zollner H. Chemistry and biochemistry of 4-hydroxynonenal, malonaldehyde and related aldehydes // Free Radic Biol. Med. 1991. Vol. 11. P. 81–128.

ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНЫМ ДЕЛИРИЕМ

А.С. Берёзкин, Н.В. Говорин

В статье приведены данные обследования 196 пациентов с алкогольным делирием. Исследованы показатели свободнорадикального окисления липидов и антирадикальной защиты: малоновый диальдегид, хемилюминисцентные показатели перекисного окисления, основания Шиффа, активность антирадикальных ферментов – глутатионпероксидазы, супероксиддисмутазы и глутатионредуктазы; также проведено исследование уровня ферритина. Установлено, что у больных

с алкогольным делирием определяется усиление процессов свободнорадикального окисления липидов на фоне снижения активности антиоксидантной системы. Двукратное повышение концентрации в крови ферритина у больных с АД, возможно, обусловлено шоковым состоянием организма во время развития алкогольного психоза.

Ключевые слова: алкогольный делирий, свободнорадикальное окисление липидов, антирадикальная защита, ферритин.

OXIDATIVE STRESS IN PATIENTS WITH DELIRIUM TREMENS

A.S. Beryozkin, N.V. Govorin

The article presents survey data of 196 patients with delirium tremens. The indicators of free radical oxidation of lipids and antiradical protection – Malon dialdehyde, chemiluminescent indicators of peroxidation, Schiff bases as well as activity of antiradical enzymes – glutathione peroxidase, superoxide dismutase and glutathione reductase are studied, the study of ferritin level was also carried out. It was found that in patients with delirium tremens is determined by the strengthening

of the processes of free radical oxidation of lipids on the background of reducing the activity of the antioxidant system. A twofold increase in the concentration of ferritin in the blood of patients with delirium tremens may be due to the shock state of the body during the development of alcoholic psychosis.

Key words: delirium tremens, free radical lipid oxidation, antiradical protection, ferritin.

Берёзкин Александр Сергеевич — кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»; главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №5 Департамента здравоохранения города Москвы»; e-mail: asberezkin@yandex.ru

Говорин Николай Васильевич — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, заместитель председателя Комитета по охране здоровья Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АДАПТАЦИИ К УЧЕБНОМУ СТРЕССУ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ

В.В. Руженкова

*Федеральное государственное образовательное учреждение высшего
образования Белгородский государственный национальный
исследовательский университет*

Студенты, выезжающие на обучение в другие страны и временно в них пребывающие, испытывают ряд эмоциональных трудностей в условиях начальной адаптации к нормам и ценностям принимающей культуры [14]. Степень их интеграции в новой культурной среде зависит от национальных, религиозных и климато-географических различий, а также индивидуальных особенностей [4]. Наряду с этим меняются бытовые условия и возникают новые требования к учебной адаптации [16] и необходимость за 1 год освоить русский язык. Существенную роль играет и миграционный стресс, а также проживание вдали от родных, что затрудняет получение от них поддержки [19].

Наиболее стрессогенными для иностранных студентов являются большой объем учебного материала [1], климат и языковой барьер [5]. Как правило, только к концу третьего курса иностранные студенты достигают значительных успехов в овладении языком, обретают достаточный словарный запас и начинают активно использовать свои знания. Если внешние факторы родной и чужой страны имеют значительные отличия (климат, география и др.), адаптация проходит тяжелее [7, 8].

Проблемы адаптации в иноязычной среде особенно касаются студентов-медиков, так как учебная нагрузка у них в среднем в 2 раза выше, чем у учащихся других ВУЗов [6], а учебный процесс относится к числу напряженных в эмоциональном плане видов труда, что отражается на уровне их психического и соматического здоровья [21]. У них регистрируется высокий уровень учебного стресса [17], который приводит к тому, что у подавляющего большинства (83%) студентов-медиков имеются суицидальные мысли (у 66% они возникают часто и у 17% – изредка). При этом большая подверженность развитию тревоги и депрессии выявлена у лиц женского пола [11, 18]. Более того [22], у посту-

пающих в медицинские институты наблюдаются высокая частота стресса, тревоги и депрессии. Стрессовое состояние студентов негативно сказывается на трудоспособности, в результате ухудшается посещаемость занятий и успеваемость [2, 15]. Пограничные психические расстройства являются частым проявлением дезадаптации учащихся [9], при этом они в 4 раза чаще возникали у иностранных студентов [3].

В связи с этим, целью исследования была разработка рекомендаций по профилактике стресса и повышению уровня социально-психологической адаптации иностранных студентов-медиков (не владеющих русским языком) на основе изучения их медико-психологических и клинических характеристик за 6-летний период обучения на английском языке в медицинском институте в России.

Материал и методы исследования

Обследована сплошная выборка, состоящая из 287 студентов 1–6 курсов в возрасте 17–30 ($21,9 \pm 2,3$) лет: 66 (23%) лиц женского и 221 (77%) мужского пола, прибывших из стран Ближнего Востока и Индии, не владеющих русским языком и обучающихся на языке-посреднике (английском) в медицинском институте. Распределение по курсам представлено в табл. 1.

Основными методами обследования были:

1. Медико-социологический: анонимное анкетирование при помощи авторской анкеты, содержащей социально-демографическую информацию, вопросы, касающиеся адаптации к новым условиям проживания, отношения к выбранной специальности, условиям обучения и проживания.

2. Психометрический:

– тест на учебный стресс Ю.В.Щербатых [10] – набор шкал самооценки (от 0 до 10 баллов) субъективного восприятия степени воздействия группы учебных стрессовых факторов, выраженности

симптомов учебного стресса, способов его преодоления и вариантов психосоматического реагирования перед экзаменами;

– опросник «The Depression Anxiety Stress Scale»/DASS-21– для верификации уровня депрессии, тревоги и стресса [13];

– опросник «GAD-7»– для скрининг-диагностики генерализованного тревожного расстройства [20];

– опросник «Social Phobia Inventory Scale»/SPIN – тест на социофобию [12].

3. Статистический: применялись методы непараметрической статистики (описательная статистика, медиана, интерквартильный размах, критерий χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность, коэффициент ранговой корреляции Спирмена и факторный анализ методом главных компонент с varimax вращением фактора) при помощи пакета прикладных статистических программ Statistica 6.

Результаты исследования и обсуждение

Объективизация точки зрения студентов на степень сложности адаптации в первые месяцы после приезда на учебу в Россию (табл. 1) показала, что с течением времени и по мере привыкания к новому месту временного проживания, климатогеографическим и социальным особенностям территории субъективное восприятие перенесенной фрустрации снижается: снижение у второго ($U=1132,5$; $p=0,017$) и третьего курса ($U=906,0$; $p=0,0002$) по сравнению с первым.

Медианное значение этого показателя у первокурсников (по 100 балльной шкале) составило 50 баллов, что свидетельствует о значительных трудностях в адаптации. При этом 31 (36,9%) первокурсников оценили тяжесть адаптации в 50–70 баллов,

а 17 (20,2%) – в 80–100 баллов. Другими словами, более половины студентов (57,1%) первого курса испытывают серьезные затруднения в адаптации в первые месяцы обучения в иноязычной стране. Гендерные различия не выявлены ($U=489,0$; $p=0,655$).

Между вторым и третьим и четвертым курсами различия статистически не значимы ($U=603,0$ $p=0,196$). Снижение медианного значения выраженности трудностей адаптации на этих курсах связано с адаптацией как к учебе, так и к новым условиям и учебному процессу. Повышение до 50 баллов на 5 и 6 курсах связано, с нашей точки зрения, с высокой учебной нагрузкой на клинических кафедрах, необходимостью общаться с пациентами на русском языке при обучении на английском.

Среди факторов, обуславливающих наибольшие трудности для адаптации (табл. 2) был языковой барьер – для 73,1–75,7% студентов 2 и 6 курса и 64,3% – первого (различия статистически не значимы). На втором месте – непривычная пища, иные, отличные от привычных, климатические условия. Отсутствие информации на английском и незнакомая территория города существенного значения не имели, так как за каждой группой иностранных студентов был закреплен куратор из числа преподавателей, который оказывал им существенную помощь в решении бытовых вопросов. Гендерные различия не выявлены.

У 19% первокурсников ($\chi^2=5,854$; $df=1$; $p=0,016$) важную роль играло субъективное восприятие негативного отношения окружающих. Это было связано с тем, что одним из основных способов преодоления стресса у этих студентов были пропуски занятий и необходимость последующей их отработки для получения зачета. Последнее интерпретировалось ими как предвзятое отношение.

Таблица 1

Степень трудности адаптации в первые месяцы пребывания в Белгороде*

1 курс n=84		2 курс n=45		3 курс n=37		4 курс n=48		5 курс n=47		6 курс n=26	
Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅
50,0	30–70	40,0	20–50	30,0	20–40	30,0	20–55	50,0	30–60	50,0	20–60

Примечания: * – в процентах: от «0» – адаптация без проблем до «100» – максимальные проблемы.

Таблица 2

Факторы, создающие наибольшие трудности для адаптации иностранных студентов–медиков

Факторы	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Языковой барьер	54	64,3	34	75,6	28	75,7	37	77,1	39	83,0	19	73,1
Непривычная еда	27	32,1	12	26,6	11	29,7	18	37,5	20	42,5	7	27,0
Перемена климата	21	25,0	11	24,4	7	18,9	14	29,2	14	30,0	6	23,1
Отсутствие информации на английском языке	11	13,1	10	22,2	5	13,5	12	25,0	8	17,0	1	3,8
Незнакомый город	7	8,3	4	8,9	1	2,7	4	8,3	11	23,4	1	3,8
Негативное отношение окружающих	16	19,0	1	2,2	2	5,4	6	12,5	3	6,4	–	–

Миграционный и учебный стресс в первые месяцы пребывания на территории другой страны обуславливал возникновение эмоциональной подавленности и суицидальных мыслей у 44% студентов.

Верификация субъективной оценки сложности обучения (табл. 3) показала, что на первом курсе немногим более 40% студентов испытывали средней степени выраженности затруднения в освоении учебного материала со снижением этой цифры на 2–3 курсах, соответственно до 28,9% и 21,6% ($\chi^2=4,13$; $df=1$; $p=0,042$) и 18,8% – на четвертом. Повышение степени сложности учебы на 5 курсе у 34% студентов обусловлено интенсивным изучением клинических дисциплин, общением с пациентами при слабом владении русским языком.

Серьезные трудности в обучении врачебной профессии испытывало незначительное число студентов. В большинстве случаев (от 43% до 54%) студенты испытывали легкие трудности в учебе. Ожидаемо, почти треть шестикурсников заявили о легкости обучения.

Значительная часть студентов из-за длительной подготовки к занятиям сокращали продолжительность ночного сна: 6–7 часов в сутки спали половина

студентов 1–4–5 курсов. Только 40,5% третьекурсников спали в будни 8 часов и более. В выходные дни подавляющее большинство студентов (более 70%) первого и третьего курсов спали значительно больше 8 часов. В то же время, в связи с необходимостью подготовки к экзаменам это могли себе позволить только 57,8% студентов 2 курса ($\chi^2=9,92$; $df=1$; $p=0,0025$). Вероятность недосыпания студентов 2 курса по сравнению с первым довольно высокая – более чем в 3 раза ($OR=3,35$; 95%; $CI=1,5-7,4$). Это обусловлено высокой учебной нагрузкой и предстоящими сложными экзаменами (анатомия человека и гистология). Показательно, что треть студентов 6 курса (34,6%) в будни уделяли ночному сну только 4–5 часов, что было связано с отдыхом и общением со сверстниками. В выходные дни только 40%–55% студентов спали по 6–7 часов. Более 8 часов в сутки уделяли сну 75% студентов 1 курса, что было связано с повышенной усталостью. Более высокие цифры получены у студентов 3 курса – 81% и пятого – 87,3%. Гендерные различия не выявлены.

Факторный анализ учебных стрессовых факторов (табл. 4) показал, что у первокурсников-иностранцев наиболее значимыми учебными стрессовыми факто-

Таблица 3

Субъективная оценка степени тяжести обучения

Степень тяжести обучения	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Легко	5	6,0	5	11,1	7	18,9	11	22,9	6	12,8	8	30,8
Незначительные трудности	36	42,9	24	53,3	20	54,1	23	47,9	24	51,1	14	53,8
Средние затруднения	36	42,9	13	28,9	8	21,6	9	18,8	16	34,0	3	11,5
Серьезные трудности	7	8,3	3	6,7	2	5,4	5	10,4	1	2,1	1	3,8
ИТОГО	84	100,0	45	100,0	37	100,0	48	100,0	47	100,0	26	100,0

Таблица 4

Факторы учебного стресса у иностранных студентов–медиков

№	Наименование фактора	% дисперсии	Наименование фактора	% дисперсии	
1 курс		S=60,7%	4 курс	S=76,0%	
1	Сложность учебы	26,8	Страх отчисления	47,2	
2	Неясность будущего	11,6	Погрешности организации учебного процесса	9,0	
3	Жесткие требования	8,8		Смена привычной среды	8,2
4	Личные проблемы	7,1		Неуверенность в будущем	6,2
5	Трудности режима	6,4	Бытовые проблемы	5,4	
2 курс		S=74,0%	5 курс	S=71,5%	
1	Сложность учебы	36,7	Неуверенность в будущем	47,9	
2	Учебная нагрузка	10,0	Сложность учебы	10,0	
3	Неустроенность быта	8,0	Интенсивность учебного процесса	7,7	
4	Жесткие требования	7,1	Пресыщение учебой	5,9	
5	Личные проблемы	6,5			
6	Тоска по родителям	5,7			
3 курс		S=73,3%	6 курс	S=62,3%	
1	Генерализованный стресс	29,3	Напряженность учебы	26,6	
2	Высокая загруженность	22,7	Личные проблемы	14,5	
3	Жесткие требования	15,5	Жесткие требования	11,1	
4	Дефицит времени отдыха	5,8	Сложность учебы	10,1	

рами были «сложность учебы» и «жесткие требования», обуславливающие определенную растерянность и актуализацию личных проблем. На 2 курсе проблемы аналогичные, только сложность и напряженность учебного процесса занимала 46,7% дисперсии. На 3 курсе наиболее значимым фактором являлась высокая загруженность, что в сочетании с жесткими требованиями создавали генерализованный стресс такой степени выраженности, что возникал дефицит времени на отдых. Это связано с началом обучения на клинических кафедрах, необходимостью общения с пациентами при незнании или слабом владении русским языком.

Для студентов 4 курса напряженность учебного процесса и сложности учебы занимали 46,2%

Таблица 5

Факторный анализ симптомов учебного стресса иностранных студентов–медиков

Наименование фактора	% дисперсии
1 курс	$\Sigma=58,1\%$
Астеническая субдепрессия	42,3
Психосоматические симптомы	15,8
2 курс	$\Sigma=62,5\%$
Астеническая субдепрессия	45,8
Психосоматические симптомы	16,7
3 курс	$\Sigma=71,4\%$
Астения	52,0
Психосоматические симптомы	10,4
Расстройство сна	9,0
4 курс	$\Sigma=78,6\%$
Тревожная субдепрессия	60,3
Психосоматические симптомы	11,6
Астения	6,7
5 курс	$\Sigma=74,0\%$
Астеническая субдепрессия	56,2
Психосоматические симптомы	17,8
6 курс	$\Sigma=83,0$
Астено-вегетативный синдром	63,2
Астения	19,8

дисперсии. Меньшее значение играли бытовые проблемы. У студентов 5 курса на первом плане была неуверенность в будущем – фактически 48% дисперсии, что в сочетании со сложностью и интенсивностью учебного процесса создавало определенное состояние пресыщения учебой. В то же время у студентов 6 курса в связи с приближающимся окончанием учебы существенную стрессогенную роль играли личные проблемы, а также напряженность и сложность учебы.

Факторный анализ симптомов учебного стресса (табл. 5) показал, что наиболее значимыми были усталость (астения), субдепрессия и психосоматические симптомы. Причем астения была доминирующим симптомом на всех курсах, за исключением четвертого. У студентов 4 курса доминирующей реакцией на учебный стресс была тревожная субдепрессия, занимающая более 60% дисперсии. Это было связано с тем, что с данного периода начинается интенсивное изучение клинических дисциплин, курация пациентов, что требует общения с ними на русском языке при недостаточном им владении.

Наиболее значимыми способами преодоления учебного стресса у первокурсников были поддержка родителей и прогулки на свежем воздухе, а также занятия спортом. Эти способы использовались чаще студентами 2 и 3 курсов. Существенное значение имели компьютерные игры и общение в социальных сетях, которому студенты на всех курсах уделяли много времени. Наряду с конструктивными способами, значительное число студентов (табл. 6) для снижения эмоционального напряжения использовали табакокурение, употребление алкоголя, наркотиков, а также прием лекарственных препаратов.

Как видно из табл. 6, курили табак на 1 курсе 29,8% студентов с незначительным снижением на втором и повышением до 35,1% – на третьем. В то же время алкоголь среди первокурсников употребляли только 19%, на втором курсе – 31,1% с максимумом 43,2% – на третьем. В общей сложности, фактически треть иностранных студентов употребляли алкоголь с различной степенью его значимости в преодолении учебного стресса.

Таблица 6

Количество студентов, склонных к химическим аддикциям и приему лекарственных препаратов как способу преодоления стресса

Вещество	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Табак	25	29,8	9	20,1	13	35,1	5	10,4	11	23,4	5	19,2
Алкоголь	16	19,0	14	31,1	16	43,2	10	20,8	14	29,8	7	26,9
Наркотики	11	13,1	8	17,8	2	5,4	2	4,2	2	4,3	1	3,8
Лекарственные настойки (ЛН)	10	11,9	3	6,6	5	13,5	6	12,5	3	6,4	6	23,1
Нерецептурные седативные (НС)	18	21,4	2	4,4	5	13,5	2	4,2	1	2,1	2	7,7
Сочетание ЛН и НС	24	28,6	23	51,1	10	27,0	13	27,1	15	31,9	3	11,5
Всего принимали ЛН и НС	52	61,9	28	62,2	20	54,1	21	43,8	19	40,4	11	42,3

Количество часов в сутки, проводимое иностранными студентами-медиками в социальных сетях

Количество часов	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Будни												
1	11	13,1	3	6,7	4	10,8	6	12,5	8	17,0	3	11,5
2	17	20,2	14	31,1	8	21,6	13	27,1	8	17,0	5	19,3
3	23	27,4	13	28,9	15	40,5	11	22,9	7	14,9	7	26,9
4 и более	31	36,9	15	33,3	10	27,0	18	37,5	24	51,1	11	42,3
Выходные												
1	5	6,0	2	4,4	1	2,7	1	2,1	7	14,9	1	3,8
2	12	14,3	7	15,6	3	8,1	4	8,3	5	10,6	4	15,4
3	11	13,1	11	24,4	7	18,9	15	31,3	3	6,4	4	15,4
4 и более	56	66,7	25	55,6	26	70,3	28	58,3	32	68,1	17	65,4

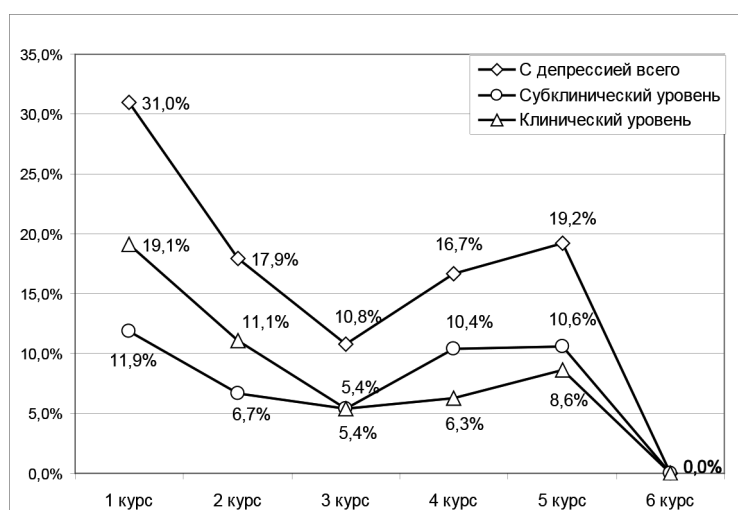


Рис. 1. Частота и выраженность депрессии у иностранных студентов-медиков

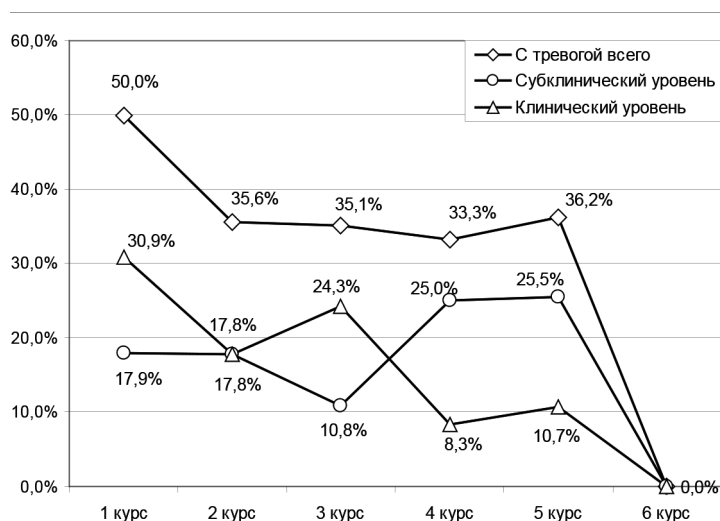


Рис. 2. Частота и выраженность тревоги у иностранных студентов-медиков

Наряду с этим, более 60% студентов 1 и 2 курсов принимали лекарственные настойки либо нерецептурные седативные препараты со снижением на 3 курсе до 54% и на последующих – фактически до 40%. Перечисленные способы преодоления стресса создают предпосылки формирования аддиктивного поведения и химических зависимостей.

Еще одним значимым способом преодоления стресса (табл. 7) было общение в социальных сетях.

Как видно из табл. 7, более третьей части студентов 1, 2 и 4 курсов, более половины (51,1%) пятого и 42,3% – шестого курсов проводили в будни более 4-х часов в день за общением в социальных сетях. В выходные же эта цифра составляла от 55,6% на втором курсе до 68,1% – на пятом. Такое поведение, с одной стороны, создает риск формирования аддиктивного поведения и зависимости от социальных сетей, а также обедняет эмоциональность и реалистичность общения «глаза в глаза». С другой стороны, общение в социальных сетях позволяло лучше адаптироваться в чужой стране, так как посредством социальных сетей студенты получали поддержку со стороны родителей и оставшихся на родине друзей.

Анализ частоты встречаемости депрессии по тесту DASS-21 (рис. 1) у иностранных студентов-медиков показал, что наибольшее число студентов с депрессией (31%) наблюдалось на 1 курсе со снижением на 2 и до минимума – на третьем (10,8%) с последующим некоторым повышением на 4 и 5 курсах. Студенты 6 курса (в силу малого числа наблюдений и определенной эйфории от предстоящего окончания ВУЗа) наличие депрессии отрицали. Показательно, что у студентов 1 и 2 курсов были достаточно высокие показатели распространенности клинического уровня депрессии: соответственно 19,1% и 11,1%

со снижением до 5,4% на третьем курсе и немногим выше на 4 и 5 – более 10%. Динамика клинического уровня депрессии коррелировала с субклиническим уровнем стресса ($r=0,900$; $p=0,037$).

Анализ частоты и степени выраженности тревоги (рис. 2) у иностранных студентов-медиков показал, что тревога выявлялась у половины первокурсников со снижением на 2–3–4–5 курсах до 33–36%. При этом клинический уровень тревоги имел несколько иную динамику: от 30,9% – у первокурсников, со снижением до 17,8% на втором курсе, а затем наблюдалось повышение до 24,3% – у третьекурсников (в связи с обучением на клинических кафедрах) и последующим снижением до 8–10% на 4 и 5 курсах. Это обусловлено хорошей учебной адаптацией к 4 курсу и определенным овладением русским языком, что способствовало снижению тревоги, связанной с учебным стрессом. Динамика тревоги коррелировала с динамикой депрессии ($r=0,900$; $p=0,037$).

Анализ динамики стресса (рис. 3) показал, что наибольший стресс испытывали студенты 1 курса – у 19,1% регистрировался клинический его уровень со снижением на 2 и 3 курсах с последующим повышением на 4 и 5. Общий уровень отражал динамику субклинического уровня депрессии ($r=0,900$; $p=0,037$).

Результаты теста GAD-7 представлены в табл. 8.

Как видно из табл. 8, симптомы генерализованной тревоги регистрировались более чем у половины студентов 1 курса (56%) со снижением ($\chi^2=6,292$; $df=1$; $p=0,013$; $OR=2,8$; 95%; $CI=1,2–6,5$) на втором курсе до 31%. В последующем вновь отмечалось некоторое повышение на третьем (40,5%) и четвертом (39,6%) курсах (без статистически значимых

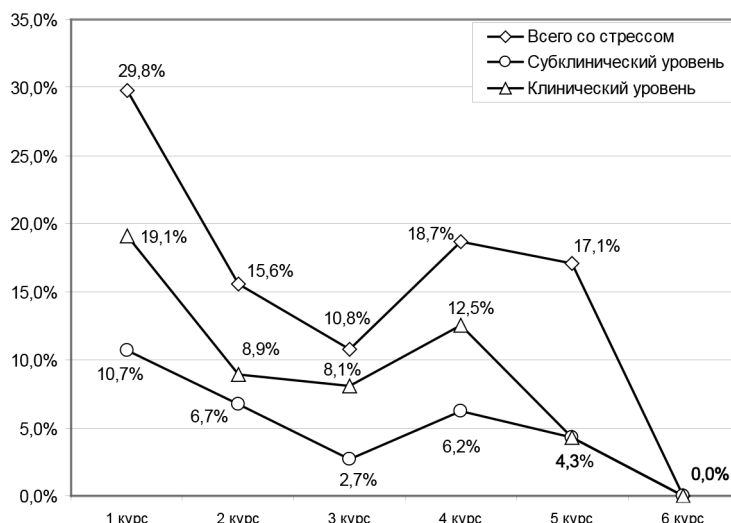


Рис. 3. Частота и выраженность стресса у иностранных студентов-медиков

различий с первым). На пятом курсе (36,2%) и шестом (11,5%) было статистически значимое снижение по сравнению с первым курсом, соответственно: ($\chi^2=3,962$; $df=1$; $p=0,047$; $OR=2,2$; 95%; $CI=1,0–5,0$) и ($\chi^2=14,056$; $df=1$; $p=0,0008$; $OR=9,7$; 95%; $CI=2,5–44,3$). Это было обусловлено работой на клинических кафедрах и необходимостью общения с пациентами при слабом владении русским языком. Отношение шансов свидетельствует, что вероятность высокой частоты значимого уровня тревоги у студентов-иностранцев первого курса более чем в 9 раз выше, чем у шестого.

Результаты SPIN-теста на социофобию представлены в табл. 9.

Как видно из табл. 9, наибольшее число субклинически и клинически выраженных симптомов социо-

Таблица 8

Результаты теста GAD-7*

Степень выраженности	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 – отсутствие	37	44,0	31	69,0	22	59,5	29	60,4	30	63,8	23	88,5
1 – легко	34	40,5	11	24,0	10	27,0	13	27,0	11	23,4	3	11,5
2 – умеренно	12	14,3	3	7,0	5	13,5	3	6,3	5	10,6	–	–
3 – выражено	1	1,2	0	0,0	0	0,0	3	6,3	1	2,1	–	–

Примечания: * – опросник GAD-7 – диагностика генерализованного тревожного расстройства.

Таблица 9

Результаты опросника SPIN*

Степень выраженности	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Отсутствие	46	54,8	30	66,7	30	81,1	37	77,1	34	72,3	24	92,3
Легко	27	32,1	10	22,2	4	10,8	5	10,4	6	12,8	2	7,7
Умеренно	10	11,9	5	11,1	2	5,4	4	8,3	5	10,6	–	–
Выражено	0	0,0	0	0,0	1	2,7	2	4,2	2	4,3	–	–
Крайне выраженная	1	1,2	0	0,0	0	0,0	–	–	–	–	–	–

Примечания: * – опросник SPIN «Social Phobia Inventory Scale» – тест на социофобию.

фобии было у студентов 1 курса. Симптомы социофобии обнаруживали 45,2% первокурсников, причем 13,1% – в умеренно выраженной и выраженной степени. У второкурсников наблюдалось снижение (статистически не значимое) частоты социофобии до 33,3% (11,1% – умеренно выраженной), а у студентов третьего курса, по сравнению с первым ($\chi^2=8,724$; $df=1$; $p=0,004$; $OR=4,1$; 95%; $CI=1,5-11,5$) – до 18,9% (8,1% – умеренно выраженной). Отношение шансов свидетельствует, что вероятность наличия симптомов социофобии у студентов первого курса по сравнению с третьим выше более чем в 4 раза. Аналогичная тенденция наблюдалась и у студентов 4–6 курсов. Характерно, что у шестикурсников, по-видимому, в связи с предстоящим окончанием учебы, симптомы легко выраженной социофобии регистрировались только у 7,7%. Клинически значимые симптомы социофобии (умеренно и более выраженные) наблюдались от 8,1% у студентов третьего курса, до 14,9% – у пятого. Эти цифры, с нашей точки зрения, отражают реальное распространение симптомов социофобии среди студентов-медиков из Индии и стран Ближнего Востока.

Заключение

Таким образом, в результате исследования установлено, что более половины иностранных студентов-медиков испытывают серьезные затруднения в адаптации в первые месяцы обучения в иноязычной стране. Наибольший стресс вызывали языковой барьер, непривычная пища, климатические условия. Миграционный и учебный стресс в первые месяцы пребывания на территории другой страны обуславливал возникновение эмоциональной подавленности и суицидальных мыслей у 44% студентов. Немногим более 40% студентов испытывали средней степени выраженности затруднения в освоении учебного материала со снижением этой цифры на последующих курсах. Половина студентов в связи с высокой учебной нагрузкой не уделяли должного времени ночному сну.

У первокурсников значимыми учебными стрессовыми факторами были «сложность учебы» и «жесткие требования», а на 2 курсе сложность и напряженность учебного процесса была более значимой, чем на первом. На 3 курсе актуальными были высокая загруженность и дефицит времени на отдых, что обусловлено началом обучения на клинических кафедрах, необходимостью общения с пациентами на русском языке при слабых языковых навыках. Среди симптомов учебного стресса наиболее значимыми были усталость (астения), субдепрессия и психосоматические симптомы. При этом астения была доминирующим симптомом на всех курсах, тревожная субдепрессия, занимающая более 60%

дисперсии – у студентов 4 курса. Значительная часть студентов использовали неконструктивные способы преодоления стресса (применение лекарственных препаратов, употребление алкоголя, табакокурение, употребление наркотиков), что создавало риск формирования аддиктивного поведения. Значительную часть времени, особенно в выходные дни, студенты уделяли общению в социальных сетях, что с одной стороны, позволяло лучше адаптироваться в чужой стране, с другой – обедняло невербальную составляющую общения и создавало риск формирования зависимости от социальных сетей. Депрессия регистрировалась почти у трети студентов 1 курса со снижением до минимума на 3 курсе. Симптомы генерализованной тревоги выявлялись более чем у половины студентов 1 курса с последующим снижением до 36% на пятом и 11% – на шестом курсах. Симптомы социофобии обнаруживали более 40% первокурсников.

Полученные нами данные согласуются с результатами исследований других авторов [1, 7, 9, 10, 13, 19, 20, 25].

Учитывая тот факт, что наибольший сочетанный стресс (миграционный и учебный) иностранные студенты медики испытывают на первом году обучения, с целью повышения уровня их социально-психологической адаптации целесообразно провести комплекс мероприятий:

1. Создать условия для освоения русского языка (элективный курс).
2. Кураторам групп иностранных студентов необходимо ознакомить их с особенностями учебного процесса, правилами поведения и проживания в общежитии.
3. В рамках изучения дисциплины «Введение в специальность» реализовать краткий курс «Тайм-менеджмент для студентов-медиков» с целью обучения правильному планированию времени (подготовки к занятиям, отдыха, хобби), особенностям подготовки к разным дисциплинам, поиску необходимой информации в библиотечном фонде и сети Интернет.
4. На базе студенческой поликлиники проводить мониторинг психосоматического статуса иностранных студентов, особенно в первые полгода учебы.
5. Информировать иностранных студентов о симптомах учебного стресса, признаках психологической дезадаптации и обеспечить консультативную и терапевтическую помощь со стороны медицинских психологов и психотерапевтов, работающих на базе студенческой поликлиники.
6. Активизировать работу по повышению популярности физической культуры и спорта, а также прогулок на свежем воздухе после подготовки к занятиям и за 2–3 часа до сна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булгакова Я.В., Семилетова В.А., Натарева А.А. Мотивационные особенности российских и иностранных студентов при адаптации к учебному процессу // Организационные и методические основы учебно-воспитательной работы в медицинском ВУЗе. 2010. № 2. С. 186–187.
2. Глазачев О.С. Психосоматическое здоровье студентов-медиков: возможности коррекции на основе оптимизации образовательных технологий // Вестник «Социально-экологические технологии». 2011. № 1. С. 63–78.
3. Горбылева К.В., Бебинов С.Е., Зарифьян А.Г. Соотношение психофизиологических особенностей студентов военного и медицинского ВУЗов // Вестник КРСУ. 2014. № 14. С. 39–42.
4. Ефимова Л.А. Оценка влияния стрессовых факторов на учебное поведение студентов (на примере студентов ТГУ имени Г.Р.Державина) // Общество, общности, человек: в поисках «вечного мира»: материалы I Всероссийской Интернет-конференции. Тамбов, 2015. С. 49–51.
5. Ильина М.А. Пограничные психические расстройства как проявления дезадаптации у студентов: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 2004.
6. Ишака К. Иностранные студенты в российском вузе: социокультурные особенности адаптации и профессиональной социализации: Автореф. дисс. ... канд. соц. наук. Краснодар, 2014.
7. Кошелева Е.Ю., Амартей Дж.А. Влияние факторов стресса на адаптацию к академическому процессу в российском вузе иностранных и российских студентов // Альманах современной науки и образования. 2015. № 4 (94). С. 95–98.
8. Миронов С.В. Состояние здоровья российских и иностранных студентов медицинского вуза и пути улучшения их медицинского обслуживания: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 2014.
9. Рахимов Т.Р. Особенности организации обучения иностранных студентов в российском вузе и направление его развития. // Дефиниции культуры: сборник трудов участников Всероссийского семинара молодых ученых. Томск: Издательство Томского университета. 2011. С. 406–411.
10. Ременцов А.Н., Казанцева А.А. Социокультурные аспекты адаптации иностранных студентов в российских ВТУЗах // Alma Mater (Вестник Высшей Школы). 2011. № 7. С. 10–14.
11. Руженкова В.В., Руженков В.А., Шкилева И.Ю., Шелякина Е.В., Гомеляк Ю.Н. Учебный стресс и соматоформная вегетативная дисфункция у студентов-медиков I курса // Научные Ведомости БелГУ. Серия Медицина и фармация. 2017. № 26 (275). С. 75–86.
12. Щербатых Ю.В. Психология стресса. М.: Эксмо. 2006. 304 с.
13. Abdulghani H.M., Al Kanhal A.A., Mahmoud E.S., Ponnampuruma G.G., Alfari E.A. Stress and Its Effects on Medical Students: A Cross-sectional Study at a College of Medicine in Saudi Arabia // J. Health Popul. Nutr. 2011. N 29 (5). P. 516–522.
14. Connor K.M., Davidson J.R.T., Churchill L.E., Sherwood A., Foa E., Wesler R.H. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory // Br. J. Psychiatr. 2000. N 176. P. 379–386.
15. Lovibond P.F., Lovibond S.H. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories // Behav. Res. Ther. 1995. N 33. P. 335–342.
16. Mori S. Addressing the Mental Health Concerns of International Students // J. Counseling Develop.. 2000. N 78 (2). P. 137–144.
17. Reisbig A.M., Danielson J.A., Wu T.F., Hafen M.Jr., Krienert A., Girard D., Garlock J. A study of depression and anxiety, general health, and academic performance in three cohorts of veterinary medical students across the first three semesters of veterinary school // J. Vet. Med. Educ. 2012. N 39 (4). P. 341–358.
18. Rice G.H., Dellwo J.P. Perfectionism and Self-Development: Implications for College Adjustment // J. Counseling Develop. 2002. N 80 (2). P. 196.
19. Rosiek A., Rosiek-Kryszewska A., Leksowski Ł., Leksowski K. Chronic stress and suicidal thinking among medical students // Int. J. Environ Res. Public Health. 2016. N 13 (2). P. 212.
20. Saeed A.A., Bahnassy A.A., Al-Hamdan N.A., Al mudhaibery F.S., Alyahya A.Z. Perceived stress and associated factors among medical students // J. Family Community Med. 2016. Vol. 23, N 3. P. 166–171.
21. Sarason B.R., Sarason I.G., Pierce G.R. Social Support. NY.: Wiley, 1990.
22. Sarkar S., Gupta R., Menon V. A systematic review of depression, anxiety, and stress among medical students in India // J. Mental Health Hum. Behav. 2017. N 22 P. 88–96.
23. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W., Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder // Arch. In. Med. 2006. N 166 (10). P. 1092–1097.
24. Vaez M. Health and quality of life during years at university, studies on their development and determinants. PhD. Thesis. Stockholm: Karolinska Institute, 2004.
25. Yusoff M.S., Abdul Rahim A.F., Baba A.A., Ismail S.B., Mat Pa M.N., Esa A.R. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical students // Asian J. Psychiatr. 2013. N 6 (2). P. 128–133.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АДАПТАЦИИ К УЧЕБНОМУ СТРЕССУ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ

В.В. Руженкова

В статье излагаются результаты исследования динамики стресса, тревоги и депрессии, а также особенности социальной адаптации и способы преодоления стрессового напряжения иностранными (из стран Ближнего Востока и Индии) студентами-медиками. В первый год обучения наибольшие сложности для адаптации создавали: языковой барьер, высокая учебная нагрузка, сложность учебы, жесткие требования. Учебный стресс проявлялся на первом курсе астенической субдепрессией и психосоматическими симптомами, а на последующих – различными комбинациями астении, субдепрессии и психосомати-

ческих симптомов. Депрессия выявлялась у 31% первокурсников, в 44% случаев регистрировались суицидальные мысли. Кроме того, у половины первокурсников выявлялась тревога (в 30,9% – клинический уровень), а в последующем (2–5 курсы) тревога была у 33–36% студентов. Обсуждаются подходы к повышению уровня социальной адаптации студентов, прибывших на обучения из стран дальнего зарубежья.

Ключевые слова: иностранные студенты-медики, учебная миграция, адаптация, учебный стресс, тревога, депрессия, социофобия.

MEDICAL-PSYCHOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF ADAPTATION TO THE EDUCATIONAL STRESS IN FOREIGN STUDENTS

V.V. Ruzhenkova

This article presents the results of the study of the dynamics of stress, anxiety and depression, the features of social adaptation and ways to overcome stress by medical students from the Middle East countries and India. In the first year of education, the greatest difficulties for adaptation were created by the language barrier, high training load, and stringent teachers' requirements. In the first year academic stress was manifested by asthenic subdepression and psychosomatic symptoms, and on the next years – by various combinations of asthenia,

subdepression and psychosomatic symptoms. Depression was detected in 31% of freshmen, suicidal thoughts were registered in 44% of cases. In addition, half of the freshmen showed anxiety (in 30.9% – the clinical level), though the 2nd-5th educational years anxiety was in 33–36% of the students. The approaches to increasing the level of social adaptation of foreign students are discussed.

Key words: foreign medical students, educational migration, adaptation, educational stress, anxiety, depression, social phobia.

РОЛЬ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЙ СФЕРЫ В РАЗВИТИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Б.Е. Алексеев, А.В. Каданцева

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

Имеется высокий исторически сложившийся интерес к изучению влияния факторов пола на невротические расстройства. Однако современные научно доказательные работы по исследованию психосексуальной сферы пациентов с невротическими расстройствами немногочисленны, другие имеют различные ограничения.

Возникновение противоречивости в «отношении к себе» является основой глобального изменения всей системы отношений. Исследования подтвердили, что именно нарушения «отношений к себе» выступают в качестве самого существенного патогенетического механизма невроза [10, 14].

В отечественной психиатрии и медицинской психологии основные понятия невротологии опираются на системные концепции современной медицины: биопсихосоциальную модель психической патологии и связанную с ней адаптационную парадигму психиатрии, в рамках которой большое значение в генезе заболеваний придается адаптационным механизмам [8, 15, 16].

Однако, с учетом структурной организации личности, остается недосказанным, что служит предпосылкой нарушения «отношения к себе» и внутриличностного конфликта. В этом смысле изучение психосексуальной сферы: половой идентичности, полоролевого поведения, направленности полового влечения могло бы пролить свет на данную проблему.

Половая идентичность относится к базовым уровням в структуре организации личности. Принадлежность человека к определенному полу определяет становление личности, ее интересы, формирование особой системы представлений о себе как о человеке определенного пола, включающей специфические для мужчин и женщин потребности, мотивы, ценностные ориентации и соответствующие этим образованиям формы поведения – в целом социализацию человека. Психическое здоровье, благополучие в семейных отношениях и во взаимоотношениях человека с окружающими в значительной степени зависят от сформированности его половой идентичности, а также полоролевого поведения.

Например, согласно З.Фрейду [19, 20] пол занимает важное место в развитии личности, составляет «организационный принцип» данного процесса. Он считал, что от относительной силы маскулинной и фемининной диспозиции зависит направленность идентификации.

В рамках системной модели половой дифференциации показано, что условия формирования половой идентичности связаны с нейропсихологическими и психофизиологическими характеристиками индивида, они задают определенные особенности познавательной и эмоциональной переработки средовых влияний и границы их восприятия. Это позволяет индивиду активно и избирательно идентифицировать себя с людьми определенного пола [12] и усваивать модели полоролевого поведения в соответствии со своими задатками [1, 3].

Рассмотрение половой идентичности больных неврозами послужило основанием считать ее важным фактором становления невротической личности.

Н.А.Березовской [6] были изучены некоторые особенности полоролевого поведения у женщин больных невротическими расстройствами. Результаты позволили предположить, что маскулинная акцентуация полоролевого поведения у женщин может являться фактором, предрасполагающим к формированию невротических расстройств.

Ряд исследований структуры половой идентичности больных невротическими расстройствами проводился с позиции изучения «Я-концепции». Одним из методических воплощений данного подхода является опросник для оценки полоролевой идентичности «МиФ», модифицированный Т.Л.Бессоновой [7]. Автор выделила структуры «Я реальное» (базовая половая идентичность), «Я-идеальное» (идеальная половая идентичность) и «Я-социальное» (Я для других). Конструкт в этой модели содержательно определялся через составляющие маскулинности/фемининности в рамках парадигмы S.Bem [17].

Изучая особенности половой идентичности больных невротическими расстройствами с помощью данной методики, А.С.Кочарян [13] выявил такую

особенность, как «сцепленность» (неартикулированность) М/Ф симптомокомплекса. Другими словами, чем больше выражен маскулинный компонент, тем больше выражен и фемининный компонент в структуре полоролевой идентичности. Это позволило сделать вывод о том, что дисбаланс полоролевой структуры личности может быть патогенетическим или predisposиционным фактором формирования неврозов.

Необходимо отметить, что данный подход к исследованию структур половой идентичности имеет ряд ограничений. Основные из них связаны с тем, что у мужчин и женщин, по мнению S.Cross и L.Nadson [18], различается структура «Я-концепции», а также различается характер взаимосвязи между половой идентичностью, половой ролью и моральными установками [22]. Кроме того, для исследования такой глубинной структуры, как половая идентичность метод самоопи-сания является не вполне адекватным [12].

Можно заключить, что, используя различные методические подходы к исследованию отдельных аспектов психосексуальной сферы пациентов с невротическими расстройствами, авторы приходят к мнению о том, что особенности психосексуальной сферы могут быть патогенетическим или predisposиционным фактором формирования неврозов. Все это обосновывает необходимость исследований данной проблемы как в теоретическом, так и в практическом плане.

Необходимо рассматривать психосексуальную сферу как целостную систему, которая имеет много-уровневую организацию и испытывает воздействие множества разного рода факторов.

Следует заметить, что разделение обследуемого контингента по полу с целью получения валидных результатов при исследованиях в области психиатрии является правилом в работах западных авторов, но далеко не всегда соблюдается в отечественных работах.

Процесс становления человека как представителя пола начинается с момента зачатия и продолжается в течение всей жизни. Из этого следует то, что различия между мужчинами и женщинами охватывают самые глубинные уровни биологического, психологического и социального существования индивида. Дынные различия носят не только количественный, но и качественный характер, что подразумевает отличие процессов их формирования у мужчин и женщин [4].

Для подтверждения этой гипотезы были изучены характеристики психосексуальной сферы мужчин и женщин больных неврозами [2]. В исследовании выявлено, что у женщин на ранних возрастных этапах уровень маскулинности выше, чем уровень фемининности у мужчин. Однако если проследить дальнейшую динамику полоролевого поведения, то можно видеть, что у женщин уровень маскулинности остается на одном уровне и к подростковому

возрасту начинает снижаться, тогда как, у мужчин степень фемининности в поведении неуклонно растет и к моменту обследования уже не отличается от уровня маскулинности у женщин.

У женщин, больных невротическими расстройствами, уровень выраженности поведения, свойственного противоположному полу, не имеет однозначной обусловленности со стороны психофизиологических характеристик, в отличие от мужского контингента больных, у которого данная взаимосвязь была прослежена. Это соответствует представлениям В.А.Геодакяна [9] о большей индивидуальной изменчивости и адаптационной гибкости женщин, по сравнению с мужчинами, у которых больше видовая изменчивость. Также, это свидетельствуют о том, что у женщин психосексуальная сферы в большей степени взаимосвязана с психологическими факторами, чем у мужчин.

Таким образом, у мужчин и у женщин, больных невротическими расстройствами, отличается структура и динамика формирования психосексуальной сферы, которая играет существенную роль в процессах адаптации личности больного.

Можно видеть, что, как изучение психологических механизмов невротических расстройств, так и изучение психосексуальной сферы человека, имеют длительную историю и актуальны на современном этапе развития науки. В то же время интеграция накопленных в этих областях знаний практически отсутствует, несмотря на очевидную значимость психосексуальной сферы в развитии невротического заболевания, которая может определяться особенностями психосексуальной сферы больных неврозами и их связью с психофизиологическими и личностными характеристиками больных, способами их психологической адаптации.

Цель исследования – изучить особенности психосексуальной сферы женщин, больных невротическими расстройствами, и их связь с психофизиологическими и психологическими характеристиками личности

В данной публикации приводятся сведения по изучению особенностей психосексуальной сферы (полоролевого поведения, половой идентичности, направленности полового влечения) женщин, больных невротическими расстройствами, по сравнению со здоровыми женщинами.

Материал

Обследовано 94 пациентки стационара Городской психоневрологической больницы №7 им. акад. И.П.Павлова (Санкт-Петербург). Диагноз больных соответствовал разделу F4 «Невротические и связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (МКБ-10, 1994). Сравнительный анализ психосексуальных характеристик в группах пациенток с различным диагнозом не выявил достоверных отличий. В качестве контрольной группы исследовано 50 женщин без психических расстройств.

Средний возраст женщин основной (клинической) группы составил 36 ± 1 лет. Средний возраст женщин контрольной группы – 32 ± 2 года. Среднее количество лет обучения в двух группах женщин составило 14,0 лет и 15,5 лет соответственно. Работали 61,7% женщин клинической группы и 72% – контрольной. В браке состояли 41,5% женщин клинической группы и 26% – контрольной; не замужем – 30,9% и 50% соответственно; в разводе – 38,5% и 24% соответственно.

В зависимости от диагноза, пациентки распределились следующим образом: F40 Тревожно-фобические расстройства – 8 человек (9%); F41 Другие тревожные расстройства – 25 человек (27%); F42 Обсессивно-компульсивное расстройство – 2 человека (2%); F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации – 28 человек (30%); F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства – 5 человек (5%); F45 Соматоформные расстройства – 24 человека (25%); F48 Другие невротические расстройства (а именно, F48.0 Неврастения – 2 человека (2%)).

Преобладали женщины с длительностью заболевания менее года – 71 человек (75,5%). Средний возраст начала заболевания – 34 года. Наибольшая частота начала заболевания приходится на возраст 20 лет, 25 лет и 40 лет.

Распределение больных по ведущему клиническому синдрому: тревожно-депрессивный – 53,2%; астенический – 13,8%; тревожно-фобический – 21,3%; вегетативных нарушений – 11,7%.

Методы исследования

Применялся комплекс оригинальных методик, направленных на определение полоролевого пове-

дения, половой идентичности, полового влечения. Для определения половой идентичности и структуры полового влечения служил семантический дифференциал [21]. Применялся специально разработанный набор шкал [11] модифицированный Б.Е.Алексеевым [1]. «Методика диагностики акцентуаций полоролевого поведения» [1, 3] применялась для оценки полоролевого поведения.

Для выявления особенностей психосексуальной сферы женщин, больных невротическими расстройствами, было проведено сравнительное изучение полоролевого поведения, структуры половой идентичности и направленности полового влечения в клинической группе и контрольной группе здоровых женщин.

Результаты исследования

Структура половой идентичности.

Среди женщин, больных невротическими расстройствами, м-изомерные составили 40,5% пациенток; среди женщин контрольной группы – 46% испытуемых.

Данные о выраженности маскулинного и фемининного компонентов половой идентичности женщин клинической и контрольной групп представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, у женщин, больных невротическими расстройствами, значение индекса фемининности по фактору силы (If по ФС) и значение индекса фемининности персональной идентичности (If) статистически достоверно выше по сравнению с женщинами контрольной группы. Поскольку эти индексы показывают близость понятий «Я» и «Боль-

Таблица 1

Показатели половой идентичности в основной и контрольной группах

Показатели половой идентичности	Женщины с невротическими расстройствами N=94	Женщины контрольной группы N=50	Достоверность различий
Базовая идентичность			
Индекс маскулинности по фактору силы (Im по ФС)	4,91 $\pm$ 0,21	4,64 $\pm$ 0,31	
Индекс фемининности по фактору силы (If по ФС)	5,01 $\pm$ 0,22	3,83 $\pm$ 0,30	p<0,001
Индекс адекватности по фактору силы (Ia по ФС)	-0,07 $\pm$ 0,26	0,80 $\pm$ 0,32	p<0,05
Персональная идентичность			
Индекс маскулинности персональной идентичности (Im)	2,83 $\pm$ 0,13	2,43 $\pm$ 0,15	0,1>p $\geq$ 0,05
Индекс фемининности персональной идентичности (If)	2,46 $\pm$ 0,13	2,03 $\pm$ 0,14	p<0,05
Индекс адекватности персональной идентичности (Ia)	0,37 $\pm$ 0,15	0,40 $\pm$ 0,16	
Сексуальная идентичность			
Индекс гомосексуальности (I го)	2,27 $\pm$ 1,14	2,34 $\pm$ 0,17	
Индекс гетеросексуальности (I ге)	1,81 $\pm$ 0,12	1,92 $\pm$ 0,18	

Примечания: индекс маскулинности показывает близость понятий «Я» и «Большинство людей мужского пола», индекс фемининности показывает близость понятий «Я» и «Большинство людей женского пола» индекс адекватности показывает разность индексов маскулинности и фемининности. Индекс «гомосексуальности» показывает близость понятий «Сексуально привлекательный человек» и «Подруга». Индекс «гетеросексуальности» показывает близость понятий «Сексуально привлекательный человек» и «Любимый мужчина».

шинство людей женского пола», то более высокие значения данных показателей свидетельствуют о меньшей выраженности фемининного компонента в структуре базовой и персональной идентичности женщин, больных невротическими расстройствами, по сравнению со здоровыми женщинами.

У женщин, больных невротическими расстройствами, среднее значение индекса адекватности по фактору силы отрицательное, это говорит о том, что в структуре базовой идентичности маскулинный компонент преобладает над фемининным компонентом (инверсия по отношению к паспортному полу). В контрольной группе среднее значение индекса адекватности по фактору силы, напротив, положительное, из чего можно заключить, что в структуре базовой идентичности здоровых женщин фемининный компонент преобладает над маскулинным компонентом.

В структуре персональной половой идентичности женщин основной группы маскулинный (Im) и фемининный (If) компоненты менее выражены, чем у здоровых женщин.

Таким образом, у женщин, больных невротическими расстройствами, в меньшей степени выражен фемининный компонент в структуре и персональной и базовой половой идентичности по сравнению со здоровыми женщинами.

Анализ показателей сексуальной идентичности, характеризующей структуру направленности полового влечения, не выявил достоверных различий между женщинами основной и контрольной групп.

Изучение взаимосвязей компонентов структуры половой идентичности женщин проводилось путем анализа интеркорреляций индексов семантического дифференциала в зависимости от уровня маскулинной акцентуации полоролевого поведения. Таким образом, получилось четыре группы сравнения: акцентуированные и неакцентуированные женщины клинической группы, акцентуированные и неакцентуированные женщины контрольной группы.

В группе здоровых женщин, у которых не выявлено маскулинной акцентуации полоролевого пове-

дения, индекс фемининности по фактору силы (If по ФС) положительно взаимосвязан с индексом фемининности персональной идентичности (If) ($r=0,65$, $p<0,01$), индекс маскулинности по фактору силы (Im по ФС) положительно взаимосвязан с индексом маскулинности персональной идентичности (Im) ($r=0,70$, $p<0,01$). Графически эти взаимосвязи представлены на рис. 1.

Анализ структуры половой идентичности в группе здоровых женщин с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения показал, что индекс фемининности по фактору силы (If по ФС) положительно взаимосвязан с индексом фемининности персональной идентичности (If) ($r=0,40$, $p<0,05$), индекс маскулинности по фактору силы (Im по ФС) положительно взаимосвязан с индексом маскулинности персональной идентичности (Im) ($r=0,42$, $p<0,05$); кроме того, индекс фемининности по фактору силы (If по ФС) положительно взаимосвязан индексом маскулинности по фактору силы (Im по ФС) ($r=0,51$, $p<0,01$). Графически эти взаимосвязи представлены на рис. 2.

В группе женщин, больных невротическими расстройствами, у которых не выявлено маскулинной акцентуаций полоролевого поведения, индекс фемининности по фактору силы (If по ФС) положительно взаимосвязан с индексом маскулинности по фактору силы (Im по ФС) ($r=0,52$, $p<0,05$) и индексом фемининности персональной идентичности (If) ($r=0,59$, $p<0,01$). Индекс маскулинности по фактору силы (Im по ФС) положительно взаимосвязан с индексом маскулинности персональной идентичности (Im) ($r=0,70$, $p<0,01$). Индекс маскулинности персональной идентичности (Im) связан с индексом фемининности персональной идентичности (If) ($r=0,61$, $p<0,01$). Графически структура описанных взаимосвязей представлена на рис. 3.

Среди женщин, больных невротическими расстройствами, у которых выявлена маскулинная акцентуация полоролевого поведения, выявлены иные взаимосвязи. Индекс фемининности по фактору силы (If по ФС) положительно взаимосвязан с

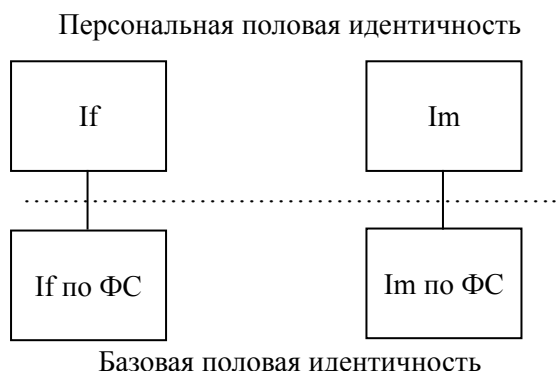


Рис. 1. Структура половой идентичности здоровых женщин без акцентуации полоролевого поведения

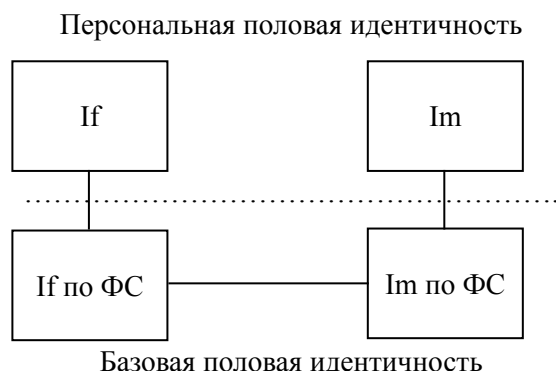


Рис. 2. Структура половой идентичности здоровых женщин с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения

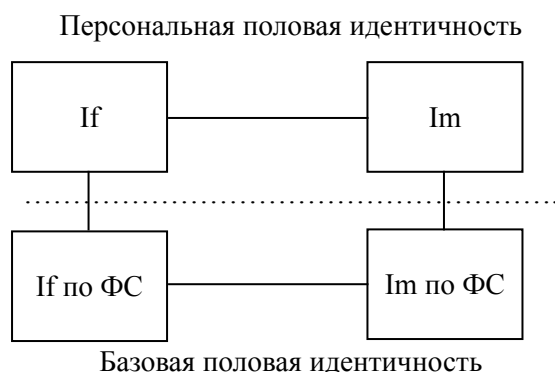


Рис. 3. Структура половой идентичности женщин, больных невротическими расстройствами, без акцентуации полоролевого поведения



Рис. 4. Структура половой идентичности женщин, больных невротическими расстройствами с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения

Таблица 2

Взаимосвязь показателей полоролевого поведения и половой идентичности в контрольной группе женщин

Компоненты психосексуальной сферы	Половая идентичность	
	Индекс адекватности по фактору силы (Ia по ФС)	Индекс адекватности персональной половой идентичности (Ia)
Полоролевое поведение: ИКП «сейчас»	$r = -0,41^{**}$	$r = -0,37^{**}$

Примечания: ** – статистическая значимость на уровне 0,01; ИКП – индекс кроссполового поведения.

индексом маскулинности по фактору силы (Im по ФС) ($r=0,28$, $p<0,05$), с индексом фемининности персональной идентичности (If) ($r=0,64$, $p<0,01$), с индексом маскулинности персональной идентичности (Im) ($r=0,29$, $p<0,05$), а также с индексами «гомосексуальности» (I гомо) ($r=0,33$, $p<0,01$) и «гетеросексуальности» (I гетеро) ($r=0,26$, $p<0,05$).

Индекс маскулинности по фактору силы (Im по ФС) взаимосвязан с индексом маскулинности персональной идентичности (Im) ($r=0,50$, $p<0,01$).

Индекс маскулинности персональной идентичности (Im) связан с индексом фемининности персональной идентичности (If) ($r=0,36$, $p<0,01$) и с индексом гомосексуальности (I гомо) ($r=0,24$, $p<0,05$). Индекс фемининности персональной идентичности (If) связан с индексом гомосексуальности (I гомо) ($r=0,26$, $p<0,05$) и индексом гетеросексуальности (I гетеро) ($p=0,45$, $p<0,01$). Индексы гомосексуальности (I гомо) и гетеросексуальности (I гетеро) в свою очередь взаимосвязаны между собой ($r=0,28$, $p<0,05$). Графически структура описанных взаимосвязей представлена на рис. 4.

Взаимосвязь между компонентами психосексуальной сферы

На следующем этапе изучались взаимосвязи полоролевого поведения, половой идентичности и направленности полового влечения у женщин клинической и контрольной групп.

В результате проведенного корреляционного анализа у женщин, больных невротическими расстройствами, между показателями полоролевого поведения и половой идентичности ни одной значимой взаимосвязи выявлено не было.

Результаты корреляционного анализа показателей уровня маскулинной акцентуации полоролевого поведения и выраженности компонентов структуры половой идентичности женщин контрольной группы представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, у женщин контрольной группы выявлены статистически значимые отрицательные взаимосвязи между показателями полоролевого поведения и половой идентичности. Индекс кроссполового поведения (ИКП) «сейчас» отрицательно взаимосвязан с индексом адекватности по фактору силы (Ia по ФС) и индексом адекватности персональной идентичности (Ia).

Поскольку индекс адекватности семантического дифференциала равен разности индексов маскулинности и фемининности, то возрастание значения индекса адекватности соответствует возрастанию преобладания фемининного компонента в структуре половой идентичности над маскулинным компонентом. Индекс кроссполового поведения «сейчас» отражает уровень маскулинной акцентуации полоролевого поведения. Таким образом, обратная взаимосвязь данных показателей говорит о том, что у женщин контрольной группы, чем более выражена маскулинная акцентуация полоролевого поведения, тем больше в структуре половой идентичности маскулинный компонент преобладает над фемининным.

Данные корреляционного анализа подтверждаются результатами сравнительного анализа показателей половой идентичности у женщин клинической и контрольной групп с различной выраженностью маскулинной акцентуации полоролевого поведения.

Так, у женщин, больных невротическими расстройствами, не было выявлено статистически значимых

различий между показателями половой идентичности в группах пациенток с различным уровнем маскулинной акцентуации полоролевого поведения. У женщин контрольной группы такие различия были найдены и представлены в табл. 3.

Как видно из табл. 3, у здоровых женщин в зависимости от наличия маскулинной акцентуации полоролевого поведения отличаются показатели структуры половой идентичности. У испытуемых с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения по сравнению с неакцентуированными испытуемыми ниже значение индекса адекватности по фактору силы. Также, у женщин контрольной группы с маскулинным поведением по сравнению с женщинами без маскулинной акцентуации ниже значение индекса адекватности персональной идентичности, который показывает соотношение маскулинного и фемининного компонентов в структуре персональной идентичности. Это свидетельствует о том, что у здоровых женщин, чем больше выражена маскулинная акцентуация полоролевого поведения, тем больше в структуре половой идентичности маскулинный компонент преобладает над фемининным компонентом.

Обсуждение

Как видно из рис. 1, у женщин контрольной группы, у которых не было выявлено маскулинной акцентуации полоролевого поведения, компоненты структуры половой идентичности не обнаруживают никаких «перекрестных» взаимосвязей. Это свидетельствует о том, что в данной группе здоровых женщин фемининный компонент половой идентичности связан с фемининным компонентом более глубоких структур идентичности. То же самое можно сказать в отношении маскулинных компонентов половой идентичности. Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод о том, что у здоровых женщин без маскулинной акцентуации полоролевого поведения половая идентичность характеризуется дифференцированностью маскулинного и фемининного радикалов.

В группе здоровых женщин (рис. 2) с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения фемининный и маскулинный компоненты половой идентичности

связаны с соответствующими элементами более глубоких структур. Однако на уровне базовой идентичности наблюдается взаимосвязь маскулинного и фемининного радикалов.

Полученное в результате корреляционного анализа отсутствие взаимосвязей между маскулинным и фемининным компонентами персональной идентичности говорит об определенности половой идентификации здоровых женщин. Тем не менее, можно видеть, что маскулинное полоролевое поведение вносит некоторую «размытость» на уровне глубинных структур половой идентичности.

Как можно видеть из рис. 3, у женщин, больных невротическими расстройствами, у которых не выявлено маскулинной акцентуации полоролевого поведения, компоненты половой идентичности прямо связаны не только с соответствующими компонентами базовой половой идентичности, но также тесно положительно взаимосвязаны между собой: чем больше выражен маскулинный компонент, тем более выражен и фемининный компонент половой идентичности. Это отражает некоторую недифференцированность и неопределенность половой идентичности женщин, больных невротическими расстройствами, без маскулинной акцентуации полоролевого поведения. Прямая взаимозависимость маскулинного и фемининного радикалов половой идентичности у больных неврозами была обнаружена и в другом исследовании, и обозначалась как «неартикулированность» структуры половой идентичности [13].

У женщин клинической группы (рис. 4) с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения выявлено самое большое количество взаимосвязей между компонентами структур половой идентичности на разных уровнях и направленности полового влечения по сравнению с другими группами исследованных женщин. Это свидетельствует о высокой степени неопределенности, размытости и недифференцированности половой идентичности женщин, больных невротическими расстройствами, с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения. Также выявлены взаимосвязи между структурами половой и сексуальной идентичности. В структуре направленности полового влечения, чем более выражен «гете-

Таблица 3

Показатели половой идентичности женщин контрольной группы с различным уровнем акцентуации полоролевого поведения

Показатели половой идентичности	Женщины без маску- линной акцентуации	Женщины с маскулинной акцентуацией	Достоверность различий
	M±m, N=19	M±m, N=31	
Базовая идентичность			
Индекс адекватности по фактору силы (Ia по ФС)	1,49±0,50	0,38±0,41	0,1>p≥0,05
Персональная идентичность			
Индекс адекватности персональной идентичности (Ia)	0,93±0,28	0,08±0,27	p<0,05

Примечания: в таблицах приводятся только психометрические показатели, для которых выявлены статистически значимые или близкие к ним различия между сопоставляемыми группами женщин.

росексуальный» компонент, тем более выражен и «гомосексуальный» компонент. Можно заключить, что у женщин, больных невротическими расстройствами, недифференцированность половой идентичности тем больше, чем выше уровень маскулинной акцентуации полоролевого поведения. Чем он выше, тем менее адекватно и менее дифференцированно восприятие различных аспектов полоролевого поведения.

У женщин, больных невротическими расстройствами, в меньшей степени выражен фемининный компонент в структуре половой идентичности по сравнению с женщинами контрольной группы (табл. 1).

В группе здоровых женщин высокий уровень согласованности структур полоролевого поведения и половой идентичности (табл. 2). Подобной согласованности в группе женщин, больных невротическими расстройствами, не выявлено.

Выводы

У женщин, больных невротическими расстройствами, отмечается недостаточность развития компонентов половой идентичности. Об этом говорит отсутствие взаимосвязи полоролевого поведения и половой идентичности, а также недифференцирован-

ность маскулинного и фемининного компонентов половой идентичности. Все это свидетельствует о том, что у женщин с невротическими расстройствами половая идентичность отличается иным соотношением структурных компонентов, в отличие от здоровых женщин. С клинической точки зрения отмеченные особенности можно рассматривать как задержку развития идентификационного компонента психосексуальной сферы. Данная коллизия является одним из проявлений психосексуального диатеза и предпосылкой, а также фактором полоролевого конфликта [5].

Таким образом, проведенное исследование показало, что у женщин, больных невротическими расстройствами, процесс восприятия и осознания себя и своего поведения как представителя пола носит особый характер. Полученные результаты согласуются с теорией В.Н.Мясищева [14], согласно которой центральным патогенетическим механизмом невротических расстройств является противоречивость в самом ядре значимых отношений личности — отношении к себе. Результаты исследования предполагают, что иная структура половой идентичности является характерным проявлением больных невротическими расстройствами женщин и служит предпосылкой противоречивых отношений личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Б.Е. Психосексуальная сфера больных эндогенными психозами: Дисс. ... д.м.н. СПб., 2001. 438 с.
2. Алексеев Б.Е., Каданцева А.В. Психосексуальные особенности больных с невротическими расстройствами // Вестн. СПб. ун-та. Сер. 12. Психология, социология, педагогика. СПб. 2009. Вып. 3. Ч. 2. С. 165–174.
3. Алексеев Б.Е. Полоролевое поведение и его акцентуации. Монография. Издательство: www.palmarium-publishing.ru 2013. 152 с.
4. Алексеев Б.Е., Доморацкий В.А. Подростковая сексология: руководство для специалистов молодежных клиник. СПб.: Издательство Профлитиздат, 2014. 336 с.
5. Алексеев Б.Е. Полоролевой конфликт как биопсихосоциальный феномен // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27. № 1. С. 91–97.
6. Березовская Н.А. Особенности сексуального функционирования женщин репродуктивного возраста, страдающих невротическими заболеваниями // Сексуальность, личность, качество жизни. XIII Клинические Павловские чтения: сборник работ. СПб.: Изд-во НИПНИ им. Бехтерева, 2009. С. 10–14.
7. Бессонова Т.Л. Психологические особенности полоролевого самосознания и самопринятия личности студента педагогического вуза: Автореф. дисс. ... канд. псих. наук. М., 1994. 18 с.
8. Вассерман Л.И., Березин М.А., Косенков Н.И. О системном подходе в оценке психической адаптации // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1994. № 3. С. 16–25.
9. Геодакян В.А. Конвергентная эволюция фенотипа, ассиметрии и сексуальности в культуре // Сексология и сексопатология. 2003. № 6. С. 2–8.
10. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н.Мясищева и медицинская психология. СПб.: Сенсор, 1999. 76 с.
11. Каган В.Е., Колесов В.П., Сингуринди Э.Г. Оценка психологической совместимости спортсменов в экипаже автогонщиков-раллистов // Теория и практика физической культуры. 1981. № 10. С. 11–14.
12. Каган В.Е. Половая идентичность у детей и подростков в норме и патологии: Дисс. ... д-ра мед. наук. Л., 1991. 413 с.
13. Кочарян А.С. Личность и половая роль: симптомокомплекс маскулинности/фемининности в норме и патологии. Харьков: Основа, 1996. 127 с.
14. Мясищев В.Н. Психология отношений / Под. ред. А.А.Бодалева. Воронеж: МОДЭК, 2004. 400 с.
15. Нуллер Ю.Л. О парадигме в психиатрии / Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. 1991. № 4. С. 5–13.
16. Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика в медицине: системное исследование: Дисс. ... докт. психол. наук. СПб., 2009. 530 с.
17. Bem S.L. Gender schema theory and its implications for child development: raising gender-aschematic children in a gender schematic society // Signs: J. Women Cult. Society. 1983. Vol. 8. P. 598–616.
18. Cross S., Nadson L. Models of the self: self-construal and gender // Psychol. Bull. 1997. Vol. 122. N 15. P. 37.
19. Freud S. A child is being beaten. A contribution to the study of the origin of sexual perversions. London: Hogarth Press Ltd, 1955. Vol. 17. P. 200–202.
20. Freud S. Female sexuality. London.: Hogarth Press Ltd, 1961. Vol.21. 287 p.
21. Osgood Ch. Semantic differential technique in comparative study of cultures // Semantic differential technique: A sourcebook / J.G.Snider, Ch.Osgood (Eds.). Chicago, 1969. P. 303–333.
22. Skoe E. Sex role orientation and its relationship to the development of identity and mothought // Scand. J. Psychol. 1995. Vol. 36. N 3. P. 235–245.

РОЛЬ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЙ СФЕРЫ В РАЗВИТИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Б.Е. Алексеев, А.В. Каданцева

Цель исследования – изучить predispositional факторы внутрисемейного конфликта, в частности, особенности поведенческого поведения и половой идентичности женщин с невротическими расстройствами. Для этого данные аспекты изучались путем сопоставления с поведенческим поведением и половой идентичностью здоровых женщин.

Было обследовано 94 пациентки и 50 женщин без психических расстройств. Для определения половой идентичности применялся специально разработанный набор шкал семантического дифференциала [11], модифицированный Б.Е.Алексеевым [1]. «Методика диагностики акцентуаций поведенческого поведения» служила для оценки поведенческого поведения.

Выявлено отсутствие взаимосвязи поведенческого поведения и половой идентичности, а также недифференцированность маску-

линного и фемининного компонентов половой идентичности, у женщин с невротическими расстройствами в отличие от здоровых женщин.

С клинической точки зрения отмеченные особенности женщин с невротическими расстройствами следует рассматривать как задержку развития идентификационного компонента психосексуальной сферы, в основе которой лежит иная структурная организация половой идентификации. В целом данная коллизия является одним из проявлений психосексуального диатеза и предпосылкой, а также фактором поведенческого конфликта и невротического расстройства.

Ключевые слова: невротическое расстройство, predispositional факторы, поведенческое поведение, структура половой идентичности, задержка развития, психосексуальный диатез.

THE ROLE OF PSYCHOSEXUAL SPHERE IN THE DEVELOPMENT OF NEUROTIC DISORDERS

B.E. Alekseev, A.V. Kadantseva

The aim of the study is to study the preexposure factors of intrapersonal conflict, in particular, the features of gender-role behavior and sex/gender identity of women with neurotic disorders. To this end, these aspects were studied by comparing with the gender-role behavior and sex/gender identity of healthy women.

94 patients and 50 women without mental disorders were examined. To determine gender identity was used a specially designed set of semantic differential scales [1, 11]. "Methods for diagnostics of character accentuations gender-role behavior" were used to assess gender-role behavior.

The absence of interrelation between gender-role behavior and sex/gender identity, as well as undifferentiation of masculine and feminine

components of sex/gender identity in women with neurotic disorders in contrast to healthy women were revealed.

From a clinical point of view, the noted features of women with neurotic disorders should be considered as a delay in the development of the identification component of the psychosexual sphere, which is based on a different structural organization of sex/gender identification. In General, this conflict is one of the manifestations of psychosexual diathesis and a prerequisite, as well as a factor of gender conflict and neurotic disorder.

Key words: neurotic disorder, pre-position factors, gender role behavior, structure of sex/gender identity, developmental delay, psychosexual diathesis

Алексеев Борис Егорович – доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им.И.И.Мечникова;
e-mail: alekseyev-b@yandex.ru

Каданцева Александра Владимировна – старший лаборант кафедры сексологии СЗГМУ им.И.И.Мечникова

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ КАК ОСНОВА ХОЛИСТИЧЕСКОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА. ЧАСТЬ 2

Н.Г. Незнанов^{1,2}, А.П. Коцюбинский¹, Г.Э. Мазо¹

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии имени В.М.Бехтерева»,

²ГСПБ ГМУ им. И.П.Павлова

Биопсихосоциальное понимание природы психических расстройств закономерным образом предопределяет многомерный (холистический) подход при диагностике этих состояний. Истоки представлений о таком подходе можно обнаружить в формулировании Г.А.Захарьиным [8] необходимости использования при терапевтических мероприятиях двойственного диагноза – *diagnosis morbid et diagnosis aegroti* (лат.), то есть диагноза болезни и диагноза больного. Современное состояние клинической медицины показывает, что игнорирование индивидуальных характеристик больного существенно ухудшает терапевтический процесс и исход заболевания [10]. По мнению К.В.Ягнук [17], в данный момент такой подход считается широко принятым способом в психиатрии, необходимым для синтеза информации о пациенте. Обзор литературы и исследование [22] демонстрируют, что, хотя владение современной методикой диагностики считается важнейшим навыком практикующих психиатров, начинающие специалисты явно недостаточно владеют способностью создавать биопсихосоциальную «формулировку случая» на достаточно компетентном уровне, особенно в части ее психологической и социальной составляющих. Хотя известно, что даже при аналогичных феноменологических проявлениях заболевания (и, соответственно, одинаковых нозологических диагнозах) социальное функционирование пациентов оказывается очень разным, что свидетельствует о недостаточности учета лишь психопатологических особенностях психического статуса пациента.

Холистическая диагностика состояния психически больного – это целостная оценка его психического статуса в формате многоосевого подхода, каждая составляющая которого формулируется в присущих ему диагностических категориях: биологических, психологических и социальных, отражающихся на особенностях функционирования пациента в соци-

альной реальности. Системообразующим фактором при холистическом подходе являются адаптационно-компенсаторные возможности больного, определяющие характер функционирования пациента. Следует особо подчеркнуть, что имеется тесная взаимозависимость как между параметрами внутри каждого из блоков, так и между блоками, анализируемыми в рамках холистического диагностического подхода.

Холистический диагностический подход позволяет углубленно понимать сущность психических расстройств, при котором соотношения биологического, психологического и социального «предстают более полными и многогранными, как реципрокные, взаимодействующие и взаимосодействующие развитию психического заболевания» [11], то есть рассматривать их различные аспекты психического в рамках системной многосторонней оценки функционирования больного, основанной на единых теоретических позициях. Это обусловлено тем, что комплексный учет биологических, психологических, социальных и функциональных характеристик состояния человека позволяет оценить как изменения в психическом состоянии и образе жизни пациента, вызванные болезнью, так и адаптационно-компенсаторный потенциал самого больного и его окружения, а значит – индивидуализировать клиническую, психологическую и социальную диагностическую оценку, оптимизировать на этой основе тактику лечебных и реабилитационных мероприятий, уточнить социальный прогноз, что способствует преодолению «ярлыкового» характера психиатрической диагностики и, в конечном счете, повышению уровня социального функционирования и качества жизни лиц с психическими расстройствами.

Использование целостного анализа позволяет преодолеть старую дихотомию «биологическое или психосоциальное», а также антиномию «первопричины» и четко обозначить природу заболевания

с однозначным отнесением его к тому или иному классу психических расстройств. Это обстоятельство позволяет рассматривать холистический диагностический подход в русле гуманистических тенденций современного этапа развития психиатрии.

При этом делается возможным точнее оценить потенциально имеющиеся адаптивно-компенсаторные возможности пациентов и конструировать индивидуальные программы восстановительного лечения, направленные на: а) устранение актуальных факторов, которые способствуют снижению адаптивных возможностей больных, хронизации болезни и инвалидизации пациентов; б) выделение протективных факторов, способствующих активации резервных возможностей пациента; в) оказание помощи больному в его адаптации к микросоциальной среде (производственной, семейной, бытовой и др.) и адаптации среды к нему, что способствует максимально возможному восстановлению уровня функционирования пациента в значимых социальных сферах; г) достижение хорошего или удовлетворительного качества жизни больного.

Фундаментальные положения холистического подхода к диагностике психических расстройств, заменившие бытовавшие ранее представления о «линейных» закономерностях процессов, участвующих в формировании психической патологии, на «объемное», «стереоскопическое», многомерное видение сложных механизмов ее этиопатогенеза и динамики, оказались особенно важными для организации целенаправленной работы при бригадных формах терапии психически больных, что становится особенно актуальным в настоящее время, так как ориентирует врачей на необходимость разграничения области компетенции каждого из членов терапевтической бригады [16]. Последнее обстоятельство актуализирует проблему организации работы различных специалистов в области психического здоровья с пациентом и его семьей, а именно – интеграции и одновременно целевой координации их усилий.

Можно сказать, что холистический диагностический подход является своего рода антитезой линейным (несистемным) моделям понимания психических расстройств, приводящим подчас различных специалистов (врачи-психиатры, психотерапевты, психологи, социальные работники и т.д.) к попыткам необоснованного расширения сферы своей профессиональной активности в вопросах, требующих специализированной компетенции других членов полипрофессиональной терапевтической бригады, что особенно важно при перенесении в настоящее время основной части работы по реабилитации пациентов во внебольничные условия [7].

Терапевтическая деятельность полипрофессиональных бригад считается одной из наиболее эффективных форм работы с психически больными. Бригады обеспечивают тесную координацию между различными дисциплинами и позволяют рацио-

нально распределить усилия разных специалистов – психиатров, психологов, специалистов социальной работы, социальных работников, медицинских сестер. Цель бригады – обеспечение психически больного специализированной помощью, как можно более гуманной и адекватной его состоянию при имеющихся у него условиях и ресурсах. На Западе на смену традиционной патерналистской медицинской модели лечения с доминирующей фигурой врача-психиатра уже давно пришла модель команды специалистов-партнеров [14]. Все это способствует преодолению «ярлыкового» характера психиатрической диагностики и, в конечном счете, повышению уровня социального функционирования и качества жизни лиц с психическими расстройствами.

В США медицинская и социальная помощь неразрывны и функционируют в виде мультидисциплинарных команд, осуществляющих регламентированные программы реабилитации психически больных, нуждающихся в ресоциализации. Наибольшее распространение получил «клинический вариант ведения индивидуального случая» (clinical case management), когда социальный менеджер (имеющий специальное образование и принимающий непосредственное участие в оказании помощи пациенту) покупает пакет услуг, в которых нуждается пациент, у персонала контрактных организаций. В Великобритании, где существует разделение помощи на медицинскую и социальную, функционирует «полипрофессиональная психиатрическая бригада», для более традиционной деятельности которой в одних случаях используется словосочетание «мультидисциплинарная бригада психического здоровья в сообществе» (СМНТ – multidisciplinary community mental health teams), а для более энергичной терапевтической помощи – бригада «интенсивного (настойчивого) лечения в сообществе» (assertive community treatment).

И.Я.Гурович и соавт. [6, 7] также различали бригаду психиатрической помощи, осуществляющей лечение во внебольничных условиях, и бригаду настойчивого (ассертивного) лечения в сообществе. При этом под «сообществом» (community) имеется в виду население, проживающее в районе обслуживания комплекса психиатрических учреждений, проявляющих участие в проблемах психически больных. Собственно, эти два варианта бригад (клинический вариант «кейс-менеджмента» и «полипрофессиональная психиатрическая бригада») оказываются столь близкими, что некоторые авторы их практически не различают.

Итак, для полноценной помощи психически больным в современной службе психического здоровья лидирующим становится бригадный полипрофессиональный метод ведения больных специалистами смежных областей знаний и установка на интеграцию различных подходов. Бригадный полипрофессиональный метод ведения пациентов

является наиболее оправданным как с клинической, так и с социальной точки зрения и, кроме того, имеет определенные экономические преимущества [6, 20, 21].

Модель междисциплинарной бригады базируется на свободном взаимодействии и обмене знаниями и опытом между специалистами, относящимися к разным, хотя и связанным дисциплинам и подчиненным общей пациент-обусловленной цели [20], что отличается как от мультидисциплинарной, так и от интердисциплинарной бригады.

В мультидисциплинарной бригаде сотрудники работают независимо, с минимальным взаимодействием по отношению к пациент-обусловленной цели. В интердисциплинарной бригаде принимается больше согласованных попыток по достижении общей цели, но роль специалиста каждой дисциплины остается обособленной внутри своих установившихся границ. Это может привести к «профессиональному протекционизму» и к ощутимой разнице в понимании состояния пациента.

В отличие от этого, междисциплинарная бригада обеспечивает более интегрированный подход к оказанию помощи больному, поскольку в ней основой всего являются коммуникации и взаимодействие, и каждый член бригады способен привнести эффективный вклад в большинство сфер предоставляемых услуг [13]. Современный бригадный метод работы с психически больными предполагает постоянный контакт различных специалистов и понимание смысла того, что делает другой член полипрофессиональной команды.

В то же время, как отмечали В.С.Ястребов и соавт. [18], в практической деятельности хорошо известны серьезные проблемы взаимодействия специалистов внутри этих бригад. В частности, указывается, что в бригаду входят специалисты с разными способностями и занимающие различные места в управленческой иерархии, в результате чего вопросы лидерства, подчиненности и подотчетности нередко приводят к потере эффективности работы как отдельных членов этих бригад, так и самих бригад в целом.

Важно подчеркнуть, что в случае отсутствия контакта и сотрудничества между специалистами помогающих профессий, характер складывающихся внутрибригадных взаимоотношений фактически воспроизводит дезадаптивные «треугольники», наблюдаемые в семьях пациентов [9, 16, 19].

Примеры подобных неадаптивных взаимодействий достаточно многочисленны. В частности, можно указать на следующие:

- критика терапевтических назначений других членов бригады и сомнения в профессиональной компетентности друг друга, высказываемые специалистами пациенту и его семье;

- «реактивное направление» [3] пациента от психиатра к психотерапевту вследствие явного или скрытого конфликта с пациентом и его семьей;

- отказ специалиста (психиатра/психотерапевта) от контакта с представителем смежной помогающей профессии и попыткой объединения всех функций в одном лице.

В связи с этим указывается, что члены бригады должны придерживаться таких форм поведения, чтобы несовпадающие взгляды не вели к конфликтам и разделению ответственности [6]. Так, в деятельности полипрофессиональной бригады нами был выявлен ряд факторов, требующих специального обсуждения. В частности, в процессе работы членов бригады по дестигматизации оказалось необходимым проведение специальных мероприятий, связанных с преодолением психофобической стигмы, как и других «ловушек нейтральности», у «помогающих специалистов» (членов профессиональной бригады), для чего потребовалось осуществлять их супервизию, личную психотерапию и обсуждение конкретных «случаев» в полипрофессиональной бригаде.

Таким образом, для комплексной диагностики состояния больного с целью оптимального выбора соответствующей программы реабилитации необходимо построить эффективное междисциплинарное взаимодействие членов полипрофессиональной бригады с учетом области профессиональной деятельности каждого. Как считают В.С.Ястребов и соавт. [18], «решению этой проблемы может способствовать использование системного подхода, который широко применяется в различных отраслях науки и практики. Применение этого подхода в практике психиатрической реабилитации дает возможность разработать системно-ориентированную модель психосоциальной реабилитации, которая позволяет в максимальной степени учитывать ее современные стратегии, интересы всех вовлеченных в реабилитационный процесс сил, а также совокупность актуальных для данной модели факторов и их иерархию».

В условиях психиатрической службы нашей страны «вероятно, наиболее целесообразно возложение лидерских функций на врача-психиатра [6]. При сохранении за ним общей ответственности за клиническую работу (при этом каждый член бригады ответственен за свое направление работы), функции эти должны быть, скорее, координирующими, а не властными. Только такой подход сохранит автономии каждого специалиста-участника бригады и оптимальное выполнение им своих ролевых обязанностей. Последние предполагают творческий подход, активность в совершенствовании работы, введение новых методик, вариантов социальных интервенций, поиска наиболее эффективных путей социального восстановления пациентов».

Взаимодействие психиатрических и психологических (психотерапевтических) служб представляет серьезную проблему не только в нашей стране. Как отмечали И.Я.Гурович, А.Б.Шмуклер и Я.А.Сторожакова [6], она «вряд ли может быть решена повсеместно в короткое время. <...> Ее

решение во многом будет зависеть от насыщения имеющихся вакантных ставок существующими специалистами». Тем более важным представляется, чтобы эти специалисты, начиная работать в психиатрических учреждениях, были изначально нацелены на продуктивную работу в полипрофессиональной терапевтической бригаде, ясно представляя свои цели, задачи и возможности, существующие для их реализации.

Важнейшей задачей становления бригадной модели в отечественной психиатрии является развитие института социальных работников.

Цель социальной работы – адаптировать пациента к жизни в семье и обществе. Существуют два основных аспекта социальной работы: 1) организация необходимой помощи нуждающимся в ней; 2) включение подопечных в определенный социальный контекст. Это соответствует основной цели психиатрической реабилитации: интеграции психически больных в социальную реальность.

Социальный работник должен обладать исчерпывающей информацией о государственных, общественных и частных учреждениях, оказывающих помощь психически больным, и технике ее получения. Кроме того, эти специалисты занимаются изучением условий жизни семей с психически больными и предоставлением соответствующей помощи таким семьям. Государство обязано осуществлять социальную защиту населения, которая является системой гарантий, обеспечивающих, в частности, нетрудоспособным (социально уязвимым) слоям преимущества в пользовании общественными формами потребления, прямую материальную и социально-психологическую поддержку.

Органы местного управления (муниципалитеты) обязаны осуществлять социальную поддержку: временные или постоянные меры адресной помощи отдельным категориям граждан в кризисной ситуации.

Фактический объем социальных услуг (имеющих отношение к психически больным), предоставляемых населению муниципалитетами: 1) комплексные центры социального обслуживания ветеранов и других социальных групп; 2) дома инвалидов и престарелых; 3) центры психолого-педагогической помощи.

Полномочиями муниципального управления в сфере здравоохранения являются: а) создание и обеспечение деятельности учреждений для проведения реабилитации инвалидов и лиц, страдающих психическими заболеваниями; б) организация их обучения, профессиональной переподготовки и трудоустройства; в) создание специальных учреждений для неизлечимо больных пациентов.

Важным представляется согласованность деятельности всех учреждений «помогающей службы». При этом алгоритм и последовательность их включения в решение такого рода задач определяется необходи-

мостью постгоспитальной адаптации и реинтеграции пациента в социум и в семью, имея конечной целью становление пациента «на крыло» и самостоятельное его функционирование.

Учитывая тенденцию изоморфизма взаимодействия «идентифицированного пациента» в семье и с различными социальными организациями [12], представляется возможным сопоставить функционирование микросоциальных систем семьи и систем помогающей службы. Так, стадия психологического отделения успешно реабилитированного пациента, стремящегося к построению самостоятельной жизни, от системы помогающей службы, аналогична стадии жизненного цикла сепарации семьи. В функциональной системе «пациент-помогающие службы» это представляется как естественный процесс хода событий. В дисфункциональной же системе это может чрезмерно повысить уровень тревоги всех членов этой системы относительно трансформации имеющегося гомеостаза.

Итак, современные бригадные формы курации психически больных делают необходимым оценку состояния пациента не только с точки зрения наличия или отсутствия у него клинических проявлений заболевания, но и всего характера его существования в социальной действительности. Потребность в целостной оценке состояния психически больного подчеркивается все большим количеством исследователей [4].

Организуя началом, объединяющим разнородные усилия различных членов бригады и делающих их конгруэнтными относительно друг друга, является концепция холистического диагностического подхода, поскольку только целостная оценка состояния пациента позволяет бригаде, руководимой врачом-психиатром и состоящей из специалистов разного профиля (психиатров, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, медицинских сестер), сформулировать цели и задачи, стоящие перед каждым из ее членов. С этой точки зрения внедрение холистического диагностического метода в практику здравоохранения делает работу каждого из членов бригады, курирующей психически больного, и бригады в целом более слаженной и целенаправленной. Осуществляемое в его рамках совместное еженедельное обсуждение [14] членами бригады успешности решения различных клинко-биологических, психологических и социальных проблем, решает не только задачу осведомленности участников терапевтического процесса о методах лечения, но и тесного сотрудничества пациент-центрированных специалистов, объединенных общей стратегической целью.

В результате использования холистического подхода появляется возможность всесторонне оценить как изменения в психическом состоянии и образе жизни пациента, вызванные болезнью, так и

адаптационно-компенсаторный потенциал самого больного и его окружения.

Такое положение в известной степени соотносится с замечанием В.С.Ястребова и соавт. [18] о том, что «в качестве необходимого условия оказания психосоциальной помощи лицам с психическими расстройствами все больше утверждается холистический подход, который предполагает проведение комплексных мер, дифференцированных на разных уровнях воздействия – индивидуальном, семейном, институциональном или общества в целом».

Исходя из сказанного, программа лечения и реабилитации должна быть разработана для «каждого больного в каждом конкретном случае» [2] и базироваться на анализе индивидуальной структуры системы психической адаптации с выявлением ее проблемных областей («терапевтических мишеней») и базовых саногенных механизмов, в совокупности составляющих биопсихосоциальный потенциал адаптации индивидуума.

Это помогает сформулировать необходимую персонализированную реабилитационную программу пациента (составными компонентами которой являются фармакотерапия, психотерапия и социотерапия), учитывающую не только клинические, но и психологические особенности пациента, а также важные характеристики его социума, поскольку только совокупность санирующих факторов (усилий самого пациента, правильного поведения его семьи и квалифицированной помощи специалистов службы психического здоровья и социальных институтов) составляет максимальный потенциал восстановления пациента, что позволяет конструировать наиболее продуктивные программы реабилитации и ресоциализации психически больных и дает надежный инструмент взаимодействия различных специалистов в области психического здоровья.

В результате современный уровень развития психиатрии позволяет добиваться максимально возможного «восстановления» пациента, страдающего психическим расстройством [5], вплоть до его возвращения к функционированию на доболезненном уровне [15]. При этом, как нам представляется, в соответствии с современными представлениями об этиопатогенезе психотических психических расстройств, основными критериями выбора лечебного учреждения должны служить: а) характер психической (психологической) дезадаптации и снижения качества жизни больного; б) личностные характеристики пациента, соучаствующие в синдромообразовании, с одной стороны, и составляющие потенциал его адаптации, с другой; в) особенности социальной ситуации больного.

В зависимости от сочетания этих факторов больные могут лечиться амбулаторно (в специальных подразделениях поликлиник или в психоневрологических диспансерах), либо в условиях специализированных стационаров (полустационаров, центрах

реабилитации при диспансерах, круглосуточных стационарах).

Спорным является вопрос о возможности терапии непсихотических состояний врачами общей практики. С одной стороны, наблюдается неуклонный рост непсихотической психической патологии среди населения, и значительную часть больных, завсегдаев поликлиник, составляют пациенты со «скрытыми» формами непсихотической (аллохтонной и аутохтонной) патологии (самостоятельными или в сочетании с другими заболеваниями). И всех их направлять к психиатру вряд ли уместно.

С другой стороны, терапия этих пациентов требует специальных знаний и навыков и наиболее продуктивна при комплексном подходе, с применением дифференцированного набора фармакологических средств и психотерапевтических воздействий. Поэтому предложение «овладевать навыками терапии» таких состояний врачами общей практики, которые «могли бы курировать большинство таких больных» [1], вызывает большие сомнения.

В связи с этим перспективным представляется создание специальных внедиспансерных учреждений, прообразом которого является создание в Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева специального подразделения, названного «Центром психопрофилактики». Основной целью Центра психопрофилактики является оказание психологической и первичной специализированной медицинской и психологической помощи в амбулаторных условиях по специальностям «психиатрия», «психиатрия-наркология», психотерапия, «сексология». Особенностью его является следующее.

1. Отсутствие в названии психиатрического «клейма», которое нередко связано у клиентов с опасностью стигматизации и вызывает страх и уклонение от контактов с имеющимися в настоящее время организационными формами помощи психически больных.

2. Возможность осуществления первичной психопрофилактики в виде психологической помощи и первичной медицинской специализированной помощи, осуществляемой в амбулаторных условиях по обслуживанию не только пациентов, но и практически здоровых лиц с психологическими проблемами (в частности – ближайших родственников, проживающих совместно с психически больными).

3. Возможность осуществления диагностики и вторичной профилактики в форме первичной специализированной медицинской помощи, которая может быть осуществлена в амбулаторных условиях психически больным: а) с инициальными проявлениями ранее не диагностированного психического расстройства или на ранних его этапах; б) с непсихотическими проявлениями текущего психического расстройства заболевания и в) страдающим «пограничными» психическими расстройствами.

4. Возможность осуществления третичной психопрофилактики лицам, выписанным из стационарных психиатрических учреждений, но нуждающихся на ремиссионном этапе имеющегося у них психического расстройства проведения первичной специализированной медицинской помощи, осуществляемой в амбулаторных условиях.

5. Использование при проведении реабилитационных мероприятий возможностей полипрофессиональной терапевтической бригады.

В целом, современные тенденции развития психиатрии, направленные на расширение круга

специалистов службы психического здоровья и углубление взаимопонимания между ними, смещение акцентов лечения во внебольничные учреждения, создание интегративных персонологических подходов к терапии, гибко адаптированных к индивидуальным нуждам больного и этапам заболевания, повышение уровня знаний населения в вопросах психопрофилактики и психогигиены, смогут дать обоснованную надежду на достойное противостояние тенденции роста психопатологии среди населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ажигитов Р.Г. Пограничные психические расстройства // Медицинская газета. 2001. № 37 от 27 мая.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2007. 720 с.
3. Бейкер К., Варга А.Я. Теория семейных систем Мюррея Боуэна. М.: Когито-Центр, 2005. 496 с.
4. Беляева Г.Г., Тарасова Л.А. Междисциплинарная интеграция как организационная форма новых технологий промышленной психиатрии // Российский психиатрический журнал. 2000. № 5. С. 32–35.
5. Вилкен Ж.П., Холландер Д. Восстановление и реабилитация. Комплексный подход. М.: Глобальная инициатива в психиатрии, 2011. 296 с.
6. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: ИД «Медпрактика-М», 2004. 492 с.
7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. М., 2007. 180 с.
8. Захарьин Г.А. Клинические лекции и избранные статьи. М.: Печатня А.И.Снегиревой, 1910. 557 с.
9. Медведев С.Э., Коцюбинский А.П. Реабилитация и восстановление в отечественной психиатрии // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии / Под ред. О.В.Лиманкина, С.М.Бабина. СПб: Изд-во «Таро», 2013. С. 9–13.
10. Незнанов Н.Г. Персонализированная медицина и семантика персонализированного диагноза // Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии: тезисы конф. 19–21 сентября 2013, Самара; Под ред. Н.Г.Незнанова, В.Н.Краснова. Самара. 2013. С. 3.
11. Семичов С.Б. Системный подход и социально-биологическая проблема в психиатрии // Проблемы системного подхода в психиатрии. Рига, 1977. С. 39–43.
12. Тогунов И.А. Закон универсальности социальных организаций // Эксклюзивный маркетинг. 2007. № 2. С. 3–20.
13. Хибберт Ш. Модель бригады настойчивого лечения в сообществе Калгари // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. М.: Медпрактика, 2007. С. 188–203.
14. Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук. М., 2006. 53 с.
15. Цыганков Б.Д., Вильянов В.Б. Клинико-терапевтический патоморфоз параноидной шизофрении. Саратов: Изд-во Саратов ун-та, 2005. 228 с.
16. Черников А.В. Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики. 3-е изд., испр. и доп. М.: Класс, 2010. 208 с.
17. Ягнюк К.В. Формулировка случая психотерапии: значение для клинической практики // Журнал практического психолога. 2009. № 2. С. 191–203.
18. Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А. и соавт. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 2008. № 6. С. 4–10.
19. Bowen M.A. Family Concept of schizophrenia. D.D. Jackson (Ed.). NY: Basic Books. 1960. 370 p.
20. Latimer E.A. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature // Can. J. Psychiatry. 1999. Vol. 44. P. 443–454.
21. Lehman A.F., Dixon L., Hoch J.S. et al. Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless person with severe mental illness // Br. J. Psychiatry. 1999. Vol. 174. P. 346–352.
22. McGlashan T.H., Walsh B., Wood S. The Psychosis-Risk Syndrome // Handbook for Diagnostic and Follow-up. USA, Oxford University Press, 2010. 243 p.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ КАК ОСНОВА ХОЛИСТИЧЕСКОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА. ЧАСТЬ 2

Н.Г. Незнанов, А.П. Коцюбинский, Г.Э. Мазо

В статье указывается на адекватность использования при биопсихосоциальном понимании природы психических расстройств многомерного (холистического) диагностического подхода, что особенно важно при организации деятельности полипрофессиональных терапевтических бригад, позволяя рационально распределить усилия разных специалистов – психиатров, психологов, специалистов социальной работы, социальных работников, медицинских сестер. В результате использования холистического подхода появляется возможность всесторонне оценить как изменения в психическом состоянии и образе жизни пациента, вызванные болезнью, так и адаптационно-компенсаторный потенциал самого больного и его окружения. Кроме того, использование холистического диагностического подхода предполагает возможность сформулировать необходимую персонализированную реабилитационную программу пациента (составными компонентами которой являются фармакотерапия, психотерапия и социоте-

рапия), учитывающую не только клинические, но и психологические особенности пациента, а также важные характеристики его социума. Холистический диагностический подход необходим для применения как в амбулаторных, так и полустационарных и стационарных условиях. При этом, в соответствии с современными представлениями об этиопатогенезе психических расстройств, основными критериями выбора лечебного учреждения должны служить: а) характер психической (психологической) дезадаптации и снижения качества жизни больного; б) личностные характеристики пациента, соучастующие в синдромообразовании, с одной стороны, и составляющие потенциал его адаптации, с другой; в) особенности социальной ситуации больного.

Ключевые слова: многомерный (холистический) диагностический подход; полипрофессиональные терапевтические бригады; персонализированная реабилитационная программа.

BIOPSYCHOSOCIAL CONCEPT OF MENTAL DISORDERS AS A BASIS FOR CHOLISTIC DIAGNOSTIC APPROACH. PART 2

N.G. Neznanov, A.P. Kotsubinsky, G.E. Mazo

In our paper we review the adequacy of multimodal (holistic) approach use in the understanding of mental disorders nature. This is especially important in organization of poly-professional therapeutic team work allowing the rational distribution of the different specialists (e.g. psychiatrists, psychologists, social workers, nurses) resources. The cholisitic approach use gives the opportunity to comprehensively evaluate not only the changes in mental state and patient's lifestyle but also the adaptive and compensatory potential of the patient and his/her environment. Moreover the use of cholisitic diagnostic approach offers the opportunity to make personalized rehabilitation program for the patient, including pharmacological, psychotherapeutic and socio-therapeutic

components and considering not only clinical and psychological profiles, but also important society characteristics. Cholistic diagnostic approach is essential for both outpatient and inpatient services. In this, according to recent data about psychotic mental disorders ethiopathogenesis the main criteria for treatment facility choice should include: a) the nature of psychic (psychological) disadaptation and decrease in patient's life quality; b) patient's personality traits participating in syndrome development on one side and in the adaptive capacity on the other; c) the characteristics of patient's social situation.

Key words: multimodal (holistic) approach, poly-professional therapeutic team, personalized rehabilitation program.

Незнанов Николай Григорьевич – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева» Минздрава России, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВПО «ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Президент Российского общества психиатров, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, Президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии; e-mail: spbinstb@bekhterev.ru

Коцюбинский Александр Петрович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева»; e-mail: ak369@mail.ru

Мазо Галина Элевна – доктор медицинских наук, ученый секретарь, руководитель отделения эндокринологической психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева» Минздрава России; e-mail: galina-mazo@yandex.ru

КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРОВ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

В.Б. Дутов^{1, 4}, Н.Г. Незнанов^{2, 3}, А.Г. Софронов⁴, Н.В. Семенова²

¹СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер №1»;

²ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России;

³ПСПб ГМУ им. И.П. Павлова;

⁴СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Психические расстройства являются одной из главных проблем общественного здравоохранения в большинстве стран мира, о чем свидетельствует их распространенность и обусловленное ими бремя болезни и инвалидности. По данным ВОЗ, в Европейском регионе каждый год психические расстройства поражают более одной трети населения. Такие нарушения психического здоровья, как депрессия, тревожные расстройства и шизофрения, являются во многих странах главной причиной ограничений жизнедеятельности и раннего выхода на пенсию и накладывают тяжелое бремя на экономику, а потому требуют действий стратегического характера[3]. В России, по данным официальных форм статистической отчетности по обращаемости в психиатрические учреждения, в 2017 году было зарегистрировано 3 960 732 человека с психическими и поведенческими расстройствами, из них 478 023 больных шизофренией (12,1% от общего числа больных) и 2 000 647 больных непсихотическими расстройствами (50,5%). Однако известно, что значительная часть лиц, страдающих тревогой и депрессией (по разным данным, от 15% до 65%) не обращается в психиатрические службы и «оседает» в первичной медицинской сети.

На 66-й сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения 27 мая 2013 года был принят Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 годы (WHA66.8) [4]. В основу Плана заложен принятый в глобальных масштабах принцип, согласно которому «не существует здоровья без психического здоровья»¹. Особое внимание сфоку-

сировано на том, что важно не только учитывать потребности лиц с определенными психическими расстройствами, но и защищать и укреплять психическое благополучие всех граждан.

Предназначение Плана действий заключается в создании таких условий, в которых психическое здоровье ценится, укрепляется и охраняется, проводится профилактика психических расстройств, и лица, страдающие этими расстройствами, могут пользоваться всеми правами человека в полном объеме и своевременно получать высококачественную, приемлемую в культуральном плане, медицинскую и социальную поддержку, способствующую выздоровлению, с тем, чтобы достичь наивысшего возможного уровня здоровья, работать и принимать всестороннее участие в жизни общества, не подвергаясь стигматизации и дискриминации.

В Пlane действий также рассматривается психическое здоровье, которое концептуально представляется как состояние благополучия, при котором индивидум реализует собственные способности, может справляться с нормальными жизненными стрессами, может продуктивно и плодотворно работать и способен приносить пользу своему окружению. В отношении детей основное внимание уделяется аспектам развития, например, обладанию положительным ощущением своей личности, способностью владеть мыслями, эмоциями и строить социальные отношения, а также учиться и приобретать знания, что, в конечном итоге, помогает обеспечить их всестороннее участие в жизни общества.

Несколькими месяцами позже, 16–19 сентября 2013 года в г.Измире (Турция) на 63-й сессии Европейского регионального комитета Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) был принят Европейский план действий по охране психического здоровья (EUR/RC63/11) [3]. Этот план основан на постулате о том, что укрепление психического здоровья, профилактика и лечение психических расстройств

¹ См. веб-сайт ВОЗ (http://www.who.int/mental_health/mhgap/consultation_global_mh_action_plan_2013_2020/en/index.html): глоссарий основных терминов; ссылки на другие глобальные планы действий, стратегии и программы; международные и региональные договоры по правам человека; и отдельные технические и материальные ресурсы ВОЗ по психическому здоровью.

являются важнейшими предпосылками для защиты и улучшения качества жизни, благополучия и продуктивной деятельности граждан, семей, работников и местных сообществ и, таким образом, способствуют повышению прочности и устойчивости общества в целом к внешним негативным воздействиям.

В документе подчеркивается, что в качестве основного стратегического направления сохраняется идея приверженности деинституционализации психиатрической помощи и развития системы услуг по охране психического здоровья вне стационара. Единодушно признается, что уход и лечение должны осуществляться по месту жительства, поскольку в крупных психиатрических больницах пациентам нередко не уделяется необходимого внимания с риском развития синдрома госпитализма.

Среди актуальных проблем современной охраны психического здоровья отмечается, что люди с психическими нарушениями часто предпочитают не обращаться в психиатрическую службу из-за боязни стигматизации и дискриминации. Еще одним фактором, которым объясняется подобное нежелание, являются негативные впечатления от прежнего опыта получения лечения и ухода. Необходимо, чтобы в результате реформ повысилась уверенность в безопасности и эффективности помощи.

Стратегии в области охраны психического здоровья должны сочетать структурную реформу системы предоставления услуг с акцентом на их качество и в итоге гарантировать предоставление компетентными работниками безопасных, действенных и приемлемых форм лечения. Таким образом, главной задачей становится расширение роли первичного звена медико-санитарной помощи, которое должно работать в тесном партнерстве с мультидисциплинарными группами по охране психического здоровья в учреждениях, приближенных к населению.

Сходные стратегические идеи присутствуют и в отечественных нормативных документах. В распоряжении Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2011 года N 2227-р о «Стратегии инновационного развития Российской Федерации до 2020 года» подчеркивается, что, кроме качества образования, значительную роль играют формируемые у человека жизненные установки и модели поведения, которые, очевидно, могут определяться и уровнем психического здоровья.

В настоящее время, ключевые для инновационной модели поведения личностные качества – мобильность, желание обучаться в течение всей жизни, склонность к предпринимательству и принятию риска, ответственность за свое здоровье и социальная ответственность в целом, – недостаточно развиты по сравнению со странами с высокой инновационной активностью. В этом аспекте идея взаимодействия систем образования и здравоохранения в едином комплексе, с целью формирования у населения с детства необходимых для общества и экономики

знаний, компетенций, навыков и моделей поведения, обусловленных высоким уровнем психического здоровья, уже сама по себе является инновационной.

В Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 года N 1640, приоритетными направлениями названы: «Формирование здорового образа жизни («Укрепление общественного здоровья»)» и «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».

И зарубежный, и отечественный опыт организации психиатрической помощи, основанный на процессах деинституционализации, свидетельствует о необходимости развивать различные внестационарные формы помощи больным, целью которых является не столько медикаментозная коррекция болезненного состояния пациента, сколько его реабилитация и ресоциализация. Порядок оказания психиатрической помощи в РФ (Приказ Минздравсоцразвития от 17.05.2012 г. № 566н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения») определяет безусловный перенос усилий психиатрической помощи на амбулаторный уровень с выраженным акцентом на многоуровневую реабилитацию и организацию работы медицинского персонала по принципу полипрофессиональных бригад, с сохранением при этом необходимого уровня и объема стационарной помощи.

Деинституционализация в нашей стране происходит в большей степени за счет снижения коечного фонда, сокращения сроков госпитализации, переводе пациентов, находящихся в психиатрической больнице более года, в учреждения социального обеспечения или альтернативные формы жилья с поддержкой. В 2005 году психиатрический коечный фонд в нашей стране составлял 161 748 коек, обеспеченность психиатрическими койками – 11,8 на 10 000 населения. К 2017 году эти показатели снизились до 131 277 коек (на 18,8%) и 8,94 (на 24,2%) соответственно.

К сожалению, сокращение коечного фонда и снижение уровня госпитализации в нашей стране не сопровождаются развитием полу- и внестационарных форм помощи в необходимом объеме. Среди положительных тенденций можно отметить только рост числа дневных стационаров и койко-мест в них: так, число койко-мест выросло с 16 274 в 2005 году до 20 424 в 2017 году (на 25,5%). Однако ни существенного увеличения числа психиатрических учреждений, оказывающих амбулаторную помощь, ни кадрового наполнения психиатрической (в том числе участковой, а особенно детской) и психотерапевтической службы не наблюдается.

Приказ Минздравсоцразвития от 17.05.2012 г. №566н «Об утверждении порядка оказания меди-

цинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (далее – Порядок) предоставляет уникальные возможности для создания современных комплексных медицинских структур по оказанию психиатрической помощи, а точнее по организации охраны психического здоровья. Это целый спектр амбулаторных подразделений по профилактике и раннему выявлению психических расстройств (психотерапевтические кабинеты, кабинеты первого психотического эпизода, кабинеты медико-социальной и медико-психологической помощи, телефон доверия и т.д.), интенсивного оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях, дневные стационары, различные реабилитационные подразделения. Таким образом, фактическое выполнение требований Порядка дает организационную и правовую основу для реформирования службы. Существует реальная возможность создания медицинских организаций, отвечающих за психическое здоровье населения в самом широком диапазоне проблем, от семейного психологического консультирования, психотерапевтической помощи до амбулаторной интенсивной помощи, госпитализации в психиатрический стационар строго по показаниям и социально-трудовой реабилитации. Такой опыт уже существует на базе ПНД №1 г.Санкт-Петербурга. При этом, безусловно, должен сохраняться необходимый уровень, качество и объем стационарной помощи, которая должна оказываться в условиях полного соблюдения санитарных нормативов и максимально эффективно в минимальные сроки. Психиатрический стационар будущего видится не как громоздкое, отягощенное социальной инфраструктурой (дневные стационары, отделения реабилитации) образование, а как современный высокотехнологичный специализированный центр, занятый исключительно углубленной диагностикой и максимально быстрым и надежным купированием острых психотических состояний.

Назрела необходимость в новых организационных формах психиатрической помощи, а точнее, – службы охраны психического здоровья, поскольку по своему функционалу эти формы должны быть ориентированы не только на лечение и реабилитацию пациентов с диагностированными психическими расстройствами, но и в немалой степени на психопрофилактическую работу с населением. При этом, очевидно, следует уходить от морально, семантически и содержательно устаревшего термина – «психоневрологический диспансер», а ввести понятие «центра психического здоровья». Нужно подчеркнуть, что психотерапевтическая помощь в структуре службы охраны психического здоровья является неотъемлемой составляющей системы диагностики и лечения психических расстройств у населения. Недопустимо искусственное разделение психического здоровья на «психиатрическую» и «психотерапевтическую» составляющую.

Служба охраны психического здоровья должна быть системной, единой, координированной и всеобъемлющей. Если рассматривать целесообразность слияния амбулаторных и стационарных учреждений, то представляется, что системообразующим в этом процессе должна быть приоритетность амбулаторной службы, а не механическое присоединение диспансеров к стационарам, как вспомогательных структур.

В качестве методологической основы концепции создания центров психического здоровья была использована разработанная в НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева многоуровневая модель организации психиатрической помощи населению, базирующаяся на системе обеспечения качества [5, 6]. Модель предполагает стратификацию потребителей психиатрической помощи в зависимости от тяжести психических расстройств на пять основных групп (уровней): 1) общая популяция населения без психических расстройств и без факторов риска их развития; 2) лица с факторами риска развития психических расстройств; 3) лица с начальными (легкими, пограничными) психическими расстройствами; 4) пациенты с умеренно выраженными расстройствами; 5) пациенты с тяжелыми и осложненными психическими расстройствами. Для каждого уровня определены медико-социальные мероприятия и субъекты (учреждения, структурные подразделения, специалисты), их реализующие. Модель графически может быть представлена в виде пирамиды. От основания пирамиды (первый уровень) к ее вершине (пятый уровень) уменьшается численность обслуживаемых групп населения и контингентов больных с психическими расстройствами и повышается степень специализации оказываемой психиатрической помощи. В обратном направлении – от вершины пирамиды к ее основанию – увеличивается объем и разнообразие методов профилактики. Такая структура психиатрической помощи позволяет охватить работу с прикрепленным населением на всех уровнях, начиная от общей и индивидуальной первичной профилактики психических расстройств, скринингового обследования популяции в первичном звене здравоохранения, систематического выявления случаев заболевания и определения групп риска, и до оказания специализированной психиатрической помощи.

Центр психического здоровья как новая организационная форма амбулаторной помощи, максимально приближенная к месту жительства, может быть реализована в настоящее время путем создания структурных подразделений, предусмотренных «Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», например, психотерапевтический кабинет, отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях, кабинет медико-социально-психологической помощи (рисунок) [2].



Организационная структура Центра психического здоровья

Основными задачами создания Центра психического здоровья являются:

- Повышение доступности и адресности медико-психолого-социальной помощи за счет приближения ее к населению, расширения спектра услуг с учетом потребностей различных когорт населения, интеграции отдельных видов помощи в другие медицинские, образовательные, социальные и досуговые учреждения.

- Снижение стигматизации психиатрической помощи («дружественная психиатрия») за счет оказания ее в формате «не-психиатрического» учреждения, разделения потоков потребителей помощи (пациенты с хроническими или затяжными психическими расстройствами наблюдаются и получают лечение территориально в другом учреждении), преобладания индивидуальных и групповых форм психологической и психотерапевтической работы.

- Профилактическая работа с населением района, ориентированная в первую очередь на общую популяцию практически здорового населения, когорту лиц с рисками развития психических расстройств, лиц с пограничными психическими расстройствами, а также формирование у граждан ответственного отношения к своему психическому здоровью и социальным моделям поведения

- Повышение удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, осуществление персонализированного и эффективного лечения пациентов с разделением

потоков (в соответствии с многоуровневой моделью организации психиатрической помощи):

- 1 уровень – практически здоровые;

- 2 уровень – лица с факторами риска развития психических расстройств – профессиональные контингенты, имеющие повышенный уровень напряженности, работающие в системе «человек–человек» и имеющие высокий риск развития профессионального выгорания, лица с соматическими заболеваниями, имеющими высокую коморбидность с эмоциональными и когнитивными нарушениями и т.п.;

- 3 уровень – лица с начальными (легкими) психическими расстройствами – с психологическими проблемами, нарушениями адаптации, легкими когнитивными и аффективными нарушениями и т.п.;

- 4 уровень – пациенты с расстройствами непсихического уровня (пограничными расстройствами), нуждающиеся в первичной специализированной психиатрической помощи в амбулаторных условиях;

- 5 уровень – больные с хроническими или затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, требующими динамического наблюдения и активного лечения (наблюдаются и получают помощь в амбулаторных и стационарных условиях).

- Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства.

- Популяризация физической и психологической культуры, гармоничного психологического развития, здорового образа жизни; моральная и физическая подготовка молодых людей к службе в вооружённых силах РФ.

- Выявление и коррекция поведения в группах риска (в том числе среди подростков с агрессивным и суицидальным поведением, игровой и компьютерной зависимостью).

- Участие в разработке и реализации программ психообразования, психогигиены и психопрофилактики, медико-социальной реабилитации и охраны психического здоровья, привлечение семей пациентов к реализации индивидуальных программ реабилитации.

- Осуществление взаимодействия между пациентами, врачами общей практики, школьными психологами, социальной службой, правоохранительными органами, ФСБ и иными специалистами, участвующими в воспитании, формировании личности и охране жизни и здоровья жителей района.

- Участие в оказании психолого-психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях.

- Освоение и внедрение в клиническую практику современных методов бригадного ведения пациента, улучшение качества жизни пациента и его близких.

- В рамках этой концепции оказание специализированной медико-социально-психологической помощи в Центре предполагается сфокусировать в двух основных направлениях:

- Психопрофилактическое направление (ориентировано на потребителей 1–3 уровней) – оказание психологической и первичной специализированной психиатрической помощи в амбулаторных условиях лицам без психических расстройств или с начальными (легкими) расстройствами либо факторами риска их развития.

Основными мероприятиями являются: формирование здорового образа жизни; психогигиена; психообразование; общественная и индивидуальная первичная профилактика психических расстройств; индивидуальная первичная и вторичная профилактика; консультирование по вопросам здорового развития, семьи и брака, беременности, родов и воспитания детей, супружеских и сексуальных отношений, преодоления кризисных ситуаций, индивидуального личностного развития.

Консультационно-лечебное направление (ориентировано на потребителей 4 уровня) – оказание первичной специализированной психиатрической помощи в амбулаторных условиях при психических расстройствах и расстройствах поведения, включающих: расстройства настроения (аффективные расстройства); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ и зависимостями; эмоциональные расстройства и расстройства поведения в подростковом

и зрелом возрасте; кризисные состояния и посттравматические стрессовые расстройства.

Основные мероприятия: фармако- и психотерапия психических расстройств; психосоциальная реабилитация, трудовая реабилитация, ресоциализация; индивидуальная вторичная профилактика психических расстройств; психообразование для пациентов и родственников.

Инновационными технологиями оказания помощи являются полипрофессиональный (бригадный) подход и интеграция отдельных видов помощи в другие медицинские, образовательные, социальные и досуговые учреждения. В перспективе – развитие дистанционных форм помощи с использованием информационно-коммуникационных технологий и сети Интернет (телепсихиатрия). Использование этих технологий позволяет развивать институциональные и внеинституциональные формы помощи (таблица).

Заслуживает внимания опыт СПб ГБУЗ «ПНД №1» по разворачиванию с 2014 года кабинетов медико-психологической помощи на базе районных поликлиник с привлечением по мере необходимости бригады специалистов ПНД (психиатра, психотерапевта, психолога, социального работника) для консультирования пациентов, направленных терапевтами и неврологами этих учреждений. Более того, часть пациентов, приходящих в поликлинику самостоятельно, напрямую обращаются к специалистам диспансера. В настоящее время подобной бригадной консультативной помощью охвачены практически все поликлиники и женская консультация района [1].

В состав Центра, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. N 566н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», могут входить следующие структурные подразделения:

1. Регистратура.

2. Психотерапевтический кабинет – психотерапия, в том числе в индивидуальной, семейной и групповой формах в сочетании с фармакотерапией и другими видами лечения.

3. Кабинет медико-социальной помощи – психологическая и психопрофилактическая помощь населению, участие в программах охраны психического здоровья; помощь пострадавшим в период ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

4. Отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях – взаимодействие с организациями, осуществляющими психосоциальную работу с пациентами; улучшение состояния пациента при поддержке в условиях обычного проживания (на дому).

5. Психотерапевтическое отделение – психотерапевтический дневной стационар.

6. Клуб для пациентов – творческие мастерские, спортивный тренажерный зал, театральная студия, компьютерные симуляторы.

Формы помощи в зависимости от условий их оказания

Институциональные формы (на территории Центра)	Внеинституциональные формы (на территории других учреждений)
Психотерапевтический кабинет – индивидуальная и групповая психотерапия	Кабинеты медико-психологической помощи в районных поликлиниках
Отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях – психосоциальная работа с пациентами с использованием технологий «опоры на сообщество»	Психообразовательные программы для пациентов и врачей в медицинских учреждениях – районных поликлиниках, онкологическом диспансере, женской консультации.
Психотерапевтическое отделение (дневной стационар) – лечебно-диагностическая помощь пациентам с непсихотическими психическими расстройствами в условиях дневного стационара	Психогигиенические и психообразовательные программы в ЗАГСах: при подаче заявления брачующиеся получают сертификат на бесплатное посещение трех лекций – психолога, врача-психотерапевта и сексолога. Цель: профилактика семейных кризисов, разводов и бездетных браков.
Кабинет медико-социальной помощи – психологическая и психопрофилактическая помощь, психообразование и психопрофилактика, помощь пострадавшим в период ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций	Психогигиенические и психообразовательные программы в женских консультациях: при постановке на учет беременная женщина получает сертификат на бесплатное посещение трех лекций – психолога, врача-психотерапевта и акушера-гинеколога. Цель: профилактика невынашиваемости беременности, семейных кризисов, связанных с рождением ребенка.
Логотерапевтический центр – консультационно-лечебная работа при речевых нарушениях у пациентов различных возрастных групп	Психообразовательные программы в школах для учеников: профилактика суицидального поведения, преодоление возрастных кризисов, коммуникационный тренинг, профилактика отклоняющегося поведения и зависимостей и т.п.
Отделение «Телефон доверия» – оказание кризисной психологической помощи	Психообразовательные программы в школах для родителей: профилактика суицидального поведения детей, психология детского и подросткового возраста, профилактика отклоняющегося поведения и зависимостей и т.п.
Клуб для пациентов – «терапия занятостью», «миле-терапия» – технологии психосоциальной терапии, реабилитации и ресоциализации с опорой на сообщество	Психообразовательные программы в школах для учителей: профилактика конфликтов, суицидального и отклоняющегося поведения у подростков, коммуникационный тренинг взаимодействия с родителями, профилактика профессионального выгорания.
Кабинет по работе с подростками – индивидуальная первичная и вторичная профилактика девиантного и антисоциального поведения	Программы профилактики эмоционального выгорания для различных профессиональных групп: врачей, учителей, психологов, работников социальной сферы и силовых структур и т.д.

7. Кабинет по работе с подростками – психологическое и психотерапевтическое сопровождение подростков, состоящих на различных формах профилактического учёта, в «группах риска».

8. Отделение «Телефон доверия» – консультативная ургентная помощь в кризисных состояниях, рекомендации по обращению в структурные подразделения ПНД.

9. Кабинеты медико-психологической помощи в районных поликлиниках – медико-психосоциальная помощь бригады специалистов непосредственно в поликлиниках района, консультации врачей общей практики.

10. Хозрасчетное отделение, медицинская комиссия – развертывание структур по оказанию платных услуг максимально приближено к населению района и отдельно от потока душевнобольных, что создаст условия для снижения стигматизации службы и улучшения условий конкуренции с коммерческими структурами.

11. Физиотерапевтический кабинет.

12. Кабинет функциональной диагностики – оборудование для электроэнцефалографического и ультразвукового исследования.

13. Процедурный кабинет.

14. Клинико-диагностическая лаборатория, имеющая экспресс-анализаторы.

Подобный опыт оптимизации, при отсутствии дополнительных затрат на организационно-штатные изменения, позволяет реализовать задачи максимального приближения специализированной помощи к населению, преодоления стигматизации, раннего выявления и лечения психических расстройств, в том числе – психосоматических нарушений, начальных форм шизофрении и других заболеваний, которые ранее не попадали в поле зрения психиатров ПНД и не учитывались в статистических отчетах. Ключевым в этом варианте является работа сотрудников ПНД, то есть сотрудников районной службы охраны психического здоровья, с гарантией их ответственности и квалификации и при обязательном оформлении соответствующей

медицинской документации с соблюдением требований законодательства.

Указанные структурные подразделения в настоящее время уже входят в штатное расписание СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер №1», но для их максимально эффективной, «бережливой» работы катастрофически не хватает помещений. Развертывание Центра медико-психосоциальной помощи в структуре службы охраны психического здоровья населения района действительно можно

считать инновационным предложением, не имеющим аналога в других регионах.

Таким образом, внедрение новых форм и методов медико-социальной психиатрической помощи в рамках расширения спектра услуг профилактической и реабилитационной направленности показало высокую их востребованность и эффективность, что говорит об актуальности и целесообразности развития психиатрической помощи в регионе в этом направлении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дутов В.Б., Варакса М.В., Бажанов В.С. Итоги работы кабинетов психотерапевтической, медико-социально-психологической помощи в поликлинических отделениях №3, №4 и женской консультации №16, входящих в структуру СПб ГБУЗ «ПНД №1» за 2017 год // Клиническая психиатрия 21 века: интеграция инноваций и традиций для диагностики и оптимизации терапии психических расстройств: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти профессора Р.Я.Вовина (90-летию со дня рождения), СПб., 2018. / Под ред. Н.Г.Незванова, М.В.Иванова, Г.Э.Мазо и соавт. СПб.: Альфа Астра, 2018. С. 82–84.
2. Дутов В.Б., Незванов Н.Г., Семенова Н.В. Концепция развития центра медико-психосоциальной помощи в структуре службы охраны психического здоровья населения // Клиническая психиатрия 21 века: интеграция инноваций и традиций для диагностики и оптимизации терапии психических расстройств: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти профессора Р.Я.Вовина (90-летию со дня рождения), СПб., 2018. / Под ред. Н.Г.Незванова, М.В.Иванова, Г.Э.Мазо и соавт. СПб.: Альфа Астра, 2018. С. 84–86.
3. Европейский план действий по охране психического здоровья. Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания, 2013. 26 с.
4. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. (Приложение 3) // Шестидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева 20–27 мая 2013 г. Резолюции и решения. Приложения. (WHA66/2013/REC/1). Женева, 2013. С. 104–137.
5. Семенова Н.В. Многоуровневая модель организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. 2012. № 2. С. 25–29.
6. Семенова Н.В. Система обеспечения качества психиатрической помощи: структура, процесс и результат // Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2015. № 1. С. 70–73.

КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРОВ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

В.Б. Дутов, Н.Г. Незванов, А.Г. Софронов, Н.В. Семенова

В статье освещаются вопросы совершенствования организации и оказания психиатрической помощи населению. Представленная концепция соответствует современному вектору развития психиатрической помощи и базируется на международных рекомендациях по охране психического здоровья. Совершенствование амбулаторной службы путем создания центров психического здоровья, использующих сочетание институциональных и внеинституциональных форм помощи, позволяет развивать психопрофилактическое направление и расширять охват населения. Пилотный проект, реализуемый в течение 4 лет на базе одного из психоневрологических диспансеров Санкт-Петербурга, показал высокую востребованность и эффективность медико-соци-

альной и психологической помощи в рамках расширения спектра услуг профилактической и реабилитационной направленности, что говорит об актуальности и целесообразности развития психиатрической помощи в этом направлении. Подобный опыт оптимизации, при отсутствии дополнительных затрат на организационно-штатные изменения, позволяет реализовать задачи максимального приближения специализированной помощи к населению, преодоления стигматизации, раннего выявления и лечения психических расстройств, в том числе психосоматических нарушений, начальных форм шизофрении и других заболеваний.

Ключевые слова: психиатрия, психические расстройства, психическое здоровье, организация психиатрической помощи.

A VISION FOR THE DEVELOPMENT OF MENTAL HEALTH CARE CENTERS

V.B. Dutov, N.G. Neznanov, A.G. Sofronov, N.V. Semenova

The article highlights the psychiatric care organization improvement strategies. The presented concept corresponds to the modern vector of development of psychiatric care and is based on the international recommendations for mental health protection. The improvement of the outpatient services through the foundation of mental health centers utilizing the combination of institutional and non-institutional forms of care allows to develop the prophylaxis area and to expand the population coverage. The pilot project, implemented for 4 years on the basis of one of the psychoneurological dispensaries of St. Petersburg, has demonstrated the high relevance and effectiveness of medical, social and psychological care as a

result of expanding the specter of preventive and rehabilitation services, which shows the urgency and importance of the development of psychiatric care in that direction. Such experience in optimization, at no additional cost for organizational and staff changes, allows to prevent stigmatization, to solve the problem of availability of the specialized care for the population, and serves for the early detection and treatment of mental disorders, including psychosomatic disorders, the initial forms of schizophrenia and other diseases.

Keywords: psychiatry, mental disorders, mental health, organization of psychiatric care.

Дутов Владимир Борисович – кандидат медицинских наук, главный врач СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер №1», доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И.Мечникова»; e-mail: info@pnd1.ru

Незванов Николай Григорьевич – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, директор ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева» Минздрава России, Президент Российского общества динамической психиатрии (WADP), главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, Президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии (WADP), заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова»; e-mail: spbinstb@bekhterev.ru

Софронов Александр Генрихович – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, главный врач СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скорцова-Степанова», заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», главный психиатр и главный нарколог Санкт-Петербурга; e-mail: alex-sofonov@yandex.ru

Семенова Наталия Владимировна – доктор медицинских наук, руководитель научно-организационного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева» Минздрава России; e-mail: org@bekhterev.ru

УДК 616.89–008.454 (615.86)

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ 21 АНТИДЕПРЕССАНТА, ПРИМЕНЯЕМОГО ДЛЯ КУПИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ БОЛЬШОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА У ВЗРОСЛЫХ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И СЕТЕВОЙ МЕТА-АНАЛИЗ*

А. Циприани, Т.А. Фурукама, Дж. Саланти, А. Чаймани, Л.З. Атkinson,
Ю. Огава, С. Лехт, Х.Г. Рухе, Э.Х. Турнер, Дж.П.Т. Хиггинс, М. Эггер,
Н. Такешима, Ю. Хайасака, Х. Имаи, К. Шиохара, А. Тайика,
Дж.П.А. Иоанидис, Дж.Р. Геддес

Великобритания, Германия, Нидерланды, США, Франция, Швейцария, Япония

Во введении статьи авторы указывают, что психические расстройства вносят до 22,8% в «глобальную тяжесть болезней» (выраженную в «количестве лет жизни с нетрудоспособностью» - disability-adjusted life years, DALY) [5]. Ведущей причиной этой «нагрузки» являются депрессии, число которых в последние десятилетия увеличивается [6]. Так, по данным ВОЗ, этому заболеванию во всем мире подвержено 350 млн чел. Экономическая тяжесть депрессии только в США превышает 210 млрд долларов, из которых 45% – прямые затраты, 5% – потери, связанные с суицидами, и 50% – потери в связи с нетрудоспособностью [13], что указывает на существенный социальный (помимо собственно медицинского) аспект рассматриваемой проблемы.

Хотя в настоящее время существует широкий спектр препаратов для терапии депрессивных расстройств, различающихся в том числе по механизмам действия, их действенность является предметом широких дискуссий. В частности, указывается на их умеренную эффективность и недостаточную изученность соотношения польза / риск развития нежелательных явлений [10]. Существующая потребность разработки новых препаратов в определенной степени нивелируется отсутствием полного понимания того, как антидепрессанты «работают» [7]. В связи со сказанным, очевидна актуальность осуществленной авторами работы, позволяющей на основе сетевого мета-анализа суммировать и интерпретировать имеющуюся доказательную базу [8].

Авторы осуществили поиск публикаций в следующих базах данных: the Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL, Embase, LILACS database, MEDLINE, MEDLINE In-Process, PsycINFO, AMED, the UK National Research Register и PSYINDEX по состоянию на 8 января 2016 года (без ограничения языка публикаций). Поиск осуществлялся по следующим словам: “depress*” ИЛИ “dysthymi*” ИЛИ “adjustment disorder*” ИЛИ “mood disorder*” ИЛИ “affective disorder” ИЛИ “affective symptoms” в комбинации с перечнем антидепрессантов. Включались только двойные слепые рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) как имеющие наиболее строгий дизайн [9], в которых антидепрессанты (амитриптилин, агомелатин, бупропион, венлафаксин, вилазодон, вортиоксетин, дезвенлафаксин, дулоксетин, кломипрамин, левомилнаципран, милнаципран, мirtазапин, нефазодон, пароксетин, ребоксетин, сертралин, тразодон, флувоксамин, флуоксетин, циталопрам, эсциталопрам) сравнивались с плацебо или другими антидепрессантами, применяемыми на этапе купирующей терапии (лечение осуществлялось в виде монотерапии таблетированными формами препаратов) пациентов старше 18 лет с диагнозом большого депрессивного расстройства (по DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-5 и МКБ-10). Исключались квази-рандомизированные исследования; исследования, которые не были завершены, или те из них, в которых более 20% участников страдали биполярным расстройством; исследования, включающие в исследуемую выборку случаи психотической депрессии, больных с резистентностью или лиц с тяжелой сопутствующей соматической патологией.

Авторы оценивали терапевтический ответ (определялся как число больных, у которых редукция симпто-

*Расширенный реферат статьи Cipriani A., Furukawa T.A., Salanti G. et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis // Lancet Psychiatry. 2018. Vol 391. P. 1357–1366 (с учетом приложения).

матики была не менее 50% от исходного уровня) и приемлемость лечения (уровень выбывания из исследований, вследствие любых причин) [1, 4]. Кроме того, оценивались тяжесть депрессивных расстройств на момент окончания анализируемых исследований, уровень достижения ремиссии и число пациентов, выбывших из исследований вследствие развития побочных эффектов терапии. Оценка результатов осуществлялась на момент завершения краткосрочной купирующей терапии (в среднем 8 недель).

Всего было обнаружено 28552 ссылки, из которых было отобрано 680 статей, потенциально подходящих для изучения полнотекстовых версий публикаций, включая 421 исследование, выявленное в базах данных, 86 неопубликованных исследований из регистров и сайтов фармацевтических компаний и 15 публикаций, полученных в результате личных сообщений или ручного поиска в других обзорах. Итого 522 двойных слепых РКИ суммировали данные о терапии 116 477 пациентов, осуществлявшейся в период с 1976 по 2016 гг. с использованием 21 антидепрессанта (табл. 1). Средний размер выборки составил 224 участника (стандартное отклонение (СО)=186). После рандомизации 87 052 пациента были распределены в группы активного препарата, а 29 425 чел. получали плацебо. Средний возраст составлял 44 года (СО=9), 62,3% выборки составляли женщины и 37,7% – мужчины. В 243 исследованиях (47%) было 3 и более групп участников; 304 исследования (58%) было плацебо контролируемы; подавляющее большинство (391 или 83%) – мультицентровыми и в 335 (77%) включались только амбулаторные пациенты. В подавляющем большинстве случаев (89% исследований) тяжесть депрессии при начале терапии была умеренной или тяжелой (25,7±3,97 баллов по 17-пунктовой шкале Гамильтона). 78% исследований спонсировались фармацевтическими компаниями. Все препараты кроме левомилнаципрана участвовали в исследованиях с использованием не только плацебо, но и активного контроля (табл. 1).

В целом все изученные препараты были эффективнее плацебо по показателю терапевтического ответа: интервал отношения шансов составлял от 2,13 (95% доверительный интервал (ДИ)=1,16–1,63) для амитриптилина до 1,37 (95% ДИ=1,89–2,41) для ребоксетина (табл. 2). Оценка результатов по выраженности депрессии на момент завершения исследований также продемонстрировала эффективность существующих препаратов по сравнению с плацебо, однако их иерархия была несколько иной: наиболее заметным является перемещение кломипрамина с одного из последних мест по уровню терапевтического ответа на пятое при оценке редукции депрессивной симптоматики (табл. 3). И, наконец, учет уровня достижения ремиссии также внес определенные коррективы в иерархию антидепрессантов, сравниваемых с плацебо, однако изменения не носили принципиального характера (табл. 4).

Группы сопоставления антидепрессантов

Количество исследований	Исследуемый препарат	Препарат сравнения
23	Агомелатин	плацебо или активный контроль
96	Амитриптилин	плацебо или активный контроль
33	Бупропион	плацебо или активный контроль
38	Циталопрам	плацебо или активный контроль
20	Клопипрамин	плацебо или активный контроль
9	Дезвенлафаксин	плацебо или активный контроль
30	Дулоксетин	плацебо или активный контроль
42	Эсциталопрам	плацебо или активный контроль
117	Флуоксетин	плацебо или активный контроль
32	Флувоксамин	плацебо или активный контроль
6	Левомилнаципран	плацебо
10	Милнаципран	плацебо или активный контроль
34	Миртазапин	плацебо или активный контроль
21	Нефазодон	плацебо или активный контроль
114	Пароксетин	плацебо или активный контроль
17	Ребоксетин	плацебо или активный контроль
54	Сертралин	плацебо или активный контроль
26	Тразодон	плацебо или активный контроль
68	Венлафаксин	плацебо или активный контроль
9	Велазодон	плацебо или активный контроль
15	Вортиоксетин	плацебо или активный контроль

Таблица 2

Терапевтический ответ при назначении различных антидепрессантов по сравнению с плацебо

№	Препарат	Отношение шансов	95% ДИ
1	Амитриптилин	2,13	1,89–2,41
2	Миртазапин	1,89	1,64–2,20
3	Дулоксетин	1,85	1,66–2,07
4	Венлафаксин	1,78	1,61–1,96
5	Пароксетин	1,75	1,61–1,90
6	Милнаципран	1,74	1,37–2,23
7	Флувоксамин	1,69	1,41–2,02
8	Эсциталопрам	1,68	1,50–1,87
9	Нефазодон	1,67	1,32–2,12
10	Сертралин	1,67	1,49–1,87
11	Вортиоксетин	1,66	1,45–1,92
12	Агомелатин	1,65	1,44–1,88
13	Вилазодон	1,60	1,28–2,00
14	Левомилнаципран	1,59	1,24–2,05

Таблица 3

Уменьшение тяжести депрессии на момент завершения курса купирующей терапии антидепрессантами по сравнению с плацебо

№	Препарат	Отношение шансов	95% ДИ
1	Амитриптилин	-0,48	-0,55—0,41
2	Дулоксетин	-0,37	-0,44—0,31
3	Миртазапин	-0,37	-0,45—0,28
4	Венлафаксин	-0,33	-0,39—0,28
5	Кломипрамин	-0,33	-0,45—0,21
6	Пароксетин	-0,32	-0,37—0,28
7	Флувоксамин	-0,32	-0,43—0,22
8	Милнаципран	-0,30	-0,44—0,16
9	Эсциталопрам	-0,29	-0,35—0,24
10	Тразодон	-0,29	-0,40—0,17
11	Вортиоксетин	-0,28	-0,36—0,20
12	Нефазодон	-0,28	-0,40—0,15
13	Сертралин	-0,27	-0,34—0,21
14	Вилазодон	-0,27	-0,38—0,15
15	Левомилнаципран	-0,27	-0,40—0,13
16	Агомелатин	-0,26	-0,33—0,19
17	Бупропион	-0,25	-0,33—0,16
18	Дезвенлафаксин	-0,25	-0,35—0,15
19	Циталопрам	-0,24	0,31—0,17
20	Флуоксетин	-0,23	-0,28—0,19
21	Ребоксетин	-0,19	-0,26—0,08

По уровню приемлемости лечения для больных (оценено как частота выбывания из исследований) препараты распределялись от агомелатина (наилучший показатель) до кломипрамина, обнаруживающего в исследуемом отношении наименьшие отличия от плацебо (табл. 5). Однако учет выбывания из исследований только вследствие побочных эффектов терапии внес заметные коррективы в распределение препаратов: в частности, вортиоксетин занял вторую позицию по переносимости лечения, а амитриптилин, наоборот, переместился на предпоследнюю позицию, став наряду с кломипрамином одним из наименее переносимых препаратов (табл. 6).

Дополнительно проведенный авторами статистический анализ позволил определить три наиболее значимых фактора, которые вызывали гетерогенность и непостоянство результатов: из них наиболее выраженное влияние оказывало применение плацебо. Два других фактора, вызывавших неправомерно завышенную оценку эффективности антидепрессантов, были связаны с небольшим числом участников и «далеким прошлым» исследований (особенно для амитриптилина, бупропиона, флуоксетина и ребоксетина). В мультицентровых исследованиях отмечался несколько менее выраженный терапевтический ответ и более высокий уровень выбывания, однако выявленные изменения гетерогенности при учете этого

Таблица 4

Уровень достижения ремиссии при купирующей терапии антидепрессантами по сравнению с плацебо

№	Препарат	Отношение шансов	95% ДИ
1	Амитриптилин	1,98	1,73—2,25
2	Дулоксетин	1,78	1,59—1,99
3	Нефазодон	1,75	1,33—2,31
4	Венлафаксин	1,70	1,54—1,89
5	Кломипрамин	1,68	1,34—2,10
6	Пароксетин	1,67	1,53—1,82
7	Бупропион	1,66	1,40—1,97
8	Миртазапин	1,66	1,41—1,95
9	Флувоксамин	1,66	1,35—2,05
10	Эсциталопрам	1,64	1,47—1,83
11	Милнаципран	1,53	1,14—1,07
12	Сертралин	1,52	1,34—1,72
13	Вортиоксетин	1,49	1,29—1,72
14	Вилазодон	1,47	1,18—1,84
15	Флуоксетин	1,46	1,34—1,60
16	Агомелатин	1,43	1,24—1,65
17	Дезвенлафаксин	1,40	1,16—1,70
18	Циталопрам	1,37	1,20—1,57
19	Тразодон	1,37	1,10—1,70
20	Левомилнаципран	1,33	1,03—1,73
21	Ребоксетин	1,23	1,03—1,46

фактора были незначительными. При более тяжелых депрессиях обнаруживалась большая эффективность и меньшее выбывание из исследований с использованием плацебо по сравнению с умеренными/легкими депрессиями. Влияние исходной тяжести психического состояния оказалось важным при оценке эффективности флувоксамина и уровня выбывания из исследований с использованием дезвенлафаксина, ребоксетина и сертралина, однако гетерогенность оставалась неизменной и данный фактор не был включен авторами в окончательные выводы. При использовании неизменных доз препаратов были выявлены меньший терапевтический ответ и более высокий уровень выбывания из исследований по сравнению с гибким дозированием, однако и в этом случае сколько-нибудь существенного влияния на гетерогенность обнаружено не было. Не отмечалось влияния на гетерогенность и поддержки исследований спонсором.

Для устранения, искажающего результаты влияния плацебо и прочих факторов авторами был проведен анализ результатов только прямых сравнений между антидепрессантами (194 РКИ, 34196 пациентов).

Результаты прямого (head-to-head) сопоставления изученных антидепрессантов с ребоксетином (препаратом, обнаружившим наименьшую эффективность при сравнении с плацебо) представлены

Таблица 5

Уровень выбывания из исследований (по любым причинам) при использовании различных антидепрессантов по сравнению с плацебо

№	Препарат	Отношение шансов	95% ДИ
1	Агомелатин	0,84	0,72–0,97
2	Флуоксетин	0,88	0,80–0,96
3	Эсциталопрам	0,90	0,80–1,02
4	Нефазодон	0,93	0,72–1,19
5	Циталопрам	0,94	0,80–1,09
6	Амитриптилин	0,95	0,83–1,08
7	Пароксетин	0,95	0,87–1,03
8	Милнаципран	0,95	0,73–1,26
9	Сертралин	0,96	0,85–1,08
10	Бупропион	0,96	0,81–1,14
11	Миртазапин	0,99	0,85–1,15
12	Вортиоксетин	1,01	0,86–1,19
13	Венлафаксин	1,04	0,93–1,15
14	Дезвенлафаксин	1,08	0,88–1,33
15	Дулоксетин	1,09	0,96–1,23
16	Флувоксамин	1,10	0,91–1,33
17	Вилазодон	1,14	0,88–1,47
18	Тразодон	1,15	0,93–1,42
19	Ребоксетин	1,16	0,96–1,40
20	Левомилнаципран	1,19	0,93–1,53
21	Кломипрамин	1,30	1,01–1,68

в таблицах 7–11. Как видно, в целом тенденции по показателям эффективности лечения и переносимости различных антидепрессантов в сравнении с ребоксетином соответствуют полученным при сопоставлении с плацебо, однако отдельные препараты «перемещаются» в выявленной «иерархии». Например, вортиоксетин оказался лидером по показателям терапевтического ответа на лечение, уменьшения тяжести депрессии, минимального выбывания из исследований вследствие любых причин и вторым – по достижению ремиссии и выбыванию из исследований вследствие побочных эффектов терапии.

Результаты прямого сопоставления эффективности и переносимости антидепрессантов между собой представлены в табл. 12.

Согласно полученным данным, агомелатин, амитриптилин, эсциталопрам, миртазапин, пароксетин, венлафаксин и вортиоксетин продемонстрировали более высокую эффективность (отношение шансов от 1,19 до 1,96), чем другие исследованные препараты. При анализе приемлемости лечения выявлены преимущества агомелатина, вортиоксета, сертралина, флуоксетина, циталопрама и эсциталопрама (отношение шансов от 0,43 до 0,77). Проведенный чувствительный анализ с учетом использованных в исследованиях доз продемонстрировал отсутствие сколько-нибудь существенного изменения полученных результатов.

Таблица 6

Уровень выбывания из исследований вследствие побочных эффектов при использовании различных антидепрессантов по сравнению с плацебо

№	Препарат	Отношение шансов	95% ДИ
1	Агомелатин	1,21	0,94–1,56
2	Вортиоксетин	1,64	1,25–2,14
3	Милнаципран	1,64	1,06–2,52
4	Дезвенлафаксин	1,66	1,44–2,44
5	Эсциталопрам	1,72	1,38–2,14
6	Флуоксетин	1,82	1,56–2,13
7	Циталопрам	1,87	1,39–2,51
8	Сертралин	2,01	1,61–2,52
9	Нефазодон	2,18	1,49–3,18
10	Пароксетин	2,19	1,90–2,53
11	Миртазапин	2,21	1,74–2,21
12	Вилазодон	2,23	1,90–2,53
13	Бупропион	2,28	1,68–3,10
14	Дулоксетин	2,48	2,02–3,06
15	Левомилнаципран	2,57	1,64–4,13
16	Ребоксетин	2,73	2,02–3,69
17	Флувоксамин	2,83	2,12–3,80
18	Венлафаксин	2,95	2,49–3,51
19	Тразодон	3,07	2,15–4,38
20	Амитриптилин	3,11	2,54–3,82
21	Кломипрамин	4,44	3,07–6,50

Таблица 7

Сопоставление терапевтического ответа изученных антидепрессантов с ребоксетином

№	Препарат	Отношение шансов	95% ДИ
1	Вортиоксетин	1,98	1,09–3,39
2	Бупропион	1,65	1,05–2,60
3	Эсциталопрам	1,60	1,14–2,23
4	Миртазапин	1,54	1,09–2,17
5	Амитриптилин	1,50	1,07–2,07
6	Агомелатин	1,44	1,02–2,04
7	Пароксетин	1,43	1,05–1,94
8	Венлафаксин	1,42	1,04–1,94
9	Дулоксетин	1,36	0,95–1,95
10	Милнаципран	1,36	0,92–1,95
11	Сертралин	1,34	0,96–1,85
12	Циталопрам	1,27	0,92–1,75
13	Нефазодон	1,25	0,77–2,01
14	Кломипрамин	1,20	0,84–1,70
15	Флуоксетин	1,20	0,88–1,62
16	Флувоксамин	1,20	0,83–1,71
17	Тразодон	1,06	0,72–1,56

Таблица 8

Уменьшение тяжести депрессии на момент завершения курса купирующей терапии антидепрессантами по сравнению с ребоксетин

№	Препарат	Отношение шансов	95% ДИ
1	Вортиоксетин	-0,30	-0,60–0,00
2	Амитриптилин	-0,25	-0,42–0,09
3	Эсциталопрам	-0,24	-0,40–0,08
4	Миртазапин	-0,22	-0,39–0,05
5	Бупропион	-0,22	-0,45–0,01
6	Дулоксетин	-0,21	-0,39–0,03
7	Пароксетин	-0,19	-0,34–0,04
8	Кломипрамин	-0,18	-0,36–0,01
9	Венлафаксин	-0,18	-0,34–0,02
10	Агомелатин	-0,15	-0,32–0,02
11	Циталопрам	-0,14	-0,30–0,02
12	Милнаципран	-0,13	-0,32–0,06
13	Флувоксамин	-0,13	-0,31–0,05
14	Сертралин	-0,12	-0,29–0,04
15	Тразодон	-0,10	-0,32–0,12
16	Нефазодон	-0,09	-0,33–0,15
17	Флуоксетин	-0,08	-0,23–0,07

Таблица 9

Уровень достижения ремиссии при купирующей терапии антидепрессантами по сравнению с ребоксетин

№	Препарат	Отношение шансов	95% ДИ
1	Бупропион	2,02	1,23–3,29
2	Вортиоксетин	1,67	0,88–3,14
3	Эсциталопрам	1,55	1,09–2,18
4	Дулоксетин	1,48	1,00–2,18
5	Амитриптилин	1,47	1,03–2,10
6	Кломипрамин	1,45	0,99–2,12
7	Венлафаксин	1,45	1,04–2,02
8	Пароксетин	1,43	1,04–1,99
9	Миртазапин	1,41	0,98–2,03
10	Флувоксамин	1,37	0,92–2,03
11	Агомелатин	1,35	0,93–1,96
12	Сертралин	1,33	0,94–1,88
13	Милнаципран	1,30	0,84–2,00
14	Флуоксетин	1,27	0,92–1,76
15	Нефазодон	1,24	0,74–2,09
16	Тразодон	1,23	0,79–1,90
17	Циталопрам	1,20	0,85–1,67

Таблица 10

Уровень выбывания из исследований (по любым причинам) при использовании различных антидепрессантов по сравнению с ребоксетин

№	Препарат	Отношение шансов	95% ДИ
1	Вортиоксетин	0,43	0,23–0,81
2	Агомелатин	0,53	0,36–0,80
3	Эсциталопрам	0,55	0,37–0,81
4	Циталопрам	0,60	0,41–0,87
5	Сертралин	0,62	0,43–0,92
6	Флуоксетин	0,63	0,44–0,90
7	Миртазапин	0,66	0,45–0,99
8	Пароксетин	0,66	0,46–0,94
9	Милнаципран	0,67	0,45–1,03
10	Бупропион	0,67	0,42–1,08
11	Венлафаксин	0,73	0,50–1,06
12	Амитриптилин	0,74	0,51–1,10
13	Нефазодон	0,75	0,43–1,32
14	Флувоксамин	0,77	0,51–1,17
15	Тразодон	0,78	0,50–1,23
16	Дулоксетин	0,86	0,57–1,29
17	Кломипрамин	0,94	0,62–1,41

Таблица 11

Уровень выбывания из исследований вследствие побочных эффектов при использовании различных антидепрессантов по сравнению с ребоксетин

№	Препарат	Отношение шансов	95% ДИ
1	Агомелатин	0,30	0,15–0,61
2	Вортиоксетин	0,32	0,11–1,00
3	Эсциталопрам	0,37	0,19–0,77
4	Сертралин	0,38	0,20–0,76
5	Минаципран	0,40	0,19–0,83
6	Циталопрам	0,41	0,20–0,88
7	Флуоксетин	0,46	0,25–0,85
8	Пароксетин	0,54	0,30–1,02
9	Бупропион	0,55	0,23–1,35
10	Миртазапин	0,56	0,29–1,12
11	Флувоксамин	0,58	0,28–1,20
12	Тразодон	0,64	0,30–1,39
13	Нефазодон	0,69	0,33–1,66
14	Амитриптилин	0,73	0,39–1,42
15	Венлафаксин	0,76	0,41–1,44
16	Дулоксетин	0,94	0,45–1,99
17	Кломипрамин	1,08	0,54–2,24

Таблица 12

Прямое сравнение антидепрессантов друг с другом

Аго	0.72 ⁺ (0.55-0.92)	0.80 ⁺ (0.54-1.15)	0.89 ⁺ (0.66-1.19)	0.57 ⁺ (0.42-0.77)	0.62 ⁺ (0.47-0.82)	0.97 ⁺ (0.74-1.27)	0.85 ⁺ (0.68-1.05)	0.69 ⁺ (0.51-0.97)	0.79 ⁺ (0.58-1.09)	0.81 ⁺ (0.61-1.05)	0.70 ⁺ (0.44-1.14)	0.81 ⁺ (0.65-1.00)	0.53 ⁺ (0.36-0.80)	0.86 ⁺ (0.66-1.13)	0.69 ⁺ (0.48-0.98)	0.74 ⁺ (0.587-0.92)	1.24 ⁺ (0.71-2.19)
0.96 ⁺ (0.76-1.24)	Ами	1.10 ⁺ (0.78-1.38)	1.23 ⁺ (0.94-1.64)	0.79 ⁺ (0.60-1.01)	0.87 ⁺ (0.66-1.15)	1.35 ⁺ (1.05-1.74)	1.18 ⁺ (0.99-1.42)	0.97 ⁺ (0.74-1.24)	1.10 ⁺ (0.84-1.45)	1.12 ⁺ (0.89-1.42)	0.98 ⁺ (0.62-1.55)	1.12 ⁺ (0.95-1.34)	0.74 ⁺ (0.51-1.10)	1.20 ⁺ (0.97-1.47)	0.96 ⁺ (0.70-1.31)	1.02 ⁺ (0.83-1.26)	1.72 ⁺ (1.00-3.05)
0.87 ⁺ (0.59-1.30)	0.91 ⁺ (0.62-1.31)	Буп	1.11 ⁺ (0.76-1.67)	0.71 ⁺ (0.49-1.07)	0.78 ⁺ (0.53-1.18)	1.23 ⁺ (0.84-1.80)	1.07 ⁺ (0.76-1.50)	0.87 ⁺ (0.59-1.30)	1.00 ⁺ (0.66-1.49)	1.01 ⁺ (0.70-1.47)	0.89 ⁺ (1.51-1.54)	1.02 ⁺ (0.73-1.43)	0.67 ⁺ (0.42-1.08)	1.08 ⁺ (0.75-1.56)	0.87 ⁺ (0.57-1.30)	0.92 ⁺ (0.66-1.30)	1.55 ⁺ (0.85-2.94)
1.13 ⁺ (0.88-1.47)	1.18 ⁺ (0.93-1.49)	1.30 ⁺ (0.88-1.93)	Цит	0.64 ⁺ (0.47-0.87)	0.70 ⁺ (0.51-0.95)	1.09 ⁺ (0.85-1.42)	0.96 ⁺ (0.76-1.21)	0.78 ⁺ (0.57-1.06)	0.89 ⁺ (0.64-1.23)	0.91 ⁺ (0.68-1.21)	0.79 ⁺ (0.49-1.32)	0.91 ⁺ (0.71-1.17)	0.60 ⁺ (0.41-0.87)	0.97 ⁺ (0.74-1.25)	0.77 ⁺ (0.53-1.13)	0.83 ⁺ (0.64-1.07)	1.40 ⁺ (0.78-2.48)
1.20 ⁺ (0.91-1.59)	1.24 ⁺ (0.98-1.58)	1.37 ⁺ (0.93-2.04)	1.06 ⁺ (0.82-1.38)	Кло	1.10 ⁺ (0.80-1.15)	1.71 ⁺ (1.27-2.29)	1.49 ⁺ (1.16-1.90)	1.22 ⁺ (0.88-1.66)	1.40 ⁺ (1.00-1.92)	1.41 ⁺ (1.05-1.91)	1.24 ⁺ (0.76-2.00)	1.42 ⁺ (1.12-1.79)	0.94 ⁺ (0.62-1.41)	1.51 ⁺ (1.15-1.96)	1.21 ⁺ (0.83-1.73)	1.29 ⁺ (0.99-1.67)	2.20 ⁺ (1.22-3.20)
1.06 ⁺ (0.82-1.37)	1.10 ⁺ (0.84-1.42)	1.21 ⁺ (0.81-1.81)	0.93 ⁺ (0.71-1.22)	Дул	0.88 ⁺ (0.66-1.18)	1.56 ⁺ (1.19-2.01)	1.37 ⁺ (1.06-1.73)	1.12 ⁺ (0.80-1.53)	1.28 ⁺ (0.91-1.75)	1.30 ⁺ (0.96-1.72)	1.13 ⁺ (0.69-1.83)	1.30 ⁺ (1.02-1.63)	0.86 ⁺ (0.57-1.29)	1.38 ⁺ (1.04-1.80)	1.10 ⁺ (0.76-1.59)	1.18 ⁺ (0.92-1.49)	1.99 ⁺ (1.13-3.52)
0.90 ⁺ (0.71-1.14)	0.93 ⁺ (0.74-1.17)	1.03 ⁺ (0.70-1.51)	0.79 ⁺ (0.65-0.97)	0.75 ⁺ (0.58-0.97)	0.85 ⁺ (0.67-1.08)	Эсц	0.87 ⁺ (0.70-1.09)	0.71 ⁺ (0.53-0.96)	0.81 ⁺ (0.60-1.11)	0.83 ⁺ (0.63-1.08)	0.72 ⁺ (0.45-1.18)	0.83 ⁺ (0.67-1.03)	0.55 ⁺ (0.37-0.81)	0.88 ⁺ (0.69-1.12)	0.70 ⁺ (0.49-1.00)	0.75 ⁺ (0.60-0.94)	1.27 ⁺ (0.73-2.25)
1.20 ⁺ (0.99-1.48)	1.25 ⁺ (1.06-1.48)	1.38 ⁺ (0.97-1.97)	1.06 ⁺ (0.87-1.29)	1.00 ⁺ (0.81-1.24)	1.14 ⁺ (0.91-1.44)	1.34 ⁺ (1.11-1.61)	Флуо	0.82 ⁺ (0.64-1.04)	0.94 ⁺ (0.72-1.20)	0.95 ⁺ (0.77-1.16)	0.83 ⁺ (0.54-1.30)	0.95 ⁺ (0.83-1.09)	0.63 ⁺ (0.44-0.90)	1.01 ⁺ (0.84-1.21)	0.81 ⁺ (0.60-1.09)	0.87 ⁺ (0.74-1.01)	1.46 ⁺ (0.85-2.53)
1.20 ⁺ (0.90-1.61)	1.25 ⁺ (0.99-1.59)	1.38 ⁺ (0.93-2.07)	1.06 ⁺ (0.82-1.39)	1.01 ⁺ (0.76-1.32)	1.14 ⁺ (0.85-1.54)	1.34 ⁺ (1.03-1.75)	1.00 ⁺ (0.80-1.25)	Флув	1.14 ⁺ (0.84-1.56)	1.16 ⁺ (0.89-1.52)	1.01 ⁺ (0.62-1.71)	1.16 ⁺ (0.90-1.49)	0.77 ⁺ (0.51-1.17)	1.23 ⁺ (0.94-1.63)	0.99 ⁺ (0.69-1.42)	1.06 ⁺ (0.80-1.38)	1.78 ⁺ (1.00-3.24)
1.07 ⁺ (0.80-1.44)	1.11 ⁺ (0.86-1.43)	1.23 ⁺ (0.81-1.85)	0.94 ⁺ (0.71-1.26)	0.89 ⁺ (0.6-1.19)	1.01 ⁺ (0.74-1.38)	1.19 ⁺ (0.90-1.58)	0.89 ⁺ (0.70-1.13)	0.89 ⁺ (0.67-1.17)	Мил	1.02 ⁺ (0.75-1.37)	0.88 ⁺ (0.54-1.44)	1.02 ⁺ (0.80-1.31)	0.67 ⁺ (0.45-1.03)	1.08 ⁺ (0.82-1.44)	0.86 ⁺ (0.60-1.25)	0.93 ⁺ (0.71-1.22)	0.56 ⁺ (0.89-2.84)
0.93 ⁺ (0.72-1.21)	0.97 ⁺ (0.77-1.21)	1.07 ⁺ (0.73-1.57)	0.82 ⁺ (0.665-1.05)	0.78 ⁺ (0.60-1.01)	0.88 ⁺ (0.67-1.16)	1.04 ⁺ (0.82-1.32)	0.78 ⁺ (0.64-0.94)	0.78 ⁺ (0.60-0.99)	0.87 ⁺ (0.66-1.15)	Мир	0.87 ⁺ (0.55-1.41)	1.00 ⁺ (0.82-1.23)	0.66 ⁺ (0.45-0.99)	1.06 ⁺ (0.84-1.35)	0.85 ⁺ (0.62-1.18)	0.91 ⁺ (0.73-1.13)	1.53 ⁺ (0.89-2.72)
1.15 ⁺ (0.76-1.76)	1.19 ⁺ (0.80-1.78)	1.32 ⁺ (0.80-2.20)	1.01 ⁺ (0.67-1.54)	0.96 ⁺ (0.63-1.45)	1.09 ⁺ (0.71-1.68)	1.28 ⁺ (0.86-1.94)	0.96 ⁺ (0.66-1.40)	0.95 ⁺ (0.63-1.46)	1.07 ⁺ (0.70-1.67)	1.23 ⁺ (0.82-1.86)	Неф	1.15 ⁺ (0.74-1.78)	0.75 ⁺ (0.43-1.32)	1.23 ⁺ (0.77-1.90)	0.98 ⁺ (0.57-1.64)	1.04 ⁺ (0.66-1.65)	1.76 ⁺ (0.90-3.56)
1.01 ⁺ (0.82-1.24)	1.05 ⁺ (0.89-1.23)	1.16 ⁺ (0.81-1.64)	0.89 ⁺ (0.72-1.09)	0.84 ⁺ (0.68-1.03)	0.95 ⁺ (0.76-1.19)	1.12 ⁺ (0.93-1.35)	0.84 ⁺ (0.73-0.95)	0.84 ⁺ (0.67-1.04)	0.94 ⁺ (0.75-1.18)	1.08 ⁺ (0.89-1.30)	0.88 ⁺ (0.60-1.27)	Пар	0.66 ⁺ (0.46-0.94)	1.06 ⁺ (0.88-1.28)	0.85 ⁺ (0.63-1.15)	0.91 ⁺ (0.77-1.07)	1.53 ⁺ (0.90-2.66)
1.44 ⁺ (1.02-2.04)	1.50 ⁺ (1.07-2.07)	1.65 ⁺ (1.05-2.60)	1.27 ⁺ (0.92-1.75)	1.20 ⁺ (0.84-1.70)	1.36 ⁺ (0.95-1.95)	1.60 ⁺ (1.14-2.23)	1.20 ⁺ (0.88-1.62)	1.20 ⁺ (0.83-1.71)	1.35 ⁺ (0.92-1.95)	1.54 ⁺ (1.09-2.17)	1.25 ⁺ (0.77-2.01)	1.43 ⁺ (1.05-1.94)	Реб	1.61 ⁺ (1.09-2.44)	1.29 ⁺ (0.81-2.01)	1.38 ⁺ (0.94-1.99)	2.32 ⁺ (1.24-4.41)
1.07 ⁺ (0.85-1.37)	1.11 ⁺ (0.92-1.35)	1.23 ⁺ (0.85-1.79)	0.95 ⁺ (0.76-1.18)	0.90 ⁺ (0.71-1.13)	1.02 ⁺ (0.79-1.32)	1.20 ⁺ (0.97-1.48)	0.89 ⁺ (0.76-1.05)	0.89 ⁺ (0.70-1.13)	1.00 ⁺ (0.77-1.30)	1.15 ⁺ (0.93-1.43)	0.93 ⁺ (0.63-1.37)	1.07 ⁺ (0.90-1.26)	0.75 ⁺ (0.54-1.04)	0.86 ⁺ (0.58-1.11)	0.80 ⁺ (0.58-1.11)	0.86 ⁺ (0.70-1.05)	1.45 ⁺ (0.84-2.54)
1.36 ⁺ (0.99-1.87)	1.41 ⁺ (1.06-1.86)	1.56 ⁺ (1.04-2.31)	1.20 ⁺ (0.88-1.63)	1.13 ⁺ (0.83-1.54)	1.28 ⁺ (0.92-1.79)	1.51 ⁺ (1.12-2.04)	1.13 ⁺ (0.87-1.46)	1.13 ⁺ (0.82-1.55)	1.27 ⁺ (0.91-1.76)	1.45 ⁺ (1.09-1.94)	1.18 ⁺ (0.75-1.84)	1.35 ⁺ (1.04-1.75)	0.94 ⁺ (0.64-1.39)	1.26 ⁺ (0.65-1.67)	Тра	1.07 ⁺ (0.77-1.47)	1.80 ⁺ (0.98-3.38)
1.01 ⁺ (0.82-1.26)	1.05 ⁺ (0.87-1.27)	1.16 ⁺ (0.82-1.65)	0.90 ⁺ (0.72-1.10)	0.85 ⁺ (0.67-1.06)	0.96 ⁺ (0.77-1.21)	1.13 ⁺ (0.93-1.37)	0.84 ⁺ (0.73-0.97)	0.84 ⁺ (0.66-1.07)	0.95 ⁺ (0.73-1.23)	1.09 ⁺ (0.89-1.33)	0.88 ⁺ (0.59-1.30)	1.01 ⁺ (0.86-1.17)	0.70 ⁺ (0.51-0.97)	0.94 ⁺ (0.78-1.13)	0.75 ⁺ (0.57-0.98)	Вен	1.69 ⁺ (1.01-2.86)
1.73 ⁺ (0.42-1.26)	0.76 ⁺ (0.44-1.29)	0.83 ⁺ (0.45-1.54)	0.64 ⁺ (0.37-1.11)	0.61 ⁺ (0.35-1.05)	0.69 ⁺ (0.40-1.20)	0.81 ⁺ (0.47-1.39)	0.60 ⁺ (0.36-1.02)	0.60 ⁺ (0.34-1.05)	0.68 ⁺ (0.39-1.20)	0.78 ⁺ (0.45-1.34)	0.63 ⁺ (0.33-1.19)	0.72 ⁺ (0.43-1.22)	0.51 ⁺ (0.28-0.92)	0.68 ⁺ (0.39-1.16)	0.54 ⁺ (0.30-0.95)	0.72 ⁺ (0.43-1.19)	Вор

Примечания: – эффективность; – переносимость; полужирным выделены статистически значимые величины показателей, для эффективности (отношения шансов при 95% ДИ) значения выше 1 указывают преимуществу препарата, расположенного в таблице выше; для переносимости лечения (отношения шансов при 95% ДИ) значения выше 1 указывают на преимуществу препарата, расположенного в таблице ниже; Аго – атомелатин, Ами – амитриптилин, Буп – бупропион, Цит – циталипран, Кло – кломипрамин, Дул – дулоксетин, Эсц – эсциталипран, Флуо – флуоксетин, Флув – флувоксамин, Мил – милнапран, Мир – миртазапин, Неф – нефазодон, Пар – пароксетин, Ребо – ребоксетин, Раб – рабноксетин, Тра – тразодон, Вен – венлафаксин, Вор – вортиоксетин.

Важным элементом проведенного мета-анализа являлась оценка однородности анализируемых данных. Было показано, что «несогласованность» составляла 8% как для показателей ответа на лечение, так и уровня выбывания из исследований ($p=0,063$ и $p=0,219$ соответственно). Медиана неоднородности (гетерогенности) – 0,044 (95% ДИ=0,028–0,063) для терапевтического ответа и 0,040 (95% ДИ=0,023–0,062) для выбывания из исследований, что соответствует умеренному-низкому уровню показателя. Мета-регрессионный анализ подгрупп выявил, что, как уже отмечалось выше, использование плацебо является наиболее существенным объяснением несогласованности и гетерогенности в этих случаях. Исключение из анализа плацебо-контролируемых исследований способствует уменьшению 24% гетерогенности по эффективности и 45% по выбыванию из исследований. В целом 9% исследований были оценены как имеющие высокий риск ошибок, 73% – умеренный и 18% – низкий. В исследованиях с прямым (head-to-head) сравнением антидепрессантов между собой, при использовании нового (экспериментального) препарата его эффективность была значительно выше, чем в случаях, когда этот же препарат оценивался в более поздние периоды его применения или как препарат сравнения, что требует поправки при оценке его эффективности.

Обсуждая полученные результаты, авторы отмечают, что они в определенной степени отличаются от выводов некоторых других исследований. В частности, проведенный мета-анализ переносимости и эффективности антидепрессивной терапии детей и подростков с большим депрессивным расстройством [2] выявил, что из 14 изученных препаратов (амитриптилин, венлафаксин, дезипрамин, дулоксетин, имипрамин, кломипрамин, мirtазапин, нефазодон, нортриптилин, пароксетин, сертралин, флуоксетин, циталопрам и эсциталопрам) только флуоксетин обнаруживал статистически значимые отличия от плацебо при том, что его переносимость была лучше, чем переносимость ряда других препаратов (в том числе дулоксетина и имипрамина); данные результаты были интерпретированы как доказательство очевидных преимуществ флуоксетина в случаях необходимости терапии большого депрессивного расстройства у детей и подростков, однако отмечено, что качество анализируемых исследований в большинстве случаев было низким [2]. Авторы объясняют выявленные расхождения возможностью различия механизмов развития депрессии у пациентов разных возрастных групп [11], небольшим количеством исследований лиц молодого возраста и различными методологическими подходами во взрослой и подростковой психиатрии [12].

В обсуждении обращается внимание на тот факт, что величина эффекта была меньше в недавних и крупных плацебо-контролируемых исследованиях по сравнению со «старыми» и небольшими

плацебо-контролируемыми исследованиями. Выявленные различия между препаратами были меньше в плацебо-контролируемых исследованиях по сравнению с исследованиями, в которых антидепрессанты сравнивались непосредственно друг с другом. Терапевтический ответ при применении одних и тех же антидепрессантов был в среднем меньше, а выбывание более вероятно в случае плацебо-контролируемых исследований по сравнению с исследованиями с активным контролем. При этом авторы указывают, что свойство депрессии к спонтанному разрешению может быть причиной высокого уровня плацебо-эффекта при исследовании антидепрессантов [3]. Кроме того, по мнению авторов, пациенты, получающие активный препарат, могут досрочно выбывать из исследований вследствие опасений, что они принимают плацебо (эти опасения отсутствуют в исследованиях с активным контролем). При досрочном (на ранних этапах) выбывании из исследования, когда собственно антидепрессивный эффект препарата ее не проявился, учет тяжести депрессии выбывших больных в конечных результатах негативно сказывается на оценке реальной эффективности лечения.

В осуществленном мета-анализе не было выявлено влияния фармацевтических компаний на полученные результаты, однако число независимых исследований было невелико, а в ряде исследований не раскрывались источники финансирования.

Качество многих сопоставлений было оценено как низкое или очень низкое – для амитриптилина, бупропиона, венлафаксина и среднее – для агомелатина, эсциталопрама и мirtазапина. Однако в ряде исследований не приводилось адекватной информации (например, о рандомизации), которая позволила бы помочь оценить ограничения полученных результатов.

Авторы подчеркивают, что анализу были подвергнуты только средние значения эффективности при отсутствии возможности оценить потенциально важные клинические и демографические характеристики (пол, возраст, тяжесть симптоматики, длительность заболевания), влияние на терапевтический ответ на уровне отдельного пациента.

Авторами также указывается, что пациенты, принимающие участие в клинических исследованиях, тщательно отбираются и из проведенного анализа были исключены больные психотической симптоматикой и резистентной депрессией, что также могло повлиять на результаты. Ряд важных показателей, таких как общее функционирование, не оценивались из-за недостатка исходной информации в публикациях. Кроме того, ряд побочных эффектов терапии развивается в отдаленном периоде лечения, не оцениваемом в данной работе, что требует определенной осторожности при экстраполяции полученных данных на длительную терапию.

И, наконец, полученные результаты распространяются на инициальную терапию и не позволяют

рекомендовать следующий шаг (например, терапевтический выбор при неэффективности первого назначения).

Несмотря на указанные ограничения, авторы подчеркивают, что проведенный сетевой мета-анализ

является наиболее всесторонним основанным на доказательствах руководством по первоначальному выбору купирующей терапии большого депрессивного расстройства у взрослых пациентов, которое окажется полезным пациентам, их близким и врачам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cipriani A., Furukawa T.A., Salanti G. et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatment meta-analysis // *Lancet*. 2009. Vol. 373. P. 746–758.
2. Cipriani A., Zhou X., Del Giovane C. et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis // *Lancet* 2016. Vol. 388. P. 881–890.
3. Furukawa T.A., Cipriani A., Atkinson L.Z. et al. Placebo response rates in antidepressant trials: a systematic review of published and unpublished double-blind randomised controlled studies // *Lancet Psychiatry*. 2016 Vol. 3. P. 1059–1066.
4. Furukawa T.A., Salanti G., Atkinson L.Z. et al. Comparative efficacy and acceptability of first-generation and second-generation antidepressants in the acute treatment of major depression: protocol for a network meta-analysis // *BMJ Open*. 2016. Vol. 6. P. e010919.
5. GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators, Murray CJ, Barber RM, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition // *Lancet*. 2015. Vol. 386. P. 2145–2191.
6. GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 // *Lancet*. 2016. Vol. 388. P. 1603–1658.
7. Harmer C.J., Duman R.S., Cowen P.J. How do antidepressants work? New perspectives for refining future treatment approaches // *Lancet Psychiatry*. 2017. Vol. 4. P. 409–418.
8. Higgins J.P., Welton N.J. Network meta-analysis: a norm for comparative effectiveness? // *Lancet*. 2015. Vol. 386. P. 628–630.
9. Hróbjartsson A., Thomsen A.S., Emanuelsson F. et al. Observer bias in randomized clinical trials with measurement scale outcomes: a systematic review of trials with both blinded and nonblinded assessors // *CMAJ*. 2013. Vol. 185. P. 201–211.
10. Ioannidis J.P. Effectiveness of antidepressants: an evidence myth constructed from a thousand randomized trials? // *Philos Ethics Humanit. Med*. 2008. Vol. 3. P. 14.
11. Thapar A., Collishaw S., Pine D.S., Thapar A.K. Depression in adolescence // *Lancet*. 2012. Vol. 379. P. 1056–1067.
12. Walkup J.T. Antidepressant efficacy for depression in children and adolescents: industry- and NIMH-funded studies // *Am. J. Psychiatry*. 2017. Vol. 174. P. 430–37.
13. WHO. Depression: fact sheet. Geneva: World Health Organisation, 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ 21 АНТИДЕПРЕССАНТА, ПРИМЕНЯЕМОГО ДЛЯ КУПИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ БОЛЬШОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА У ВЗРОСЛЫХ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И СЕТЕВОЙ МЕТА-АНАЛИЗ

А. Циприани, Т.А. Фурукама, Дж. Саланти, А. Чаймани, Л.З. Аткинсон, Ю. Огава, С. Лехт, Х.Г. Рухе, Э.Х. Турнер, Дж.П.Т. Хиггинс, М. Эггер, Н. Такешима, Ю. Хайасака, Х. Имаи, К. Шиохара, А. Тайика, Дж.П.А. Иоанидис, Дж.Р. Геддес

Цель: сравнить и составить рейтинг антидепрессантов, применяемых для купирующей терапии взрослых с униполярной депрессией. Был осуществлен систематический обзор и мета-анализ в следующих базах данных: Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL, Embase, LILACS database, MEDLINE, MEDLINE In-Process, PsycINFO, вебсайтах регуляторных агентств и международных регистров для опубликованных и неопубликованных двойных слепых рандомизированных плацебо контролируемых исследований до 8 января 2016 года. Включались плацебо контролируемые исследования и исследования с прямым сопоставлением 21 антидепрессанта, используемых для купирующей терапии больных обоего пола с большим депрессивным расстройством в возрасте 18 лет и старше. Исключались квази-рандомизированные исследования, исследования, которые не были завершены или включали 20% и более участников с биполярным расстройством, психотической депрессией, резистентностью и больных с серьезными соматическими заболеваниями. Всего было выявлено 28552 публикации, из которых 522 (116477 участников) были включены в анализ.

Все изученные препараты были эффективнее плацебо с отношением шансов в интервале между 2,13 (95% ДИ=1,89–2,41) для амитриптилина и 1,37 (1,16–1,63) для ребоксетина. По переносимости только агомелатин (отношение шансов 0,84; 95% ДИ=0,72–0,97) и флуоксетин (0,88;

0,80–0,96) обнаруживали уровень выпадений из исследований меньше, чем плацебо, в то время как показатели для клонипрамина были хуже, чем у плацебо (1,30; 1,01–1,68). В исследованиях с прямым сопоставлением препаратов агомелатин, амитриптилин, вортиоксетин, миртазапин, пароксетин и эсциталопрам были более эффективны, чем другие антидепрессанты (интервал отношения шансов 1,19–1,96). Агомелатин, циталопрам, эсциталопрам, флуоксетин, сертралин и вортиоксетин лучше переносились, чем другие антидепрессанты (интервал отношения шансов 0,43–0,77), в то время как амитриптилин, клонипрамин, дулоксетин, флувоксамин, ребоксетин, тразодон и венлафаксин обнаруживали наиболее высокий уровень выпадения из исследований (1,30–2,32). 46 (9%) of 522 исследований имели высокий риск ошибок, 380 (73%) – умеренный и 96 (18%) – низкий. Таким образом, все исследованные антидепрессанты были эффективнее, чем плацебо у взрослых больных с большим депрессивным расстройством. Небольшие отличия между препаратами обнаружались, когда в анализе учитывались плацебо-контролируемые исследования, однако при их прямом сопоставлении различия в отношении эффективности и переносимости препаратов были более выражены. Данные результаты могут использоваться в обоснованной клинической практике и для информирования пациентов, врачей, разработчиков клинических рекомендаций и организаторов здравоохранения.

COMPARATIVE EFFICACY AND ACCEPTABILITY OF 21 ANTIDEPRESSANT DRUGS FOR THE ACUTE TREATMENT OF ADULTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER: A SYSTEMATIC REVIEW AND NETWORK META-ANALYSIS

A. Cipriani, T.A. Furukawa, G. Salanti, A. Chaimani, L.Z. Atkinson, Y. Ogawa, S. Leucht, H.G. Ruhe, E.H. Turner, J.P.T. Higgins, M. Egger, N. Takeshima, Y. Hayasaka, H. Imai, K. Shinohara, A. Tajika, J.P.A. Ioannidis, J.R. Geddes

Aim: to compare and rank antidepressants for the acute treatment of adults with unipolar major depressive disorder. We did a systematic review and network meta-analysis. We searched Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL, Embase, LILACS database, MEDLINE, MEDLINE In-Process, PsycINFO, the websites of regulatory agencies, and international registers for published and unpublished, double-blind, randomised controlled trials from their inception to Jan 8, 2016. We included placebo-controlled and head-to-head trials of 21 antidepressants used for the acute treatment of adults (≥ 18 years old and of both sexes) with major depressive disorder. We excluded quasi-randomised trials and trials that were incomplete or included 20% or more of participants with bipolar disorder, psychotic depression, or treatment-resistant depression; or patients with a serious concomitant medical illness. We identified 28552 citations and of these included 522 trials comprising 116477 participants. In terms of efficacy, all antidepressants were more effective than placebo, with ORs ranging between 2.13 (95% credible interval [CrI] 1.89–2.41) for amitriptyline and 1.37 (1.16–1.63) for reboxetine. For acceptability, only agomelatine (OR 0.84, 95% CrI 0.72–0.97) and fluoxetine (0.88,

0.80–0.96) were associated with fewer dropouts than placebo, whereas clomipramine was worse than placebo (1.30, 1.01–1.68). In head-to-head studies, agomelatine, amitriptyline, escitalopram, mirtazapine, paroxetine, venlafaxine, and vortioxetine were more effective than other antidepressants (range of ORs 1.19–1.96). For acceptability, agomelatine, citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, and vortioxetine were more tolerable than other antidepressants (range of ORs 0.43–0.77), whereas amitriptyline, clomipramine, duloxetine, fluvoxamine, reboxetine, trazodone, and venlafaxine had the highest dropout rates (1.30–2.32). 46 (9%) of 522 trials were rated as high risk of bias, 380 (73%) trials as moderate, and 96 (18%) as low; and the certainty of evidence was moderate to very low.

All antidepressants were more efficacious than placebo in adults with major depressive disorder. Smaller differences between active drugs were found when placebo-controlled trials were included in the analysis, whereas there was more variability in efficacy and acceptability in head-to-head trials. These results should serve evidence-based practice and inform patients, physicians, guideline developers, and policy makers on the relative merits of the different antidepressants.

Cipriani Andrea – Department of Psychiatry, University of Oxford, UK; andrea.cipriani@psych.ox.ac.uk

КОММЕНТАРИЙ

к статье А.Циприани и соавт. «Сравнительная эффективность и переносимость 21 антидепрессанта, применяемого для купирующей терапии большого депрессивного расстройства у взрослых: систематический обзор и сетевой мета-анализ»

Публикация данной статьи международной группы авторов является значимым событием в научной и практической психиатрии. Начавшиеся более 65 лет назад революционные изменения в оказании психиатрической помощи, связанные с появлением психотропных фармакологических средств, позволивших осуществлять терапию психически больных на качественно новом уровне, породили и ряд проблем. Эти проблемы связаны в том числе с определением эффективности новых препаратов и их переносимостью. В повседневной практике перед врачом-психиатром стоит задача выбора для данного конкретного пациента того или иного препарата из многочисленного арсенала лекарственных средств, и необходимо, чтобы этот выбор основывался на аргументах, полученных в высококачественных научных исследованиях. В этом отношении мета-анализ А.Циприани и соавт. трудно переоценить.

Большая международная группа исследователей осуществила колоссальную работу по поиску и чрезвычайно тщательному анализу двойных слепых рандомизированных клинических исследований антидепрессантов, ранжировав их по эффективности, приемлемости и переносимости в случаях купирующей терапии больных с большим депрессивным расстройством. Полученные результаты являются хорошим подспорьем для принятия терапевтического решения при лечении данного заболевания.

Вместе с тем, авторы указывают на ряд особенностей и ограничений проведенного исследования. Среди них особо обращает внимание проблема плацебо-контролируемых исследований, нивелирующих различия между препаратами по их эффективности и приемлемости. Другая важная особенность – относительно высокий уровень гетерогенности анализируемого материала, на которую в наибольшей степени оказывали влияние исследования с использованием плацебо, а также небольшие по размеру и «старые» исследования. Исследования с использованием вновь появившихся антидепрессантов демонстрировали их большую эффективность по сравнению со случаями, когда она оценивалась на более отдаленных этапах применения препарата. В целом указывается на чрезвычайно высокое число работ, имеющих умеренный и даже высокий риск ошибок.

Авторы не выявили существенного влияния на полученные результаты фактора финансовой поддержки исследований фармацевтическими компаниями, однако отметили, что число независимых публи-

каций относительно невелико. Этот последний факт заслуживает специального внимания. Представляется, что проблема состоит не столько в «ангажированности» специалистов, участвующих в изучении новых препаратов, сколько в задачах, которые ставятся в подобных работах. Целью исследований, осуществляемых фармацевтическими компаниями, как правило, является получение регистрации в уполномоченных государственных структурах нового лекарственного средства или новых показаний для уже присутствующих на фармацевтическом рынке препаратов.

Согласно установленным правилам, в этих случаях необходимо доказать статистически значимое отличие по общей эффективности от плацебо, хорошую переносимость лечения и отдельные (хотя бы единичные) особенности действия (например, влияние на когницию, социальное функционирование и т.п.), отличающие исследуемый препарат от уже известных. Наверное, было бы чрезмерным требовать от компаний-разработчиков новых лекарств тратить колоссальные финансовые средства на определение нюансов их действия (они должны продемонстрировать, что новый препарат «работает» и является безопасным), однако эта задача безусловно входит в число приоритетных для последующих научных исследований, число которых, как уже отмечалось, относительно невелико и, самое главное, их дизайн, подчиняясь тренду, заданному в крупных работах, спонсируемых фармацевтическими компаниями, стал «золотым стандартом» и регулярно воспроизводится. В результате практически отсутствуют качественные исследования, в которых изучается спектр психотропной активности новых препаратов и его соотношение с клинической картиной заболевания у данного конкретного пациента, что является одним из наиболее значимых моментов при принятии терапевтического решения в рамках персонализированного подхода к оказанию помощи больным. Опыт начального этапа психофармакологической эры демонстрирует продуктивность такого подхода и неотложной задачей научной психиатрии является поиск внутренних и внешних ресурсов для его практического применения.

Шмуклер А.Б.

*доктор медицинских наук, профессор,
заместитель директора по научной работе
Московского НИИ психиатрии – филиала
ФБГУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского»
Минздрава России*

СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ В ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ГЕРОНТОПСИХИАТРИИ

Ю.И. Полищук, З.В. Летникова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России

За последние годы происходят значительные изменения в диагностике и классификации психических, а также гериатрических расстройств. Больше внимания стало уделяться диагностическому значению поведенческих расстройств, социокультуральным и организационным вопросам. Вместе с тем, проявляется тенденция к упрощению некоторых диагностических категорий в условиях полипрофессиональной помощи больным. Принадлежность некоторых новых диагностических и классификационных категорий к традиционной психиатрической нозологии и выделение новых клинических форм психической патологии являются чрезмерно расширительными, либо весьма сомнительными с теоретической точки зрения [3]. Одной из таких новых диагностических категорий является синдром «старческой астении», концепция которого (Frailty – хрупкость) за последние годы разработана и широко используется в зарубежной и российской геронтологии и гериатрии [1, 2, 4, 6–9, 11]. В международной классификации болезней (МКБ-10) это расстройство обозначено шифром R54. Его распространённость среди пожилых и старых людей во всём мире достигает 13%, а распространённость синдрома «старческой преастении» – 50%. При отсутствии адекватного лечения и реабилитационных мероприятий «старческая преастения» переходит в «старческую астению» через 4–5 лет. Этот синдром объявляется ключевым и центральным понятием современной геронтологии, гериатрии и гериатрической службы. Он отражает возрастное снижение функционального состояния и дефицитарность нескольких физиологических систем, включая центральную нервную систему. Его распространённость среди людей позднего возраста в России выше, чем в западных странах и достигает 80–84% [10]. Этот факт делает актуальными задачи выявления, лечения и профилактики этого состояния в континууме его физиологических и патологических вариантов. Российским геронтологическим научным клиническим Центром изданы методические рекомендации по ведению пациентов с синдромом «старческой астении» для врачей первичного звена здравоохранения [4]. На их

основе министерством здравоохранения Красноярского края издано методическое пособие для врачей первичного звена здравоохранения «Выявление и особенности ведения пациентов с синдромом старческой астении». В нём имеется раздел «Психические расстройства у пожилых людей», в котором изложена краткая характеристика деменций, депрессивных и галлюцинаторно-бредовых расстройств, рассматриваемых в рамках указанного синдрома [2].

Существует несколько определений синдрома «старческой астении», свидетельствующих о неоднозначном его понимании разными авторами. Прежде всего, говорится о состоянии или большом клиническом синдроме, при котором вследствие полиморбидности происходит поражение многих органов и физиологических систем, что приводит к постепенному снижению резервных возможностей организма и наступлению инвалидности или смерти в результате внешних или внутренних воздействий. Указанный синдром характеризует такое состояние здоровья пациента пожилого и старческого возраста, которое отражает потребность в уходе за ним. Он включает в себя 5 позиций: 1) потеря веса (массы) тела, 2) снижение силы кисти руки, определяемое с помощью динамометра, 3) общая слабость и повышенная утомляемость, 4) снижение скорости движений (медлительность), 5) снижение физической активности. Синдром «старческой астении» диагностируется при наличии трёх и более указанных признаков. При наличии 1 или 2 признаков диагностируется «старческая преастения» [2, 4, 8]. В основе синдрома лежат три взаимосвязанных состояния: недостаточность питания (мальнутриция), саркопения (возрастное уменьшение массы и силы мышц) и нарушения метаболических процессов с дисфункцией внутренних органов, включая головной мозг. Синдром «старческой астении» характеризуется также как совокупность физиологических особенностей организма людей в возрасте 65–70 лет и старше, которые определяют продолжительность жизни и специфику ухода за ними. Они зависят от генетической предрасположенности и наличия нескольких хронических заболеваний. Таким образом, синдром «старческой

астении» может проявляться как генетически детерминированное физиологическое состояние физического и психического упадка при неблагоприятном старении [5] и как патологическое состояние с многочисленными болезненными симптомами, развивающееся вследствие полиморбидности. Считается, что к его развитию могут приводить свыше 65 различных болезненных состояний. Основными из них являются: анорексия, апатия, хронические сердечно-сосудистые заболевания и заболевания желудочно-кишечного тракта, хронический болевой синдром, дегидратация, недержание мочи, инсомния, дефекты зрения и слуха, деменция, депрессия, затяжные неврозоподобные и церебрастенические расстройства. Осложнением синдрома «старческой астении» может быть сосудистая деменция и ряд психических расстройств (делирий, спутанность сознания, галлюцинаторно-бредовые расстройства). В свою очередь, психические расстройства сами по себе и в сочетании с соматической патологией могут приводить к развитию синдрома «старческой астении» через несколько последовательных этапов. Этап «старческой преастении» характеризуется частыми обострениями и декомпенсациями хронических заболеваний, снижением социального функционирования пациента. Этап лёгкой «старческой астении» характеризуется похудением, ослаблением памяти, снижением зрения и слуха, затруднениями при ходьбе. На этапе умеренной «старческой астении» усиливается общая слабость, утомляемость, нарастают нарушения памяти и внимания, сообразительности, возникает потребность в уходе со стороны родственников. Этап тяжёлой «старческой астении» характеризуется более выраженными признаками общей слабости, деменции, неустойчивости и падениям при ходьбе, недержанием мочи, иногда кала, беспомощностью в самообслуживании.

Диагностика синдрома «старческой астении» в геронтологии, гериатрии и в общей медицинской практике за рубежом обычно осуществляется комиссионно. В состав комиссии входят врач-гериатр, гериатрическая медсестра и специалист по социальной работе. При необходимости включаются врач-диетолог, физиотерапевт, медицинский психолог. Включение в диагностический процесс геронтопсихиатра и геронтоневролога предусмотрено в случаях деменции, выраженной депрессии и психотических расстройств, поскольку выявление или исключение деменции и депрессии при диагностике синдрома «старческой астении» являются обязательными, и медицинский психолог не всегда может это осуществить. В целях выявления и диагностики указанного синдрома используется опросник «Возраст не помеха», предложенный Российским геронтологическим научно-клиническим Центром. Учитываются ответы «да» и «нет» на следующие 7 вопросов:

Похудели ли Вы на 4–5 кг за последние 6 месяцев?
Испытываете ли Вы снижение слуха или зрения?

Были ли случаи падений с травмами за последний год?

Возникало ли продолжительное чувство подавленности, грусти или тревоги за последние несколько недель?

Имеются ли затруднения с памятью, ориентировкой, пониманием, способностью планирования?

Бывают ли эпизоды недержания мочи?

Трудно ли Вам ходить на расстояние 100 метров и подниматься на 1 лестничный пролёт?

При наличии трёх и более ответов «да» диагностируется синдром «старческой астении» («хрупкий» пациент). Если даётся 1–2 ответа «да», то диагностируется «старческая преастения», что нацеливает врача на профилактику синдрома «старческой астении». Разработан также индекс «старческой астении» из 6 позиций, с помощью которого можно количественно оценивать степень выраженности этого синдрома – лёгкую, умеренную и тяжёлую.

Выделяют несколько основных факторов, влияющих на возникновение и развитие данного синдрома. Это, прежде всего, возраст 65–70 лет и особенно 80 лет и выше. В каждые последующие 5 лет риск прогрессирования синдрома «старческой астении» увеличивается примерно на 20%. Синдром чаще развивается у пожилых женщин; одиноких пожилых и старых людей, проживающих в сельской местности; у пожилых людей с низким уровнем образования и низким уровнем материального обеспечения; при наличии хронических прогрессирующих соматических и нервно-психических заболеваний.

Приведенные описания и характеристики синдрома «старческой астении» свидетельствуют об условности этого интегрального понятия, принятого в современной геронтологии и гериатрии, его преимущественно практическую направленность и значимость в целях установления потребности и необходимости в уходе за пожилым и старым человеком при наличии у него разнообразных проявлений неблагоприятного и патологического старения. Однако при оценке научной и клинической обоснованности этого понятия, анализе его общей структуры возникает ряд вопросов. Наряду с явлениями физической и психической астении, как психопатологического расстройства (общая слабость, повышенная утомляемость, снижение уровня когнитивных функций, снижение физической и психической активности), в большой синдром «старческой астении» геронтологами и гериатрами включаются и такие психические расстройства как деменции, депрессии и психотические состояния (делирии, состояния спутанного сознания с возбуждением). Понятно, что эти психические расстройства выходят далеко за рамки астении и отражают более глубокое поражение психической деятельности. Как известно, они имеют самостоятельную нозологическую и синдромологическую квалификацию, определённое диагностическое и прогностическое значение.

Совершенно очевидно, что применительно к состояниям деменции, депрессии или психоза термин «синдром старческой астении» в таких случаях является неадекватным и некорректным. Поскольку синдром в строгом значении этого термина – это совокупность симптомов, объединённых общим патогенезом, то в синдром «старческой астении» не должны включаться синдромы деменции и депрессии, в основе которых лежат патогенетические механизмы, отличные от патогенетических механизмов астении. На смену или в дополнение к термину «синдром старческой астении» в таких случаях должен быть использован термин «синдром деменции» с указанием её типа и термины «поздней депрессии» или психоза с указанием их клинического типа. С другой стороны, известно, что в случаях начальной и умеренной атрофической и смешанной (сосудисто-атрофической) деменции, а также при лёгких и умеренных депрессиях далеко не всегда отмечается астеническая симптоматика в виде общей слабости и повышенной утомляемости, потери массы тела, снижения аппетита, уменьшения физической активности и скорости движений, которые характеризуют синдром «старческой астении». Кроме того, снижение физической активности и скорости движений, падения при ходьбе могут целиком определяться нарушениями зрения (катаракта, глаукома), а также наличием артритов и артрозов коленных и тазобедренных суставов, и не являться в таких случаях диагностическими признаками синдрома «старческой астении». Включение в синдром мальнутриции, как составной части синдрома «старческой астении», тревожно-депрессивных расстройств и деменции также является неоправданным в силу чрезмерной расширительности и недостаточной обоснованности такого включения.

Указанные замечания свидетельствуют о том, что концепция синдрома «старческой астении», наряду с её положительным значением для гериатрической практики, может, в то же время, являться основа-

нием для гипердиагностики указанного синдрома и, следовательно, применения неоправданно широких лечебных воздействий. Необходим более дифференцированный и взвешенный синдромологический и нозологический подход при оценке диагностического значения деменций, депрессий и иных психических расстройств в структуре и динамике общего (глобального) синдрома «старческой астении», при его выявлении, диагностике и терапии. Целесообразным было бы выделение облигатных и факультативных симптомов данного синдрома. Это касается, прежде всего, его физиологических вариантов, отражающих генетически запрограммированные возрастные инволютивные процессы, а также ещё более многочисленных случаев «старческой преастении» с тенденцией к постепенному переходу их в «старческую астению». Применительно к этим состояниям концепция синдрома «старческой астении» сопоставима с известной концепцией синдрома «психического упадка» в старости [5], согласно которой повышенная утомляемость, общая слабость, ощущение недомогания в результате мышечной атрофии, появление болезненных ощущений в теле, снижение физической и психической активности, ослабление эмоционального тонуса являются естественными и закономерными проявлениями неуклонно прогрессирующей возрастной инволюции человеческого организма. Эти изменения не должны выражаться в понятиях и терминах клинической медицины, но они могут явиться предпосылкой и «почвой» для возникновения и развития различных патологических состояний, приводящих к феномену полиморбидности, лежащему в основе патологических вариантов синдрома «старческой астении». В этих случаях процессы возрастной нормы и возрастной патологии находятся и выражаются в их единстве, взаимодействии и взаимовлиянии. С учётом этого во многих случаях альтернативой термину «синдром старческой астении» может быть более корректный и более адекватный термин «синдром старческого упадка».

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильницкий А.Н., Прошаев К.И. Старческая астения (Frailty) как концепция современной геронтологии // Геронтология. 2013. Т. 1. № 1. С. 5–16.
2. Кононова Л.И., Миронова А.С., Ключникова Е.П., Остапенко С.Л., Михайленко Ю.П., Ткачёва Л.Н., Петрова В.А. Выявление и особенности введения пациентов с синдромом старческой астении. Методическое пособие для врачей первичного звена здравоохранения. Красноярск, 2017. 50 с.
3. Краснов В.Н. Современные изменения принципов диагностики и классификации психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. № 1. С. 58–61.
4. Рунихина Н.К., Остапенко В.С., Шарашкина Н.В., Мхитарян Э.А., Каштанова В.А. Методические рекомендации по ведению пациентов со старческой астенией для врачей первичного звена здравоохранения. М.: 2016. 13 с.
5. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. М.: Медицина. 1996. 304 с.
6. Espinoza S., Walston J.D. Frailty in older adults: insights and interventions // Cleveland Clin. J. Med. 2005. N 72. P. 1105–1112.
7. Fedarko N. The biology of aging and frailty // Clin. Geriatr. Med. 2011. N 27. P. 27–37.
8. Fisher A.L. Just what defines frailty ? // J. Am. Geriatr. Soc. 2007. N 53. P. 2229–2230.
9. Fried I.P., Tangen C.M., Walston J., Newman A.B., Hirsch C., Gottdiener J. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype // J. Gerontol. Biol. Sci. Med. Sci. 2001. N 56. P. 146–157.
10. Gurina N.A., Frolova E.V., Degruze J.M. A roadmap of aging in Russia: the prevalence of frailty in community-dwelling older adults in the St.Petersburg district the “Crustal” study // J. Am. Geriatr. Soc. 2011. N 59. P. 980–988.
11. Rockwood K., Hogan D.B., Macknight C. Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people // Drugs Aging. 2001. N 17. P. 295–302.

СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ В ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ГЕРОНТОПСИХИАТРИИ

Ю.И. Полищук, З.В. Летникова

В статье изложены сведения о современной концепции синдрома старческой астении, принятой в современной геронтологии и гериатрии. Проводится критический анализ этой концепции и соответствующего ей понятия. Указывается на их недифференцированность и аморфность по отношению к различным психическим расстройствам, которые включаются в этот синдром. Существует тенденция к его

гипердиагностике за счёт включения в него разного вида соматических и психических расстройств, имеющих разные причины и разный патогенез. Термин «старческая астения» является условным и отражает, прежде всего, потребность пациентов в уходе. Во многих случаях он может быть заменён более адекватным термином «старческий упадок».

Ключевые слова: старость, астения, физический и психический упадок.

SYNDROME OF SENILE ASTHENIA IN GERONTOLOGY AND GERIATRICS IN TERMS OF GERONTOPSYCHIATRY

Y.I. Polishchuk, Z.V. Letnikova

The article describes the current concept of the syndrome of senile asthenia, adopted in gerontology and geriatrics. A critical analysis of this concept and its corresponding concept is carried out. It is indicated that they are undifferentiated and amorphous in relation to various mental disorders that are included in this syndrome. There is a tendency to its overdiagnosis

due to the inclusion in it of various kinds of somatic and mental disorders, having different causes and different pathogenesis. The unifying term “senile asthenia” is conditional and reflects, first of all, the need of patients for care. In many cases, it can be replaced by a more adequate term “senile decline”.

Key words: old age, asthenia, physical and mental decline.

Полищук Юрий Иосифович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения профилактической геронтопсихиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» МЗ РФ; e-mail: yu.polishchuk@mail.ru

Летникова Зинаида Владимировна – старший научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» МЗ РФ; e-mail: z.Letnikova@mail.ru

ЭВОЛЮЦИОННАЯ ПСИХИАТРИЯ: ОТ ИЗУЧЕНИЯ ПРОШЛОЙ НОРМЫ К ПОНИМАНИЮ СОВРЕМЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Р.А. Цой*, И.В. Сим**, Е.С. Молчанова**

* *Кыргызско-Российский (Славянский) Университет*

** *Американский Университет в Центральной Азии
Бишкек, Кыргызская Республика*

В развитии психиатрии прослеживается опасная тенденция, которая постепенно превращает науку о душевном здоровье в алгоритм подсчета симптомов и изучение клинических протоколов, что, по мнению многих [12, 14, 127], способно привести к деградации отрасли.

Эволюционный подход, как мы собираемся продемонстрировать ниже, способен открыть новые горизонты сотрудничества исследователей в области психического здоровья с профессионалами других областей знаний [4, 11, 20, 44, 59, 64, 83, 93, 95, 108, 114, 121, 127].

Термин «эволюция» впервые упоминается английским богословом, юристом и финансистом М.Хэйлом в 1677 году [27]. Первое определение, сформулированное в 1762 году, принадлежит Ш.Бонне, который спроецировал представления об эмбриогенезе на происхождение видов [26]. В современном понимании термин был использован Г.Спенсером, указавшим, что эволюция «означает любой процесс исторического преобразования, причем как отдельных видов, так и живой природы в целом» [5]. Революционная концепция, предложенная Ч.Дарвином в работе «Происхождение видов путем естественного отбора», буквально взорвала научный мир. С этого времени термин непосредственно ассоциируется с именем Дарвина, хотя сам ученый предпочитал оперировать термином «трансмутация видов» [8]. Эволюция – это совокупность направленных, упорядоченных и закономерных изменений, которые приводят к усложнению, дифференциации, повышению уровня организации системы – прогрессу, либо, напротив, – к регрессу. Эти изменения рассматриваются в историческом (эволюция) и индивидуальном (онтогенез) процессах.

Мы не нашли единой формулировки понятия эволюционной психиатрии. Обобщая изученные литературные данные, позволим себе определить эволюционную психиатрию как современную

научную дисциплину, изучающую генезис, механизмы и законы развития психических заболеваний и психопатологических проявлений с эволюционной точки зрения. С уверенностью можно заявить, что эволюционная психиатрия – не дань моде, не новая дисциплина; это одна из ветвей психиатрии, логический и прогнозируемый виток развития науки в целом.

В.П.Самохвалов выделяет несколько основных подтипов эволюционной психиатрии, в частности, историческую психиатрию, эволюционно-биологическую психиатрию, онтогенетическую психиатрию, экологическую психиатрию [124]. Для эволюционной психиатрии характерны принципы историзма и синтетичности. Историзм заключается в помещении явления в контекст исторического развития. Синтетичность предполагает объединение данных, полученных исследователями, принадлежащими к различным клиническим сферам [97, 124].

Г.Спенсер считал, что возникновение психики продиктовано окружающей средой и условиями жизни; появление психической деятельности рассматривается в качестве механизма адаптации к изменяющимся условиям окружающей среды [5]. По мнению И.В.Давыдовского, само представление о болезни неразрывно связано с непрерывным приспособлением организма к внешней среде [7]. Как отмечал J.Bowlby, адаптация не обязательно увеличивает вероятность репродуктивного успеха в текущем времени. Далеко не у каждого представителя вида в поколении будут адаптационные преимущества [40]. По мнению N.R.Carlson, именно быстрые изменения условий окружающей среды мешают восприятию адаптивных преимуществ, которые устаревают раньше, чем становятся очевидными [45].

Из многообразия существующих адаптационных теорий выделяется теория Г.Селье об адаптационном синдроме, в которой автор фиксирует внимание лишь

на одной из форм приспособительных реакций – гормональной защите против вредоносного воздействия [23]. J.Tooby и L.Cosmides считают адаптацию совокупностью фенотипических характеристик, передающихся из поколения в поколение в результате взаимодействия специфических генов с повторяющимися условиями окружающей среды [19]. С позиции А.П.Назаретяна, природные инстинкты стали контрпродуктивными, и преимущество получило «стадо сумасшедших», у которых вырабатывались иные, альтернативные инстинктам механизмы психической регуляции поведения. Таким образом, то, что могло считаться «патологией поведения» для древних, превратилось в «норму поведения» для современных людей и стало одним из важнейших факторов эволюции, способствующих выживанию вида [16].

В исследовании W.E.Frankenhuis и M.D.Giudice отмечается, что адаптация может быть достаточно рискованным процессом. Даже дезадаптивные, на первый взгляд, стратегии, приспособительны по своей сути. Несоответствие возникает в тех случаях, когда выработанные адаптивные функции приложены к уже изменившимся и отличным от прежних условиям [54]. Для выживания вида и приспособления к меняющимся параметрам окружающей среды, некоторые адаптивные функции угасают за ненадобностью. У отдельных индивидуумов в течение непродолжительного промежутка времени данные адаптивные функции становятся разрушительными, в то время как для популяции в целом те же самые функции жизненно необходимы. Вышеизложенное утверждение пока не подтверждается нейробиологическими методами исследования [3, 11, 19, 59, 93, 94, 108] – недостаток, который, вероятно, будет исправлен в ближайшем будущем.

МЕТОДЫ

Для понимания концепции эволюционной психиатрии авторами были изучены 126 статей и научных докладов. Критериями отбора литературных источников были:

- выделение эволюционного подхода в качестве основной теоретической концепции статьи или доклада;
- как минимум, одно психическое расстройство и/или несколько симптомов разных психических расстройств исследовано с позиции эволюционной парадигмы;
- теоретические рассуждения хорошо иллюстрированы клиническими примерами.

Важным, но не ведущим критерием отбора были хороший индекс цитируемости (h-index) автора научной статьи и/или доклада (1) и клинические примеры (2).

Ниже приводится пример проведенного отбора (таблица).

Результаты

Бывшая «норма» в прошлом превращается в атавизм или в патологию в настоящем

Исследователи, которые придерживаются эволюционного подхода, рассматривают психические заболевания как причину изменений психических процессов для выживания индивидуума и вида в целом [5, 7, 23, 47]. Психические расстройства, таким образом, представляют собой атавизмы, рудименты прошлых необходимых функций. Основоположник эволюционной патопсихологии Б.Ф.Поршнев рассматривал психическую патологию как норму для определенного эволюционного витка, подчеркивая, что эта бывшая «норма» проявляется как изолированная рудиментарная патология у некоторых особей. Подобные мысли в 1997 году высказывал Н.А.Бернштейн, рассматривая психическую патологию как проявление более примитивного типа синкретического и других форм примитивного мышления, и, возможно, поведения [3, 15, 18, 40, 45, 54]. I.M.Marks и R.M.Nesse считают эволюционные истоки и функции тревоги необходимыми составляющими выживания человека: симптомы тревожных расстройств появились для защиты от угрозы. Следует отметить, что защитные механизмы увеличивают шансы на выживание только в тех случаях, когда они соответствуют уровню и типу угрозы. Если защиты работают недостаточно, чрезмерно или не соответствуют угрозам, адаптация страдает [93].

Таким образом, адаптационные механизмы на популяционном уровне становятся ступенью к выработке необходимых для выживания свойств. Можно предположить, что люди с психическими заболеваниями находятся на определенном этапе эволюционного развития защитных функций. Одним из доказательств вышеизложенного может служить тот факт, что стимулы, вызывающие страх, воспринимались в качестве угрозы еще в древности: пауки, змеи, высота, штормы, темнота, кровь, незнакомцы, незнакомые места. Большинство фобий – это преувеличенная форма перечисленных страхов. Удивительно, что сравнительно немногие испытывают страх перед машинами, оружием, сигаретами и алкоголем, несмотря на то, что они убивают значительно больше людей, чем змеи и пауки [124]. Страх перед новыми опасностями развивается медленно и непросто [124]. Так, этолог К.Лоренц еще в 1965 году писал, что категории и формы восприятия, так же как и морфологические характеристики, детерминированы генетически в результате эволюции [88]. M.Seligman объясняет эту тенденцию теорией биологической готовности, утверждая, что фобии становятся результатом классического научения, а страху проще обучиться, если в прошлом он был адаптивен [122]. S.Mineka рассматривает в

Пример оформления результатов систематического анализа литературы

Автор и название	Основная идея	Критерий 1	Критерий 2	Критерий 3 (примеры)
H.J.Eysenck, M.W.Eysenck, 1985 [23] Personality and individual differences: A natural science approach.	Уникальность шизофрении связана с отклоняющимся мышлением. Подобное мышление является генератором прогресса и социально адаптивной креативности. Предоставляет репродуктивное преимущество в процессе эволюции	-	+	-
I.M.Marks, R.M.Nesse, 1984 [93] Evolutionary biology: a basic science for psychiatry	Защитная функция психических расстройств. Эволюционные истоки и функции тревоги, агорафобии, паники	+	+	+
Г.Селье [23]	Адаптационный синдром, в одной из форм приспособительных реакций - гормональной защите	-	+	-
В.П.Самохвалов, 1993 [22] Этология человека: некоторые последствия объективных исследований поведения человека для медицины и антропологии	Основные подтипы эволюционной психиатрии и принципы историзма и синтетичности	+	+	-
S.Baron-Cohen, 1996 [35] Why evolutionary psychopathology	Эволюционный взгляд на симптомы аутизма. Теория «экстремально-мужского мозга»	+	+	+
А.П.Коцюбинский, Н.С.Шейнина [11]	Симптомы психических расстройств как защитная функция. Продуктивные симптомы шизофрении и параллель с филогенетически более ранними формами развития психики	+	+	+
L.Cosmides, J.Tooby, 2000 [47] The cognitive neuroscience of social reasoning	Адаптация как совокупность фенотипических характеристик, повторяющихся из поколения в поколение, в результате взаимодействия специфических генов с повторяющимися условиями окружающей среды	+	+	-
A.Stevens, J.Price, 2002 [127] Depression: Rank theory	Эволюционный взгляд на причины и функции депрессии	+	+	+
R.J.Siebert, T.Ward, 2002 [125] Clinical psychology and evolutionary psychology: Toward a dialogue.	Психопатология как побочный эффект адаптивных механизмов.	+	+	+
J.Polimeni, J.P.Reiss, 2003 [113] Can. J. Psychiatry	Эволюционные теории шизофрении: 1) шизофрения не имеет никакой пользы и является побочным продуктом человеческого мозга, т.е. патологией; 2) шизофрения несет в себе пользу и может быть рассмотрена как адаптивное поведение	+	+	+
M.C. Keller The Evolutionary Significance of Depressive Symptoms: Different Adverse Situations Lead to Different Depressive Symptom Patterns	Адаптивная гипотеза депрессии	+	+	+
Б.Ф.Поршнев [20] О начале человеческой истории (проблемы палеопсихологии)	Психическая патология как норма для определенного эволюционного витка, проявляется как изолированная рудиментарная патология у некоторых особей	+/-	+	-

теории готовности врожденную предрасположенность людей: вырабатывать реакции страха на одни классы стимулов легче, чем на другие [100]. I.M.Marks и R.M.Nessev 1994 году указали на то, что личностные особенности могут быть сформированы естественным отбором только в том случае, если они несут в себе функцию, повышающую способность приспосабливаться [93]. Подобную точку зрения высказал D.M.Bussv 1994 году [42].

Одна из гипотез I.M.Marks и R.M.Nesse посвящена агорафобии. Умеренная агорафобия соответствует страху покидать знакомое место (homerange) у территориальных животных, данная ситуация опасна в условиях дикой природы. Таким образом, нахождение вдали от дома – это основной сигнал, который вызывает страх у молодых людей. Люди, страдающие данным расстройством, опасаются ситуаций, из которых они не смогут быстро выбраться. Очереди в магазинах, кресло стоматолога, небольшие закрытые помещения, скопление множества людей и поездка в машине, управляемой другими – это лишь некоторые из наиболее распространенных примеров. Может показаться странным, что, как открытые, так и закрытые пространства становятся источником опасности. Объяснением может служить равная уязвимость приматов, как в небольших закрытых углах, так и на открытой местности [93]. Еще одна теория, вытекающая из эволюционного подхода, объясняет, почему страх не всегда оценивается отрицательно. Миллионы людей смотрят фильмы ужасов, боевики и триллеры. По мнению авторов, просмотр превратился в одну из форм игрового поведения, которая, как и многие другие игры, помогает людям более эффективно справиться с реальными проблемами в будущем. Молодые млекопитающие так же, как и детеныши *homo sapiens*, проводят много времени в играх, которые готовят их жизненным ситуациям [93].

Эволюционный взгляд на причины и функции паники включал в себя разные теории – от предположения о том, что паника есть всего лишь патология в физиологической системе, до теории о координированной модели защитных реакций. Паника сопровождается определенным поведением и физиологическими изменениями, приводящими к избеганию. Паника имеет непосредственное отношение к тревоге и естественному отбору. Способность испытывать панику может быть адаптивной, но паническое расстройство дезадаптивно в условиях современности. Паника и тревога связаны между собой, но имеют различные защитные значения. Тревога несет в себе безусловную адаптивную функцию и ведет к общей мобилизации внутренних резервов, в то время как паника является крайним проявлением обычной тревоги. И паника является полезной при появлении реальной опасности и ситуациях подобных ей, что вызывает избегание потенциально опасных ситуаций [108].

Эволюционный взгляд на причины и функции депрессии

Депрессия рассматривается как один из возможных ответов антропоидов, живших тысячелетия назад, на изменения в иерархической структуре группы. Доминантная особь в древнем сообществе отличалась агрессивностью, нестабильностью эмоций, импульсивностью; подчиненные особи были более тревожными. Изменение поведения ассоциируется с соответствующими трансформациями в иерархии. Когда доминантная особь спускается вниз по иерархической лестнице, то теряет привилегии на еду, спаривание и место ночлега. В результате данных изменений у приматов развиваются нарушения сна, снижение аппетита и полового влечения. Весьма похожие симптомы наблюдаются у пациентов, страдающих депрессией. В рамках эволюционного подхода они играют важную роль в процессе адаптации для выживания вида и поддержания иерархии, целью которых служит восстановление сил для возвращения первенства в тех случаях, когда невозможно предотвратить конфликт с особями более высокого ранга, в результате которого индивидум может погибнуть. Более того, он/а может быть изгнан/а из стаи, что может стать смертельно опасным [114, 127]. P.Gilbert в 2005 году утверждал, что депрессия – это защитная стратегия, которая появляется в результате конкуренции, когда человек рассматривает ситуацию как безнадежную. По мнению P.Gilbert, функция депрессии – это перевод организма в состояние покоя, так как длительное пребывание в состоянии «борьбы-бегства» приводит к перенапряжению [59]. В 2006 году коллективом исследователей была предложена адаптивная гипотеза депрессии, в соответствии с которой депрессивные симптомы формируются естественным отбором и проявляются в определенных условиях [94]. По мнению J.Price, L.Sloman, R.Jr. Gardner, P.Gilbert, P.Rohde [115], одной из функций депрессии является снижение уровня агрессии. Они утверждают, что депрессия – это агрессия, направленная внутрь, против своего Я. Доказано, что люди, страдающие депрессией, испытывают больше гнева, чем они могут контролировать, и гнев направляется либо на себя, либо на нижестоящего по иерархии. Со слов Н.А.Курчанова, депрессия имеет биологические эволюционные корни, выполняя защитную функцию в социальном поведении животных. Ее функцией является снижение чрезмерных эмоций, и уменьшение вероятности кровопролития во внутривидовых конфликтах. В современном обществе депрессия, очевидно, отчасти лишилась прежней адаптивной функции [12].

Эволюционный взгляд на причины аутизма и его функции

Появление речи считается центральным звеном в развитии психики. Речь, в отличие от изображений, возникла сравнительно недавно. Сравнение

палеолитического искусства и раннего детского аутизма позволяет считать аутизм воспроизведением отдельных черт, присущих архаичным и традиционным культурам [12, 14, 17, 20]. В теории S. Baron-Cohen [34], основные симптомы аутизма могут быть объяснены неспособностью делать выводы о желаниях, эмоциях, вере, намерениях и отношениях других людей при помощи наблюдения за внешним поведением. В 2002 году S. Baron-Cohen расширяет свою точку зрения и выдвигает теорию «экстремально-мужского мозга», объясняющую, что люди с аутизмом имеют выраженные склонности к систематизации при низких способностях к эмпатии. Автор предполагает, что на более ранних этапах развития мужчины с данными характеристиками имели преимущества над другими представителями племени [36]. Однако на современном этапе развития общества, городские джунгли, стали, пожалуй, опаснее, чем джунгли начала времен. Новые требования современной жизни приводят людей к необходимости все систематизировать, чтобы не потеряться и не запутаться, в то время как эмпатия отходит на второй план. По мнению О.С.Никольской и соавт. [18], симптомы аутизма связаны со стереотипностью и ритуализацией поведения, которые когда-то были неотъемлемой чертой архаичных культур. Любые попытки нарушения этих стереотипов и ритуалов вызывали страх у архаичного человека, что, собственно, отмечается и у людей с аутизмом.

Эволюционный взгляд на причину и функции шизофрении

Неспецифические нейробиологические изменения при шизофрении достаточно хорошо изучены. К ним относятся гиперпродукция дофамина, снижение процессов кислородного окисления и снижение количества АТФ, снижение скорости мозгового кровотока, расширение боковых желудочков мозга, уменьшение серого вещества в медиальной и верхней височных долях, префронтальной коре, таламусе и теменной доле, утолщение коры в затылочных долях [31, 64, 110, 128, 130]. Исследователи приходят к выводу, что эти изменения являются следствием психической патологии [73, 81, 128].

Согласно Н. J. Eysenck и М. W. Eysenck [52], уникальность шизофрении связана с отклоняющимся мышлением, что, как считается, предоставляет репродуктивное преимущество. В определенных условиях шизофрения помогает генерировать непривычные ассоциации и решать нетипичные проблемы. Подобное мышление становится генератором прогресса из-за особой социальной креативности [52]. История подтверждает вышеизложенное. Так, массовое уничтожение больных шизофренией не только не дало эволюционного преимущества, но, и, по мнению Ж. Гаррабе [4], привело к интеллектуальной деградации Германии после второй мировой войны. Более того, при разрушении границ

между безумием и гениальностью происходит своего рода геноцид гениев. С другой стороны, отсутствие надлежащего лечения шизофрении приводит к негативным последствиям, как для индивида, так и для его родственников. Очевидно одно: радикализм не приводит ни к чему хорошему в долгосрочной перспективе. В работе J. Polimeni и J. P. Reiss [113], эволюционные теории, касающиеся шизофрении, включают две противоположности: 1) шизофрения не имеет никакой пользы и является побочным продуктом человеческого мозга, то есть патологией; 2) шизофрения несет в себе пользу и может быть рассмотрена как адаптивное поведение.

Симптомы шизофрении, вероятно, могли быть адаптивными на ранних этапах человеческой истории. Вербальное общение было ограниченным, а сенсорное восприятие повышено, так же, как и у людей с шизофренией [76]. Согласно R. J. Siebert и T. Ward [125], психопатология – это побочный эффект адаптивных механизмов, которые не были сформированы и отобраны для адаптации сами по себе. Поведение, которое было адаптивным в прошлом, перестало соответствовать реалиям современной жизни.

Предполагается, что бредовые идеи – это форма познавательной адаптации, цель которой состоит в снижении тревоги и достижении когнитивной конгруэнтности. В сложные исторические периоды возрастает вероятность сбоя в отражательно-адаптивной деятельности, что, собственно и формирует бредовые идеи [9, 41, 50, 58, 90]. Полиморфизм шизофрении – это результат изменений социокультурной среды, безусловно влияющей на содержание симптомов. Шизофрения вызвана неэффективными попытками адаптироваться к среде, находящейся в процессе изменения, однако эта среда сама по себе не может быть причиной шизофрении [2, 22, 49, 75]. Ряд теорий объясняет развитие шизофрении оживлением архаического мышления. Вновь напрашивается параллель между продуктивными симптомами шизофрении и филогенетически более ранними формами развития психики [3, 11, 20]. Согласно исследованиям, проведенным в разные периоды, симптомы шизофрении представляют собой архаические формы психической жизни, в норме присутствующие у любого человека. Большинство симптомов шизофрении могут присутствовать и у здоровых людей, но в стертой форме [6, 20, 32, 33, 38, 39, 48, 51, 53, 127]. Высказывание подтверждается исследованием Р. Khaitovich и соавт. [81]. Доказано, что метаболические изменения при шизофрении аналогичны изменениям, возникающим в процессе эволюции человека: это признак частичного возврата метаболических систем мозга к более раннему эволюционному состоянию, связанному с положительным отбором. В результате аффективных реакций тревоги и страха возникает недоверчивость и подозрительность, которая способна трансформироваться в бредовые идеи. При гиперреактивности

компенсаторных образований в клинике преобладают психотические расстройства [11].

Таким образом, страх и чрезмерная тревога представляются платой за способность к фантазированию, планированию и прогнозированию – функций, присущих существам, отягощенным интеллектом. Страх и тревога – это порождение интеллекта, это вымышленная опасность в результате негативного прогнозирования и фантазирования. Следовательно, чрезмерный страх и тревога характерны для индивидуумов с выраженными способностями к фантазированию, планированию и прогнозированию, в частности, для лиц с шизофреническим диатезом в преморбиде. Шизофрения представляется результатом адаптивного в прошлом сбоя системы обработки информации [97, 99].

Еще одна гипотеза связывает возникновение шизофрении с усложнением мозга и со специализацией полушарий в результате эволюции. Некоторые особенности метаболизма характерны только для человека. Были выделены гены, участвующие в 22 различных процессах, которые наиболее распространены у больных шизофренией и у высокоинтеллектуальных личностей [45, 73, 81, 109]. Новая кора оказалась менее защищенной, чем эволюционно более древняя, старая [17, 25, 62]. В этой связи представляют особый интерес исследования влияния слепоты на развитие шизофрении. Когда зрительные области коры вовлекаются в обработку слуховой и тактильной информации, работа мозга становится более стабильной и надежной [85, 117, 126]. C.Frith в 1992 году выдвинул предположение о том, что пациенты испытывают вербальные галлюцинации из-за проблем в дифференциации между собственным голосом и голосами других людей. Он ставит важный вопрос не только о том, почему пациенты с шизофренией испытывают галлюцинации, сколько о том, почему остальные люди их не испытывают [56]. Согласно R.L.Mitchell и T.J.Crow [101], психотические симптомы напрямую имеют отношение к латерализации языковых областей в мозге. Левое полушарие в основном ответственно за язык, речь и мыслительные операции, а правое – за зрительное и пространственное восприятие, эмоции и способность к адаптации. Это сравнительно новое разделение (около 2 млн. лет назад) способствовало прогрессу в развитии человечества. Авторы предполагают, что человечество получило пользу от латерализации языка, но в некоторых случаях это привело к развитию психопатологии, в результате которой люди не смогли дифференцировать внутренние голоса от внешних. Симптомы шизофрении проявляются в результате чрезмерной латерализации. Еще в 1990 году В.Б.Стрелец отметил, что у некоторых лиц с различными повреждениями мозолистого тела развивались симптомы, подобные симптомам шизофрении [25]. Указывается, что патология белого вещества играет важную роль в развитии клиниче-

ской картины расстройства [83]. При шизофрении нарушаются биоэлектрические процессы мозга, происходит рассогласование в функционировании структур мозга. В первую очередь затрагиваются полушария и лобно-мозжечковые связи. Межполушарные связи уменьшаются в лобных областях и увеличиваются в прецентральных и теменных. При продуктивной симптоматике биоэлектрическая активность мозга в различных областях становится выше, при негативной – ниже нормы [10, 24, 68, 79, 98]. Несмотря на полиморфизм симптоматики, при шизофрении всегда нарушены межполушарное взаимодействие и структура лобно-височных и лобно-теменных связей [44, 64, 83].

Продуктивная симптоматика шизофрении возникает в результате выброса большого количества холецистокинина, соматостатина и вазопрессина [55, 67, 96, 102, 104]. S.Kapur, R.Mizrahi, M.Li [77] связывают появление психотических симптомов с хаотичным и стимул-независимым высвобождением дофамина в головном мозге, что приводит к повышенному вниманию к обычным стимулам и чрезмерной их значимости.

Другая гипотеза адаптационной природы психотических симптомов рассматривает их как эквиваленты отторжения вредных агентов. Рвота – один из наиболее демонстративных примеров. Психика также способна отторгать реакции, которые кажутся чужеродными. Вполне вероятно, что неприятные, пугающие мысли, странные чувства и ощущения могут отторгаться. Осмелимся предположить, что галлюцинации, бредовые идеи воздействия, психические автоматизмы могут быть рассмотрены в качестве гипертрофированных реакций очищения (таких как изнурительная рвота, или кашель, вызывающий дилатацию легких). Если довести сравнение до степени, близкой к абсурду, то галлюцинации – это своего рода «психический кашель», а бред – это «психическая аллергическая реакция», достигающая порой степени отека Квинке, возникающая для устранения из сознания неприятных переживаний и их последствий [43, 71]. Продолжая логический ряд, приходим к выводу, что результатом чрезмерной психической экскреции будет эмоциональное уплощение и волевое снижение.

Иное мнение принадлежит G.G.Gallup [57], который предположил, что в основе эмоционального уплощения лежит защитный механизм: возникает чрезмерная тревога и страх, приводящие к особому типу реакции мнимой смерти, похожей на замирание у животных при встрече с хищниками. Реакции замедляются, эмоции и активность резко снижаются вплоть до кататонического ступора. А.К.Moskowitz считает кататонию рудиментом древних коппинг-стратегий, которые были сформированы уже в те периоды времени, когда человек сталкивался с хищником [103]. При отсутствии компенсации, болезнь ведет к истощению, снижению функци-

ональности, что проявляется в виде негативной симптоматики [11].

Интересно, что у пациентов с шизофренией отмечается феномен высокой толерантности к ионизирующей радиации, а также к болевому, холодовому и гистаминовому шокам [21, 121], выявляется повышенная иммунная реакция на холеру и на чуму. Доказано, что здоровые дети больных шизофренией вырастают умными и креативными [21, 81, 101, 109, 121]. Подтверждена множественная полигенная взаимосвязь между шизофренией и селективными преимуществами, являющимися маркерами эволюционного процесса [99]. В свете развития нейробиологических и генетических исследований все больше данных раскрывают механизмы развития шизофрении. Однако, изучение генов из-за невероятной сложности процесса сводится к изучению экспрессии (интенсивности работы) генов и ее эволюции [46, 55, 69, 70, 82, 86, 87, 89, 116, 120, 124].

В процессе изучения были получены разные данные о генетической природе шизофрении: моногенная теория, олигогенная теория; на данный момент доминирует полигенная теория с множественным мутированием [60, 72, 74, 94, 105, 109, 111, 112, 121]. Обнаружены единые генетические маркеры предрасположенности психических, неврологических и поведенческих расстройств. Так, согласно R.M.Nesse [109], шизофрения является результатом действия многих генов с незначительными эффектами, делающими их устойчивыми к искоренению путем отбора, так как эти гены приносят пользу не столько больным шизофренией, сколько их родственникам, у которых это заболевание не развивается. Некоторые структурные аномалии головного мозга в редуцированной форме обнаруживаются среди родственников больных шизофренией [80, 109, 129]. Коллектив исследователей из США [125] исследовали около 65 000 геномов человека и были обнаружены варианты гена C4A и C4B на 6

хромосоме. По данным авторов, эти гены участвуют в работе иммунной системы и процессе развития синаптических связей в головном мозге. Они же регулируют количество нейронных связей. Считается, что именно по этой причине у пациентов с шизофренией снижается объем вещества в лобных долях головного мозга [125].

Заключение

Большинство нарушений, которые приводят пациентов к врачам – это защитные механизмы, например, кашель, боль, повышение температуры тела, рвота и диарея. Они сформировались в процессе естественного отбора для выполнения защитных функций. Инфекционное заболевание органов дыхания стимулирует механизмы регуляции, которые вызывают кашель и повышение температуры. Как известно большинству врачей, прекращение кашля способно привести к тому, что обычная инфекция превращается в фатальную – легкие не способны очиститься от продуктов секреции. Бактерии и вирусы не могут размножаться при высокой температуре тела, тошнота и рвота способствуют очищению организма от токсинов и патогенной флоры. Сами симптомы крайне неприятны, поэтому люди обращаются за лечением. Симптомы психических расстройств также выполняют защитную функцию [11, 106, 107]. Несмотря на уязвимость этой позиции, она не лишена здравого смысла: известно, что конверсионные симптомы частично способствуют разрешению интрапсихического конфликта [27].

Эволюционирует не только психика, но и науки о душевном здоровье. Эволюционный подход поможет, на наш взгляд, преодолеть тенденцию либо крайней категоричности в суждениях о психических расстройствах, либо монополярного ракурса и вывести психиатрию из научного кризиса, вновь превратив отрасль медицины в науку, граничащую с искусством в большей мере, чем другие медицинские дисциплины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В.П. Становление человечества. М.: Политиздат, 1984. 462 с.
2. Барт Р. Империя знаков. М.: Практикс, 2004. 144 с.
3. Бернштейн Н.А. О построении движений // Биомеханика и физиология движений. М.-Воронеж: Ин-т практической психологии, 1997. 608 с.
4. Бонне III. Созерцание природы. Сочинения, кн. I–III. Перевел Иван Виноград в Граде Святого Петра, 1804. 204 с.
5. Гаррабе Ж. История шизофрении. М.: СПб, 2000. 213 с.
6. Герберт С. Синтетическая философия (в сокращённом изложении Коллинза), Киев, «Ника-центр»; «Вист-С», 1852. С. 12–14.
7. Гуревич М.О. Психиатрия. М.: Медгиз, 1949. 504 с.
8. Давыдовский И.В. Проблема причинности в медицине (этиология). М.: Государственное издательство медицинской литературы. 1962. 176 с.
9. Дарвин Ч. Происхождение видов. Перевод К.А.Тимирязева с исправлениями и указателями под общей редакцией Н.И.Вавилова. Вводные статьи Н.И.Бухарина и Н.И.Вавилова. Москва-Ленинград: Сельхозгиз, 1935.
10. Дереча В.А. Синдромогенез при бредовых психозах шизофренического и экзогенно-органического происхождения: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1986. 38 с.
11. Иваницкий А.М. Журн. высш. нерв. деятельности. 1996. Т.46. Вып.2. С. 241–252.
12. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С. Об адаптации психически больных (уточнение основных понятий) // Обзор. психиатр. и мед. психолог. им. В.М.Бехтерева. 1996. № 2. С.203–212.
13. Курчанов Н.А. Поведение: эволюционный подход. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2012. 232 с.
14. Куценков П.А. Память и искусство палеолита. Историческая психология и социология истории. 2008. С.142–158.
15. Манелис Н.Г., Горина И.С. Анализ рисунков детей-аутистов. Интернет-конференция «А.Р.Лурия и психология XXI века», 2002 Интернет-ресурс.
16. Молчанова Е.С., Добряков И.В. Идеологический кризис в психиатрии: психопатология как адаптация и как эволюционный регресс // Историческая психология и социология истории. 2008. №1.
17. Назаретян А.П. Архетип восставшего покойника как фактор социальной самоорганизации // Вопросы философии. 2002. № 11. С. 73–84.
18. Николаенко Н.Н. Психология творчества. СПб.: Речь, 2007. 208 с.
19. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлин М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. Либлин: М.: Теревинф, 2014. 288 с.
20. Поршнев Б.Ф. О начале человеческой истории. М., 1974. 487 с.

21. Поршнева Б.Ф. О начале человеческой истории (проблемы палеопсихологии). СПб.: Алетея, 2007. 576 с.
22. Самохвалов В.П. Этология человека: некоторые последствия объективных исследований поведения человека для медицины и антропологии // Таврический Журнал Психиатрии. 1997. Т. 1. № 2. С. 50–80.
23. Самохвалов В.П., Коробов А.А., Мельников В.А. и соавт. Психиатрическая клиника. Учебн. пособие для студ. и врачей- интернов /Под ред. В.П.Самохвалова. Симферополь: Информ.-аналит. отд. КДМУ. 2003. 608 с.
24. Селье Г. Стресс без дистресса. Рига: Виеда, 1992. 104 с.
25. Симонов П.В. Лекции о работе головного мозга. Потребностно-информационная теория высшей нервной деятельности. М., 1998. С.3–93.
26. Стрелец В.Б. Журн. высш. нерв. деятельности. 1990. №5. С.897–901.
27. Фрейд З. Психоаналитические этюды. Минск: ООО «Попурри», 1997. 606 с.
28. Хейл М. Первоначальное происхождение человеческого рода, рассмотренное и испытанное согласно свету природы. Лондон, 1677. 250 с.
29. Alfonso T., Michael T.M.G. Darwinian psychiatry: it's time to focus on clinical questions // Clin.Neuropsychiatr.2006. Vol. 3, N 2. P. 85–86.
30. Annemie P., Frieson G. Evolutionary approaches to autism - an overview and integration // MJM.2011. Vol. 13, N 2. P. 38–43.
31. Ardekani B.A. et al. MRI study of white matter diffusion anisotropy in schizophrenia // Neuroreport. 2003. Vol. 14. P. 2025–2029.
32. Arieti S. Understanding and Helping the Schizophrenic: A Guide for Family and Friends. New York: Basic Books, 1979. Inc., Publishers. 1st Edition.
33. Arieti S. Interpretation of Schizophrenia. New York: Robert Brunner, 1995. 1st Edition.
34. Baiano M., David A., Versace A., Churchill R., Balestrieri M., Brambilla P. (2007) Anterior cingulate volumes in schizophrenia: a systematic review and a meta-analysis of MRI studies. Schizophr. Res. 93, 1–12.
35. Baron-Cohen S. Theory of mind and “mentalizing” abilities in humans, 1995.
36. Baron-Cohen S. Why evolutionary psychopathology, 1996.
37. Baron-Cohen S. The extreme male brain theory of autism. Trends in Cognitive Sciences. 2002. Vol. 6. P. 248–254.
38. Beck S.J. Psychological Processes in the Schizophrenic Adaptation. With a chapter by H.B.Molish, J.Nunnally. New York/London: Grune & Stratton, 1965, 1st Edition.
39. Bellak L., ed. Disorders of the Schizophrenic Syndrome. New York: Basic Books, Inc., Publishers, 1979, 1st Edition.
40. Bowlby J. Attachment and loss: Vol.1. Attachment. New York: Basic Books, 1967.
41. Braff D.L., Geyer M.A. Sensorimotor gating and schizophrenia. Human and animal model studies // Arch. Gen. Psychiatry. 1990. Vol. 47, N 2. P. 181–188.
42. Burns J., Job D., Bastin M.E., Whalley H., Macgillivray T., Johnstone E.C., Lawrie S.M. Structural connectivity in schizophrenia: a diffusion tensor magnetic resonance imaging study // Br. J. Psychiatry. 2003. Vol.182. P. 439–443.
43. Buss D.M. The evolution of desire. New York: Basic Books, 1994.
44. Butler R.W., Braff D.L. Delusions: A review and integration // Schizophr. Bull. 1991. Vol.17. P. 633–647.
45. Carlson N.R. Physiology of behavior. Boston: Allyn and Bacon, 1998.
46. Cheunsuk S., Hsu T., Gershwin M.E., Bowlus C.L. Analysis of the IDDM candidate gene Prss16 in NOD and NON mice // Dev. Immunol. 2002. Vol. 9. N4. P. 183–186.
47. Cosmides L., Tooby J. The cognitive neuroscience of social reasoning // The New Cognitive Neuro-sciences / In M.S. Gazzaniga (Ed.), 2nd ed. Cambridge, MA: MIT Press, 2000.
48. David A.S., Cutting, J. (Eds.). The Neuropsychology of Schizophrenia. Issued in Brain Damage, Behavior and Cognition Series. Hove (UK) / Hillsdale (USA): Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1994. 1st Edition.
49. Devereux G. Ethnopsychiatrie des indiens Mohave. Paris: Synthelabo, Les empêcheurs de penser en rond, 1996.
50. Docherty J.P., Van Kammen D.P., Siris S.G., Marder S.R. Stages of onset of schizophrenic psychosis // Am. J. Psychiatry. 1978. Vol.135. N 4. P. 420–426.
51. Ey H. Position actuelle des problemes de la Demence precoce et des Etats Schizophreniques // Evol. Psych. Vol. 6. P. 3–24. Bleuler-Conception Generate de la schizophrenie // Evol. Psych. 1973. Vol. 38. P. 551–563.
52. Eysenck H.J., Eysenck M.W. Personality and individual differences: A natural science approach. New York: Plenum, 1985.
53. Farley J.D. Phylogenetic Adaptations And The Genetics Of Psychosis // Acta Psychiatr. Scand. 1976. Vol. 53. P. 173–192.
54. Frankenhuis W.E., Giudice M.D. When do adaptive developmental mechanisms yield maladaptive outcomes? // Developmental Psychology. 2012. Vol. 48. P. 628–642.
55. Freeman W.J. Deficiency of Catalytic Iron in the Brain in Schizophrenia // Reprinted from Archives of Neurology and Psychiatry. 1930. Vol. 24. P.300–310.
56. Frith C. The cognitive neuropsychology of schizophrenia. Lawrence Erlbaum Associates, 1992.
57. Gallup G.G. Tonic immobility: The role of fear and predation // Psychol. Rec. 1977. Vol. 27. P. 41–61.
58. Gazzaniga M.S. The Social Brain. New York: Basic Books, 1985.
59. Gilbert P. Evolution and depression: Issues and implications // Psychol. Med. Psychol. Med. 2005. Vol. 36. P. 287.
60. Gottesman I.I., Shields J. Schizophrenia and Genetics: A Twin Study Vantage Point. With a Contribution by Paul E.Meehl. Personality and Psychopathology. 1972 Vol. 13. New York/London: Academic Press. 1st Edition.
61. Greden J., Tandon R. (Eds.). Negative Schizophrenic Symptoms: Pathophysiology and Clinical Implications. Progress in Psychiatry 28. Washington / London: American Psychiatric Press, Inc, 1990.
62. Green R.L., Tramo M.J., Loftus W.C., Thomas E.C., Brown P.J. Regional cortical surface area measurements in monozygotic twins discordant for schizophrenia suggest a left hemisphere basis for the disease // Society for Neuroscience Abstracts. 1991. Vol. 17. 455p.
63. Guo S. et al. Dynamic cerebral reorganization in the pathophysiology of schizophrenia: a MRI-derived cortical thickness study // Psychol. Med. 2016 14 p.
64. Guo S., Palaniyappan L., Liddle P.F., Feng J. Psychological Medicine, 2016.
65. Hauberg M.E. et al. Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Analyzing the Role of MicroRNAs in Schizophrenia in the Context of Common Genetic Risk Variants // JAMA Psychiatry. 2016. Vol. 73, N 4. P. 369–377.
66. Heike T., Tajvar A., Meyer-Lindenberg A. Dopamine and Psychosis: Theory, Pathomechanisms and Intermediate Phenotypes // Neurosci. Biobehav. Rev. 2010. Vol. 34. P. 689–700.
67. Henn F.A., Delisi L.E. (Eds.). Neurochemistry and Neuropharmacology of Schizophrenia. Handbook of Schizophrenia. 1987. Vol. 2.
68. Herrington R.N. (Ed.). Current Problems in Neuropsychiatry: Schizophrenia, Epilepsy, the Temporal Lobe // Br. J. Psychiatry. Special Publication N 4. Ashford, Kent: Published by authority of the Royal Medico-Psychological Association by Headley Brothers Ltd, 1969.
69. Hill M.J. et al. Knockdown of the psychosis susceptibility gene ZNF804A alters expression of genes involved in cell adhesion // Hum. Mol. Genet. 2012. Vol. 21. P.1018–1024.
70. Hill M.J., Bray N.J. Allelic differences in nuclear protein binding at a genome-wide significant risk variant for schizophrenia in ZNF804A // Mol. Psychiatr. 2011. Vol. 16. P. 787–789.
71. Hingley S.M. Psychological theories of delusional thinking: In search of integration // Br. J. Med. Psychol. 1992. Vol.65. P. 347–356.
72. Hirsch S.R., Leff J. Abnormalities in Parents of Schizophrenics. Institute of Psychiatry, Maudsley Monographs N 22. London: Oxford University Press, 1975.
73. Horrobin D.F. Schizophrenia: the illness that made us human // Med Hypotheses. 1998. Vol. 50. P. 269–288.
74. Jackson D.D. (Ed.). The Etiology of Schizophrenia. New York: Basic Books, Inc., Publishers, 1960.
75. Jilek G. Culture “Pathoplastic” or “Pathogenic”? A key question of Comparative Psychiatry // J.Ethnomed. Transcultural Psychiatr. 1982. Vol. 5. P. 57–68.
76. Jonas A.D., Jonas D.F. An Evolutionary Context for Schizophrenia // Schizophr. Bull. 1975. Vol.1. P. 33–41.
77. Kapur S., Mizrahi R., Li M. From dopamine to salience to psychosis-linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis // Schizophr. Res. 2005. Vol. 79. P.59–68.
78. Kasanin J.S. The Language and Thought of Schizophrenia. Los Angeles: University of California Press, 1951.
79. Keshavan M.S. et al. (Eds.). Neurodevelopment and Schizophrenia. Cambridge University Press, 2004.
80. Keshavan M.S., Prasad K.M., Pearlson G. Are brain structural abnormalities useful as endophenotypes in schizophrenia? // Int. Rev. Psychiatry. 2007. Vol. 19. P. 397–406.
81. Khaitovich P. et al. Metabolic changes in schizophrenia and human brain evolution // Genome Biology. 2008. Vol. 9.R124.
82. Kobayashi N.R. et al. Modelling disrupted-in schizophrenia 1 loss of function in human neural progenitor cells: tools for molecular studies of human neurodevelopment and neuropsychiatric disorders // Mol. Psychiatry. 2010. Vol. 15. P. 672–675.
83. Kubicki M. et al. Uncinate fasciculus findings in schizophrenia: a magnetic resonance diffusion tensor imaging study // Am. J. Psychiatr. 2002. Vol. 159. P. 813–820.
84. Kubicki M. et al. A review of diffusion tensor imaging studies in

- schizophrenia // J. Psychiatr. Res. 2007. Vol. 41. P. 15–30.
85. Landgraf S., Osterheider M. «To see or not to see: that is the question». The «Protection-Against-Schizophrenia» (PaSZ) model: evidence from congenital blindness and visuo-cognitive aberrations // *Frontiers Psychol.* 2013. Vol. 4. P. 352.
 86. Leliveld S.R. et al. Insolubility of disrupted-in-schizophrenia 1 disrupts oligomer-dependent interactions with nuclear distribution element 1 and is associated with sporadic mental disease // *J. Neurosci.* 2008. Vol. 28. P. 3839–3845.
 87. Lie B.A. et al. Polymorphisms in the gene encoding thymus-specific serine protease in the extended HLA complex: a potential candidate gene for autoimmune and HLA-associated diseases // *Genes. Immun.* 2002. Vol. 3. P. 306–312.
 88. Lorenz K.Z. *Behind the mirror*. New York and London: Harcourt Brace Jovanovich, 1965.
 89. Maeda K., Nwulia E., Chang J., Balkissoon R., Ishizuka K., Chen H., Zandi P., McInnis M.G., Sawa A. Differential expression of disrupted-in-schizophrenia (DISC1) in bipolar disorder // *Biol. Psychiatry.* 2006. Vol. 60. P. 929–935.
 90. Maher B.A. Delusional thinking and cognitive disorder // *Integr. Physiol. Behav. Sci.* 2005. Vol. 40. P. 136–146.
 91. Malis G.Yu. Research on the Etiology of Schizophrenia. Translated by Basil Haigh // *Intern. Behav. Sci. Series.* 1959. Vol. 6.
 92. Marks I.M., Nesse R.M. Fear and Fitness: An Evolutionary Analysis of Anxiety Disorders. University of Michigan Medical School, Department of Psychiatry, Ann Arbor, USA // *Ethol. Sociobiol.* 1994. Vol. 15. P. 247–261.
 93. Marusin A.V. et al. Genetic predisposition to alcoholism, schizophrenia and Alzheimer's disease with psychodiagnostic characteristics in Russian population. The Research Institute for Medical Genetics, National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences. 2016. Vol. 15. P. 83–96.
 94. Matthew C. Keller Resolving the paradox of common, harmful, heritable mental disorders: Which evolutionary genetic models work best? To be published in *Behavioral and Brain Sciences* (in press) © Cambridge University Press, 2006.
 95. Keller M.C., Nesse R.M. The Evolutionary Significance of Depressive Symptoms: Different Adverse Situations Lead to Different Depressive Symptom Patterns // *J. Personal. Soc. Psychol.* 2006. Vol. 91, N 2. P. 316–330.
 96. Matthyse S. et al. Attention and Information Processing in Schizophrenia. Proceedings of a Conference sponsored by the Scottish Rite Schizophrenia Research Program Rochester, 1976. Oxford: Pergamon Press, 1979.
 97. Matthyse S.W., Kety S. (Eds.). *Catecholamines and Schizophrenia*. Oxford: Pergamon Press, 1975.
 98. Mednick S.A. et al. Fetal Neural Development and Adult Schizophrenia. Issued in the series *Longitudinal Perspectives in Schizophrenia Research*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
 99. Mikhailov B.V. The information viruses evaluation in genesis of schizophrenia // *Psychiatriadanubina*. 2000. N 1–2. Vol. 12. P. 125.
 100. Mineka S., Keir R. The effects of flooding or reducing snake fear in rhesus monkeys: 6 month follow-up further flooding // *Behav. Res. Therapy.* 1983. Vol. 21. P. 527–535.
 101. Mitchell R.L., Crow T.J. Right hemisphere language functions and schizophrenia: The forgotten hemisphere? // *Brain*. 2005. Vol. 128. P. 963–978.
 102. Mitsuda H., Fukuda T. Biological Mechanisms of Schizophrenia and Schizophreniform-Like Psychoses. Tokyo: Igaku Shoin Ltd., 1974.
 103. Moskowitz A.K. “Scared Stiff”: Catatonia as an Evolutionary-Based Fear Response // *Psychol. Rev.* 2004. Vol. 11. P. 984–1002.
 104. Nakazawa T. Biological Basis of Schizophrenic Disorders. Taniguchi Symposia on Brain Sciences N. 14. Tokyo: Japan Scientific Societies Press, 1991.
 105. Nasrallah H.A. (Ed.) 1990 *Handbook of Schizophrenia*. Vol. 1: The Neurology of Schizophrenia (ed. by Nasrallah, D.R. Weinberger); Vol. 2: Neurochem. Neuropharmacol. Schizophr. (ed. by F.A. Henn, L.E. Delisi); Vol. 3: Nosology, Epidemiol. Gen. Schizophr. (ed. by M.T. Tsuang, J.C. Simpson); Vol. 4: Psychosoc. Treat. Schizophr. (ed. by M.I. Herz, S.J. Keith, J.P. Docherty). Amsterdam/NY/Oxford: Elsevier, 1986, 1987, 1988, 1990.
 106. Nesse R.M. An evolutionary perspective on psychiatry // *Comprehensive Psychiatry*, 1984. Vol. 25. P. 575–580.
 107. Nesse R.M. An evolutionary perspective on panic disorder and agoraphobia // *Ethol. Sociobiol.* 1987. Vol. 8. P. 73–83.
 108. Nesse R.M. Panic Disorder. An Evolutionary view // *Psychiatr. Annals*. 1988. Vol. 18. P. 478.
 109. Nesse R.M. Evolutionary biology: a basic science for psychiatry Адрес для корреспонденции: Randolph M. Nesse, Departments of Psychiatry and Psychology, and Institute for Social Research Evolution and Human Adaptation Program, University of Michigan, 2002.
 110. Nesvag R. et al. Regional thinning of cerebral cortex in schizophrenia: effects of diagnosis, age and antipsychotic medication. *Schizophr. Res.* 2008. Vol. 98. P. 16–28.
 111. Bray N.J., Kapur S., Price J. Department of Neuroscience и 2 Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, King's College London, 2012.
 112. Pearson G.D., Folley B.S. Schizophrenia, Psychiatric Genetics, and Darwinian Psychiatry: An Evolutionary Framework // *Schizophr. Bull.* 2007. Vol. 34. P. 722–733.
 113. Polimeni J., Reiss J.P. Can. J. Psychiatry. 2003. Vol. 48, N 1. P. 34–39.
 114. Price J. The Dominance Hierarchy and The Evolution Of Mental Illness // *Lancet*. 1967. Vol. 290. P. 243–246.
 115. Price J. et al. The social competition hypothesis of depression // *Br. J. Psychiatr.* 1994. Vol. 164. P. 309–315.
 116. Rodriguez-Otero P. et al. Deregulation of FGFR1 and CDK6 oncogenic pathways in acute lymphoblastic leukaemia harbouring epigenetic modifications of the MIR9 family // *Br. J. Haematol.* 2011. Vol. 155. P. 73–83.
 117. Sanders G.S. et al. NMDA-receptor dynamics involved? // *Behav. Brain Sci.* 2003. Vol. 26. P. 103.
 118. Sankar V.S. Some Biological Aspects of Schizophrenic Behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences* Vol. 96 Article 1. New York: The New York Academy of Sciences, 1962.
 119. Saurabh S. et al. Genetic Markers of Human Evolution Are Enriched in Schizophrenia // *Soc. Biol. Psychiatr.* 2016. Vol. 80, N 4. P. 284–292.
 120. Sawamura N. et al. A form of DISC1 enriched in nucleus: altered subcellular distribution in orbitofrontal cortex in psychosis and substance/alcohol abuse // *Proc. Natl. Acad. Sci.* 2005. Vol. 102, N 4. P. 1187–1192.
 121. Sekar A. et al. Schizophrenia risk from complex variation of complement component 4 // *Nature*. 2016. Vol. 53. P. 177–183.
 122. Seligman M.E.P. Phobias and preparedness // *Behav. Ther.* 1971. Vol. 2. P. 307–320.
 123. Shenton M.E. et al. A review of MRI findings in schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2001. Vol. 49. P. 1–52.
 124. Shi J., Levinson D.F., Duan J., Sanders A.R., Zheng Y., Pe'er I., Dudbridge F., Holmans P.A., Whittemore A.S., Mowry B.J., Olincy A., Amin F., Cloninger C.R., Silverman J.M., Buccola N.G., Byerley W.F., Black D.W., Crowe R.R., Oksenberg J.R., Mirel D.B., Kendler K.S., Freedman R., Gejman P.V. Common variants on chromosome 6p22.1 are associated with schizophrenia // *Nature*. 2009. Vol. 6, P. 753–757.
 125. Siegert R.J., Ward T. Clinical psychology and evolutionary psychology: Toward a dialogue // *Rev. Gen. Psychol.* 2002. Vol. 6. P. 235–259.
 126. Silverstein S.M., Wang Y., Keane B.P. Cognitive and neuroplasticity mechanisms by which congenital or early blindness may confer a protective effect against schizophrenia // *Frontiers Psychol.* 2012, Vol. 3. P. 624.
 127. Stevens A., Price J. Depression: Rank theory // Retrieved. 2001.
 128. Stierlin H., Wynne L.C., Wirsching M. Psychosocial Intervention in Schizophrenia: An International View. Berlin/New York/Tokyo: Springer-Verlag, 1983.
 129. Vogetley K., Pfeiffer U., Tepest R., Falkai P. Right frontal hypergyria differentiates affected from healthy siblings in families with schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2000. Vol. 4. P. 1–6.
 130. Volkow N.D., Wolf A.P. Positron-Emission Tomography in Schizophrenia Research // *Progress Psychiatry*. 1991. N 33. Washington/London: American Psychiatric Press, Inc.

ЭВОЛЮЦИОННАЯ ПСИХИАТРИЯ: ОТ ИЗУЧЕНИЯ ПРОШЛОЙ НОРМЫ К ПОНИМАНИЮ СОВРЕМЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Р.А. Цой, И.В. Сим, Е.С. Молчанова

Авторы рассматривают психические расстройства в качестве побочного эффекта сложного процесса приспособления человека как биологического вида к постоянно меняющимся условиям опасного внешнего мира. Признаки поведения, которые в настоящее время кодируются как симптомы психических расстройств в международных классификациях болезней, в прошлом представляли собой необходимые для выживания человечества качества, которые, в ущерб отдельным представителям homo sapiens, привели к развитию всего вида в целом.

С точки зрения эволюционного подхода, психические расстройства можно считать вариантом нормы в прошлом, которая стала патологией в настоящем. Подобный подход к психическим расстройствам снижает

вероятность стигматизации пациентов с психическими расстройствами, превращая их из «просто больных» в «тех, кто помог выжить человечеству как виду в прошлом». При этом подчеркивается значение каждого индивидуума, вне зависимости от того, болен он/а или здоров.

Цель проведенного обзора заключалась в многомерном изучении концепции эволюционной психиатрии. На примере отдельных психических расстройств авторы подтверждают уместность эволюционного подхода и предлагают внести исторический и синтетический контексты в повседневную практику исследователя в сфере психического здоровья.

Ключевые слова: эволюционная психиатрия, исторический подход в психиатрии, психические расстройства, адаптация.

EVOLUTIONARY PSYCHIATRY: FROM PREVIOUS NORM TO COMPREHENDING THE PRESENT DISORDERS OF MENTAL HEALTH

R. Tsoy, I. Sim, E. Molchanova

Authors consider mental disorders as a side effect of complicated process of human adaptation as biological species to constantly changing conditions of dangerous environment. Some specific behaviors that now coded as symptoms of mental disorders in international classifications of diseases were necessary qualities for survival of humanity, at the expense of some individuals, they had led to the development of all human kind.

According to evolutionary approach, mental disorders might be considered as normal in the past and as pathology in present. This perspective of mental disorders decreases probability that patients would be stigmatized,

making them from “just mentally ill” to “those, who helped humanity survive as species in the past”. In this context, it underlines a significance of each individual, whether he/she experiences a mental disorder or does not.

The aim of the present review lies in multidimensional research of a concept of evolutionary psychiatry. Authors confirm a relevance of evolutionary approach and propose to add historical and synthetic backgrounds in everyday practice of researchers in the field of mental health.

Key words: evolutionary psychiatry, historical approach, mental disorders, adaptation.

Цой Роман Анатольевич – аспирант кафедры медицинской психологии, психиатрии и психотерапии Кыргызско-Российского (Славянского) университета, врач-психиатр первой категории

Сим Ида Вячеславовна – магистр психологии, преподаватель направления психологии Американского университета в Центральной Азии

Молчанова Елена Сергеевна – кандидат медицинских наук, профессор направления психологии департамента социальных наук Американского университета в Центральной Азии; e-mail: emolchanova2009@gmail.com

КИБЕРСАМОУБИЙСТВО И ЦИФРОВОЙ СЕЛФХАРМ: ОБЩАЯ ПРОБЛЕМАТИКА И КОМПЬЮТЕРНЫЕ РЕШЕНИЯ (ЧАСТЬ 2)¹

А.З. Гайбуллаев, Д.Г. Мацепуро, М.Ю. Сидорова

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова

В этой части статьи рассмотрены компьютерные решения, предложенные в течение последних трех лет в области детектирования и анализа интернет-текстов, содержащих СУ/СХ-контент² (твитов, комментариев, записей в блогах и т.п.), включая «негативные» (тексты, призывающие к самоубийству/нанесению себе вреда, описывающие СУ и СХ, предсмертные записки и др.) и «позитивные» (например, комментарии на форумах и в соцсетях, способствующие решению проблемы, отказу от идей СУ/СХ и др.), а также в области изучения формирования СУ/СХ-сообществ и установления контактов и распространения информации между лицами, интересующимися СУ/СХ, в социальных сетях (подписки, ретвиты и т.п.). Опыт анализа и детектирования сообщений суицидального и антисуицидального, самоповреждающего и антисамоповреждающего характера, накопленный исследовательскими группами в разных странах мира, дает возможность оценить прогресс в этой области и существующие трудности, которые должны быть учтены при разработке решения проблемы на русскоязычном материале. Задача представления полного списка имеющихся исследований и решений нами не ставится. Более полезным представляется осветить методику и результаты разработок, которые а) являются наиболее интересными и перспективными и/или первыми в своем роде; б) учитывают исследовательские проблемы, освещенные в первой части статьи; в) дают основания для рекомендаций по проведению аналогичных исследований и созданию соответствующих инструментов на базе русского языка.

Как было показано ранее, одной из существенных проблем автоматического детектирования сообщений на определенную тематику в Интернете является разнообразие используемых тегов и ключевых слов и их лексическое (точнее, морфемное и орфографиче-

ское, включая замену букв, сокращение и удлинение слов и т.п.) варьирование, обусловленное как естественной динамикой развития любого жаргона, так и стремлением пользователей обойти модерацию.

В работе S.Chancellor и соавт. [4] представлено исследование тегов, используемых сообществами, поощряющими пищевые расстройства (*pro-ED communities*), до и после изменения политики модерации в Instagram (2012), когда наиболее общие и популярные теги, связанные с этой темой были либо заблокированы для поиска, либо поиск по ним стал приводить к появлению на экране предупреждающего сообщения (*anorexia, bulimia, bonespro* и ряд других).

Авторы исследования изучили 2,5 миллиона сообщений из Instagram с 2011 по 2014 годы с тегами, касающимися пищевых расстройств, и проанализировали лексическое варьирование в них, которое свидетельствует о впечатляющей изобретательности пользователей в модификации тегов. Когда все варианты тегов были по особым правилам, с учетом формальных и семантических видоизменений сгруппированы вокруг 17 «корневых», исходных тегов, на каждый из «корневых» тегов пришлось в среднем 40 модификаций. При этом расстояние Левенштейна между исходными тегами и их модификациями оказалось высоко вариативным от 1 до 9. Далее была подсчитана пропорциональная динамика тегов, что дало результаты, которые сами авторы называют «удивительными». По графикам, представленным в статье, можно заметить, как количество сообщений с «запрещенными» тегами резко сократилось после апреля 2012 года, когда Instagram ужесточил политику блокирования СХ-контента (в среднем на 52 %, в диапазоне от 13 до 78%), однако теги, которые вызвали появление предупреждающего сообщения, стали использоваться в сообщениях чаще (среднее увеличение использования на 22% в диапазоне от 9 до 37%). Увеличение количества вариантов тегов не сопровождалось количественным перевесом использования вариантов по сравнению с корневыми тегами, даже если последние подверга-

¹ Первая часть данной работы была опубликована в журнале «Социальная и клиническая психиатрия». 2018. Т. 18, № 3. С. 92–104.

² СУ – самоубийство; СХ – селфхарм (самоповреждение).

лись модерации, напротив, в среднем обнаружилось уменьшение использования вариантов на 70% по сравнению с корневыми тегами. Однако некоторые цепочки вариантов показали существенное увеличение популярности (с точки зрения количества сообщений, в которых они использовались).

В целом результаты исследования указывают на недостаточную эффективность модерационных усилий Instagram: запрет на популярные pro-ED-теги легко преодолевается, те сообщества, которые наилучшим образом «научились» варьировать теги, привлекают больше участников и более активно поддерживают пищевые расстройства. Более того, поскольку «запрет» тега фактически означает только невозможность использовать его для поиска, но не удаление или скрытие сообщений, уже снабженных этим тегом, такая политика, по мнению авторов исследования, приводит к тому, что pro-ED-сообщества «уходят в тень», продолжают вести свою

деятельность, становясь при этом менее заметными для детектирования и интервенции.

Методика, предложенная авторами, дает возможность получить и много другой полезной количественной аналитики: количество лайков по корневым тегам и их вариациям, популярность сопровождающих тегов, преобладающие темы обсуждения на основе кластеров (совместно встречающихся групп) тегов и др. Были, в частности, обнаружены существенные различия в тегах, сопровождающих «корневые» теги и их варианты. Кластеры, сопровождающие «корневые» теги включают обозначения негативных эмоций, одиночества и боли, а также слова, связанные со стратегией похудения и обозначающие физические признаки, то есть, с одной стороны, они выражают психологические проблемы, с которыми обычно сопряжено СХ-поведение, с другой – эмоционально оправдывают его. Кластеры при вариантах тегов обычно отражают более глубокие психологические проблемы и более «опасный» контент. Они включают теги, выражающие самоуничтожение, заниженную самооценку, депрессию и/или связанные с прямым СХ и СУ. Поскольку сообщества, предпочитающие «корневые» и варианты теги, достаточно четко разграничены и имеют разную пользовательскую базу, авторы исследования предполагают, что пользователи, использующие варианты теги, могут представлять собой особый сегмент сообщества, нацеленный уже на поощрение прямого СХ, а не пищевых расстройств. Блокирование «корневых» тегов при этом будет уводить пользователя, использующего варианты теги, все дальше в сторону более жестких форм СХ.

Справедливости ради, нужно заметить, что модерационная политика Instagram все же работает. Критикуя ее, авторы не отмечают тот факт, что в выпадающем списке по некоторым поисковым запросам, включающим рассматриваемые в статье теги, содержатся альтернативные запросы, отсыла-

Лучшее	Люди	Теги	Места	Лучшее	Люди	Теги	Места
#анорексия		Публикации: 271 013		#anorexia		Публикации: 5 480 397	
#анорексиядневник		Публикации: 2 079		#anorexiarecovery		Публикации: 1 970 184	
#анорексияприди		Публикации: 1 070		#anorexianervosarecovery		Публикации: 146 418	
#анорексиязло		Публикации: 7 088		#anorexiafighter		Публикации: 42 240	
#анорексиявосстановление		Публикации: 2 620		#anorexiarecover		Публикации: 29 546	
#анорексиярекавери		Публикации: 1 374		#anorexiawarrior		Публикации: 27 407	
#анорексияпрощай		Публикации: 876		#anorexianerviosa		Публикации: 9 637	

Рис. 1. Выпадающий список по поисковым запросам Instagram, касающимся нервной анорексии

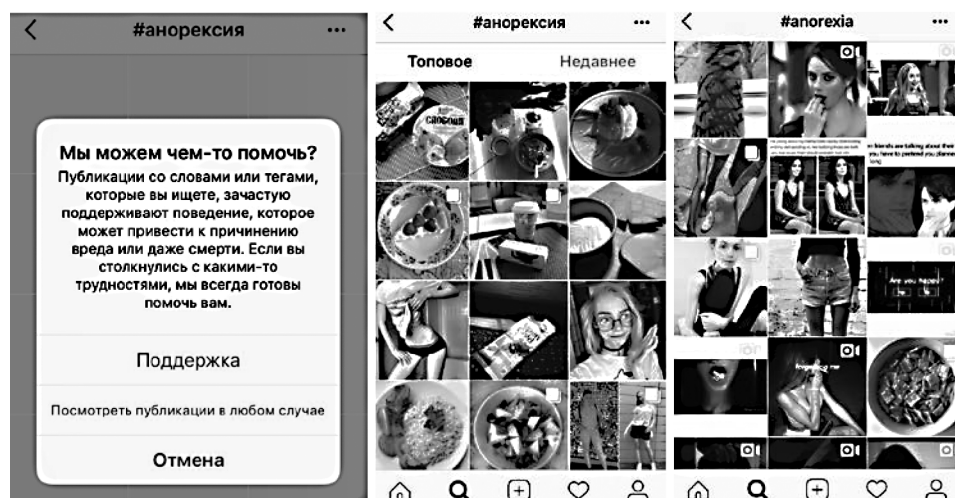


Рис. 2. Контент, который получает пользователь по запросу «анорексия» на первой странице поиска в зависимости от используемого языка

ющие к контенту, направленному на борьбу с пищевыми расстройствами (рис. 1).

Также следует подчеркнуть, что для русскоязычного сегмента Instagram необходимы собственные исследования – непосредственный перенос результатов англоязычных исследований невозможен. С одной стороны, существуют очевидные параллели. Так, при поиске из русского русскоязычного аккаунта по тегам *анорексия* и *anorexia* сначала появляется предупреждение, как и при поиске из англоязычного сегмента, затем, если пользователь желает его проигнорировать – результаты. Однако контент, который получает пользователь на первой странице поиска, значительно различается в зависимости от того, на каком языке набран тег (рис. 2).

Очевидны и различия в варьировании тегов (рис. 3). Другой вопрос – сколько русскоязычных пользователей, интересующихся этой темой, в принципе пользуются русскоязычными тегами.

Исследование R.C.Brown [3] также было проведено на материале Instagram, но в отличие от предыдущего в нем изучались сообщения, связанные с прямым нанесением себе физических повреждений и снабженные соответствующими немецкими хештегами. Выбор материала был обусловлен, с одной стороны тем, что Германия занимает одно из первых мест по уровню несуицидального СХ среди молодежи, с другой стороны – желанием авторов сосредоточиться на одном национальном сегменте интернета (английскими хештегами пользуются жители многих стран) Отправной точкой анализа были опубликованные пользователями за 4 недели в апреле 2016 года фотографии, на которых были открыто изображены такие повреждения. Количество таких фотографий составило 2 826 в 1154 аккаунтах. Изучалось содержание фотографий, комментариев к ним и хештеги. В основном эти фотографии изображали порезы на руках и на ногах, отнесенные экспертами к повреждениям слабой и средней степени.

Заслуживает внимания поэтапная методика отбора материала, использованная авторами. Сначала в течение 48 часов они загружали из открытых профилей Instagram сообщения с одним хештегом, который по имеющимся данным является самым популярным для несуицидального СХ-контента в Германии [8]. Было получено 1 135 изображений. На втором этапе были определены 30 хештегов, которые были использованы для этих изображений по крайней мере дважды, и произведена загрузка в течение 72 часов фотографий, помеченных этими хештегами. Количество загруженных фотографий составило 5 588. Далее два независимых эксперта определяли, являются ли эти фотографии релевантными для цели исследования,

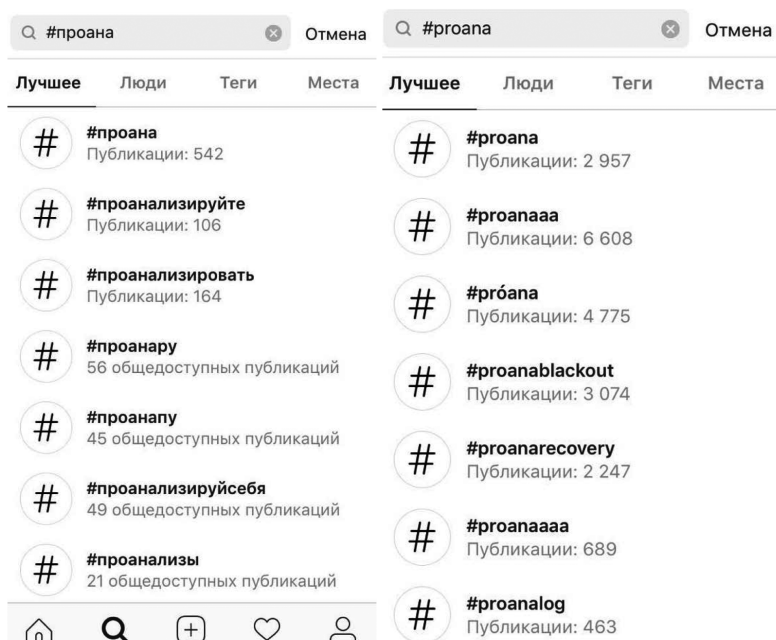


Рис. 3. Различия в варьировании тегов

то есть содержится ли на них непосредственное изображение раны или шрама (чужие фотографии, скопированные из известных источников, в рассмотрение не включались). В полученной выборке оказалось 293 фотографии, на основе которых был проведен следующий этап уточнения списка хештегов. Хештеги, которыми были помечены как минимум 5% релевантных фотографий, использовались для окончательной загрузки материала. Далее в течение 4 недель фотографии с этими хештегами выгружались из Instagram каждый час, что составило в конечном итоге 32 182 фотографий из 6 721 аккаунтов. Это количество особенно впечатляет на фоне того, что 10 из 16 использованных хештегов получают автоматическое предупреждение, в соответствии с модерационной политикой Instagram. Однако при экспертной оценке этих фотографий выяснилось, что релевантными из них являются только 2 826 (8,8%), опубликованные в 1 154 аккаунтах. Этот результат интересен сам по себе, так как демонстрирует, что СХ-хештеги в сообщении редко сопровождаются непосредственным изображением повреждений.

В результате анализа полученного массива сообщений и комментариев к ним были получены статистические данные, отражающие зависимость комментариев от типа увечья на фото, количество комментариев под фотографиями определенного типа и т.д. Типы фотографий определялись двумя независимыми экспертами по критериям степени тяжести повреждений (легкая, средняя, тяжелая), типа раны (порез, шрам, синяк, ожог), части тела (верхние конечности, нижние конечности, торс, голова, шея) и инструменту (бритва, монета и т.п.). Комментарии (за вычетом 1,2% комментариев, которые были лишены

смысла или сделаны на языках иных, чем немецкий и английский) также были разбиты на категории:

- комплименты по поводу повреждения, например, указания на то, что оно выглядит «красиво» (0,5% от всех комментариев);
- эмпатическая реакция, сочувствие (23,5%);
- предложение помощи (6,9%);
- предупреждения, просьбы прекратить СХ-поведение (11,6%);
- провокации, стимуляция «идти дальше», например, «убить себя» (6,8%);
- общее обсуждение темы – комментарии, не относящиеся напрямую к изображению и разместившему его пользователю (49,5%).

Казалось бы, что на основе этих данных можно сделать вывод о потенциальном положительном влиянии общения в социальной сети на пользователей, размещающих подобные фотографии: комментаторы в большинстве своем не стимулируют их СХ-поведение, предлагают моральную поддержку, выражают понимание их чувств, что должно способствовать укреплению социальных связей, уменьшению чувства одиночества и пониманию того, что такое поведение не является нормой. Однако анализ количества комментариев показал, что сообщения с СХ-фотографиями получали в среднем в два раза больше комментариев, чем сообщения, не содержащие таких фотографий. Более того, изображения тяжелых повреждений получали больше комментариев в целом и больше комментариев каждого типа, чем изображения повреждений легкой и средней степени. Поскольку получение комментариев является одной из основных мотиваций пользователей социальных сетей, желание увеличить количество комментариев может провоцировать пользователя на публикацию более «жестокоего» контента и способствовать социальному закреплению СХ-поведения. В качестве возможной превентивной меры авторы исследования предлагают автоматическую фильтрацию изображений (соответствующее решение может быть создано на основе машинного обучения) с опцией отключения лайков и комментариев под фотографиями, изображающими тяжелые повреждения.

Отдельное внимание авторы уделили активности публикации СХ-сообщений в зависимости от времени суток и дня недели. Было замечено, что в Германии больше сообщений рассматриваемой направленности публикуется в воскресенье и в период от 20 до 22 часов во все дни недели, в то время как спад активности таких публикаций приходится на время с 8 утра до часу дня в будние дни, что косвенно свидетельствует о том, что большая часть пользователей, публикующих такие сообщения – школьники.

В работе В.О'Деа и соавт. [11] была предложена модель, автоматически предсказывающая суицидальную наклонность сообщения, созданная и обученная на основе собранных в сети Twitter

данных. Из массива в 14 701 твит, найденных по ключевым словам, связанным с самоубийством, 2 000 твитов были случайным образом отобраны для экспертов, которые классифицировали их как «вызывающие серьезное беспокойство», то есть содержащие серьезное и открытое выражение намерения совершить самоубийство³ (14%); «возможно, заслуживающие беспокойства» – дефолтная категория, в которую помещались твиты, не содержавшие признаков двух других (56%); «достаточно безопасные для того, чтобы их проигнорировать» (29%). Согласованность мнений экспертов составила 76%.

Перед моделью была поставлена задача автоматической детекции сообщений, «вызывающих сильное беспокойство». Всего для машинного обучения и тестирования модели было использовано 1 820 твитов, разделенных на два набора: набор А – 829 твитов (746 для обучения, 83 для проверки) и набор В=991 (соответственно 891 и 100). Модель правильно определила 80% сообщений, «вызывающих сильное беспокойство», что значительно лучше, чем результаты модели [9], созданной на материале My Space, и достигшей только 14%-ной правильности определения суицидального риска по текстам блогов. Так же важно, что машина достигла того же уровня точности, что и результаты ручного анализа.

1. Обработка текста включала следующие стадии:
2. Лемматизация.
3. Преобразование слов в вектора.
4. Вычисление tf-idf⁴ коэффициентов, учитывающих информативность слова на основе его частотности.

Получение итогового вектора путем сложения векторов слов с коэффициентами tf-idf.

В качестве классификатора были использованы SVM (метод опорных векторов)⁵ и логистический регрессор.

Авторы провели тесты и посчитали точность (*precision*)⁶, полноту (*recall*)⁷ и F1-меру⁸ для каждой комбинации. Все эти меры важны для оценки качества модели. Высокая точность говорит о том, что модель редко ошибается, утверждая, что пост имеет суицидальный характер. В свою очередь высокая

³ Такие твиты должны были содержать суицидальное намерение, выраженное в форме утверждения, конкретный план самоубийства, сообщения об имевших место попытках и т.п.

⁴ tf-idf – Term Frequency-Inverse Document Frequency, гибридная метрика, учитывающая значимость слова и оценку его принадлежности классу.

⁵ SVM – метод опорных векторов, один из методов машинного обучения, который позволяет классифицировать объекты на несколько классов. Идея заключается в том, что в пространстве признаков строится гиперплоскость (кривая поверхность), которая разделяет элементы на 2 класса. Для большего количества классов, строится больше гиперплоскостей.

⁶ Точность – количество сообщений, правильно распознанных как суицидальные, деленное на общее количество сообщений, распознанных как суицидальное.

⁷ Полнота – количество сообщений, правильно распознанных как суицидальные, деленное на общее количество суицидальных сообщений.

⁸ F-мера – $2 \text{ Precision Recall} / \text{Precision} + \text{Recall}$

полнота говорит о том, что модель мало пропускает «тревожные» посты. Таким образом, модель может иметь высокую точность, но низкую полноту (неуверенная модель) или же высокую полноту и низкую точность (слишком уверенная модель). Первый случай хорош, когда нам необходимо блокировать посты автоматически, и мы не хотим блокировать «хорошие» посты. Второй случай хорош, если далее планируется вторичная проверка (модерация). Авторы не смогли добиться высокой точности и полноты одновременно, однако полученные результаты могут быть использованы как база для более качественного алгоритма.

В процессе работы авторы обнаружили две проблемы, которые имеют отношение к человеческому фактору, располагаются в двух конечных точках исследования – исходной и завершающей – и не могут быть решены машинными методами. Это проблема контекста и проблема этики. Проблема контекста заключается в том, что, как сообщили участники кодирования твитов, для определения степени серьезности суицидального намерения часто требуется больше информации, чем содержится в тексте. Так, фразы «I want to die» (Я хочу умереть) или «I'll kill myself» (Я убью себя) могут быть отражением особой фразеологии, свойственной пользователям определенного возраста, интересов и т.п. (ср. с русскими «Я умираю», «Я тебя убью» или «убейся апстену»). Необходимый контекст может находиться в пределах сообщения (хештеги, изображения, смайлики и т.п.), в пределах аккаунта, в пределах Твиттера, за его пределами, и получить его автоматически, без личного контакта с пользователем бывает невозможно. Проблема этики состоит в том, что, каким бы точным ни стало автоматическое детектирование суицидальных твитов, не вполне понятно, что делать с ним дальше. Если, предположим, какой-то твит определен как «вызывающий серьезное беспокойство», каковы могут быть действия по отношению к пользователю, его опубликовавшему, чтобы они не были нарушением приватности и других этических принципов? И кто должен совершать эти действия?

Тем не менее авторы исследования продолжили работу, расширяя возможности автоматического анализа суицидальных твитов. В работе В.О'Деа и соавт. [11] с использованием LIWC⁹ и регрессионного анализа ими были выявлены различия в лингвистических характеристиках твитов, не содержащих СУ-контента, твитов с СУ-контентом, относящихся к «безопасной» категории и «вызывающих серьезное беспокойство» суицидальных твитов. По сравнению с твитами несуйцидального содержания твиты, «вызывающие серьезное беспокойство», характеризуются большим количеством слов, большей долей

местоимений первого лица с большим количеством упоминаний смерти, больше выражений гнева и больше концентрировались на настоящем.

Достоверность и перспективность разработок В.О'Деа и соавт. [11] основывается в числе прочего на том, что суицидальные сообщения определяются в них по тегам, непосредственно отражающим тему самоубийства. Существуют исследования, где суицидальный характер сообщения детектируется на основе анализа эмоций, выраженных в нем. Например, логика М.Вирjali и соавт. [2] состоит в следующем: в науке имеются данные о лингвистических особенностях «депрессивных» текстов и о связи депрессии с самоубийствами, кроме того, выражение эмоциональных состояний является достаточно хорошо разработанной областью автоматического анализа естественного языка (от подходов, основанных на bag-of-words, до машинного обучения), следовательно можно определять суицидальные посты по выраженности в них депрессивных, пессимистических чувств.

Такой подход вызывает сомнение, о чем свидетельствуют результаты G.Coppersmith и соавт. [6], где сопоставлялись сообщения в Twitter, написанные лицами, признававшимися в попытке самоубийства с указанием конкретной даты, лицами, признававшимися в диагностированной депрессии, и «нормальной» контрольной группой (авторы указывают, что опирались при классификации сообщений именно на собственные признания пользователей, что не способствует чистоте исследования, так как среди лиц, признавших в диагностированной депрессии, могли быть и совершавшие в прошлом попытку самоубийства). На основе буквенных n-грамм¹⁰ были созданы модель текстов, написанных лицами, признававшимися в попытке самоубийства, и модель текстов «нормальных» пользователей, соответственно появилась возможность оценивать вероятность принадлежности любого текста к «суицидальной» и «несуйцидальной» (контрольной) группе. Для этого использовалась формула

$$c(t) = \frac{\log(CLM_s(t)) - \log(CLM_c(t))}{|t|},$$

где CLM_s – модель для «суицидальной» группы, CLM_c – модель для контрольной группы, *t* – произвольный текст. При положительном значении *c(t)* более вероятно, что текст *t* принадлежит к «суицидальной» группе, при отрицательном – к контрольной. Поскольку при анализе твитов отдельного пользова-

¹⁰ n-грамма – цепочка из n-слов или n-букв (символов) из текста. Используется для расширения метода ключевых слов, в котором текст анализируется по наличию ключевых слов (если есть слово *x*, то значит сообщение про суицид). N-граммы позволяют использовать не только слова, но и пары, тройки слов или символов и т. д. В исследованиях Копперсмит с коллегами используются буквенные n-граммы, включающие до 5 символов. Например, если начать делить на n-граммы предложение «For illustration, in this sentence we would observe...», в нем обнаружатся n-граммы «for i», «or il», «r ill», «illu», «illus» и т.п. [6].

⁹ LIWC – Linguistic Inquiry Word Count, инструмент для оценки психометрических показателей слов по заданным категориям (злость, грусть, смерть, друзья, клятва и т. д.) <http://liwc.wpengine.com/> [12]. Например, слова alive, dead, kill, mourn, suicide попадают в категорию DEATH.

теля иногда оказывается, что они попадают в разные группы, особое значение при создании «суицидальной» модели и анализе текстов придавалось твитам, предшествовавшим попытке самоубийства. При таком подходе можно также сопоставить некоторое количество твитов, непосредственно предшествующих попытке самоубийства, и более отдаленных от нее по времени и попытаться обнаружить сигналы ухудшений.

После того как модели удалось с удовлетворительной точностью отграничить «суицидальные» твиты от твитов контрольной группы, авторы исследования использовали LIWC, чтобы выяснить, какими конкретно лексическими параметрами отличаются эти тексты. Было установлено, что «суицидальные» твиты содержат больше, чем твиты контрольной группы, слов из категорий DEATH, HEALTH, SAD, THEY, I, SEXUAL, FILLER, SWEAR, ANGER, NEGATIVE EMOTIONS. Не все из этих категорий напрямую связаны с темой самоубийства. Гораздо менее часто в твитах лиц, совершавших попытку самоубийства, используется категория ASSENT, которая включает, например, такие слова, как *agree* и *yes*.

Сопоставление твитов «суицидальной» группы и пользователей, признавших в диагностированной депрессии, также позволило обнаружить различия между ними, которые были более ярко выражены, если для сопоставления брались не все твиты суицидальных пользователей за период до попытки самоубийства, но только непосредственно предшествовавшие.

Авторы предупреждают, что результаты их исследования свидетельствуют лишь о том, что в результате машинного обучения можно достигнуть дифференциации между исследуемыми группами, превышающей порог случайности, однако из-за ограниченности выборки и *post-hoc* характера исследования их нельзя рассматривать как предсказание попытки самоубийства. Кроме того, большую часть выборки составили девушки в возрасте 15–24 лет, что не позволяет считать ее достаточно репрезентативной для всей аудитории Интернета и для группы максимального суицидального риска в США (белые мужчины среднего возраста).

Проблема разграничения дискурса, связанного с психическими заболеваниями, и суицидального дискурса решается также в [7], где машинными методами моделируется изменение речевого поведения у участников сообществ, посвященных психическому здоровью, в сети Reddit, когда у них появляются СУ-намерения. Моделью достигнута точность 77,5%.

Выше мы уже затрагивали проблему коммуникативного поведения СУ/СХ-сообществ в социальных сетях, в связи с модерационной политикой Instagram. Автоматический анализ текстов на основе n-грамм позволяет исследовать пути распространения СУ/

СХ-информации в социальных сетях и формирование контактов между пользователями, интересующимися этой темой.

Высокую плотность взаимных связей пользователей сети Twitter, в сообщениях которых содержатся (по оценке экспертов) суицидальные мысли, и активность распространения подобного контента обнаружило исследование G.B.Colombo и соавт. [5], в котором были проанализированы такие сообщения за 6 месяцев, начиная с февраля 2014 года. На основе выборки из 4 543 твитов, в которых содержатся суицидальные мысли, были составлены, проанализированы и сопоставлены с графами по всем пользователям Твиттера графы подписчиков, друзей и взаимных подписок для «суицидальных» пользователей.

Данное исследование отличается от предыдущих тем, что первичный материал для определения того, какие сообщения будут отнесены к суицидальным, авторы собирали за пределами Твиттера – на форумах, посвященных обсуждению суицидальных намерений или содержащих большое и легко идентифицируемое количество подобного материала. Всего было получено 2 000 анонимных сообщений, оценка которых как содержащих или не содержащих суицидальный контент была (опять же в отличие от ранее описанных исследований) выполнена методом краудсорсинга на онлайн-платформе Crowdfunder. Этическая сторона и достоверность такого метода аннотирования сообщений с потенциально опасным содержанием не являются, с нашей точки зрения, безукоризненными. Дальнейшая процедура была стандартной: авторами был составлен список n-грамм (n от 1 до 5), для которых отношение tf-idf по классам *суицидальное/нормальное* максимально, то есть тех n-грамм, которые лучше всего «детектируют» суицидальный характер текста. Фильтрация этого списка вручную экспертами позволила получить список из 62 ключевых фраз, который очевидно отличается от списков, задаваемых априорно, в первую очередь тем, что только в нем только по три раза встречаются *kill* и *suicide/suicidal*, пять раз – *die*, один – *death*.

Видно, что при такой методике не все кодовые фразы представляют собой законченные словосочетания (например, *Wanting to kill yourself and... My death would...*).

Также специфика подхода G.B.Colombo и соавт. [5] состоит в определении того, что понимается под СУ-контентом. В отличие от ранее рассмотренных исследований здесь на первом этапе было использовано расширительное понимание, включающее:

- сообщения, содержащие свидетельство СУ-намерений, к которым также относятся выражения полного отчаяния, даже если они не сопровождаются упоминанием суицида;
- твиты, являющиеся частью какой-либо кампании (например, петиции);

- информационные сообщения, сообщения, предлагающие помощь и поддержку;
- шутивное, несерьезное упоминание самоубийства;
- твиты в память о ком-нибудь, твиты, выражающие соболезнования;
- новости о чьем-то самоубийстве.

Для классификации по этим категориям из собранного массива в 4 миллиона твитов случайным образом была отобрана одна тысяча, которая была аннотирована с использованием той же краудсорсинговой платформы. Затем из 601 твита, который не менее, чем 75% аннотаторов определили одинаково, был выбран 71 твит, относящийся к первой категории. После добавления из базы твитов с текстом, полностью дублирующим исходные, образовался массив в 4 553 сообщения, принадлежащих 3 535 пользователей, у которых в общей сложности оказалось 2 376 559 подписчиков и 1 600 498 друзей (под друзьями здесь понимаются пользователи, на которых подписан владелец аккаунта).

Несмотря на признание авторов, что их данных, по всей видимости, недостаточно для полной объективности исследования, были получены достаточно интересные результаты. Так, было выяснено, что среднее количество подписчиков у пользователей, публикующих сообщения о суицидальных намерениях (528 подписчиков), более чем в 2 раза больше среднего по Twitter (208). Это означает, что информацию от таких пользователей получает больше людей. Также средний путь (кратчайшее расстояние) от одного пользователя до другого оказался значительно короче, чем для всей сети в целом.

Анализ количества друзей и взаимных подписок показал, что 20% пользователей, публикующих СУ-сообщения, подписаны друг на друга, образуя тем самым сообщество, что не подтверждает результаты предшествующих исследований, говорившие о разобщенности и изолированности «суицидальных» пользователей. Наконец, при анализе графа ретвитов (в среднем каждый из 4 543 твитов «ретвитнули» 75 раз) было обнаружено, что СУ-контент распространяется не только между пользователями, входящими в исходную группу публикаторов суицидальных сообщений. Ретвиты таких сообщений делают пользователи, не принадлежащие к ней и не связанные с ней, способствуя таким образом распространению суицидального контента за пределами СУ-сообщества.

Как было показано выше, интернет не только усугубляет проблемы лиц, склонных к нанесению себе вреда, но и создает среду, в которой подобные лица могут получить помощь. Эта помощь может оказываться как профессионалами, так и просто членами интернет-сообщества, комментирующими сообщения пользователя, находящегося в «группе риска». В последнем случае особую значимость приобретает выявление характеристик полезного,

помогающего комментария (*helpful comment*), отличающего его от бесполезного или вредного.

Попытка решения этой задачи была предпринята в работе R.Kavuluru и соавт. [10]. Данные собирались из сети Reddit и ее Suicide Watch форумов. Целью авторов было обучить модель для автоматического определения комментариев, полезных для предотвращения суицида, что впоследствии могло бы помочь модераторам в поиске таких комментариев.

В социальной сети Reddit подписчики могут публиковать ссылки или текстовые сообщения, комментировать их, ставить публикациям и комментариям оценку «нравится» или «не нравится». Количество оценок «нравится» поднимает сообщение вверх на «доске новостей» Reddit, соответственно его видят больше подписчиков и гостей. Кроме того, эта сеть содержит подразделы (форумы) для обсуждения конкретных проблем, в том числе психологических. Ее подраздел (*subreddit*) Suicide Watch насчитывает 40 000 подписчиков. В ней работают 13 модераторов, удаляющих комментарии, выходящие за пределы правил. Однако понятия «помогающий» (с точки зрения помощи потенциальным самоубийцам) комментарий и методики определения таких комментариев не существует, что делает своевременную модерацию настолько объемного материала затруднительной (важность быстрой модерации для сообщества, где общаются потенциальные самоубийцы, очевидна).

В качестве материала были использованы 3 000 комментариев, случайным образом выбранных из исходного массива в 11 730 сообщений и 36 563 относящихся к ним комментариев, опубликованных на Suicide Watch за два года (апрель 2013–апрель 2015). Эти три тысячи комментариев были предварительно размечены студентами, специализирующимися по методам предотвращения самоубийств. Комментарии оценивались как «не помогающие», «помогающие в общем» или «помогающие в конкретном случае» по отношению к сообщению, к которому они были сделаны¹¹.

Критерии, по которым определялась принадлежность комментария к тому или иному классу, были разработаны авторами исследования и состояли в следующем.

«Помогающие в общем» комментарии нацелены на то, чтобы помочь автору исходного сообщения и потенциально предотвратить СУ/СХ. Сюда включаются комментарии, содержащие информацию о горячих линиях, советы обратиться за помощью к врачу, членам семьи и т.п., выражение понимания ситуации (обязательно с выражением надежды, что она улучшится). В случае если в исходном

¹¹ Обычно при изложении англоязычных исследований мы передаем английское *helpful* с помощью прилагательного полезный. Если в других случаях различие в значении этих прилагательных (русское происходит от слова польза, английское – от слова помощь) неважно, то здесь оно актуально, поэтому используется причастие помогающий.

сообщении не содержится никакой конкретной информации, кроме намерения покончить с собой, в качестве «полезных в общем» комментариев рассматриваются вопросы, помогающие уточнить ситуацию.

«Помогающие в конкретном случае» комментарии соответствуют тем же критериям, что «полезные в общем», но направлены на конкретные проблемы, упомянутые в исходном сообщении. Сюда могут относиться советы позвонить 911 или членам семьи, если исходное сообщение содержит требующие этого детали, например, указание на то, что уже использован какой-то препарат.

«Не помогающие» комментарии – это комментарии, выражающие осуждение, краткие и поверхностные сообщения о том, что этого не стоит делать, стереотипные ответы типа «Брось ты это» или «Со всеми бывает» и т.п. Также в эту группу относятся комментарии, в которых комментатор, вместо того чтобы поставить своей целью предотвращение самоубийства, обсуждает тему, затронутую в сообщении, защищая иную точку зрения, чем автор, т.е. вступает с ним в дискуссию.

Для построения модели разработчики использовали следующие признаки комментариев.

Униграммы и биграммы из комментариев и сообщения, к которому они относились.

Психометрические показатели комментариев и сообщения.

Графы RST¹² (а точнее, их популярные подграфы) также для комментариев и самого сообщения.

Второй набор признаков собирался с помощью программы LIWC. Третий – с помощью программы на языке Scala.

В качестве модели авторы использовали метод опорных векторов (SVM). Признаками модели стали указанные выше признаки и их комбинации. Итоговые результаты довольно хороши и показывают очень высокие значения полноты (99,92%) и достаточно хорошие значения точности (~82%). Также авторы протестировали модели, использующие ансамбли решений¹³ (на них максимум точности – 84,3%).

В то же время исследование, как и большинство описанных выше, выявило проблему на этапе работы

¹² RST включает набор признаков, определяющих связность и дискурсивную организацию текста. В исследовании было использовано 18 таких признаков: атрибутивность, фон, причина, сравнение, условие, контраст и т.п.

¹³ Ансамбль решений – метод, использующий несколько различных алгоритмов одновременно. Например, это может быть голосование: каждый алгоритм голосует за один из классов, побеждает большинство.

экспертов: чем больше людей одновременно оценивает текст, тем больший разброс в результатах получается. Это очевидно даже для трех экспертов: 70% совпадений у двух экспертов, 50% – у трех.

Проблемы разработки подобных моделей для русского языка. Узким местом всех исследований, касающихся обучения моделей для анализа естественного языка, являются, в первую очередь, сбор и аннотирование корпуса текстов для обучения. Ввиду разнообразия словаря и грамматических форм русского языка количество данных для достижения конкурентных результатов необходимо значительно увеличить по сравнению с аналогичными исследованиями для английского языка.

Следующая проблема не является специфичной для русского языка, однако не решена до настоящего времени. В рассмотренных выше исследованиях, как правило, использовалось совмещение ручного и автоматического подхода на разных стадиях отбора, аннотирования и разметки текстов. Таким образом, заявленная при разметке степень опасности контента во многом зависит от субъективного мнения эксперта, проводящего аннотирование данных. Открытым также остается вопрос, являются ли языковые маркеры СУ-контента универсальными для всех интернет-ресурсов или же требуется выделение уникальных маркеров для каждого ресурса.

Актуальные проблемы представляют также поиск и систематизация ресурсов – источников СУ- и СХ-контента в русскоязычном сегменте интернета. Это, в первую очередь, тематические форумы и сайты, однако критичным также является выявление тематических сообществ в крупнейших русскоязычных социальных сетях, так как в этом случае существует риск распространения опасного контента среди рядовых пользователей. Исследования в этом направлении уже начаты [1].

Существует еще одна проблема, характерная для всех русскоязычных исследований по анализу естественного языка. Одной из стадий обучения модели является представление текстовых данных в численной форме, позволяющей проводить дальнейшую компьютерную обработку. Этот процесс осуществляется с помощью так называемых языковых моделей, предварительно обученных на корпусах текстов для воссоздания правил языка. Языковые модели постоянно улучшаются, однако развитие русскоязычных моделей идет с отставанием от англоязычных, что усложняет создание конкурентоспособных решений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брябина Т.В., Гиберт А.И., Штрахова А.В. Опыт контент-анализа суицидальных высказываний в сети интернет лиц с различным уровнем суицидальной активности // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2016. Т. 9, № 3. С. 35–49.
2. Birjali M., Beni-Hssane A., Erritali M. Prediction of suicidal ideation in Twitter Data using machine learning algorithms // International Arab Conference on Information Technology. 2016.
3. Brown R.C. #cutting: Non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram // Psychological Medicine. 2017. P. 1–10.
4. Chancellor S., Pater J., Clear T., Gilbert E., De Choudhury M. #thygapp: Instagram content moderation and lexical variation in Pro-Eating Disorder Communities // Proceedings of the ACM Conference on

- Computer Supported Cooperative Work (CSCW) ACM. 2016.
5. Colombo G.B., Burnapa P., Hodoroga A., Scourfield J. Analysing the connectivity and communication of suicidal users on twitter // Computer Communications. 2016. Vol. 73. P. 291–300.
6. Coppersmith G., Leary R., Whyne E., Wood T. Quantifying suicidal ideation via language usage on social media // Joint Statistics Meetings Proceedings. Statistical Computing Section. JSM. 2015.
7. De Choudhury M., Kiciman E., Dredze M., Coppersmith G., Kumar M. Discovering shifts to suicidal ideation from mental health content in social media. // Proceedings of the 2016 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems. ACM. 2016. P. 2098–2110.
8. Fischer T., Goldwisch A.D., Haentzschel O. Instagram leaks // Neon 5. 2015. P. 16–21.
9. Huang X., Li X., Liu T., Chiu D., Zhu T., Zhang L. Topic model for identifying suicidal ideation in chinese microblog // Proceedings of the 29th Pacific Asia Conference on Language, Information and Computation. 2015. P. 553–562.
10. Kavuluru R., Williams A.G., Ramos-Morales M., Haye L., Holaday T., Cerel J. Classification of helpful comments on online Suicide Watch Forums // ACM BCB. 2016. P. 32–40.
11. O'Dea B., Wan S., Batterham P.J., Calear A.L., Paris C., Christensen H. Detecting suicidality on Twitter // Internet Interventions. 2015. P. 183–188.
12. Pennebaker J.W., Chung C. K., Ireland M., Gonzales A., Booth R.J. The development and psychometric properties of LIWC // LIWC.net, Austin, Texas. 2017.

КИБЕРСАМОУБИЙСТВО И ЦИФРОВОЙ СЕЛФХАРМ: ОБЩАЯ ПРОБЛЕМАТИКА И КОМПЬЮТЕРНЫЕ РЕШЕНИЯ (ЧАСТЬ 2)

А.З. Гайбуллаев, Д.Г. Мацепуро, М.Ю. Сидорова

В статье представлен выполненный по англоязычным источникам анализ основных направлений и методологических проблем изучения коммуникативного поведения людей, склонных к самоубийству (СУ) и преднамеренному нанесению себе вреда (селфхарм - СХ), в интернете, и влияния интернет-контента, связанного с СУ и СХ, на пользователей, а также обзор предлагаемых компьютерных решений по автоматической обработке и детектированию СУ/СХ-сообщений. Анализируются имеющиеся свидетельства негативного или позитивного влияния; систематизируются данные о формах коммуникативного поведения,

через которые обнаруживается интерес пользователей к контенту и общению, связанному с СУ и СХ, в интернете. Рассматриваются примеры имеющихся в мировой практике компьютерных решений, позволяющих автоматически детектировать СУ/СХ-контент и анализировать тексты, его передающие. Обсуждаются проблемы реализации аналогичных решений для русскоязычного интернета и возможные направления их преодоления.

Ключевые слова: самоубийство, самоповреждение, пищевые расстройства, интернет, автоматический анализ текста.

CYBERSUICIDE AND DIGITAL SELFHARM: GENERAL ISSUES AND COMPUTER SOLUTIONS (PART 2)

A.Z. Gaibullaev, D.G. Matsepuro, M.Yu. Sidorova

Basing on English-language articles we review the main trends and methodological issues in research of communicative behaviour of individuals with suicidal and selfharm ideation in the Internet. Also, we discuss the influence of suicidal and selfharm-related content on Internet-users and the existing methods of automatic processing and detecting of suicidal/selfharm-related messages. We analyze evidence of negative and positive influence of this content upon users and systematize data on communicative

behavior revealing users' interest in suicidal/selfharm-related content and interaction. State-of-the-art approaches towards automatic detection of suicidal/selfharm-related content and text analysis are examined, as well as problems connected with development of similar approaches for Russian-language internet communication and possible solutions.

Key words: suicide, selfharm, eating disorders, Internet, automatic text analysis.

Гайбуллаев Абдулла Зиядуллаевич – Windows-разработчик, Консультант Плюс; e-mail: me@ag-one.ru

Мацепуро Диана Геннадьевна – магистрантка исторического факультета Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова; e-mail: mdiana1996@yandex.ru

Сидорова Марина Юрьевна – доктор филологических наук, доцент, профессор кафедры русского языка филологического факультета Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова; e-mail: sidorovadoma@mail.ru

АССОРТАТИВНОСТЬ «АЛКОГОЛЬНЫХ БРАКОВ» КАК ЧАСТЬ ПРОБЛЕМАТИКИ АССОРТАТИВНОСТИ

Л.К. Шайдукова

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ

В последние несколько десятилетий в научной литературе болезни зависимостей стали рассматриваться как с индивидуально-персонифицированной точки зрения, так и в качестве парно-групповых (супружеских) и групповых (семейных) наркологических проблем [16, 17]. Это продиктовано в первую очередь реабилитационно-психотерапевтическим заказом, хотя теоретический и клинический аспекты немаловажны. В данном контексте интересна тема ассортативности – выбора будущего супруга, возникновение парных, супружеских форм психологической созависимости и химической зависимости в подобных «дуэтах» [9, 12, 18, 19]. Несомненно, вопросы наркологической ассортативности являются частью проблематики ассортативности в целом, поэтому необходимо изучить все аспекты этого явления.

Под термином ассортативность (фр. «assorti» – социально подобранные) подразумевается неслучайность подбора супружеского партнера, а «мерой ассортативности» принято считать корреляцию между супругами [11]. Существует иное определение ассортативности браков – это «отклонение от панмиксии при выборе брачного партнёра, выбор по наличию определенных признаков» [14]. Супружеские пары, создаваемые по принципу подобия (предпочтения одного партнера соответствуют предпочтениям другого) – пример положительной ассортативности; супружеские пары, создаваемые по принципу противоположности (у партнера отсутствуют или не соответствуют определенные качества) – результат отрицательной ассортативности. Исследования, проводимые многими отечественными и зарубежными учеными, показывают, что в подавляющем большинстве возникает положительная ассортативность, однако именно этот факт имеет негативные последствия при выборе будущих супругов лицами с психическими и наркологическими нарушениями. Существует мера ассортативности – высокая, умеренная и низкая, подразумевающая степень вероятности того или иного выбора.

История брачной ассортативности насчитывает более ста лет, когда впервые в 1902 году Карлом Пирсоном были проведены исследования ассортативности супружеских пар по антропометрическим признакам, а в 1918 году Рональдом Фишером дано их математическое обоснование [29]. Вместе с тем, интуитивное понимание этого термина существовало задолго до его математического обоснования («Только люди, пораженные одинаковым недугом, понимают друг друга» – Ф.Кафка).

Избирательный подбор с дальнейшим формированием супружеской брачной пары осуществляется во многих направлениях, нередко отмечается их сочетание и даже синергическое взаимодействие. Анализ научных литературных источников позволил выделить следующие виды брачной ассортативности: географическую, религиозную, этническую, возрастную, образовательную, интеллектуальную, культуральную, социальную, сексуальную, генетическую, психологическую, психиатрическую, наркологическую. Несомненно, наркологическая ассортативность взаимосвязана не только с психологической и психиатрической, но и с образовательной, интеллектуальной, социальной, культуральной, поэтому междисциплинарный аспект этой проблемы весьма важен.

Географическая ассортативность – подбор супружеских пар в соответствии с местом проживания, городской или сельской местности. Были проведены исследования психологической специфики брачной ассортативности супружеских пар в городе и сельской местности, благодаря которым стало ясно, что общей тенденцией является выбор и сохранение супружеского партнера по принципу сходства (эффект положительной ассортативности). Сравнительный анализ указал достоверно значимые различия в выборках сельских и городских пар, а также позволил выявить как общее, так и специфичное. Общей является тенденция сохранения положительной ассортативности, то есть психологической гармонии (схожести) супругов, а для выборки городских супружеских партнеров – также

и потребности в новом опыте, новых впечатлениях [3, 17, 27]. Предпосылками к формированию положительной географической ассортативности является урбанизация популяций [2].

Религиозная ассортативность – значимость вероисповедания при формировании брачной пары. При сохранении вероисповедания и социальных норм, характерных для данной религии, также преобладает положительная ассортативность. Наблюдаемое на рубеже веков возрождение традиционных религий демонстрирует возникновение религиозных браков, «гомогенизацию по религиозному признаку». Вместе с тем, появление разнообразия религий, изменение демографической ситуации, преобладание политики мультикультурализма способствует заключению иных браков – отмечается отрицательная ассортативность [35].

Этническая ассортативность – выбор в соответствии с национальной принадлежностью. Подбор партнеров согласно этническим признакам включает в себя единый язык, культуру, хозяйство, территорию проживания, самосознание, внешний вид, менталитет. Высокие показатели этнической брачной ассортативности для национальностей, представленных небольшой долей населения городов, – известное явление для урбанизированных популяций. Высокая этническая предпочтительность при заключении брака тесно связана с традициями некоторых этнических групп. Предпочтение при заключении брака для супругов реципрокной национальности описано в ряде исследований [7, 42].

Возрастная ассортативность – выбор супружеского партнера в соответствии с возрастными параметрами. Несомненно, существует тенденция выбора одновозрастного партнера, однако она несильно выражена. Во все времена существовали «неравные браки» с моделью «пожилой муж – молодая жена», а в современном обществе все чаще встречаются противоположные типажы – «пожилая жена – молодой муж», то есть нарастает отрицательная ассортативность, что связано с расширением диапазона общественной приемлемости, экономической ситуацией [48].

Образовательная ассортативность – подбор брачного партнера в соответствии с образовательным уровнем. Рассматривая проблематику образовательной ассортативности, отечественные авторы [4, 8, 11, 13] обнаружили высокий уровень положительной брачной ассортативности. С начала двадцатого века чаще всего необразованные слои населения в выборе супруга ориентировались на сходный уровень образования. В тоже время согласно научным исследованиям зарубежных авторов [25, 35, 39, 48, 60] возрастает отрицательная образовательная брачная ассортативность: малообразованные партнеры предпочитают вступать в брак с людьми, чей образовательный уровень выше их собственного, тем самым увеличивая свой образовательный статус.

Интеллектуальная брачная ассортативность – это выбор супружеского партнера по интеллектуальному уровню [11, 43]. Авторы отмечают положительную ассортативность браков в соответствии величиной IQ, а многочисленные статистические исследования подтверждают данное утверждение – значения IQ у супругов весьма близки, особенно в области высоких и низких значений интеллекта, в области же средних значений IQ корреляция более слабая. В среднем корреляция супругов по IQ составляет примерно 0,30–0,40. Показательно, что ассортативность проявляется ярче, как среди одаренных, так и среди интеллектуально отсталых людей. В группе с низкими образованием и интеллектом получена очень высокая ассортативность по интеллекту ($r=0,68$) и никаких корреляций по темпераменту, когнитивному стилю, креативности.

Сексуальная брачная ассортативность указывает, что в выборе супружеской пары партнер руководствуется сексуальной ориентацией. D.P.H. Barelds [20] и G.F. Miller [44] в своих публикациях отмечают, что положительная сексуальная брачная ассортативность превалирует над отрицательной, объясняя это тем, что выбор происходит в соответствии со сходными параметрами, а восприятие партнера оказывается довольно точным. Другой причиной положительной ассортативности является расширение половой толерантности и вариативности социальных норм в современном обществе. Существуют и другие данные исследований, свидетельствующие о наличии отрицательной сексуальной ассортативности. Причиной этого явления может служить нормативно-законодательная база, запрещающая брак между гомосексуальными партнерами в ряде стран, что сопровождается формированием сексуально-разнородных официальных брачных пар и появлением неофициальных гомосексуальных семей [27, 28].

Культуральная ассортативность – сходство культуральных параметров у супругов, играющих главную роль в брачной ассортативности. Этот вид ассортативности включает в себя многие виды – образовательную, социальную, интеллектуальную [4, 8]. В некоторых публикациях авторы акцентируют внимание именно на данном виде ассортативности, обнаруживая положительную корреляцию показателя удовлетворенности партнера с направленностью на возможность расширения своего кругозора, культуры и интеллектуального развития [52].

Социальная ассортативность – выбор супруга в соответствии с социальным статусом, однако до сих пор остается неясным, по какому социальному аспекту руководствуются в выборе партнера [11, 61]. Исследователи изучали влияние социального статуса на степень ассортативности и обнаружили ее высокие показатели [4, 8]. Вместе с тем, признаками последних десятилетий является отрицательная социальная ассортативность.

Это чаще всего наблюдается у супружеских пар из разных социальных слоев населения, где один из партнёров (более высокого социального статуса) в результате альтруизма или низкой самооценки выбирает себе в партнёры человека с более низким социальным статусом.

Генетическая ассортативность – один из вариантов ассортативности, который был изучен наиболее глубоко [1, 2, 12, 21, 50, 51]. По мнению некоторых авторов генетическая брачная ассортативность – это не только феномен фенотипической ассортативности супружеских пар, но и сходство супругов по молекулярно-генетическим факторам. Исследователи сходятся во мнении, что для характеристики брачной ассортативности важны величина и структура генетического груза каждого из супругов. Согласно теории гентропизма Л.Сонди [14], положительная брачная ассортативность является следствием притяжения друг к другу людей со сходными генами, что проявляется, в частности, поиском брачных партнеров, похожих на членов своей семьи: для женщин – на отца, братьев, для мужчин – на мать и сестер.

Психологическая ассортативность – формирование супружеской пары по ряду личностных характеристик [6, 10, 22, 40, 62]. Исследования, проведенные D.Buss (1984), демонстрируют сравнительную оценку по 16 личностным характеристикам – полученное сходство положительно. Характерно, что в добрачный период супруги оценивают перцептивно-воспринимаемые характеристики; такие показатели как возраст, привлекательность и обладание определенными личностными свойствами имеют тенденцию схождения. Сравнивая сходство супругов по самооценкам и взаимным оценкам личностных свойств (используя опросник Айзенка, опросник УСК, определяя уровень макиавеллизма и шкалу поиска ощущений), исследователь обнаружил положительную ассортативность по психологическим чертам. Сходство обусловлено представлением скорректированного образа супруга – похожего на реального, но и приближенного к представлениям о себе. Это является основой формирования созависимых отношений, либо даже химически зависимых семей. Автор считает, что психологическая ассортативность превалирует над всеми другими видами, однако другие исследователи отмечают, что высокая положительная ассортативность была обнаружена у таких признаков, как уровень образования, религиозные и политические установки, социально-экономическое положение. Умеренная ассортативность установлена для физических показателей, что согласуется с данными других исследователей [35, 55, 56], когнитивных стилевых особенностей и специальных способностей.

Психиатрическая ассортативность – выбор будущего супруга в соответствии с психическими отклонениями [33]. Высокая ассортативность браков по шизофрении и другим душевным заболеваниями

описана давно – авторы объясняют это эволюционными причинами. Ассортативность браков по шизофрении в ряде поколений приводит к усилению признаков заболевания и появлению их в более раннем возрасте, что впоследствии препятствует вступлению в брак потомков лиц, страдающих подобным психическим заболеванием. Создаются условия для вывода избыточных генов психопатологии из генофонда популяции. Данный выбор супруга у лиц с психическими расстройствами ведет к повышению степени гомозиготности в ответственном мутантном генокомплексе, а это способствует его пенетрантности, распространению психических заболеваний среди населения, проявлению его в более молодом возрасте и неблагоприятному течению. Так позитивная психиатрическая ассортативность усиливает количественное проявление генетического признака в ряде поколений и предотвращает накопление вредных генов в популяции [1, 41, 46].

Существуют также умеренная, но статически значимая ассортативность по состоянию общей тревожности, маниакально-депрессивным психозам, по паническим состояниям, различным фобиям. Наконец, выбор супруга с расстройствами личности, психопатическим складом характера тоже неслучаен, считают некоторые исследователи [16]. Еще в добрачном периоде женщина изначально имеет патологическую потребность в созависимости, в патологическом развитии личности, что «обеспечивается» взаимоотношением с партнером-психопатом. При вступлении в брак эта потребность удовлетворяется – происходит объединение психопатологических характеристик супругов, считают авторы [17, 18]. Следовательно, согласно лонгитюдным исследованиям супружеских пар симилярность личностных характеристик лежит в основе позитивной ассортативности браков [21, 24, 31, 34, 38, 42, 52], и, как точно выразились B.Rammstedt и J.Schupp [53] «только конгруэнтным парам дано выжить». Возникает дилемма: если это правило действует в отношении выбора «здоровых» супружеских пар, возможно ли применить его к проблеме выбора в алкогольных семьях?

Наркологическая ассортативность – неслучайный выбор супругов с формированием «алкогольной семьи» – является частью проблематики брачной ассортативности. M.A.Schuckit [57] в 1994 году поставил вопрос: действительно ли «дочери алкоголиков» склонны выбирать в мужья лиц с алкогольной зависимостью? Его исследования доказали, что дочери отцов с алкогольной зависимостью, сами неподверженные алкоголизму, в два раза чаще предпочитают иметь супруга с алкогольными проблемами, чем дочери «не алкоголиков» (независимо от того, кто именно из родителей страдал алкоголизмом – отец или мать). При этом дочери отцов с алкогольной зависимостью не имеют никакой ассорт-

тативности по другим распространенным психическим нарушениям. В отношении сыновей подобной тенденции не наблюдалось [48].

В середине прошлого века в зарубежной научной литературе муссировались вопросы формирования «алкогольных» семей с позиции так называемых «гипотез выбора». В одной из них [26] высказывалось предположение, что подобные браки возможны из-за конгруэнтности психического статуса будущих супругов. Будущая «жена алкоголика» изначально является ущербной личностью, компенсирующей свои психологические комплексы за счет взаимодействия с аналогичным субъектом. Черты изначальной зависимости в совокупности с потребностью в реализации неосознаваемых деструктивных процессов приводят к предпочтению лица с «изъяном» перед достойными конкурентами, считает автор.

Во второй гипотезе [23] делалось предположение, что будущая «жена алкоголика» обладает доминирующими чертами характера, требующими подчинения супружеского партнера. Слабые волевые качества, пассивная жизненная позиция, аморфная характерологическая структура – одни из часто встречаемых качеств описанной Э.Е.Бехтелем «преалкогольной личности», какими и являются избранные в супружеские партнеры мужчины. Для сохранения лидирующих позиций в семье властная «жена алкоголика» подсознательно закрепляет пороки у мужа, саботируя его попытки перемены жизненного сценария с алкогольного на трезвеннический.

В третьей гипотезе [45] большое внимание уделялось родительской фигуре, преимущественно отцовской. Именно идентификация с ним, злоупотребляющим алкоголем, но синтонным и добрым, ведет к выбору женщиной супружеского объекта, схожего с отцом. В последующем, эта гипотеза нашла подтверждение в научной работе [16], однако «это была лишь часть правды».

В другой гипотезе, перекликающейся с предыдущей [47], подчеркивалась значимость материнской фигуры, а также стиля взаимоотношений в родительской семье. Будущие «жены алкоголиков» описывали своих матерей как холодных, непримиримых, властных, требовательных, а своих отцов-алкоголиков как пассивных, безвольных, с чувством хронической вины. Конфронтация материнскому стилю поведения является причиной выбора иного, терпимого к алкогольному пороку, считают авторы. Стремление помочь лицу, вызывавшему в детские годы сочувствие и любовь, пусть и опосредованно, через избранного супруга, часто мотивирует создание «алкогольного брака».

Вместе с тем, в отличие от «гипотез выбора» так называемые «системные гипотезы» [57–59] ослабляют тяжесть индивидуальной вины женщин за алкоголизацию мужей и значимость первичного

выбора супружеского объекта. Согласно им доминирование женщины в алкогольной семье не является следствием ее изначальных черт характера, а лишь вынужденным стилем поведения в ситуации, когда она по известным причинам вынуждена взять бразды правления на себя.

В этих гипотезах [37] основной упор делался на семейные процессы, адаптацию супругов, способах компенсации нанесенного алкогольной зависимостью ущерба и преодоление внутрисемейных проблем. В результате сложившихся деформированных отношений игнорирование, а порой и саботирование женой попыток трезвости у мужа возникают не из-за эгоцентрического желания супруги удержать власть, а в результате страха перемен, желания сохранить хоть какую-то устойчивость. Многочисленные ремиссии и рецидивы разной частоты и длительности дестабилизируют семью, «размагничивают» с трудом настроенные целевые векторы, поэтому стремление к равновесию оказывается сильнее здравого смысла [36].

Однако в других работах подчеркивалось, что именно система патологических взаимоотношений супругов является почвой для алкоголизации одного из них [30]. Проведенные эксперименты доказывали, что в подобных семьях общение происходило преимущественно на проалкогольную тематику, когда жены обращали внимание на мужей и обсуждали проблемы пьянства. Все остальное время они были равнодушны к супругам, и это мотивировало последних к возобновлению употребления алкоголя для привлечения внимания и компенсации коммуникативного дефицита, считают авторы [32].

Существует также гипотеза, в которой первоочередное значение придается ролевым отношениям между супругами. Злоупотребляющий алкоголем муж испытывает хроническую фрустрацию из-за роли «алкоголика» в своей семье. Спаивая жену, он избавляется от фрустрационного давления, подсознательно добиваясь «ролевой однородности». Формирование супружеского алкоголизма является квинтэссенцией патологического семейного взаимодействия [18].

Таким образом, проблематика ассортативности браков многосторонняя, что позволяет отнести ее к междисциплинарной. Наряду с превалированием положительной ассортативности по многим показателям на современном этапе появляются варианты отрицательной ассортативности. Эта тенденция не коснулась «психиатрических» и «алкогольных» браков, где по-прежнему степень положительной ассортативности остается высокой. Существующие «гипотезы выбора» и «системные гипотезы» формирования «алкогольной семьи» указывают на неоднозначность проблемы наркологической ассортативности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акименко Е.А. Клинико-генетические особенности суицидального поведения больных шизофренией (обзор литературы) // Украинський вісник психоневрології. 2006. Т. 14. С. 120–123.
2. Алтухов Ю.П. Динамика популяционных генофондов при антропологических воздействиях. М.: Наука, 2004. 619 с.
3. Бочков Н.П., Николаева И.В., Тихоной М.И. и соавт. Брачная ассортативность в населении современного города // Генетика. 1984. Т. 20. № 7. С. 1224–1229.
4. Вельков В.В. Куда идет эволюция человечества? // Человек. 2003. №2. 163с.
5. Евтух Т.Е. Удовлетворенность браком и ассортативность супругов в группах с разным стажем брака // Вестник Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета. 2016. Т. 1. С. 4–10.
6. Егорова М.С., Паршиков О.В. Сходство супругов по самооценкам и взаимным оценкам личностных свойств // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2010. № 3.
7. Еремина Е.Р., Кучер А.Н. Этническая ассортативность браков в городе Улан-Удэ // Социальная гигиена и организация здравоохранения. 2010. Т.3. №6. С. 110–117.
8. Марков А.В. Эволюция человека. В 2 кн. М.: Астрель: CORPUS. 2011.
9. Москаленко В.Д., Ванюков М.М., Соловьева З.В. Ассортативность браков больных алкоголизмом // Генетика человека и патология, 1989.
10. Паршикова О.В. Сходство супругов по личностным характеристикам и продолжительность брака // Психологическое исследование. 2012. Т.5. №26. С.10–13.
11. Равич-Щербо И.В. и соавт. Психогенетика: Учебник для студентов вузов, обучающихся по специальности и направлению «Психология» / Под ред. И.В.Равич-Щербо. М.: Аспект Пресс, 2000. 447 с.
12. Рожнова Т.М., Асанов А.Ю. Психогенетические основы созависимости. Сообщение 1. Постановка проблемы // Наркология. 2010. Т.9. №7. С. 84–90.
13. Самофалова Е.И. Особенности изучения образовательной миграции в работах зарубежных авторов // Вестник Томского Государственного университета. Философия. Политология. 2015. №1. С.104–119.
14. Сонди Л. Учебник экспериментальной диагностики влечений: глубинно-психологическая диагностика и ее применение в психопатологии, психосоматике, судебной психиатрии, криминологии, психофармакологии, профессиональном, семейном и подростковом консультировании, характерологии и этнологии. М.: Когито-Центр, 2005. 557 с.
15. Харламова Т.М. Психологическая специфика брачной ассортативности (на примере супружеских пар, проживающих в городе или сельской местности) // Вестник. 2013. 109 с.
16. Шайдукова Л.К. Выбор супругов женщинами, страдающими алкоголизмом // Казанский медицинский журнал. 1993. №4. С. 297–299.
17. Шайдукова Л.К. Супружеский алкоголизм // Российский психиатрический журнал. 2005. №5. С. 53–61.
18. Шайдукова Л.К. Женский и супружеский алкоголизм. Актуальные проблемы наркологии. Казань: Издательский дом «Мир без границ», 2006. 176 с.
19. Шапова И. Созависимость как жизнь. Litres, 20 июля. 2017. 512 с.
20. Barelids D.P.H. Self and partner personality in intimate relationships // Eur. J. Personality. 2005. Vol.19. P. 501–518.
21. Bereczkei T., Gyuris P., Kovacs P., Bernath L. Homogamy, genetic similarity, and imprinting: parental influence on mate choice preferences // Pers. Individ. Dif. 2002. N 33. P. 677–699.
22. Botvin M.D., Buss D.M., Shackelford T.K. Personality and mate preferences: Five factors in mate selection and marital satisfaction. // J. Personality. 1997. N 65. P. 107–136.
23. Bullock S.C., Mudd H.E. The interrelatedness of alcoholism and marital conflicts the interaction of alcoholic husbands and their non-alcoholics wives during counseling // Am.J. Other Psychiatry. 1959. N 29. P. 519–527.
24. Caspi A., Ozer D.J., Herbener E.S. Shared experiences and the similarity of personalities: A longitudinal study of married couples // J. Personality Soc. Psychol. 1992. N 62. P. 281–291.
25. Choi K.H., Mare R.D. International migration and educational assortative mating in Mexico and the United States // Demography. 2012. N 49. P. 449–476.
26. Edwards P.A., Harley C., Whitehead P. Wives of alcoholics: a critical review and analysis // Q.J.Stud.Alcohol. 1973. Vol.34. P.112–132.
27. Epstein E., Guttman R. Mate selection in men: Evidence, theory, and outcome // Soc. Biol. 1985. N31. P. 243–278.
28. Farley F.H., Davis S.A. Arousal, personality, and assortative mating in marriage // J. Sex Marital Therapy. 1977. N3. P.122–127.
29. Fisher R.A. The correlation between relatives on the supposition of Mendelian inheritance // Transaction of Royal Society of Edinburgh. 1918. Vol. 52. P. 399–433.
30. Gorad S.L. Communicational styles and interaction of alcoholism and their wives // Fam.Process. 1971. Vol.10. P. 475–489.
31. Guttman R., Zohar A. Spouse similarities in personality items: changes over years of marriage and implications for mate selection // Behav. Genet. 1987. N 17. P.179–189.
32. Hersen M., Miller P., Eisler R. Interactions between alcoholics and their wives: a descriptive analysis of verbal and nonverbal behavior // Q.J.Stud.Alcohol. 1973. Vol.34. P. 516–520.
33. Humbad M.N., Donnellan M.B., Iacono W.G., Burt A. The association of marital quality with personality and psychopathology: Results from a very large sample of married couples // J. Abnorm. Psychol. 2010. N 119. P. 151–162.
34. Humbad M.N., Donnellan M.B., Iacono W.G., McGue M., Burt A. Is spousal similarity for personality a matter of convergence or selection? // Personality and Individual Differences. 2010. N 49. P. 827–830.
35. Hur Y.-M. Assortative mating for personality traits, educational level, religious affiliation, height, weight, and body mass index in parents of a Korean twin sample // Twin Res. 2003. N6. P. 467–470.
36. Jackson J.K. The adjustment of the family to the crises of alcoholism // Q.J.Stud.Alcohol. 1954. Vol.15. P. 562–586.
37. Jacob T. Alcoholism & family interaction: an experimental paradigm // Am.J. Drug. Alc. Abuse. 1989. N 15. P.73–91.
38. Lee K., Ashton M., Pozzebon J.A., Visser B.A., Bourdage J.S., Ogunfowora B. Similarity and Assumed Similarity in Personality Reports of Well-Acquainted Persons. // J. Personal. Soc. Psychol. 2009. Vol.96. N 2. P. 460–472.
39. Lewis S.K., Oppenheimer V.K. Educational assortative mating across marriage markets: non-Hispanic whites in the United States // Demography. 2000. N 37. P. 29–40.
40. Little A.C., Burt D.V., Perret D.I. Assortative mating for perceived facial personality traits // Personal. Individual Differen. 2006. Vol. 40. P. 973–984.
41. Maes H.H., Neale M.C., Kendler K.S., Hewitt J.K., Silberg J.L., Foley D.L., Meyer J.M., Rutter M., Simonoff E., Pickles A., Eaves L.J. Assortative mating for major psychiatric diagnoses in two population-based samples // Psychol. Med. 1998. N 28. P. 1389–1401.
42. McCrae R.R., Martin T.A., Hrebickova M., Urbanek T., Boomsma D.I., Willemsen G., Costa P.T.Jr. Personality trait similarity between spouses in four cultures // J. Personal. 2008. Vol.76. P.1137–1163.
43. Mascie-Taylor C.G. Spouse similarity for IQ and personality and convergence // Behav. Genet. 1989. N 19. P. 223–227.
44. Miller G.F. Sexual selection for moral virtues // Q. Rev. Biol. 2007. Vol.82. P. 97–125.
45. Orford J., Oppenheimer E. The cohesiveness of alcoholism-complicated marriages and its influence on treatment outcome // Br.J. Psychiat. 1976. N 128. P. 318–339.
46. Parnas J. Assortative mating in schizophrenia: results from the Copenhagen High-Risk Study // Psychiatry. 1988. Vol.51. P. 58–64.
47. Paulin T.J., McCrady B.S. The alcoholic marriage: alternative perspectives // N. J. Grune & Stratton, 1977.
48. Qian Z. Changes in assortative mating: the impact of age and education, 1970–1990 // Demography. 1998. N 35. P. 279–292.
49. Rammstedt B., Schupp J. Only the congruent survive – Personality similarities in couples // Personality Individual Differences. 2008. N45. P. 533–535.
50. Roberts S.C., Little A.C. Good genes, complimentary genes and human mate preferences // Genetic. 2008. N132. P. 300–321.
51. Rushton J.P. Genetic similarity theory, human altruism, and group selection // Behav. Brain Sci. 1989. N12. P. 503–517.
52. Schimmack U., Lucas R.E. Marriage matters: Spousal similarity in life satisfaction // J. Applied Soc. Sci. Studies. 2007. N 127. P. 105–111.
53. Schuckit M.A., Tipp J.E., Kelner E. Are daughters of alcoholics more likely to marry alcoholics? // Am. J. Drug Alcohol Abuse. 1994. N 20. P. 237–245.
54. Schuckit M.A. et al. Women who marry men with alcohol-use disorders // Alcohol. Clin. Exp. Res. 2002. Vol. 26. N 9. P. 1336–1343.
55. Silventoinen K., Kaprio J., Lahelma E., Viken R.J., Rose R.J. Assortative mating by body height and BMI: Finnish twins and their spouses // Am. J. Hum. Biol. 2003. N 15. P. 620–627.
56. Spuhler J.N. Assortative mating with respect to physical characteristics // Eugenics Quarterly. 1968. Vol. 15. P. 128–131.
57. Steinglass P. The impact of alcoholism on the family // Q.J.Stud. Alcohol. 1981. Vol.42. N 3. P. 288–301.
58. Steinglass P. The alcoholic family. Basic Books. NY, 1987.
59. Steinglass P., Davis D.J., Berenson D. Observation of conjointly hospitalized «alcoholic couples» during sobriety and intoxication; implications for theory and therapy // Fam. Process. Balt. 1977. N 16. P.1–6.
60. Stevens G., Owens D., Schaefer E.C. Education and attractiveness in marriage choices // Soc. Psychol. Q. 1990. N 53. P. 62–70.
61. Tayler P.A. Assortative mating and human variation // Scientific Progress. Oxford. 1988. Vol. 72. P. 451–466.
62. Tognetti A., Berticat C., Raymond M., Faurie C. Assortative mating based on cooperativeness and generosity // J. Evolutionary Biol. Eur. Soc. Evolutionary Biol. 2014. P. 1–7.

АССОРТАТИВНОСТЬ «АЛКОГОЛЬНЫХ БРАКОВ» КАК ЧАСТЬ ПРОБЛЕМАТИКИ АССОРТАТИВНОСТИ

Л.К. Шайдукова

Выбор супружеского партнера – явление неслучайное, поэтому в начале двадцатого века возникло направление в исследовании брачной ассортативности. Автор статьи, анализируя научные работы по изучению ассортативности браков, выделил различные виды: культуральную, возрастную, образовательную, религиозную, сексуальную, социальную, экономическую, этническую, географическую, интеллектуальную. Особый интерес

представляют психологическая, психиатрическая и наркологическая ассортативность с формированием парных случаев психопатологии на этапе выбора супругов. Приводятся теоретические основы ассортативности браков, оригинальные гипотезы «неслучайного выбора».

Ключевые слова: ассортативность, алкогольная семья, гипотезы «неслучайного выбора».

AN “ALCOHOLIC WEDLOCK” ASSORTATIVITY AS A PART OF THE ASSORTATIVITY PROBLEMS

L.K. Shaydukova

The partner choice is a non random phenomenon, therefore, in the early 20th century a direction of researches was emerged towards the study of marital assortativity. The author analysis academic works of assortment of marriages, and has identified different types of the assortativity: cultural, age, educational, religious, gender, social, economic, ethnic, geographical and intellectual. Of particular interest are psychological, psychiatric and

narcological assortativity with the formation of psychopathology among the couples at the stage of choosing the partner. Moreover, there are theoretical basis of assortatively marriages, the original hypothesis of “a non-random choice” of a partner and forming the “alcoholic families”.

Key words: assortativity, an alcoholic family, the hypothesis of “a non-random choice”.

Шайдукова Лейла Казбековна – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии с курсом наркологии Казанского государственного медицинского университета, Заслуженный врач РФ; e-mail: shaidukova@list.ru

СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ ПРОФЕССИЙ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ

М.М. Проничева, В.Г. Булыгина, М.С. Московская

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Социальная сфера является совокупностью отраслей, предприятий, организаций, которые непосредственно связаны и определяют образ и уровень жизни людей, их благосостояние; потребление. Выделяют следующие направления деятельности специалистов социальной сферы: культурно-просветительское, правовое, торгово-сервисное, воспитание и обучение; здравоохранение. Профессии социальной сферы связаны с постоянным контактом с людьми, что обуславливает ряд требований, предъявляемых специалисту.

Профессионально важные качества работников классифицируют следующим образом.

1. Коммуникативные – речевые умения, социально-психологические умения, умения использовать невербальные средства общения, умения взаимодействовать, наблюдательность, желание общаться.

2. Познавательные – гибкость и логичность мышления, креативность, умение сосредоточиться на одном объекте длительное время, хорошая память, аналитические способности.

3. Эмоционально-волевые – способность адекватно выражать, а при необходимости контролировать свои эмоции и поведение, эмпатия, умение преодолевать трудности, проявлять терпение.

4. Ценностно-ориентационные – система ценностей работника, основывающаяся на общечеловеческих ценностях: уважение личности другого, любовь, справедливость, свобода выбора, ответственность и т.д.

5. Организационно-методические – умение формулировать и понимать цель деятельности, понимание содержания своей деятельности, умение анализировать свою работу, умение оптимально использовать свое рабочее время, планировать и организовывать свою деятельность.

Усовершенствование технологий и внедрение новых средств работы требует от специалистов высокой компетентности и хорошего уровня адаптивности для эффективного выполнения трудовых функций. От психологического благополучия специалиста зависит и качество выполнения работы, и ее результативность.

Данные о распространенности синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) среди специалистов профессий социальной сферы подчеркивают его медико-социальную значимость. Согласно международным статистическим данным от 30 до 90% работающих находятся в группе риска формирования СЭВ [58]. Отмечается, что наиболее часто подвержены риску выгорания специалисты медицинской сферы образования, уголовно-исполнительной системы (УИС) и сферы образования [7, 8, 11, 10, 17].

Так, у 17,7% врачей первичного звена наблюдается ненадлежащее отношение к пациентам и их проблемам, связанным с заболеванием [37]. Исследования распространенности СЭВ среди сотрудников уголовно-исполнительной системы показали, что выраженность симптомов СЭВ характерна для 85% сотрудников исправительных колоний. При этом в 81% случаев на первый план выходит установка «завуалированная жестокость в отношении к людям» [21]. Статистические данные ФСИН за 2016 год свидетельствуют о высоких показателях нарушений законности и служебной дисциплины [12].

У педагогов начальной и средней школы выявлено увеличение частоты использования пассивных, асоциальных и агрессивных моделей преодолевающего поведения по мере нарастания выраженности симптомов СЭВ [50, 57]. Исследования Л.С.Соколовой и Е.В.Волковой (2016) показали, что 40% школьников отмечают, что не чувствуют себя безопасно в школе. 30% детей сообщают, что страдают от насилия, в том числе, и со стороны педагогов. Согласно данным В.В.Диковой (2011) 63% педагогов проявляют вербальную агрессию, 34% – физическую, 15% – скрытую агрессию [33].

Большинство авторов, изучавших проблему стресса реагирования и эмоционального выгорания у специалистов социальной сферы, единодушны во мнении, что агрессия является профессионально обусловленной деформацией личности [2, 13, 16, 18].

Организационная специфика выполнения трудовых функций, высокие социальная значимость и резонанс результатов профессиональной деятель-

ности, амбивалентность отношения общества к указанным категориям специалистов определяют актуальность ревизии современных исследований профессионального стресса и формирования СЭВ. Среди представителей профессий социальной сферы работники медицинской, уголовно-исполнительной и образовательной сферы находятся в зоне высокого риска развития СЭВ.

Распространенность и проявления СЭВ у медицинских работников

Анализ литературных источников за последние 5 лет показал, что синдром эмоционального выгорания у медицинских работников изучается в рамках классической процессуальной модели синдрома [5, 49]. Как зарубежные, так и отечественные исследователи фокусировали свое внимание на феноменологическом аспекте [4, 7, 8, 23, 26–28, 31].

Целью отдельных исследований было изучение взаимосвязи между этапами формирования эмоционального выгорания, возрастом и профессиональным стажем [3, 26]. Результаты подтверждают ранее выявленные закономерности, в частности, снижение интенсивности переживаний психотравмирующих событий по мере увеличения профессионального стажа (свыше 20 лет) [26]. Однако данное предметное поле экстенсивно разрабатывалось в последние два десятилетия прошлого века.

В отечественных исследованиях относительно новой является тенденция изучения феномена эмоционального выгорания, как на уровне отдельных специалистов, так и на уровне организаций. Эмоциональное выгорание рассматривается как системный феномен, где особую роль занимает организационный фактор. Обращает на себя внимание, что проводимые исследования носят региональный характер [4, 27, 28, 31].

Так, на примере врачей общеклинической практики (Забайкальский край) было показано, что каждый второй специалист демонстрирует признаки эмоционального выгорания (у 61,6% сформирована одна из трех фаз, у 3,9% – две фазы, у 2,1% – три фазы синдрома). При этом фазы напряжения и резистенции наиболее выражены у врачей онкологов, а фаза истощения – у врачей скорой помощи [4]. Схожие закономерности были выявлены и в исследовании, проведенном в многопрофильном стационарном лечебно-практическом учреждении (Пермь). Было выявлено, что в 50% случаев у сотрудников наблюдаются различные признаки СЭВ, среди которых наиболее представлены неадекватное эмоциональное реагирование и редукция профессиональных обязанностей [26].

Отдельное внимание отечественными авторами уделяется особенностям формирования СЭВ у среднего и младшего медицинского персонала. Исследование медсестер различных профилей и специализации выявило, что у них доминируют такие

симптомы СЭВ, как «редукция профессиональных обязанностей», «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование», «переживание психотравмирующих обстоятельств», «эмоциональный дефицит», а также «ощущение загнанности в клетку» [26, 38].

Следует обратить внимание на то, что в современных отечественных исследованиях стали акцентировать внимание не психопатологическом регистре реагирования в рамках СЭВ [4, 8, 26, 45, 46]. У врачей многопрофильного стационара выявлены симптомы невротической депрессии в 37,8% случаев, тревожных расстройств в 24,5%, астенических – в 23,5%; вегетативных расстройств – в 22,7%, обсессивно-фобических – в 17,3% наблюдений [4].

Продолжаются исследования закономерностей формирования синдрома эмоционального выгорания с учетом гендерного фактора. Сравнительный анализ сформированности различных стадий СЭВ среди специалистов-женщин и специалистов-мужчин показал, что у женщин стадия резистенции более выражена, чем у мужчин [4].

Одним из направлений изучения СЭВ у работников медицинской сферы является определение внутренних (индивидуально-психологических и личностных характеристик) и внешних (условия работы, продолжительность стрессовой ситуации и ее хронический характер) факторов [23, 27, 31].

Лишь в некоторых исследованиях затрагивается проблема способов совладания с профессиональным стрессом. Выявлено, что 30% врачей принимают медикаментозные средства для коррекции эмоционального напряжения [27], 11% обращались за психологической помощью, 19% – к врачу общей практики; 51% специалистов серьезно думали о выходе на пенсию, 11% – о самоубийстве [8, 46]. Единичны работы, в которых СЭВ рассматривается как фактор риска совершения «ятрогенных преступлений» медицинскими работниками [27].

Резюмируя, можно отметить, что основными направлениями исследований СЭВ среди работников медицинской сферы является изучение данного феномена на примере многопрофильных учреждений, его гендерной специфики, взаимосвязи стажа работы и выраженности симптомов. В основном работы носят эмпирический характер. Обращает на себя внимание крайне ограниченное количество работ, в которых были бы представлены практические рекомендации по профилактике СЭВ среди медицинских работников с учетом профиля деятельности и организационных факторов.

Особенности проявления СЭВ у сотрудников уголовно-исполнительной системы (УИС)

Результаты исследования развития синдрома эмоционального выгорания среди сотрудников исправительных колоний показали, что у 30% из них отмечаются признаки СЭВ [2, 11, 14].

Отечественные исследования в основном направлены на изучение распространенности синдрома, его симптоматики, взаимосвязи со сроком службы [11, 21, 24, 29]. Выявлено, что у большинства сотрудников исправительных колоний наиболее выражены такие симптомы эмоционального выгорания, как «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» и «расширение сферы экономии эмоций» [21]. Обнаружен высокий уровень выраженности симптомов «деперсонализации» [24, 29] и «эмоциональное истощение» [29]. Отмечено, что риск выгорания у сотрудников УИС возрастает с увеличением срока службы [29]. Однако формирование негативизма и стремление ограничить продолжительность контакта с осужденными отмечаются у работников уголовно-исполнительной системы вне зависимости от стажа работы [24].

Отдельное внимание в отечественных работах уделяется организационным (опасные условия деятельности, ответственность за принимаемые решения, дефицит времени на выполнение своих профессиональных обязанностей, отсутствие возможности планировать личное время, нарушенные отношения с близкими людьми, сложность выполняемых функций, большие объемы информации) и личностным (тревожность, эмоциональная чувствительность) факторам развития СЭВ [24, 34, 42]. На примере сотрудников отдела охраны и режимной безопасности было выявлено влияние профиля работы на формирование оценки личности осужденного с учетом степени выраженности СЭВ. У специалистов, работающих в отделе охраны, уровень развития эмпатийных способностей значительно выше, чем у сотрудников режимной безопасности [24].

В ряде работ затрагиваются вопросы соматической патологии у сотрудников УИС. Разработана модель «содружественного медико-психологического взаимодействия» для профилактики, диагностики и лечения СЭВ у данной категории специалистов, включающая организационно-правовой, содержательно-психологический и процессуально-методический аспекты [9]. Предложены психотехнологии мониторинга профессионального выгорания сотрудников ФСИН России [39, 40].

Широкий пласт зарубежных исследований направлен на изучение синдрома эмоционального выгорания у сотрудников полиции [52, 44, 53, 55, 56]. Изучение формирования и проявлений данного феномена среди работников уголовно-исполнительной системы представлено единичными работами [47, 48]. В них основное внимание уделяется факторам развития профессионального стресса (высокий уровень стресса, длительное напряжение, обусловленное спецификой профессиональной деятельности), а также проявлениям СЭВ (черствость и циничность в общении, взаимодействии, направленная на коллег; неудовлетворенность жизнью).

Очевидным достоинством зарубежных работ является их ориентированность на выявление протективных факторов, или факторов сдерживающих развитие СЭВ. Среди последних обладают высокой прогностной ценностью переменные субъективного плана: высокие значения оптимизма и восприятия социальной поддержки [47].

Подытоживая, следует отметить что, несмотря на большое количество работ, направленных на изучение профессиональных деформаций у сотрудников УИС, существует дефицит эмпирических исследований эффективности предлагаемых моделей и методов профилактики СЭВ. Методология исследований и используемый диагностический инструментарий не корреспондируют с мировой практикой, в то время как в начале 21 века отмечалось тесное научно-практическое сотрудничество с зарубежными коллегами.

Особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у педагогов

Ряд исследований традиционно посвящен распространенности синдрома эмоционального выгорания у педагогов и степени его выраженности [1, 32, 33], в том числе, в зависимости от стажа работы. Выявлено, что у педагогов со стажем работы менее 20 лет синдром только начинает складываться, а у большинства (60%) учителей и преподавателей с большим профессиональным стажем синдром уже сформирован [1]. Среди «складывающихся» симптомов в 52,38% случаев преобладает «неудовлетворенность собой». Уже «сложившиеся» симптомы представлены «неадекватным избирательным эмоциональным реагированием» (55,56%) и «расширением сферы экономии эмоций» (58,73%), что характерно для стадии резистенции [32].

В отечественных исследованиях педагогов СЭВ рассматривается во взаимосвязи с профессиональным стрессом [17, 33]. У 71% обследованных педагогов отмечается хронификация стресса. При этом наиболее часто встречаются физиологические (34%) и эмоциональные (30%) симптомы стресса [32].

Традиционно целый пласт исследований посвящен рассмотрению индивидуально-психологических (высоконапряженная психологическая защита, пассивное копинг-поведение [19], высокий уровень сформированности чувства личной ответственности [22]) и внешних (повышенные требования к специалисту со стороны профессионального сообщества (профстандарты) [17], стаж и возраст педагога [6, 15, 41]) факторов формирования СЭВ.

Анализ последних исследований, позволяет говорить о том, что редукция личных достижений, деперсонализация [1], эмоциональное истощение, снижение уровня эмоционального интеллекта [43] относятся к социально значимым проявлениям СЭВ у педагогов. В более ранних исследованиях было выявлено, что в 72% случаев педагоги восприни-

мают ученика только как «носителя определенных оценок», а именно – «отметок за успеваемость» [35].

Работы, посвященные изучению социальной перцепции у педагогов, единичны [20, 30, 36]. Существует дефицит исследований, направленных на оценку нарушений механизмов социальной перцепции. Не были подвергнуты эмпирической проверке разработанные в период с 2000 по 2010 год программы первичной и вторичной профилактики СЭВ у педагогов.

Заключение

Несмотря на экстенсивность изучения проблемы СЭВ, исследования последних пяти лет носят в большей степени эмпирический характер и фокусируются на изучении симптоматики и проявлений СЭВ у работников медицинской, уголовно-исполнительной и образовательной сферы. Организационные факторы риска формирования СЭВ изучаются преимущественно в отношении работников уголовной системы исполнения наказаний.

В отечественных исследованиях относительно новой является тенденция изучения феномена эмоционального выгорания, как на уровне отдельных специалистов, так и на уровне организаций. Помимо этого, авторы стали выделять психопатологический регистр реагирования в рамках СЭВ.

В предметное поле современных отечественных работ не включены новые теоретические конструкты, такие как социальный интеллект, социальная перцепция и др. Единичны исследования, где изучаются переменные субъективного плана. Отсутствует интерес к протективным, или защитным факторам, которые снижают риск развития СЭВ.

Наметился парадигмальный, экспериментальный и инструментальный разрыв с методологией и технологией зарубежных исследований. Отсутствуют междисциплинарные работы и комплексные исследования, анализирующие индивидуально-типологические, индивидуально-психологические и высшие регуляторные психологические конструкты.

Единичны работы, ориентированные на оценку эффективности, создание профилированных и персонифицированных методов первичной и вторичной профилактики СЭВ среди специалистов медицинской, уголовно-исполнительной и образовательной сфер. Недооценивается значимость экзистенциальных основ в профилактике данных проблем. Хотя в рамках логотерапии и экзистенциального анализа разработаны валидные модели и психотехнологии. К примеру, в объяснительной модели А.Лэнгле (1988) эмоциональное выгорание объясняется недостатком экзистенциального смысла, сопряженного с переживанием чувства экзистенциальной исполненности. Эмоциональное выгорание появляется в связи с формальной, а не содержательной мотивацией деятельности, когда содержание деятельности является только средством для удовлетворения, как правило, неосознаваемых эгоцентрических потребностей (мотивов) человека.

Представляется важным переориентация исследований с изучения факторов риска формирования СЭВ, на выявление протективных факторов и разработку персонифицированных моделей профилактической работы, нацеленных на формирование системы личностно-значимых, ценностно-смысловых ориентиров, повышающих жизнестойкость человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балыкина О.С., Ерохина Н. М., Петухова Л. П. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности у представителей сферы образования // Ученые записки университета имени П.Ф.Лесгафта. 2013. № 11. С. 17–23.
2. Безносков С.П. Профессиональные деформации личности // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. 2012. №3. С. 167–171.
3. Бердяева И.А., Войт Л.Н. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей // Дальневосточный медицинский журнал. 2012. № 2. С. 117–120.
4. Бодагова Е.А., Говорин Н.В. Психическое здоровье врачей разного профиля // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23. № 1. С. 21–26.
5. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М.: Филин, 1996. 472 с.
6. Брынских К.Г. Коррекция и профилактика синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности педагогов // Концепт. 2015. № 08. URL: <http://e-koncept.ru/2015/75134.htm>.
7. Булыгина В.Г. Психологическая концепция профилактики общественно опасных действий лиц с тяжелыми психическими расстройствами: Дисс. ... докт. психол. наук. Санкт-Петербург, 2016. 393 с.
8. Булыгина В.Г., Петелина А.С. Эмоциональное выгорание у специалистов общей и судебно-психиатрической практики (аналитический обзор) // Российский психиатрический журнал. 2013. № 6. С. 24–30.
9. Бухтояров О.В., Пономарев С.Б., Бурт А.А. Синдром эмоционального выгорания у сотрудников уголовно-исполнительной системы России // Вестник Уральской медицинской академической науки. 2017. 14. С. 294–300.
10. Василевская Е.А. Психологическая поддержка педагогов в состоянии эмоционального выгорания: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Самара, 2015. 23 с.
11. Васильева С.А. Синдром профессионального выгорания у сотрудников женской исправительной колонии. [Электронный ресурс] // Прикладная психология и психоанализ: электрон. науч. журн. 2013. № 4. С. 23–35.
12. Власов И.А. Профилактика профессионального выгорания сотрудников уголовно-исполнительной системы. ВКР. ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет». Екатеринбург, 2016. 83 с.
13. Грановская Р.М. Элементы практической психологии. 2-е изд. Л.: Издательство Ленинградского университета, 1988. 560 с.
14. Гумерова Л.Р. Основные направления психопрофилактики синдрома «эмоционального выгорания» у сотрудников уголовно-исполнительной системы // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2015. Т. 13. С. 3896–3900.
15. Дудченко З.Ф. Синдром профессионального выгорания и формы его проявления у преподавателей // Ученые записки СПб ГИПСР. 2015. № 2. С. 25–29.
16. Зеер Э.Ф. Психология профессий. М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2003. 336 с.
17. Капитанец Е.Г. Исследование формирования синдрома эмоционального выгорания педагогов // Концепт. 2015. № 02 URL: <http://e-koncept.ru/2015/15047.htm>.
18. Коновальчук А.Н. Синдром эмоционального выгорания и его профилактика в профессиональной деятельности городских и сельских учителей: Дисс. ... канд. психол. наук. Нижний Новгород, 2009. 208 с.
19. Короткова Г.С. Эмоциональное выгорание в профессиональной

- педагогической деятельности: защитно-совладающий аспект // Вестник ТГПУ. 2013. № 5 С. 175–181.
20. Краева М.Ю. Роль социальной перцепции в формировании авторитета современного учителя // Конференциум АСОУ: Сборник научных трудов и материалов научно-практических конференций. 2015. № 1. С. 2715–2720.
 21. Красенкова С.А., Клепач Ю.В. Социально-психологические аспекты профессиональных деформаций сотрудников образовательных и пенитенциарных учреждений, выпускников Вузов // Вестник ВГУ. 2017. № 4. С. 75–78.
 22. Кудинов С.И., Седова И.В. Исследование эмоционального выгорания у педагогов с разными уровнями ответственности // Вестник РУДН, серия Психология и педагогика. 2014. № 4. С. 34–39.
 23. Ласовская Т.Ю., Алмадакова О.А., Зеленская В.В. Роль уровня личностной тревожности в формировании симптомов эмоционального выгорания у врачей интернов // Сибирский научный медицинский журнал. 2014. № 3. С. 13–18.
 24. Лукшина О.Ю. Профессиональная роль и ее значение в развитии симптомов «психического выгорания» пенитенциарных служащих // Прикладная юридическая психология. 2013. № 1. С. 59–65.
 25. Медведская Е.И., Шерягина Е.В. Особенности эмпатии и профессионального выгорания белорусских и российских педагогов // Консультативная психология и психотерапия. 2017. № 2. С. 59–74.
 26. Миков Д.Р., Кулеш А.М., Муравьев С.В., Черкасова В.Г., Чайников П.Н., Соломатина Н.В. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников многопрофильного стационара // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2018. Вып. 1. С. 88–97.
 27. Огнерубов Н.А. Синдром эмоционального выгорания как детерминанта преступности в сфере медицинской деятельности // Социально-экономические явления и процессы. 2013. № 1. С. 245–247.
 28. Огнерубов Н.А., Огнерубова М.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей-терапевтов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2015. № 2. С. 307–318.
 29. Поздняков В.М., Черкасова М.А. Особенности профессионального выгорания у сотрудников уголовно-исполнительной системы на различных этапах прохождения службы // Прикладная юридическая психология. 2013. № 1. С. 22–31.
 30. Полуниин В.Ю., Марков О.В., Лукичев И.Г. Развитие социально-перцептивной компетентности специалиста // Инициативы XXI века. 2015. № 1. С. 79–81.
 31. Пронин С.В., Чухрова М.Г., Заварзина Л.Ф. Анализ факторов, влияющих на синдром эмоционального выгорания у среднего медперсонала крупной городской больницы // Мир науки, культуры, образования. 2013. № 3. С. 395–399.
 32. Проничева М.М. Особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у педагогов // Вопросы методологии социально-гуманитарных наук: современный контекст: сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции 31 июля 2018 г.: в 2-х ч. / Под ред. Е.П.Ткачевой. Белгород: ООО Агентство перспективных научных исследований (АПНИ), 2018. Часть II. С. 137–139.
 33. Проничева М.М. Проявления профессионального стресса у педагогов // Вестник научных конференций. 2018. № 1, Том 4. С. 124–126.
 34. Редя Г.П., Безверхова Е.А. Влияние профессионального выгорания на профессиональную культуру сотрудников уголовно-исполнительной системы // Профессиональная культура российской интеллигенции / Под ред. Ж.Т.Тощенко. М.: РГГУ, 2017. 444 с.
 35. Фомиченко А.С. Восприятие и понимание учителями агрессивного поведения учащихся: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2012. 28 с.
 36. Фомиченко А.С. Особенности социальной перцепции // Вестник Оренбургского государственного университета 2017. № 2. С. 17–20.
 37. Хохлов Р.А., Минаков Э.В., Фурменко Г.И., Ахмеджанов Н.М. Влияние синдрома эмоционального выгорания на стереотипы врачебной практики и клиническую инертность // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2009. № 1. С. 12–22.
 38. Частоедова И.А., Мухачева Е.А. Сравнительный анализ проявлений синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер различной специализации // Вятский медицинский вестник. 2017. № 2. С. 80–84.
 39. Черкасова М.А. Психологический мониторинг профессионального выгорания сотрудников ФСИН России // Журнал «Вестник института: преступление, наказание, исправление». 2013. С. 52–56.
 40. Черкасова М.А. Психологический мониторинг профессионального выгорания сотрудников уголовно-исполнительной системы России: Дисс. ... канд. психол. наук. Рязань, 2014. 187 с.
 41. Шерязданова Х.Т., Марданова Ш.С. Диагностическое исследование эмоционального выгорания преподавателей колледжа // Ученые записки СПбГИПСУ. 2017. № 1. С. 128–134.
 42. Штефан Е.Ф. Особенности эмоционального выгорания у сотрудников исправительных учреждений, включенных в служебное общение с осужденными // Вестник института: преступление, наказание, исправление. 2016. № 1. С. 73–76.
 43. Caroli M.E., Sagone E. Professional Self representation and risk of burnout in school teachers // Procedia – Social and Behavioral Sciences. 2012. N 46. P. 5509–5515.
 44. de la Fuente E., Lozano L.M. et al. Development and validation of the Granada burnout questionnaire in Spanish police // In. J. Clin. Health Psychol. 2013. Vol. 13. P. 216–225.
 45. de Oliveira G.S.Jr., Chang R., Fitzgerald P.C., Almeida M.D., Castro-Alves L.S., Ahmad S. et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees // Anesthesia & Analgesia. 2013. Vol. 117. P. 182–193.
 46. Glenn R. Prevention of burnout // Adv. Psychiatr. Treat. 1997. Vol. 3. P. 282–289.
 47. Klinoff V.A., Van Hasselt V.B., Black R.A., Masias E.V., Couwels J. The Assessment of Resilience and Burnout in Correctional Officers // Crim. Justice Behav. 2018. Vol. 8. P. 1213–1233.
 48. Lambert E.G., Barton-Bellessa S.M., Hogan N.L. The Consequences of Emotional Burnout Among Correctional Staff // SAGE Open. 2015. № 5 (2). P. 1–15.
 49. Perlman B., Hartman E. Burnout: summary and future research // Human Relations. 1982. Vol. 35. P. 283–305.
 50. Sadeghia K., Khezlroub S. Burnout among English Language Teachers in Iran: Do Sociodemographic Characteristics Matter? // Procedia – Social and Behavioral Sciences. 2014. N 98. P. 1590–1598.
 51. Saiari A., Moslehi M., Rohollah V. Relationship between emotional intelligence and burnout syndrome in sport teachers of secondary schools // Procedia Social and Behavioral Sciences. 2011. N 15. P. 1786–1791.
 52. Soldevilla-Alberti J.M., Ninerola J., Figueras A. et al. Burnout symptoms can be predicted by personality traits and psychopathology in a sample of Catalan police officers // Personal. Individ. Differen. 2016. Vol. 101. P. 516.
 53. Talavera-Velasco B., Luceno-Moreno L., Martin-Garcia J., Garcia-Albuern Y. Psychosocial Risk Factors, Burnout and Hardy Personality as Variables Associated With Mental Health in Police Officers // Frontiers Psychology. 2018. Vol. 9. P. 1478.
 54. Vickovic S.G. Correctional Officer Job Stress The Influence of Perceived Occupational Prestige. Dissertation for the Degree Doctor of Philosophy. Arizona State University, 2015. 158 p.
 55. Wang Y., Zheng L., Hu T., Zheng Q. Stress, Burnout, and Job Satisfaction: Case of Police Force in China // Public Person. Manag. 2014. Vol. 43. P. 325–339.
 56. Wickramasinghe N.D., Wijesinghe P.R. Burnout subtypes and associated factors among police officers in Sri Lanka: A cross-sectional study // J. Forensic Legal Med. 2018. Vol. 58. P. 192–198.
 57. Yusofa R., Ishaka N.M. et al. Identifying Emotional Intelligence Competencies among Malaysian Teacher Educators // Procedia – Social and Behavioral Sciences. 2014. N 159. P. 485–491.
 58. <https://www.statista.com/> [Электронный ресурс]. – 02.07.2018. [Статистическая информация].

СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ ПРОФЕССИЙ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ

М.М. Проничева, В.Г. Булыгина, М.С. Московская

Статья посвящена обзору за последние 5 лет зарубежных и отечественных исследований синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у специалистов профессий социальной сферы. Представлены данные о распространенности СЭВ среди указанной категории специалистов, описаны его социально-значимые признаки, а также феноменологиче-

ская специфика эмоционального выгорания у работников медицинской, уголовно-исполнительной, образовательной сфер.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, специалисты социальной сферы, педагоги, работники уголовно-исполнительной системы, работники медицинской сферы.

MODERN RESEARCHES OF BURN-OUT SYNDROME IN SOCIAL SERVICE SPECIALISTS

M.M. Pronicheva, V.G. Bulygina, M.S. Moskovskaya

The article is dedicated to the researches of burn-out syndrome (BOS) of specialists in social services over the last five years. The data about BOS incidence among these specialists is given, its socially relevant characteristics and burn-out phenomenological specificity of employees in

medical, penal and educational areas are described.

Key words: burn-out syndrome, social service specialists, teaching staff, employees of penal area, employees of medical area

Проничева Мария Михайловна – младший научный сотрудник Лаборатории психогигиены и психопрофилактики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства Здравоохранения Российской Федерации; e-mail: mariya_pronichev@mail.ru

Булыгина Вера Геннадьевна – доктор психологических наук, руководитель Лаборатории психогигиены и психопрофилактики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ; e-mail: ver210@yandex.ru

Московская Мария Станиславовна – аспирант, ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»; e-mail: mariya_moskovskaya@bk.ru

УДК 616.89(616.89-008.442.36)

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО САМОСОЗНАНИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ТРАНССЕКСУАЛИЗМОМ И ПОЛОВОЙ ДИСФОРИЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Г.Н. Алексеева

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России

В настоящее время транссексуализм, являющийся одной из наиболее часто диагностируемых форм расстройств половой идентичности, стал предметом изучения многих научных исследований [1, 3, 4, 16, 17, 19]. Нарушения половой идентичности возникают в результате неправильного течения процесса идентификации в определенные периоды психосексуального развития, завершением которого является становление психического пола [5, 13, 15].

Отечественная модель детерминации пола включает следующие три уровня: физикальные детерминанты, промежуточная детерминанта (гражданский пол), социально-психологические детерминанты, характеризующиеся множеством факторов: половое воспитание, половая идентичность, половая роль, сексуальные предпочтения и ориентации [5]. Психический пол может определяться как континуум состояний с разным соотношением маскулинности и фемининности.

С точки зрения многих авторов [5, 9, 16, 17], нарушения полового самосознания проявляются разными вариантами транссексуализма и характеризуются стойким осознанием своей принадлежности к противоположному полу, несмотря на правильное, соответственно генетическому полу, формирование гонад, уrogenитального тракта и вторичных половых признаков. Транссексуализм является «самой глубокой, всеобъемлющей формой гендерной дисфории», при которой индивид полностью отвергает свой гендерный статус и борется за смену паспортного пола, хирургическую пластику тела [14]. Для пациентов с транссексуализмом важным является то, чтобы в социуме их признали другими, в соответствии с желаемым полом, для них также важно получить подтверждающий это документ [12].

Смена пола в медицинском, социальном и юридическом понимании – это приведение гражданского пола в соответствие психическому полу пациента (Приказ Минздрава России от 23.10.2017 № 850н «Об

утверждении формы и порядка выдачи медицинской организацией документа об изменении пола»).

Согласно принятой в России диагностической модели транссексуализма («Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств», приказ МЗ РФ № 311 от 6.08.1999 г.), к основным симптомам транссексуализма относятся: полная идентификация полового самосознания и половой роли с противоположным полом; стойкие доминирующие идеи отвержения своего биологического и социального пола и идеи смены его на противоположный, наличие дисморфоподобных расстройств, гомосексуальная ориентация. К сопутствующей симптоматике относятся различные формы психосоциальной дезадаптации, проявляющиеся психогенными нарушениями, девиантным и деструктивным поведением, суицидальной активностью [11].

В задачи клинических психологов входит решение вопросов дифференциальной диагностики, касающихся отграничения транссексуализма от других психических расстройств, симптоматика которого может быть включена в их клиническую картину, а также изучение половой идентичности и полового самосознания, определение полоролевых и сексуальных предпочтений, особенностей личности транссексуалов [7, 10, 20].

Отечественные психологические исследования в области транссексуализма выявили конфликтность самосознания данного контингента пациентов вследствие большого разрыва между физическим и психическим образами «Я», глубокую диссоциацию между «Я-сегодня» и «Я-завтра» (после операции). Качества, соответствующие желаемому полу, оказываются на вершине ценностной иерархии, а качества своего биологического пола обесцениваются. Образ физического Я приобретает негативный личностный смысл в силу того, что телесные свойства рассматриваются как препятствующие реализации значимых целей и мотивов. Это отражается в активном стремлении изме-

нить свое тело. По мнению Е.Т.Соколовой, первичным звеном в нарушении половой идентичности при транссексуализме является когнитивный образ, основанный на реальной телесной организации транссексуала. Негативное эмоционально-ценностное отношение возникает вторично в результате фрустрации значимых мотивов и жизненных целей [21].

Цель данного исследования – уточнить критерии дифференциальной диагностики групп молодых женщин с транссексуализмом и половой дисфорией при заболеваниях шизофренического спектра с использованием патопсихологических методик для исследования полового самосознания и психосексуальной сферы.

Объектом исследования явились женщины, обратившиеся за помощью в отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» с ощущением принадлежности к противоположному полу, идеей отвержения своего биологического и социального пола и желанием смены паспортного пола. В исследование было включено 23 женщины в возрасте от 18 до 25 лет, с диагнозом транссексуализм – 9 человек, с диагнозом шизотипическое расстройство – 14 женщин.

Материалы и методы исследования

В работе использовались клинический, клинικο-сексологический и клинικο-психологический методы.

В экспериментально-психологическое исследование входил стандартный набор патопсихологических методик: «10 слов», «Пиктограмма» (модификация Б.Г.Херсонского, 1984), «Классификация» (модификация Л.С.Выготского и Б.В.Зейгарник, 1962), «4-й лишний»; дополнительно проводились исследование самооценки по Дембо-Рубинштейн (С.Я.Рубинштейн, 1970) и тест К.Маховер «Рисунок человека» (1948).

Данное патопсихологическое исследование было направлено на изучение психосексуальной сферы и одновременно решало дифференциально-диагностические задачи. Интерпретация результатов учитывала как прямой характер, так и проективный потенциал патопсихологических методик [2, 18].

В начале исследования проводилась частично структурированная клиническая беседа с обязательным включением рубрик: анкетные данные, тип воспитания в родительской семье, характер игровой деятельности и отождествления в игре, наличие фантазий и снов, предпочтения в одежде, отношение к своему имени, отношения с родителями, взаимоотношения со сверстниками своего и противоположного пола на всех этапах развития, наличие психотравмирующих событий, время появления желания и намерения смены пола, удовлетворенность сексуальными контактами, усвоенные социальная и сексуальная роли.

В дополнение к основным шкалам в исследовании самооценки по Дембо-Рубинштейн были введены дополнительные шкалы (мужчина, женщина, сексуальный партнер, Я, семья). По характеру разброса отметок на шкалах мы судили о типе половой идентичности, интериоризации половой роли, об удаленности образов «Я-реальное» и «Я-идеальное» друг от друга, что свидетельствовало о наличии внутриличностной дисгармонии и снижении возможностей адаптации.

Методика К.Маховер «Рисунок человека» (1948) использовалась для изучения физического и психического образов Я и дала возможность составить представление о половой роли, эмоциональном отождествлении и сексуальных предпочтениях пациента, межличностном взаимодействии, понимании половых различий.

Результаты исследования

Сопоставление биографических сведений и данных, полученных в результате проведения патопсихологического исследования, направленного на изучение полового самосознания, позволило определить тип полоролевой идентичности пациента, его полоролевые и сексуальные предпочтения, получить представление о «Я-реальном» и «Я-идеальном» пациента в психическом и физическом планах.

Биографические данные, собранные как у самих пациентов, так и у их родителей, выявили следующие общие признаки у всех женщин с шизотипическим расстройством и женщин с транссексуализмом: нарушения детско-родительских отношений, воспитание по типу гиперопеки (гипоопека – в 33% у женщин с транссексуализмом), неврозоподобные расстройства в детском возрасте, предпочтение игр, интересов и одежды, характерных для мальчиков, чрезмерное фантазирование (у женщин с шизотипическим расстройством вплоть до охваченности), негативное отношение к первичным и вторичным половым признакам, переживания отчужденности (вплоть до деперсонализации).

Особенности полоролевой идентичности. Идентичность в группе молодых женщин с транссексуализмом характеризуется выраженной мужской половой ролью. В группе молодых женщин с шизотипическим расстройством идентичность не дифференцирована, представлена слабой мужской и слабой женской ролью.

Образ Я у молодых женщин с транссексуализмом характеризуется положительным эмоциональным отношением, для них типична идентификация с образом мужчины на эмоциональном уровне (таблица).

У молодых женщин с шизотипическим расстройством образ Я носит отрицательное эмоциональное отношение. Для этих женщин характерна рассогласованность образов «Я-реальное» и «Я-идеальное». Это подтверждает наличие внутриличностного конфликта, дисгармоничность и противоречивость

Характеристика отношения к образу Я у женщин с транссексуализмом и у женщин с шизотипическим расстройством

Группы пациентов	Позитивный	Амбивалентный	Негативный	Итого
Женщины с транссексуализмом	7	2	-	9
Женщины с шизотипическим расстройством	1	1	12	14
Всего	8	3	12	23

самооценки и самовосприятия, трудности соотношения своего реального поведения с желаемым.

На фоне гормонотерапии женщины обеих групп отмечали улучшение восприятия образа Я, повышение самооценки, настроения и общительности.

Интериоризация мужской половой роли. Индикатором интериоризированной половой роли явились интерпретированные данные методики К.Маховер «Рисунок человека» и исследования самооценки по Дембо-Рубинштейн.

У женщин с транссексуализмом образ мужчины имеет позитивное эмоциональное отношение, мужская половая роль усвоена, осознана ими. Для большинства этих женщин характерна когнитивная и смысловая интериоризация мужской половой роли. В группе женщин с шизотипическим расстройством образ мужчины не включен в ценностно-смысловую структуру личности и имеет отрицательное эмоциональное отношение.

Полоролевое поведение у женщин с транссексуализмом носит мужской характер в общении с мужчинами, смешанный – в общении с женщинами, с которыми они успешны в любых партнерских отношениях (дружеских, романтических, сексуальных). У женщин с шизотипическим расстройством преобладает ригидное, маскулинное поведение как с мужчинами, так и с женщинами.

Сексуальное партнерство. Анализ сексуальных предпочтений выявил преобладание женских черт (88%) в образе как идеального, так и реального партнеров у женщин с транссексуализмом. Женщины из этой группы в подавляющем большинстве имеют постоянную сексуальную партнершу и в целом удовлетворены своей сексуальной жизнью.

Женщины с шизотипическим расстройством в 61% случаев дают отрицательную или амбивалентную оценку половых контактов, часто меняют сексуальных партнеров, испытывают сложности в установлении длительных отношений, не удовлетворены половой жизнью. Образ партнера не дифференцирован или слабо дифференцирован по полу. Сексуальная активность женщин этой группы невелика и имеет тенденцию к снижению.

Кризис полоролевой идентичности. Становление полоролевой идентичности и в норме, и при патологии происходит в результате преодоления кризиса идентичности в подростковом возрасте [4, 5].

У всех женщин с транссексуализмом кризис идентичности в пубертате проходил без идентификации

со своим полом, с недифференцированностью полоролевых предпочтений или присвоением противоположной своему полу идентичности. У этой группы женщин нарушения телесного образа – испытываемый дискомфорт, недовольство, игнорирование, желание изменения тела – выражались в неприятии первичных (44%) и вторичных половых (88%) признаков и физиологических проявлений своего биологического пола (100%), в неприязни к своей внешности (55%). Суицидальные мысли возникали у 33% женщин, чрезмерное фантазирование свойственно 22% женщин. В 88% случаев отмечались признаки социальной дезадаптации (потеря интереса к учебе и общению, избегание взаимодействия со сверстниками, конфликты с учителями).

Сомнения в своей половой принадлежности у женщин с шизотипическим расстройством впервые возникли в подростковом возрасте у 80%. Для них характерны: патологическое протекание пубертата, суицидальные мысли и попытки, гиперролевое поведение. Неприятие первичных и вторичных половых признаков наблюдалось в 91% случаев и часто сочеталось с депрессивным фоном настроения, бредовыми идеями дисморфоманического характера и чувствительными идеями отношения. Данный синдром отличает этих женщин от женщин-транссексуалов со схожими проявлениями.

Заключение

Таким образом, патопсихологическое исследование пациентов, женщин с транссексуализмом и с половой дисфорией при шизотипическом расстройстве, имеет дифференциально-диагностическую ценность для отграничения данных групп пациентов. Качественный анализ данных, полученных в результате дополненного патопсихологического эксперимента, позволяет охарактеризовать особенности полового самосознания и психосексуальной сферы в представленных группах.

Несоответствие между полоролевой идентичностью и желаемой половой принадлежностью, недифференцированность сексуального партнера по полу, симптомы распада мыслительных процессов, диссоциация личностно-мотивационной и операционно-процессуальной сторон мышления, специфические расстройства эмоционально-личностной сферы по шизофреническому типу, снижение социального и личностного функционирования являются диагностически значимыми признаками при отграничении шизотипического расстройства от транссексуализма в процессе проведения дополненного патопсихологического исследования пациентов с половой дисфорией.

Дополненное патопсихологическое исследование достаточно информативно, его результаты учитываются в процессе дальнейшего оказания помощи пациенту, определяют направленность психотерапевтических мероприятий и вносят свой вклад в решение вопроса о целесообразности направления на медицинскую комиссию по смене паспортного пола.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белкин А.И. Третий пол. М.: Олимп, 2000. 430 с.
2. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. Киев, 1986. С.18–19, 51–52.
3. Бухановский А.О. Транссексуализм: клиника, систематика, дифференциальная диагностика, психосоциальная адаптация и реабилитация: Автореф. дисс. ... доктора мед. наук. М., 1994. 48 с.
4. Василенко Л.М. Психические нарушения у лиц с транссексуализмом: принципы лечения и реабилитации: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1995. 24 с.
5. Василенко Г.С. Справочник по сексопатологии. М.: Медицина, 1990. С.389–394.
6. Введенский Г.Е., Мотевосян С.Н. Методологические проблемы стандартов оказания медицинской помощи лицам с расстройствами половой идентификации // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26. № 3. С.92–95.
7. Ворник Т.В., Говорун Т.В., Кроль Н.С. Полоролевое и сексуальное поведение транссексуалов: Материалы научно-практической конференции сексопатологов. М., 1996. С. 25–30.
8. Выготский Л.С. Вопросы детской (возрастной) психологии: Собр. соч. в 6 т. М., 1984. Т. 4. С.240–385.
9. Григорьева Т.Н. Клиника и терапия нарушений половой идентификации: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005. С. 65–85, 100–122.
10. Дворянчиков Н.В., Носов С.С., Саламова Д.К. Половое самосознание и методы его диагностики. М.: Флинта, Наука, 2011. 216 с.
11. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И. Клинические особенности расстройств половой идентификации и тактика ведения пациентов // Андрология и генитальная хирургия. 2018. Т. 19, № 3 (в печати).
12. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И., Шигапова В.И. Проблемы оказания помощи лицам с нарушением половой идентификации // Андрология и генитальная хирургия. 2018. Т. 18, № 2. С. 96–98.
13. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. 2-е изд., М.: Медицина, 1995. 560 с.
14. Кон И.С. Лунный свет на заре. Лики и маски однополой любви. М.: Олимп, 1998. 496 с.
15. Лебединская К.С. Психические нарушения у детей с патологией темпа полового созревания. М., 1969. 156 с.
16. Малыгин В.Л., Кутукова Е.А., Искандирова А.И., Кибрик Н.Д. и др. Особенности самосознания у лиц с расстройством половой идентификации // Психическое здоровье. 2015. № 8 (11). С. 31–34.
17. Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Половая дисфория (клинико-феноменологические и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвержения» пола). М.: Медицинское информационное агентство, 2012. 400 с.
18. «Пиктограмма» как метод изучения личности в норме и при некоторых нервно-психических заболеваниях: Методические рекомендации. СПб, 1984. С. 5–8.
19. Пфэффлин Ф. Транссексуальность. Психопатология, психодинамика, лечение. М., 2002. С.190–195.
20. Саламова Д.К., Ткаченко А.А., Ениколопов С.Н. Стратегия психологического исследования лиц с дисфорией пола // Российский психиатрический журнал. 2002. № 2. С. 33–40.
21. Соколова Е.Т. Самосознание при аномалиях личности. М.: МГУ, 1989. 215 с.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО САМОСОЗНАНИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ТРАНССЕКСУАЛИЗМОМ И ПОЛОВОЙ ДИСФОРИЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Г.Н. Алексеева

В патопсихологическом исследовании уточнены критерии и значимые признаки дифференциальной диагностики женщин с транссексуализмом и половой дисфорией при заболеваниях шизофренического спектра. Проведен качественный анализ данных, полученных в процессе дополненного патопсихологического эксперимента, который позволил охарактеризовать особенности полового самосознания и

психосексуальной сферы данных групп пациентов: половую идентичность, полоролевое поведение, интериоризацию мужской половой роли, отношение к образу Я и преодоление кризиса идентичности.

Ключевые слова: транссексуализм, половое самосознание, половая идентичность, полоролевое поведение, патопсихологическое исследование.

GENDER SELF-AWARENESS IN YOUNG WOMEN WITH TRANSEXUALISM AND GENDER DYSPHORIA, AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

G.N. Alexeeva

In this investigation, the author specifies the criteria and significant features for differential diagnosis of female transsexualism and gender dysphoria in schizophrenia spectrum disorders. The quality analysis of experimental psychological data has revealed the characteristics of gender self-awareness and psychosexual status in this patient group, e.g. gender

identity, gender role behaviour, male role interiorisation, attitude towards image of self and coping with identity crisis.

Key words: transsexualism, gender self-awareness, gender identity, gender role behaviour, pathopsychological investigation

Алексеева Галина Николаевна – младший научный сотрудник отделения сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-mail: alekseevagalja@yandex.ru

ВИКТОР МАРКОВИЧ ШКЛОВСКИЙ К 90-летию со дня рождения



10 ноября 2018 года исполнилось 90 лет со дня рождения выдающего российского психолога и психотерапевта, крупнейшего специалиста в области патологии речи и нейрореабилитации академика РАО, профессора, доктора психологических наук Виктора Марковича Шкловского.

В 1951 году после окончания дефектологического факультета ЛГПИ им. А.И.Герцена Виктор Маркович начал свою профессиональную деятельность в должности районного дефектолога в Ленинграде (1951–1959). С 1953 по 1968 год преподавал на дефектологическом факультете Ленинградского государственного педагогического института им. А.И.Герцена, что положило начало подготовке специалистов для работы с крайне тяжелой категорией больных с органическими и функциональными поражениями головного мозга. С 1959 по 1967 год работал заведующим логотерапевтическим отделением в клинической психоневрологической больнице им. И.П.Павлова. Одновременно выполнял большую организационную работу, являясь главным специалистом по логотерапии Ленгорздравотдела. В 1967 году защитил кандидатскую диссертацию «Коллективная система логопедической работы и психотерапии при заикании».

Дальнейшая профессиональная деятельность Виктора Марковича была связана с московским и российским здравоохранением. С 1967 по 1971 год являлся старшим научным сотрудником НИИ судебной психиатрии им. В.П.Сербского. С 1971 года по настоящее время – руководитель отдела патологии речи Московского НИИ психиатрии (сейчас – филиал ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации). В 1976 году была защищена докторская диссертация «Заикание (клинико-психологический и экспериментально-психологический аспекты)». В 1995 году Виктор Маркович был избран членом-корреспондентом Российской академии образования, в 2001 году – действительным членом РАО.

Нельзя не отметить блестящие организаторские способности Виктора Марковича. В значительной степени его усилиями был организован первый в стране амбулаторно-стационарный комплекс для взрослых больных – Центр патологии речи и нейрореабилитации, заведующим которого он являлся многие годы, продолжая научное руководство до настоящего времени. Сейчас – это крупнейший в стране и мире лечебно-реабилитационный центр, оснащенный по последнему слову медицинской науки, с уникальными специалистами, многие из которых являются учениками Виктора Марковича.

Практическая и организационная работа всегда была неразрывно связана с научной деятельностью Виктора Марковича Шкловского. В сферу его научных интересов входили вопросы патогенеза, диагностики, клиники и терапии патологии речи и, в более широком аспекте, коммуникативных расстройств. Огромный вклад Виктор Маркович внес в разработку комплексных подходов к изучению проблемы заикания, включая нейробиологические, психологические, педагогические и психотерапевтические аспекты; им предложена классификация и комплексная система терапии заикания.

Виктор Маркович разработал концепцию междисциплинарной диагностики (включая систему количественной оценки с использованием нейропсихологических тестов), терапии и нейрореабилитации больных с очаговыми поражениями головного

мозга, в том числе вследствие нарушения мозгового кровообращения, черепно-мозговой травмы и других заболеваний центральной нервной системы. Им была предложена система и алгоритм организации специализированной помощи на разных этапах заболеваний, с использованием методики невербальной коммуникации у лиц с тяжелыми формами расстройств, ранее не поддававшихся коррекции.

В.М.Шкловским опубликовано около 300 статей, тезисов, методических рекомендаций, пособий в ведущих изданиях научных журналах, в сборниках материалов международных конгрессов и съездов, ряд монографий, посвященных проблеме заикания и восстановления речевой функции у больных с различными формами афазии. Он награжден Премией РАМН им. В.М.Бехтерева за лучшую научную работу в области неврологии и психиатрии за монографию «Заикание» (1996); Премией Мэрии Москвы в области медицины (1997); Национальной премией лучшим врачам России «Призвание» «За вклад в развитие медицины, внесенный представителями

фундаментальной науки немедицинских профессий» (2003); Почетной грамотой Президента Республики Северная Осетия-Алания «За активное участие в оздоровлении детей, пострадавших от террористического акта в г.Беслане» (2004); Почетной грамотой Минздравсоцразвития «За заслуги в области здравоохранения, большую работу по совершенствованию организации медицинской помощи населению» (2007); Почетной грамотой Минздравсоцразвития «За многолетний добросовестный труд» (2008); Национальной премией лучшим врачам России «Призвание» «За создание нового направления в медицине» (2009); Всероссийской премией за достижения в области борьбы с инсультом «Время жить» за создание уникального нейрореабилитационного учреждения – Центра патологии речи и нейрореабилитации (2016).

От всей души поздравляем Виктора Марковича с замечательным Юбилеем и желаем крепкого здоровья, хорошего настроения, бодрости духа и дальнейших профессиональных успехов.