

ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, МОТИВАЦИОННЫЕ, СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫЕ АСПЕКТЫ

О. О. Папсуев, Л. Г. Мовина, М. В. Миняйчева, Б. Б. Фурсов,
Ю. С. Зайцева, Э. В. Голланд

Медико-реабилитационное отделение является одной из новых форм психиатрической помощи. Такое отделение Московского НИИ психиатрии строит свою работу на принципах сберегающе-превентивной психосоциальной реабилитации, основными из которых являются: включение реабилитационного компонента на всех этапах оказания психиатрической помощи, сдвиг реабилитационных воздействий ближе к началу заболевания, сочетание их с мероприятиями по сбережению имеющихся социальных достижений, а также превенцией возможной утраты их в последующем. Методы реабилитационной работы все больше основываются на патогенетических механизмах, приводящих к утрате пациентами социальных ролей и дезадаптации. В основе этих механизмов лежат нарушения мотивации, нейрокогнитивных и социально-когнитивных функций. В последние годы эта тема приобрела особую актуальность в связи с развитием методов психосоциальной реабилитации, воздействующих на различные мишени с целью личностно-социального восстановления пациентов. Реабилитационные воздействия все больше включают мероприятия, направленные на работу с мотивационной сферой, тренинги нейрокогнитивных и социально-когнитивных функций [1, 3]. Нейрокогнитивный дефицит, относящийся к третьей (кроме позитивных и негативных) группе симптомов шизофрении, а также нарушения социальных когнитивных функций, по мнению многих исследователей, играют определяющую роль в социальной адаптации, а также влияют на функциональный исход при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра [12, 33].

Накоплено много данных о нарушении социальных когнитивных функций у больных шизофренией, которые можно отнести к 4 доменам: 1) восприятие эмоций; 2) социальная перцепция; 3) внутренняя модель сознания другого (ВМСД, Theory of Mind, ToM); 4) атрибутивный стиль [2]. Имеются данные, что

нарушения социального интеллекта выявляются у всех больных шизофренией, являются глобальными и затрагивают все области социального познания [8]. Предполагается, что способность правильно распознавать эмоции и понимать намерения другого в большей степени влияют на поведение пациента, нежели психопатологическая симптоматика или нейрокогнитивный дефицит [20, 30, 32].

Нарушения мотивационного компонента в регуляции психической деятельности у больных шизофренией известны уже давно, они могут выражаться в снижении заинтересованности в социальных контактах, достижениях, приобретении новых навыков и актуализации уже приобретенных [10]. У больных шизофренией также нередко отмечается снижение мотивации к участию в различных видах занятости, работе, обучении, а также, что важно, в собственном лечении [14]. Имеются данные о взаимосвязях между мотивацией, социальным интеллектом и нейрокогнитивными функциями, а также об их влиянии на функциональный исход в реабилитационном процессе при шизофрении. Некоторые авторы предполагают, что мотивация опосредует взаимодействия между нейрокогнитивными и социальными когнитивными функциями [23].

Показано, что пациенты со стойко сниженным уровнем внутренней мотивации обнаруживают меньшие результаты от лечения, направленного на улучшение когнитивных функций, чем более мотивированные пациенты. Снижение мотивации и, как следствие, отсутствие социальной активности приводит к меньшей вовлеченности в лечебный процесс и отрицательно сказывается на эффективности реабилитации [19, 23]. J.S.Brekke и соавт. указывают на взаимосвязь между уровнем сохранности социального интеллекта, нейрокогнитивных функций и длительности реабилитации. В частности, высокие баллы нейрокогнитивных и социального интеллекта опосредовали более высокий уровень функциональных изменений в последующие 12 месяцев реабилита-

ции пациентов [17]. Вместе с тем, роль таких факторов, как нейрокогнитивные и социальные когнитивные функции и их взаимосвязи в процессе реабилитации изучены недостаточно.

В связи со сказанным, **цель** данной работы – комплексное исследование показателей нейрокогнитивных и социально-когнитивных функций, мотивационных особенностей, а также взаимосвязи этих факторов в процессе реабилитации у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра.

Материалы и методы

В исследовании приняло участие 35 пациентов, прошедших реабилитационную программу в медико-реабилитационном отделении Московского НИИ психиатрии (средняя длительность пребывания 90 дней), и затем наблюдавшихся на протяжении не менее 1 года. Все пациенты продолжали получать поддерживающую фармакотерапию, лишь в части случаев с коррекцией доз препаратов.

Программа психосоциальной реабилитации представляла собой поэтапный процесс, нацеленный на достижение психосоциального восстановления [4]. Работа строилась на основании принципов полипрофессионального ведения случая [5, 9, 21]. На первом этапе осуществлялась диагностика имеющихся расстройств и проблем социальной адаптации, определялись «мишени» психосоциальной терапии, оценивались реабилитационные ресурсы пациентов. Далее пациенты включались в реабилитационную программу с использованием ряда психосоциальных воздействий (табл. 1) [7, 9, 15].

Групповые занятия, направленные на активизацию эмоционально-волевой сферы, структурирование времени и создание полезной занятости проводились в формате открытых групп 1–3 раза в неделю по 90 минут. Ведущими являлись волонтеры ОООИ «Новые возможности», инструктор по трудовой терапии, средний медицинский персонал отделения.

Тренинги проводились в закрытых группах, количество участников в которых не превышало

Таблица 1

Количество пациентов, участвовавших в различных модулях психосоциальной терапии

Модули психосоциальной терапии	Количество пациентов (абс.)	Количество пациентов (%)
Формирование навыков активизации эмоционально-волевой сферы, структурирования времени и полезной занятости	25	71,4
Тренинг мотивации к психосоциальной реабилитации	8	22,9
Тренинг навыков раннего распознавания обострений	28	80,0
Тренинг навыков совладания с остаточной симптоматикой	23	65,7
Тренинг коммуникативных навыков	19	54,3
Тренинг навыков трудоустройства	8	22,9
Тренинг бытовых навыков	12	34,3

8–10 человек. Каждый модуль состоял из 10 занятий, занятия проходили 2 раза в неделю по 90 минут. Ведущими являлись врачи-психиатры и психологи отделения.

Родственники пациентов (18 чел.) были включены в работу модуля по «комплаенс-терапии», направленного на формирование «терапевтического альянса» семьи со специалистами, снижение эмоциональной напряженности внутрисемейных взаимоотношений, правильного понимания процесса лечения. Занятия проводили совместно врач-психиатр и психолог в закрытых группах. Частота занятий составляла 1 раз в неделю, продолжительность – 90 минут, длительность цикла – 8 недель.

Средний возраст пациентов составил $28,5 \pm 6,0$ лет. 57,1% пациентов имели высшее образование, 14,3% – незаконченное высшее, 22,9% – среднее специальное.

Более 2/3 (74,3%) обследованных пациентов проживали с родителями, свою семью имели лишь 4 человека (11,4%), а жили самостоятельно 5 человек (14,3%). В 37,1% случаев взаимоотношения в семьях пациентов характеризовались явлениями гиперопеки.

Круг общения у больных рассматриваемой группы был ограничен семьей в 20,0%, семьей и небольшим количеством друзей и знакомых – в 51,4% случаев, более широкий круг общения имели 28,6% пациентов.

У обследованных больных преобладала недифференцированная шизофрения – 68,6%, эпизодический тип течения – 77,1% (табл. 2). В 11,4% случаев выявлялась параноидная шизофрения, в 2,9% – простая, в 17,1% случаев – шизотипическое расстройство, куда также были отнесены пациенты с неврозоподобной симптоматикой. Среди больных с эпизодическим течением шизофрении доли пациентов со стабильным и с нарастающим дефектом были практически равными. Клинико-психопатологическая картина обострений у обследованных пациентов определялась различными синдромами с явным преобладанием параноидных расстройств с полиморфными проявлениями (аффективно-кататонно-галлюцинарно-бредовыми) или аффективно-бредовыми проявлениями [13].

Таблица 2

Формы и типы течения шизофрении

Шизофрения и расстройства шизофренического спектра	Количество пациентов	
	абс.	(%)
Шизофрения:		
- параноидная	4	11,4
- недифференцированная	24	68,6
- простая	1	2,9
Шизотипическое расстройство	6	17,1
Типы течения шизофрении:		
- эпизодический со стабильным дефектом	7	24,1
- эпизодический с нарастающим дефектом	14	48,3
- непрерывный	8	27,6

У большинства пациентов наблюдались неблагоприятные в прогностическом плане характеристики: шизоидные черты в преморбиде, раннее начало заболевания, большое количество предыдущих госпитализаций, говорящее о неблагоприятном течении, малой комплаентности к терапии, неблагоприятные микросоциальные условия, длительное пребывание в статусе инвалида, приводящее к «выученной беспомощности». Группа инвалидности была оформлена в 16 (45,7%) наблюдениях (III группа – 11,4%, II группа – 34,3%)

В анализируемой группе пациентов наблюдался достаточно высокий уровень негативных расстройств в виде нарушения побуждения, волевых нарушений, специфических расстройств мышления, значительной социальной отгороженности.

Несмотря на достаточно неблагоприятную предрасположенность, в результате реабилитационных мероприятий на момент обследования работали по специальности без снижения квалификации 28,6%, по специальности со снижением квалификации – 22,9%, эпизодически были заняты в деятельности, не требующей квалификации – 22,9%.

Включенные в исследование 35 (58,8% муж., 41,2% жен.) больных, прошли курс психосоциальной реабилитации и продемонстрировали положительную реабилитационную динамику. Длительность катamnестического наблюдения к моменту проведения обследования составила $22,2 \pm 10,1$ месяцев.

На момент обследования все больные находились в состоянии ремиссии разного качества, выраженность психопатологической симптоматики по PANSS $53,2 \pm 11,4$ балла.

Методы обследования:

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

2. Клинико-катamnестический;

3. Клинико-социальный – шкала личностного и социального функционирования PSP;

4. Нейропсихологический – батарея нейрокогнитивных тестов на основе работ А.Р.Лурия;

5. Исследование социальных и когнитивных функций – модифицированная методика Hinting Task (НТ), направленная на выявление уровня способности понимать намерения и замыслы других людей; тест на распознавание эмоций «Лица Экмана»[22];

6. Специально разработанный опросник для выявления потребностно-мотивационных характеристик пациентов, с помощью которого пациенты были разделены на 3 группы и проранжированы: с низкой мотивацией (1), средней мотивацией (2) и высокой мотивацией (3).

Высокая мотивация определялась у пациентов, демонстрирующих желание выздороветь или изме-

нить свою жизнь к лучшему на адекватном их состоянию и социальным ресурсам уровне, осуществляющих реальные шаги по достижению этой цели.

Средняя мотивация – у пациентов, заявляющих о желании выздороветь или изменить свою жизнь к лучшему на адекватном или сниженном уровне, ссылающихся на «большое количество препятствий», но, тем не менее, осуществляющих шаги по достижению заявленных целей.

Низкая мотивация – отсутствие заявлений о желании выздороветь или изменить жизнь к лучшему или большое количество заявляемых препятствий, неадекватный уровень притязаний, пассивная позиция в отношении собственного лечения, удовлетворенность настоящим положением.

7. Статистический – корреляционный анализ методом Спирмена, дисперсионный анализ ANOVA, метод множественной регрессии в программе Statistica 10.0.

Результаты

В ходе исследования посредством метода попарных ранговых корреляций Спирмена были проанализированы связи между основными доменами, как предполагается, влияющими на уровень социального функционирования и, как следствие, динамику реабилитационного процесса.

При анализе нейрокогнитивного блока наиболее существенные связи были установлены у показателей произвольной регуляции и нейродинамики. Так, произвольная регуляция имеет слабые связи с суммой положительных ($r_s=0,36$; $p<0,05$) и общих психопатологических ($r_s=0,32$; $p<0,05$) симптомов и средние по силе связи с суммой негативных расстройств ($r_s=0,52$; $p<0,05$), а нейродинамика – слабые с суммой общих психопатологических ($r_s=0,32$; $p<0,05$) и суммой негативных симптомов ($r_s=0,43$; $p<0,05$).

При анализе возможных взаимных влияний нейрокогнитивной и социальных когнитивных установок установлена корреляционная связь между показателями шкалы Hinting task и произвольной регуляцией ($r_s=-0,45$; $p<0,05$), и множество отрицательных связей преимущественно со способностью распознавать отрицательные эмоции в тесте Экмана (табл. 3).

Следует отметить, что при детальном рассмотрении данных корреляций, очевидно, что более связаны со способностью распознавать отрицательные эмоции нейропсихологические функции теменно-височно-затылочной области с единственным исключением функции произвольной регуляции, за которую отвечает префронтальная кора.

При попарном корреляционном анализе были выявлены зависимости мотивации и следующих показателей: сильная связь на уровне $r_s=-0,68$ со шкалой PSP, с пунктом N2 (эмоциональная отгороженность) шкалы PANSS ($r_s=-0,35$; $p<0,05$), суммой баллов негативных расстройств шкалы PANSS ($r_s=-0,36$; $p<0,05$), с пунктами G2 (тревога) и G12

Корреляционная матрица нейрокогнитивных и социально-когнитивных показателей (тест Экмана)

	Удивление	Печаль	Счастье	Страх	Презрение	Гнев	Сумма
СРП/ОБЩ	-0,07	-0,24	-0,07	-0,43	-0,38	-0,59	-0,64
ЗП ОБЩ	-0,03	-0,04	-0,14	-0,50	-0,25	-0,53	-0,51
КНСТ	-0,33	-0,49	-0,08	-0,28	-0,45	-0,18	-0,41
ДП/ОБЩ	-0,11	-0,22	-0,07	-0,30	-0,40	-0,24	-0,33
ХЭД	-0,15	-0,24	-0,19	-0,28	-0,32	-0,13	-0,28
ЦП	0,04	-0,39	-0,29	-0,39	-0,15	-0,26	-0,31
ОПАС ОБЩ	-0,07	-0,23	-0,13	-0,18	-0,14	-0,29	-0,20
АКГ ОБЩ	-0,19	-0,16	-0,22	-0,18	-0,42	-0,28	-0,29
ЗГ	-0,09	-0,46	0,06	-0,04	-0,15	0,24	-0,01
СТГ	-0,10	-0,22	-0,07	0,01	-0,09	-0,04	-0,02
ВМ	-0,07	-0,03	-0,02	-0,36	-0,50	-0,51	-0,45
НВМ	-0,20	-0,13	-0,19	-0,40	-0,52	-0,39	-0,50
ВЛМ	-0,04	0,01	-0,12	0,06	-0,35	-0,41	-0,15
ДМ	0,02	0,07	-0,10	0,08	-0,38	-0,46	-0,13
НД	-0,25	-0,01	-0,15	-0,18	-0,18	-0,43	-0,31
ПР	0,02	0,16	-0,13	-0,19	-0,38	-0,37	-0,23

Примечания: СРП/ОБЩ – слухо-речевая память, общее значение; ЗП ОБЩ – зрительная память, общее значение; КНСТ – кинестетический праксис; ДП/ОБЩ – двуручная проба, общее значение; ХЭД – пространственный праксис; ЦП – целевой праксис; ОПАС ОБЩ – оптико-пространственный анализ и синтез, общее значение; АКГ ОБЩ – акустический гнозис, общее значение; ЗГ – зрительный гнозис; СТГ – стереогнозис; ВМ – вербальное мышление; НВМ – невербальное мышление; ВЛМ – вербально-логическое мышление; ДМ – дискурсивное мышление; НД – нейродинамика; ПР – произвольная регуляция; полужирным шрифтом выделены корреляции, значимые при $p < 0,05$.

(критика) шкалы PANSS ($r_s = 0,39$ и $r_s = -0,43$ соответственно; $p < 0,05$), со стеничными характерологическими чертами ($r_s = 0,43$; $p < 0,05$), с длительностью инвалидности ($r_s = -0,35$; $p < 0,05$), с отсутствием критики к заболеванию ($r_s = -0,35$; $p < 0,05$), с отсутствием «разрыва» декларация-реализация при оценке мотивации ($r_s = 0,49$; $p < 0,05$), с удовлетворенностью жизнью ($r_s = -0,52$; $p < 0,05$). На общем фоне отрицательных корреляций обращает на себя внимание положительная корреляция пункта G2 (тревога) и мотивации.

Таким же образом корреляционному анализу были подвергнуты данные шкалы PSP. Результаты приведены в табл. 4.

Были выявлены значимые и сильные отрицательные корреляции между показателями социального функционирования и выраженностью симптомов шизофрении. Закономерными выглядят положительные корреляции уровня социального функционирования и преобладания в клинической картине аффективно-бредовых расстройств как фактора, позволяющего надеяться на более мягкое течение шизофренического процесса. Предсказуемы связи шкалы PSP и таких переменных, как инвалидность, наличие работы или учебы, адекватный уровень притязаний, отсутствие «разрыва» между декларацией намерений и их реализацией.

Установлена сильная связь между социальным функционированием и мотивацией ($r_s = 0,66$; $p < 0,05$), социальным функционированием и сум-

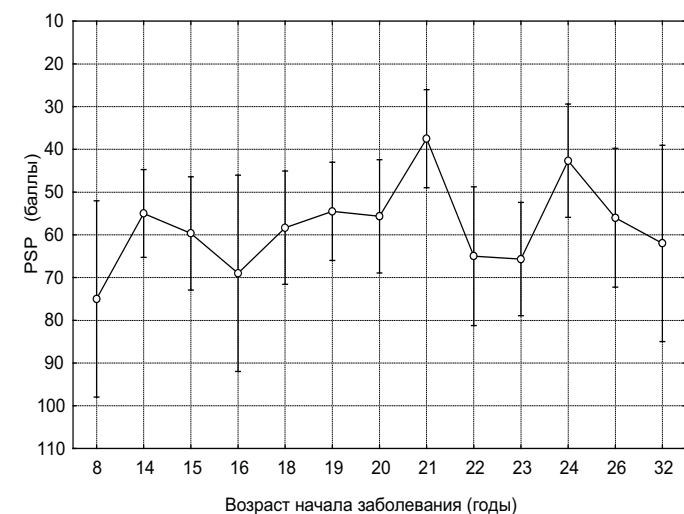
мированными показателями социальных когниций ($r_s = 0,60$; $r_s = 0,36$; $p < 0,05$).

Таким образом, были установлены связи между разными доменами, как предполагается, оказывающими влияние на социальное функциониро-

Таблица 4

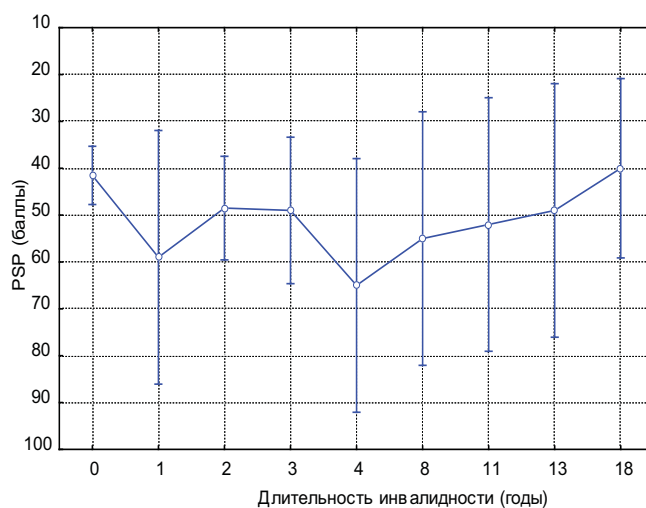
Показатели, связанные с социальным функционированием (шкала PSP)

Переменные	r_s ; $p < 0,05$
PANSS сумма баллов	-0,74
PANSS сумма позитивных симптомов	-0,69
PANSS сумма негативных симптомов	-0,70
PANSS сумма общих психопатологических симптомов	-0,54
Преобладание в клинической картине аффективно-бредовых расстройств	0,35
Работает/учится	0,56
Не инвалид, трудоспособность сохранена	0,43
Широкие социальные сети	0,57
Адекватный уровень притязаний	0,65
Отсутствие «разрыва» декларация-реализация	0,51
Мотивация	0,66
Нейродинамика	-0,44
Произвольная регуляция	-0,42
Лица Экмана (сумма баллов)	0,36
Лица Экмана (гнев)	0,52
Hinting task	0,60



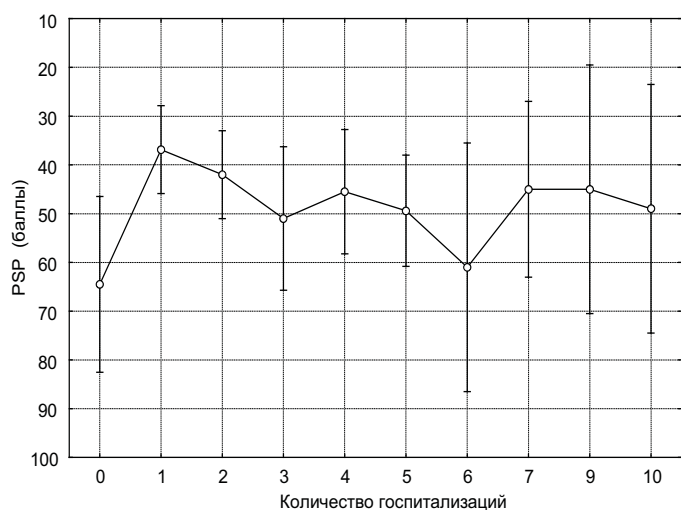
Текущий эффект: $F(12, 22)=2,0163$, $p=,07421$

Вертик. столбцы равны 0,95 доверительных интервалов



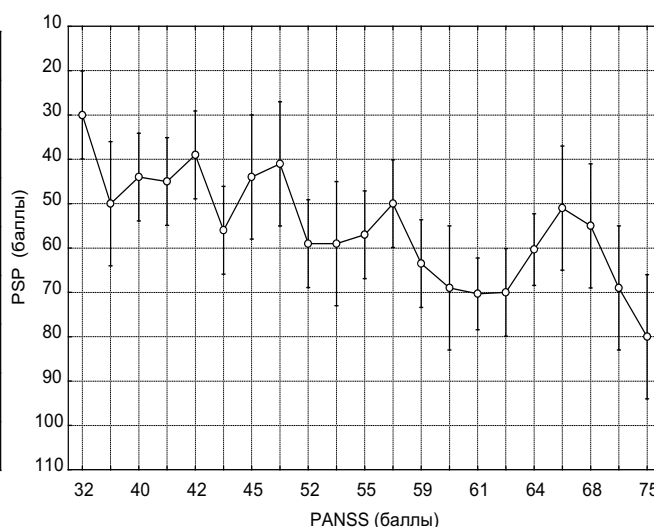
Текущий эффект: $F(8, 26)=,83492$, $p=,58056$

Вертик. столбцы равны 0,95 доверительных интервалов



Текущий эффект: $F(9, 25)=1,3305$, $p=,27129$

Вертик. столбцы равны 0,95 доверительных интервалов



Текущий эффект: $F(20, 14)=5,9541$, $p=,00069$

Вертик. столбцы равны 0,95 доверительных интервалов

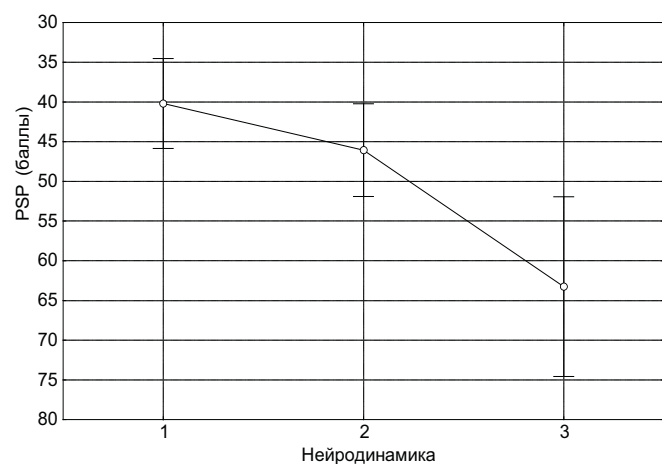
Рис. 1. Влияние I группы факторов на социальное функционирование

вание. Полученные данные оказалось достаточно сложно интерпретировать ввиду большого количества переменных и многофакторности самой модели социального функционирования. Более того, при корреляционном анализе переменные выступают как равнозначные, что не позволяет установить влияние одной переменной на другую.

Поэтому при помощи дисперсионного анализа (ANOVA) были построены однофакторные модели для нескольких переменных (факторов), которые могли бы оказывать влияние на социальное функционирование пациентов (шкала PSP). Для этого, с одной стороны, были взяты показатели, отражающие прогрессивность шизофренического процесса (возраст начала заболевания, длительность инвалидности, количество госпитализаций, PANSS), а с другой — показатели, отражающие социальные когниции, нейрокогниции и мотивацию пациентов. Считается, что раннее начало болезни является плохим прогностическим признаком в отношении социальных

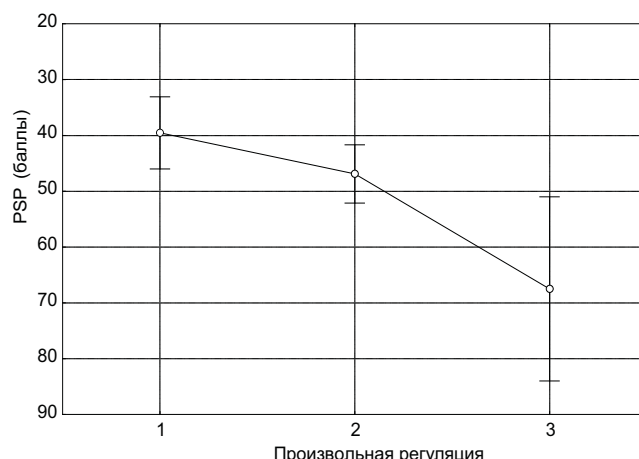
исходов, поскольку не успевают должным образом сформироваться механизмы, помогающие адаптироваться в социальной среде. Длительность инвалидности и большое количество госпитализаций ведут к утрате социальных позиций и навыков, что также нарушает социальное функционирование. Показатели шкалы PANSS в нашем случае отражают качество ремиссий и остаточную психопатологическую симптоматику. В результате из показателей первой группы статистически значимые зависимости были получены только для показателей шкалы PANSS $F(20, 14)=5,95$, $p=0,0007$ (рис. 1). На рисунке видно, что пациенты с менее выраженной симптоматикой имеют лучшие показатели социального функционирования. Однако ни возраст начала заболевания, ни длительность инвалидности, ни количество госпитализаций в данной модели не оказывают влияния на социальное функционирование больных.

При анализе показателей второй группы мы получили ряд статистически значимых зависимо-



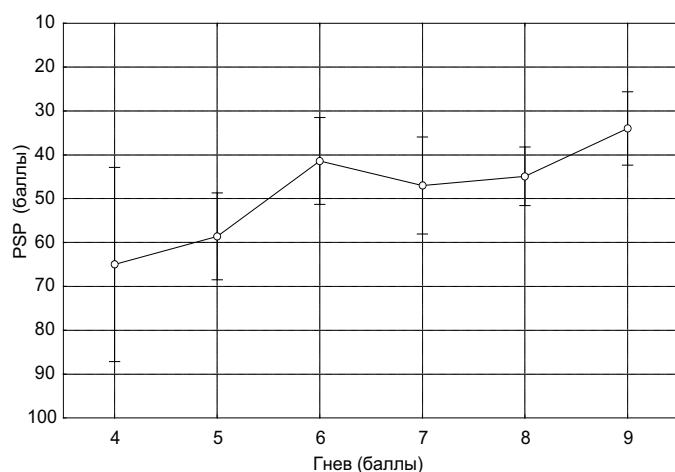
Текущий эффект: $F(2, 32)=6,9532$, $p=,00311$

Вертик. столбцы равны 0,95 доверительных интервалов



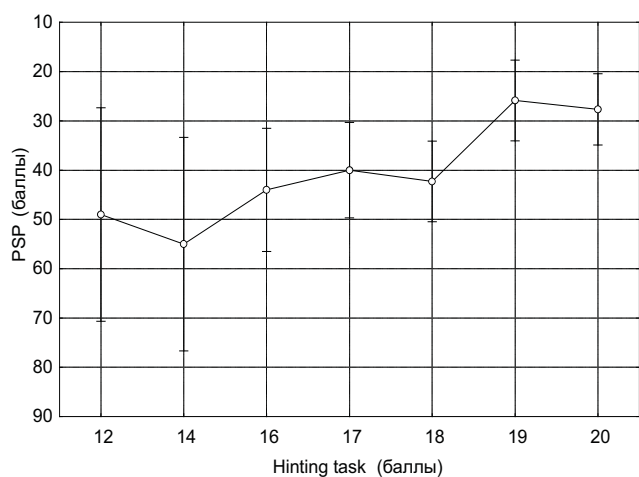
Текущий эффект: $F(2, 32)=5,5997$, $p=,00822$

Вертик. столбцы равны 0,95 доверительных интервалов



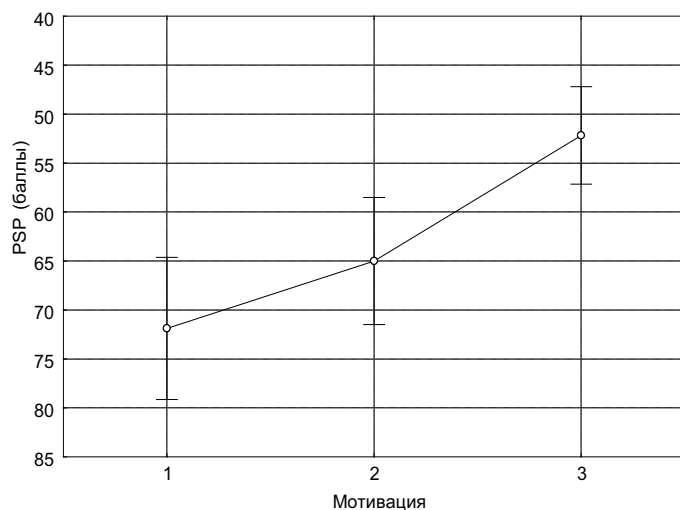
Текущий эффект: $F(5, 27)=3,8700$, $p=,00897$

Вертик. столбцы равны 0,95 доверительных интервалов



Текущ. эффект: $F(6, 26)=3,6081$, $p=,00977$

Вертик. столбцы равны 0,95 доверительных интервалов



Текущ. эффект: $F(2, 32)=11,889$, $p=,00014$

Вертик. столбцы равны 0,95 доверительных интервалов

Рис. 2. Влияние II группы факторов на социальное функционирование

стей. Так, на рис. 2 показана линейная зависимость социального функционирования от уровня мотивации ($F=11,9$; $p=0,0001$), где пациенты с высокой мотивацией демонстрируют существенно лучшее социальное функционирование, нежели пациенты со средней или с низкой мотивацией. Показате-

ли нейрокогний – нейродинамика и произвольная регуляция также оказывают значимое влияние на социальные исходы, пациенты с низкими значениями в целом имеют худшие показатели шкалы PSP ($F=6,95$; $p=0,003$ и $F=5,60$; $p=0,008$ соответственно). Показатели, отражающие социальные когниции

(перцепцию и внутреннюю модель сознания другого), вели себя следующим образом. Способность распознавать отрицательные эмоции (гнев) достоверно связана с уровнем социального функционирования ($F=3,87$; $p=0,009$), то есть пациенты, сохраняющие функцию социальной перцепции, демонстрируют более высокий уровень социальной адаптации. Также и пациенты с более высоким баллом теста Hinting task, выявляющего способность правильно понимать намерения других, демонстрируют более высокий уровень социального функционирования с меньшей дисперсией внутри группы ($F=3,87$; $p=0,009$).

С целью выявления совокупного влияния описанных факторов была построена модель, где в качестве моделируемого показателя был взят уровень социального функционирования, измеренный при помощи шкалы PSP, а в качестве предикторов – факторы, с которыми, как предполагается, должна быть причинно-следственная связь: негативные расстройства (сумма баллов подшкалы негативных расстройств шкалы PANSS), социальные когниции (суммарный балл шкалы Hinting task), нейродинамика и мотивация (табл. 5).

Максимальный вклад суммы факторов ($R=0,90$; $p<0,001$) отмечался при действии совокупности предикторов. При поочередном изъятии из модели одного из предикторов значение R снижалось на 20%. Добавление в модель новых предикторов из числа имеющих корреляционную связь с моделируемым показателем существенного влияния на результирующий вклад не оказывало.

Таким образом, можно сделать вывод, что среди изученных предикторов благоприятных социальных исходов наибольшее значение имеют выраженность негативной симптоматики, степень нарушения мотивационной сферы, сохранность способности понимать намерения окружающих и показатели нейродинамики.

Обсуждение

В ходе статистического анализа были выявлены корреляционные связи между клиническими показателями, нейрокогнициями, социальными когнициями, мотивацией и социальными исходами. Анализируя полученные корреляции, можно сказать, что выраженность негативных расстройств тесно связана с нарушением социальных и нейрокогнитив-

ных функций. У пациентов нарушены механизмы социальной перцепции и внутренней модели сознания другого, дающие возможность правильно ориентироваться в социальной ситуации. Снижение показателей нейродинамики и произвольной регуляции лежит в основе нарушений функций непроизвольного внимания, операционной скорости, контроля, памяти, способности к переключению, что также снижает адаптационные возможности пациента.

Дисперсионный анализ факторов, влияющих на социальное функционирование, показал, что их можно разделить на 2 группы: те, которые изменить невозможно, и поддающиеся изменению. К первой группе относятся такие факторы, как возраст начала заболевания, частота госпитализаций и длительность инвалидности. Ко второй группе были отнесены исследуемые категории: психопатологическая симптоматика, мотивация, внутренняя модель сознания другого, нейродинамика. Результаты, говорящие о меньшем вкладе таких, казалось бы, прогностически важных факторов, отражающих тяжесть шизофренического процесса, подчеркивают значимость оценки реабилитационного потенциала пациентов с точки зрения возможности улучшения социальных исходов путем воздействия на факторы, поддающиеся изменению.

Произошедший сдвиг понимания реабилитации как процесса, направленного на достижение личностно-социального выздоровления, существенным образом повлиял на подходы к реабилитационным мероприятиям, раздвинул границы психосоциального лечения и заставляет заново анализировать факторы, влияющие на социальное функционирование [26].

Большинство авторов в качестве ведущих факторов называют нейрокогнитивный дефицит и нарушения социальных когниций [20]. Причем в нейрокогнитивном блоке особое внимание уделяется операционной скорости, памяти и вниманию [16], а социальные когниции преимущественно описываются доменами эмоциональной перцепции, внутренней модели сознания другого и атрибутивным стилем [24]. Это соотносится с результатами настоящего исследования, поскольку нейродинамика и произвольная регуляция являются базовыми функциями для непроизвольного внимания, операционной скорости, контроля, памяти, способности к переключению.

Таблица 5

Вклад исследуемых показателей в уровень социального функционирования

N=32	β	CO* β	b	CO* b	T (27)	p
N сумма	-0,39	0,10	-0,93	0,23	-4,02	0,0004
Мотивация	0,40	0,09	6,38	1,44	4,43	0,0001
Hinting task	0,26	0,09	3,76	1,31	2,87	0,007
Нейродинамика	-0,22	0,09	-4,21	1,74	-2,41	0,022
$R=0,90$; $F(4,27)=29,7$; $p<0,000001$						

Примечания: *CO – стандартное отклонение.

Вслед за установлением указанных выше зависимостей должна выстраиваться новая система реабилитационных мероприятий, направленных непосредственно на ремедиацию когнитивной и мотивационной сфер. Описанные в литературе тренинги включают как групповые, так и индивидуальные формы, в том числе компьютеризированные методики и когнитивно-поведенческую терапию. Можно выделить наиболее распространенные модули работы с больными, а именно: когнитивный тренинг Hogarty (2004), тренинг социальных когниций и взаимодействий (SCIT), тренинг имитации эмоций и внутренней модели сознания другого (ETIT), метакогнитивный тренинг и др. [18, 25, 28, 31 34, 35]. В дополнение к психосоциальным мероприятиям появляются также данные о разработке и использовании когнитотропной психофармакотерапии [27].

В нашей работе мы не использовали тренинги, изолированно направленные на ту или иную область социального познания или нейрокогниций. Элементы данных тренингов включены в применяемые в отделении модули психосоциальной терапии. Такой подход имеет некоторые преимущества, нежели тренировка отдельных функций, поскольку связан с социальной реальностью, в которой суще-

ствуют пациенты, и позволяет по ходу тренинга решать конкретные задачи для каждого больного.

Результаты настоящего исследования показали значимую зависимость социального функционирования от уровня мотивации пациентов. Больные с высокой мотивацией по уровню социальных исходов существенно превосходят пациентов с низкой мотивацией к реабилитации. В связи с этим представляется актуальным создание специальной методики воздействия на мотивационную сферу.

Заключение

Таким образом, перспективным направлением развития психосоциальной реабилитации является создание инструментария, позволяющего более точно оценивать мотивацию пациентов, так и разработка мероприятий, нацеленных на повышение уровня мотивации к выздоровлению или реабилитации, обучение правильному распознаванию социальных ситуаций, специально разработанный когнитивный тренинг может сочетаться с новыми возможностями психофармакотерапии. Особое внимание следует уделить работе с социальной перцепцией, внутренней концепцией сознания другого, когнитивным методикам, направленным на улучшение функций произвольной регуляции и нейродинамики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бригадное полипрофессиональное оказание психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича. М.: ИД «Медпрактика-М», 2011. С. 5–19.
2. Бурова В.А. Нейрокогниции и социальные когниции у пациентов, страдающих шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 2. С. 86–93.
3. Гурович И.Я. Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 1. С. 5–9.
4. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «Recovery» // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 2. С. 7–12.
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 491 с.
6. Мовина Л.Г., Папсуев О.О., Голланд Э.В. и соавт. О работе отделения внебольничной психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 3. С. 93–98.
7. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М.: Медпрактика-М, 2007. 179 с.
8. Рычкова О.В., Сильчук Е.П. Нарушения социального интеллекта у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 2. С. 5–15.
9. Сборник методических рекомендаций и пособий для врачей и других специалистов, оказывающих психиатрическую помощь. М.: ООО «ИПУЗ», 2009. 512 с.
10. Семенова Н.Д. Методика для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 1. С. 52–63.
11. Семенова Н.Д., Фурсов Б.Б. К вопросу о психодиагностике мотивации в психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации шизофрении. Часть 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 13, № 1. С. 34–39.
12. Софронов А.Г., Спикина А.А., Савельев А.П. Нейрокогнитивный дефицит и социальное функционирование при шизофрении: комплексная оценка и возможная коррекция // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 1. С. 33–37.
13. Тиганов А.С., Пантелева Г.П., Вертоградова О.П. и соавт. Систематика и диагностические критерии эндогенных психозов в свете Международной статистической классификации болезней – 10 пересмотр (МКБ-10) // Журнал невропатологии и психиатрии. 1997. Т. 97, № 10. С. 4–10.
14. Фурсов Б.Б. Проблема мотивации и ее нарушений при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 4. С. 91–100.
15. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 67–77.
16. Bell M., Tsang H.W., Greig T.C., Bryson G.J. Neurocognition, social cognition, perceived social discomfort, and vocational outcomes in schizophrenia // Schizophr. Bull. 2009. Vol. 35. P. 738–747.
17. Brekke J.S., Hoe M., Long J. et al. How neurocognition and social cognition influence functional change during community-based psychosocial rehabilitation for individuals with schizophrenia // Schizophr. Bull. 2007. Vol. 33, N 5. P. 1247–1256.
18. Brenner H.D., Bettina H., Roder V., Corrigan P. Treatment of cognitive dysfunctions and behavioural deficits in schizophrenia: Integrated Psychological Therapy // Schizophr. Bull. 1992. Vol. 18. P. 21–26.
19. Choi J., Mogami T., Medalia T. Intrinsic Motivation Inventory: an adapted measure for schizophrenia research // Schizophr. Bull. 2010. Vol. 36. P. 966–976.
20. Couture S., Penn D.L., Roberts D.L. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review // Schizophr. Bull. 2006. Suppl. 1. P. S44–S63.
21. Dixon L.B., Dickerson F., Bellack A.S. et al. Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements // Schizophr. Bull. 2010. Vol. 36, N 1. P. 48–70.
22. Ekman P., Friesen W. Picture of Facial Affect. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1976.
23. Gard D.E., Fisher M., Garrett C. et al. Motivation and its relationship to neurocognition, social cognition, and functional outcome in schizophrenia // Schizophr. Res. 2009. Vol. 115, N 1. P. 74–81.
24. Green M.F., Horan W.P. Social cognition in schizophrenia // Curr. Direct. Psychol. Sci. 2010. Vol. 19. P. 243–248.
25. Hogarty G.E., Flesher S., Ulrich R. et al. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia. Effects of a 2-Year Randomized Trial on Cognition and Behavior // Arch. Gen. Psychiatry. 2004. Vol. 61. P. 866–876.
26. Kern R.S., Glynn S.M., Horan W.P., Marder S.R. Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia // Schizophr. Bull. 2009. Vol. 35. P. 347–361.

27. Marder S.R., Fenton W.S. Measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia: NIMH MATRICS Initiative to support the development of agents for improving cognition in schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2004. Vol. 72. P. 5–10.
28. Mazza M., Lucc G., Pacitti F. et al. Could schizophrenic subjects improve their social cognition abilities only with observation and imitation of social situations? // *Neuropsychol. Rehab.* 2010. Vol. 20, N 5. P. 675–703.
29. Medalia A., Revheim N., Casey M. Remediation of memory disorders in schizophrenia // *Psychol. Med.* 2000. Vol. 30. P. 1451–1459.
30. Mehl S., Rief W., Mink K. et al. Social performance is more closely associated with theory of mind and autobiographical memory than with psychopathological symptoms in clinically stable patients with schizophrenia-spectrum disorders // *Psychiatr. Res.* 2010. Vol. 178. P. 276–283.
31. Moritz S., Burlon M., Woodward T.S. Metacognitive training for schizophrenic patients. Hamburg, Germany: VanHam Campus Verlag, 2005.
32. Penn D.L., Spaulding W., Reed D. The relationship of social cognition to ward behaviour in chronic schizophrenia // *Schizophr. Res.* 1996. Vol. 20. P. 327–335.
33. Pinkham A.E., Penn D.L. Neurocognitive and social cognitive predictors of inter-personal skill in schizophrenia // *Psychiatr. Res.* 2006. P. 143, 167–178.
34. Roberts D.L., Penn D.L. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study // *Psychiatr. Res.* 2009. Vol. 166. P. 141–147.
35. Roberts D.L., Penn D.L., Labate D. et al. Transportability and feasibility of social cognition and interaction training (SCIT) in community settings // *Behav. Cogn. Psychother.* 2010. Vol. 38. P. 35–47.

ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, МОТИВАЦИОННЫЕ, СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫЕ АСПЕКТЫ

О. О. Папсуев, Л. Г. Мовина, М. В. Миняйчева, Б. Б. Фурсов, Ю. С. Зайцева, Э. В. Голланд

Методы реабилитационной работы все больше основываются на патогенетических механизмах, приводящих к утрате пациентами социальных ролей и дезадаптации, в основе которых лежат нарушения мотивации, нейрокогнитивные и социальной когнитивности. На базе медико-реабилитационного отделения Московского НИИ психиатрии было проведено комплексное исследование данных показателей у 35 больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, продемонстрировавших положительную реабилитационную динамику. В результате было выявлено, что нарушение мотивации, недостаточ-

ность механизмов социальной перцепции и внутренней модели сознания другого, снижение показателей нейродинамики и произвольной регуляции отрицательно сказываются на социальном функционировании пациентов. Предполагается, что целенаправленная работа по ремедиации указанных функций позволит положительным образом влиять на реабилитационную динамику у больных шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения, психосоциальная реабилитация, медико-реабилитационное отделение, мотивация, нейрокогнитивные, социальные когнитивные, социальные исходы.

PSYCHOSOCIAL TREATMENT FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS IN A REHABILITATION CENTER: NEUROPSYCHOLOGICAL, MOTIVATION AND SOCIAL COGNITIVE ASPECTS

O. O. Papsuev, L. G. Movina, M. V. Minyaycheva, B. B. Foursov, Yu. S. Zaitseva, E. V. Golland

Modern approached to psychosocial rehabilitation are based upon pathogenic mechanisms of motivational, neurocognitive and social cognitive dysfunction. 35 patients with schizophrenia and positive rehabilitation dynamics were recruited to a multidimensional study conducted in Rehabilitation department of Moscow Research Institute of Psychiatry. It was shown that lack of motivation, disturbed ability to attribute mental

stated and low social perception together with neurocognitive deficits affect social function in patients with schizophrenia. Targeted remediation of cognition and motivation training is suggested to improve rehabilitation prognosis and social outcomes.

Key words: schizophrenia, psychosocial rehabilitation, rehabilitation center, motivation, neurocognition, social cognition, functional outcome.

Папсуев Олег Олегович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: oleg.papsuev@gmail.com

Мовина Лариса Георгиевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: movina_larisa@bk.ru

Миняйчева Мария Владимировна – клинический психолог медико-реабилитационного отделения ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: listratova.mariya@mail.ru

Фурсов Борис Борисович – на момент подготовки статьи врач-психиатр медико-реабилитационного отделения ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: fursovbb@gmail.com

Зайцева Юлия Станиславовна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: crrata@gmail.com

Голланд Этель Викторовна – младший научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: ethel-h@yandex.ru

К ВОПРОСУ О ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОМ ОБОСНОВАНИИ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ПОДРОСТКАМИ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Е. В. Корень, Н. Е. Степунина

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Поступательное развитие психосоциальной реабилитации (ПСР) как самостоятельной стратегии помощи [1, 2, 16, 36], диктуемое современными требованиями к повышению качества лечебно-реабилитационных мероприятий, несколько отстает по темпу применительно к детской практике. Это объясняется как прямым переносом методологических подходов, разработанных для взрослых больных, абортивным и преимущественно эмпирическим характером вмешательств с недостаточно доказанной эффективностью, включая опосредованный характер, фрагментарность, слабую преемственность, значительные разногласия в формулировании единой концепции выздоровления, сохраняющимися в детской клинической практике патерналистскими установками специалистов, так и отсутствием интегральной концептуальной модели, недостаточной разработанностью теоретико-методологической базы для проведения научно-обоснованных нацеленных психосоциальных вмешательств, учитывающих специфику детско-подросткового возраста, включая слабую разработанность критериев оценки эффективности ПСР. При этом имеется очевидный недостаток исследований на детско-подростковом контингенте больных [4–6, 21, 25].

В данном контексте одной из стратегических задач, стоящих перед детской психиатрией в плане совершенствования комплексной психиатрической помощи детям и подросткам и дальнейшего развития ее психосоциальной составляющей, является научное обоснование и методологическое обеспечение эффективных программ психосоциальной реабилитации, позволяющих учитывать весь комплекс специфических психосоциальных потребностей психически больного ребенка. Следует учитывать, наряду с разработкой и внедрением различных форм и методов психосоциальной терапии (ПСТ), необходимость интегральных параметров, отражающих психосоциальный ресурс развития и опреде-

ляющих устойчивую реадaptацию и реинтеграцию ребенка в сообществе с учетом специфики детской психиатрии [7, 8, 26, 32].

Особый интерес представляет поиск подходов к решению проблемы повышения эффективности реабилитационных программ (модулей) помощи подросткам с расстройствами шизофренического спектра как особой категории больных со специфическим профилем клинко-социальных потребностей [17] на основе концепции социального выздоровления [2, 5, 16], выходящего на первый план требования повышения уровня социального функционирования и качества жизни больных. Оно не может быть адекватно реализовано без адресации психосоциальных воздействий к личности больного с одновременным содействием повышению роли подростков (принцип «совместного принятия решений») в процессе психосоциальной реабилитации. Активная позиция самого пациента, как в плане готовности к сотрудничеству, так и осознанного отношения к лечению и противостоянию негативному влиянию психического расстройства, позволяет сформировать и поддерживать мотивацию для активного участия в процессе реабилитации и определяет пути для повышения компетентности и поддержания позитивных изменений в реализации присущего каждому психически больному потенциала здоровья [5, 7, 26, 36].

Как показано в ранее проведенных исследованиях, важнейшее значение в социальном функционировании у подростков с расстройствами шизофренического спектра играют нарушения взаимоотношений со сверстниками и в семье, количественный и качественный дефицит интерперсональных связей, что во многом определяет степень их социальной дезадаптации [3, 17]. С учетом данного обстоятельства, особая роль в курации данной категории больных отводится групповым формам психосоциальной терапии, направленным на создание соответствующих благоприятных условий для форми-

рования просоциального поведения: адаптивных копинг-стратегий и социальных навыков, необходимых для реадaptации и удержания подростков в социальной среде как ключевых детерминант, обеспечивающих наиболее благоприятное психосоциальное развитие ребенка [5, 7, 8, 11, 17, 23, 30, 34].

Просоциальное поведение (позитивное, конструктивное, социально полезное поведение) является необходимым условием успешной социализации [14]. Известно, что для этого особенно важны такие два базовых ресурса, как способность регулировать свои негативные эмоции и способность точно определять эмоции других и правильно на них реагировать. Эта способность является фундаментальной для разрешения потенциальных конфликтов [19]. Ее дефицит – один из маркеров шизофренического процесса, ухудшающий социальное функционирование пациентов [10, 20, 22, 31]. Преимущественное использование адаптивных копинг-стратегий оказывает выраженное положительное влияние на социальное функционирование подростков [26], способствуя снижению уровня стресса [23, 34], играя важную роль в снижении частоты последующих рецидивов [16, 21, 30, 36].

Групповые формы ПСТ также позволяют решать и стратегическую задачу по формированию установки на преодоление болезни при условии активного использования психообразовательных занятий, а также благодаря обмену положительным опытом между участниками программы и закреплению достигнутых результатов с помощью такого важнейшего стимула как групповая поддержка [15, 21, 23, 38].

В целом, проблема проведения и повышения эффективности групповой ПСТ непосредственно с подростками, страдающими психическими расстройствами, сохраняет свою актуальность, особенно с учетом ряда оптимистичных публикаций по данной тематике [5, 21, 25, 30, 33, 38].

Целью настоящей работы являлось изучение динамики просоциального поведения, копинг-стратегий и формирования социальных навыков при проведении групповой ПСТ у подростков с расстройствами шизофренического спектра.

Материал и методы

В исследование были включены 56 подростков (34 девушки и 22 юноши) в возрасте 15–17 лет (средний возраст – $17,4 \pm 0,8$ лет), страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (средняя длительность заболевания – $5,1 \pm 2,7$ лет) в состоянии ремиссии (становления ремиссии), которые путем рандомизации были разделены на 2 группы: основную – 30 человек и группу сравнения – 26 человек.

По критериям МКБ-10 у 24 подростков (42,9%) было диагностировано шизотипическое расстройство (основная группа – 11 чел., группа сравнения – 13 чел.), у 20 подростков (35,7%) – шизоаффектив-

ное расстройство (основная группа – 11 чел., группа сравнения – 9 чел.), у 12 подростков (21,4%) – детский тип шизофрении (8 чел. из основной группы и 4 чел. из группы сравнения).

Группы были сопоставимы по основным возрастным и клинко-социальным характеристикам. Все подростки получали стандартную медикаментозную терапию в соответствии с современными клиническими рекомендациями.

Подростки I (основной) группы участвовали в проведении групповой психосоциальной терапии. С подростками II группы (группы сравнения) групповая психосоциальная терапия не проводилась.

В качестве базового модуля при проведении групповой ПСТ с подростками, с учетом профиля негативных психосоциальных ситуаций данного контингента подростков [17], нами был выбран тренинг коммуникативных навыков, основанный на психообразовательном подходе, с элементами мотивационного тренинга и тренинга совладания с остаточными симптомами заболевания, с использованием в ходе занятий арт-терапевтических методик, направленных на развитие коммуникативных навыков и позволяющих, по результатам ряда исследований, активизировать эмоционально-волевую сферу больных [1, 2, 16, 18, 36].

Особенностями проведения занятий являлись: 1) гибкий индивидуализированный подход к каждому участнику, позволяющий решать, используя механизмы группового взаимодействия, актуальные для него социотерапевтические задачи с учетом особенностей семейной ситуации и уровня социальной адаптации; 2) «рванный» темп занятий с быстрой сменой видов деятельности и включение творческих заданий различной сложности (в зависимости от уровня участников), выступающих стрессообразующим фактором, способствующих эмоциональной, интеллектуальной активизации, тренировке внимания, повышению стрессоустойчивости участников группы (нагрузка четко структурирована, дозирована по силе и характеру воздействия) [15]; 3) присутствие в группе участников с разным уровнем социального функционирования. По нашей эмпирической практике, последний фактор может оказывать положительное влияние как на «слабых» участников, которые имели возможность общаться с более успешными сверстниками, «подтягиваясь» до их уровня, так и на «сильных», воспитывая в них чувство ответственности за свое поведение, терпимость и гибкость реагирования на возникающие в процессе совместного выполнения заданий трудности.

Занятия проводились в группах по 6–8 человек, что, по данным литературы, является оптимальным и способствует повышению эффективности терапии [18, 25]. Модуль включал 12 занятий. Частота занятий – 1 раз в неделю. Продолжительность каждого занятия – 120 минут.

Оценка уровня социального функционирования в обеих группах проводилась на инициальном этапе и через 3 месяца с использованием детской шкалы оценки общего функционирования CGAS (Children's Global Assessment Scale) [29, 35] и адаптированного опросника по исследованию качества жизни детей и подростков PedsQL [13]. Оценка динамики психического состояния пациентов проводилась с помощью адаптированной версии Шкалы оценки позитивных и негативных симптомов при шизофрении PANSS [12].

Для оценки формирования просоциального поведения и социальных навыков в процессе групповой ПСТ нами использовались адаптированный опросник «Сильные стороны и трудности» SDQ (Strenghts and Difficulties Questionnaire) [28] и опросник социальных навыков А.Гольдштейна [3, 27]. Для оценки качества и напряженности механизмов совладания в ходе социальной адаптации подростков применялся адаптированный копинг-тест Лазаруса [9, 24]. Обследование также проводилось на инициальном этапе и по окончании цикла занятий (через 3 месяца).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи пакета программ Statistica for Windows 6.1, MsExcel 2007. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез (p) в данном исследовании принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение

Согласие на участие в групповой психосоциальной терапии выразили 30 подростков, из них посетили все занятия 26 подростков, один из них выбыл по объективным причинам, трое в последующем отказались от участия в работе группы. Из группы сравнения к финальной оценке выбыло 8 человек.

По шкале PANSS наблюдалась сопоставимая редукция психопатологической симптоматики за 3 месяца в обеих группах (в основной группе с $75,6 \pm 9,9$ до $60,2 \pm 9,2$, а в группе сравнения – с $76,3 \pm 10,7$ до $64,3 \pm 7,8$). Между группами не было выявлено статистически значимых различий.

На начальном этапе средняя оценка по шкале общего функционирования CGAS в основной группе составляла $46,9 \pm 7,9$, в группе сравнения – $47,0 \pm 7,2$, без достоверных различий между группами. При оценке через 3 месяца в основной группе средняя оценка уровня социального функционирования достигла $54,8 \pm 7,5$, в группе сравнения – $49,7 \pm 6,8$. Различия в уровне социального функционирования между группами через 3 месяца были статистически достоверны ($p < 0,05$) и можно говорить об отчетливой терапевтической эффективности занятий (effect size – $d_c = 0,5$).

По результатам применения опросника PedsQL, заполняемого подростками, на начальном этапе исследования общая оценка качества жизни соста-

вила в I группе $52,3 \pm 14,9$, во II – $55,4 \pm 13,9$. Подростки обеих групп давали наиболее низкие оценки качеству жизни в сфере учебы и взаимоотношений со сверстниками. Достоверных различий между группами выявлено не было. В динамике в обеих группах прослеживается повышение качества жизни, более отчетливо выраженное в основной группе. Статистически достоверные различия между группами отмечаются в сфере общения со сверстниками ($p < 0,05$): в I группе – $69,3 \pm 22,1$, во II – $53,3 \pm 18,3$ ($d_c = 0,7$); и при общей оценке качества жизни ($p < 0,05$): в I группе – $65,4 \pm 15,6$, во II – $56,6 \pm 14,8$ ($d_c = 0,6$). При сравнении оценок родителей в обеих группах статистически значимые различия отмечались в сферах общения со сверстниками ($p < 0,01$; $d_c = 0,6$) и учебы ($p < 0,05$; $d_c = 0,5$) при оценке через 3 месяца: улучшения в основной группе были достоверно более выраженными (на начальном этапе достоверных различий в оценках родителей обеих групп выявлено не было). Таким образом, было показано, что групповая ПСТ способствовала повышению качества жизни и уровня социального функционирования, в том числе в наиболее проблемных сферах для подростков с расстройствами шизофренического спектра – взаимоотношений со сверстниками и учебы.

Для изучения механизмов, предположительно лежащих в основе происходящих изменений качества жизни и социального функционирования подростков, мы использовали опросник «Сильные стороны и трудности» (SDQ) и опросник социальных навыков А.Гольдштейна.

При инициальной оценке с использованием опросника SDQ (рис. 1, 2) наиболее выраженными в обеих группах, как по оценке подростков, так и их родителей, были трудности во взаимоотношениях со сверстниками (оценка подростков I и II групп – $5,1 \pm 2,0$ и $4,7 \pm 2,2$ соответственно; оценка родителей подростков I и II групп – $6,4 \pm 1,9$ и $6,5 \pm 2,3$ соответственно) и эмоциональные трудности (оценка подростков I и II групп – $4,5 \pm 3,4$ и $4,6 \pm 2,2$ соответственно; оценка родителей подростков I и II групп – $5,5 \pm 2,8$ и $5,9 \pm 2,3$ соответственно), что отчасти совпадает с результатами применения опросника PedsQL. Также имеют место проявления так называемого «прокси-эффекта» [37] – тенденции родителей давать более высокие оценки имеющимся трудностям, что требует учета при составлении индивидуального плана психосоциальных мероприятий.

При исследовании через 3 месяца по оценке подростков (рис. 1) между группами имеются достоверные отличия в динамике просоциального поведения ($p < 0,001$), а по оценке родителей подростков (рис. 2) – в динамике просоциального поведения ($p < 0,001$), трудностей в общении со сверстниками ($p < 0,05$) и общего балла трудности ($p < 0,01$).

Наиболее интересной представляется получившаяся разница в динамике просоциального пове-

Рис. 1. Динамика оцениваемых показателей опросника SDQ, заполняемого подростками основной группы и группы сравнения
Примечания: * – $p < 0,001$.

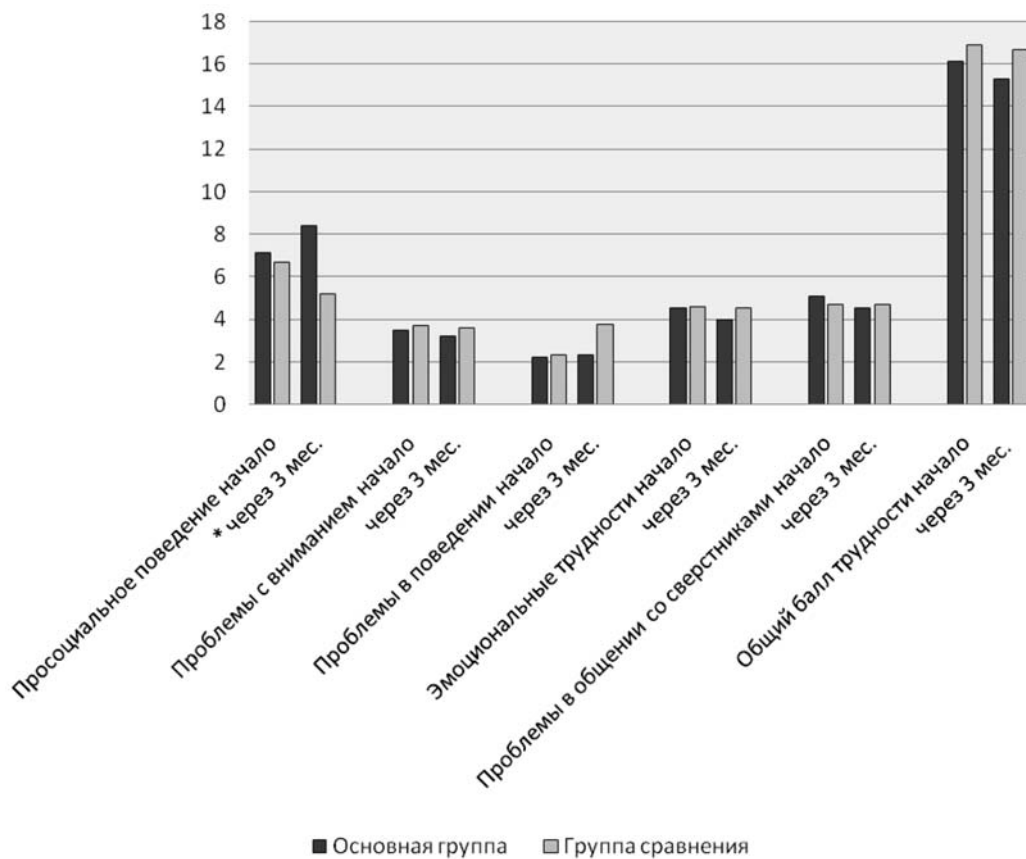
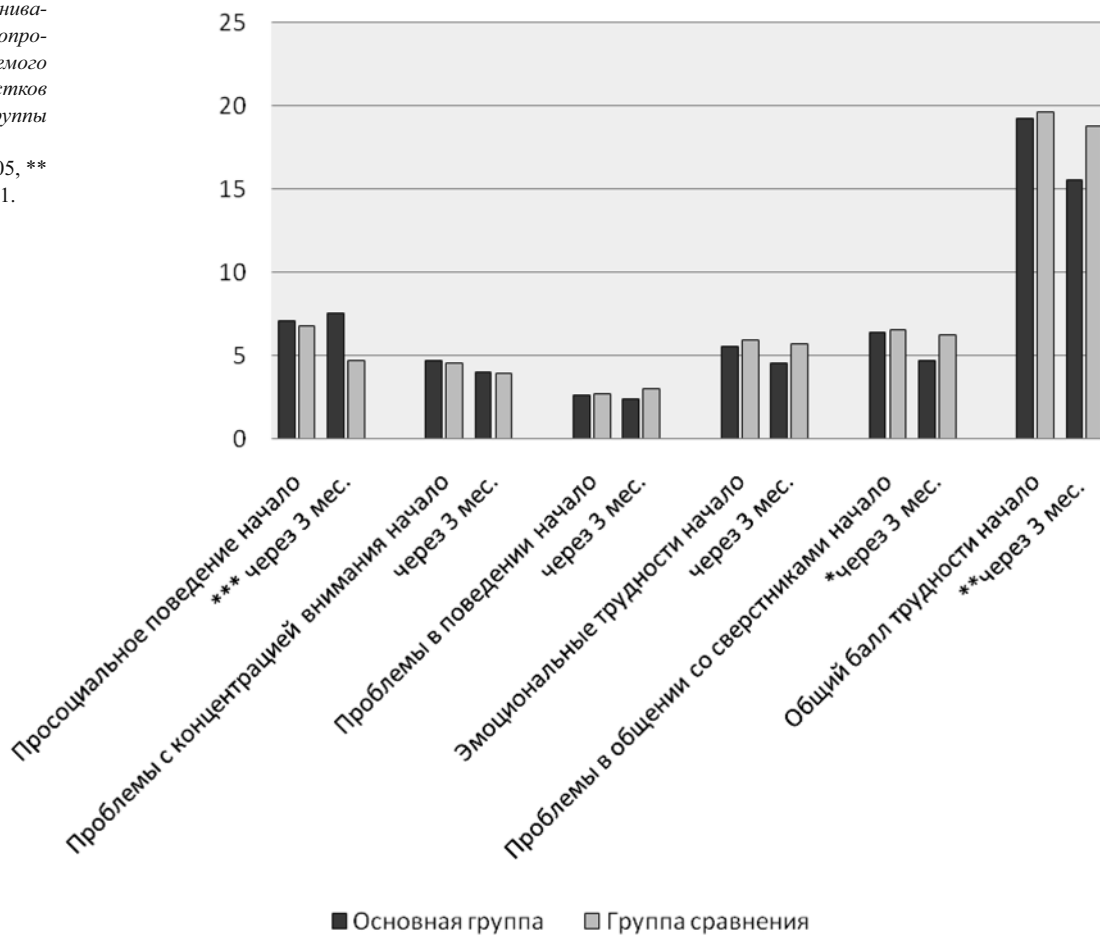


Рис. 2. Динамика оцениваемых показателей опросника SDQ, заполняемого родителями подростков основной группы и группы сравнения
Примечания: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$.



дения подростков. Данный показатель достоверно не различался в сравниваемых группах на начальном этапе, но уже через 3 месяца различия, как по оценке подростков, так и их родителей, стали статистически значимыми ($p < 0,001$): в основной группе он вырос с $7,1 \pm 2,5$ до $8,4 \pm 1,5$ по оценке подростков и с $7,1 \pm 2,5$ до $7,5 \pm 2,3$ по оценке их родителей, а в группе сравнения снизился с $6,7 \pm 1,5$ до $5,2 \pm 2,9$ по оценке подростков и с $6,8 \pm 2,3$ до $4,7 \pm 2,2$ по оценке родителей. Таким образом, групповая ПСТ способствовала развитию у подростков основной группы способности регулировать собственные негативные эмоции, а также понимать эмоции других людей и адекватно на них реагировать, что позволяло им осуществлять конструктивное, социально полезное поведение, облегчающее их социальную адаптацию. Снижение показателя «просоциальное поведение» в группе сравнения может быть связано с трудностями пребывания подростков в социальной среде с возможным разочарованием в ее ценностях, что, безусловно, затрудняет дальнейшую адаптацию.

Расширить и конкретизировать представление о формируемых социальных навыках у подростков с расстройствами шизофренического спектра в процессе групповой ПСТ позволяет применение в ходе исследования опросника социальных навыков Гольдштейна. В табл. 1 представлены результаты применения данного опросника в динамике.

При первичном обследовании группы достоверно не различались между собой. Для подростков обеих групп была характерна низкая оценка социальных способностей сверстников (нормативный диапазон 3,00–3,60) при не выходящей за нормативный диапазон, но находящейся на нижней границе нормы оценке собственных социальных способностей (нормативный диапазон – 3,10–3,85). Это свидетельствует о страхе перед миром взрослых, неуверенности в своих способностях и способностях своих сверстников успешно адаптироваться к нормальной взрослой жизни, повышенном уровне тре-

возности, а также неспособности обследуемых подростков адекватно оценивать социальные способности сверстников.

Коэффициент отличия в обеих группах превышал установленную границу в 1,10 баллов, то есть пациенты обеих групп чувствовали себя отличными от своих сверстников и, вероятно, обнаруживали странное (чуждающееся) поведение. Наиболее низкую оценку в обеих группах получили навыки планирования предстоящих действий и альтернативы агрессивному поведению, таким образом, в большей степени страдали наиболее сложные формы социального поведения, снижая эффективность социального функционирования подростков.

В динамике группы достоверно различались по большинству показателей: средняя оценка своих социальных навыков ($p < 0,05$) и социальных навыков сверстников ($p < 0,001$), начальные навыки ($p < 0,001$), реакция на мнение другого человека в разговоре ($p < 0,05$), планирование предстоящих действий ($p < 0,01$) и альтернатива агрессивному поведению ($p < 0,05$) в основной группе получили достоверно более высокие оценки. Коэффициент отличия в основной группе через 3 месяца занятий не выходил за нормативный предел, а в группе сравнения оставался выше нормы. Таким образом, групповая ПСТ способствовала росту уверенности в своих социальных навыках при адекватном восприятии социальных навыков сверстников. Подростки основной группы заметно прибавили в начальных социальных навыках, недостаточная сформированность которых приводит к значительной социальной дезадаптацией, стали более чутко и адекватно реагировать на мнение другого человека в разговоре, что повышает их социальную привлекательность (переключается со способностью определять эмоции других людей и адекватно на них реагировать), а также развили навыки планирования предстоящих действий и альтернативы агрессивному поведению (включает способность регулировать собственные негативные эмоции, влияющую

Таблица 1

Динамика показателей оценки сформированности представления о социальных навыках в основной группе и группе сравнения (по методике Гольдштейна)

Показатели	Первичное обследование		Через 3 мес.	
	Группа I	Группа II	Группа I	Группа II
Средняя оценка своих социальных способностей	$3,2 \pm 0,5$	$3,1 \pm 0,4$	$3,6 \pm 0,4^*$	$3,2 \pm 0,8^*$
Средняя оценка социальных способностей сверстников	$2,9 \pm 0,7$	$2,9 \pm 0,8$	$3,8 \pm 0,4^{***}$	$3,1 \pm 0,6^{***}$
Коэффициент компенсации	$0,3 \pm 0,4$	$0,2 \pm 0,7$	$-0,2 \pm 0,5$	$0,1 \pm 0,7$
Коэффициент отличия	$1,2 \pm 0,5$	$1,2 \pm 0,4$	$1,0 \pm 0,4$	$1,2 \pm 0,4$
Начальные навыки	$3,2 \pm 0,7$	$3,0 \pm 0,8$	$4,3 \pm 0,6^{***}$	$3,4 \pm 0,8^{***}$
Самовыражение в разговоре	$3,3 \pm 0,6$	$3,3 \pm 1,3$	$3,3 \pm 0,5$	$3,4 \pm 1,2$
Реакция на мнение другого человека в разговоре	$3,2 \pm 0,6$	$3,1 \pm 0,9$	$3,7 \pm 0,5^*$	$3,2 \pm 0,7^*$
Планирование предстоящих действий	$3,0 \pm 0,9$	$3,1 \pm 0,6$	$3,6 \pm 0,7^{**}$	$3,0 \pm 0,5^{**}$
Альтернатива агрессивному поведению	$2,8 \pm 0,6$	$2,8 \pm 0,6$	$3,3 \pm 0,6^*$	$2,9 \pm 0,7^*$

Примечания: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$.

Результаты копинг-теста Лазаруса в динамике

Субшкалы, %	Первичное обследование		Через 3 мес.	
	Группа I	Группа II	Группа I	Группа II
Конфронтационный копинг	40,6±23,4	43,6±17,4	43,9±19,1 ↑	38,1±24,1 ↓
Дистанцирование	54,7±16,7	52,3±20,8	49±23,7 ↓	54,7±18,6 ↑
Самоконтроль	56,3±21,4	55,1±23,7	67,4±25,7 ↑	60,5±26,6 ↑
Поиск социальной поддержки	62,2±13,8	60,3±14,8	73,2±13,8↑**	61,9±11,6↑**
Принятие ответственности	71,1±23,3	67,9±24,2	69,7±23,4 ↓	65,5±26,5 ↓
Бегство-избегание	58,3±13,2	56,5±9,3	57,5±13,3 ↓	58,9±,5 ↑
Планирование решения проблемы	51,3±19,6	50,7±26,9	61,1±24,1 ↑	51,6±27,7 ↑
Положительная переоценка	55,3±15,9	53,1±20,1	65,7±19,8 ↑*	53,1±23,7*

Примечания: * – $p<0,05$, ** – $p<0,01$, ↑↓ – тенденция (возрастание или убывание) изменения напряженности соответствующего вида копинга в соответствующей группе.

на просоциальное поведение, сформировавшееся в процессе занятий), то есть повысили эффективность своего социального функционирования даже в наиболее проблемных для себя ранее ситуациях конфликта и ситуациях, требующих умения добиться своего в разговоре. Необходимо отметить, что в процессе проведения групповой ПСТ мы не занимались специальной тренировкой всех улучшившихся социальных навыков, так как не располагали необходимым для этого временным ресурсом. Больше внимание уделялось начальным навыкам, оказывающим наиболее заметное влияние на уровень социального функционирования подростков, остальные навыки участники группы развивали самостоятельно, благодаря внутригрупповому взаимодействию и общению со сверстниками вне группы.

Тотальность позитивных изменений, лежащих в основе улучшения в сфере взаимоотношений со сверстниками, выявленных с помощью опросников PedsQL и SDQ, и повышения общего уровня социального функционирования по CGAS позволяют предположить наличие каскадного механизма формирования социальных навыков, отражающих динамику психосоциального развития подростков.

Влияние групповой ПСТ с подростками на механизмы совладающего поведения изучалось с помощью копинг-теста Лазаруса. Результаты копинг-теста Лазаруса для основной группы (группа I) и группы сравнения (группа II) в динамике приведены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, при первичном обследовании обе группы достоверно не различались между собой. Наиболее часто используемыми стратегиями в обеих группах были принятие ответственности (у больных с расстройствами шизофренического спектра это часто обусловлено гипертрофированной оценкой личного вклада в развитие ситуации, формирующейся под влиянием рудиментарных галлюцинаторных, бредовых и аффективных расстройств), поиск социальной поддержки и избегание (частое использование данного вида копинга определяет мотивационную направленность на

избегание неудач, пассивный, ригидный, неконструктивный характер действий, используемый для преодоления проблем [11]). При оценке через 3 месяца у подростков основной группы преобладающими стратегиями совладания были поиск социальной поддержки, принятие ответственности и самоконтроль (свидетельствующий о развитии навыков эффективной саморегуляции). У подростков группы сравнения преобладающие копинг-стратегии остались прежними. Статистический анализ показал, что подростки основной группы достоверно чаще при столкновении с трудностями прибегали к поиску социальной поддержки ($p<0,01$) и положительной переоценке происходящих изменений ($p<0,05$). Также можно отметить не достигающую статистической значимости тенденцию к снижению напряженности дисфункциональных копинг-стратегий дистанцирования и бегства-избегания и повышение напряженности конфронтационного копинга (то есть сознательных активных, настойчивых усилий по изменению ситуации) у подростков основной группы, в то время как у их сверстников из группы сравнения отмечалась противоположная тенденция. Таким образом, для подростков основной группы через 3 месяца была характерна более активная позиция в отношении лечения и преодоления возникающих сложностей с большим доверием к социальной среде и возросшей способностью к саморегуляции, планированию и положительной переоценке.

Групповая ПСТ непосредственно с подростками, страдающими расстройствами шизофренического спектра, оказывает значимое положительное влияние на их социальное функционирование за счет улучшения комплаенса, способствующего своевременному обращению за психиатрической помощью, формирования и развития социальных навыков, направленных на преодоление последствий заболевания и улучшение социальной адаптации (просоциальное поведение, начальные навыки общения, реакция на мнение другого человека в разговоре, планирование предстоящих

действий, альтернатива агрессивному поведению), повышения стрессоустойчивости с возрастом напряженности функциональных видов копинга, а также изменения самооощущения с повышением оценки собственной социальной компетентности, уверенности в себе. Это позволяет подросткам не только выходить на более высокий уровень соци-

ального функционирования, преодолевая трудности во взаимоотношениях со сверстниками, являющиеся одним из ведущих факторов в их социальной дезадаптации, но и удерживаться на достигнутом уровне, продолжая самостоятельно развивать недостающие навыки и повышая свою социальную компетентность.

ЛИТЕРАТУРА

1. 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.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 491 с.
3. Казьмина О.Ю. Структурно-динамические особенности систем межличностных взаимодействий у больных юношеской малопрогредиентной шизофренией: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 1997. 180 с.
4. Корень Е.В. Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами в современных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 4. С. 5–15.
5. Корень Е.В. К разработке концептуальной модели психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, № 3. С. 5–10.
6. Корень Е.В. Теоретико-методологическое обоснование интегральных подходов к психосоциальной реабилитации в детской психиатрии // Журнал «Вопросы психического здоровья детей и подростков» Вопросы психического здоровья детей и подростков (научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин). 2011. № 2. С. 60–69.
7. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Концепция психического здоровья и психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. 2012. № 3. С. 4–12.
8. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Психосоциальная дезадаптация детей и подростков с психическими расстройствами в контексте современных реабилитационных подходов // Дефектология. 2012. № 3. С. 60–63.
9. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В., Замышляева М.С. Адаптация методик изучения совладающего поведения Way of Coping Questionnaire (Опросник способов совладания Р. Лазаруса и С. Фолкмана) // Психология и практика. Сборник научных трудов. Выпуск 4 / Под ред. Т.Л.Крюковой, С.А.Хазовой. Кострома: РЦОИ «ЭКСПЕРТ-ЕГЭ», 2005. С. 171–190.
10. Лоскутова В.А. Социальные когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 4. С. 92–104.
11. Маричева М.А. Особенности копинг-стратегий у юношей, перенесших первый психотический приступ // Психиатрия и психофармакотерапия. 2012. Т. 14, № 6. С. 55–61.
12. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М., 2001. 237 с.
13. Никитина Т.П. Разработка и оценка свойств русской версии опросника PedsQL для исследования качества жизни детей 8–18 лет: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2004. 24 с.
14. Психология человека от рождения до смерти / Под ред. А.А.Реева. СПб.: Прайм-Еврознак, 2002. 656 с.
15. Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е.Рожнова. 3-е изд. Ташкент: Медицина, 1985. 719 с.
16. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельда. М.: ИД «Медпрактика-М», 2007. 356 с.
17. Степунина Н.Е., Корень Е.В. Определение профиля негативных психосоциальных ситуаций при построении модулей групповых форм психосоциальных вмешательств в структуре комплексной психиатрической помощи подросткам с расстройствами шизофренического спектра // Российский психиатрический журнал. 2012. № 2. С. 80–84.
18. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКЧН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 67–78.
19. Bartlett M.Y., DeSteno D. Gratitude and prosocial behavior: Helping when it costs you // Association Psychological Science. 2006. Vol. 17, N 4. P. 319–325.
20. Brune M. Emotion recognition, “theory of mind”, and social behavior in schizophrenia // Psychiatr. Res. 2005. Vol. 133. P. 135–147.
21. Clark A.F. Proposed treatment for adolescent psychosis: schizophrenia and schizophrenia-like psychoses // Advan. Psychiatr. Treatment. 2001. Vol. 7. P. 16–23.
22. Corcoran R. Theory of mind and schizophrenia // Social cognition and schizophrenia / P.W.Corrigan, D.L.Penn (Eds.). Washington, DC: American Psychological Association, 2001. P. 149–174.
23. Ebata A., Moos T. Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents // J. Applied Devel. Psychol. 1991. Vol. 12. P. 33–54.
24. Folkman S., Lazarus R.S. Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1988.
25. Fristad M.A. Psychoeducational treatment for school-aged children with bipolar disorder // Devel. Psychopathol. 2006. Vol. 18. P. 1288–1306.
26. Frydenberg E., Lewis R. Adolescent well-being: Building young people's resources / E.Frydenberg (Ed.). Beyond coping: Meeting goals, visions, and challenges. NY: Oxford University Press, 2002. P. 175–194.
27. Goldstein A.P., Sprafkin R.P., Gershaw N.J. Skill training for community living: Applying Structured Learning Therapy. NY: Pergamon Press, 1976.
28. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note // J. Child Psychol. Psychiatr. 1997. Vol. 38. P. 581–586.
29. Green B., Shirk S., Hanze D., Wanstrath J. The Children's Global Assessment Scale in clinical practice: an empirical evaluation // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr. 1994. Vol. 33, N 8. P. 1158–1164.
30. Haller C., Andres K., Hofer A. et al. Psycho-educational coping-oriented group therapy for schizophrenia patients // Neuropsychiat. 2009. Vol. 23, N 3. P. 174–183.
31. Harrington L., Siegert R.J., McClure J. Theory of mind in schizophrenia: a critical review // Cogn. Neuropsychiatr. 2005. Vol. 10. P. 249–286.
32. Last B.F., Stam H., Onland-van Nieuwenhuizen A.M., Grootenhuis M.A. Positive effects of a psycho-educational group intervention for children with a chronic disease: first results // Patient Educ. Couns. 2007. Vol. 65, N 1. P. 101–112.
33. McCleary L., Ridley T. Parenting adolescents with ADHD: evaluation of a psychoeducation group // Patient Educ. Couns. 1999. Vol. 38, N 1. P. 3–10.
34. Parsons A., Frydenberg E., Poole C. Overachievement and coping strategies in adolescent males // Br. J. Educ. Psychol. 1996. Vol. 66. P. 109–114.
35. Shaffer D., Gould M.S., Brasic J. et al. A Children's Global Assessment Scale (CGAS) // Arch. Gen. Psychiatry. 1983. Vol. 40, N 11. P. 1228–1231.
36. Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care (Updated edition) / E.Kuipers (Ed.). The British Psychological Society The Royal College of Psychiatrists, 2010.
37. Theunissen N.C.M., Vogels T.G.C., Koopman H.M. et al. The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research // Qual. Life Res. 1998. Vol. 7, N 5. P. 387–397.
38. Tuttle J., Campbell-Heider N., David T.M. Positive adolescent life skills training for high-risk teens: results of a group intervention study // J. Pediatric Health Care. 2006. Vol. 20, N 3. P. 184–191.

К ВОПРОСУ О ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОМ ОБОСНОВАНИИ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ПОДРОСТКАМИ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Е. В. Корень, Н. Е. Степунина

В статье показано влияние групповой психосоциальной терапии с подростками на динамику просоциального поведения, копинг-стратегий и формирования социальных навыков у подростков с заболеваниями шизофренического спектра с помощью опросников SDQ, социальных навыков Гольдштейна и копинг-теста Лазаруса. Выявлены статистически значимые изменения: повышение показателя «про-социальное поведение», уменьшение выраженности трудностей вза-

имоотношений со сверстниками, улучшение ряда социальных навыков, оптимизация копинг-стратегий с повышением напряженности функциональных видов копинга по окончании цикла групповой ПСТ.

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, групповая психосоциальная терапия, подростки, социальное функционирование, расстройства шизофренического спектра, социальные навыки, копинг-стратегии, просоциальное поведение.

THEORETICAL AND METHODOLOGICAL GROUNDS FOR GROUP PSYCHOSOCIAL THERAPY WITH ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

E. V. Koren, N. E. Stepounina

The article reports the effects of group psychosocial therapy on development of prosocial behavior, coping strategies and social skills in adolescents with schizophrenia spectrum disorders measured by means of the SDQ, the Goldstein social skills test and the Lazarus coping test. The authors have found significant positive changes, specifically, a rise in the 'prosocial behavior' score, less pronounced problems in peer relations,

improvements in a number of social skills, optimization of coping strategies with an accent on functional coping styles.

Key words: psychosocial rehabilitation, group psychosocial therapy, adolescents, social functioning, schizophrenia spectrum disorder, social skills, coping strategies, prosocial behavior.

Корень Евгений Владимирович – кандидат медицинских наук, руководитель отдела психической патологии детского и подросткового возраста ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: evkoren@yandex.ru

Степунина Надежда Евгеньевна – заведующая медико-реабилитационным отделением ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: Step_an@mail.ru

О СООТНОШЕНИИ ПОЗИТИВНЫХ И НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

М. В. Усюкина, Т. А. Шахбази

ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П.Сербского» Минздрава России

Распространенность эпилепсии в Российской Федерации составляет в среднем 3,4 случая на 1 000 человек населения, несколько преобладая среди мужчин, чем среди женщин (4,5 и 2,5 на 1 000 нас.) [6]. Причины, патогенетические механизмы развития психических расстройств при эпилепсии и, особенно, границы их клинических проявлений остаются до настоящего времени малоизученными. Ряд современных ученых признают междисциплинарное значение эпилепсии. Так, M.Angalakuditi, N.Angalakutidi [1] дают определение эпилепсии как «совокупности гетерогенных синдромов, характеризующихся сосуществованием судорожных приступов и дополнительных состояний». B.Schmitz [10] отмечает, что «психиатрические осложнения» встречаются у больных эпилепсией и вносят существенный вклад в ухудшение качества жизни пациентов и их родственников. D.Gülpek, E.Bolat и соавт. [7] подчеркивают, что эпилепсия сопровождается многими психическими расстройствами и продолжает оставаться заболеванием, которое нарушает функционирование и качество жизни больных.

Представленность в клинической картине эпилепсии непароксизмальных психических нарушений достигает 60–80% [3–5, 8, 9, 11]. Несмотря на важность своевременной диагностики и лечения психических расстройств у больных эпилепсией, психиатрический аспект эпилептической болезни до сих пор остается недоучтенным, большие затруднения представляет не только диагностика собственно психических нарушений, но порой даже признание самой возможности их существования при эпилепсии.

В связи с этим необходимость нозологической квалификации интерпароксизмальных изменений психики при эпилепсии для постановки верного диагноза не подлежит сомнению и является актуальной задачей.

Исходя из вышеуказанного, **целью** исследования является разработка клинико-динамических закономерностей непароксизмальных психических расстройств вследствие эпилепсии для уточнения критериев их диагностики.

Материал и методы исследования

Обследовано 78 мужчин, в возрасте от 18 до 60 лет, находившихся в ФГБУ «ГНЦССП им. В.П.Сербского» с 2003 по 2011 годы, которым был установлен диагноз эпилепсии. Основную группу наблюдений составили 43 пациента, у которых данный диагноз был впервые установлен при обследовании в Центре. В результате проведенного исследования было выявлено, что в 37% случаев у больных с несвоевременно поставленным диагнозом эпилепсии ранее было диагностировано органическое расстройство, в 33% – шизофрения, в 23% – психопатия, у 14% обнаруживались умственная отсталость, у 21% – признаки синдрома зависимости от ПАВ. Группа сопоставления сформирована из 35 больных, которым диагноз эпилепсии был установлен ранее.

Для диагностики имеющих при эпилепсии психических расстройств в работе использованы диагностические критерии МКБ-10: разделы G40 (эпилепсия) и F.0 (органические, включая симптоматические психические расстройства).

Результаты исследования

Все психопатологические расстройства у обследованных лиц были разделены на продуктивные и негативные.

Продуктивные расстройства были представлены: 1) аффективными, 2) невротическими, 3) галлюцинаторно-бредовыми, 4) двигательными, 5) синдромами помрачения сознания.

Аффективные нарушения включали дисфорические (65%) и депрессивные (54%) расстройства.

Невротические расстройства были характерны для 19% больных, проявлялись навязчивыми конкретно-образными представлениями (часто религиозной тематики) или субъективно неприятными размышлениями, сопровождались выраженными вегетативными реакциями, дисфорическими состояниями, так называемыми «крайними» аффектами – выраженным страхом или, наоборот, ощущением восторга, экстаза.

41 человек (53%) хотя бы раз в жизни переносили психотические расстройства, в трети случаев в обеих группах – транзиторно, 21% обследуемых первой группы достоверно чаще страдали хроническими эпилептическими психозами. Наиболее часто встречающимися являлись смешанные галлюцинаторно-параноидные (достоверно чаще в основной группе – 78% и 27%, $\chi^2=6,68$, $p<0,01$) и аффективно-бредовые психотические нарушения (56% и 27%), чуть реже в основной группе выявлялись галлюцинаторные психозы (28%), а в группе сопоставления – аффективные психотические расстройства (33%). В основной группе отмечался больший полиморфизм психотических нарушений, включающих параноидный (37%), синдром галлюциноза (19%), Кандинского-Клерамбо (16%), депрессивно-параноидные (7%), паранойяльные (7%) и парафренные (5%) расстройства. При этом для больных I группы были более характерны явления сенсорного (чувственного) и моторного (кинетического) автоматизма. В группе сопоставления имелись указания лишь на параноидные нарушения, преобладание которых все же отмечалось в основной группе (37% и 23%; $\chi^2=2,51$, $p<0,12$), и синдром галлюциноза (17%), которые встречались в большей части наблюдений. В единичных случаях у обследованных II группы присутствовали депрессивно-параноидные нарушения.

У большинства обследуемых отмечались обманы восприятия (51% и 37%) – в основном истинные галлюцинации (у 44% и 34%), чаще зрительные, чем слуховые (47% и 29% против 42% и 17%), обонятельные галлюцинаторные переживания выявлялись в меньшем числе наблюдений (12% и 3%), тактильные и висцеральные в единичных случаях (9% и 3%; 7% и 0%). Псевдогаллюцинации и иллюзии чаще выявлялись у больных основной группы (16% и 3%; 19% и 11% соответственно). Нарушения ощущений (56% и 34%) были представлены в виде гипер-, гипестезии, анестезии, парестезий и элементарных, простых и психосенсорных сенестопатий и восприятия (63% и 40%) в виде чувственной формы гипер- (28% и 17%) и гипопатий (35% и 20%).

Продуктивные психотические переживания сопровождалась такими нарушениями мышления как аффективное (28% и 29%), расплывчатое, аморфное (35% и 23%), резонерское (33% и 17%). У обследованных основной группы отмечались элементы символического мышления (9%). Сверхценные образования были характерны для 9% и 6% обследованных.

Бредовые идеи достоверно чаще выявлялись у обследуемых I группы, в абсолютном большинстве случаев возникали на фоне уже имеющихся каких-либо иных «первичных» психопатологических нарушений, между ними легко прослеживалась тесная патогенетическая связь. Содержа-

нием бреда чаще были идеи воздействия и преследования (40% и 14%, $p<0,027$), он носил обыденный характер (56% и 67%) и был связан с реальным окружением больного (72% и 50%), структура его была фрагментарной, без склонности к развитию и систематизации, насыщенной деталями. Обследуемые основной группы были не слишком озабочены имеющимися у них нарушениями мышления (83%), откровенно рассказывали о своих переживаниях (72%). Обследуемые группы сопоставления также не скрывали свои нарушения, но при этом были более склонны к активным действиям в отношении мнимых обидчиков, врагов, недоброжелателей, проявляя при этом заметную стеничность (56% и 83%).

Психотическим расстройствам сопутствовало преимущественно тревожно-злобное настроение (53% и 34%), страх (37% и 23%). Переживание крайнего восторга, экстаза было более характерным для больных основной группы (выявлялось у 28% и 14%), часто сочеталось с кататоническими расстройствами и состоянием растерянности (7% и 11%).

Дифференцирующими маркерами эпилептических психозов являются особенности аффективной, невротической (обсессивной, деперсонализационно-дереализационной), галлюцинаторно-бредовой симптоматики, синдромов нарушения сознания.

При галлюцинаторном психозе (по МКБ-10: галлюциноз F06.02) характерны элементарные зрительные и слуховые (реже обонятельные, тактильные) истинные галлюцинации конкретного, однообразного характера, часто религиозного содержания. В случае развития аффективного психоза (соответствует аффективному психотическому расстройству F06.3 по МКБ-10) депрессивной структуры отмечаются периоды пониженного настроения на фоне явлений психофизической астении, чувственных расстройств ощущений и восприятия (гипо- и гиперестезии, гипо- и гиперпатии), моторного беспокойства, суицидальных мыслей и попыток с суточными колебаниями аффекта; для психозов маниакальной структуры характерны крайние по выраженности состояния – эйфории, экстатически-восторженные переживания, большая представленность расстройств влечений (половые и алкогольные эксцессы, бродяжничество). Параноидный психоз (в рамках бредового (шизофреноподобного) расстройства F06.22 по МКБ-10) отличается наличием выраженных аффективных переживаний в виде страха, тревоги, параноидного восприятия и интерпретации окружающего, вторично возникающего бреда преимущественно персекуторного, фрагментарного, несистематизированного, конкретного характера, явлениями помрачения сознания. Галлюцинаторно-параноидные психозы (в рамках бредового (шизофреноподобного) расстройства

F06.22 по МКБ-10) также сопровождаются бредовыми идеями преследования, воздействия, режес величия, конкретными, наглядными по содержанию, отрывочными по структуре, насыщенными деталями; галлюцинации являются истинными, чаще зрительными, все переживания носят яркий чувственный характер. Аффективно-бредовые психозы (по МКБ-10: бредовое (шизофреноподобное) расстройство F06.22) сопровождаются несистематизированными бредовыми идеями, связанными по содержанию с конкретным окружением больного, часто религиозного характера, конгруэнтными бреду насыщенными аффективными переживаниями (экстатически-восторженный, тревожно-фобический аффект).

Негативные расстройства были представлены: 1) истощаемостью психической деятельности (реактивная лабильность), 2) психопатоподобными расстройствами (изменения личности), 3) дефицитарными эмоционально-волевыми нарушениями, 4) расстройствами мышления, 5) психоорганическим синдромом, 6) явлениями слабоумия.

Исследование негативных расстройств (минус-симптоматики) выявило преобладание явлений реактивной лабильности (субъективно ощущаемая нарушенная способность к преодолению до того привычных житейских трудностей, выполнению привычного объема работы, повышенная утомляемость, снижение производительности деятельности, раздражительность, проявляющаяся при незначительной нагрузке), когнитивных нарушений (в рамках психоорганического синдрома) и слабоумия у обследованных II группы (94%, $p < 0,015$ – для реактивной лабильности; 86%, $p < 0,016$ – для когнитивных расстройств; 17%, $p < 0,06$ – для слабоумия), что может быть обусловлено часто встречающимися у больных данной группы указаниями на поражение головного мозга вследствие перинатальной патологии, а также повреждающим действием собственно эпилептического процесса, ассоциированным с патологией определенных нейроанатомических субстратов (лобной, височной долей).

Для больных основной группы были более характерны шизоидные (45% и 18%, $p < 0,03$) и смешанные (53% и 18%, $p < 0,005$) изменения личности. У всех обследованных отмечалось преобладание эпилептоидных и эксплозивных нарушений (95% и 97%, 79% и 91% соответственно), которые проявлялись обидчивостью, злопамятностью, мстительностью, упрямством, нетерпимостью к возражениям, требовательностью к другим, а также эмоциональной напряженностью, вспыльчивостью, импульсивностью реакций бурного протеста в ответ на критику. В меньшем числе наблюдений выявлялись паранойяльные изменения личности (50% и 59%) с подозрительностью, тенденцией к уличению окружающих, поиску их недостатков, придирчивостью,

неуживчивостью. Такие особенности личности, как установка на серьезную и методическую работу над собой, нахождение и исправление своих недостатков, преодоление трудностей, проявляющиеся педантизмом, стеничностью, а также стремление к избеганию открытых конфликтов, конформность, соглашательство, часто в виде слащавости и прилипчивости, и регрессивные формы поведения (отсутствие глубоких интересов, внушаемость, склонность к суевериям и мистицизму, привязанность к близким родственникам и выраженная ностальгия по ним) в совокупности были отнесены к противоположному дефензивному полюсу личностных изменений у больных, который выявлялся несколько реже.

При исследовании эмоциональной сферы наиболее часто имелись указания на такие особенности реагирования больных эпилепсией, как эмоциональная вязкость, склонность к накоплению негативных переживаний, эмоциональному «стазу» с последующими аффективными взрывами (93% и 91%). В основной группе разброс показателей по данному параметру был больше (кроме эксплозивного встречались также кататимный, голотимный, дементный тип патологического эмоционального реагирования), что свидетельствует о большей сложности и полиморфности у них клинической картины эпилепсии.

Среди проявлений дефицитарности мыслительных процессов отмечались специфические изменения мышления в виде его детализированности (91% и 97%), обстоятельности (67% и 74%) и вязкости (33% и 29%), замедленного темпа психических процессов (63% и 68%), расстройства целенаправленности в виде конкретного и сугубо конкретного мышления (63% и 80%), наклонности к персерации (21% и 11%). Для больных II группы было характерно нарушение содержательной стороны мышления в виде оскудения (обеднения) представлений (21% и 49%, $p < 0,02$).

Патопсихологические дефицитарные нарушения проявлялись в виде снижения уровня обобщения (77% и 89%), трудностей оперирования абстрактными понятиями (58% и 51%), субъективизма (58% и 56%) и своеобразия представлений (28% и 20%), трудностей выделения существенного (40% и 54%). Для группы сопоставления были более характерны усложненные формулировки (12% и 23%), формальность ассоциативных образов (14% и 26%).

Отмеченные особенности протекания мыслительных процессов у больных эпилепсией, наряду с недостаточностью объема, концентрации и способности к удержанию активного внимания, а также часто в связи с нарушениями кратковременной и долговременной памяти, приводили к качественному ухудшению познавательной деятельности, что проявляется содержательным обеднением мышления, олигофазией на уровне речи.

Заключение

Клинические проявления непароксизмальных психических расстройств вследствие эпилепсии включают продуктивные и негативные нарушения. Продуктивные нарушения с присущим им полиморфизмом проявлений маскируют истинную эпилептическую природу психических расстройств и представлены аффективными, невротическими, галлюцинаторно-бредовыми, двигательными нарушениями и синдромом помрачения сознания. Негативные нарушения обладают большей стойкостью, инвариативностью, устойчивостью к терапии и наиболее патогномичны. Наиболее значимыми для установления эпилептической природы психических нарушений непароксизмального генеза являются отмечающиеся у больных эпилепсией негативные нарушения в виде специфических

изменений личности и дефицитарных нарушений мышления. Изменения личности у больных эпилепсией проявляются двумя полюсами расстройств – эксплозивно-эпилептоидным с паранойяльными чертами (аффективная взрывчатость, импульсивность, злопамятность, склонность к гневливо-злобным реакциям, подозрительность, недовольство окружающим) и дефензивным с преимущественно глишироидными (педантичность, аккуратность, следование традиционным взглядам, религиозность) и психастеническими (тревожность, ипохондричность, сенситивность, мнительность) проявлениями. Нарушения мышления характеризуются инертностью, тугоподвижностью, ригидностью, замедлением темпа мыслительных процессов, преобладанием эгоцентрического, персеверативного, наглядно-образного мышления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Angalakuditi M., Angalakuditi N. A comprehensive review of the literature on epilepsy in selected countries in emerging markets // *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2011. Vol. 7. P. 585–597.
2. Blumer D., Montouris G., Davies K. The interictal dysphoric disorder: recognition, pathogenesis, and treatment of the major psychiatric disorder of epilepsy // *Epilepsy Behav.* 2004. Vol. 5, N 6. P. 826–840.
3. Bragatti J.A., Torres C.M., Londero R.G. et al. Prevalence of psychiatric comorbidities in temporal lobe epilepsy in a Southern Brazilian population // *Arq. Neuropsiquiatr.* 2011. Vol. 69. P. 159–165.
4. Cascella N.G., Schretlen D.J., Sawa A. Schizophrenia and epilepsy: is there a shared susceptibility? // *Neurosci. Res.* 2009. Vol. 63, N 4. P. 227–235.
5. De Oliveira G.N., Kummer A., Salgado J.V. et al. Suicidality in temporal lobe epilepsy: measuring the weight of impulsivity and depression // *Epilepsy Behav.* 2011. Vol. 22, N 4. P. 745–749.
6. Guekht A., Hauser W.A. The epidemiology of epilepsy in the Russian Federation // *Epilepsy Res.* 2010. Vol. 92, N 2–3. P. 209–218.
7. Guelpek D., Bolat E., Mete L. et al. Psychiatric comorbidity, quality of life and social support in epileptic patients // *Nord. J. Psychiatry.* 2011. Vol. 65, N 6. P. 373–380.
8. Matsuura M., Oana Y., Kato M., Kawana A. et al. A multicenter study on the prevalence of psychiatric disorders among new referrals for epilepsy in Japan // *Epilepsia.* 2003. Vol. 44, N 1. P. 107–114.
9. Nenadovic M., Jasovic-Gasic M., Vicentic S. et al. Anxiety in epileptic patients // *Psychiatr. Danub.* 2011. Vol. 23, N 3. P. 264–269.
10. Schmitz B. Psychiatric aspects of epileptic disorders // *Nervenarzt.* 2012. Vol. 83, N 2. P. 205–208.
11. Swinkels W.A., van Emde Boas W., Kuyk J. et al. Interictal depression, anxiety, personality traits, and psychological dissociation in patients with temporal lobe epilepsy (TLE) and extra-TLE // *Epilepsia.* 2006. Vol. 47, N 12. P. 2092–2103.

О СООТНОШЕНИИ ПОЗИТИВНЫХ И НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

М. В. Усюкина, Т. А. Шахбази

В статье представлена клинко-психопатологическая характеристика негативных и позитивных психических расстройств вследствие эпилепсии, проведен анализ их синдромальной структуры, предложена качественная характеристика специфических нарушений мышления при эпилепсии. Доказано определяющее значение негативной

симптоматики в виде специфических изменений личности и дефицитарных нарушений мышления в качестве маркеров эпилептической болезни.

Ключевые слова: эпилепсия, позитивные и негативные психические расстройства.

THE RATIO OF POSITIVE AND NEGATIVE DISORDERS IN EPILEPSY

M. V. Usyukina, T. A. Shakhbazi

This article provides a clinical-psychopathological description of negative and positive mental disorders caused by epilepsy. The authors analyze their syndromal structure and also offer a qualitative description of specific thought disorders commonly found in epileptic patients. They

emphasize the decisive role of negative symptoms, like specific changes of personality and deficitary thought disorders, as markers of the epileptic disease.

Key words: epilepsy, positive and negative mental symptoms.

Усюкина Марина Валерьевна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения экзогенных психических расстройств ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского»: e-mail: marina_gnc@mail.ru
Шахбази Татьяна Азеровна – врач ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского».

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ БРЕДОВЫХ И БРЕДОПОДОБНЫХ СОСТОЯНИЙ

Е. А. Илюшина, А. А. Ткаченко

ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского»

Дифференциальный диагноз между бредовыми и бредоподобными состояниями в судебно-психиатрической практике представляет во многих случаях вопрос исключительно сложный и всегда крайне ответственный. В клиническом отношении сложности связаны с тем, что терминами «бредовые» и «бредоподобные» состояния обозначают многообразные, неоднородные клинические формы психической патологии психотического и пограничного уровней, на природу, механизмы образования, качественные характеристики, типологию, психопатологическое разграничение и нозологическую принадлежность которых не существует единства клинических взглядов. Особую диагностическую проблему представляют случаи симуляции, стержнем которой становится предъявление «бредоподобных» высказываний, различных по структуре и содержанию.

При дифференциации бредовых и бредоподобных состояний обычно ссылаются на приводившиеся К.Ясперсом [16] критерии бреда: субъективная убежденность больного в правильности своих умозаключений; невозможность коррекции бреда с помощью опыта и вытекающих из него выводов; несоответствие субъективных убеждений объективной реальности. Хотя подавляющее большинство бредовых идей и соответствуют тому, что отражено в данных характеристиках, остается неясным, отражают ли они в действительности главные, а не второстепенные признаки. Сам К.Ясперс считал эти критерии бреда неточными, а потому непригодными для верного определения сущности данного расстройства. Он замечал, что «видеть в бредовой идее ложное представление, которого больной упорно придерживается и которое невозможно исправить, — значит понимать проблему упрощенно, поверхностно, неверно» [16].

По мнению Б.Е.Микиртумова и А.Б.Ильичева [9], на бредовом переживании могут основываться и правильные высказывания — они могут и не со-

держат фантастических элементов, а, напротив, до такой степени принадлежать сфере возможного, вероятного, что зачастую только тщательное знакомство с реальными обстоятельствами позволяет обнаружить патологию. А.А.Перельман [10], в свою очередь, отмечает, что и определение соответствия сверхценных идей объективной реальности бывает проблематично, в достоверности их можно сомневаться.

Бредовое состояние может не сопровождаться наличием убежденности в чем-то, подобное характерно для начальных его переживаний, а именно для «бредового настроения» или выделенного А.С.Рудоволом [11] этапа «переживания неизвестных значений» в «бреде особого значения», когда патологическое состояние еще не оформилось в какое-то определенное содержание. Р.Б.Брагин [1] же замечает, что при сверхценных идеях высказываемая степень вероятности бывает достаточно высокой, и выявление присутствующих сомнений бывает затруднительным.

По мнению В.М.Морозова [7], в отличие от бредовой идеи, сверхценная поддается разубеждению. Тем не менее, некоторые авторы [12] отмечают, что и для сверхценных идей, наряду с большой охваченностью переживаниями, бывают характерны некоррегируемость суждений и значительные нарушения критики. Э.Крепелин [6] полагал, что не критичность может быть производной и от сильных аффектов, и от снижения интеллекта. По мнению А.А. Перельмана [10], чем сильнее ошибки суждений коренятся в потребности чувств, тем упорнее отрицаются доказательства ошибочности этих суждений. При сверхценных идеях заряженность их чувством (аффектом) так сильна, что они с большим трудом поддаются логической коррекции. Коррекция сверхценной идеи, по мнению автора, состоит не только в осознании субъектом ее ошибочности, но и в том, что она должна потерять доминирующее значение в ряде других суждений.

Из критериев бреда К.Ясперса следует, что коррекция идеи должна осуществляться с помощью опыта и вытекающих из него выводов. Однако при диагностике не всегда учитывается, что концепция «реальности» для больного изменилась вследствие переживаемого бредового состояния, которое не перестает быть для него ощутимым, актуальным опытом, отличным от прежнего общераспространенного мировоззрения.

Таким образом, по отношению к психопатологическим критериям бредовых и бредоподобных состояний применимо высказывание Р.Б.Брагина [2] о том, что продолжение психопатологических исследований всегда являлось и является необходимостью, диктуемой отсутствием единства в понимании самых существенных, центральных вопросов, таких как объем понятия, границы, основные признаки, критерии отграничения. Важность изучения бредовых и бредоподобных состояний особенно понятна в связи с тем исключительным местом, которое они занимают на рубеже непсихотических и психотических расстройств.

Целью исследования являлось уточнение психопатологической структуры бредовых и бредоподобных состояний для последующего выделения критериев разграничения данных феноменов.

Материал и методы исследования

В соответствии с поставленной целью изучено 112 подэкспертных, проходивших стационарную экспертизу в Центре им. В.П.Сербского с 2009 по 2012 годы с бредовыми и бредоподобными состояниями (сверхценные идеи и симуляция).

Критерием включения в исследование являлось предъявление подэкспертными высказываний, предполагающих клиническую гипотезу о наличии у них бреда.

Основными методами исследования были клинико-психопатологический и статистический. На основе созданной карты обследования была проведена статистическая обработка материала в два этапа: I этап – сбор информации, кодирование, составление базы данных, II этап – статистическая обработка данных при помощи пакета Statistica 7.0 for Windows (StatSoft Inc., USA). Статистическая обработка предполагала определение частотности изучаемых признаков (выявление их абсолютных значений и удельного веса показателей), анализ таблиц сопряженности с помощью χ -критерия, различия считались статистически значимыми при уровне ошибки $p < 0,05$.

Проводилось сопоставление пяти групп: 1) подэкспертные с чувственным бредом (ЧБ) – 26 человек; 2) подэкспертные с образным бредом (ОБ) – 26 человек; 3) подэкспертные с интерпретативным бредом (ИБ) – 16 человек; 4) подэкспертные со сверхценными образованиями (СЦ) – 26 человек; 5) подэкспертные, предъявлявшие «бредопо-

добные» высказывания с целью симуляции (С) – 18 человек.

Результаты исследования

Еще А.А.Меграбян [8] отмечал, что в психопатологии при изучении отдельных признаков заболевания возникают значительные трудности в отнесении общеизвестных симптомов к определенным нарушениям психологических функций, такого рода параллели, по его мнению, зачастую представляются искусственными. Для психического аппарата характерна целостная интегративная деятельность, одинаково выступающая на всех его динамических уровнях, поэтому бред и сверхценности вряд ли целесообразно относить только к патологии мышления.

Критерии бреда К.Ясперса определяют, скорее всего, бредовые умозаключения, убеждения, идеи. При этом иногда упускается из вида, что бред – это не только отдельная патологическая идея или совокупность идей, а скорее патологическое «состояние», затрагивающее в той или иной степени все стороны психической деятельности. Так, на необходимость перехода от понятия «бред-идея» к понятию «бред-состояние» указывал А.Эй [15], подчеркивая при этом изменения перспектив в раскрытии природы данных феноменов. Е.А.Шевалев [14], изучая бредовые состояния, не ограничивался характеристикой лишь их содержания. В структуре многих форм систематизированного бреда автор предполагал наличие двух частей: ведущей, ядерной части, к которой он относил основное бредовое содержание, а также периферической части. В периферии он выделял интерпретирующие, то есть интеллектуальные компоненты (к ним он относил все то, что может быть определено термином «объясняющий бред»), а также непосредственно вытекающие из него элементы (например, обусловленные им действия или эмоции как образования уже вторичного порядка). Е.А.Шевалев считал, что во многих случаях периферия бреда может быть рассмотрена как его психогенный компонент, что указывает на наличие в нем реактивных моментов. В отношении сверхценных образований многие [4, 13] также стремились избегать терминов «идеи», «суждения», предпочитая более общие – «представления», «комплексы», «образования». Р.Б.Брагин [2], помимо идеаторного компонента, к облигатным составляющим сверхценностей относил также аффективный и поведенчески-волевой компоненты, отмечая, что ведущую (часто синдромообразующую) роль может занимать каждый из них.

Таким образом, бредовые и бредоподобные состояния могут быть рассмотрены как образования со сложной структурой, представляющие особую форму дезорганизации всей психической деятельности. Такой подход соответствует высказыванию Э.Крепелина [6]: «Добросовестное расщепле-

ние формы на ее мельчайшие и, казалось бы, самые незначительные проявления становится неизбежным предварительным этапом в процессе получения цельной картины заболевания, соответствующей его природе». Поэтому для детального анализа психопатологической структуры изучаемые психопатологические феномены были разделены на компоненты. Группа чувственного бреда включала перцептивный, идеаторный, аффективный и поведенческий компоненты, группа сверхценных образований – идеаторный, мотивационный, аффективный и поведенческий компоненты, группа симуляции – лишь идеаторный компонент. У всех больных с образным бредом в структуру бреда входили идеаторный, аффективный и поведенческий компоненты, перцептивный компонент наблюдался только у 54% больных. В интерпретативном бреде идеаторный, аффективный и поведенческий компоненты присутствовали у всех больных, реже встречались перцептивный и мотивационный компоненты. В целом группы достоверно различались за счет того, что перцептивный компонент практически всегда встречался в 1-ой группе (ЧБ), в 54% случаев – во 2-ой (ОБ) и практически не выявлялся в остальных трех группах.

Идеаторный компонент бредовых и бредоподобных состояний был представлен идеями различной тематики. Во всех группах встречались как мо-

нотематические, так и политематические фабулы, однако чаще – монотематические (58% и более во всех группах). В группе со сверхценными образованиями монотематические фабулы были достоверно у большего количества подэкспертных (89%), чем в группах чувственного ($\chi^2=6,3$; $p<0,013$) и образного ($\chi^2=3,9$; $p<0,05$) бреда. В группе чувственного бреда было практически равное количество монотематических (58%) и политематических (42%) фабул, в группах образного, интерпретативного бреда и симуляции чаще наблюдались монотематические фабулы (в 65%, 75% и 72% случаев). Оказалось, что определенные фабулы встречались преимущественно у больных с тем или иным вариантом бреда, со сверхценными идеями или с симуляцией (табл. 1). В группе с чувственным бредом чаще всего наблюдались идеи преследования, отношения, которые перекликались с идеями особого значения происходящего вокруг, религиозно-мистические идеи, реже встречались идеи отравления, ревности, чужих родителей, воздействия, любовные и эротические, ипохондрические, дисморфофобические, идеи особых способностей, идеи величия.

В группе с образным бредом преобладали идеи особых способностей, переоценки своей личности, воздействия, величия и богатства, также встречались конфабуляторные утверждения о якобы происходивших событиях в прошлом, особого значения про-

Таблица 1

Тематика идей

	ЧБ (n=26)	ОБ (n=26)	ИБ (n=16)	СИ (n=26)	С (n=18)
Преследования	13(50%)* (ОБ;СИ)	-* (ЧБ; ИБ, С)	8(50%)*(ОБ;СИ)	2(8%)*(ЧБ;ИБ)	4(22%)* (С)
Отравления	6(23%)* (СИ)	3(12%)* (ИБ)	8(50%)* (СИ;С)	-* (ЧБ;ИБ)	1(6%)* (ИБ)
Воздействия	2(8%)* (ОБ)	11(42%)*(ЧБ;ИБ;СИ)	1(6%)*(ОБ)	-(ОБ)	4(22%)*(ОБ)
Ревности	5(19%)*(ОБ)	2(8%)	5(31%)*(ОБ)	5(19%)*(С)	-(ЧБ;ИБ;СИ)
Любовные	2(8%)	-	1(6%)	1(4%)	-
Ипохондрические дисморфофобические	1(4%)	1(4%)	-	1(4%)	-
Реформаторства, изобретательства	-(СИ)	3(12%)	-(СИ)	6(23%)*(ЧБ;ИБ)	1(6%)
Идеи особых способностей, переоценки своей личности	1(4%)*(ОБ;С)	17(65%)*(ЧБ;ИБ;СИ;С)	1(6%)*(ОБ)	5(19%)*(ОБ)	5(28%)
Предвзятого отношения, идеи ущерба	11(42%)*(ОБ)	-(ЧБ;ИБ;СИ)	12(75%)*(ОБ)	12(46%)*(ОБ)	1(6%)*(ЧБ;ИБ;СИ)
Религиозно-мистические, порчи	9(35%)*(СИ)	5(19%)*(СИ;С)	3(19%)*(СИ)	-(ЧБ;ОБ;ИБ;С)	9(50%)*(ОБ;СИ)
Идеи величия, богатства	1(4%)*(ОБ)	10(38%)*(ЧБ;СИ;С)	2(12,5%)	-(ОБ)	-(ОБ)
Особого значения для больного происходящего вокруг	11(42%)*(ИБ;СИ;С)	6(23%)*(ИБ;СИ;С)	-	-	-
Чужих родителей	2(8%)	1(4%)	-	-	-
Фантастических событий с больным в прошлом	-(ОБ)	6(23%)*(ЧБ;ИБ;СИ;С)	-(ОБ)	-(ОБ)	-*(ОБ)
Сутяжничества	-(ИБ;СИ)	2(8%)*(СИ)	4(25%)*(ЧБ;СИ;С)	15(58%)*(ЧБ;ОБ;ИБ;С)	-(ИБ;СИ)

Примечания: * (ЧБ) – статистически значимые различия с группой, указанной в скобках($p<0,05$).

исходящего, религиозно-мистические идеи, порчи, одержимости, реформаторства, изобретательства, отравления. Редко имелись идеи ревности, сутяжничества, чужих родителей и дисморфобические идеи. Фабула интерпретативного бреда была представлена идеями предвзятого отношения, ущерба, преследования, отравления, реже – ревности, сутяжничества, религиозно-мистическими, порчи, величия, переоценки своей личности, любовные (эротические) и воздействия. Среди сверхценных идей наиболее часто наблюдались идеи сутяжничества, предвзятого отношения и ущерба, реже – реформаторства и изобретательства, ревности, особых способностей и переоценки своей личности, преследования, ипохондрические и любовные. В группе симуляции подэкспертные в основном предъявляли бредоподобные высказывания религиозно-мистического содержания, порчи, одержимости, идеи особых способностей, преследования и воздействия, реже – предвзятого отношения, отравления, реформаторства и изобретательства. У 12% подэкспертных отсутствовала сформированная фабула.

Кроме особенностей тематики определялись и другие характеристики идеаторного компонента сравниваемых феноменов, например, степень организации бредовых идей. Систематизированный бред характеризовался наличием логической структуры и системы доказательств; он имел внутреннюю субъективную логику, в соответствии с которой факты трактовались больным односторонне и искаженно. Несистематизированный бред характеризовался безотлагательными болезненными утверждениями и отсутствием достаточно разработанных логических построений, не являясь продуктом рационального осмысления, последовательных рассуждений [3]. По *степени организованности* высказываний ($\chi^2=27,6$; $df=4$; $p<0,001$) в целом группы различались. При попарном сравнении групп выявлены достоверные различия групп чувственного и образного бреда с группами интерпретативного бреда ($\chi^2=6,1$, $p<0,014$; $\chi^2=9,2$, $p<0,003$), сверхценных образований ($\chi^2=9,5$, $p<0,002$; $\chi^2=14,0$, $p<0,001$) и симуляции ($\chi^2=6,8$, $p<0,01$; $\chi^2=10,2$, $p<0,002$). В 1-ой (ЧБ) и 2-ой (ОБ) группах преобладали несистематизированные идеи (в 61% и 58% случаев соответственно). В группе чувственного бреда лишь в 8% присутствовала систематизированная фабула, а в 31%, как и у 42% больных с образным бредом, обнаруживались лишь попытки систематизации. Во всех случаях интерпретативного бреда идеи были систематизированными, чего не наблюдалось ни в одном случае симуляции; в группе со сверхценными идеями они носили систематизированный характер у большинства (81%) подэкспертных. Поэтому выявление систематизированной фабулы в большинстве случаев свидетельствовало о наличии у больного либо интерпретативного бреда, либо сверхценных идей. Однако необходимо отли-

чать систематизированные фабулы от попыток систематизации больных с чувственным и образным бредом при включении «психогенных интерпретаций» как реакции личности на болезненный процесс. Попытки систематизации, хотя и проявлялись тенденцией больных к объяснению происходящего с ними, сопоставлению каких-то фактов, не приводили к стройной точной логически-разработанной до мелочей системе.

Группы в целом различались по *степени развернутости* идей ($\chi^2=44,1$, $df=4$, $p<0,001$). Группа симуляции достоверно отличалась от других групп (с 1-ой группой $\chi^2=21,1$, $p<0,001$; со 2-ой – $\chi^2=15,8$, $p<0,001$; с 3-ей – $\chi^2=34,0$, $p<0,001$; с 4-ой – $\chi^2=27,8$, $p<0,001$) тем, что высказывания всех ее подэкспертных носили фрагментарный, отрывочный характер. Понятно, что абсолютно иная картина наблюдалась при интерпретативном бреде, характеризовавшемся наличием развернутых по содержанию идей, что достоверно отличало эту группу от групп чувственного (69%; $\chi^2=6,1$, $p<0,01$) и образного (58%; $\chi^2=9,2$, $p<0,003$) бреда. У больных со сверхценностями также преобладали развернутые идеи (81%), однако этот факт не достигал достоверного значения для отличия ее от других групп.

По *степени устойчивости тематики* в целом группы различаются ($\chi^2=67,2$, $df=4$, $p<0,001$). Бредоподобные высказывания подэкспертных, пытавшихся представить себя психически больными, в 67% случаев носили однообразный и стереотипный характер, что достоверно отличало данную группу от остальных (с 1-ой группой $\chi^2=40,1$, $p<0,001$; со 2-ой $\chi^2=23,8$, $p<0,001$; с 3-ей $\chi^2=16,5$, $p<0,001$; с 4-ой $\chi^2=36,5$, $p<0,001$). У других подэкспертных данной группы фабула была нестойкой и изменчивой. В иных группах преобладали устойчивые, стойкие и ригидные фабулы, однако присутствие у 39% больных с образным бредом нестойких, изменчивых, полиморфных идей достоверно отличало ее от групп чувственного ($\chi^2=9,3$, $p<0,003$), интерпретативного ($\chi^2=8,1$, $p<0,005$) бреда и сверхценных образований ($\chi^2=6,9$, $p<0,01$). Также группы сравнивались по степени стабильности или склонности к усложнению, расширению фабулы. У всех подэкспертных со сверхценными образованиями наблюдалась стабильная фабула, по наибольшей частоте встречаемости данной характеристики идеаторного компонента эта группа отличалась от групп чувственного ($\chi^2=19,2$, $p<0,001$) и образного ($\chi^2=19,2$, $p<0,001$) бреда и симуляции ($\chi^2=16,3$, $p<0,001$). В группе интерпретативного бреда у 81% больных также наблюдалась стабильная фабула, что также приобретало достоверное значение для его отграничения от других видов бреда (с группой чувственного – $\chi^2=5,1$, $p<0,025$, с группой образного – $\chi^2=5,1$, $p<0,025$). В группах чувственного и образного бреда, симуляции присутствовало практически одинаковое количество стабильных и нестабильных фа-

бул. Следует заметить, что больные, симулировавшие психическую патологию, зачастую были не способны развить свои идеи, стереотипно повторяли одно и то же, либо неуверенно, противоречиво предъявляли якобы имевшиеся у них переживания, обнаруживая готовность «идти на поводу» при распросах эксперта.

По *степени убежденности* в своих высказываниях группы в целом различались ($\chi^2=68,9$, $df=4$, $p<0,001$). Среди больных с чувственным бредом (группа, вызывающая наименьшие сомнения при дифференциальной диагностике, соответствующая «истинному» бреду К.Ясперса) встречались случаи колебания в оценке реальности предъявляемой ими продукции (8%), а также отсутствие окончательной убежденности в ее достоверности (11%), что принимало достоверные значения в отличие от группы с образным бредом ($\chi^2=5,5$, $p<0,02$). Во 2-ой и 3-ей группах все подэкспертные были убеждены в соответствии реальности своих высказываний. Ожидаемое отсутствие убежденности у больных со сверхценными образованиями выявлялось лишь у 11% больных, в 8% случаев наблюдались колебания в оценке реальности своих высказываний, а 81% больных были убеждены в реальности своих высказываний. По этому признаку 4-ая группа (СЦ) достоверно отличалась от 2-ой (ОБ) группы ($\chi^2=5,5$, $p<0,02$).

Такой признак как *степень реалистичности фабулы* подходит для разграничения сверхценных образований (у 96% больных встречалась фабула обыденного содержания) от групп образного бреда (у всех больных имелась неправдоподобная, порой нелепая фабула; $\chi^2=48,1$, $p<0,001$) и симуляции (94% больных предъявляли идеи фантастического содержания; $\chi^2=36,1$, $p<0,001$), практически во всех случаях от чувственного бреда (лишь у 15% отмечалась обыденная фабула; $\chi^2=34,4$, $p<0,001$), реже применим для дифференциации данной группы от интерпретативного бреда (у 56% – обыденная фабула; $\chi^2=10,2$, $p<0,002$).

По *временной направленности* содержания высказываний в целом группы различались ($\chi^2=162,2$, $df=4$, $p<0,003$). В группе с чувственным бредом тематика была направлена в основном на настоящее (88%), в 12% случаев наблюдалось сочетание временной направленности на прошлое и настоящее. В группе с образным бредом фабула распространялась в большинстве случаев на настоящее (50%), на прошлое – в 15% случаев, сочетанное направление на прошлое и настоящее – в 27%, на настоящее и будущее – в 8%. В группе с интерпретативным бредом преобладала сочетанная направленность фабулы на прошлое и настоящее (63%), в 31% случаев высказывания были обращены только на настоящее и в 6% – только на прошлое. В сверхценных образованиях тематика чаще была направлена на настоящее (69%), на прошлое – только в 4%, сочетание направленности на прошлое и настоящее – в 12% и

сочетание на настоящее и будущее – в 15%. В группе симуляции преобладала обращенность на настоящее (89%), в 11% случаев идеи могли распространяться и на настоящее, и на прошлое. Отдельного направления фабулы в будущее не встречалось ни в одной группе. За счет того, что содержание патологических идей у больных с интерпретативным бредом чаще, чем при других феноменах, было направлено на события прошлого, данная группа достоверно отличалась от групп чувственного бреда ($\chi^2=12,0$, $p<0,001$), сверхценных образований ($\chi^2=5,2$, $p<0,023$) и симуляции ($\chi^2=9,8$, $p<0,002$). В группе образного бреда эта временная направленность фабулы также встречается достоверно чаще, чем в группе чувственного бреда ($\chi^2=3,9$, $p<0,05$).

Идеаторные компоненты дифференцируемых феноменов имели и другие особенности. В группах с чувственным и образным бредом в некоторых случаях (50% и 15%) он характеризовался *диффузностью*, то есть склонностью к включению в бредовую фабулу максимально широкого круга явлений, событий и лиц, доступных непосредственному восприятию и находящихся в пределах чувственной досягаемости. Этот признак имеет достоверное значение для отграничения чувственного бреда от других вариантов бреда (со 2-ой группой $\chi^2=7,1$, $p<0,008$; с 3-ей $\chi^2=11,6$, $p<0,001$), сверхценных идей ($\chi^2=17,3$, $p<0,001$) и симуляции ($\chi^2=12,8$, $p<0,001$). «*Понятность*» фабулы – ее выводимость из предшествующих свойственных личности особенностей, реальной ситуации – обнаруживалась лишь при сверхценных образованиях (96%) и интерпретативном бреде (37,5%), что достоверно отличало их от групп чувственного, образного бреда и симуляции. Кроме того, «понятность» была более присуща группе сверхценных образований, чем группе интерпретативного бреда ($\chi^2=17,6$, $p<0,001$). У некоторых подэкспертных со сверхценными образованиями (73%), интерпретативным бредом (50%) и симуляцией (39%) в содержании можно было выявить отражение какой-либо психотравмирующей ситуации, что достоверно отличало эти группы от чувственного и образного бреда, причем подобное встречалось достоверно чаще в группе со сверхценными образованиями, чем в группе симуляции ($\chi^2=5,1$, $p<0,023$). Однако у бредовых больных часто было трудно выяснить, была ли психотравмирующая ситуация на самом деле, либо факты, преподносимые подэкспертным как психогенные, были просто проинтерпретированы как таковые. *Экзистенциальная значимость* (эгоцентрическая направленность) встречалась во всех группах, кроме симуляции (отсюда достоверное ее отличие от остальных), однако для групп чувственного, образного и интерпретативного бреда (92–94%) данный признак был более характерен по сравнению с группой сверхценных образований (19%) (с 1-ой группой $\chi^2=28,1$, $p<0,001$; со 2-ой – $\chi^2=28,1$, $p<0,001$; с 3-ей – $\chi^2=22,0$,

$p < 0,001$). По наличию и частоте встречаемости такого признака, как *направленность содержания фобулы на конкретных лиц*, группа интерпретативного бреда (здесь она встречалась у 94% больных) достоверно отличалась от других групп (с 1-ой группой $\chi^2=7,4$, $p < 0,007$; со 2-ой – $\chi^2=27,3$, $p < 0,001$; с 4-ой – $\chi^2=8,5$, $p < 0,004$; с 5-ой – $\chi^2=30,2$, $p < 0,001$). Достоверно чаще данный признак также был характерен для групп чувственного бреда (54%) и сверхценных образований (50%) по сравнению с группами образного бреда (12%) (с 1-ой группой $\chi^2=10,6$, $p < 0,001$; с 4-ой группой – $\chi^2=9,0$, $p < 0,003$) и симуляции (0%) (с 1-ой – $\chi^2=14,2$, $p < 0,001$; с 4-ой – $\chi^2=12,8$, $p < 0,001$).

Группы в целом достоверно отличались по наличию *эгодистонического* (сопровождающегося неприятными переживаниями, недовольством, желанием от него избавиться) либо *эгосинтонического* (принятие своего состояния, ощущение гармонии с ним) отношения больного к своему состоянию ($\chi^2=29,0$, $df=4$, $p < 0,001$). В группе подэкспертных, симулирующих психическое заболевание, невозможно было выявить какое-либо положительное или отрицательное личное отношение к преподносимому ими содержанию (94%). Во всех группах преобладало эгодистоническое отношение к содержанию имеющихся у них идей, однако за счет того, что в группе образного бреда и сверхценных образований у 31% больных имелось эгосинтоническое отношение, а у 11% больных со сверхценными образованиями отмечалось колебание эгодистонического и эгосинтонического, данные две группы отличались от больных с чувственным (со 2-ой группой $\chi^2=24,0$, $p < 0,001$; с 4-ой – $\chi^2=10,8$, $p < 0,001$) и интерпретативным бредом (со 2-ой – $\chi^2=12,8$, $p < 0,001$; с 4-ой – $\chi^2=4,1$, $p < 0,001$).

Перцептивный компонент в основном входил в структуру чувственного и образного бреда и проявлялся в виде таких симптомов, как бредовое восприятие, ложные узнавания (симптомы Капгра и Фреголи), явления инсценировки, слуховые галлюцинации, «визуализированные фантастические представления». В первой группе *бредовое восприятие* определялось у 73%, во второй – у 27% больных. При попарном сравнении по наличию данного признака эти две группы достоверно отличаются как от остальных групп (с 3-ей группой $\chi^2=34,1$, $p < 0,001$; $\chi^2=7,8$, $p < 0,008$, с 4-ой – $\chi^2=52,0$, $p < 0,001$; $\chi^2=19,1$, $p < 0,001$ и 5-ой – $\chi^2=44,0$, $p < 0,001$; $\chi^2=14,2$, $p < 0,001$), так и между собой ($\chi^2=15,6$, $p < 0,001$). Ощущение повышенного внимания к себе окружающих присутствовало в группах чувственного бреда у 62% больных, в группе образного бреда – у 15%. Его наличие достоверно отличает 1-ую группу от остальных групп (со 2-ой группой $\chi^2=11,7$, $p < 0,001$; с 3-ей – $\chi^2=5,9$, $p < 0,001$; с 4-ой – $\chi^2=23,1$, $p < 0,001$; с 5-ой – $\chi^2=17,4$, $p < 0,001$), а наличие его во 2-ой группе принимает достоверные значения только по сравнению с 4-ой группой ($\chi^2=4,3$, $p < 0,038$). *Ложные*

узнавания и явления инсценировки также встречались в группах чувственного (у 12% больных – ложные узнавания, у 15% – явления инсценировки) и образного (у 15% больных – ложные узнавания, у 8% – явления инсценировки) бреда. «Визуализированные фантастические представления», приобретающие сенсорный оттенок и складывающиеся в сценopodobные картины, имелись также лишь в группе образного бреда (42%), что имело достоверное значение для дифференциации изучаемых феноменов (с 1-ой группой $\chi^2=13,9$, $p < 0,001$; с 3-ей – $\chi^2=9,2$, $p < 0,003$; с 4-ой – $\chi^2=13,9$, $p < 0,001$; с 5-ой – $\chi^2=10,1$, $p < 0,002$). *Слуховые галлюцинации* имели место во всех бредовых группах, однако, в группе чувственного и образного бреда достоверно чаще, чем в группе интерпретативного бреда (с 1 группой $\chi^2=10,3$, $p < 0,002$; со 2-ой – $\chi^2=8,5$, $p < 0,004$). Эпизоды *отнесения к себе чужой речи* с различной частотой встречались практически во всех группах (кроме 5-ой группы): в 1-ой группе в 73% случаев (достоверно чаще, чем в остальных группах – со 2-ой группой $\chi^2=17,5$, $p < 0,001$; с 3-ей – $\chi^2=9,2$, $p < 0,003$; с 4-ой – $\chi^2=26,3$, $p < 0,001$; с 5-ой – $\chi^2=23,1$, $p < 0,001$), в 3-ей – в 25%, во 2-ой – в 15%, в 4-ой – в 4%.

У больных со сверхценными идеями также имелся **мотивационный компонент**, который был тесно связан с другими составляющими данного феномена и как ведущий, синдромообразующий элемент обуславливал многие их характеристики. Так, интеллектуальный компонент сверхценных образований выступал в роли ведущего мотива (завышенной ценности, обусловленной либо особенностями онтогенеза, либо актуализированной в каких-то значимых для подэкспертного условиях), что приводило к полному сосредоточению интересов больного на круге болезненных переживаний. Также в этой группе в 69% случаев поведенческая активность преобразовывалась в самостоятельный мотив: сама деятельность, направленная на осуществление цели, сопровождалась чрезвычайно интенсивными положительными эмоциями и приобретала характер эмоциональной регуляции. Подобное («сдвиг мотива на цель» [5]) в 25% случаев также встречалось и при бредовом поведении в группе интерпретативного бреда. Данное обстоятельство порой вызывало трудности в отграничении сверхценных идей от интерпретативного бреда, так как делало сходными внешние проявления данных психопатологических феноменов.

При изучении **эмоционального (аффективно-го) компонента** также выявлены достоверные различия между группами (табл. 2). В группе симуляции, как правило, эмоциональный и поведенческий компоненты как элементы структуры дифференцируемого феномена не обнаруживаются вовсе. Например, отсутствовали такие аффективные нарушения, как тревога и страх, что достоверно отличало ее от других групп. Данные расстройства до-

стоверно чаще встречались в группах чувственно-го и интерпретативного бреда по сравнению с группами образного бреда и сверхценных образований. Аффективная напряженность достаточно часто встречалась во всех группах, среди других выделялась группа образного бреда, в которой она встречалась достоверно реже, чем в 1-ой, 3-ей и 5-ой группах. Подозрительность, настороженность и напряженность также были присущи многим больным во всех группах: в группе чувственного бреда в 81%, что было достоверно чаще, чем в группах образного бреда, сверхценных образований и симуляции; в группе интерпретативного бреда в 62,5%, что было достоверно чаще, чем в группе образного бреда. Однообразно повышенное настроение с оттенком благодушия встречалось лишь у больных с образным бредом и в группе сверхценных идей, выявлено достоверное отличие группы образного бреда от группы чувственного. По наличию маниакального аффективного фона в целом группы различались. Чаще всего он встречался в группе образного бреда, в остальных достоверно реже. В группе симуляции этот аффективный фон настроения не наблюдался вовсе, что также привело к достоверному отличию по данному признаку 2-ой и 5-ой групп. Отчужденность и отрешенность обнаруживались только в группе чувственного и образного бреда, поэтому по данному признаку группы различались как в целом, так и при попарном сравнении групп: 1-ая и 2-ая группы достоверно различались с 3-ей, 4-ой и 5-ой. Кроме того, для группы образного бреда отчужденность и отрешенность были более характерны, чем для группы чувственного бреда. Подавленность наиболее часто встречалась в 5-ой группе, реже в 3-ей и 4-ой группах и совсем редко в 1-ой и во 2-ой группах. По данному признаку группы различались в целом, а при попарном сравнении выявлялось достоверное различие 5-ой группы (группы с более выраженной частотой признака) с 1-ой

и 2-ой группами. Аффективные реакции раздражения очень часто встречались во всех группах, но для группы симуляции они были достоверно характернее, чем для 1-ой, 2-ой и 3-ей групп.

Выяснялось **соответствие эмоциональных модуляций** содержательным аспектам дифференцируемого феномена, а также внешней обстановке. По данным характеристикам группы в целом различались ($\chi^2=70,9$, $df=4$, $p<0,001$). Практически у всех больных с чувственным (100%), интерпретативным бредом (94%) и сверхценными образованиями (94%), а также у 62% больных с образным бредом эмоциональные проявления соответствовали контексту фобулы, отмечалась их соразмерность по силе и выраженности. Однако за счет того, что у 38% больных с образным бредом отмечалась неадекватность аффекта по отношению как к содержанию бреда, так и к окружающей обстановке, данный признак достоверно отличал эту группу от других групп (с 1-ой группой $\chi^2=12,4$, $p<0,001$; с 3-ей – $\chi^2=5,3$, $p<0,022$; с 4-ой – $\chi^2=9,4$, $p<0,003$; с 5-ой – $\chi^2=9,0$, $p<0,003$). У подэкспертных с симуляцией эмоциональные проявления больше зависели от конкретной ситуации, что выделяло их среди других групп.

Как известно, в зависимости от непосредственной формы переживаний, направленности, длительности, выраженности, напряженности и источника возникновения эмоциональные проявления делятся на чувственный тон, настроение, страсть и др. [3]. Нарушения эмоциональной сферы на уровне чувственного тона (недифференцированный эмоциональный фон, источником которого является непосредственное ощущение или восприятие отдельных объектов или мира в целом) проявляются неотчетливыми переживаниями, агностическими формами страха (подозрение, тревога, аффект недоумения, тревожные предчувствия, ощущение угрозы и беспокойства). Данные расстройства часто наблюдались у группы с чувственным бредом (46%),

Таблица 2

Аффективные расстройства, присущие эмоциональному компоненту

	ЧБ (n=26)	ОБ (n=26)	ИБ (n=16)	СИ(n=26)	С (n=18)
Тревога, страх	25(96%)*(ОБ;СИ;С)	6(23%)*(ЧБ;ИБ;С)	13(81%)*(ОБ;СИ;С)	8(31%)*(ЧБ;ИБ;С)	-(ЧБ;ОБ;ИБ;СИ)
Аффективная напряженность	23(88%)*(ОБ)	11(42%)*(ЧБ;ИБ;С)	14(87,5%)*(ОБ)	17(65%)	16(89%)*(ОБ)
Подозрительность, настороженность	21(81%)*(ОБ;СИ;С)	7(27%)*(ЧБ;ИБ)	10(62,5%)*(ОБ)	12(46%)*(ЧБ)	8(44%)*(ЧБ)
Повышенное настроение с оттенком благодушия	-(ОБ)	4(15%)*(ЧБ)	-	1(4%)	-
Маниакальный аффективный фон	2(8%)*(ОБ)	11(42%)*(ЧБ;ИБ;СИ;С)	2(12,5%)*(ОБ)	1(4%)*(ОБ)	-(ОБ)
Подавленность	2(8%)*(С)	1(4%)*(С)	3(19%)	5(19%)	7(39%)*(ЧБ;ОБ)
Реакции раздражения	16(62%)*(С)	17(65%)*(С)	8(50%)*(С)	13(50%)	16(89%)*(ЧБ;ОБ;ИБ)
Отчужденность, отрешенность	7(27%)*(ОБ;ИБ;СИ;С)	15(58%)*(ЧБ;ИБ;СИ;С)	-(ЧБ;ОБ)	-(ЧБ;ОБ)	-(ЧБ;ОБ)

Примечания: * (ЧБ) – статистически значимые различия с группой, указанной в скобках ($p<0,05$).

что достоверно отличало ее от остальных групп ($\chi^2=15,6$, $p<0,001$; $\chi^2=10,4$, $p<0,002$; $\chi^2=12,4$, $p<0,001$; $\chi^2=11,4$, $p<0,001$) и вызывало различие групп в целом ($\chi^2=39,6$, $df=4$, $p<0,001$). Проявления нарушений эмоционального компонента на уровне настроения, характеризующихся относительной длительностью и устойчивостью, наблюдались во всех случаях бредовых состояний (1-ая, 2-ая и 3-я группы), а также у 62% больных со сверхценными идеями (4-ая группа). В целом по данному признаку группы различались ($\chi^2=39,6$, $df=4$, $p<0,001$). При попарном сравнении выявлено, что в группе со сверхценными идеями подобные расстройства встречались достоверно реже, чем в группах различных вариантов бреда (с 1-ой группой $\chi^2=12,4$, $p<0,001$; со 2-ой – $\chi^2=12,4$, $p<0,001$; с 3-ей – $\chi^2=8,1$, $p<0,005$) и достоверно чаще, чем в группе симуляции ($\chi^2=17,4$, $p<0,001$). Проявление нарушений эмоционального компонента на уровне страсти (длительное, значительно выраженное и напряженное эмоциональное отношение с направленностью, концентрированностью чувства на определенном объекте или виде деятельности) значительно чаще встречалось в группе сверхценных идей (92%), что приводило к различию групп в целом (Chi-Square=75,8, $df=4$, $p<0,001$). При попарном сравнении выборок определено, что в 4-ой группе данный признак эмоционального компонента встречался достоверно чаще, чем в 1-ой (4%; $\chi^2=40,8$, $p<0,001$), 2-ой (8%; $\chi^2=37,4$, $p<0,001$),

3-ей (19%; $\chi^2=23,3$, $p<0,001$) и в 5-ой (0%; $\chi^2=36,6$, $p<0,001$) группах.

Поведенческий компонент в изучаемых группах также имел ряд особенностей (табл. 3). При симуляции предъявляемое подэкспертными бредаподобное содержание не отражалось на их поведении. Напротив, сверхценные образования в основном занимали господствующее положение в деятельности (достоверный признак для данной группы в отличие от остальных групп), действия подэкспертных носили последовательный, глубоко мотивированный, ригидный, односторонний характер (также достоверный признак 4-ой группы). У некоторых больных данной группы в отличие от других групп в поведении отражался гедонистический момент, больные получали удовольствие от деятельности, что влияло на регуляцию эмоционального состояния. У 23% больных сверхценные образования непрерывно реализовывались вовне в определенных действиях (данный признак отличал 4-ую группу от 1-ой, 2-ой и 5-ой групп), у 31% больных поведение приводило к экономическому, психологическому и социальному урону (данный признак отличал 4-ую группу от 1-ой, 2-ой и 5-ой групп). В 15% случаев сверхценные образования сопровождались «вынужденным» поведением. Интерпретативный бред также мог сопровождаться господствующим положением в деятельности (этот признак достоверно отличал эту группу от группы образного бре-

Таблица 3

Особенности поведенческого компонента

	ЧБ(n=26)	ОБ(n=26)	ИБ(n=16)	СИ(n=26)	С(n=18)
Занимает господствующее положение в деятельности	4(15%)*(ОБ;СИ)	*(ЧБ;ИБ;СИ)	3(19%)*(ОБ;СИ)	23(88%)*(ЧБ;ОБ;ИБ;С)	*(СИ)
Носит мотивированный, последовательный, односторонний характер	*(СИ)	*(СИ)	2(12,5%)*(СИ)	20(77%)*(ЧБ;ОБ;ИБ;С)	*(СИ)
Деятельность велась в ущерб собственному благополучию	2(8%)*(СИ)	*(СИ)	1(6%)	8(31%)*(ЧБ;ОБ;С)	*(СИ)
Непрерывная реализация вовне в определенных действиях	1(4%)	1(4%)	2(12,5%)	6(23%)*(ЧБ;ОБ;С)	-
Действия противоречивы, беспорядочны, странны, нелепы	14(54%)*(ОБ;ИБ;СИ;С)	20(77%)*(ЧБ;ИБ;СИ;С)	*(ЧБ;ОБ)	*(ЧБ;ОБ)	*(ЧБ;ОБ)
Отдельные прорывы, вспышки с хаотичными, импульсивными действиями	22(85%)*(ИБ;СИ;С)	19(73%)*(ИБ;СИ;С)	2(12,5%)*(ЧБ;ОБ)	4(15%)*(ЧБ;ОБ)	*(ЧБ;ОБ)
Патологическое поведение ограничивается только кругом лиц, задействованных в фабуле	8(31%)*(ОБ;ИБ;С)	2(8%)*(ЧБ;ИБ;СИ)	11(69%)*(ЧБ;ОБ;СИ;С)	8(31%)*(ОБ;ИБ;С)	*(ЧБ;ИБ;СИ)
В поведенческом компоненте отражается гедонистический момент	*(СИ)	*(СИ)	1(6%)*(СИ)	14(54%)*(ЧБ;ОБ;ИБ;С)	*(СИ)
«Вынужденное» поведение	16(62%)*(ОБ;СИ;С)	5(19%)*(ЧБ;ИБ;С)	14(87,5%)*(ОБ;СИ;С)	4(15%)*(ЧБ;ИБ)	*(ЧБ;ОБ;ИБ)
Агрессивное и аутоагрессивное поведение	25(96%)	21(81%)	14(87,5%)	20(77%)	13(72%)

Примечания: * (ЧБ) – статистически значимые различия с группой, указанной в скобках ($p<0,05$).

да, но встречался реже, чем при сверхценных идеях), но в основном бредовое поведение ограничивалось только кругом лиц, задействованных в психопатологической фабуле (что было более характерно, чем для других групп), в остальном они оставались упорядоченными. Для данного бреда наиболее часто было характерно вынужденное поведение (например, миграция, защита или атака), что достоверно отличало его от групп образного бреда, сверхценных образований и симуляции, в которых подобное поведение наблюдалось значительно реже. У больных с чувственным и образным бредом довольно часто действия носили противоречивый, беспорядочный, странный и нелепый характер (этот признак отличал 1-ую и 2-ую группы от групп интерпретативного бреда, сверхценных идей и симуляции, причем достоверно данный признак поведенческого компонента был наиболее характерен для образного, а не чувственного бреда). Также достоверно чаще, чем в 3-ей, 4-ой и 5-ой группах у больных с чувственным и образным бредом бред реализовывался отдельными порывами, вспышками с хаотичными, импульсивными действиями. У 31% больных с чувственным бредом патологическое поведение было направлено на определенных лиц, что было достоверно чаще, чем у больных с образным бредом; у 62% бредовое поведение больных носило «вынужденный» характер, что отличало эту группу от групп образного бреда, сверхценных идей и симуляции. Агрессивное и аутоагрессивное поведение встречалось у большинства больных во всех группах, поэтому различий между группами не выявлено.

В структуре бредовых синдромов зачастую обнаруживались такие симптомы, как психические автоматизмы и явления деперсонализации, которые, будучи самостоятельными сложными образованиями, участвующими в механизмах бредообразования, не могли быть отнесены к какому-либо одному из выделенных компонентов. *Деперсонализация* встречалась в группах чувственного (23%) и образного бреда (73%), причем во второй группе достоверно чаще ($\chi^2=13,0$, $p<0,001$). Отсутствие данного симптома в 3-ей, 4-ой и 5-ой группах достоверно отличало их от 1-ой (ЧБ) (с 3-ей группой $\chi^2=4,3$, $p<0,04$; с 4-ой – $\chi^2=6,8$, $p<0,01$; с 5-ой – $\chi^2=4,8$, $p<0,03$) и 2-ой (ОБ) (с 3-ей – $\chi^2=21,4$, $p<0,001$; 4-ой – $\chi^2=29,9$, $p<0,001$; с 5-ой – $\chi^2=23,2$, $p<0,001$) групп. В целом группы различались по присутствию *психического автоматизма* ($\chi^2=52,7$, $df=4$, $p<0,001$). В 3-ей, 4-ой, 5-ой группах он отсутствовал, в 1-ой встречался в незначительном числе случаев (8%), а в группе образного бреда наблюдался значительно чаще (62%). Поэтому наличие данного симптома достоверно отличало 2-ю группу (ОБ) от остальных групп (с 1-ой группой $\chi^2=16,7$, $p<0,001$; с 3-ей – $\chi^2=15,9$, $p<0,001$; с 4-ой – $\chi^2=23,1$, $p<0,001$; с 5-ой – $\chi^2=17,4$, $p<0,001$).

Таким образом, выделение различных компонентов бредовых и бредоподобных состояний име-

ет не только теоретическое значение с точки зрения представления данных феноменов как сложных в структурном отношении психопатологических образований, но имеет и большую практическую значимость. Выявление перцептивного, идеаторного, эмоционального, поведенческого и мотивационного компонентов, а также тех или иных их особенностей способствует преодолению сложностей в дифференциации различных видов бреда, сверхценных образований и симуляции. Так, наличие перцептивного компонента, представленного такими симптомами, как бредовое восприятие, ложные узнавания, явления инсценировки, слуховые галлюцинации отличает группы чувственного и образного бреда от других групп. Выявление мотивационного компонента, обусловленного патологией иерархии ценностей личности с возможным формированием «сдвига мотива на цель», достоверно указывает на то, что мы имеем дело со сверхценными образованиями. Подэкспертных с симуляцией отличает присутствие лишь идеаторного компонента. Предъявляемая ими симптоматика, как правило, не отражается ни в эмоциональной, ни в поведенческой сферах. Им чаще свойственны подавленность и реакции раздражения, а аффективные проявления в целом скорее зависят от конкретной ситуации, в которой они находятся.

Идеи преследования наиболее характерны для групп чувственного и интерпретативного бреда в отличие от группы образного бреда и сверхценных идей, идеи отравления – для группы интерпретативного бреда по сравнению с группами образного бреда, сверхценных идей и симуляции. Идеи воздействия, величия, фантастических событий с больным в прошлом выделяют образный бред среди других бредовых и бредоподобных состояний. Идеи особого значения происходящего вокруг, чужих родителей встречаются в группах чувственного и образного бреда. Фабула сутяжничества достоверно более характерна для группы сверхценных идей, что отличает ее от других групп. Идеи реформаторства и изобретательства выделяют группу сверхценных образований среди групп чувственного и интерпретативного бреда, а религиозно-мистического содержания – группу симуляции среди других групп (последняя тематика абсолютно не характерна для 4-ой группы (СЦ)). Систематизированность фабулы более присуща интерпретативному бреду и сверхценным образованиям по сравнению с группами чувственного и образного бреда, тематически развернутая фабула – группе интерпретативного бреда по сравнению с группами чувственного и образного бреда. Для группы симуляции свойственны фрагментарные, отрывочные, однообразные идеи. Полиморфные изменчивые идеи чаще встречаются в группе образного бреда по сравнению с другими видами бреда и сверхценных образований. Наиболее реалистичные фабулы выявляются в группе сверх-

ценных идей (хотя бывают и в группе интерпретативного бреда). Присутствие временной направленности идеаторного компонента на прошлое достоверно выделяет группу интерпретативного бреда среди группы чувственного бреда, сверхценных идей и симуляции. Такой признак идеаторного компонента как «понятность переживаний» отличает группу сверхценных идей от других групп, а диффузность фабулы в свою очередь является достоверным признаком чувственного бреда. Достоверным признаком отличия бредовых от бредоподобных состояний выступает экзистенциальная значимость идеаторного компонента. Достоверное значение для разграничения сверхценных идей и образного бреда от чувственного и интерпретативного бреда имеет такой признак как эгосинтоническое отношение к патологическим переживаниям. Такие характеристики аффективного компонента, как его неадекватность содержанию дифференцируемого феномена, наличие отчужденности, псевдоманиакального настроения, а также отсутствие эмоционального напряжения наиболее типичны для образного

бреда. Чувство тревоги и страха чаще встречаются при чувственном и интерпретативном бреде. Нарушения эмоциональной сферы на уровне чувственного тона отличают чувственный бред, а на уровне страсти – сверхценные образования. Что касается поведенческого компонента, то противоречивые, беспорядочные, странные и нелепые действия, их реализация отдельными порывами, вспышками более характерны для чувственного и образного бреда в отличие от других групп. «Вынужденное» патологическое поведение (миграция, защита, атака и т.п.) свойственно чувственному и интерпретативному бреду. Отличительными признаками поведенческого компонента при сверхценных идеях выступают его господствующее положение в деятельности, последовательный, глубоко мотивированный, ригидный, односторонний характер действий, их сопровождение гедонистической мотивацией. Следовательно, только комплексный всесторонний психопатологический анализ клинической картины бредовых и бредоподобных состояний может способствовать их квалифицированной дифференциации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брагин Р.Б. Вновь к вопросу о сверхценных образованиях // Нові підходи до діагностики, лікування та реабілітації психічних захворювань: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю. Харків, 2010. С. 44–48.
2. Брагин Р.Б. Нозологические, динамические и терапевтические особенности сверхценных образований при шизофрении // Шизофрения: новые подходы к терапии: Сб. науч. работ Украин. НИИ клин. и эксперим. неврологии и психиатрии и Харьков. гор. клин. псих. больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под ред. И.И.Кутько, П.Т.Петрюка. Харьков, 1995. Т. 2. С. 16–19.
3. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. Ростов-на-Дону, 1998. С. 99–100.
4. Гиляровский В.А. Психиатрия. М., 1954. 520 с.
5. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1976. 238 с.
6. Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов. М., 1910. 478 с.
7. Морозов В.М. Избранные труды. М., 2007. 285 с.
8. Меграбян А.А. Общая психопатология. М., 1972. 288 с.
9. Микиртумов Б.Е., Ильичев А.Б. Курс общей психопатологии. СПб., 2008. 78 с.
10. Перельман А.А. Болезненные расстройства мышления // Пограничная психиатрия / Под ред. Ю.А.Александровского. М., 2006. С. 999–1008.
11. Рудовол А.С. К психопатологии бреда особого значения // Вопросы общей психопатологии и социальной адаптации психически больных. М., 1974. С. 80–86.
12. Степанова Л.Н. Доминирующие, сверхценные идеи и паранойяльный бред в клинике психопатии, судебно-психиатрическая оценка этих состояний: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1972. 20 с.
13. Терентьев Е.И. Бред ревности. М., 1991. 271 с.
14. Шевалев Е.А. О границах бредообразования // Журн. невропатол. и психиатр. 1938. № 3–4. С. 130–136.
15. Эй А. Шизофрения. Очерки клиники и психопатологии. Киев: Сфера, 1998. 388 с.
16. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. С. 129–145.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ БРЕДОВЫХ И БРЕДОПОДОБНЫХ СОСТОЯНИЙ

Е. А. Илюшина, А. А. Ткаченко

Выделены различные компоненты бредовых и сверхценных состояний. Проведен структурный анализ, в результате которого между группами чувственного, образного, интерпретативного бреда, сверхценных образований и симуляции выявлены достоверные различия в их составных элементах (перцептивный, идеаторный, эмоциональ-

ный, поведенческий и мотивационный) и их характеристиках.

Ключевые слова: бредовые состояния, бредоподобные состояния, чувственный бред, интерпретативный бред, образный бред, сверхценные идеи, психопатологическая структура.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC ROLE OF PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE OF DELUSIONAL AND DELUSIONAL-LIKE CONDITIONS

Е. А. Ilyushina, A. A. Tkachenko

The authors discuss the components of delusional and overvalued ideas. They present the results of a structural analysis that show significant differences between the groups of sense-related, imaginary and interpretation delusions, overvalued formations and malingering both in their specific elements (perception, ideas, emotions, behavior and

motivation) and in their characteristics.

Key words: delusions, delusion-like conditions, sense-related delusions, imaginary delusions, interpretation delusions, overvalued ideas, psychopathological structure.

Илюшина Елена Александровна – младший научный сотрудник отделения психогений и расстройств личности ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: e_ilyushina@mail.ru

Ткаченко Андрей Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: tkachenko_gnc@mail.ru

СТРЕССОВЫЕ ФАКТОРЫ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА: КЛИНИКО- ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

О. А. Шеломкова, Д. Ю. Вельтищев, В. И. Васильев, Т. А. Лисицына,
О. Ф. Серавина, О. Б. Ковалевская, Е. Л. Насонов, В. Н. Краснов

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии,
НИИ Ревматологии РАМН*

Болезнь Шегрена (БШ) или первичный синдром Шегрена – аутоиммунное системное хроническое заболевание с лимфопролиферативным воспалением в экзокринных эпителиальных железах. Заболевание сопровождается развитием паренхиматозного сиаладенита (воспаление слюнных желез) и сухого кератоконъюнктивита, в связи с чем наблюдается нарастающая сухость слизистых рта, глаз и других органов [2, 3, 33, 37]. Кроме того, выделяют вторичный синдром Шегрена (СШ), сопутствующий другим ревматическим заболеваниям – ревматоидному артрит, системной красной волчанке, системной склеродермии. Встречаемость БШ среди населения колеблется в пределах 0,59–3,3%. Чаще заболевание выявляется после 50 лет – 2,7%. Преимущественно болеют женщины (в 10–25 раз чаще мужчин), у детей БШ встречается гораздо реже [2, 3, 37]. Несмотря на достаточно широкую распространенность, более чем в половине случаев БШ остается нераспознанной, в других случаях – до постановки верного диагноза иногда проходит несколько лет [11]. Началу заболевания, по сравнению с контрольной группой, в том числе, при сравнении с другими ревматическими заболеваниями, часто предшествуют различные стрессовые события [25, 28]. Кроме того, постоянный дискомфорт от ксерофтальмии и ксеростомии, а также дисфагии, диспареунии и медленно прогрессирующее течение БШ создает хроническую стрессовую ситуацию, вызывая тем самым депрессивные или тревожные реакции. Угроза осложнений, прежде всего, В-клеточных лимфом и генерализованных васкулитов, является еще одним фактором, провоцирующим тревогу [3, 4, 12, 17].

Частота встречаемости психических расстройств при БШ составляет около 30% [18, 30, 34], наиболее часто выявляют расстройства тревожно-депрессивного спектра (РТДС). По разным источникам, тревожные расстройства встречаются в 42–50%

[18, 24, 30, 38], депрессивные – в 20–44% [15, 24] случаев. Существенное значение придают выраженности усталости при БШ, которую наряду с показателями воспалительной активности, некоторые исследователи предлагают рассматривать в качестве одного из критериев выраженности заболевания [13, 39, 40]. Следует отметить, что астенический синдром имеет тесную связь с депрессивными расстройствами и наблюдается у большинства больных, страдающих ревматическими заболеваниями (РЗ) [20, 36]. Особое внимание при БШ уделяют когнитивным нарушениям (КН) [5, 30, 33–35, 38]. Предполагается, что КН и депрессия являются независимыми, но существенно перекрывающимися расстройствами, характерными для БШ [22]. Чаще КН связывают с ишемическим поражением ЦНС вследствие васкулита [11]. Среди свойственных БШ психопатологических нарушений некоторые исследователи обращают внимание на сравнительно высокую (около 30%) частоту встречаемости параноидных идей [19, 26, 27]. Неразвернутый параноидный синдром проявляется в виде мало систематизированных и систематизированных параноидных идей и интровертной враждебности. Результаты ряда исследований показывают, что субпсихотические состояния выявляют при БШ так же часто, как и РТДС [11, 27].

Целью исследования являлось установление частоты встречаемости психотравмирующих факторов, предшествующих началу БШ, с определением спектра характерных психических расстройств.

Характеристика обследованных больных и методов исследования

Исследование проводилось на базе лаборатории интенсивной терапии ревматических заболеваний НИИ Ревматологии РАМН, отбор пациентов проводился случайным образом как из больных находящихся в стационаре, так и получающих амбулаторную помощь.

Обследовано 50 больных, из них БШ – 43 (86%) и вторичным СШ, сочетанным с системной красной волчанкой (СКВ), – 7 (14%) больных. Все пациенты – женщины в возрасте от 18 до 64 лет, средний возраст составил $46 \pm 13,2$ лет. 28 (56%) больных находились в перименопаузальном периоде. Большинство пациенток имело высшее образование – 31 (62%), примерно в трети случаев (28%) – среднее специальное и 5 (10%) женщин имели среднее образование. Более половины больных (54%) не работали к моменту обследования, большая часть пациенток имела инвалидность, и только 18 (36%) обследованных занимались трудовой деятельностью.

Все пациенты были обследованы психиатром и психологом с применением клинико-психопатологического и экспериментально-психологического методов. В соответствии с аффективно-стрессовой моделью психических расстройств в ревматологической практике анализ психотравмирующих факторов и психического состояния проводился в зависимости от аффективности больных, выявляемой с применением блока проективных методик [4]. Психические расстройства диагностированы в соответствии с критериями МКБ-10 с применением полуструктурированного интервью, проводился анализ структуры и динамики вариантов психических расстройств. Для оценки психического состояния применялись следующие методики: Индекс хорошего самочувствия ВОЗ (WHO/WBI-5) [23], Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) [41], Шкала выраженности усталости (Fatigue Severity Scale – FSS) [29], Шкала тревоги Гамильтона (Hamilton Anxiety Rating Scale – HAM-A) [21], Шкала депрессии Монтгомери-Асберг (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale – MADRS) [32], Шкала восприятия стресса PSS10 [14]. Кроме того, использованы экспериментально-психологические методики: «Пиктограммы» [7, 10], оценка памяти (механической и ассоциативной), концентрации внимания и логического мышления [6, 8, 9].

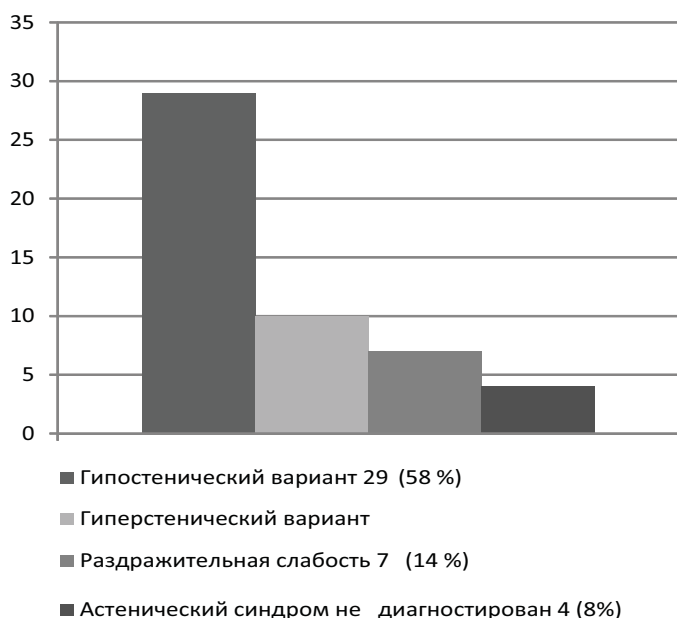
Для статистической обработки результатов использовались методы непараметрической статистики программы Statistica 6.0. При сравнении групп использовали критерий Манна-Уитни соответственно парному t-критерию. Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента корреляции Фишера и непараметрического коэффициента корреляции Спирмена. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты

Средний возраст начала БШ составил $34,3 \pm 14,0$ лет, при этом самое позднее начало ревматического заболевания определялось в 60 лет, а самое раннее – в 6 лет. Установлена положительная корреляционная

связь между возрастом начала психического расстройства и появления первых симптомов БШ (сухость рта, глаз, повторяющиеся неинфекционные паротиты и конъюнктивиты) ($p < 0,05$, $r = 0,7$). Длительность постановки диагноза БШ колебалась в пределах от нескольких месяцев до 17 лет, в среднем диагноз БШ определялся более чем через 9 лет после появления симптомов ($9,4 \pm 4,9$ лет). При этом в случае сочетания СШ с СКВ на постановку диагноза уходило меньше времени, чем в случае БШ – $2,69 \pm 2,85$ против $8,15 \pm 4,84$ соответственно ($p < 0,01$), что, по-видимому, объясняется большей выраженностью симптомов ревматического заболевания в случае сочетания с СКВ. Для большинства больных диагностическая неопределенность являлась значимым психотравмирующим фактором (в ряде случаев предполагалось наличие онкологического заболевания), провоцирующим снижение настроения и тревожные реакции. Почти в трети случаев (14; 28%) пациенты обращались за помощью к психиатру в связи со сниженным настроением, тревожными реакциями, паническими атаками и нарушениями сна и получали психофармакологические препараты. В основном обращения к психиатру были уже на фоне РЗ – 11 (22%), в том числе в двух случаях больные госпитализировались в психиатрический стационар. До манифеста БШ обращений к психиатру было значительно меньше – 2 (4%). Помимо этого в 3 (6%) случаях больные самостоятельно принимали решение о приеме транквилизаторов. 6 (12%) больных совершили в прошлом суицидальные попытки – в основном в ответ на острые стрессовые события, по поводу которых пациенты лечились в отделениях интенсивной терапии либо дома. Кроме того, у двух (4%) больных в прошлом отмечались суицидальные мысли и планы, 2 больных (4%) не скрывали наличие антивитальных мыслей ранее. Эти данные косвенно подтверждают наличие стрессовых реакций и депрессивных состояний в анамнезе.

Во время первичной консультации большинство больных (31; 62%) активно не предъявляли врачу ни одной жалобы на психическое состояние, а более чем у половины обследованных (32; 64%) отмечалась анозогнозия психического расстройства. У трети больных (15; 30%) наблюдалось активное нежелание обсуждать проблемы психического здоровья, проявляющееся дисфорическими реакциями и негативизмом. В последующем необходимые разъяснения с привлечением клинико-психологических методик позволяли улучшить контакт с больными, стимулируя рефлексию психических проблем. Большинство больных (68%) обращало внимание на выраженную усталость, которая мешала выполнению ежедневных обязанностей по дому, на работе или учебе. Наиболее часто встречающимся вариантом астенического синдрома (по Бадмас, 1961) был гипосте-



Варианты астенического синдрома

нический вариант (рисунок). Как правило, именно с усталостью больные связывали невозможность заниматься трудовой деятельностью. Характерно, что наличие усталости больные чаще связывали с РЗ. Средний балл по шкале усталости составил $4,2 \pm 1,9$, при этом более половины (30; 60%) больных отмечали клинически значимую усталость (≥ 4 баллов по шкале FSS).

Анализ результатов экспериментально-психологического исследования показал доминирование апатической аффективности среди пациентов (41 больной – 82%). Тоскливый вариант выявлен у 7 (14%) обследованных и всего в 2 (4%) случаях – тревожный.

Результаты психопатологической диагностики в соответствии с критериями МКБ-10 показали преобладание расстройств, отнесенных к РТДС (39; 78%) среди обследованных больных (табл. 1). Наиболее часто встречалась дистимия (9; 18%), расстройство адаптации с тревожно-депрессивной симпто-

матикой (8; 16%), немного реже – генерализованное тревожное расстройство (7; 14%). Рекуррентное депрессивное расстройство умеренной тяжести встречалось у 6 (12%) больных, в одном случае (2%) – с психотическими симптомами. Депрессивный эпизод легкой степени выявлен у 2 (4%) больных, эпизод средней степени диагностирован у 5 (10%), из них у трех больных (6%) – с затяжным течением, и у двух (4%) больных отмечался депрессивный эпизод тяжелой степени.

У 9 пациентов (18%) диагностировано шизотипическое расстройство. Для больных характерна социальная изоляция в виде сокращения контактов с окружающими, размышления больных носили навязчивый, без внутреннего сопротивления, характер. Нередко больные шизотипическим расстройством выглядели чужаками или излишне эксцентрично. Встречались единичные квази-психотические эпизоды, например, слуховые обманы восприятия императивного характера («Прыгни с платформы!»), а также неразвернутые идеи воздействия и величия с тенденцией к бредообразованию, однако не достигающие уровня очерченных бредовых идей, характерных для параноидной шизофрении. Отмечался стойкий, но достаточно ограниченный характер данных идей, имелась настороженность, иногда раздражительность или дисфорические реакции, в частности, по поводу лекарственных назначений. Вышеописанная симптоматика соответствует рубрике «шизотипическое расстройство» по МКБ-10. Необходимо отметить, что у всех больных шизотипическим расстройством выявлялась тревога и/или депрессия. Лишь у 2 (4%) больных из 50 психического расстройства не было выявлено (табл. 1). Психическое состояние больных на момент обследования преимущественно определялось тревожно-тоскливым (66%), реже – тревожно-апатическим (22%) и тоскливым (8%) вариантом (табл. 1). Следует отметить, что БШ и СКВ с сочетанным СШ значимо не различались как по встречаемости психических расстройств, так и их вариантов ($p > 0,05$).

Таблица 1

Психопатологические варианты психических расстройств при БШ

Диагноз по МКБ-10	Всего n (%)	Тревожно-тоскливый n (%)	Тревожно-апатический n (%)	Тоскливый n (%)
Рекуррентное депрессивное расстройство средней тяжести	6 (12,0%)	3 (50,0%)	2 (33,3%)	1 (16,6%)
Депрессивный эпизод легкой степени	2 (4,0%)	1 (50,0%)	0	1 (50,0%)
Депрессивный эпизод средней степени	5 (10,0%)	5 (100,0%)	0	0
Депрессивный эпизод тяжелой степени	2 (4,0%)	2 (100,0%)	0	0
Депрессивный эпизод (всего)	15 (30,0%)	11 (73,3%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)
Дистимия	9 (18,0%)	6 (66,6%)	1 (11,1%)	2 (44,4%)
Расстройство адаптации	8 (16,0%)	8 (100,0%)	0	0
Генерализованное тревожное расстройство	7 (14,0%)	7 (100,0%)	0	0
Шизотипическое расстройство	9 (18,0%)	1 (11,1%)	8 (88,9%)	0
Психических расстройств не выявлено	2 (4,0%)	0	0	0

Анализ самоотчета больных в соответствии с результатами опросников показал более низкие показатели частоты встречаемости РТДС. Средний показатель тревоги по HADS составил $8,2 \pm 4,11$ балла, депрессии по той же шкале – всего $4,26 \pm 3,44$ балла. Частота высокой вероятности выявления РТДС составила 76,0%. Вероятность выявления тревожного расстройства – 44,0%, депрессии – 18,0%, включая тревожную депрессию – 14,0%. Чувствительность HADS при выявлении депрессии составила 35,7%, специфичность – 86,7%, чувствительность при оценке тревоги – 46,7%, специфичность – 80,0%. Согласно результатам скрининговой шкалы WHO/WBI-5 в 34,0% (17 больных) можно было говорить о высокой вероятности наличия большого депрессивного расстройства, чувствительность этой шкалы составила 25,0%, а специфичность – 50,0%.

При этом по шкале тревоги HAM-A тревога выявлена у большинства больных (45; 90,0%), из них у 14 (28,0%) – выраженная тревога, и только у 5 (10,0%) больных тревога отсутствовала. По шкале депрессии MADRS у 28 больных (56,0%) выявлена депрессия. Эти результаты свидетельствуют о нарушенном восприятии больными своего состояния, даже при наличии выраженной тревоги и депрессии больные чаще оценивали свое состояние как нормальное, что приводило к существенному расхождению самооценки своего состояния с результатами психопатологической диагностики. При этом, однако, данные HADS и скрининговой шкалы WHO/WBI-5 имели значимую корреляционную связь с результатами оценки выраженности тревоги и депрессии по шкале Монтгомери-Асберг ($r=0,3$ и $r=-0,4$ соответственно) и по шкале тревоги HAM-A ($r=0,48$ и $r=-0,43$ соответственно). Кроме того, установлено, что выраженность усталости (по шкале FSS) коррелировала с показателями выраженности депрессии по скрининговой шкале WHO/WBI-5, а также с выраженностью тревоги по HAM-A и депрессии по шкале MADRS, что указывает на связь одной из основных жалоб на усталость с психическим расстройством, а именно – с выраженностью тревоги и депрессии. По результатам диагностических шкал и клинко-психопатологической оценки можно сделать вывод, что для БШ характерны тревожный, депрессивный, астенический, а также неразвернутый параноидный синдромы.

КН (нарушение исполнительных функций, памяти, внимания, мышления) различной степени выраженности наблюдались практически у всех больных, при этом выраженные и умеренные нарушения встречались более чем в трети случаев (33,6%) и характеризовались нарушением логического мышления и затруднением обобщений. В остальных случаях (17,3%) КН либо отсутствовали, либо носили невыраженный характер. Выявлено, что при более выраженных КН чаще встречалась

ассоциативная гипомнезия ($p<0,05$). Выраженные и умеренно выраженные КН наблюдались одинаково часто при любом состоянии независимо от преобладания тревоги или депрессии, кроме шизотипического расстройства – в этом случае они встречались значимо чаще и были более выражены ($p<0,05$). Не отмечалось значимых различий по выраженности КН у больных БШ и СКВ с СШ. Выраженность КН коррелировала с результатами шкалы HAM-A, WHO-5, HADS как по подшкале тревоги, так и депрессии ($r=0,32$).

Для всех больных определена существенная значимость психотравмирующего фактора в дебюте БШ. Несмотря на то, что психотравмирующие факторы формально различались по остроте, в большинстве случаев неожиданные острые ситуации имели затяжное действие. Наиболее значимым являлся семейный стрессовый фактор (18,3%). В эту категорию включены такие стрессовые ситуации как болезнь или смерть близких родственников, конфликтные ситуации в семье с детьми или родителями, вынужденная разлука с родственниками. Кроме того, 9 (18%) больных сообщали о конфликтных межличностных отношениях, суть которых состояла в отчуждении женщины в отношениях с мужчиной: при формальном стремлении к близости, отмечалось неполное восприятие женской роли, принятой в обществе, которое приводило к различным конфликтам вплоть до разрыва отношений. Такая травмирующая ситуация была обозначена как гендерный стресс, что подчеркивает отличие данной травмирующей ситуации от неопределенных внутрисемейных проблем. Гендерный стресс – это хронический психотравмирующий фактор, при котором ставится жизненная цель (стать женой и матерью), а полноценного усвоения пола на психологическом уровне в полной мере не произошло. Чуть менее значимыми были служебные и социальные стрессовые ситуации (16; 32% больных): понижение социального статуса, смена работы, серьезные конфликтные ситуации на работе, а в некоторых случаях – угроза преследования со стороны правоохранительных органов, в ряде случаев военные действия, свидетелями которых были больные. У 7 больных (14%) в качестве психотравмирующего фактора выявлялось хирургическое вмешательство, в частности, экстирпация матки или аборт. Стрессовые факторы различались также по своей структуре. Как «угрозу» оценивали ситуацию 20 (40%) обследованных больных, «утрата» имела место в 19 (38%) случаях, «фрустрация» в 8 (16%) случаях, а для 3 (6%) больных – травмирующую ситуацию можно назвать катастрофой. Установлено, что психотравмирующие ситуации утраты, фрустрации и катастрофы чаще носили острый характер, угроза имела преимущественно хроническое воздействие ($p<0,05$).

Наличие психотравмирующих ситуаций в течение последних двух месяцев, предшествовавших обследованию, было выявлено у 48 больных (96,0%), что существенно превышало долю собственно стрессовых расстройств, в частности, расстройств адаптации в обследованной группе. Стрессовые реакции, в основном, были связаны с хроническими ситуациями (37,8%), острые психотравмирующие ситуации встречались значительно реже (11,3%) – табл. 2. Значение оценочной шкалы восприятия стресса PSS-10 в среднем составило $16,9 \pm 6,04$ баллов, что говорит о выраженности стрессового состояния и тревоги. При этом 17 (34%) пациентов имели, согласно шкале PSS-10, высокий уровень повседневного стресса (≥ 20 баллов).

Таблица 2

Психотравмирующие ситуации, предшествующие дебюту БШ

Тип психотравмирующей ситуации, n=50	Тип ситуации			
	Утрата n=19 (34,0%)	Угроза n=20 (40,0%)	Фрустрация n=8 (16,0%)	Катастрофа n=3 (6,0%)
Семейная, n=18	8 (44,4%)	9 (50,0%)	1 (5,6%)	0
Социальная, n=16	0	8 (50,0%)	6 (37,5%)	2 (12,5%)
Гендерная, n=9	6 (66,7%)	3 (33,3%)	0	0
Хирургическое вмешательство, n=7	5 (71,4%)	0	1 (14,3%)	1 (14,3%)

Следует также отметить, что существенную роль в формировании предрасположенности к повышению чувствительности к стрессовым ситуациям и развитию РТДС играла ранняя детская депривация (до 7 лет) – смерть одного из родителей, развод родителей, либо длительная разлука с одним из родителей, были выявлены у 32 (64,0%) обследованных. В более позднем возрасте (от 7 до 10 лет) депривация выявлена у 21 (42,0%) больного. При этом повторные депривации в детском возрасте выявлены почти у половины (24; 48,0%) больных БШ.

Обсуждение

Исследование показало высокую частоту встречаемости психических расстройств у больных БШ. Отмечено частое временное совпадение действия значимых психотравмирующих событий, дебюта БШ и РТДС. Кроме того, отмечена высокая встречаемость текущих неразрешенных психотравмирующих факторов на момент обследования. С точки зрения эффекта накопления стресса [11], важную роль играет наличие ранней детской депривации, когда психотравмирующее событие в детском возрасте приводит к нейротоксическому эффекту стрессовых гормонов, что влечет повышение чувствительности к стрессовым факторам во взрослом возрасте.

В данном исследовании ранняя детская депривация выявлена более чем у половины пациентов, высока частота повторных деприваций. Возможно, что эффект детской депривации является общим звеном предрасположения к депрессии и РЗ. Серьезной проблемой, являющейся дополнительным фактором затяжного течения психотравмирующей ситуации, с формированием «порочного круга», остается длительный срок постановки диагноза, что отчасти можно объяснить стертой симптоматикой в дебюте болезни, игнорированием характерных признаков как пациентами, так и врачами.

Аффективно-стрессовая модель психических расстройств при ревматических заболеваниях позволяет определить индивидуальную направленность терапевтических подходов. Выявленное в исследовании доминирование апатической аффективности больных БШ во многом определяет особенности восприятия и реагирования на стрессовые факторы [4]. В частности, гендерный стрессовый фактор можно объяснить характерным для многих больных БШ безразличием к полу. Кроме того, высокая частота встречаемости шизотипического расстройства с характерной апатией в структуре расстройства, во многом объясняется предрасположением в виде апатической аффективности. Столь высокая частота встречаемости шизотипического расстройства при БШ подтверждает данные литературы и, возможно, является одной из отличительных черт БШ. Как показали результаты, при БШ наиболее часто встречались тревожные и депрессивные расстройства, что также подтверждает результаты других исследований [11, 18, 24, 30, 38]. Большая часть психических расстройств носила хронический характер, включая рекуррентное депрессивное расстройство и дистимию. Характерно, что по данным опросника HADS выявлен более высокий уровень тревоги, по сравнению с депрессией, что косвенно указывает на значимость для больных именно тревожных состояний. Более низкие показатели депрессии можно объяснить затяжным характером течения (дистимия, затяжной депрессивный эпизод), когда больные в некотором смысле «смиряются» со своим состоянием и воспринимают его как нормальное и обыденное. Кроме того, не исключено влияние затяжных стрессовых ситуаций, которые были актуальны для большинства больных и тем самым создавали дополнительное основание для тревожных реакций на фоне привычной хронической субдепрессии и провоцировали развитие выраженных депрессивных состояний. С выраженностью тревоги и депрессии связана также одна из характерных жалоб больных – усталость как проявление астенического синдрома.

Несмотря на то, что около трети больных ранее имели проблемы психического здоровья и получали специфическое лечение, большинство пациентов не предъявляли жалоб. Данный факт можно объяснить

отсутствием запроса у больных на лечение у психиатра и «перекладывание» большинства симптомов, таких как усталость, сниженное настроение и тревога, на долю БШ. Кроме того, необходимо учитывать частую встречаемость и выраженность КН, что также не может не влиять на адекватность оценки собственного состояния. КН, высокая встречаемость которых была подтверждена нашим исследованием, существенно влияют на другие, в частности, поведенческие проявления психических расстройств при БШ. В исследовании показана значимая связь выраженности КН с выраженностью тревоги. Возможно, именно РТДС являются основной причиной частой встречаемости КН при БШ.

Влиянием КН объясняют неадекватные реакции на стрессовые события и неудовлетворительные стратегии преодоления тяжелых жизненных ситуаций, а также снижение трудоспособности, приводящее к инвалидизации [25].

Полученные результаты подтверждают необходимость комплексного подхода к диагностике психических расстройств при БШ с применением клинико-психопатологического и психологического метода. Такая диагностика позволяет проводить дифференцированное лечение пациентов с применением различных терапевтических тактик с использованием психофармакологических препаратов и психотерапевтических методик.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бамдас Б.С. Астенические состояния. М.: Медгиз, 1961. 203 с.
2. Васильев В.И. Болезнь Шегрена // Русский медицинский журнал. 1998. № 18. С. 1206–1210.
3. Васильев В.И. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика болезни Шегрена // Ревматология. 2008. Т. 16, № 10. С. 638–649.
4. Вельтищев Д.Ю., Марченко А.С., Серавина О.Ф. и соавт. Аффективно-стрессовая модель депрессии: практическое внедрение в ревматологической практике // Психиатрия психофармакотерапия. 2009. Т. 11, № 5. С. 17–22.
5. Евменова Н.Н., Гурвич В.Б. Взаимодействие стоматологического и психического статусов при синдроме и болезни Шегрена // Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии. 1989. Т. 4, № 1. С. 143–145.
6. Зейгарник Б.В. Патология мышления. М., 1962.
7. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. М., 1962.
8. Простые аналогии. Альманах психологических тестов. М., 1995. С. 127–130.
9. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. М., 2004.
10. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике психических заболеваний. Киев, 1988.
11. Шеломкова О.А., Вельтищев Д.Ю., Васильев В.И., Лисицына Т.А. Стрессовые факторы и психические расстройства при болезни Шегрена: современные направления исследований // Научно-практическая ревматология. 2012. № 5.
12. Ampelas J., Wattiaux M., Van Amerongen A. Psychiatric manifestations of systemic lupus erythematosus and Sjögren's syndrome // Encephale. 2001. Vol. 27. P. 588–599.
13. Barendregt P., Visser M., Smets E. Fatigue in primary Sjögren's syndrome // Ann. Rheumatol. Dis. 1998. Vol. 57, N 5. P. 291–295.
14. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress // J. Health Soc. Behav. 1983. Vol. 24, N 4. P. 385–396.
15. Cox P., Hales R. CNS Sjögren's syndrome: an underrecognized and underappreciated neuropsychiatric disorder // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 1999. Vol. 11. P. 241–247.
16. Delalande S., de Seze J., Fauchais A.L. et al. Neurologic manifestations in primary Sjögren syndrome: a study of 82 patients // Medicine. 2004. Vol. 83, N 5. P. 280–291.
17. Dohrenbusch R., Grueterich M., Genth E. Fibromyalgia and Sjögren syndrome – clinical and methodological aspects // J. Rheumatol. 1996. Vol. 55, N 1. P. 19–27.
18. Drosos A.A., Angelopoulos N. Personality and psychopathology in patients with primary Sjögren's syndrome // Ter. Arkh. 1988. Vol. 60, N 4. P. 49–52.
19. Drosos A.A., Andonopoulos A.P., Lagos G. et al. Neuropsychiatric abnormalities in primary Sjögren's syndrome // Clin. Exp. Rheumatol. 1989. Vol. 7, N 2. P. 207–209.
20. Gudbjornsson B., Broman J.E., Hetta J. et al. Sleep disturbances in patients with primary Sjögren's syndrome // Br. J. Rheumatol. 1993. Vol. 32, N 12. P. 1072–1076.
21. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating // Br. J. Med. Psychol. 1959. Vol. 32, N 1. P. 50–55.
22. Harboe E., Tjensvoll A.B., Maroni S. et al. Neuropsychiatric syndromes in patients with Systemic Lupus Erythematosus and primary Sjögren's Syndrome – A comparative population-based study // Ann. Rheumatol. Dis. 2009. Vol. 68, N 10. P. 1541–1546.
23. Hewlett S., Hehir M., Kirwan J.R. Measuring fatigue in rheumatoid arthritis: a systematic review of scales in use // Arth. Care. Res. 2007. Vol. 57, N 3. P. 429–439.
24. Hietaharju A., Yli-Kerttula U., Hakkinen V., Frey H. Nervous system manifestations in Sjögren's syndrome // Acta Neurol. Scand. 1990. Vol. 81, N 2. P. 144–152.
25. Hyphantis T., Mantis D., Voulgari P.V. et al. The psychological defensive profile of primary Sjögren's syndrome patients and its relationship to health-related quality of life // Clin. Exp. Rheumatol. 2011. Vol. 29, N 3. P. 485–493.
26. Inal V., Kitapcioglu G., Karabulut G. et al. Evaluation of quality of life in relation to anxiety and depression in primary Sjögren's syndrome // Mod. Rheumatol. 2010. Vol. 20, N 6. P. 588–597.
27. Jiunn-Horng Kang, Heng-Ching Lin. Comorbidities in patients with primary Sjögren's syndrome: a registry-based case-control study // J. Rheumatol. 2010. Vol. 37, N 6. P. 1188–1194.
28. Karaiskos D., Mavragani C.P., Makaroni S. Stress, coping strategies and social support in patients with primary Sjögren's syndrome prior to disease onset: a retrospective case-control study // Ann. Rheum. Dis. 2009. Vol. 68, N 1. P. 40–46.
29. Krupps L.B., La Rocca N.G., Muir-Nash J., Steinberg A.D. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus // Arch. Neurol. 1989. Vol. 46. P. 1121–1123.
30. Malinow K.L., Molina R., Gordon B. et al. Neuropsychiatric dysfunction in primary Sjögren's syndrome // Ann. Intern. Med. 1985. Vol. 103, N 3. P. 344–350.
31. Mauch E., Volk C., Kratzsch G. et al. Neurological and neuropsychiatric dysfunction in primary Sjögren's syndrome // Acta Neurol. Scand. 1994. Vol. 89, N 1. P. 31–35.
32. Montgomery S.A., Asberg M.A. New depression scale designed to be sensitive to change // Br. J. Psychiatry. 1979. Vol. 134. P. 382–389.
33. Moutsopoulos H., Youinou P. New developments in Sjögren's syndrome // Curr. Opin. Rheumatol. 1991. Vol. 3. P. 815–822.
34. Mukai M., Sagawa A., Baba Y. Neuro-psychiatric symptom associated with primary Sjögren's syndrome // Ryumachi. 1990. Vol. 30, N 2. P. 109–118.
35. Segal B., Bowman S.J., Fox Ph.C. et al. Primary Sjögren's Syndrome: health experiences and predictors of health quality among patients in the United States // Health Qual. Life Outcomes. 2009. Vol. 7. P. 46.
36. Theander L., Strombeck B., Mandl T. et al. Sleepiness or fatigue? Can we detect treatable causes of tiredness in primary Sjögren's syndrome? // Rheumatol. 2010. Vol. 49, N 6. P. 1177–1183.
37. Valtysdottir S.T. Primary Sjögren's Syndrome. Clinical studies with reference to hormonal status, psychiatric symptoms and well-being. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the faculty of Medicine 984 // Acta Univer. Upsaliensis. Uppsala, 2001.
38. Valtysdottir S.T., Gudbjornsson B., Lindqvist U. et al. Anxiety and depression in patients with primary Sjögren's syndrome // J. Rheumatol. 2000. Vol. 27. P. 9.
39. Vriecolk J.E., Geenen R., Hartkamp A., Godaert G.L. Psychological and somatic predictors of perceived and measured ocular dryness of patients with primary Sjögren's syndrome // J. Rheumatol. 2005. Vol. 32, N 12. P. 2351–2355.
40. Westhoff G., Dörner T., Zink A. Fatigue and depression predict physician visits and work disability in women with primary Sjögren's syndrome: results from a cohort study // Rheumatol. 2012. Vol. 51, N 2. P. 262–269.
41. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatr. Scand. 1983. Vol. 67. P. 361–370.

СТРЕССОВЫЕ ФАКТОРЫ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА: КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

О. А. Шеломкова, Д. Ю. Вельтищев, В. И. Васильев, Т. А. Лисицына, О. Ф. Серавина,
О. Б. Ковалевская, Е. Л. Насонов, В. Н. Краснов

В статье проводится анализ частоты встречаемости стрессовых факторов и психопатологических расстройств при системном ревматическом заболевании – болезни Шегрена. Рассмотрены основные варианты психических расстройств и их связь с психотравмирующими факторами и клиническими особенностями болезни Шегрена. Особое внимание уделено ранним детским психическим травмам в формировании предрасположенности к аффективным расстройствам. Ре-

зультаты исследования подтверждают аффективно-стрессовую модель психических расстройств при системном ревматическом заболевании.

Ключевые слова: болезнь Шегрена, стрессовые факторы, астенические расстройства, депрессивные расстройства, тревожные расстройства, шизотипическое расстройство, когнитивные нарушения.

STRESS FACTORS AND MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH SJÖGREN DISEASE: CLINICAL, PSYCHOPATHOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL ANALYSIS

O. A. Shelomkova, D. Yu. Veltischev, V. I. Vasilyev, T. A. Lisitsyna, O. F. Seravina, O. B. Kovalevskaya,
E. L. Nasonov, V. N. Krasnov

The researchers analyze the prevalence of stress factors and psychopathological disorders in patients with systemic rheumatic disorder called the Sjögren disease. They consider most common mental disorders in connection with traumatic factors and clinical characteristics of the Sjögren disease. Special attention is paid to the childhood trauma and its

role in development of vulnerability for affective disorders. The results of investigation confirm the affective-stress model of mental disorders in this systemic rheumatic disorder.

Key words: the Sjögren disease, stress factors, asthenic disturbances, depressive disorder, anxiety disorder, shizotypal disorder, cognitive disorders.

Шеломкова Ольга Александровна – аспирант отдела стрессовых расстройств ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: shelomkovaolga@gmail.com

Вельтищев Дмитрий Юрьевич – профессор, доктор медицинских наук, заведующий отделом стрессовых расстройств ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: dveltishchev@gmail.com

Васильев Владимир Иванович – профессор, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории интенсивной терапии ревматических заболеваний ФГБУ «НИИР» РАМН

Лисицына Татьяна Андреевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории системных ревматических заболеваний отдела сосудистой патологии ФГБУ «НИИР» РАМН; e-mail: talisitsyna@rambler.ru

Серавина Ольга Феликсовна – научный сотрудник отдела стрессовых расстройств ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ковалевская Оксана Борисовна – научный сотрудник отдела стрессовых расстройств ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Насонов Евгений Львович – академик РАМН, профессор, доктор медицинских наук, директор ФГБУ «НИИР» РАМН.

Краснов Валерий Николаевич – профессор, доктор медицинских наук, директор ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: krasnov@mtu-net.ru

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В БЕЛОРУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ДЕТЕЙ

Т. А. Емельянцева

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», Минск

Гиперкинетические расстройства у детей (диагностическая рубрика F90 в МКБ-10, синдром дефицита внимания и гиперактивности, далее – СДВГ) встречается с частотой 2–10% и имеет определенные географические вариации [3].

В Республике Беларусь до настоящего времени не проводилось эпидемиологических исследований в отношении распространенности указанного расстройства.

Внимание специалистов привлекает развитие концептуальной модели СДВГ с позиций гендерного подхода в контексте четырех важных моментов: эпидемиологии, диагностических критериев, клинических проявлений и сопутствующих расстройств [2].

Во всех эпидемиологических исследованиях F90 у мальчиков встречается чаще, чем у девочек в соотношении около 3:1 в возрастном диапазоне 3–12 лет [5, 16]. К подростковому возрасту соотношение полов в отношении диагноза СДВГ в популяционных выборках снижается и составляет 2:1. К началу взрослой жизни этот показатель приближается к единице [9, 11].

В современных исследованиях в популяционных выборках обнаружена меньшая выраженность симптомов СДВГ и снижение диагностических порогов у девочек [4, 6, 13, 14, 15]. Клинически у девочек преобладает подтип с преимущественным дефицитом внимания (более чем в половине случаев), у мальчиков – смешанные формы расстройства [17].

Большинство исследователей указывают, что лица женского пола с СДВГ значительно реже (более чем в 2 раза) имеют оппозиционно-вызывающее и несоциализированное расстройства поведения. Однако, в сравнительно недавно опубликованном исследовании, проявления оппозиционного расстройства поведения у девочек были отмечены более чем в 60% случаев, а несоциализированное расстройство было выявлено в 20% случаев [15].

Ряд авторов подчеркивают гендерные различия в формах проявления агрессии у девочек, указывая на паттерны интернализации агрессии, включая депрессивную симптоматику, социальную отгороженность и психосоматические проявления [10].

Многие исследователи отмечают высокую коморбидность СДВГ у представительниц женского пола с синдромом зависимости от ПАВ [8].

Несмотря на активное внимание к изучению гендерных различий моделей СДВГ и связанных с ним расстройств, современные мета-аналитические обзоры обнаруживают большую неоднородность клинических групп, где контрастно преобладают мальчики [13, 14]. Благодаря несопоставимой идентичности групп в исследованиях, психиатры имеют преимущественно «мужскую» концепцию развития расстройства. Кроме того, почти все исследования носят «поперечный», описательный характер. Лишь небольшое количество гендерных исследований имеет «продольный» характер, «процессуально» ориентированный.

В этой связи, в рамках запланированного масштабного проспективного клинического исследования, направленного на повышение качества жизни детей с гиперкинетическими расстройствами в Республике Беларусь, путем создания системы дифференцированной комплексной медико-социальной реабилитации, нами был выполнен этап скринингового популяционного исследования.

Материалы и методы

В скрининговом популяционном исследовании (с ноября 2010 г. по март 2011 г.) приняли участие 1 846 детей в возрасте 3–15 лет, посещающих детские дошкольные учреждения и средние школы города Минска (рис. 1).

Клиническая оценка СДВГ проводилась в рамках психообразовательной программы для педагогов на основании добровольного заполнения педа-

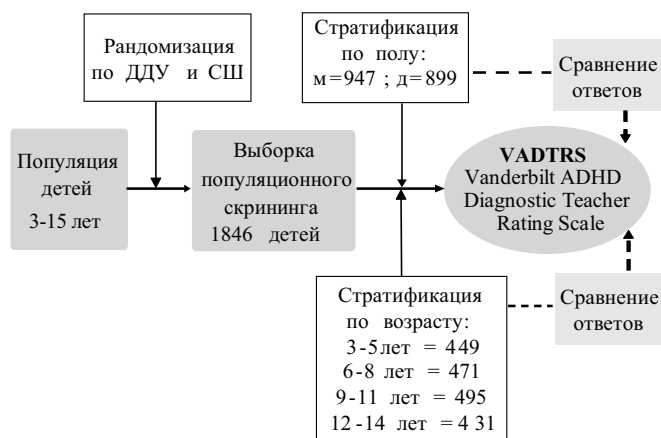


Рис. 1. Дизайн скринингового исследования гиперкинетических расстройств в белорусской популяции

гогами шкал опросника VADTRS (Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale), обладающего высокой чувствительностью (98%) и специфичностью (86%), СДВГ [1, 18].

Опросник VADTRS содержит психометрические шкалы: дефицита внимания, гиперактивности, импульсивности, оппозиционного поведения, общих поведенческих проблем, тревожно-депрессивных симптомов. Все формулировки пунктов опросника соответствуют критериям DSM-IV в формате заполнения: «никогда» – 0 баллов, «иногда» – 1 балл, «часто» – 2 балла, «очень часто» – 3 балла.

Опросник VADTRS содержит также шкалу социальной дезадаптации, включающую ряд пунктов: общая оценка успешности в школе; успехи в чтении, в математике, в письме; поведение в классе; отношения с одноклассниками; выполнение указаний, поручений учителя; самоорганизация. Формат заполнения: «отлично» – 1 балл, «хорошо» – 2 балла, «удовлетворительно» – 3 балла, «иногда трудности» – 4 балла, «большие трудности» – 5 баллов. Как известно, именно проблемы социальной адаптации определяют диагноз гиперкинетического расстройства.

Возможность оценить клинические параметры СДВГ, сопутствующих проблем и социальной адаптации в количественном выражении (в баллах) позволяет провести корректный статистический анализ с использованием программы SPSS-13.

Результаты и обсуждение

На диагноз гиперкинетического расстройства (СДВГ) претендуют 6,2% белорусских детей в возрасте 3–15 лет, 9,3% мальчиков и 2,9% девочек. В возрасте 3–15 лет у мальчиков СДВГ встречается достоверно в 3,2 раза чаще, чем у девочек ($p=0,01$). Установленные интерквартильные интервалы клинических симптомов дефицита внимания, гиперактивности и импульсивности в популяции белорусских детей имеют очевидные гендерные различия (рис. 2–4).

Диагностические пороги клинических проявлений СДВГ (разброс значений вокруг среднего) у де-

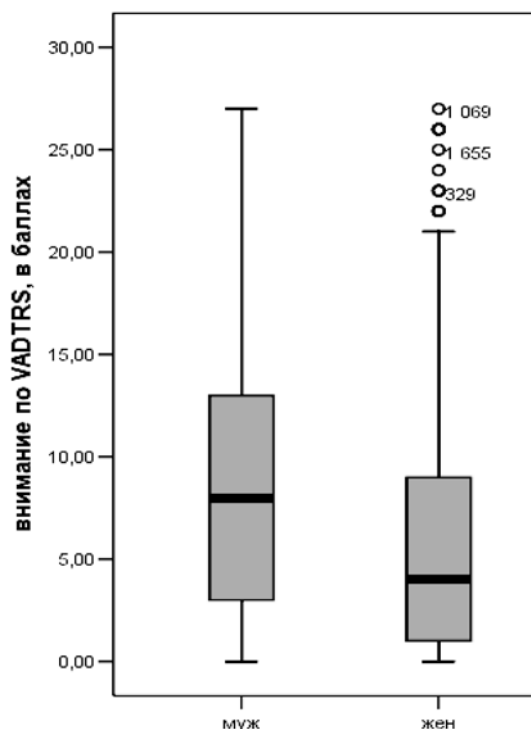


Рис. 2. Гендерные различия дефицита внимания у мальчиков (слева) и девочек (справа) в возрасте 3–15 лет в белорусской популяции

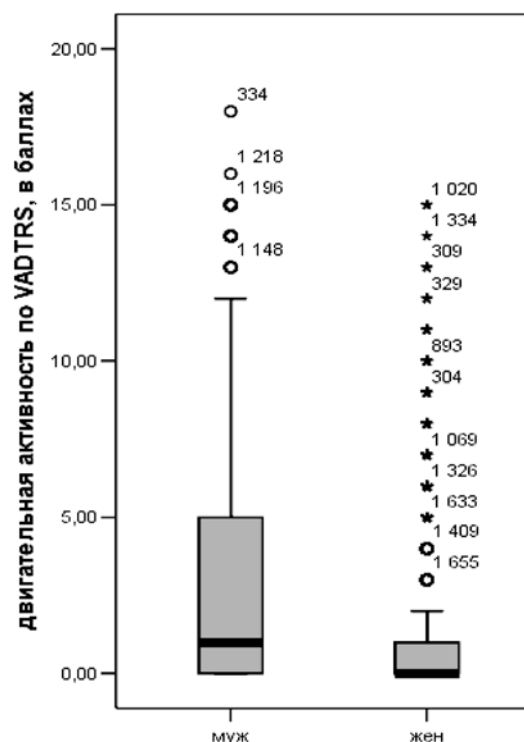


Рис. 3. Гендерные различия гиперактивности у мальчиков (слева) и девочек (справа) в возрасте 3–15 лет в белорусской популяции

вочек и мальчиков имеют статистически значимые различия ($p=0,000$), в большей степени выраженные (F -критерий = 135,18) в отношении гиперактивности (табл. 1).

Стоит отметить присутствие единичных случаев выраженных клинических проявлений СДВГ у

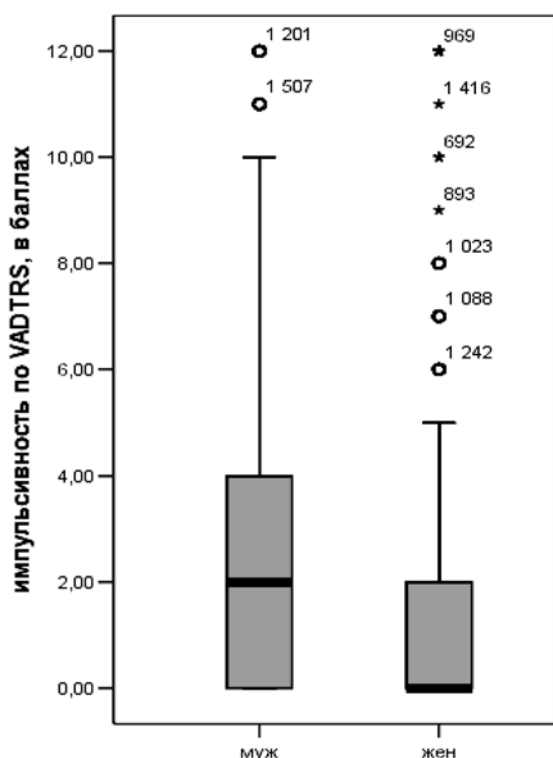


Рис. 4. Гендерные различия импульсивности у мальчиков (слева) и девочек (справа) в возрасте 3–15 лет в белорусской популяции

девочек. Однако, в целом, низкие диагностические пороги гиперактивности и импульсивности в популяционной выборке девочек объясняют тот факт, что девочки редко попадают в поле зрения специалистов в дошкольном возрасте и диагностический критерий F90 в МКБ-10 «симптомы наблюдаются в возрасте до 7 лет» может быть подвергнут сомнению. Тем не менее, имеющий место дефицит вни-

Таблица 1

Дисперсионный анализ (ANOVA) различий между средними значениями клинических проявлений СДВГ в выборках мальчиков и девочек в белорусской популяции

Клинические проявления СДВГ	F-критерий	Статистическая значимость
Дефицит внимания по VADTRS, в баллах	107,67	0,000
Гиперактивность по VADTRS, в баллах	135,18	0,000
Импульсивность по VADTRS, в баллах	110,45	0,000

мания у девочек становится очевидным и проблемным с началом посещения школы. На наш взгляд, СДВГ у девочек требует более активного выявления в дошкольном возрасте, например, путем заполнения стандартизированного опросника СДВГ родителями и/или педагогами во время процедуры определения готовности ребенка к школе.

Специалистами продолжает дискутироваться вопрос перехода диагноза СДВГ во взрослую жизнь [7]. В этой связи определенный научный интерес представляет исследование возрастной динамики клинических проявлений СДВГ в белорусской популяции детей (табл. 2, рис. 5).

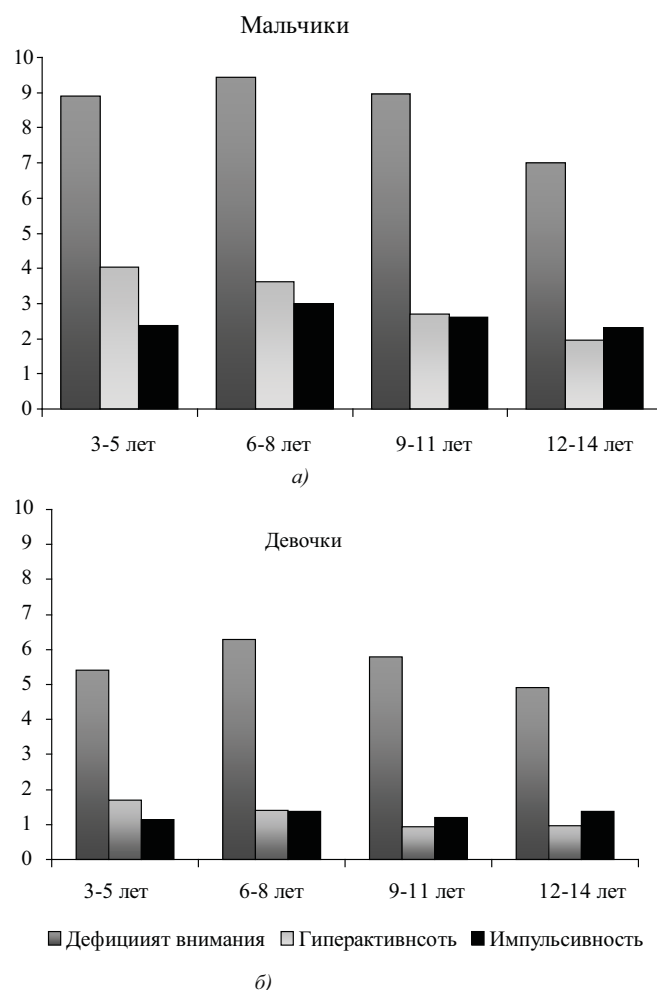


Рис. 5. Возрастная динамика клинических симптомов СДВГ у мальчиков (а) и девочек (б) в белорусской популяции

Таблица 2

Возрастная динамика клинических проявлений СДВГ в белорусской популяции

Возраст	Дефицит внимания среднее значение/стандартная ошибка среднего		Гиперактивность среднее значение/стандартная ошибка среднего		Импульсивность среднее значение/стандартная ошибка среднего	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки	мальчики	девочки
3–5 лет	8,91/0,48	5,44/0,42	4,05/0,32	1,69/0,23	2,37/0,21	1,15/0,16
6–8 лет	9,45/0,43	6,30/0,35	3,63/0,27	1,41/0,15	2,99/0,20	1,37/0,13
9–11 лет	8,96/0,41	5,81/0,41	2,70/0,22	0,93/0,16	2,61/0,19	1,19/0,16
12–14 лет	7,01/0,39	4,92/0,32	1,95/0,22	1,19/0,16	2,3/0,19	1,38/0,14

Примечания: $p=0,05$.

Коэффициенты корреляции клинических симптомов СДВГ и социальной дезадаптации в белорусской популяции детей

Клинические симптомы СДВГ	Коэффициенты корреляции (r) с социальной дезадаптацией
Дефицит внимания	0,70**
Гиперактивность	0,40**
Импульсивность	0,38**
Оппозиционное поведение	0,47**
Другие поведенческие проблемы	0,46**
Тревожно-фобические симптомы	0,33**

Примечания: критерий адекватности выборки Кайзера-Мейера-Олкина (КМО)=0,83 (высокая адекватность), ** – уровень статистической значимости $p < 0,001$.

В первую очередь, социальная дезадаптация детей с СДВГ статистически значимо ($p < 0,001$) определяется дефицитом внимания (сильная связь, $r = 0,7$). В меньшей степени (связь средней силы, $r = 0,5-0,4$) – поведенческими проблемами (вызывающим, агрессивным, гиперактивным, импульсивным поведением). Среди факторов социальной дезадаптации детей с СДВГ имеет место тревожно-фобическая симптоматика ($r = 0,3$).

Выводы

В белорусской популяции по результатам скринингового исследования:

1) гиперактивные расстройства в возрасте 3–15 лет составляют 6,2%; у мальчиков встречаются в 3,2 раза достоверно чаще, чем у девочек ($p < 0,001$);

2) диагностические пороги клинических симптомов дефицита внимания, гиперактивности и импульсивности у девочек имеют более низкие, статистически значимые различия в сравнении с мальчиками ($p < 0,001$), в большей степени выраженные в отношении гиперактивности.

3) у мальчиков достоверно ($p < 0,05$) преобладают смешанные формы гиперактивного расстройства (47,0%), преимущественный дефицит внимания встречается в 30,4% случаев, гиперактивные формы – в 18,0% случаев, у девочек незначительно преобладают клинические формы преимущественного дефицита внимания (38,5%), далее следуют смешанные формы (36,9%), гиперактивные встречаются реже (13,8%);

4) симптомы гиперактивности значительно снижаются к 9–11 годам ($p < 0,05$), симптомы дефицита внимания и импульсивности остаются достаточно выраженными в возрасте 13–15 лет, у девочек обнаружена тенденция к нарастанию импульсивности к периоду полового созревания, что требует дальнейших комплексных исследований;

5) среди клинических факторов, определяющих проблемы социальной дезадаптации детей с гипер-

Наше исследование достоверно подтверждает, что гиперактивность значительно уменьшается в возрасте 10–12 лет, а дефицит внимания и импульсивность остаются достаточно выраженными в возрасте 13–15 лет. У девочек обнаружена тенденция к нарастанию импульсивности к периоду полового созревания. Небольшая стандартная ошибка среднего значения импульсивности (0,13–0,16) в выборке у девочек указывает на достаточно высокую точность оценки.

В белорусской популяции детей у мальчиков преобладают смешанные формы СДВГ (47%), преимущественно дефицита внимания встречается в 30,4% случаев, гиперактивные формы – в 18% случаев. Следует отметить, что изолированный дефицит внимания, который вынесен за пределы диагностической рубрики F90, также встречается в популяции и составляет 4,6% (табл. 3).

У девочек в белорусской популяции детей незначительно преобладают клинические формы преимущественно дефицита внимания (38,5%), далее следуют смешанные формы (36,9%), гиперактивные формы встречаются реже (13,8%), изолированный дефицит внимания составляет 10,8% (табл. 3, рис. 5 б).

Таблица 3

Гендерные различия клинических форм СДВГ в белорусской популяции детей

Клинические формы СДВГ	Мальчики (%)	Девочки (%)
Преимущественный дефицит внимания	30,4	38,5
Смешанная форма	47,0	36,9
Гиперактивная форма	18,0	13,8
Изолированный дефицит внимания	4,6	10,8
Всего:	100	100

Примечания: $p = 0,05$.

С учетом значительного уменьшения симптомов гиперактивности с возрастом, по данным популяционного скрининга, определение клинической формы СДВГ целесообразно проводить до достижения ребенком возраста 9 лет. Использование опросников СДВГ для заполнения педагогами (Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale, VADTRS) и/или родителями (Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale, VADPRS) позволяет не только объективно поставить диагноз, но и уточнить клиническую форму расстройства, что во многом определяет дифференцированный подход в определении тактики лечения.

В разработке концептуальной модели системы дифференцированной комплексной медико-социальной реабилитации детей с СДВГ немаловажным представляется анализ клинических причин их социальной дезадаптации (табл. 4).

кинетическими расстройствами, ведущим является дефицит внимания ($r=0,7$, $p<0,001$), поэтому смешанные формы расстройства и формы с преиму-

щественным дефицитом внимания имеют больший риск развития социальной дезадаптации, нежели формы гиперкинетические.

ЛИТЕРАТУРА

1. Емельянцова Т.А., Кирилюк В.С., Наливко И.И. Метод диагностики гиперкинетических расстройств у детей. Инструкция по применению МЗ РБ. Минск: БГМУ, 2011. С. 11–21.
2. Емельянцова Т.А. Гендерные вопросы гиперкинетических расстройств // Социально-психологические аспекты психических и поведенческих расстройств: материалы респ. научно-практ. конференции / Под ред. О.А.Скугаревского // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология, приложение. Минск, 2012. С. 8–12.
3. Сухотина Н.К., Шевченко Ю.С. Гиперкинетические расстройства у детей и подростков // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. С. 534–537.
4. Arnold L.E. Sex differences in ADHD: Conference summary // J. Abnorm. Child Psychol. 1996. Vol. 24. P. 555–569.
5. Barbaresi W.J., Katusic S.K., Colligan R.C. How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? // J. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2002. Vol. 156. P. 217–224.
6. Barkley R.A., Biederman J. Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit-hyperactivity disorder // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr. 1997. Vol. 36. P. 1204–1210.
7. Barkley R.A., Murphy K.R., Fischer M. Summary, conclusions, and treatment implications // ADHD in adults: what the science says. NY: Guilford Press, 2008. P. 434–466.
8. Biederman J., Mick E., Faraone S.V. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatry clinic // Am. J. Psychiatry. 2002. Vol. 159. P. 36–42.
9. Cohen P., Cohen J., Kasen S. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I. Age- and gender-specific prevalence // J. Child Psychol. Psychiatr. 1993. Vol. 34. P. 851–867.
10. Crick N.R., Grotpeter J.K. Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment // J. Child Devel. 1995. Vol. 66. P. 710–722.
11. DuPaul G.J., Schachar R.S., Weyandt L.J. Self-report of ADHD symptoms in university students: Cross-gender and cross-national prevalence // J. Learning Dis. 2001. Vol. 34. P. 370–379.
12. Fischer M., Barkley R.A., Smallish L., Fletcher K. Young adult follow up of hyperactive children: Self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD // J. Abnorm. Child Psychol. 2002. Vol. 30. P. 463–475.
13. Gaub M., Carlson C.L. Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr. 1997. Vol. 36. P. 1036–1045.
14. Gershon J. A meta-analytic review of gender differences in ADHD // J. Attention Dis. 2002. Vol. 5. P. 143–154.
15. Hinshaw S.P. Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices // J. Consult. Clin. Psychol. 2002. Vol. 70. P. 1086–1098.
16. Offord D.R., Boyle M.H., Szatmari P. Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization // J. Arch. Gen. Psychiatr. 1987. Vol. 44. P. 832–836.
17. Spencer T.J., Biederman J., Wilens T.E., Faraone S.V. Overview and neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder // J. Clin. Psychiatr. 2002. Vol. 63. P. 3–9.
18. Wolraich M.L., Feurer I.D. Obtaining Systematic Teacher Reports of Disruptive Behavior Disorders Utilizing DSM-IV // J. Abnorm. Child Psychol. 1998. Vol. 26, N 2. P. 141–152.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В БЕЛОРУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ДЕТЕЙ

Т. А. Емельянцова

В рамках запланированного Министерством здравоохранения Республики Беларусь концептуального проспективного клинического исследования «Система дифференцированной комплексной медико-социальной реабилитации гиперкинетических расстройств у детей» проведено скрининговое популяционное исследование гиперкинетических расстройств (синдрома дефицита внимания и гиперактивности, далее – СДВГ) с целью определения гендерных различий распространенности, структуры, динамики клинических проявлений в белорусской популяции детей, а также факторов социальной дезадаптации. Выборка составила 1 846 детей в возрасте 3–15 лет, посещающих детские дошкольные учреждения и средние школы города Минска: мальчиков – 947, девочек – 899. Клиническая оценка проводилась с использованием психометрических диагностических шкал VADTRS, заполняемых педагогами (Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale). Установлено, что на диагноз гиперкинетического расстройства (СДВГ) претендуют 6,2% белорусских детей в возрасте 3–15 лет: 9,3% мальчиков и 2,9% девочек. В возрасте 3–15 лет

у мальчиков СДВГ встречается достоверно в 3,2 раза чаще, чем у девочек. Диагностические пороги дефицита внимания, гиперактивности, импульсивности у девочек достоверно ниже, чем у мальчиков; у мальчиков преобладают смешанные формы СДВГ, у девочек – преимущественно дефицит внимания. В белорусской популяции симптомы гиперактивности у мальчиков и девочек снижаются к 9–11 годам, протестное поведение нарастает у девочек ввиду увеличения импульсивности в период полового созревания. Среди клинических факторов, определяющих проблемы социальной дезадаптации детей с СДВГ, как мальчиков, так и девочек, ведущим является дефицит внимания, поэтому смешанные формы расстройства и формы с преимущественным дефицитом внимания имеют больший риск развития социальной дезадаптации, нежели формы гиперкинетические.

Ключевые слова: гиперкинетические расстройства (синдром дефицита внимания и гиперактивности), белорусская популяция детей, гендерные различия, социальная адаптация.

GENDER ASPECTS OF SCREENING FOR CHILD HYPERKINETIC DISORDERS IN BELORUSSIAN POPULATION

T. A. Emelyantseva

This screening population investigation for hyperkinetic disorders (i.e. attention-deficit hyperactivity disorder – ADHD) was a part of prospective clinical investigation ‘The System of Differentiated Integral Medico-social Rehabilitation of Hyperkinetic Disorders in Children’ initiated by the Ministry of Health of Belarus. The aim of this investigation was to explore gender differences, the ADHD structure, clinical dynamics and social maladjustment factors. Material: 1846 children 3 to 15 years old, all attending kindergartens or primary and secondary school, 947 boys and 899 girls. Clinical assessment involved use of the VADTRS psychometric scale (Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale). The results suggest presence of ADHD in 6,2% Belorussian children aged 3 to 15 years: in 9,3% of boys and in 2,9% of girls. The ADHD prevalence is significantly higher (3,2 times) in boys in

comparison with girls. In girls, diagnostic thresholds for attention problems and impulsive behavior happen to be significantly lower than in boys. Mixed ADHD forms appear to prevail in boys, while specifically attention disorder is more common in girls. The hyperactivity symptoms in Belorussian boys and girls seem to decrease by 9–11 years of age, though the puber girls are more prone in this period to oppositional behavior due to increased impulsiveness. Attention disorder has been identified as the principal clinical factor underlying social maladjustment, both in boys and girls, and for that reason mixed forms of ADHD and attention deficit disorder (ADD) have a higher risk potential for social maladjustment than hyperkinetic forms.

Key words: hyperkinetic disorders (attention deficit hyperactivity disorder), Belorussian child population, gender differences, social adjustment.

Татьяна Александровна Емельянцова – кандидат медицинских наук, доцент, заместитель директора по медицинской части (по психиатрии) ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь; e-mail: YEMELYANTSAVA@mail.ru

КОНТИНГЕНТ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ (по материалам однодневной переписи)

И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Г. П. Костюк, А. В. Нарышкин

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии,
Московская городская клиническая психиатрическая больница
№4 им. П.Б.Ганнушкина*

Совершенствование оказания специализированной помощи населению в настоящее время является одной из наиболее актуальных задач психиатрической службы. Решение данной задачи требует, среди прочего, максимально полного представления о контингентах больных, получающих помощь в различных ее звеньях [1, 3, 6, 7, 9, 11, 14, 15]. Ранее [4] были представлены результаты однодневной переписи контингента пациентов психиатрической больницы (ПБ), выявившие его особенности, а также содержание и объем предоставляемой помощи. В данной статье представлены аналогичные данные, полученные в результате переписи, в отношении больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе Московской городской клинической психиатрической больницы №4 им. П.Б.Ганнушкина. Обслуживаемое население и структура больницы были представлены в предыдущей публикации [4].

Исследование носило невыборочный характер: изучаемые данные (демографические и социальные характеристики, сведения о диагнозе по МКБ-10, особенностях обследования и лечения) обо всех находящихся в этот момент на лечении пациентах больницы (в том числе больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра) регистрировались на определенное число – 16 апреля 2012 года. Полученные результаты заносились в электронную базу данных. Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета компьютерных программ Statistica for Windows 6.1. В случаях, когда в базе данные сведения о тех или иных показателях у отдельных больных отсутствовали, обсчет производился на фак-

тическое число обследованных по анализируемому показателю.

Результаты

Число обследованных больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра составило 719 человек (56,5% пациентов с различными диагнозами, находящихся в больнице на момент проведения переписи), в том числе 281 мужчина (39,1%) и 438 женщин (60,9%); средний возраст – $46,2 \pm 15,7$ лет. Число больных шизофренией составило 584 человек (81,2%), в том числе у 552 человек (76,8% всех пациентов или 94,6% больных шизофренией) – параноидная форма. У 58 больных (8,1%) было диагностировано шизотипическое расстройство, у 30 человек (4,2%) – шизоаффективное расстройство, у 29 человек (4,0%) – острое и транзиторное психотическое расстройство и у 18 пациентов (2,5%) – хроническое бредовое расстройство.

Социальные характеристики обследованных больных представлены в табл. 1.

Средняя длительность пребывания пациентов в ПБ ($\pm$ стандартное отклонение – СО) на момент обследования составляла $48,3 \pm 50,6$ дней, а с учетом даты выписки (сведения о которой в дальнейшем дополнили данные переписи) – $92,7 \pm 66,4$ дней¹, при значительном разбросе в сроках госпитализации (табл. 2). Получающие стационарное лечение больные шизофренией женщины были старше мужчин ($p < 0,05$). При этом была выявлена слабая достоверная корреляция между возрастом и длительностью лечения ($R = 0,24$; $p < 0,05$), а также между женским

¹ Фактический срок лечения пациентов был несколько выше, так как часть больных с длительным пребыванием в больнице переводились в загородные ПБ и, таким образом, при статистическом анализе учитывались как выписанные.

Таблица 1

Социальные показатели обследованных больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра

Показатель	Число больных	
	Абс.	%
Семейное положение (n=709)		
состоит в браке	105	14,8
холост	382	53,9
разведен	156	22,0
вдова (вдовец)	66	9,3
С кем проживает (n=709)		
одинок (нет родственников)	84	11,9
проживает один при наличии родственников	129	18,2
родители+больной	264	37,2
супруг+больной	101	14,2
ребенок+больной	81	11,4
другие родственники+больной	50	7,1
Трудовой статус (n=719)		
работает	42	5,8
учащийся	11	1,5
пенсионер	46	6,4
безработный	150	20,9*
группа инвалидности по психическому заболеванию	457	63,6
группа инвалидности по соматическому заболеванию	13	1,8

Примечания: среди лиц 60 лет и моложе (568 чел.) не работают и не учатся 26,4%.

полом и длительностью лечения ($R=0,13$; $p<0,05$). В частности, количество мужчин, больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, со сроком госпитализации до 84 дней составляло 64,6%, в то время как женщин – только 50,1% ($p<0,001$). Вместе с тем, множественный регрессионный анализ показал, что длительность лечения в больнице в большей степени связана с возрастом больных, чем с их полом ($R=0,20$; $p<0,05$; $\beta_{\text{возраст}}=0,16$, $\beta_{\text{пол}}=0,09$).

В табл. 3 представлены данные о ряде клинико-социальных показателей больных, сгруппированные в зависимости от длительности их лечения в ПБ. Имея в виду довольно высокие значения стандартного отклонения, что увеличивает вероятность ошибки, тем не менее, заметны некоторые тенденции динамики представленных в таблице показателей. Так, при рассмотрении подгрупп больных с увеличивающейся продолжительностью стационарной терапии, отмечается нарастание длительности болезни, увеличение числа пациентов, имеющих группу инвалидности, и давности ее установления, изменение особенностей поступления больных в ПБ (уменьшение числа пациентов, достав-

Таблица 2

Распределение больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра по длительности лечения в больнице

Длительность лечения	Число больных		Средний возраст (n=692)	Пол (n=692)			
	Абс.	%		м	%	ж	%
≤42 дня	146	21,1	40,5±14,4	63	43,2	83	56,8
43–84 дней	243	35,1	45,4±15,7	112	46,1	131	53,9
85–126 дней	153	22,1	49,2±14,6	56	36,6	97	63,4
127–182 дня	87	12,6	49,0±16,6	21	24,1	66	75,9
≥183 дня	63	9,1	51,8±15,2	19	30,2	44	69,8
Итого	692	100,0	46,2±15,7	271	39,2	421	60,1

Таблица 3

Клинико-организационные характеристики обследованного контингента больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра

Длительность лечения	Длительность заболевания (лет)		Наличие группы инвалидности (%)	Давность установления группы инвалидности (лет)		Направлен (%)			Недобровольная госпитализация	Ведущие причины госпитализации			Число предшествующих госпитализаций				Длительность предшествующих госпитализаций			
													12 мес.		36 мес.		12 мес.		36 мес.	
	Ср. ¹	СО		Ср. ¹	СО	ОЗ ²	ПНД	Сам ³		Клин. ⁴	Соц. ⁵	Клин. + соц. ⁶	Ср. ¹	СО	Ср. ¹	СО	Ср. ¹	СО	Ср. ¹	СО
≤42 дня	12,1	10,8	55,5	9,5	8,8	51,8	44,1	4,1	21,4	86,2	3,4	10,4	1,8	1,3	2,8	3,1	52,6	62,9	93,2	118,4
43–84 дней	13,6	11,4	65,8	10,3	9,4	44,4	54,7	1,2	25,3	83,0	2,5	14,5	1,8	1,1	3,1	2,3	79,0	63,1	151,2	138,6
85–126 дней	15,3	11,1	64,1	12,2	10,0	45,1	51,6	3,3	35,5	78,3	2,6	19,1	2,1	2,2	3,2	2,7	105,7	75,8	190,6	183,7
127–182 дня	16,6	12,4	70,1	13,0	9,0	40,6	54,7	4,7	32,9	68,2	5,9	25,9	1,9	1,0	3,3	2,4	132,8	94,8	254,1	233,5
≥183 дня	18,4	14,0	77,8	12,0	9,8	27,0	69,9	3,1	27,4	62,9	8,1	29,0	1,8	0,9	3,0	2,5	188,8	121,5	331,7	267,0
Все больные	14,5	11,7	64,7	11,3	9,4	43,8	53,1	3,1	28,6	79,0	3,7	17,3	1,9	1,4	3,1	3,0	96,1	87,5	175,7	185,9

Примечания: ¹ – среднее значение; ² – поступление по скорой помощи; ³ – самостоятельное обращение в больницу; ⁴ – клинические; ⁵ – социальные; ⁶ – клинические плюс социальные.

ленных «Скорой помощью», и увеличение направленных психоневрологическим диспансером при сокращении удельного веса клинических причин госпитализации и росте социальных – изолированно и, особенно, в сочетании с клиническими).

В определенной степени эти выводы подтверждают данные корреляционного анализа (табл. 4). При этом, обращает на себя внимание, что, несмотря на статистическую значимость выявленных связей, их сила была слабой или даже очень слабой. Единственным исключением в этом ряду были корреляции между длительностью данной госпитализации и аналогичным показателем за последние 1–3 года.

Корреляция между повторностью и длительностью лечения в ПБ была не только статистически значимой, но и заметной (по Чеддоку) – при анализе данного показателя за последние 12 месяцев ($R=0,51$; $p<0,0001$), и сильной – при учете за период 36 месяцев, предшествующих данной госпитализации ($R=0,73$; $p<0,0001$). Больные в течение предшествующего данной госпитализации 1 года поступали в больницу в среднем почти 2 раза, а в течение трех лет – 3 раза (причем повторность практически не зависела от длительности текущей госпитализации – она была примерно равной для всех выделенных подгрупп). 54,1%

больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в течение 12 месяцев поступали в больницу повторно (как минимум, два раза). Повторные ежегодные поступления в больницу в течение 3 лет (общее число госпитализаций за этот период – 6 и более) отмечались у 12,0% больных.

Таким образом, выявляется довольно значительная по объему группа пациентов, которые на протяжении длительного периода времени неоднократно (как минимум, 2 раза в год) госпитализируются в ПБ. При этом в большом числе случаев эти госпитализации являются не только частыми, но и длительными. Анализ данного контингента является чрезвычайно важным, поскольку эти больные потребляют существенную часть ресурсов стационарной психиатрической службы. В частности, пациенты, длительность пребывания которых в ПБ в течение текущей госпитализации превышала 4 месяца (126 дней), составляли 21,7% всех больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, в то время как число койко-дней, приходящееся на их долю, достигало 45,4%. Более того, эти показатели, подсчитанные за предшествующие данной госпитализации 12 месяцев, увеличивались до 29,0% и 62,5% соответственно. При расчете на 36 месяцев – 13,2% больных лечились в больнице

Таблица 4

Связь длительности лечения в ПБ с клинко-социальными показателями больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра

Показатель	Корреляция (rs)
Длительность заболевания	0,15***
Наличие группы инвалидности по психическому заболеванию	0,11**
Длительность группы инвалидности	0,15***
Отсутствие работы без наличия группы инвалидности	-0,09*
Нахождение на пенсии по возрасту	0,04
Работает или учится	-0,11**
Отсутствие пенсии по возрасту или инвалидности	-0,15***
Отсутствие близких родственников	0,25***
Проживание отдельно от родственников при их наличии	0,07
Проживание с родителями	-0,14***
Проживание с супругом	-0,14***
Проживание с детьми (в том числе взрослыми)	0,01
Проживание с другими родственниками	0,02
Проживание с кем-либо из родственников (родители, супруг, дети и пр.)	-0,24***
Состоит в браке	-0,17***
Холост (никогда не состоял в браке)	0,08*
Не состоит в браке (разведен, вдов)	0,02
Поступил по «Скорой помощи»	-0,10**
Поступил по направлению психоневрологического диспансера	0,09*
Обратился за помощью самостоятельно	0,01
Недобровольная госпитализация	0,09*
Преимущественно клинические причины госпитализации	-0,17***
Преимущественно социальные причины госпитализации	0,07
Комбинация клинических и социальных причин госпитализации	0,15***
Наличие социальных причин госпитализации изолированно или в комбинации с клиническими	0,17***
Количество поступлений за последние 12 мес.	0,03
Количество поступлений за последние 36 мес.	0,06
Число поступлений в течение жизни	0,15***
Длительность госпитализации за последние 12 мес.	0,42***
Длительность госпитализации за последние 36 мес.	0,37***

Примечания: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.

за этот период свыше 365 дней (средний срок пребывания для данной выборки – $548,0 \pm 185,7$ дней; 95% доверительный интервал (ДИ)=38,2), что составляет 42,0% койко-дней, проведенных в ПБ за анализируемый период больными шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Количество больных, получавших терапию в ПБ более 6 месяцев (средний срок пребывания – $369,5 \pm 185,3$ дня; 95% ДИ=23,5) за 3 года, составляло 34,7%, но количество проведенных ими койко-дней достигло 74,6%.

В табл. 5 приведены социальные характеристики данного контингента. Обращает на себя внимание, что формальные социальные показатели паци-

ентов с длительными госпитализациями практически не отличались от таковых всей выборки больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, получающих стационарное лечение (табл. 1), за исключением тенденции к меньшему числу больных состоящих в браке и, наоборот, большему количеству пациентов, которые никогда не были замужем и женаты, а также, что естественно, имеющих группу инвалидности ($p < 0,001$).

Ниже представлены данные о характере медикаментозного лечения больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в стационаре (табл. 6, 7), а также о проведенных им лаборатор-

Таблица 5

Социальные показатели больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с длительными сроками госпитализации

Показатель	Число больных с различными сроками госпитализации					
	>126 дней за 12 мес.		>182 дней за 36 мес.		>365 дней за 36 мес.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Семейное положение						
состоит в браке	15	7,6	9	8,7	5	5,7
холост	129	65,1	65	62,5	54	62,1
разведен	39	19,7	21	20,1	20	23,0
вдова (вдовец)	15	7,6	9	8,7	8	9,2
Всего	198	100,0	104	100,0	87	100,0
С кем проживает						
одинок (нет родственников)	36	18,3	16	15,6	14	15,9
проживает один при наличии родственников	39	19,8	23	22,3	16	18,2
родители+больной	74	37,6	38	36,9	34	38,6
супруг+больной	15	7,6	9	8,7	5	5,7
ребенок+больной	16	8,1	9	8,7	8	9,1
другие родственники+больной	17	8,6	8	7,8	11	12,5
Всего	197	100,0	103	100,0	88	100,0
Трудовой статус						
работает	2	1,0	1	0,9	0	0
учащийся	1	0,5	0	0	0	0
пенсионер	11	5,4	6	5,7	3	3,3
безработный	17	8,4	8	7,5	5	5,6
группа инвалидности по психическому заболеванию	169	83,2	89	84,0	82	91,1
группа инвалидности по соматическому заболеванию	3	1,5	2	1,9	0	0
Всего	203	100,0	106	100,0	90	100,0

Таблица 6

Частота назначения различных видов фармакотерапии больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, находящимся в стационаре на момент обследования

Препараты	Число больных (%), получающих соответствующее лечение (n=713)	95% ДИ
Нейролептики	98,3	0,9
традиционные нейролептики	70,3*	3,4
атипичные антипсихотики	41,1*	3,6
пролонги	19,5*	2,9
Корректоры	80,4	2,9
Антидепрессанты	24,0	3,1
Трициклические	13,0*	2,5
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	7,6*	1,9
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина	2,2*	1,1
Другие антидепрессанты	3,6*	1,4
Нормотимики	16,6	2,7
Транквилизаторы	35,3	3,5
Ноотропы	12,3	2,4
Другие препараты	5,3	2,2

Примечания: * – проценты рассчитаны относительно общего количества обследованных пациентов.

ных исследованиях и осмотрах специалистами различного профиля (табл. 8).

Как и следовало ожидать, практически все пациенты получали нейролептики (табл. 6), причем более 40% – атипичные антипсихотики (18,7% больным назначалась комбинация атипичных и традиционных антипсихотиков). Несмотря на то, что шизоаффективное расстройство было диагностировано только в 4,2% случаев, значительно большее

число больных принимали нормотимики (16,6%) и антидепрессанты (24,0%). Только отдельные больные получали более одного антидепрессанта. Еще одной особенностью терапевтической тактики был высокий процент использования транквилизаторов – их принимали более 1/3 пациентов.

Внутримышечные назначения препаратов (табл. 7) в большей степени использовались на начальных этапах лечения (первые 6 недель). Уве-

Таблица 7

Среднее количество процедур парентерального введения препаратов на одного больного шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, находящегося в стационаре на момент обследования

Способ введения препаратов	Среднее число процедур на одного больного (95% ДИ) в зависимости от длительности лечения в ПБ на момент обследования					
	Все больные ¹	≤42 дня ²	43–84 дней ³	85–126 дней ⁴	127–182 дня ⁵	≥183 дня ⁶
Внутримышечно	15,3 (1,4)	12,5 (1,5)	16,1 (2,8)*	24,0 (5,9)**	22,7 (9,9)	25,0 (13,8)
Внутривенно струйно	0,2 (0,1)	0,1 (0,1)	0,2 (0,3)	0,7 (0,6)	0,5 (0,7)	0,4 (0,8)
Внутривенно капельно	1,0 (0,2)	0,9 (0,3)	0,8 (0,4)	1,7 (1,0)*	1,3 (1,1)	1,3 (1,7)

Примечания: среднее значение (95% ДИ): ¹ – 48,30 (3,71); ² – 19,85 (1,08); ³ – 59,70 (1,64); ⁴ – 104,77 (3,23); ⁵ – 147,45 (4,51); ⁶ – 271,25 (56,18); * – p<0,05; ** – p<0,01 (значимость различий между соседними группами пациентов).

Таблица 8

Среднее количество исследований и консультаций на одного больного шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, находящегося в стационаре на момент обследования

Наименование исследования	Среднее число исследований (95% ДИ) в зависимости от длительности лечения больных на момент обследования					
	Все больные ¹	≤42 дня ²	43–84 дней ³	85–126 дней ⁴	127–182 дня ⁵	≥183 дня ⁶
Клинический анализ крови	1,51 (0,11)	1,20 (0,06)	1,55 (0,07)***	2,16 (0,29)***	2,42 (0,43)	3,31 (1,24)
Биохимический анализ крови	1,24 (0,06)	1,09 (0,05)	1,23 (0,09)**	1,64 (0,19)***	1,70 (0,32)	1,69 (1,36)
Анализ крови на содержание лития	0,07 (0,02)	0,07 (0,03)	0,06 (0,04)	0,13 (0,12)	0,06 (0,08)	0
Анализ крови на пролактин	0,02 (0,01)	0,02 (0,02)	0,01 (0,01)	0,03 (0,06)	0	0
Другие лабораторные исследования	1,96 (0,32)	1,80(0,22)	1,97 (0,36)	1,95 (0,67)	1,69 (0,77)	1,61 (1,28)
Электрокардиография	1,09 (0,03)	1,03 (0,03)	1,11 (0,08)*	1,16 (0,01)	1,33 (0,23)	1,38 (0,27)
Эхоэнцефалография	0,04 (0,01)	0,03 (0,02)	0,04 (0,03)	0,02 (0,03)	0,03 (0,06)	0
Электроэнцефалография	0,10 (0,02)	0,10 (0,03)	0,11 (0,05)	0,07 (0,06)	0,12 (0,11)	0
Реоэнцефалография	0,007 (0,006)	0,007 (0,008)	0,005 (0,11)	0,016 (0,03)	0	0
Реовазография	0	0	0	0	0	0
Рентгенография черепа	0,001 (0,003)	0	0,006 (0,011)	0	0	0
МРТ головного мозга	0,024 (0,011)	0,027 (0,027)	0,017 (0,019)	0,016 (0,03)	0	0
Рентгенография легких	0,62 (0,04)	0,56 (0,05)	0,71 (0,07)***	0,69(0,12)	0,76 (0,21)	0,92 (0,52)
Другие инструментальные исследования	0,28 (0,05)	0,26 (0,05)	0,34 (0,011)	0,23 (0,11)	0,15 (0,12)	0,38 (0,61)
Консультация психотерапевта	0,25 (0,05)	0,18 (0,05)	0,29 (0,14)	0,46 (0,25)	0,39 (0,26)	0,38 (0,52)
Консультация психолога	0,20 (0,03)	0,17 (0,04)	0,21 (0,06)	0,30 (0,11)	0,21 (0,14)	0,46 (0,36)
Консультация специалиста по социальной работе	0,006 (0,005)	0,002 (0,005)	0,011 (0,016)	0,16 (0,032)	0	0
Консультация социального работника	0,011 (0,010)	0,004 (0,007)	0,029 (0,037)	0,016 (0,032)	0	0
Консультация терапевта	1,40 (0,07)	1,21 (0,07)	1,49 (0,13)***	1,93 (0,27)**	1,76 (0,42)	2,31 (0,90)
Консультация невропатолога	0,92 (0,03)	0,84 (0,05)	0,97 (0,05)***	1,10 (0,09)*	1,06 (0,19)	1,54 (0,61)
Консультация окулиста	0,60 (0,04)	0,56 (0,05)	0,60 (0,07)	0,72 (0,14)	0,73 (0,18)	0,85 (0,20)
Консультация гинеколога	0,65 (0,05)	0,56 (0,06)	0,79 (0,08)***	0,72 (0,16)	0,94 (0,24)	1,0 (0,54)
Консультация других специалистов	0,64 (0,10)	0,42 (0,09)	0,84 (0,22)***	1,13 (0,44)	0,91 (0,62)	1,77 (1,75)

Примечания: среднее значение (95% ДИ): ¹ – 48,30 (3,71); ² – 19,85 (1,08); ³ – 59,70 (1,64); ⁴ – 104,77 (3,23); ⁵ – 147,45 (4,51); ⁶ – 271,25 (56,18); * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001 (значимость различий между соседними группами пациентов).

личение числа процедур на протяжении последующих двух 6-недельных этапов, хотя и было статистически значимым, существенно отставало от продолжительности лечения. После 4 месяцев терапии в стационаре данный показатель практически не менялся, что указывает на редкость назначения внутримышечных инъекций в этот период. Количество внутривенных вливаний практически не различалось у различных по длительности лечения в ПБ подгрупп больных, что также указывает на большую вероятность их осуществления на начальном этапе пребывания в больнице.

Всего внутримышечные инъекции получали 74,0% госпитализированных больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (среднее количество процедур на одного получавшего их больного составляло 20,7; СО=9,8; 95% ДИ=1,7). Внутривенно струйно препараты вводились 4,0% обследованным пациентам (среднее количество процедур составляло 5,7 на одного получавшего их пациента; СО=4,2; 95% ДИ=1,6); внутривенно капельно – 16,3% (среднее количество процедур – 6,2 на одного получавшего их пациента; СО=5,3; 95% ДИ=0,5).

При анализе осуществленных инструментальных и лабораторных исследований и консультаций специалистов (табл. 8) выявлялась уже отмеченная выше тенденция: большинство из них проводилось на начальных этапах пребывания пациентов в стационаре, и их количество мало менялось в дальнейшем, за исключением обязательных, то есть предписанных имеющимися правилами. Однако и в последнем случае, несмотря на то, что зачастую, отмечалось статистически значимое их увеличение в зависимости от длительности нахождения больных в ПБ, рост их числа заметно отставал от продолжительности лечения в больнице. Кроме того, ряд лабораторных исследований (анализ крови на содержание лития, пролактина) и консультаций (например, социальных специалистов) проводился лишь единичным больным, что разительно не соответствовало уровню назначений (в частности, лития, а также нейролептиков, потенциально вызывающих гиперпролактинемию) и распространенности имеющихся проблем социальной адаптации.

Обсуждение и выводы

Представленные выше данные, в целом, соответствуют приводимым в первой публикации [4]. В то же время, сравнение с внебольничным контингентом больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра [1, 17] демонстрирует заметные их различия, главным образом, касающиеся более тяжелого клинко-социального статуса пациентов стационара. Последние в значительном числе случаев фактически являются отдельной подгруппой диспансерных больных. В частности, ранее было показано [1], что только 15% больных

шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, наблюдающихся в психоневрологическом диспансере (ПНД), госпитализировались в течение 5 лет не менее 3 раз, а почти ¼ пациентов имели за этот период единичные поступления в больницу (1–2 раза). Соответственно, более 60% больных в течение этого времени ни разу не поступали в ПБ и наблюдались только во внебольничных условиях.

Результаты проведенного исследования подтверждают, что в стационаре проходит лечение, в значительной степени, ограниченная наиболее тяжелая группа больных данной диагностической категории. Так, более половины этих пациентов в течение 12 месяцев поступали в больницу повторно. Предшествующее изучение больных шизофренией с частыми и сверхчастыми госпитализациями выявило ряд клинических особенностей течения заболевания, а также социального функционирования у данного контингента пациентов, что требует специальных подходов при оказании им психиатрической помощи [11].

Следует также отметить, что нередко эти госпитализации являются не только частыми, но и длительными. Так, полученные данные свидетельствуют, что больные, находящиеся в стационаре более 4 месяцев за год, составляя только 29% всего контингента, блокируют почти 2/3 коечного фонда, а пациенты с длительностью пребывания в стационаре свыше 6 месяцев за 3 года (1/3 всего контингента) – почти три четверти. При этом интенсивность психофармакологического лечения при увеличении его длительности практически не меняется при очевидном нарастании социальных проблем и катастрофическом отставании психосоциальных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Уже достаточно давно было показано, что клинко-социальный прогноз заболевания (в частности, уровень инвалидизации) в значительной степени связан с особенностями оказания психиатрической помощи в стационарных и внебольничных условиях и их соотношением [13]. В настоящее время разработан и получил юридическое подкрепление целый спектр новых клинко-организационных форм оказания психиатрической помощи во всех ее звеньях [2, 5, 8, 10, 12, 14, 16]. Сюда можно отнести так называемые клиники первого психотического эпизода, отделения интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационные отделения, отделения медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях и ряд других, которые продемонстрировали свою эффективность (клиническую, социальную, экономическую) в отношении помощи данному тяжелому контингенту психически больных. Широкое внедрение и развитие подобных инновационных подходов на современном этапе представляет собой неотъемлемую часть совершенствования психиатрической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилова Е.К., Шевченко В.А., Загиев В.В., Шмуклер А.Б. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и задачи по их психосоциальной терапии и реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, № 4. С. 10–14.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (ред.). Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь). М., 2012. 544 с.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Психиатрическая служба в России. Динамика показателей и анализ процессов развития. М., 2012. 600 с.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Костюк Г.П., Нарышкин А.В. Контигент пациентов психиатрической больницы (по материалам однодневной переписи) // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 2. С. 5–14.
5. Давыдов К.В. Больные шизофренией с повторными длительными госпитализациями (клинико-социальная характеристика и комплексная внебольничная помощь после выписки из стационара): Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005.
6. Киселев А.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний. Рига, 1988. 236 с.
7. Костюк Г.П. Отдаленный катамнез больных шизофренией, уволенных из Вооруженных Сил (с позиций многоосевой диагностики): Дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 1999. 191 с.
8. Лиманкин О.В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2006. 164 с.
9. Папсуев О.О. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с инвалидностью в условиях ком-
плексного центра социального обслуживания: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2010. 183 с.
10. Степанова О.Н. Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в обществе: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009. 174 с.
11. Ткачев Д.Ю., Кирьянова Е.М. Этап сверхчастых госпитализаций у больных, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (роль клинико-психопатологических и социальных факторов) // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 2. С. 19–25.
12. Уткин А.А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009. 153 с.
13. Шашков В.Б. Временная нетрудоспособность и инвалидизация: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1992. 135 с.
14. Шендеров К.В. Клинико-социальные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях дневного стационара психоневрологического диспансера: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2011. 197 с.
15. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1999. 423 с.
16. Щербич Р.М. Особенности оказания психиатрической помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в регионах с большой территорией и малой плотностью населения: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2012. 143 с.
17. Ястребов В.С. Внебольничная шизофрения (клинико-эпидемиологическое исследование): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1987. 44 с.

КОНТИГЕНТ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ (по материалам однодневной переписи)

И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Г. П. Костюк, А. В. Нарышкин

Данная статья является продолжением работы, представленной авторами в предыдущем номере журнала. В ней представлены результаты однодневной переписи контингента больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра психиатрической больницы, выявившие его особенности, а также содержание и объем предоставляемой помощи.

Число обследованных больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра составило 719 человек, в том числе 281 мужчина (39,1%) и 438 женщин (60,9%); средний возраст – 46,2±15,7 лет. Результаты проведенного исследования подтверждают, что в стационаре проходит лечение, в значительной степени, ограниченная наиболее тяжелая группа больных данной диагностической категории. Так, более половины этих пациентов в течение 12 месяцев поступали в больницу

повторно. Нередко эти госпитализации являются не только частыми, но и длительными. При этом интенсивность психофармакологического лечения при увеличении его длительности практически не меняется при очевидном нарастании социальных проблем и катастрофическом отставании психосоциальных лечебно-реабилитационных мероприятий. Решение задачи совершенствования психиатрической помощи данной категории больных требует широкого внедрения ее новых инновационных форм, в частности клиник первого психотического эпизода, отделений интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационных отделений, отделений медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях и ряда других.

Ключевые слова: шизофрения, психиатрическая больница, длительность лечения, психиатрическая помощь.

THE PATIENT POPULATION WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS TREATED IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL (ACCORDING TO ONE-DAY ASSESSMENT DATA)

I. Ya. Gurovich, A. B. Shmukler, G. P. Kostyuk, A. V. Naryshkin

This article continues the subject presented in the previous issue of this journal. It reports the results of a single day registration of all patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders treated in one hospital, the characteristics of this population as well as the content and amount of care.

Total number of investigated patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders was 719 persons; 281 male (39.1%) and 438 female (60.9%); average age 46.2±15.7 years. Results of investigation confirm that the patients treated in the hospital happen to be the most severe cases in this diagnostic category. More than half of these patients had repeated hospitalizations during recent 12 months, and their stay

could be also long. The intensity of psychopharmacological treatment hardly varies and does not seem to depend on duration of therapy while patients' social problems obviously increase, also in the circumstances of 'catastrophic' shortage of psychosocial treatment and rehabilitation measures. Improvement of care for this patients' category includes wide-scope introduction into practice of new 'innovation' forms like first psychotic episode clinics, wards for intensive psychiatric care, outpatient units for medico-social care etc.

Key words: schizophrenia, psychiatric hospital, duration of treatment, psychiatric care.

Гурович Исаак Яковлевич – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе, заведующий отделом внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: prof.gurovich@gmail.com

Шмуклер Александр Борисович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: ashmukler@yandex.ru

Костюк Георгий Петрович – доктор медицинских наук, профессор, главный врач Московской психиатрической больницы №3 им. В.А. Гиляровского, на момент сбора материала являлся главным врачом Московской городской клинической психиатрической больницы №4 им. П.Б. Ганнушкина, e-mail: george.kostyuk@gmail.com

Нарышкин Андрей Владимирович – главный врач Московской городской клинической психиатрической больницы №4 им. П.Б. Ганнушкина, на момент сбора материала являлся заместителем главного врача этой больницы.

ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ И УРОВНЯ ПРИТЯЗАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Е. А. Мальцева*, М. В. Злоказова*, А. Г. Соловьев**

*Кировская государственная медицинская академия, г. Киров,

** Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Понимание шизофрении как заболевания, имеющего биопсихосоциальную природу, привело к внедрению в практику и активному развитию психосоциального направления реабилитации данных пациентов [4, 10, 16, 17]. Современная реальность обязывает врача-психиатра к постановке не просто нозологического диагноза, а формулированию развернутого функционального диагноза с учетом как клинического статуса пациента, так и его социально-психологических особенностей. Все большее внимание уделяется «психологическому портрету» – структуре личности, ее особенностям, а также личностным реакциям на болезнь [2, 5, 8, 14].

Важными характеристиками мотивационной сферы личности являются уровень притязаний (УП) и самооценка [9]. Самооценка – оценка личностью себя, своих возможностей, качеств и места среди других людей, – ценность, приписываемая себе или отдельным своим качествам, являясь ядром личности, становится важным регулятором поведения. От самооценки зависят взаимоотношения человека с окружающими, его критичность, требовательность к себе, отношение к успехам и неудачам, в том числе и к процессу терапии. Низкий уровень самооценки (УС) с отсутствием веры в собственные возможности может проявляться в процессе реабилитации пассивностью пациента, попыткой переложить ответственность за результаты лечения на врача и медперсонал, болезненным восприятием трудностей, возникающих при лечении, и, наоборот, пациенты с завышенным УС склонны нарушать режим терапии, самостоятельно корректировать дозировки принимаемых препаратов, так как уверены, что сами лучше врача знают, чем и как нужно лечиться. При этом, как в случае заниженной, так и в случае завышенной самооценки нарушается комплаенс между пациентом и врачом, что тормозит процесс реабилитации.

С самооценкой тесно связан УП – это степень трудности целей, которые человек перед собой ставит [3]. Постановка неадекватных целей в процессе реабилитации приводит к некомплаенсу, при этом

цели, которые ставят врач и пациент, могут значительно отличаться. Изучение данных психологических характеристик у пациентов молодого возраста с шизофренией поможет определить общую направленность личности и выделить дополнительные «мишени» для реабилитационной работы.

Цель исследования: изучить уровень притязаний и самооценки у пациентов с шизофренией молодого возраста.

Материал и методы исследования

На базе Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В.М.Бехтерева было обследовано 129 пациентов с шизофренией молодого возраста (от 18 до 44 лет включительно), проживающих в г. Кирове и Кировской области. Среди них 53 (41,1%) мужчины, 76 (58,9%) женщин. Средний возраст пациентов составил $31,3 \pm 5,8$ лет. Средняя длительность заболевания – $7,0 \pm 5,2$. Возрастные ограничения приведены согласно существующей в настоящее время классификации ВОЗ и классификации возраста, используемой экспертами ФГУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» [7, 11]. В исследование включались лица обоего пола, находившиеся на стационарном лечении в 2011–2012 годы.

Критерии включения пациентов в исследование:

- верифицированный диагноз параноидной формы шизофрении согласно МКБ-10;
- молодой трудоспособный возраст (18–44 лет);
- стабилизация психического состояния (этап становления ремиссии);
- психологическая и интеллектуальная сохранность пациента, достаточная для выполнения экспериментально-психологического исследования, расстройства мышления, не превышающие умеренной степени выраженности по PANSS (1–4 балла);
- согласие пациента на исследование.

Критерии не включения в исследование:

- злокачественное течение шизофрении;
- пропшизофрения;

- выраженная коморбидная органическая патология головного мозга (последствия черепно-мозговых травм или нейроинфекций, сосудистые заболевания головного мозга, энцефалопатия различной этиологии);

- верифицированный диагноз зависимости от психоактивных веществ;

- тяжелые инвалидизирующие соматические заболевания;

- отказ пациента от исследования.

Критерии исключения из исследования:

- низкий интеллектуальный уровень – 1–3 стена по фактору В «интеллект» 16-ти факторного личностного опросника Кеттелла (форма С);

- выраженные нарушения эмоционально-волевой сферы (неспособность заполнить опросник ВОЗ КЖ-100);

- расстройства мышления по шкале PANSS – 5–7 баллов;

- отказ пациента от исследования в процессе работы.

Для достижения поставленной цели нами были использованы:

1) методика Дембо-Рубинштейн [12] – для субъективной оценки пациентами таких личностных качеств, как здоровье, ум, характер, счастье, внешность, уверенность в себе, изучения УП, то есть уровня этих же качеств, полностью удовлетворяющего обследуемого и определения разницы между УП и УС;

2) 16-ти факторный личностный опросник Кеттелла (форма С) фактор В («интеллект») [6] – для определения интеллектуальной сохранности пациентов;

3) шкала PANSS [15] – для клинической оценки психического состояния пациентов, степени выраженности позитивных, негативных, общих психопатологических синдромов;

4) карта многоосевой оценки психического состояния [13] – для оценки показателя социальной адаптации (СА) и типа приспособительного поведения (ТПП);

5) опросник качества жизни ВОЗ КЖ-100 [1] – для оценки общего показателя и показателей по основным сферам качества жизни (КЖ).

Статистическая обработка данных производилась с помощью программного пакета Statistica 12.0, Statsoft, Inc. При статистическом анализе применялись методы описательной статистики, для сравнения групп по количественным признакам применялся критерий Манна-Уитни, для сравнения групп по качественным признакам применялся критерий Хи-квадрат Пирсона, для оценки взаимосвязи количественных и/или порядковых признаков применялся метод ранговой корреляции по Спирмену. Для всех использованных статистических критериев принят критический уровень значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

Средний показатель УП среди обследованных пациентов составил $84,4 \pm 13,9$. Реалистический (нормальный) УП (60–89 баллов), подтверждающий оптимальное представление о своих возможностях и являющийся важным фактором для эффективной реабилитации, отмечался у 50,4% пациентов; очень высокий (90–100 баллов) с некритическим отношением к собственным возможностям – 43,4%; заниженный (менее 60 баллов) с пассивным отношением к трудностям – 6,2%.

Показатель УП у пациентов молодого возраста с шизофренией не зависел от преморбидных личностных особенностей, возраста пациентов, возраста начала заболевания, длительности и типа течения болезни, частоты госпитализаций за последний год, количества баллов по шкалам PANSS позитивных синдромов и общей психопатологии, пола, особенностей воспитания, уровня образования, места проживания (город/район), жилищно-бытовых условий, семейного положения, интегрального показателя СА и ТПП.

Показатель УП был связан с количеством баллов по шкале негативных синдромов PANSS – чем более выражены негативные расстройства, тем ниже был УП ($r = -0,30 \pm 0,08$, $p < 0,001$). Достоверные корреляционные связи были выявлены между показателем УП и следующими пунктами субшкалы негативных расстройств PANSS: «притупленный аффект», «эмоциональная отгороженность», «пассивно-апатическая социальная отгороженность», «нарушение спонтанности и плавности речи». Данные расстройства приводят к нарушению формирования мотивации, ослаблению либо отсутствию борьбы мотивов, а при более выраженных проявлениях к невозможности постановки адекватных реабилитационных целей и, как следствие, к недостаточной эффективности процесса реабилитации.

УП был достоверно выше среди пациентов, не принимавших поддерживающее лечение, чем среди пациентов, получавших его – $87,4 \pm 11,3$ и $80,5 \pm 16,0$ соответственно ($p < 0,05$).

Среди пациентов, не являвшихся инвалидами по шизофрении, достоверно чаще, чем среди пациентов с группой инвалидности, выявлялся очень высокий УП – 58,2% и 32,4% ($p < 0,01$). Каждый второй пациент без группы инвалидности и каждый третий инвалид вследствие шизофрении хотели бы достичь очень высоких и сложных целей, которые не всегда были адекватны возможностям обследуемых.

Достоверно более высокий показатель УП был выявлен у пациентов, имевших друзей в сравнении с теми, у кого их не было – $87,3 \pm 11,9$ и $81,9 \pm 15,2$ соответственно ($p < 0,05$). Вероятно, ощущение поддержки со стороны друзей и стремление быть «не хуже других» способствовало выдвижению более высоких требований к жизненным целям.

УП у молодых пациентов с шизофренией зависел также и от показателей КЖ по шкале ВОЗ КЖ-100 (табл. 1).

Таблица 1

Корреляционные связи между показателями уровня притязаний и качеством жизни у молодых пациентов с шизофренией по методу ранговой корреляции Спирмена

Показатели	УП
Общая оценка КЖ	0,34±0,08***
Физическая сфера	0,21±0,09*
Психологическая сфера	0,25±0,09**
Уровень независимости	0,27±0,08**
Социальные взаимоотношения	0,37±0,08***
Окружающая среда	0,24±0,09**
Духовная сфера	0,35±0,08***

Примечания: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Чем выше были показатели КЖ, тем выше УП, наиболее значимые корреляционные связи выявлялись между УП и общим показателем КЖ, сферами социальных взаимоотношений и духовной. Пациенты, удовлетворенные основными сторонами жизни, стремились достичь еще больших результатов.

Адекватная самооценка (45–74 балла) наблюдалась в 41,9% случаев; низкая самооценка (менее 45 баллов) с неуверенностью и недооценкой собственных сил – 32,5%; завышенная (75–100 баллов) с «закрытостью для опыта», нечувствительностью к своим ошибкам, неудачам, замечаниям, советам окружающих, затрудняющая построение отношений «врач-пациент» – 25,6%.

УС у пациентов молодого возраста с шизофренией не был связан с преморбидными личностными особенностями, длительностью болезни, частотой госпитализаций за последний год, полом, особенностями воспитания, уровнем образования, местом проживания (город/район), жилищно-бытовыми условиями, семейным положением.

Прямая корреляционная связь средней силы ($r = 0,54 \pm 0,07$, $p < 0,001$) была выявлена между УС и УП – чем выше у пациента самооценка, тем более высокие и сложные цели и задачи он перед собой ставит.

УС коррелировал с возрастом начала болезни – чем в более раннем возрасте регистрировался дебют шизофрении, тем выше была самооценка ($r = -0,25 \pm 0,09$, $p < 0,01$). Можно предположить, что это связано с незрелостью личностных структур и недостаточностью критики у пациентов с ранним началом шизофрении.

Среди пациентов, не являющихся инвалидами по шизофрении, достоверно чаще, чем среди пациентов с группой инвалидности, выявлялась очень высокая самооценка – 34,5% и 18,9% соответственно, и достоверно реже встречалась низкая самооценка – 18,2% и 43,2% ($p < 0,05$), то есть инвалиды более пессимистично оценивали собственные воз-

можности, что может быть связано с высоким уровнем стигматизации и более выраженными негативными расстройствами с утратой веры в себя. Нормальную самооценку имели 47,3% пациентов без группы инвалидности и 37,8% инвалидов.

Более низкая самооценка регистрировалась у пациентов с непрерывным типом течения шизофрении в связи с более выраженными негативными расстройствами по сравнению с пациентами с эпизодическим типом течения с нарастающим дефектом – $52,2 \pm 25,2$ и $65,4 \pm 20,3$ соответственно ($p < 0,05$). Утрата прежних интересов, снижение эмоциональности, нарушение формирования побуждений к различным видам деятельности, равнодушие к окружающим и себе, нарастающая аутизация приводят к пассивности с низкой оценкой собственных личностных характеристик. При этом низкий УС у данных пациентов, вероятно, можно рассматривать как один из симптомов заболевания, выраженность которого достоверно увеличивается по мере нарастания негативной симптоматики ($r = -0,40 \pm 0,08$, $p < 0,001$) при условии относительной сохранности интеллектуальных функций.

Самооценка не была связана с общим количеством баллов по шкале позитивных синдромов PANSS, слабая обратная корреляционная связь была выявлена только между УС и степенью выраженности дезорганизации процесса мышления – по мере нарастания расстройств мышления самооценка снижалась ($r = -0,21 \pm 0,09$, $p < 0,05$). Среди пациентов с умеренными нарушениями мышления УС был достоверно ниже, чем у пациентов с легкими расстройствами, то есть можно говорить о наличии достаточно высокой критичности обследованных в отношении оценки собственной мыслительной деятельности. УС также коррелировал с количеством баллов по шкале общей психопатологии PANSS – чем выше балл по данной шкале, тем ниже самооценка ($r = -0,29 \pm 0,08$, $p < 0,001$). Слабые обратные корреляционные связи были выявлены между УС и субшкалами «тревога» ($r = -0,21 \pm 0,09$, $p < 0,05$), «чувство вины» ($r = -0,23 \pm 0,09$, $p < 0,01$), «напряженность» ($r = -0,20 \pm 0,09$, $p < 0,05$), «депрессия» ($r = -0,23 \pm 0,09$, $p < 0,01$), «активная социальная устранимость» ($r = -0,27 \pm 0,08$, $p < 0,01$).

Достоверно более высокий УС отмечался среди пациентов, не принимавших поддерживающее лечение, в сравнении с пациентами, получавшими его – $62,1 \pm 21,7$ и $48,3 \pm 25,7$ соответственно ($p < 0,01$). Больные, регулярно не принимавшие поддерживающего лечения и не выполнявшие рекомендации психиатра, без критики относились к своему заболеванию и считали себя психически здоровыми. Пациентов, постоянно принимавших поддерживающее лечение, по нашему мнению, можно разделить на две группы: первая – с достаточно высоким уровнем осознания своего заболевания, вторая – пациенты, не считавшие себя психически больными, но

пассивно подчинявшиеся рекомендациям врача. В первом случае факт принятия психической болезни и осознание невозможности жизни без лекарств, безусловно, являлся стигматизирующим фактором, который снижал самооценку. Во втором случае, низкую самооценку можно объяснить преобладанием у пациентов негативных расстройств.

Была выявлена прямая корреляционная зависимость между интегральным показателем СА и УС: чем лучше СА, тем выше у пациентов самооценка ($r=0,25\pm0,09$, $p<0,01$). Работающие пациенты, хорошо адаптированные в социуме, имевшие прочные микросоциальные связи и поддержку со стороны семьи, чувствовали себя более уверенно и оценивали себя выше, чем пациенты с низким уровнем адаптации.

УС также зависел от ТПП: достоверно более высокая самооценка была выявлена у пациентов с конструктивным типом по сравнению с больными, у которых отмечался дезадаптивный морбидный ($68,5\pm19,6$ и $56,1\pm20,3$ соответственно, $p<0,05$), регрессивный ($68,5\pm19,6$ и $48,5\pm26,2$, $p<0,001$) и дезадаптивный антисоциальный ($68,5\pm19,6$ и $48,0\pm22,3$, $p<0,05$) типы. Конструктивный тип регистрировался у относительно сохраненных пациентов, с более высокими возможностями реализации жизненных целей и задач, стремившихся сохранить свое социальное положение, имеющих гармоничные взаимоотношения с микросоциальным окружением. Более низкая самооценка у пациентов с патологическими ТПП может быть связана с выраженными негативными расстройствами (регрессивный тип) и психопатоподобными нарушениями, приводящими к проблемным отношениям с обществом.

Слабая обратная корреляция была выявлена между возрастом пациентов и самооценкой ($r=-0,24\pm0,09$, $p<0,01$): чем старше возраст пациента, тем ниже УС.

Достоверно более высокий УС был выявлен у пациентов, которые отметили, что у них есть друзья по сравнению с теми, кто не имел друзей – $62,0\pm23,3$ и $50,5\pm24,4$ соответственно ($p<0,01$).

УС у молодых пациентов с шизофренией зависел также и от показателями КЖ по шкале ВОЗ КЖ-100 (табл. 2).

Таблица 2

Корреляционные связи между уровнем самооценки и качеством жизни у молодых пациентов с шизофренией по методу ранговой корреляции Спирмена

Показатели	УС
Общая оценка КЖ	$0,48\pm0,08^{***}$
Физическая сфера	$0,49\pm0,08^{***}$
Психологическая сфера	$0,60\pm0,07^{***}$
Уровень независимости	$0,50\pm0,08^{***}$
Социальные взаимоотношения	$0,54\pm0,07^{***}$
Окружающая среда	$0,42\pm0,08^{***}$
Духовная сфера	$0,49\pm0,08^{***}$

Примечания: *** – $p<0,001$.

Чем выше показатели КЖ, тем выше УС, прямая связь средней силы была выявлена между УС и общим показателем КЖ, а также всеми сферами КЖ. Пациенты, удовлетворенные собственной жизнью, более позитивно оценивали и свои возможности.

Важным критерием является разница между УП и УС. В норме она должна составлять от 8 до 22 баллов, при этом притязания служат стимулом личностного развития. Если разница между ними от 0 до 7 баллов – личностного роста быть не может. В случае, если данный показатель ≥ 23 баллов наблюдается конфликт между тем, к чему человек стремится и тем, что он считает для себя возможным. Нормальная разница между исследуемыми показателями отмечалась лишь у 31,8% пациентов, разница от 0 до 7 баллов – 17,0% и резкий разрыв между УП и УС – 51,2%.

Сильная обратная корреляционная связь была выявлена между УС и показателем разницы: чем выше УС, тем меньше показатель разницы ($r=-0,83\pm0,05$, $p<0,001$) и наоборот.

Уровень разницы коррелировал с теми же показателями, что и УС – степень выраженности расстройств ассоциативного мышления ($r=0,18\pm0,09$, $p<0,05$), количество баллов по шкале негативных синдромов PANSS ($r=0,31\pm0,08$, $p<0,001$), шкале общей психопатологии ($r=0,23\pm0,09$, $p<0,01$), пунктами «тревога» ($r=0,23\pm0,09$, $p<0,01$), «напряженность» ($r=0,23\pm0,09$, $p<0,01$), «депрессия» ($r=0,18\pm0,09$, $p<0,05$), «активная социальная устранимость» ($r=0,25\pm0,09$, $p<0,01$), уровень СА ($r=-0,21\pm0,09$, $p<0,05$) и КЖ ($r=-0,35\pm0,08$, $p<0,001$). Показатель разницы не был связан с УП.

У пациентов, имевших резкий разрыв между УП и УС, отмечались трудности в процессе реабилитации за счет внутриличностного конфликта между собственными возможностями и неадекватно завышенными стремлениями. Коррекция данного психологического конфликта должна являться одной из целей реабилитации для повышения ее эффективности. Пациенты, имевшие незначительную разницу между данными показателями, были полностью удовлетворены собой, достигнутыми результатами, их все устраивало, поэтому мотивация для проведения реабилитации была недостаточной. Следовательно, для повышения мотивации к реабилитационной работе необходимо формирование адекватной самооценки.

Выводы

Таким образом, у пациентов молодого возраста, страдающих шизофренией, в 49,6% случаев были выявлены нарушения в мотивационной сфере в виде завышенного или заниженного УП, в 58,1% – нарушения самооценки, в 68,2% – неадекватная разница между УС и УП.

Заниженный УП выявлялся преимущественно у пациентов с преобладанием негативных симптомов, при неудовлетворенности КЖ и у лиц с низкой самооценкой. Очень высокий УП наблюдался преимущественно у обследуемых, не принимавших поддерживающего лечения, без группы инвалидности, с сохраненными социальными связями.

Низкая самооценка регистрировалась у пациентов-инвалидов с непрерывным течением шизофрении, при преобладании в структуре болезни негативных симптомов, наличии дезадаптивных

ТПП, утраченных микросоциальных связей и низких оценках КЖ. Завышенная самооценка отмечалась у сохранных пациентов без группы инвалидности с высокими показателями СА и КЖ.

Влияние самооценки и УП на поведение пациента, в том числе на процесс реабилитации, несомненно, поэтому необходимо включение в программу психосоциальной реабилитации молодых пациентов с шизофренией блока мероприятий, направленных на выявление и коррекцию данных психологических характеристик.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике / Под ред. М.М.Кабанова. СПб.: СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 1998. 66 с.
2. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и психологов. СПб.: ИКФ «Фолиант», 2002. 256 с.
3. Головин С.Ю. Словарь практического психолога. Минск: Харвест, 1998. 800 с.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: ИД Медпрактика-М, 2007. 492 с.
5. Дитятковский М.А., Аристов А.А., Коцюбинский А.П., Санькова А.М. Значение когнитивных стилей в системе психологической адаптации больных шизотипическими расстройствами // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2006. Т. 3, № 3. С. 26–29.
6. Капустина А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла. СПб., 2001. 97 с.
7. Кардаков Н.Л. Особенности первичной инвалидности молодого возраста с учетом группы инвалидности в Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2006. № 2. С. 35–37.
8. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и соавт. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. СПб.: «Гиппократ+», 2004. 336 с.
9. Мальцева Е.А., Злоказова М.В. Исследование самооценки и уровня притязаний у пациентов молодого возраста, страдающих шизофренией // Сборник материалов межрегиональной конференции «Бехтеревские чтения». Киров, 2011. С. 45–46.
10. Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство / Под ред. В.Н.Краснова, И.Я.Гуровича, С.Н.Мосолова и соавт. М.: Медпрактика-М, 2007. 260 с.
11. Пугиев Л.И. Потребность инвалидов молодого возраста в профессиональной реабилитации и особенности трудового устройства инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2008. № 2. С. 19–21.
12. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике (практическое руководство). М.: Медицина, 1970. 215 с.
13. Рустанович А.В., Фролов Б.С. Многоосевая диагностика психических расстройств у военнослужащих. СПб.: ВмедА, 2001. 40 с.
14. Bustillo J.R., Lauriello J., Horan W.P., Keith S.J. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update // Am. J. Psychiatry. 2001. Vol. 158, N 2. P. 163–175.
15. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr. Bull. 1987. Vol. 13. P. 251–275.
16. Mojtabai R., Nicholson R.A., Carpenter B.N. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies // Schizophr. Bull. 1998. Vol. 24. P. 569–587.
17. Pfammatter M., Junghan U.M., Brenner H.D. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses // Schizophr. Bull. 2006. Vol. 32. P. S64–S80.

ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ И УРОВНЯ ПРИТЯЗАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Е. А. Мальцева, М. В. Злоказова, А. Г. Соловьев

Проанализированы показатели уровня притязаний и самооценки у 129 пациентов с шизофренией молодого возраста (18–44 лет). Отклонения в мотивационной сфере в виде завышенного или заниженного уровня притязаний были выявлены у каждого второго пациента, нарушения самооценки регистрировались в 58% случаев, неадекватная разница между показателями уровня притязаний и самооценки – в 68%. Несомненно, данные психологические особенности оказывают

отрицательное влияние на процесс реабилитации. Включение в программу психосоциальной реабилитации молодых пациентов с шизофренией мероприятий, направленных на коррекцию уровня притязаний и самооценки, позволит повысить эффективность реабилитационных мероприятий у исследуемого контингента.

Ключевые слова: шизофрения, молодой возраст, уровень притязаний, самооценка, психосоциальная реабилитация.

SELF-ESTEEM AND EXPECTATIONS OF YOUNG SCHIZOPHRENIC PATIENTS

E. A. Maltseva, M. V. Zlokazova, A. G. Solovyov

The authors have analyzed the expectations and self-esteem characteristics in 129 young schizophrenic patients (18–44 years). Deviations in motivation sphere showing as too high or too low expectations are found in every second patient, inadequate self-esteem is registered in 58% of cases, and abnormal differences between expectations and self-esteem are found in 68%. These psychological characteristics

have an obvious negative effect on patients' rehabilitation. Introduction in psychosocial rehabilitation program for young schizophrenic patients specific measures aimed at correction of their expectations and self-esteem can increase the efficacy of rehabilitation measures.

Key words: schizophrenia, young age, expectations, self-esteem, psychosocial rehabilitation.

Мальцева Екатерина Александровна – аспирантка кафедры психиатрии Кировской государственной медицинской академии, г.Киров; e-mail: 1-2-3-4-83@mail.ru

Злоказова Марина Владимировна – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии Кировской государственной медицинской академии; e-mail: marinavz@mail.ru

Соловьев Андрей Горгоньевич – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора института ментальной медицины Северного государственного медицинского университета, г.Архангельск; e-mail: asoloviev1@yandex.ru

ДИНАМИКА ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА В ОТВЕТ НА ГАРМОНИЧЕСКОЕ ЗВУЧАНИЕ В СООТВЕТСТВИИ С ЭКСТРЕМУМАМИ МАКСИМУМ И МИНИМУМ СПЕКТРА ФОНОВОЙ ЭЭГ

Е. А. Григорьева, А. А. Певзнер, А. Л. Дьяконов

*Ярославская Государственная медицинская академия,
Ярославский Государственный педагогический университет им. Ушинского*

При наличии психических расстройств в головном мозге возникают патологические нейронные связи, которые являются основой для формирования патологически устойчивого состояния [1]. Попытки расшатать патологически устойчивое состояние существуют давно. Одним из них является электросудорожная терапия, которая чаще используется при лечении затяжных и хронических депрессий, шизофрении, резистентной к психофармакотерапии или при плохой переносимости психотропных препаратов. Эффективность этого способа лечения колеблется, по данным [20] – от 30% до 47%. Однако, несмотря на такое, казалось бы, радикальное воздействие на мозг, рецидив мог возникнуть в первые 6 месяцев после окончания ЭСТ [21]. Кроме того, метод несёт множество нежелательных явлений не только во время сеансов, но и после них. Прежде всего – это грубые нарушения памяти, которые могут быть необратимыми [15].

Другим, довольно распространённым методом, направленным на расшатывание патологических нейронных связей, является бинауральная технология синхронизации полушарий мозга [17–19], основанная на резонансном отклике мозга, и, благодаря которому, возникает желаемая перестройка биоэлектрической активности. В зависимости от частоты бинауральные ритмы могли быть как стимулирующими, так и успокаивающими. Однако в этих работах не даётся информации об определении конкретной частоты бинаурального ритма в функции индивидуального биосигнала человека с целью обеспечения соответствующей реакции мозга. Кроме того, для достижения желаемого результата бинауральные ритмы должны быть довольно интенсивными, что вызывает такие нежелательные явления, как головная боль и головокружение.

Дезорганизацию деятельности мозга, а следовательно и расшатывание патологического устойчивого состояния вызывает транскраниальная маг-

нитная стимуляция, которая имеет много общего с ЭСТ, но которая обеспечивает большую направленность на мозговые ткани (в отличие от ЭСТ, где большая часть импульса поглощается мягкими тканями и костями черепа). Транскраниальная магнитная стимуляция (воздействие на префронтальную кору и вертекс) способна редуцировать депрессивное расстройство [12, 13], в том числе и тяжёлые депрессии с психотическими симптомами [14]. У практически здорового человека воздействие над левой долей префронтальной коры вызывает состояние грусти, над правой – счастья [16]. Процедура довольно болезненная сама по себе, может сопровождаться судорогами. После сеанса – головная боль, шум в ушах.

Накоплен большой опыт в области лечения инсомний, депрессий, тревожных состояний, а также опыт адаптации здоровых людей к психическим нагрузкам при помощи методик и программ звукового воздействия под названием «Музыка мозга» [4–6]. Метод безопасен, но в работах отсутствуют сведения о связи конкретных частот спектра биосигнала с частотами гармоник активирующих звуков.

Оправданным является и следующий метод расшатывания или устранения патологического устойчивого состояния – электростимуляция определённых структур мозга при помощи вживлённых электродов [1–3]. Особого внимания здесь заслуживает применение слабого синусоидального тока, колеблющегося в периоде медленноволнового спектра ЭЭГ. Естественно, патологически устойчивое состояние состоит из многих компонентов, объединяющих не только связи между структурами, системную организацию мозговых процессов. Оно – многокомпонентно. Срабатывают генетические предпосылки, нейрохимические и гормональные перестройки. Положительная клиническая динамика происходит с изменением нейрогуморальных механизмов, но эти изменения лишь количественные и

вариабельные. Качественная биохимическая динамика была обнаружена (сразу после воздействия, но не при отсроченном воздействии) в виде низкомолекулярных фракций (пептидный спектр) в спинномозговой жидкости. Это положение в дальнейшем подтверждено аутогемоликворотрансфузией (введение в спинномозговую жидкость низкомолекулярных фракций того же больного).

Таким образом, существующие методы дестабилизации патологически устойчивого состояния не устраняют необходимости поиска новых направлений, которые отдельно или в сочетании с существующим психофармакологическим лечением могут значительно улучшить результаты.

Ранее (86 практически здоровых людей) была впервые выявлена общая закономерность реакции мозга человека при воздействии звуковыми гармоническими сигналами различной частоты. Значение частот гармонического звукового воздействия, при котором возникает или усиливается реакция синхронизации или десинхронизации биопотенциалов мозга, определено исходной (до звукового воздействия) ЭЭГ каждого индивидуума в соответствии с частотами экстремумов спектрального состава ЭЭГ. Реакция синхронизации/десинхронизации возникает или усиливается не только при воздействии гармоническим звуком в соответствии с экстремумами максимум/минимум фоновой ЭЭГ, но и при воздействии гармоническим звуком с частотой, кратной экстремумам максимум/минимум с коэффициентом кратности 2^n [8–10]. Никаких нежелательных явлений зарегистрировано не было. Кроме того, выявлен звук с частотой, кратной одновременно частотам максимум и минимум, что вполне объяснимо, так как в природе нет абсолютной полярности. При воздействии этим звуком перестройка биопотенциалов мозга была более радикальной.

Как следствие установленных закономерностей, появилась возможность по-новому влиять на биопотенциалы мозга, расшатывая патологически устойчивые связи.

Цель работы: воздействовать на биоэлектрическую активность мозга больных депрессиями гармоническими звуковыми сигналами в соответствии с экстремумами максимум и минимум спектра фоновой ЭЭГ, пытаясь, расшатывая патологически устойчивое состояние, добиться ослабления или устранения депрессивного расстройства.

Работа поисковая, и многие возникающие по её ходу вопросы требуют не только дальнейшего наблюдения, но и дополнительных методов исследования.

Материал и методы исследования

Обследовано 38 больных с рекуррентным депрессивным расстройством (количество приступов в среднем $3 \pm 1,02$) в возрасте от 18 до 40 лет. Из них у 21 диагностировано затяжное и хроническое депрессивное расстройство, у 17 – первый депрессивный эпизод 2–4-недельной давности, не леченный. Пациенты с затяжными и хроническими депрессиями безрезультатно принимали различные антидепрессанты группы СИОЗС в сочетании с бензодиазепинами или небольшими дозами атипичных (в основном зипрекса, эглонил) или классических (хлорпротиксен, сонапакс) нейролептиков. На время настоящего исследования принимаемые препараты не отменялись. Депрессии в обеих группах по глубине были умеренными с доминирующим тоскливым аффектом без факультативных симптомов. При затяжных и хронических депрессиях аффект включал в себя значительный апатический компонент. Клиническая оценка дополнялась оценкой по шкале Гамильтона для депрессий (17 пунктов).

Из исследования исключались больные с аллергическими заболеваниями, с органическим поражением головного мозга, беременные, кормящие женщины, больные, злоупотребляющие алкоголем, токсическими и наркотическими веществами.

У всех пациентов регистрировалась фоновая ЭЭГ (16 каналов в соответствии с международным стандартом), ЭЭГ в момент подачи звука и ЭЭГ после звукового воздействия. На их основе по программе «Brainlog» проводился спектральный анализ ЭЭГ, в результате которого выделялись экстремумы максимум (превышающие по амплитуде соседние частоты-гармоники) и экстремумы минимум (уступающие по амплитуде соседним частотам-гармоникам). Естественно, для каждого индивидуума характерен свой спектр фоновой ЭЭГ, свои экстремумы в данный период времени. Следовательно, гармонический звук был индивидуальный, имел свой диапазон звукового воздействия в соответствии с экстремумами с коэффициентом кратности 2^n . Кратность гармонического звука использовалась в диапазоне от 200 до 1500 Гц. Звук подавался бинаурально со стандартной для всех больных громкостью и продолжительностью (1 мин.). Перерыв между звучаниями 2–3 минуты. Выявленная зависимость характерна для всех отведений, но наиболее чётко она отмечалась в затылочных и верхне-височных зонах, которые и использовались для анализа. Количество звучаний за один сеанс от 4 до 6. Фоновая ЭЭГ, ЭЭГ в момент подачи звука и после него записывались при каждом звучании. Экстремумы в фоне после каждого звучания менялись, в результате изменялся и подаваемый звук. Шкала Гамильтона оценивалась перед первым звучанием и после сеанса. Каждому больному в зависимости от продолжительности и качества терапевтического эффекта проводилось от 3 до 15 сеансов звукового воздействия с заполнением шкалы HAM-D. Как правило, повторные сеансы были на следующий день после возврата депрессии.

Результаты исследования и их обсуждение

Установлено, что при воздействии на пациента гармоническим звуковым сигналом в соответствии с частотами кратными экстремумам, происходит существенная перестройка биоэлектрической активности мозга, которая влияет на клиническую картину депрессии.

В первой группе (21 человек) в случаях с затяжными и хроническими депрессиями (23,7 балла по шкале HAM-D) ослабление депрессии после каждого сеанса наступало сроком от 10–30 мин до 7–14 дней (если не наблюдалось в дальнейшем полного продолжительного выхода). Улучшение отмечали и сами больные, и оно подтверждалось опросом по шкале HAM-D. В основном это стабильно происходило за счёт ослабления самого депрессивного настроения и связанных с ним двух других симптомов: чувства вины, суицидальных мыслей. Другие симптомы шкалы от сеанса к сеансу изменялись более мозаично. Именно в этой группе количество проведённых сеансов было наибольшим (в среднем 10). После каждого сеанса больные чувствовали себя лучше, но у 5 (23,81%) депрессия возвращалась через несколько минут, дней примерно на тот же исходный уровень. После кратковременного улучшения пациенты воспринимали возврат наиболее тяжело, и после 15-го сеанса работа с ними была прекращена. Шесть обследованных (28,57%) вышли из депрессии полностью (без инверсии фазы). Необходимое количество сеансов у них – от 5 до 11. Причём каждый из повторных сеансов давал тот же нестабильный эффект – от 10–15 мин до недели-двух, и вдруг на каком-то из сеансов наступал продолжительный выход из депрессии. В 10 оставшихся случаях наступила ремиссия (9–12 баллов). Продолжая медикаментозное лечение, больные выписаны под наблюдение участкового врача. Катамнестическое наблюдение за 6 пациентами, которые вышли из депрессии после сеансов полностью, показало: у трех – в течение последующего 1 года рецидивов не выявлено, у остальных трех – через 3, 5 и 8 месяцев, соответственно, вновь развилась депрессия. У одного из них – депрессия усложнилась: появился факультативный симптомокомплекс по типу гипопатической деперсонализации в виде чувства изменённости своего «Я», гипопатического варианта дереализации (все нереально, как бы за матовым стеклом, за вуалью), отчуждение витальных чувств. Следует отметить, что все больные, несмотря на рекомендации продолжать лечение, самостоятельно, почувствовав себя вполне здоровыми, прекратили медикаментозную терапию, через 3–4 месяца. Интересен и тот факт, что стабильный выход из депрессии на данном этапе исследования по типу перестройки ЭЭГ, по применяемой частоте звучания предугадать было невозможно. ЭЭГ каждого индивидуума, в каждое звуковое воздействие перестраивалась по-разному. В 10 случаях, когда после сеансов зву-

кового воздействия имела место не интермиссия, а ремиссия, катамнестически была зарегистрирована следующая картина. Семь пациентов, получая противорецидивную терапию нормотиками и антидепрессантами группы СИОЗС, в течение последующего года рецидивов не имели. У двух больных через 2 и 5 месяцев, несмотря на продолжающееся лечение, развилось повторное депрессивное расстройство. У одного пациента на фоне двухмесячного лечения золофтом впервые возникло маниакальное состояние, и диагноз был изменен на биполярное аффективное расстройство.

В качестве примера выхода из затяжной депрессии в структуре рекуррентного депрессивного расстройства (эпизод умеренной депрессии с соматическими симптомами) приводим краткую историю болезни больного Б., 1969 г.р. По специальности – врач (в 1994 г. окончил ЯГМА). Врачом практически не работал. Занимался, с его слов, «малым бизнесом». По характеру тревожно-мнительный, «волнительный», малообщительный. В течение жизни были лёгкие колебания настроения в сторону снижения. К врачам не обращался, не лечился. Такие состояния не были продолжительными и через несколько дней проходили самостоятельно. С женой в разводе. Живёт один, но активно поддерживается матерью.

Первое значительное расстройство настроения, которое приняло сразу затяжной характер, наступило в марте 2008 года. Был стационарирован в ЯОКПБ, где находился с 31.03.08 до 6.11.08 года с диагнозом затяжной депрессивный эпизод, умеренный с соматическими симптомами. Кроме основных и дополнительных депрессивных симптомов, периодически, аутохтонно возникала аутопсихическая деперсонализация («я» – не «я», «какой-то не такой»), которая могла держаться от нескольких часов до нескольких суток и уходила по мере лечения. В течение 7 месяцев стационарной терапии получал препараты группы СИОЗС в сочетании с бензодиазепинами или атипичными нейрорептиками. Выход – на сочетании стимулятора и солиана. Выписан на поддерживающей терапии стимулятором под наблюдение участкового психиатра и до июня 2010 года чувствовал себя неплохо. Весной 2010 года самостоятельно прекратил приём препарата.

Повторное поступление в ЯОКПБ 4.07.10 года с диагнозом: рекуррентное депрессивное расстройство, депрессивный эпизод умеренный с соматическими симптомами. Явлений деперсонализации выявлено не было, но имел место смешанный тоскливо-апатический аффект, без суточных колебаний с витальным компонентом в области сердца. Получал без особого положительного эффекта самые разные сочетания препаратов: антидепрессанты группы СИОЗС, СИОЗСН с бензодиазепинами и атипичными антипсихотиками.

В начале марта 2011 года больному было предложено в добавление к основному лечению (на тот мо-

мент – симбалта 120 мг, эглонил 150 мг, клоназепам 0,002 на ночь) пройти сеансы гармонических звуковых воздействий в соответствии с фоновой ЭЭГ и выделенными экстремумами максимум и минимум. На что было получено согласие.

Больной, как и при поступлении, продолжал жаловаться на подавленное настроение с доминирующим тоскливо-апатическим аффектом, с витальным компонентом в области сердца. По сравнению с поступлением, в структуре депрессии нарастал апатический компонент, появились суточные колебания настроения (с утра хуже), исчезли на фоне терапии пре-, интра-, постсомнические нарушения. Однако сохранялась бедная мимика и пантомимика, односложный разговор в замедленном темпе, монотонность голоса. Был крайне неуверен в себе, своих силах, отсутствовал интерес к любому виду деятельности, чувствовал утрату «своего жизненного потенциала», энергии. Требовалось усилие, чтобы приступить к любой работе. Однако, «преодолевая себя», полностью ухаживал за собой, старался помочь больным, персоналу. Отмечал чувство вины: «Перестал пить таблетки», «подвёл мать, поступив в больницу, а у неё больное сердце». При воспоминании о матери появлялась тревога, чувство субъективного напряжения, на глаза навёртывались слёзы. Опасался, что с матерью случится что-то плохое. Описывал нечастые головные боли в лобно-височных областях, в виде чувства тяжести,

«отупения», которые возникают при смене погоды, при «неудачном дне». Сердцебиение, сухость во рту беспокоили больше по утрам, «не каждый день», частое послабление стула с метеоризмом или, напротив, запоры. Appetit плохой, ел с принуждением. Похудел, в том числе и за последний месяц. Своим состоянием обеспокоен, говорит в основном о нём. На другие темы практически не переходит. Осознаёт, что болен депрессией. Настроен на любое лечение, «только бы помогло». Количество баллов по HAM-D до воздействия звуком – 23.

Первый сеанс звукового гармонического воздействия был проведён 10.03.11 года (четыре звучания). На рис. 1 показаны спектры ЭЭГ до звука, во время первого звучания и после звука. Происходит перестройка биоэлектрического сигнала. После гармонического звучания частотой 320 Гц произошло увеличение амплитуды тета-ритма, особенно на частоту 7 кол/сек, увеличение амплитуды альфа-ритма на частоте 10 кол/сек, низкочастотного бета- (особенно на частотах 14 кол/сек), высокочастотного бета-ритма – 19,5 кол/сек. В целом изменения в структуре быстрых ритмов менее определены. Последующие 3 звучания выявили разную, неспецифическую перестройку биопотенциалов мозга. К концу сеанса пациент почувствовал, что «на душе стало легче». Появилось желание поспать. В палате проспал 1,5 часа, проснулся «почти здоровым» (HAM-D – 8 баллов). Хорошее состояние дли-

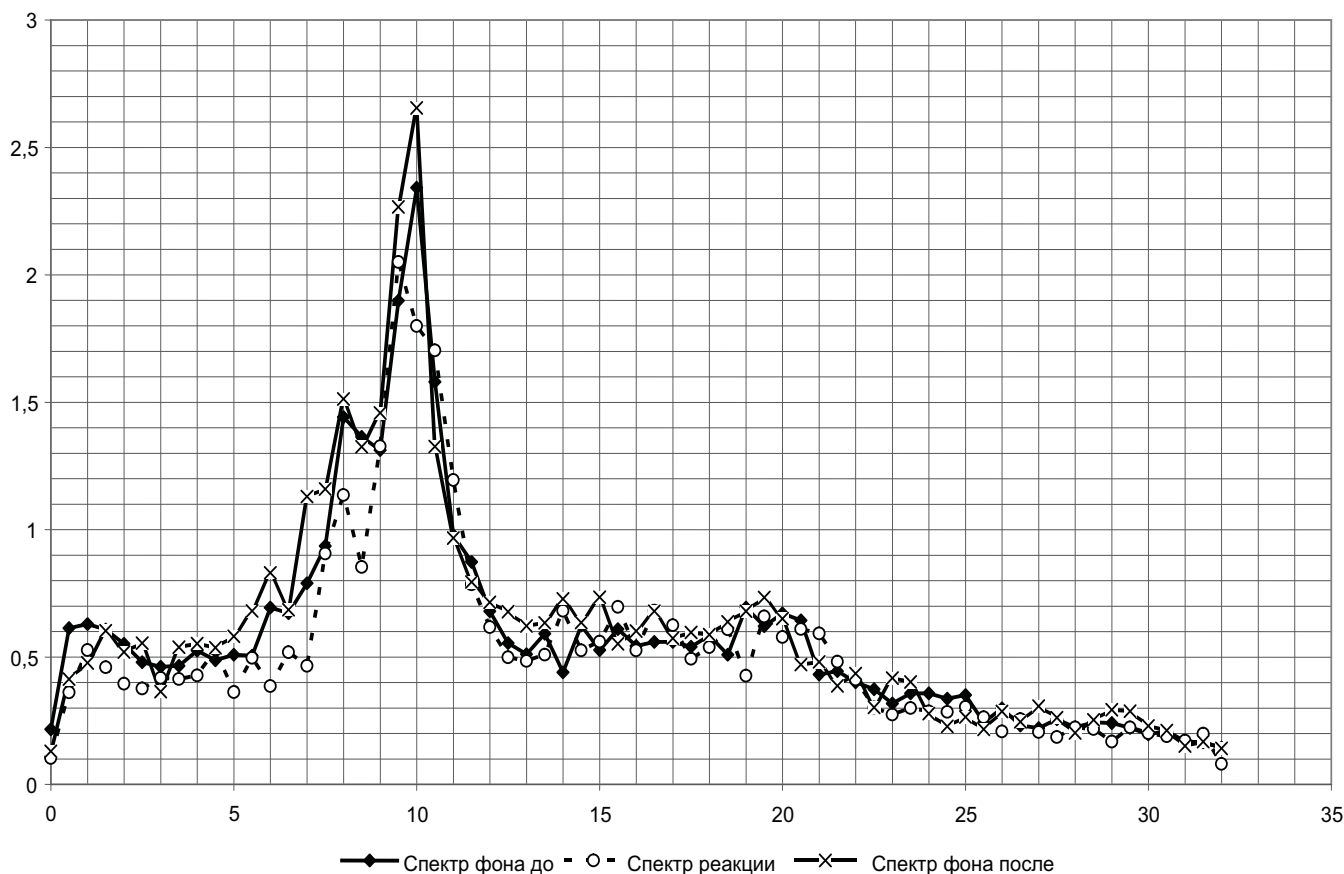


Рис.1. (Б. 2011-03-10 14:06:18) 320 Гц (5 Гц, $n = 6$) + 2 Гц (по горизонтали – частота ритмов, по вертикали – амплитуда)

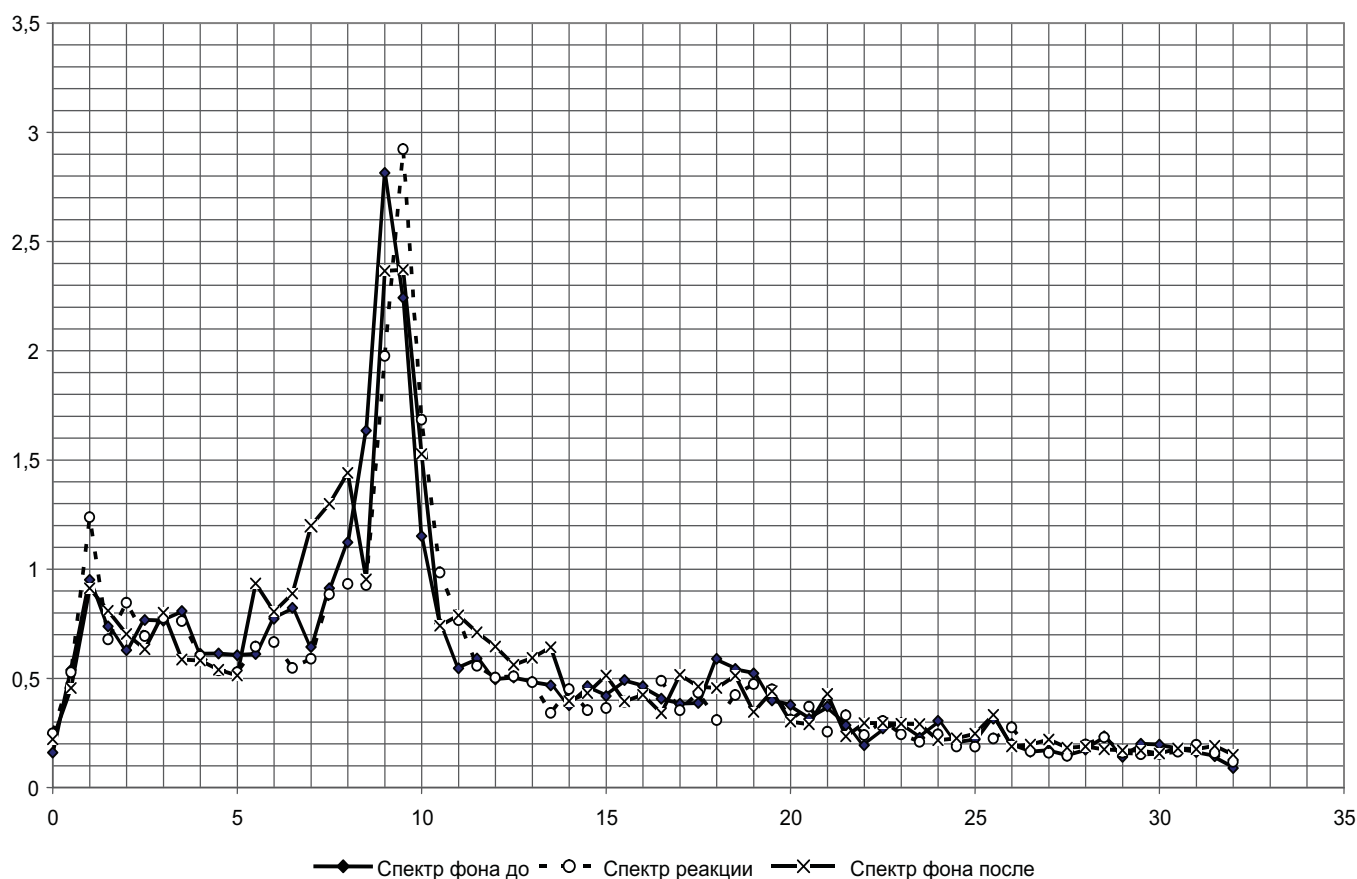


Рис. 2. (Б. 2011-04-01 12:19:42) 1216 Гц (9.5 Гц, 18 Гц, $n = 6, 7$) ± 3 Гц (по горизонтали – частота ритмов, по вертикали – амплитуда)

лось 4 суток. На 5 сутки – возврат депрессии, но в несколько более лёгкой форме (уровень депрессии по шкале HAM-D – 17 баллов). 15.03.11 года был проведён повторный сеанс, состоящий из 4 звучаний. Пациент не отмечал последующей сонливости, был бодрым, активным (HAM-D – 7 баллов). Улучшенное состояние держалось в течение недели. В дальнейшем было проведено ещё 5 сеансов по 4–6 звучаний. Интересно, что на 3–4 сеансы воздействия гармоническим звуком в соответствии с экстремумами максимум и минимум улучшение констатировалось, соответственно, на 20 мин и сутки, на 5-й сеанс – примерно на час, на 6-й – 4 суток. Каждое звучание вызывало разные перестройки биоэлектрической активности мозга. Последний (7-й) сеанс осуществлён 1.04.11 года (рис. 2), который обеспечил выход из депрессии (HAM-D – 6 баллов) на последующие 5 месяцев. Перед выходом на 5-м звучании увеличилась амплитуда и частота волн тета-диапазона, несколько снизилась амплитуда альфа-ритма с плато на 9–9,5 Гц, увеличилась амплитуда низкочастотного бета-ритма. Изменения в амплитудно-частотных показателях высокочастотного бета-ритма менее определены. Пациент выписан из стационара на поддерживающей терапии симбалта (60 мг/сут) и не обращался за помощью до сентября 2011 года. Стабильное состояние у больного Б. держалось до конца сентября 2011 года. Третье поступление в клинику – 25 сен-

тября 2011 года. Обострение на фоне приема стимулотона (сертралина) было спровоцировано неприятностями бытового характера. По структуре депрессия была аналогична депрессии при втором поступлении и вновь приняла затяжной характер.

В группе пациентов с первым умеренным депрессивным эпизодом (HAM-D в среднем – 22,2 балла – 17 человек) имела место аналогичная картина: ослабление депрессивных расстройств после каждого сеанса регистрировалось от 10–30 мин до 7–14 дней стабильно за счёт ослабления депрессивного настроения, суицидных мыслей, чувства вины. Кроме того, ослабевала или устранялась поглощённость, озабоченность своим здоровьем, появлялась критическая оценка состояния. Другие симптомы депрессии изменялись от сеанса к сеансу нестабильно. В двух случаях из 17 (11,76%) больным женщинам практически безрезультатно были проведены все 15 запланированных сеансов гармонического звукового воздействия (исходный балл по шкале HAM-D у первой был в среднем 22,1; у второй – 20,3; структура депрессии простая). У первой – ослабление депрессии (до 13 и 15 баллов) наблюдалось после четвертого и тринадцатого сеансов гармонического звука сроком, соответственно, на семь и четверо суток; у другой – после третьего и десятого сеансов на одни и пять суток с тем же количеством баллов. Другие сеансы давали у обеих женщин лишь кратковременное ослабление депрессивной симпто-

матики (10–15 мин.). Присоединение к процедурам после 7 и 8 сеансов медикаментозной терапии (у одной – золофт – 150–200 мг/с и хлорпротиксен 50 мг на ночь, у другой – паксил 40 мг/с и феназепам 1 мг на ночь) не привело к положительной динамике. В дальнейшем (уже без звукового воздействия) депрессия у первой пациентки продолжалась 3 месяца, у второй – 4 месяца. В первом случае через 3 месяца у пациентки выход из депрессии был обусловлен не только фармакотерапией, но и достаточно сильной положительной эмоцией.

В среднем в группе с первичным депрессивным эпизодом количество сеансов, обуславливающих более стабильное ослабление депрессии, было немного меньше – 8. Так же, как и в 1-й группе, после каждого звукового воздействия выявлялась перестройка биоэлектрической активности мозга. ЭЭГ всегда перестраивалась по-разному. Изменялись частоты экстремумов и изменялись кратные им частоты подаваемого звука. Предугадать, на какой частоте наступит более продолжительное ослабление депрессии или выход из неё, на данном этапе работы было практически невозможно.

Полный выход из депрессии у пациентов с первичным умеренным эпизодом констатировался в 5 случаях (29,41%). У остальных 10 пациентов (58,82%) выявлен хороший результат (8–11 баллов). Лишь двое больных согласились на дальнейшее противорецидивное лечение антидепрессанта-

ми. Остальные были довольны результатами и от дальнейшего медикаментозного лечения отказались. Катамнестически, повторный депрессивный эпизод имел место в течение 3–5 месяцев у 6 больных (35,29%).

Приведём в качестве примера краткую историю болезни С., 35 лет, с умеренным депрессивным эпизодом с соматическими симптомами (НАМ-D в среднем – 21,6 баллов), которая вышла из депрессии после 3-го сеанса гармонического звукового воздействия. Из анамнеза жизни известно, что отец страдал хроническим алкоголизмом, сформировавшимся ещё до рождения дочери. Образование среднее специальное (техникум лёгкой промышленности, продавец). Кроме детских инфекций, редких простудных заболеваний, которые протекали без осложнений, ничем не болела. По характеру добрая, отзывчивая, доброжелательная, активная, общительная, «всю жизнь была оптимисткой». Замужем. Имеет двоих здоровых детей. Считала свою жизнь «сложившейся, удачной». Заболела внезапно, без особой, с её слов, значимой причины: «проснулась утром и ничего не хочу». Депрессия по структуре простая. К психиатру обратилась через неделю от её начала 29.03.11 года. Сразу дала согласие на терапию индивидуальным гармоническим звучанием, согласно экстремумам максимум и минимум спектра фоновой ЭЭГ. Первый сеанс проведён 01.04.11 года (рис. 3). Он дал ослабление де-

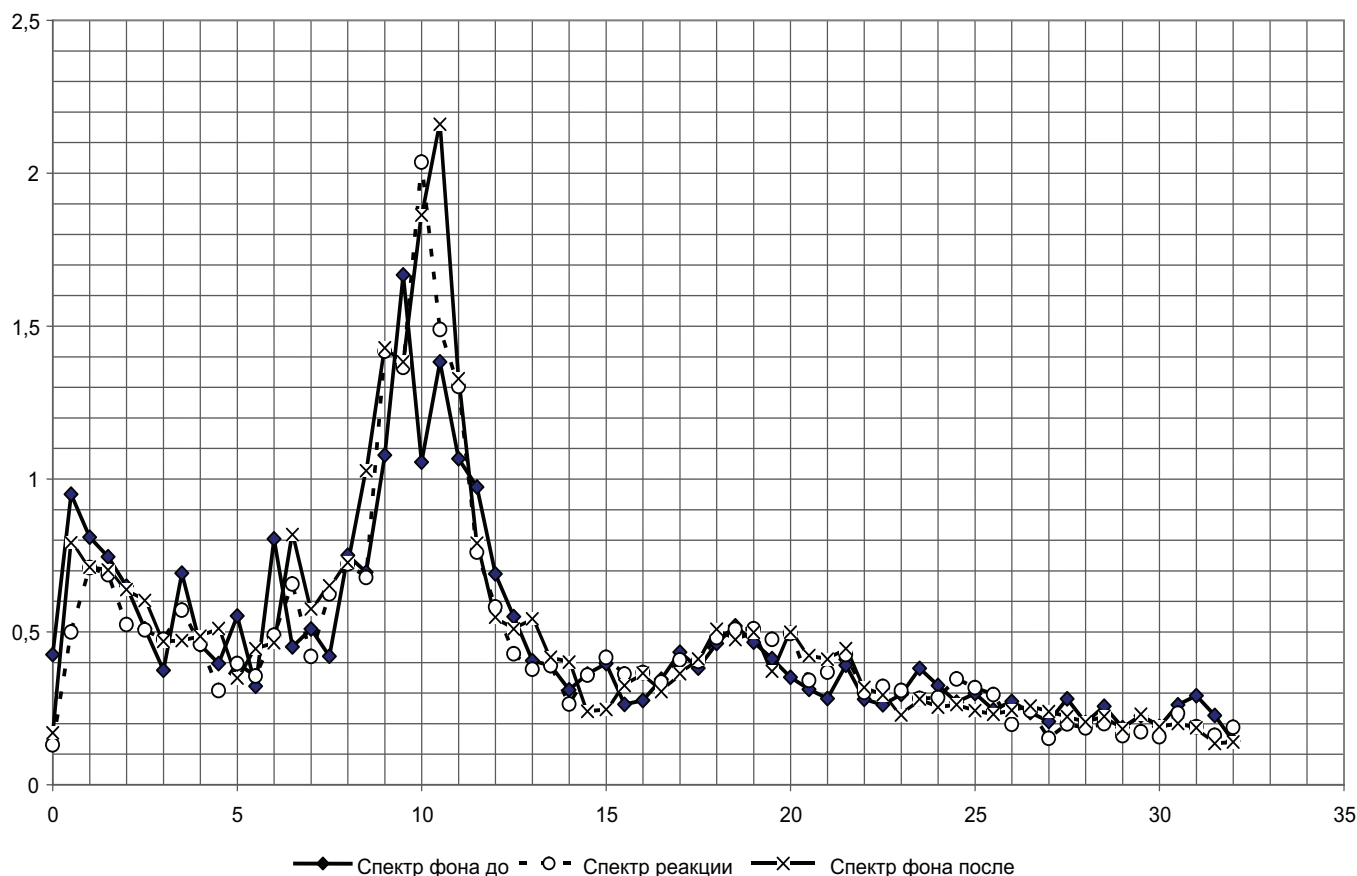


Рис. 3. (С. 2011-04-01 12:30:21) 896 Гц (3,5 Гц, $n = 8$) $\pm$ 3 Гц (по горизонтали – частота ритмов, по вертикали – амплитуда)

прессии лишь до 18 баллов на 3 дня. Как и у других пациентов, наблюдалась неспецифическая перестройка биопотенциалов мозга на каждое из 5 звучаний. Приведен пример последнего пятого звучания, из которого видно, что после звукового воздействия сгладились три «зубца» тета-ритма (уменьшение амплитуды волн тета-диапазона – 3,5 кол/сек, 5 и 6 кол/сек), максимальная амплитуда тета-ритма сместилась с 6 кол/сек на 7 кол/сек. Увеличилась частота альфа-ритма (с 9,5 кол/сек до 10,5 кол/сек) с возрастанием амплитуды. Увеличение амплитуды альфа-ритма стало носить ступенчатый характер: резкий подъем на частоте 9 кол/сек – плато 9–9,5 кол/сек, резкий подъем на частоте 10,5 кол/сек. Изменения амплитудно-частотных показателей бета-ритма менее определены, более мозаичны. Более значимо падение амплитуды на низких частотах бета – 14,5–15 кол/сек. После сеанса наступила сонливость, спала часа 2. Повторный сеанс осуществлён 5.04.11 года, после которого депрессия ослабла более значительно – до 9 баллов. Ни сонливости, ни бодрости не было, «просто легче». Улучшение было стабильным. Однако пациентка настояла на 3-м сеансе, проведенном через 2 недели (19.04.11г.). Уровень депрессии после 3-го сеанса – 4 балла. От дальнейшей противорецидивной фармакотерапии пациентка отказалась. Повторных эпизодов расстройств настроения в течение последующих 12 месяцев не зарегистрировано.

Следовательно, на основании ранее установленной нами закономерности, гармоническим звуковым воздействием осуществляется перестройка биоэлектрической активности мозга, способная ослаблять, а в ряде случаев, и устранять депрессивное расстройство.

Однако остаётся много нерешённых вопросов, на которые на настоящем этапе исследования ответ не найден.

Так, в результате вариабельности как фоновой ЭЭГ, так и последующих перестроек на звучания, не установлен стержневой паттерн, который способствует ослаблению депрессии. Как следствие вариабельности фоновой ЭЭГ в каждом конкретном звучании и сразу после него, констатировалась и вариабельность экстремумов, и вариабельность частот звучаний. Как результат, – уловить, когда осла-

бление депрессии будет кратковременным, а когда более длительным не удалось.

Нет однозначного ответа и на вопрос: почему у одного и того же больного после одних сеансов возникает сонливость, а после других, напротив, бодрость. Было бы просто связать возникновение сонливости с усилением медленной активности, а быстрой – с состоянием бодрости (больные во время сеансов не спят). Однако в ряде случаев в наших наблюдениях усиление медленной активности сопровождалось бодростью. Безусловно, происходит вмешательство в состояние бодрствования – сон. Но между сном – бодрствованием – сверхбодрствованием существует множество переходных вариантов. Какие переходные варианты затрагивает в каждом конкретном случае перестроившаяся ЭЭГ, сказать сложно. Используя разные подходы и программы, выявить стабильно достоверный паттерн перестройки ЭЭГ, который предусматривал бы реакцию сна или бодрствования, не удалось (количество звучаний для обработки достаточное, свыше 200).

Наконец, кратковременность или долговременность ослабления депрессии не зависит от типа реакции сон/бодрствование, что тоже требует объяснения.

Возможно, на некоторые из вопросов поможет ответить определение цитокинов, эндорфинов и энкефалинов (до звукового – после звукового воздействия), которое планируется проводить в дальнейшем.

Выводы

Воздействие на человека гармоническим звуком, частота которого задается в соответствии с экстремумами максимум и минимум спектра фоновой ЭЭГ, вызывает перестройку биоэлектрической активности мозга у больных с умеренными депрессивными эпизодами с соматическими симптомами в структуре рекуррентного депрессивного расстройства и первичного приступа. В результате каждого сеанса звукового воздействия (4–5 звучаний) наступает большее или меньшее ослабление депрессивного расстройства различной продолжительности. В ряде случаев имеет место полный выход из депрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бехтерева Н.П. Здоровый и больной мозг человека. Л.: Наука, 1980. 261 с.
2. Бехтерева Н.П., Медведев С.В., Шандурина А.Н. и соавт. Электрическая стимуляция мозга и нервов у человека. Л.: Наука, 1990. 261 с.
3. Илюхина В.А. Мозг человека в механизмах информационно управляющих взаимодействий организма и среды обитания. СПб.: Изд. ИМЧ РАН, 2004. 326 с.
4. Левин Я.И. RU патент №2096990, Кл А61В5/04. Способ воздействия на организм. Бюл. №33.27.11.1997.
5. Левин Я.И. Нарушения сна // Справочник по диагностике и лечению заболеваний у пожилых. М., 2000. С. 182–212.
6. Левин Я.И. «Музыка мозга» в лечении больных инсомнией // Журн. неврологии и психиатрии. 1997. № 4. С. 39–44.
7. Лечебная электрическая стимуляция мозга и нервов человека / Под ред. Н.П.Бехтеревой. М.-СПб., 2008. 463 с.
8. Певзнер А.А., Григорьева Е.А. Способ воздействия на организм. Пат. РФ №2143939. Бюл. инф. №1. 10.01.2000.
9. Певзнер А.А., Григорьева Е.А., Дьяконов А.Л., Шипов А.А. Пат. РФ №2232034. А61М21/00. Способ воздействия на организм. Бюл. №19. 10.07.04.
10. Певзнер А.А., Григорьева Е.А., Дьяконов А.Л., Певзнер Л.А. Пат. РФ №22965994, А61Н7/00, А61М21/00, А61В5/04. Способ воздействия на организм. Бюл. №19. 10.04.2007.
11. Попов Ю.В. Цифровые наркотики: новая форма саморазрушающего поведения // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2009. № 4. С. 9–13.
12. George M.S. Why would you ever want to? Toward understanding the

- antidepressant effect of rTMS // Hum. Psychopharmacol. 1998. Vol. 13. P. 307–313.
13. George M.S., Wasserman E.M. Rapid-rate transcranial magnetic stimulation (rTMS) and EST // Convulsive Ther. 1994. Vol. 10. P. 251–253.
14. Grunhaus L., Dannon P., Schrieber S. Effects of transcranial magnetic stimulation on severe depression: similarities with ECT // Biol. Psychiatry. 1998. Vol. 43. P. 76.
15. Lisanby S.H., Maddox I.H., Prudic I. et al. The effects of electroconvulsive therapy on memory of autobiographical and public events // Arch. Gen. Psychiatry. 2000. Vol. 57, N 6. P. 581–590.
16. Martin I.D., George M.S., Greenberg B.D. et al. Mood effects of prefrontal repetitive high frequency TMS in healthy volunteers // Int. J. Neuropsychiatric Med. 1997. Vol. 2. P. 53–68.
17. Monroe R.A. Pat. USA, N3884218. Method of Inducting and Maintaining Various Stages of Sleep in Sleep in the Human Being, 1975.
18. Monroe R.A. Pat. USA, N5213562. Hemy-Sync. Method of Inducting Mental, Emotional and Physical States of Consciousness, Including Specific Mental Activity, in the Human Being, 1993.
19. Monroe R.A. Pat. USA, N5356368. Hemy-Sync. Method of Inducting Desired States of Consciousness, 1994.
20. Prudic I., Olfson M., Marcus S.C. et al. Effectiveness of electroconvulsive therapy in community settings // Biol. Psychiatry. 2004. Vol. 55, N 3. P. 301–312.
21. Ross C.A. The Sham EST literature: implications for consent to EST // Ethical Human Psychiatry Psychology. 2006. Vol. 8, N 1. P. 17–28.

ДИНАМИКА ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА В ОТВЕТ НА ГАРМОНИЧЕСКОЕ ЗВУЧАНИЕ В СООТВЕТСТВИИ С ЭКСТРЕМУМАМИ МАКСИМУМ И МИНИМУМ СПЕКТРА ФОНОВОЙ ЭЭГ

Е. А. Григорьева, А. А. Певзнер, А. Л. Дьяконов

Изучена реакция биоэлектрической активности мозга на гармонические звуковые воздействия, подаваемые в соответствии с экстремумами максимума и минимума спектрального состава фоновой электроэнцефалограммы. При этом возникает перестройка биоэлектрической активности мозга у больных депрессиями, которая способствует

ослаблению депрессивного расстройства различной продолжительности и глубины.

Ключевые слова: гармонический звук, экстремумы максимума и минимума, депрессия.

DYNAMICS OF DEPRESSIVE DISORDER IN RESPONSE TO HARMONIOUS SOUND USED IN EXTREME MAXIMUM AND MINIMUM POINTS OF THE BACKGROUND EEG SPECTRUM

E. A. Grigoryeva, A. A. Pevzner, A. L. Dyakonov

This article deals with investigation of bioelectric brain activity in response to harmonious sound delivered in accord with maximum and minimum points of the background EEG power spectrum. In depressive patients, the changes in electric brain activity caused by such an exposure

seem to reduce the severity of depressive disorder both in duration and intensity.

Key words: harmonious sound, extreme maximum and minimum points, depression.

Григорьева Елена Алексеевна – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, зав.кафедрой психиатрии и медицинской психологии с курсом ИПДО Ярославской Государственной медицинской академии; e-mail: prof.grigorieva@gmail.com

Певзнер Александр Абрамович – доктор технических наук, профессор кафедры технологии предпринимательства, начальник управления инновационной технологией и научной работы Ярославского государственного педагогического университета им.Ушинского.

Дьяконов Алексей Львович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии с курсом ИПДО Ярославской государственной медицинской академии.

УРОВЕНЬ РАСПОЗНАВАНИЯ НАСЕЛЕНИЕМ ОПИСАННЫХ В КАРТИНКАХ СЛУЧАЕВ ШИЗОФРЕНИИ

А. В. Голенков

Чувашский государственный университет им. И.Н.Ульянова

В литературе под психиатрической грамотностью понимают «знания и представления о психических расстройствах (ПР) в связи с их выявлением, лечением (сопровождением, управлением) и профилактикой» [12]. Данное понятие содержит несколько компонентов: а) способность распознавать ПР и/или различные типы психологического дистресса; б) знания и представления о факторах риска их развития и причинах; в) знания и представления о самопомощи (вмешательствах) при развитии ПР; г) знания и представления о возможностях психиатрической помощи; д) отношения, которые облегчают выявление ПР и обращение за специализированной медицинской помощью; е) знания о поиске информации по вопросам психического здоровья [13, 14].

Шизофрения является самым известным ПР среди населения. Наш опрос жителей Чувашии показал, что 27% называли ее чаще всего в своих ответах. Однако только 4,5% лично встречались с такими больными [2]. Среди студентов-медиков из ПР шизофрения упоминалась уже в 37,3% ответов. Из слов, которые больше всего подходят к описанию психически больного человека, на первом месте стояли обидные прозвища, клички, другие выражения, производные от нее («шиза, шизик, шизуха, шизофреник» и др.) [1]. Не случайно, что «шизофрения» является не только названием ПР (болезни), но и «решающей частью стигматизации», «метафорой диффамации» [9]. И.И.Михайлова к мероприятиям, направленным на дестигматизацию больных, относит повышение психиатрической грамотности населения [5].

В современных исследованиях довольно подробно обсуждаются вопросы идентификации шизофрении среди различных поло-возрастных [6, 7, 13, 14, 18, 20], этнических [12–14, 17–23], социально-экономических и профессиональных групп [21]. В качестве измерительного инструмента чаще всего используются так называемые вignetты (клинические описания, «картинки»), которые включают вопросы о причинах этого ПР, отношении населения к врачам, методам лечения и профилактики [4, 7, 11–14, 16–20, 22, 23]. В Австралии вме-

сте с обучением населения и медицинских работников проводятся регулярные опросы населения, изучающие в динамике психиатрическую грамотность, уровни стигмы и дискриминации общества по отношению к больным шизофренией и другим ПР [13, 14, 16–19]. Детально и критически анализируются образы психиатрии и шизофрении, создаваемые средствами массовой информации и медийного пространства [8, 10, 17].

Цель исследования: определить уровень распознавания населением описанных в вignetтах случаев шизофрении, а также его осведомленность о причинах этого расстройства, медицинской помощи и ее эффективности.

Материалы и методы

Опрошено 570 жителей Чувашии (260 муж. и 310 жен.) в возрасте от 18 до 78 лет (средний возраст – $39,8 \pm 13,4$ года). Высшее образование имели 42,6% респондентов, среднее специальное – 43,2%, среднее – 11,8%, начальное – 2,4%. Врачей было 6 человек, медицинских сестер – 11. В городских поселениях проживало 73,3%, в сельских – 26,7%. Расчет необходимого размера (доверительная вероятность 97%) выборки (561 чел.) производился на калькуляторе¹ при доверительном интервале – 4,6% для 1 243 431² жителя республики.

Каждому респонденту давалось одно из двух описаний шизофрении (приложение), предложенных К.М.Griffiths и соавт. [12]. В итоге были собраны 332 заполненные анкеты с ситуацией, описывающей острую шизофрению, и 238 ответов респондентов с оценками хронической шизофрении.

Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (расчет среднего значения – М, стандартного отклонения – SD) и χ^2 -распределения (таблицы 2×2 и 3×2). Когда один или несколько показателей были меньше 4, использовали поправку Йейтса.

¹Сурин А. Калькулятор выборки. Расчет выборки маркетингового исследования. <http://marketolog.biz/index.php?pid=75>.

² На 01 января 2013 г. <http://ru.wikipedia.org/wiki/Чувашия>.

Результаты и их обсуждение

Правильно идентифицировали шизофрению 18,07% (103 из 570 чел.) опрошенных, без существенной разницы в распознавании двух вариантов ПР (острая и хроническая шизофрения; 16,9% и 19,7% – соответственно; $p>0,05$), между полами, возрастными группами и местом жительства респондентов. Достоверно лучше это удалось сделать людям с высшим образованием (23,5% против 14,6% со средним специальным и 12,3% со средним и начальным образованием; $\chi^2=8,52$; $df=2^3$; $p=0,01$) и медицинским работникам (58,8%; $\chi^2=19,85$; $df=1$; $p<0,001$). 28,6% отметили, что видели в жизни больных, описанных в вignetте, однако это никак не отразилось на результатах правильной идентификации предъявленного ПР (18,4% против 17,9%, кто не встречал таких больных; $p>0,05$).

Среди неправильных ответов фигурировал довольно большой перечень различных состояний, начиная от «нормы» (психологических характеристик), «невроза», «депрессии, меланхолии», «алкоголизма, наркомании» до «слабоумия», «дебильности, идиотии». На их долю вместе с характеристиками ПР, психически больного человека, включая жаргонные выражения, метафоры, уничижительные слова, пришлось 82,7% высказываний. Так,

«депрессия» (меланхолия) называлась в 6,1% случаев, «паранойя, мания преследования» – в 3,2%, «невроз» – в 2,1%, наркологическая патология («алкоголизм», «белая горячка», «наркомания») – в 1,8%, «страх», «тревога», «фобия» – в 1,7%, слабоумие («дебilizм», «идиотия») – в 1,6%, «навязчивое состояние» – в 1,4% (в сумме – 17,9%). Психологические описания («замкнутый», «одинокый», «беспокойный», «мнительный» и др.) составили 6,8%. Затруднились с оценкой 10,5% респондентов.

Как видно из табл. 1, консультацию психиатра намного чаще рекомендовали респонденты, правильно идентифицирующие шизофрению, а психолога – те, кто ошиблись с оценкой ПР. Они же затруднились с ответом на этот вопрос. Нужно отметить довольно высокий процент вероятных обращений к врачам непсихиатрических профессий и прочим непрофильным специалистам в случае заболевания кого-то из окружения респондентов шизофренией. Довольно высокой оказалась доля опрошенных, плохо осведомленных в вопросах лечения ПР. Естественно, что таких оказалось больше в группе с неправильной идентификацией шизофрении.

Касаясь знаний о причинах ПР, обращает на себя внимание высокая распространенность в населении Чувашии мнений о психологических причинах и других факторах, мало участвующих в развитии шизофрении и не доказанных научно (табл. 2). Напри-

³ Degrees of freedom (df) – число степеней свободы.

Таблица 1

Нуждаемость в помощи специалистов и ее эффективность в группах респондентов (%)

Показатель	Всего*	Ответы		χ2; df=1	p**
		правильные	неправильные		
Рекомендуемые консультации и лечение					
Психиатр	46,8	75,7	40,5	42,12	<0,001
Психолог	25,3	10,7	28,5	14,16	<0,001
Психотерапевт	15,6	14,6	15,8	0,1	НД
Невролог	6,1	6,8	6,0	0,1	НД
Нарколог	2,8	4,9	2,4	1,9	НД
Прочие врачи	2,6	0,9	2,4	1,6	НД
Другие специалисты	0,9	–	1,1	2,6	НД
Не знают	8,4	–	10,3	12,93	<0,001
Ожидаемая эффективность помощи					
Полное восстановление	13,5	8,7	14,6	2,4	НД
Частичное восстановление	55,3	64,1	53,3	3,3	НД
Без изменений	7,0	10,7	6,2	2,6	НД
Ухудшение	0,7	1,0	0,6	0,1	НД
Не знают	23,5	15,5	25,3	4,44	0,03

Примечания: * – сумма превышает 100%, так как респонденты давали несколько ответов; ** НД – недостаточно.

Таблица 2

Вероятные причины шизофрении в группах респондентов (%)

Причины	Всего*	Ответы		χ^2 ; $df=1$	P^{**}
		правильные	неправильные		
Личностные (психологические) особенности	31,4	20,4	33,8	7,08	0,007
Стресс	20,4	25,2	19,3	1,85	НД
Социально-экономические	13,5	8,7	14,6	2,44	НД
Семейные проблемы, воспитание	8,8	10,7	8,4	0,6	НД
Наследственные	8,1	20,4	5,4	26,6	<0,001
Прием психоактивных веществ (алкоголя)	6,6	2,9	6,0	1,39	НД
Травма мозга, поражение ЦНС	3,3	5,8	2,8	2,41	НД
Не знают (не дали ответа)	19,1	22,3	18,4	0,7	НД

Примечания: * – сумма превышает 100%, так как респонденты давали несколько ответов; ** НД – недостаточно.

мер, весьма популярны в обществе представления о «слабости характера», «лени, нежелании работать», «неправильном, изнеженном воспитании» и прочее, участвующие в развитии ПР (шизофрении). Не случайно, что они чаще встречались у респондентов, ответивших неправильно. Наследственные (генетические) факторы упоминались относительно редко, чаще у людей, осведомленных о шизофрении.

Полученные в настоящем исследовании показатели психиатрической грамотности следует признать не вполне удовлетворительными, так как результаты распознавания шизофрении составили менее 50% [15], за исключением респондентов с медицинским образованием. Однако и для них 58,8% правильных ответов не может считаться приемлемым показателем. Два других наших исследования, посвященных психиатрической и наркологической грамотности населения Чувашии, показали худшую осведомленность респондентов об электросудорожной терапии (35,2% против 60% в зарубежной выборке) [3], но довольно высокую идентификацию начальной стадии алкогольной зависимости на уровне 71,1% [4]. Это свидетельствует об актуальности изучения отношения населения региона к различным группам больных с ПР.

В зарубежной литературе при использовании вignetов, аналогичных нашим, уровень распознавания шизофрении колеблется от 15,5% (для китайцев, живущих в Австралии и говорящих на своем языке) [23] до около 33% [19]. Последние показатели, впрочем, были получены в Австралии в процессе реализации с 1995 года государственной программы по повышению психиатрической грамотности населения. У молодых людей, являющихся целевой группой этой программы, показатели распознавания шизофрении составили $\frac{1}{3}$, как и у населения в целом [18]. В результате многолетней целенаправленной работы удалось уменьшить уровни стигматизации и дискриминации психически больных, повысить у населения оценки семейных врачей, консультантов и эффективность психофармакотерапии [12, 16, 19].

В другой зарубежной работе распознавание шизофрении в населении составило 73,6%, но использовались отличные от наших клинические ситуации [17]. И.Р.Семин в Томске и области выявил довольно высокие уровни идентификации параноидной шизофрении (87,1–97,1%) и низкие – простой формы (12,2–24,4%). Женщины и люди с высшим образованием имели более высокие показатели распознавания, чем мужчины и респонденты с низким образованием [7].

Похожие результаты о лучшей идентификации ПР женщинами и людьми с высоким социальным экономическим статусом нашли отражение в двух других исследованиях [20, 21]. Однако гипотеза о том, что кто встречался с больными шизофренией, те лучше ее распознают, не подтвердилась [11]. Мы получили похожие результаты.

В настоящем исследовании получило подтверждение описанное в литературе распространенное мнение населения о влиянии социально-психологических факторов в развитии шизофрении и недооценка наследственной предрасположенности [12–14]. Такие оценки, как правило, сопровождаются критическим отношением населения к больным шизофренией, поскольку причины ПР во многом зависят от самого человека, его образа жизни и поведения.

Выводы

Проведенное исследование подтвердило низкий уровень распознавания шизофрении в населении Чувашии. Несколько лучше психиатрическая грамотность у респондентов с высшим и медицинским образованием. Среди опрошенных прослеживается в целом негативное и пренебрежительное отношение к больным с ПР.

При выборе консультативной помощи высокая доля ответов с обращением к психологам и врачам непсихиатрических профессий (неврологам), что может препятствовать более раннему выявлению шизофрении среди населения и профилактике инвалидизации больных. Оценки вероятной терапии ПР во многом носят случайный и произвольный характер, от полного выздоровления до абсолютной неэффективности (бесполезности) лечения. Обнаруженные закономерности могут быть использованы в работе с населением республики для повышения его психиатрической грамотности, представителями средств массовой информации и оптимизации организации психиатрической помощи.

Приложение

Вignetты с описанием острой и хронической шизофрении [по 14]

1. Встречали ли Вы таких людей в жизни?
2. Если да, то сколько человек?
3. Как бы Вы назвали ее (его) состояние?
4. Нужна ли ей (ему) помощь специалистов?
5. Если да, то каких именно?
6. Если специалисты окажут помощь ей (ему), какой будет результат: а) полное восстановление; б) частичное восстановление; в) без изменений; г) ухудшение; д) не знаю.
7. Какие вероятные причины способствуют развитию таких состояний у людей?

А., 24 года, живет вместе со своими родителями. После окончания школы поменял несколько мест работы, нигде долго не задерживался. В настоящее время А. безработный. В течение последних 6 месяцев перестал встречаться со своими друзьями, стал закрываться в своей комнате, не хочет принимать душ (ванну). А. отказывается есть вместе со своими родителями. По ночам не спит и ходит по квартире. Находясь в своей комнате один, разговаривает, как будто там кто-то есть еще. Когда родители попытались обсудить такое поведение

сына, он прошептал, что не может выйти из дома, так как следит за соседом. Родители уверены, что сын не принимает наркотики, поскольку никуда не ходит и не общается с другими людьми.

С., 44 года, живет в доме-интернате. Он равнодушен к своему внешнему виду, неопрятен, небрежен. С. носит одну и ту же одежду, плохо ухаживает за ней, отрастил длинные волосы, которые редко моет и расчесывает, часто не брит. Его часто видят сидящим на лавочке в парке и разговаривающим с самим собой. В речи слышны необычные

слова и искусственные выражения. Он редко пьет алкоголь, наркотики никогда в жизни не употреблял. В беседе С. вежлив, но избегает говорить с окружающими людьми. Время от времени он обвиняет продавцов близлежащего магазина в распространении о нем слухов и дискредитирующей информации. Периодически обращается к администрации дома-интерната с просьбой установить дополнительные замки в двери его комнаты, убрать радио и проводку к радиоточке, так как через них шпионы подслушивают его, управляют его руками и ногами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голенков А.В. Априорные представления студентов о сущности, этиологии и лечении психических расстройств // Вестник Чувашского университета. 2010. № 3. С. 93–97.
2. Голенков А.В. Общественные предубеждения к психиатрии в Чувашии // Психическое здоровье. 2010. № 4. С. 42–46.
3. Голенков А.В. Отношение населения Чувашии к электросудорожной терапии // Психическое здоровье. 2010. № 12. С. 46–50.
4. Голенков А.В., Сафронов С.А., Доморошинова М.Г. и соавт. Наркологическая грамотность населения Чувашии (на примере злоупотребления алкоголем и начальной стадии алкогольной зависимости) // Наркология. 2011. № 3. С. 28–34.
5. Михайлова И.И. Стигматизация в психиатрии // Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.Н.Краснова, Н.Г.Незванова, В.Я.Семке, А.С.Тиганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 127–133.
6. Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2010. 544 с.
7. Семин И.Р. Психически больной в обществе (результаты экспериментального исследования) // Психиатрия в контексте культуры: Сб. науч. тр. Томск: Улан-Уде, 1995. С. 132–186.
8. Скорик А.И., Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С. и соавт. Психиатрические мифы. Сообщение 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 1. С. 64–69.
9. Финзен А. Психоз и стигма / Пер. с нем. И.Я.Сапожниковой. М.: Алетея, 2001. 216 с.
10. Ястребов В.С., Трущелев С.А. Социальные образы психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009. № 6. С. 65–68.
11. Fumham A., Blythe C. Schizophrenia literacy: the effect of direct experience with the illness // Psychiatry Res. 2012. Vol. 198, N 1. P. 18–23.
12. Griffiths K.M., Christensen H., Jorm A.F. Mental health literacy as a function of remoteness of residence: an Australian national study // BMC Public Health. 2009. Vol. 9, N 92.
13. Jorm A.F., Korten A.E., Jacomb P.A. et al. Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1997. Vol. 32, N 3. P. 143–148.
14. Jorm A.F., Korten A.E., Jacomb P.A. et al. «Mental health literacy»: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment // Med. J. Aust. 1997. Vol. 166, N 4. P. 182–186.
15. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey // Arch. Gen. Psychiatry. 1994. Vol. 51, N 1. P. 8–19.
16. Lam A.Y., Jorm A.F., Wong D.F. Mental health first aid training for the Chinese community in Melbourne, Australia: effects on knowledge about and attitudes toward people with mental illness // Int. J. Ment. Health Syst. 2010. Vol. 4, N 18.
17. Lauber C., Nordt C., Falcato L., Rossler W. Do people recognize mental illness? Factors influencing mental health literacy // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2003. Vol. 253, N 5. P. 248–251.
18. Reavley N.J., Jorm A.F. Young people's recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey // Aust. NZ J. Psychiatry. 2011. Vol. 45, N 10. P. 890–898.
19. Reavley N.J., Jorm A.F. Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma // Aust. NZ J. Psychiatry. 2011. Vol. 45, N 11. P. 947–956.
20. Robles-Garcia R., Fresan A., Berlanga C., Martinez N. Mental illness recognition and beliefs about adequate treatment of a patient with schizophrenia: Association with gender and perception of aggressiveness-dangerousness in a community sample of Mexico City // Int. J. Soc. Psychiatry. 2012. 15. [Epub ahead of print].
21. Von dem Knesebeck O., Mnich E., Daubmann A. et al. Socioeconomic status and beliefs about depression, schizophrenia and eating disorders // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2012. 10. [Epub ahead of print].
22. Wong D.F., Xuesong H. Schizophrenia literacy among Chinese in Shanghai, China: a comparison with Chinese-speaking Australians in Melbourne and Chinese in Hong Kong // Aust. NZ J. Psychiatry. 2011. Vol. 45, N 7. P. 524–531.
23. Wong F.K., Lam Y.K., Poon A. Knowledge and preferences regarding schizophrenia among Chinese-speaking Australians in Melbourne, Australia // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2010. Vol. 45, N 9. P. 865–873.

УРОВЕНЬ РАСПОЗНАВАНИЯ НАСЕЛЕНИЕМ ОПИСАННЫХ В КАРТИНКАХ СЛУЧАЕВ ШИЗОФРЕНИИ

А. В. Голенков

По двум vignетам с описанием острой и хронической шизофрении опрошено 570 жителей Чувашии (260 муж. и 310 жен.) в возрасте от 18 до 78 лет (средний возраст – 39,8±13,4 г.). Правильно идентифицировали шизофрению 18,1% опрошенных, чаще всего такое заключение давали респонденты с высшим (23,5%) и медицинским образованием (58,8%). При выборе консультативной помощи выявлена высокая доля ответов с обращением к психологам и врачам непсихиатри-

ческих профессий. В развитии шизофрении, по мнению опрошенных, ведущими являются различные социально-психологические причины. Оценки терапии ПР во многом носят случайный и произвольный характер. Обнаруженные закономерности могут быть использованы в работе по повышению психиатрической грамотности населения республики и оптимизации организации психиатрической помощи.

Ключевые слова: шизофрения, распознавание, опрос населения.

RECOGNITION OF SCHIZOPHRENIA IN CASE DESCRIPTIONS OFFERED TO LAY PEOPLE

A. V. Golenkov

The author offered two brief descriptions of cases with acute and chronic schizophrenia to 570 inhabitants of Chuvashia (260 males and 310 females), aged from 18 to 78 (average age 39,8±13,4). 18,1% of participants correctly identified schizophrenia – mostly those were highly educated people (23.5%) or medical professionals (58.8%). Many participants recommended to seek help with psychologists and general practitioners.

The most important cause of schizophrenia seemed to be various social and psychological problems. Judgments about treatment appeared casual and superficial. The regularities found in this research can be used as a starting point for increasing the level of mental health knowledge in the population of this republic and better organization of psychiatric care.

Key words: schizophrenia, recognition, inquiry.

Голенков Андрей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Чувашского государственного университета им. И.Н.Ульянова; e-mail: golenkovav@inbox.ru

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТА И УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ ПОЛИКЛИНИКИ: СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РАБОТЫ ПО КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МОДЕЛИ И МОДЕЛИ СОПРОВОЖДЕНИЯ

А. Е. Бобров, М. В. Кузнецова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Важнейшим направлением модернизации психиатрической службы является расширение участия специалистов по психическому здоровью в деятельности первичной медико-санитарной помощи [3, 4, 11, 14]. Определяющую роль при этом играет характер профессионального взаимодействия между врачами-интернистами, психиатрами, медицинскими психологами и социальными работниками [2, 9, 10, 12, 13].

В настоящее время наиболее распространенной в нашей стране является консультативная модель такого взаимодействия, которая характеризуется тем, что пациентов, которые, по мнению лечащего врача-интерниста, страдают психическими расстройствами, направляют на консультацию к психиатру или психотерапевту. Данная модель позволяет осуществлять раннюю диагностику психических нарушений у пациентов, обращающихся в медицинские учреждения, и предотвращать их наиболее тяжелые последствия. Однако консультативная модель имеет серьезные ограничения, связанные с эпизодическим характером консультативной работы, несоблюдением преемственности при ведении пациентов, а также психологическим отношением интернистов к психиатрии [2]. Кроме того, она не обеспечивает надлежащий контакт между врачом и пациентом, что сказывается на комплаентности пациентов.

Другая модель – модель медико-психологического и психиатрического сопровождения – была разработана сотрудниками Московского НИИ психиатрии [4–7]. Она характеризуется тем, что психиатр передает часть компетенций по диагностике и ведению пациентов с психическими расстройствами участковым терапевтам, оставляя за собой образовательные и координирующие функции. Важным элементом этой модели является обучение и постоянное профессиональное сопровождение деятельности участковых терапевтов со стороны работающего в поликлинике врача-психотерапевта. Ключевым компонентом является формирование индивидуализированных профессиональных взаимоотношений между психиатром, работающим в психотерапевтическом кабинете поликлиники, и участковыми врачами-терапевтами путем проведения совместных конференций и осмотров, динамического наблюдения за больными, а также осуществления ограниченных психокоррекционных и психообразовательных мероприятий. В ходе такого взаимодействия психиатр не только обсуждает тактику лечения психических расстройств у курируемых пациентов и показывает интернисту возможности биопсихосоциального подхода, но и постепенно делегирует участковому врачу некоторые функции по охране психического здоровья.

С учетом сказанного, настоящее исследование посвящено сравнению эффективности взаимодействия участковых терапевтов и психотерапевта, осуществлявшегося в соответствии с консультативной моделью и моделью сопровождения. С этой целью анализировалась частота и структура направлений пациентов, происходивших в рамках разных организационных моделей, а также назначение участковыми врачами психофармакологических средств. Кроме того, была предпринята попытка учесть влияние на указанные показатели психологических особенностей самих участковых терапевтов.

С учетом сказанного, настоящее исследование посвящено сравнению эффективности взаимодействия участковых терапевтов и психотерапевта, осуществлявшегося в соответствии с консультативной моделью и моделью сопровождения. С этой целью анализировалась частота и структура направлений пациентов, происходивших в рамках разных организационных моделей, а также назначение участковыми врачами психофармакологических средств. Кроме того, была предпринята попытка учесть влияние на указанные показатели психологических особенностей самих участковых терапевтов.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе одной из московских поликлиник, где в рамках реализации соответствующей программы был создан и на протяжении двух лет функционировал психотерапевтический кабинет [8]. В процессе этой работы был поставлен организационный эксперимент. Его суть состояла в сравнении деятельности участковых терапевтов, работающих в рамках традиционной консультативной модели и модели сопровождения.

В поликлинике на момент начала исследования имелось 12 занятых должностей участковых тера-

певтов. Из числа работавших врачей случайным методом было отобрано шесть человек, которые составили основную группу. Все врачи основной группы – женщины. Их средний возраст составил $45,0 \pm 12,7$ лет, а средний стаж работы – $21,8 \pm 12,8$ лет. Врачи основной группы работали в постоянном контакте с психотерапевтом, что является одним из важных компонентов модели сопровождения. С ними были проведены обучающие занятия. Кроме того, психотерапевт регулярно (2–3 раза в месяц) посещал этих врачей, заочно обсуждал с ними тактику ведения больных, сделанные ими назначения, давал советы, касающиеся психологических аспектов взаимодействия с больными.

Оставшиеся шесть врачей вошли в контрольную группу. В ней было 5 женщин и 1 мужчина. Их средний возраст составлял $41,6 \pm 15,4$ лет, а средний стаж работы – $18,4 \pm 15,6$ лет. С врачами контрольной группы специальных обучающих и поддерживающих мероприятий не проводилось. Однако в случае возникновения запросов от врачей контрольной группы с ними могли проводиться разовые консультации.

Один из врачей основной группы и два врача из контрольной группы за время исследования уволились. С учетом этого в соответствующие группы были включены врачи, принятые на работу в поликлинику на место выбывших.

Частота и характер назначавшихся участковыми терапевтами психофармакологических средств фиксировалась по их записям в журнале учета назначения психофармакологических препаратов и копиям рецептурных бланков.

В процессе исследования производилась оценка следующих показателей: количество направлений участковыми терапевтами пациентов к психотерапевту, нозологическая квалификация психопатологических состояний, с которыми эти пациенты приходили, частота и характер самостоятельного применения участковыми терапевтами психотропных препаратов. С учетом изменения персонального состава врачей указанные показатели анализировались в расчете на занимаемую должность участкового терапевта.

Для изучения влияния на эти показатели психологических факторов врачи основной и контрольной группы были обследованы психологически – с помощью методики 16ЛФ [1].

Результаты

Всего за период наблюдения участковые терапевты направили к психотерапевту 85 пациентов, из них 49 человек было направлено врачами основной группы, а 36 – контрольной. При этом, как следует из табл. 1, в среднем на одну должность участкового терапевта основной группы приходилось заметно больше направлений к психотерапевту.

Из этой таблицы нетрудно видеть, что среднее квадратичное (стандартное) отклонение по показателю общего количества направленных пациентов в контрольной группе заметно превышает средние значения. Данное обстоятельство может указывать на наличие выскакивающих значений. Для обнаружения таких значений была использована таблица вероятностей для выскакивающих переменных по Н.А.Цейтлину. При этом было обнаружено, что значение показателя количества направленных больных для одного из участковых терапевтов контрольной группы (врач N) с вероятностью $\alpha > 0,05$ является выскакивающим. Говоря другими словами, врач N направлял пациентов к психотерапевту необычно часто, что позволяет исключить данные, характеризующие его деятельность, из анализа.

После проведения корректировки данных, как видно из табл. 1 (контрольная группа, скорректированные данные), вследствие уменьшения вариабельности рассматриваемого показателя между основной и контрольной группой появляются статистически достоверные различия. При этом оказывается, что участковые терапевты основной группы направили к психотерапевту в 2,9 раза больше больных, чем врачи контрольной группы.

Для сопоставления работы врачей основной и контрольной группы большое значение имеет также характер психопатологических расстройств, с которыми пациенты направлялись к психотерапевту от участковых терапевтов. В табл. 2 приведены ведущие психиатрические диагнозы, выставленные психотерапевтом пациентам, которых направляли врачи основной и контрольной групп.

Как следует из табл. 2, между больными основной и контрольной групп имеются определенные различия. Участковые терапевты основной группы достоверно чаще, чем врачи контрольной группы, направляли к психотерапевту больных с невротическими, связанными со стрессом и сомато-

Таблица 1

Количество больных, направленных к психотерапевту за период наблюдения, врачами основной и контрольной группы

Группа	Количество должностей	Количество направлений					p (U-критерий Манна-Уитни)
		Всего	Среднее	Медиана	СКО	ИПР 80% (от; до)	
Основная	6	49	8,2	6	4,6	4; 15	
Контрольная	7	36	5,1	3	6,5	0; 19	0,138
Контрольная, скорректированные данные	6	17	2,8	2,5	2,5	0; 7	0,026

Примечания: СКО – среднее квадратичное отклонение; ИПР 80% – интерпроцентильный размах от 10 до 90%.

Частота (абсолютное количество и медиана) направления больных с различными психическими расстройствами к психотерапевту участковыми терапевтами основной и контрольной группы

Психиатрические диагнозы	Абс. количество		Медиана (ИПР 80%)		p (U-критерий Манна-Уитни)
	Основная	Контрольная	Основная	Контрольная	
Органические психические расстройства	9	3	1,5 (0;3)	0,5 (0;1)	0,093
Психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ	1	2	0 (0;1)	0 (0;1)	0,699
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	2	0	0 (0;1)	0 (0;0)	0,394
Аффективные расстройства	11	3	1,5 (0;5)	0 (0;2)	0,240
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	22	8	4 (0;5)	1,5 (0;3)	0,026

Примечания: ИПР 80% – интерпроцентильный размах от 10 до 90%.

формными расстройствами. Кроме того, они заметно чаще направляли пациентов с органическими и аффективными расстройствами. Однако вследствие небольшого количества наблюдений и разброса этого показателя между отдельными врачами указанные различия проявляются лишь в виде статистически недостоверных трендов.

На следующем этапе работы был произведен анализ зависимости характера назначения психофармакологических средств от модели организации психотерапевтической помощи. Эти результаты приведены в табл. 3.

Представленные данные свидетельствуют, что достоверных различий между группами по частоте назначения психофармакологических средств не обнаруживается, хотя общее количество назначений в контрольной группе выше. Особенно эти различия заметны в отношении транквилизаторов и снотворных, а также антипсихотиков. Очевидно, что отсутствие статистической достоверности различий между группами обусловлено высокой межиндивидуальной вариабельностью анализируемого показателя, о чем свидетельствует большой интерпроцентильный размах.

Особый интерес представляет изучение влияния на характер взаимодействия с пси-

хотерапевтами индивидуальных особенностей участковых терапевтов. Статистический анализ показал, что по возрасту, полу и стажу врачебной деятельности между ними статистически достоверных различий не имелось. Однако отмечались некоторые различия по психологическим характеристикам.

На диаграмме приведены усредненные результаты тестирования врачей основной и контрольной группы с помощью психологического теста 16ЛФ (рис.1). На ней отражены также результаты обследования врача N, который отличался повышенной

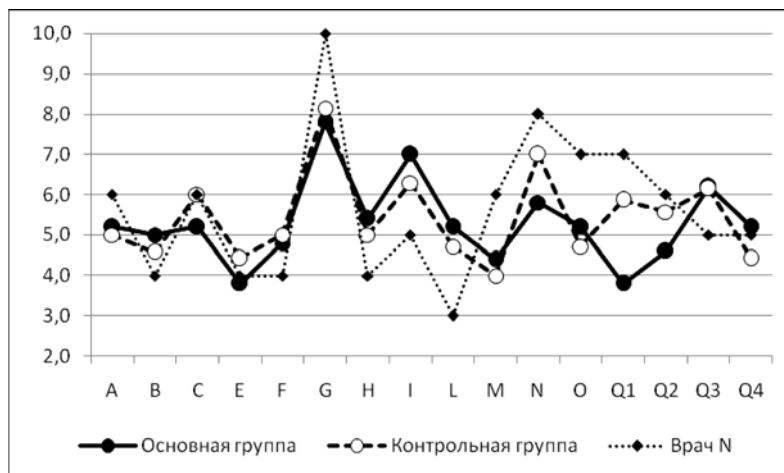


Рис. 1. Результаты обследования (средние значения) участковых терапевтов основной и контрольной группы

Частота (абсолютное количество и медиана) назначения различных психофармакологических средств участковыми терапевтами основной и контрольной группы

Назначения	Абс. количество		Медиана (ИПР 80%)		p (U-критерий Манна-Уитни)
	Основная	Контрольная	Основная	Контрольная	
Общее количество назначений	260	372	39,5 (7;84)	56 (22;118)	0,394
Транквилизаторы и снотворные	234	352	37 (7;66)	54,5 (21;114)	0,485
Антипсихотики	14	1	1,5 (0;9)	0 (0;1)	0,093
Антидепрессанты	4	11	0 (0;4)	0,5 (0;1)	0,394
Нормотимики/ противосудорожные	1	0	0 (0;1)	0 (0;0)	0,699
Ноотропы	4	5	0,5 (0;2)	1 (0;2)	0,699

Примечания: ИПР 80% – интерпроцентильный размах от 10 до 90%.

частотой направления пациентов с психическими расстройствами к психотерапевту.

Дисперсионный анализ результатов тестирования показал, что статистически достоверные различия между группами участковых терапевтов обнаруживались только по одному фактору – Q1 (соотношение между консерватизмом и радикализмом), причем значения по этой шкале в обеих группах не выходили за пределы нормы, а различия между ними были минимальными ($p=0,045$).

Особый интерес представляет анализ результатов тестирования врача N из контрольной группы. В его личностном профиле отмечалась чрезвычайно высокая потребность придерживаться социальных стандартов поведения (фактор G), а также тенденция к корректности, дипломатичности и социальному расчету (фактор N). Кроме того, у этого врача обнаруживались невротические черты (фактор O) и тенденция к радикализму (фактор Q1).

Для оценки влияния различных факторов на показатели взаимодействия участковых врачей с психотерапевтом было построено уравнение множественной пошаговой регрессии, где в качестве зависимой переменной использовался показатель количества пациентов, направленных ими к психотерапевту. В качестве независимых переменных применялись следующие показатели – включение в основную группу, возраст, профессиональный стаж, а также результаты психологического тестирования по шкалам 16ЛФ.

Как следует из приведенных в табл. 4 данных, включение врача в основную группу в сочетании с выраженной экспрессивностью его поведения (фактор F) оказывают решающее влияние на возрастание количества направлений пациентов к психотерапевту со стороны участковых врачей ($n=11$; скорректированный $R^2=0,699$; $p=0,003$).

Соответствующие результаты в графическом виде приведены на рис. 2. На диаграмме показано, насколько существующие показатели направления

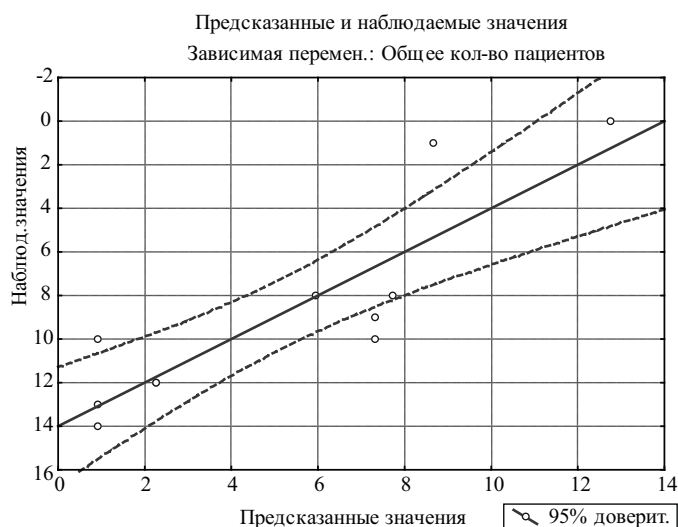


Рис. 2. Предсказанные и наблюдаемые значения показателя общего количества направлений к психотерапевту

больных к психотерапевту отклоняются от предсказанных на основании построенного уравнения регрессии для каждого из участковых терапевтов.

Аналогичным образом было осуществлено изучение зависимости количества назначаемых участковыми терапевтами психофармакологических препаратов от их индивидуальных особенностей. С учетом сказанного, количество назначаемых ими психофармакологических препаратов явилось зависимой переменной. В качестве независимых переменных были выбраны те же самые, что и при изучении факторов, оказывающих влияние на количество направляемых к психотерапевту больных. Это включение в основную группу, возраст, профессиональный стаж, а также результаты психологического тестирования по шкалам 16ЛФ.

Результаты построения множественной пошаговой регрессии приведены в табл. 5. В результате анализа данных, полученных по 10 наблюдениям, скорректированный $R^2=0,730$ при $p=0,004$.

Таблица 4

Результат множественной пошаговой регрессии для переменной «общее количество направленных пациентов» ($n=11$)

	БЕТА	Стандартная ошибка БЕТА	В	Стандартная ошибка В	t-критерий Стьюдента	p-уровень
Свободный член			-4,551	2,451	-1,857	0,100
Включение в основную группу	0,734	0,175	6,400	1,523	4,203	0,003
F	0,552	0,175	1,365	0,431	3,164	0,013

Примечания: В – нестандартизованный коэффициент регрессии; БЕТА – стандартизованный коэффициент регрессии.

Таблица 5

Результат множественной пошаговой регрессии для переменной «количество назначаемых психофармакологических препаратов» ($n=10$)

	БЕТА	Стандартная ошибка БЕТА	В	Стандартная ошибка В	t-критерий Стьюдента	p-уровень
Свободный член			-108,797	34,052	-3,195	0,015
G Шкала G теста 16ЛФ	0,640	0,175	15,659	4,276	3,662	0,008
Q1 Шкала Q1 теста 16ЛФ	0,538	0,175	8,935	2,902	3,079	0,018

Примечания: В – нестандартизованный коэффициент регрессии; БЕТА – стандартизованный коэффициент регрессии.

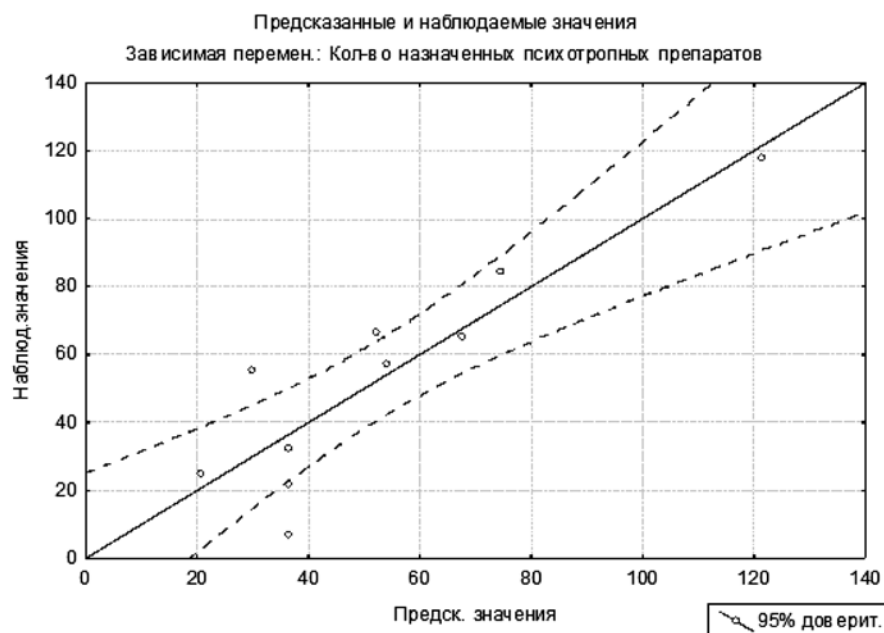


Рис. 3. Предсказанные и наблюдаемые значения показателя количества назначаемых участковыми терапевтами психофармакологических препаратов

Как следует из этой таблицы, количество применяемых психофармакологических препаратов в решающей степени зависит от личностных особенностей врачей. В частности, приверженность социальным нормам (фактор G) и тенденция к радикализму (фактор Q1) определяют частоту назначения врачами препаратов этой категории.

В графическом виде эти результаты приведены на рис. 3.

Обсуждение

Таким образом, результаты исследования показали, что модель организации взаимодействия психотерапевта с участковыми терапевтами имеет очень большое значение. Использование принципов сопровождения позволяет фактически в три раза повысить количество направлений со стороны участковых терапевтов. Данное обстоятельство можно объяснить изменением организации деятельности психотерапевта, повышением его роли в поликлинике, а также преодолением профессиональных барьеров и ростом психиатрической компетентности участковых терапевтов. В результате у них улучшаются навыки распознавания психических расстройств, а также повышается осознание необходимости и возможности лечить таких пациентов [5, 11]. Это в первую очередь касается группы невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, но также затрагивает и другие категории психических расстройств.

В то же время исследование показало, что простая и ограниченная реорганизация деятельности психотерапевта на уровне отдельной поликлиники недостаточна для того, чтобы участковые вра-

чи принимали на себя ответственность за ведение больных с непсихотическими психическими расстройствами [2]. Наоборот, полученные данные свидетельствуют о том, что врачи основной группы назначали психофармакологические препараты, преимущественно бензодиазепиновые транквилизаторы и снотворные, реже, чем врачи контрольной группы. Данное обстоятельство скорее всего объясняется тем, что участковые терапевты, взаимодействующие с психотерапевтом, охотно передавали эту функцию психотерапевту, а также подходили к назначению психофармакологических препаратов более обдуманно. При этом определяющую роль в назначении таких препаратов играли психологические факторы. Ведущее место среди этих факторов занимали приверженность социальным нормам (фактор G) и тенденция к радикализму как потребность в новизне, новых социальных контактах и ситуациях с элементами риска (фактор Q1) [1]. Сочетание указанных факторов создает условия для конструктивной оптимизации врачами своей профессиональной деятельности, поскольку стремление к изменениям реализуется у них под контролем просоциальных установок.

Все это может указывать на то, что врачи основной группы под влиянием взаимодействий с психотерапевтом становятся в целом более осторожными в применении психофармакологических препаратов, поэтому общее количество применяемых ими фармакологических средств меньше, чем в контрольной группе. Вместе с тем, это может свидетельствовать и о том, что при тесных контактах с психотерапевтом участковые врачи чаще полагаются на то, что соответствующие назначения сделает именно психотерапевт.

Все это может указывать на то, что врачи основной группы под влиянием взаимодействий с психотерапевтом становятся в целом более осторожными в применении психофармакологических препаратов, поэтому общее количество применяемых ими фармакологических средств меньше, чем в контрольной группе. Вместе с тем, это может свидетельствовать и о том, что при тесных контактах с психотерапевтом участковые врачи чаще полагаются на то, что соответствующие назначения сделает именно психотерапевт.

С учетом сказанного, очевидно, что для усиления терапевтической активности участковых врачей в отношении пациентов с психическими расстройствами необходимо видоизменение учебных программ тематического усовершенствования, а также проведение ряда серьезных обучающих мероприятий, относящихся к компетенции органов управления здравоохранением [6].

Исследование также показало, что на характер взаимодействия между врачами-психотерапевтами и участковыми терапевтами определенное влияние оказывают психологические особенности врачей. Немаловажное значение в этом отношении имеет психологическая экспрессивность в поведении участковых терапевтов (фактор F).

Указанный психологический фактор отражает склонность индивидуума к спонтанной реализации в поведении эмоциональных реакций и актуальных психологических установок, сочетающейся со стремлением вовлечь окружающих в общую деятельность. Расширение компетенции таких специалистов сопровождается существенным повышением их профессиональной активности и взаимодействия с коллегами, что очевидно и облегчает их включение в технологическую цепочку медико-психологического и психиатрического сопровождения пациентов поликлиники.

К ограничениям проведенного исследования следует отнести, прежде всего, незначительное коли-

чество наблюдений, что было обусловлено условиями проведения организационного эксперимента в одной поликлинике.

Кроме того, при статистическом анализе материала были сделаны допущения, связанные с использованием регрессионного анализа в отношении показателя общего количества направлений к психотерапевту, распределение которого отклонялось от нормального. Указанное допущение было сделано с учетом того, что при увеличении количества наблюдений распределение данной переменной стремится к нормальному. Также была осуществлена проверка полученных результатов с помощью методов непараметрической статистики (логит-регрессия).

ЛИТЕРАТУРА

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности. Структура, основы интерпретации, некоторые области применения. Предисловие Т.Барлас. 3-е изд., испр. и доп. М.: «БЕРЕЗИН ФЕЛИКС БОРИСОВИЧ», 2011. 320 с.
2. Бобров А.Е. Могут ли врачи общего профиля применять антидепрессанты? // Русский медицинский журнал. 2006. Т. 14, № 6. С. 444–449.
3. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., Фурсов Б.Б. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 1. С. 5–19.
4. Краснов В.Н., Бобров А.Е., Старостина Е.Г., Довженко Т.В. Аналитический отчет «О проблемных ситуациях, возникающих у врачей первичной и общей медицинской помощи при ведении больных с непсихотическими психическими расстройствами». М., 2010. 49 с.
5. Краснов В.Н., Бобров А.Е., Старостина Е.Г., Довженко Т.В. Научный отчет «Разработка механизмов комплексной диагностики и полипрофессионального ведения больных с непсихотическими расстройствами в условиях первичного звена здравоохранения». М., 2010. 87 с.
6. Краснов В.Н., Бобров А.Е., Довженко Т.В., Старостина Е.Г., Кузнецова М.В. Проблемы, предпосылки и необходимые мероприятия по улучшению взаимодействия психиатрической (психотерапевтической) службы с врачами первичного звена здравоохранения // Психическое здоровье. 2011. Т. 63, № 8. С. 3–11.
7. Краснов В.Н. (Ред.) Сборник инструктивно-методических материалов для врачей первичного звена здравоохранения по оказанию помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами (на основе полипрофессионального взаимодействия различных специалистов). М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2012. Часть 2. С. 10–31.
8. Кузнецова М.В., Бобров А.Е. Опыт организации психотерапевтического кабинета на базе территориальной поликлиники: динамика и структура обращений на протяжении первых полутора лет // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 2. С. 15–20.
9. Холмогорова А.Б., Довженко Т.В., Гаранян Н.Г. и соавт. Взаимодействие специалистов в комплексном лечении психических расстройств // Консультативная психология и психотерапия. 2001. № 4. С. 144–153.
10. Kessler R.C., Wang P.S. The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States // Ann. Rev. Public Health. 2008. Vol. 29. P. 115–129.
11. Nickels M.W., McIntyre J.S. A model for psychiatric services in primary care setting // Psychiatr. Serv. 1996. Vol. 47, N 5. P. 522–526.
12. Ormel J., von Korff M., Oldehinkel T. et al. Onset of disability in depressed and non-depressed primary care patients // Psychol. Med. 1999. Vol. 29. P. 847–853.
13. Oud M.J., Schuling J., Groenier K.H. et al. Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study // BMC Fam. Pract. 2010. Vol. 11. P. 92. (doi:10.1186/1471-2296-11-92)
14. Thomas R.V., Corney R.H. A survey of links between mental health professionals and general practice in six district health authorities // Br. J. Gen. Pract. 1992. Vol. 362, N 42. P. 358–361.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТА И УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ ПОЛИКЛИНИКИ: СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РАБОТЫ ПО КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МОДЕЛИ И МОДЕЛИ СОПРОВОЖДЕНИЯ

А. Е. Бобров, М. В. Кузнецова

Активизация взаимодействия психотерапевтов с врачами первичного звена здравоохранения является актуальной научно-организационной проблемой. Цель исследования состояла в анализе эффективности ряда элементов модели медико-психологического и психиатрического сопровождения, разработанной сотрудниками Московского НИИ психиатрии для первичной медико-санитарной помощи. Дополнительной задачей явилось изучение влияния роли индивидуальных характеристик участковых терапевтов на их взаимодействие с психотерапевтом.

На базе одной из поликлиник Москвы был осуществлен организационный эксперимент, в ходе которого шесть участковых терапевтов (основная группа) в своей работе использовали элементы модели сопровождения, а семь (контрольная группа) работали по старой – консультативной модели.

Результаты показали, что участковые терапевты основной группы в 2,9 раза чаще, чем врачи контрольной группы, направляли своих пациентов в психотерапевтический кабинет ($p=0,026$). При этом среди таких пациентов преобладали больные с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами ($p=0,029$). В основной группе отмечалась также тенденция к увеличению больных

с органическими и аффективными расстройствами. Было обнаружено, что врачи основной группы заметно реже назначали психофармакологические препараты, в особенности, транквилизаторы и снотворные. Однако вследствие значительной индивидуальной вариабельности, эти различия не были статистически значимыми.

С помощью теста 16JF были выделены личностные особенности участковых терапевтов, оказывающие влияние на их взаимодействие с психотерапевтом. Так, экспрессивность поведения (фактор F) способствует более частому направлению пациентов к психотерапевту, а приверженность социальным нормам (фактор G) и тенденция к радикализму и новизне (фактор Q1) сочетается с более частым применением психофармакологических препаратов.

Таким образом, модель сопровождения способствует активизации взаимодействия участковых терапевтов с психотерапевтом и приводит к более сбалансированному применению ими психофармакологических препаратов. Существенное влияние на профессиональное взаимодействие оказывают личностные особенности врачей.

Ключевые слова: организационная модель, первичное звено здравоохранения, поликлиника, участковые терапевты, психотерапевт, психотерапевтическая помощь.

INTERACTION OF THERAPISTS AND GENERAL PRACTITIONERS: COMPARISON OF RESULTS WITH CONSULTATION VS. GUIDANCE MODELS

A. E. Bobrov, M. V. Kuznetsova

More active interaction between psychotherapists and general practitioners in polyclinics is one of challenges in organization of health care. This investigation aimed at analysis of effectiveness of several elements of medico-psychological and psychiatric guidance developed in the Moscow Research Institute of Psychiatry for primary care system. Besides, the authors had the intention to study the role of individual characteristics of general practitioners for their interaction with a colleague psychotherapist.

The authors describe the experiment organized in one of Moscow general polyclinics. Within framework of this experiment, six general practitioners used in their work the elements of guidance model while seven other general practitioners (controls) followed the traditional consultation model.

Results show that the general practitioners that used elements of guidance referred their patients to a psychotherapeutic unit 2,9 more frequently than controls ($p=0,026$). Among the patients referred to the therapist happened to prevail patients with neurotic, stress-related and somatoform disorders ($p=0,029$). In the first group of general

practitioners, also seemed to show a tendency to increasing number of patients with organic and affective disorders. They prescribed less psychotropic medication, specifically, tranquilizers and hypnotics. However, because of noticeable statistical variance, these differences were not significant.

The authors used the 16PF test to explore the personality characteristics of the general practitioners that could play a role in their interaction with a therapist. So, expressive behavior (Factor F) was associated with more frequent referring patients to the psychotherapist while adherence to social norms, rule-consciousness (Factor G) and tendency to radicalism and novelty (Factor Q1) were associated with higher frequency of using psychopharmacological medication.

Thus, the guidance model appears to promote cooperation of general practitioners with psychotherapists and leads to a more balanced use of psychotropic drugs. Doctor's personal characteristics happen to play an important role in cooperation with other professionals.

Key words: organizational model, primary health care, polyclinic, general practitioners, psychotherapist, psychotherapeutic care.

Бобров Алексей Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по учебно-методической работе ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: bobrov2004@yandex.ru

Кузнецова Мария Валерьевна – аспирантка отдела психотерапии и консультативной психиатрии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: pk104@mail.ru

УДК 616.895.8–085:615.214

ИНЪЕКЦИОННЫЕ АНТИПСИХОТИКИ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ: ЗА И ПРОТИВ¹

Б. Ким, С.-Х. Ли, Й. К. Янг, Й. Парк, Я.-Ч. Чунг

Республика Корея, Тайвань

Во введении авторы указывают на нейродегенеративный характер шизофрении [18, 21], течение которой перемежается обострениями и частичными или полными ремиссиями. Отмечается нейротоксичность повторных приступов заболевания, приводящая к структурным изменениям в головном мозге, которые наблюдаются уже после первых приступов болезни [5, 11, 31], причем при каждом последующем обострении увеличивается время достижения ремиссии [19]. Первые 5 лет заболевания рассматриваются как критический период в отношении клинических и социальных последствий болезни [4, 20] и чрезвычайно важно на этом этапе обеспечить интенсивную биопсихосоциальную помощь больным, направленную на улучшение долгосрочного прогноза. Указывается, что основной целью в данных случаях является профилактика повторных обострений и восстановление социально-трудового функционирования до доболезненного уровня.

Авторы отмечают, что уровень обострений после первого приступа относительно низкий в течение первого года, однако он возрастает до 53,7% и 74%–81,9% на 2 и 5 годах заболевания соответственно [28, 33]. Зачастую этому способствует недостаточная приверженность пациентов предписанной терапии пероральными препаратами [32, 35], что увеличивает риск обострений пятикратно [28]. При этом уровень отмены лечения пациентов с первым психотическим эпизодом составляет 26% [29] – 44% [34]. По некоторым данным [6], 39% больных при терапии в течение первого года не соблюдают предписанный режим лечения, а 20% выполняют его неадекватно.

В этих условиях антипсихотические инъекционные препараты длительного действия могут рассматриваться как средство улучшения приверженности

пациентов проводимой терапии и снижения уровня обострений [13]. В некоторых рекомендациях (The Texas Medication Algorithm Project Antipsychotic Algorithm for schizophrenia) [2] указывается на возможность использования антипсихотических инъекционных препаратов длительного действия для лечения больных с низкой приверженностью терапии на любой стадии заболевания. В более ранних работах отмечалась эффективность данного подхода у больных с впервые возникшими психотическими состояниями, что позволяло улучшить комплаентность [36] и способствовало предотвращению обострений [15] в большей степени по сравнению с лечением пероральными препаратами.

Хотя в начале статьи авторы указывают, что большинство психиатров настороженно относятся к назначению инъекционных антипсихотиков длительного действия у больных с впервые возникшим психотическим состоянием [10, 26], и лишь небольшое их число назначает данные препараты больным после первого психотического эпизода [12], в ее заключительной части отмечается, что показаниями для назначения антипсихотических инъекционных препаратов длительного действия, согласно ряду клинических рекомендаций и научных публикаций, является недостаточная комплаентность больных «на любой стадии шизофрении» при высоком риске обострений заболевания – то есть не исключается ее начальный этап [2, 14]. При этом предпочтение отдается возможности более длительных интервалов между инъекциями [23]. В целом, подчеркивается, что оптимальный терапевтический подход требует рассмотрения необходимости назначения антипсихотических инъекционных препаратов длительного действия для предотвращения преждевременного отказа от терапии и лучшего соблюдения предписанного режима лечения.

В данной статье приводится анализ литературы по использованию антипсихотических инъекционных препаратов длительного действия у больных шизофренией с первыми психотическими эпизодами.

¹ Расширенный реферат статьи Kim B., Lee S.-H., Yang Y.K., Park J.I., Chung Y.-Ch. Long-acting injectable antipsychotics for first-episode schizophrenia: the pros and cons // Schizophr. Res. Treat. 2012. Article ID 560836, 8 pages. doi:10.1155/2012/560836

В открытом нерандомизированном мультицентровом исследовании, посвященном терапии больных шизофренией (382 чел.) на начальных этапах ее течения (не более 3-х лет от установления диагноза), было показано значительное улучшение по PANSS (суммарная оценка), начиная с первого визита, сохраняющееся весь период терапии (6 мес.) инъекционным рisperидоном длительного действия [25]. К концу исследования у 148 пациентов (40%) обнаруживалось улучшение по сравнению с исходным уровнем по PANSS (общая оценка и оценка по субшкалам) и шкале общего функционирования (Global Assessment of Functioning – GAF). Нежелательные явления (включая экстрапирамидные) отмечались у 263 больных (69%), однако данная симптоматика редуцировалась в течение 6 месяцев терапии.

Имеются также данные, что у пациентов, получающих лечение инъекционным рisperидоном (включая больных с первым эпизодом шизофрении), отмечалось уменьшение тяжести симптоматики и улучшение комплаенса, а также снижение уровня обострений и хорошая переносимость лечения [24]. При сравнении инъекционного рisperидона длительного действия с таблетированным рisperидоном в лечении первого эпизода шизофрении выявлены преимущества инъекционного рisperидона (симптоматика по PANSS, GAF, шкала общего клинического впечатления CGI и лучшая приверженность терапии, способствующая профилактике повторных обострений) без различий в уровне экстрапирамидной симптоматики и частоте нежелательных явлений, связанных с повышением пролактина [15]. Также указывается, что полезными в этом отношении могут быть психосоциальные вмешательства, осуществляемые в комплексе с инъекционным рisperидоном длительного действия [16].

Еще в одном исследовании, в котором принимали участие 50 больных с первым эпизодом шизофрении, 32 человека (64%), получавшие инъекционный рisperидон, достигли ремиссии, при этом у них уменьшилась по сравнению с исходным уровнем выраженность экстрапирамидной симптоматики [9]. Отмечается, что пациенты, у которых удалось достичь ремиссии, получали более низкие дозы инъекционного рisperидона, и их социальное функционирование было выше по сравнению с больными, динамика тяжести расстройств у которых не позволяла диагностировать ремиссионное состояние. Было показано, что вероятность достижения ремиссии выше у женщин, а также у пациентов с ранними признаками улучшения по PANSS. При сравнении результатов лечения инъекционным рisperидоном длительного действия с назначением перорального рisperидона или галоперидола, при использовании пролонга отмечались значительно меньшая частота досрочного выбывания из исследования (26% vs 70% в течение 24 мес.) и более выраженная редуция симптоматики по PANSS

(–39,7 vs –25,7), большее число больных достигло ремиссии (64% vs 40%), и, наоборот, реже развивались обострения (9,3% vs 42%) и регистрировалась экстрапирамидная симптоматика [8].

Специальное исследование длительностью 12 недель, посвященное изучению приверженности пациентов проводимой терапии, выявило, что больные, получающие инъекционные антипсихотики длительного действия, существенно превосходят в этом отношении пациентов на пероральных препаратах [36]. Авторы высказывают предположение, что начало терапии с пролонгов может предотвращать или задерживать возникновение некомплаентности у больных. Данный факт, по мнению авторов, дает основание рекомендовать назначение антипсихотических инъекционных препаратов длительного действия уже на ранних этапах лечения шизофрении.

Как показано в одном из исследований, у пациентов на начальных этапах шизофрении при назначении инъекционного рisperидона длительного действия отмечается заметное уменьшение выраженности симптоматики, улучшение социального функционирования и качества жизни [22]. Кроме того, данные мультицентрового неинтервенционного наблюдательного 12-месячного исследования продемонстрировали эффективность данного подхода как с клинической, так и социальной точек зрения [7], что согласуется с результатами ряда предшествующих работ [9, 15].

В недавнем нейровизуализационном исследовании G.Bartzokis и соавт. [3] было осуществлено сравнение инъекционного и таблетированного рisperидона. Объем белого вещества оставался стабильным (точнее, незначительно увеличивался) в группе пациентов, получавших терапию инъекционным рisperидоном, и существенно снижался в группе больных, получавших рisperидон *per os*. Авторы высказывают предположение, что инъекционный рisperидон способствует миелинизации и стабилизирует объем белого вещества в лобной доле головного мозга, в отличие от таблетированного рisperидона. Более того, увеличение объема белого вещества лобной доли положительно коррелировало с улучшением исполнительской функции и рабочей памяти.

Что касается назначения инъекционных антипсихотиков длительного действия больным шизофренией на более отдаленных ее этапах, то в данном случае, по мнению авторов, результаты не столь однозначны. По результатам мета-анализа, осуществленного в 2001 году [1], депо-антипсихотики по сравнению с пероральными препаратами показывали лучшие результаты в отношении общего улучшения симптоматики, однако различия по уровню обострений и нежелательным явлениям не достигали статистически значимого уровня.

В недавнем долгосрочном рандомизированном исследовании пациентов с нестабильной шизофре-

нией показано, что инъекционный рisperидон длительного действия не обнаруживает преимуществ по сравнению с таблетированными формами по влиянию на продолжительность выполнения предписанного режима лечения, времени до следующей госпитализации, редукции симптоматики, улучшения социального функционирования больных при наличии более выраженной экстрапирамидной симптоматики [30]. С другой стороны, в недавнем мета-анализе отмечается, что антипсихотические инъекционные препараты длительного действия в большей степени снижают риск повторных обострений по сравнению с приемом препарата *per os* [17].

Таким образом, авторы делают вывод, что для объяснения показаний к использованию антипсихотиков пролонгированного действия у больных с впервые возникшими приступами шизофрении необходимы дальнейшие рандомизированные контролиру-

емые исследования, особенно посвященные вопросам эффективности предотвращения обострений заболевания и повторных госпитализаций. Наличие более полной информации о данных аспектах действия антипсихотических инъекционных препаратов длительного действия, а также возможности улучшения социального функционирования и качества жизни пациентов позволят выработать обоснованную тактику и показания для их назначения психиатрами и улучшат приверженность назначенной терапии со стороны больных. Указывается, что уже в настоящее время в ряде клинических рекомендаций и научных публикаций показаниями для назначения антипсихотических инъекционных препаратов длительного действия является недостаточная комплаентность больных «на любой стадии шизофрении» (т.е. не исключается ее начальный этап) при высоком риске обострений заболевания [2, 14].

ЛИТЕРАТУРА

- Adams C. E., Fenton M. K., Quraishi S., David A. S. Systematic meta-review of depot antipsychotic drugs for people with schizophrenia // Brit. J. Psychiatr. 2001. Vol. 179. P. 290–299.
- Argo T. R., Crimson M. L., Miller A. L. et al. The Texas Medication Algorithm Project antipsychotic algorithm for schizophrenia // The Texas Department of State Health Services, 2007.
- Bartzokis G., Lu P. H., Amar C. P. et al. Long acting injection versus oral risperidone in first-episode schizophrenia: differential impact on white matter myelination trajectory // Schizophr. Res. 2011. Vol. 132, N 1. P. 35–41.
- Birchwood M., Todd P., Jackson C. Early intervention in psychosis: the critical period hypothesis // Brit. J. Psychiatr. 1998. Vol. 172, N 33, Suppl. P. 53–59.
- Cahn W., Hulshoff Pol H. E., Lems E. B. et al. Brain volume changes in first-episode schizophrenia: a 1-year follow-up study // Arch. Gen. Psychiatr. 2002. Vol. 59, N 11. P. 1002–1010.
- Coldham E. L., Addington J., Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis // Acta Psychiatr. Scand. 2002. Vol. 106, N 4. P. 286–290.
- Dubois V., Megens J., Mertens C. et al. Long-acting risperidone in early-episode schizophrenia // Acta Psychiatr. Belg. 2011. Vol. 111, N 1. P. 9–21.
- Emsley R., Oosthuizen P., Koen L. et al. Oral versus injectable antipsychotic treatment in early psychosis: post hoc comparison of two studies // Clin. Ther. 2008. Vol. 30, N 12. P. 2378–2386.
- Emsley R., Oosthuizen P., Koen L. et al. Remission in patients with first-episode schizophrenia receiving assured antipsychotic medication: a study with risperidone long-acting injection // Int. Clin. Psychopharmacol. 2008. Vol. 23, N 6. P. 325–331.
- Heres S., Hamann J., Kissling W., Leucht S. Attitudes of psychiatrists toward antipsychotic depot medication // J. Clin. Psychiatr. 2006. Vol. 67, N 12. P. 1948–1953.
- Ho B. C., Andreasen N. C., Nopoulos P. et al. Progressive structural brain abnormalities and their relationship to clinical outcome: a longitudinal magnetic resonance imaging study early in schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatr. 2003. Vol. 60, N 6. P. 585–594.
- Jaeger M., Rossler W. Attitudes towards long-acting depot antipsychotics: a survey of patients, relatives and psychiatrists // Psychiatr. Res. 2010. Vol. 175, N 1–2. P. 58–62.
- Kane J. M. Review of treatments that can ameliorate nonadherence in patients with schizophrenia // J. Clin. Psychiatr. 2006. Vol. 67, Suppl. 5. P. 9–14.
- Kane J. M., Garcia-Ribera C. Clinical guideline recommendations for antipsychotic long-acting injections // Brit. J. Psychiatr. 2009. Vol. 195, Suppl. P. S63–S67.
- Kim B., Lee S. H., Choi T. K. et al. Effectiveness of risperidone long-acting injection in first-episode schizophrenia: in naturalistic setting // Progr. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiatr. 2008. Vol. 32, N 5. P. 1231–1235.
- Lee S. H., Choi T. K., Suh S. et al. Effectiveness of a psychosocial intervention for relapse prevention in patients with schizophrenia receiving risperidone via long-acting injection // Psychiatr. Res. 2010. Vol. 175, N 3. P. 195–199.
- Leucht C., Heres S., Kane J. M. et al. Oral versus depot antipsychotic drugs for schizophrenia—a critical systematic review and meta-analysis of randomised long-term trials // Sch. Res. 2011. Vol. 127, N 1–3. P. 83–92.
- Lieberman J. A. Pathophysiologic mechanisms in the pathogenesis and clinical course of schizophrenia // J. Clin. Psychiatr. 1999. Vol. 60, Suppl. 12. P. 9–12.
- Lieberman J. A., Alvir J. M., Koren A. et al. Psychobiologic correlates of treatment response in schizophrenia // Neuropsychopharmacology. 1996. Vol. 14, N 3, Suppl. P. 13S–21S.
- Lieberman J. A., Perkins D., Belger A. et al. The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches // Biol. Psychiatr. 2001. Vol. 50, N 11. P. 884–897.
- Molina V., Sanz J., Sarramea F. et al. Lower prefrontal gray matter volume in schizophrenia in chronic, but not in first episode schizophrenia patients // Psychiatr. Res. 2004. Vol. 131, N 1. P. 45–56.
- Napryeyenko O., Burba B., Martinez G. et al. Risperidone long-acting injectable in recent-onset schizophrenia examined with clinician and patient self-report measures // J. Clin. Psychopharmacol. 2010. Vol. 30, N 2. P. 200–202.
- Osborne R. H., Dalton A., Hertel J. et al. Health-related quality of life advantage of long-acting injectable antipsychotic treatment for schizophrenia: a time trade-off study // Hlth. Qual. Life Outcomes. 2012. Vol. 10, article 35.
- Parellada E. Long-acting injectable risperidone in the treatment of schizophrenia in special patient populations // Psychopharmacol. Bull. 2007. Vol. 40, N 2. P. 82–100.
- Parellada E., Andreuzina R., Milanova V. et al. Patients in the early phases of schizophrenia and schizoaffective disorders effectively treated with risperidone long-acting injectable // J. Psychopharmacol. 2005. Vol. 19, N 5, Suppl. P. 5–14.
- Patel M. X., Haddad P. M., Chaudhry I. B. et al. Psychiatrists' use, knowledge and attitudes to first- and second-generation antipsychotic long-acting injections: comparisons over 5 years // J. Psychopharmacol. 2010. Vol. 24, N 10. P. 1473–1482.
- Rabinowitz J., Napryeyenko O., Burba B. et al. Premorbid functioning and treatment response in recent-onset schizophrenia: prospective study with risperidone long-acting injectable // J. Clin. Psychopharmacol. 2011. Vol. 31, N 1. P. 75–81.
- Robinson D., Woerner M. G., Alvir J. M. et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder // Arch. Gen. Psychiatr. 1999. Vol. 56, N 3. P. 241–247.
- Robinson D. G., Woerner M. G., Alvir J. M. et al. Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder // Schizophr. Res. 2002. Vol. 57, N 2–3. P. 209–219.
- Rosenheck R. A., Krystal J. H., Lew R. et al. Long-acting risperidone and oral antipsychotics in unstable schizophrenia // New Engl. J. Med. 2011. Vol. 364, N 9. P. 842–851.
- Sun D., Stuart G. W., Jenkinson M., et al. Brain surface contraction mapped in first-episode schizophrenia: a longitudinal magnetic resonance imaging study // Mol. Psychiatr. 2009. Vol. 14, N 10. P. 976–986.

32. Thieda P., Beard S., Richter A., Kane J. An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia // *Psychiatr. Serv.* 2003. Vol. 54, N 4. P. 508–516.
33. T. S. S. R. Group. The Scottish first episode schizophrenia study VIII. Five-year follow-up: clinical and psychosocial findings // *Brit. J. Psychiatr.* 1992. Vol. 161. P. 496–500.
34. Verdoux H., Lengronne J., Liraud F. et al. Medication adherence in psychosis: predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first-admitted subjects // *Acta Psychiatr. Scand.* 2000. Vol. 102, N. 3. P. 203–210.
35. Weiden P. J., Olfson M. Cost of relapse in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 1995. Vol. 21, N 3. P. 419–429.
36. Weiden P. J., Schooler N. R., Weedon J. C. et al. A randomized controlled trial of long-acting injectable risperidone vs continuation on oral atypical antipsychotics for first-episode schizophrenia patients: initial adherence outcome // *J. Clin. Psychiatr.* 2009. Vol. 70, N 10. P. 1397–1406.

ИНЪЕКЦИОННЫЕ АНТИПСИХОТИКИ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ: ЗА И ПРОТИВ

Б. Ким, С.-Х. Ли, Й. К. Янг, Й. Парк, Я.-Ч. Чунг

Клинические и психосоциальные нарушения выявляются в течение первого года заболевания. Таким образом, для улучшения долгосрочного прогноза необходимо осуществление интенсивного лечения пациентов сразу же после развития первого эпизода болезни. Обострения симптоматики тесно связаны с неполной приверженностью больных с первым эпизодом шизофрении назначенной терапии. Недавние исследования демонстрируют, что антипсихотические инъекционные препараты длительного действия являются более эффективными по сравнению с пероральными препаратами в отношении приверженности терапии и профилактики повторных обострений. Более того, в некоторых руководствах указывается, что антипсихотические инъекционные препараты длительного действия могут использоваться на любой стадии шизофрении. Ухудше-

ние комплаенса является типичной причиной развития повторных приступов у больных на ранних этапах болезни, что обосновывает необходимость рассмотрения применения инъекционных антипсихотиков длительного действия в случаях первого эпизода шизофрении. В данной статье рассматриваются результаты клинических исследований и клинических руководств в отношении применения антипсихотических инъекционных антипсихотиков длительного действия для больных с первым эпизодом шизофрении, а также аргументы за и против обсуждаемого подхода.

Ключевые слова: первый эпизод шизофрении, антипсихотические инъекционные препараты длительного действия, инъекционный рисперидон длительного действия, приверженность терапии, обострение заболевания.

LONG-ACTING INJECTABLE ANTIPSYCHOTICS FOR FIRST-EPISODE SCHIZOPHRENIA: THE PROS AND CONS

B. Kim, S.-H. Lee, Y. K. Yang, J. Park, Y.-Ch. Chung

Clinical and psychosocial deterioration associated with schizophrenia occurs within the first few years following the onset of the illness. Therefore, to improve the long-term prognosis, it is important to provide schizophrenia patients with intensive treatment following their first episode. Relapse is highly associated with partial medication adherence or nonadherence in patients with first episode schizophrenia. Recent studies suggest that long-acting injectable (LAI) antipsychotics compared with oral antipsychotics are more effective for medication adherence and relapse prevention. Moreover, some clinical guidelines for the treatment of schizophrenia suggested that

LAI antipsychotics should be considered when patients are nonadherent “at any stage.” Decreased compliance is a common cause of relapse during the initial stages of the disease. Therefore, LAI antipsychotics should be highly considered when treating patients with first-episode schizophrenia. In the present paper, clinical trial data and current guidelines on the use of LAI antipsychotics for first-episode schizophrenia are discussed as well as the pros and cons of this treatment option.

Key words: first-episode schizophrenia, long-acting injectable antipsychotics, long-acting injectable risperidone, adherence, relapse.

Автор для переписки:

Young-Chul Chung – e-mail: chungyc@jbnu.ac.kr

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУЛЬПИРИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАВЯЗЧИВОСТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Н. А. Тювина, С. В. Прохорова, Т. Н. Максимова

*ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова
Кафедра психиатрии и наркологии*

Выделение навязчивостей в самостоятельное расстройство относится к середине XIX века, хотя первые упоминания о них встречаются в трудах Ф.Пинеля (1829), Ж.Эскироля, включившего их в «мономании» (1838). В 1867 году Р.Крафт-Эбинг предложил для обозначения навязчивых явлений в форме представлений, идей, влечений и поступков термин *Zwangsvorstellungen*, который остался в германской литературе, в то время как во французской литературе закрепился преимущественно термин *obsessions*. В русской психиатрии термин «навязчивые представления» был введён И.Балинским [цит. по 8]. К.Вестфаль в 1871 году выделил агорафобию, а несколько позднее дал развёрнутое определение навязчивых состояний как психопатологического синдрома.

В отечественной психиатрии, наряду с неврастенией и истерией, был выделен невроз навязчивых состояний, включающий тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства: агорафобию с паническими атаками и без них, ипохондрические фобии (нозофобии), социальные и изолированные фобии, обсессивно-компульсивное расстройство [12]. В МКБ-10 тревожно-фобические расстройства и обсессивно-компульсивные диагностируются отдельно.

Навязчивости, как известно, являются не только неотъемлемой частью невротических расстройств, но и малопрогредиентной шизофрении наряду с другими неврозо- и психопатоподобными нарушениями [7]. Сложная структура самого синдрома навязчивостей, включающая навязчивые страхи, сомнения, представления, влечения, идеи, сопровождающиеся ограничительным поведением и ритуалами, а также сочетание этих расстройств с другими психическими и сомато-вегетативными (панические атаки, соматическая тревога) нарушениями создаёт определённые трудности в подборе психофармакотерапии. Известно, что антиобсессивной активностью обладают некоторые трициклические антидепрессанты (кломипрамин), применявшиеся в течение длительного времени для лечения навязчи-

востей. Последние годы к препаратам первой линии, рекомендуемым при обсессивно-фобических нарушениях, относят антидепрессанты с анксиолитической активностью из группы СИОЗС, однако многочисленные исследования свидетельствуют о том, что примерно в половине случаев их эффективность явно недостаточна. Приходится рекомендовать комплексную терапию с включением препаратов разной направленности действия: антидепрессантов, транквилизаторов, антипсихотиков. Использование в таких случаях психотропных средств, обладающих несколькими психотропными эффектами, упрощает задачу по подбору адекватной терапии.

Одним из таких препаратов является сульпирид, родоначальник группы бензамидов. Сульпирид обладает большой терапевтической широтой в связи с особенностями его психотропной активности. Помимо антипсихотического действия (в дозах 600–1200 мг/сутки), связанного с блокадой постсинаптических D₂-рецепторов, сульпирид, применяемый в малых дозах (100–600 мг), блокирует пресинаптические D₂-рецепторы, что вызывает продофаминэргический эффект, благодаря чему препарат оказывает воздействие на негативные симптомы шизофрении и аффективные расстройства [1, 10, 19, 20]. Сульпирид обладает активирующим (антиастеническим), антидепрессивным (тимоаналептическим) действием, а также может способствовать улучшению когнитивных функций, благодаря некоторому влиянию на глутаматные рецепторы [5, 10, 11, 19, 20]. В отличие от традиционных нейролептиков, сульпирид не взаимодействует с адрено-, гистаминовыми и холинорецепторами, что определяет его хорошую переносимость и безопасность применения у больных с сопутствующей соматической патологией [5, 9, 16, 17]. Фармакокинетическим преимуществом сульпирида является отсутствие активных метаболитов и его выведение почками, минуя метаболизацию в печени, и, следовательно – взаимодействие с другими препаратами [5, 10]. Для него также характерно благоприятное соматотропное действие, которое связывают как с централь-

ным (подавление дофаминэргических рецепторов в триггерной зоне рвотного центра), так и периферическим (нормализация моторики желудка, толстой и тонкой кишки, желчного пузыря) влиянием нейролептика [5, 18]. Благодаря уникальному сочетанию психотропных и соматотропных эффектов, сульпирид широко используется в соматической практике, особенно в гастроэнтерологии, неврологии, дерматологии [3, 4, 9, 17]. Так, купирование тревожных и обсессивно-компульсивных расстройств у пациентов с дерматологическими заболеваниями способствовало положительной динамике кожной патологии и улучшению качества жизни пациентов [4]. В литературе имеется большое количество работ по эффективному использованию сульпирида в различных областях психиатрии: при лечении невротических и «маскированных» депрессий, ипохондрических расстройств, нарушений пищевого поведения, обсессивно-компульсивных расстройств [2, 3, 9, 11, 15, 17]. Несмотря на то, что доказана его антипсихотическая активность при назначении больших доз (более 600 мг/сутки), тем не менее применение сульпирида в лечении острых и хронических психозов ограничено [6]. С гораздо большим успехом он использовался в терапии малопрогрессирующей шизофрении с неврозоподобной симптоматикой [13], а также для купирования депрессивных и негативных расстройств при других формах шизофрении [14]. Однако в последние годы не проводилось сравнительных исследований эффективности сульпирида при обсессиях в рамках различных психических заболеваний. В связи с этим, целью настоящей работы явилось изучение эффективности сульпирида при терапии обсессивно-компульсивного расстройства и малопрогрессирующей шизофрении с навязчивостями.

Материал и методы

Исследование проводилось в стационарных и амбулаторных условиях в первом мужском психиатрическом отделении клиники психиатрии им. С.С.Корсакова Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М.Сеченова.

До начала терапии сульпиридом осуществлялась постепенная отмена предшествующей терапии. Больные подвергались психическому и соматоневрологическому обследованию.

Исключались из исследования пациенты, страдающие тяжелыми соматическими заболеваниями, другими психическими расстройствами, злоупотребляющие психотропными веществами. Психическое состояние и его динамику в процессе терапии определяли традиционным клиническим методом с использованием психометрических шкал: – шкалы Yale-Brown для обсессий и компульсий (Y-BOCS), шкалы общего впечатления – CGI и шкалы побочных явлений UKU. Оценку психического и сомати-

ческого состояния пациента производили до назначения препарата и на 7, 14, 28, 42 день исследования. Помимо оценки витальных функций (артериальное давление, частота сердечных сокращений, общие клинические анализы крови и мочи), учитывались также показатели веса тела, данные других клинических и параклинических исследований (ЭКГ, биохимические анализы крови), необходимых при квалификации возникающих побочных эффектов.

Сульпирид¹ назначался индивидуально с учетом выраженности имеющихся расстройств, переносимости препарата и реакции пациента на лечение. Начальная доза составляла от 50–100 мг в день. При необходимости дозу повышали до 400–600 мг/сутки. Средние терапевтические дозы – 150–400 мг/сутки. Во время исследования не допускалось назначение антидепрессантов и нейролептиков. Разрешалось кратковременное использование транквилизаторов и гипнотиков (золпидем, зопиклон).

Статистическую обработку материала производили с помощью комплекса программ «Statistica 6.0».

Характеристика пациентов

В исследование были включены 47 мужчин в возрасте от 17 до 43 лет (средний возраст $27,5 \pm 1,5$ года). По результатам оценки психических расстройств согласно МКБ-10, пациенты были разделены на две группы. В одной группе 32 пациента с диагнозом малопрогрессирующая шизофрения (Ш) с неврозоподобной симптоматикой (F21.3), в другой – 15 пациентов с диагнозом обсессивно-компульсивное расстройство – ОКР (F42.0).

В первой группе были пациенты в возрасте от 22 до 43 лет, средний возраст $29,3 \pm 2,6$ года. Впервые обратившихся к психиатру – 9 пациентов (28,1%). У 21 (65,7%) пациентов было постоянное место работы, 7 (21,9%) пациентов находились на инвалидности (II группа) по психическому заболеванию. Регулярно принимали терапию непосредственно перед обращением (небольшие дозы нейролептиков, как типичных так и атипичных, антидепрессанты, транквилизаторы) – 9 (28,1%) человек.

У всех обследованных пациентов наблюдалась сложная клиническая картина заболевания с полиморфной неврозоподобной симптоматикой, включающей широкий круг различных навязчивостей, сопровождающихся избегающим и/или защитно-ритуальным поведением. Наблюдались как полиморфные абстрактные навязчивости, так и разнообразные, несущие эмоциональную окраску обсессии. Навязчивый страх внешней угрозы чаще всего имел неопределенный (боязнь грязи, каких-то бактерий) или нелепый характер (страх проникнове-

¹В исследовании использовался препарат сульпирид производства ОАО «Органика», Новокузнецк.

ния в глаза и различные участки тела иголок, гвоздей, экскрементов птиц, животных, «частиц плохих людей») и сопровождался сложными защитными действиями, повторяющимися определенное количество раз (тщательная обработка рук, тела, одежды, обуви и т. п.). Ритуалы часто занимали ведущее положение в клинической картине болезни, целиком определяя поведение больных, значительно нарушая их повседневную жизнь, мешая социальной адаптации, а иногда приводя их к полной изоляции от общества и инвалидизации. Обсессии обычно возникали аутохтонно, вне связи с психогенными факторами, носили необычный, вычурный характер, с отсутствием психологической понятности для окружающих. У всех пациентов наблюдалась негативная симптоматика в виде астении и аутизации, а также сопутствующая депрессивная симптоматика дистимического уровня.

Аффективные нарушения, как правило, имели астено-адинамическую окраску с отсутствием чувства тоски, жалобами на лень, ощущением собственной тупости, нежеланием что-либо делать, с кем-либо общаться, отсутствием желания читать художественную или учебную литературу.

У некоторых пациентов основная неврозоподобная симптоматика развивалась на фоне неярко выраженных психопатоподобных истероформных включений.

Во второй группе средний возраст больных составлял $24,2 \pm 1,2$ года. Впервые обратившихся к психиатру было 11 пациентов (73,3%). У 12 пациентов (80,0%) было постоянное место работы или учебы. Трое (20,0%) потеряли работу в течение последних шести месяцев из-за болезни.

Регулярно принимали терапию непосредственно перед обращением (небольшие дозы нейролептиков, как типичных так и атипичных, антидепрессанты, транквилизаторы) 4 (26,6%) человека.

Расстройство развивалось у личностей преимущественно психастенического и шизоидного круга, начало заболевания было психогенно обусловлено, отсутствовали негативные волевые и эмоциональные изменения.

Наблюдались пациенты с различными типами обсессивных состояний: контрастные навязчивости (навязчивое желание совершить агрессивный поступок по отношению к близким, произнести неприличные слова в публичном месте и т. д.), навязчивые сомнения в завершенности (законченности) действия, сопровождающиеся многократными

перепроверками и повторными операциями. Нозофобии обычно возникали по психологически понятным механизмам, но, тем не менее, достаточно часто приводили к формированию навязчивой ипохондрии. Во всех случаях наблюдались неглубокие депрессивные состояния, которые имели вторичный по отношению к ОКР характер, возникали преимущественно при генерализации навязчивостей, постепенно редуцировались вместе со смягчением последних, никогда не сохранялись в клинической картине в течение длительного времени. В структуре депрессивных состояний доминировала тревога.

Оценка состояния по шкале общего впечатления соответствовала состоянию ремиссии при сохранении основного диагноза.

На протяжении всего исследования ни один из пациентов не отказался от приема сульпирида из-за побочного действия препарата или недостаточной его эффективности.

Результаты исследования

Перед началом терапии степень выраженности заболевания по шкале CGI у больных Ш была выше, чем у пациентов с ОКР. По тяжести состояния пациенты с Ш распределились следующим образом: легко болен 5 человек (15,6%), болезнь средней степени – 20 человек (62,5%), тяжелая степень – 7 (21,9%), а у пациентов с ОКР: легко болен 6 человек (40%), болезнь средней степени – 7 человек (46,7%), тяжелая степень – 2 человека (13,3%). Динамика улучшения состояния в ходе лечения, определяемая по шкале CGI, отражена на рис. 1. Как следует из полученных данных, улучшение в груп-

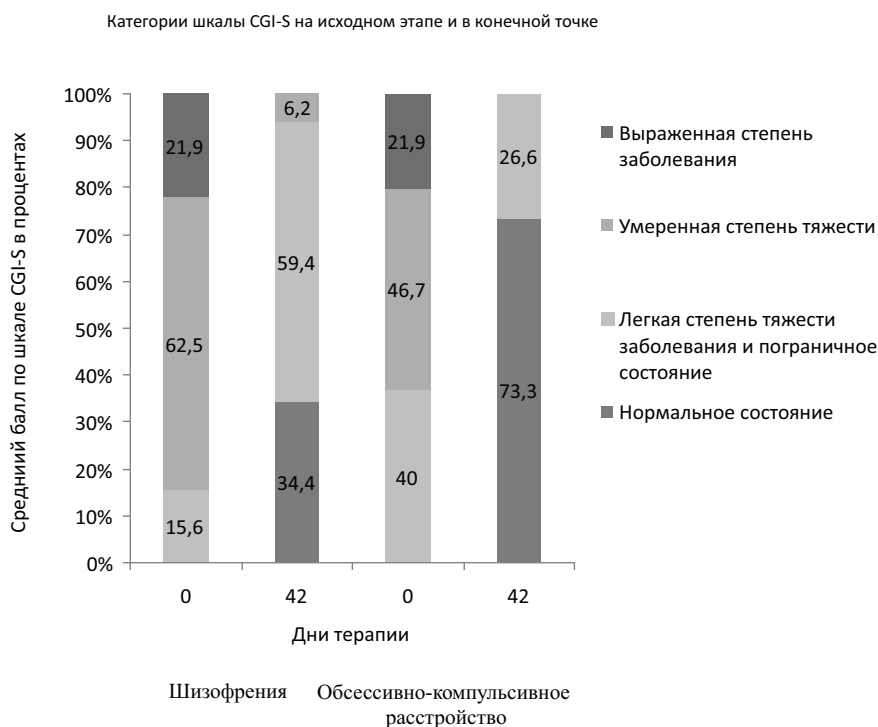


Рис. 1. Категории шкалы CGI-S на исходном этапе и в конечной точке

пе пациентов с ОКР наступало быстрее, чем в группе пациентов с Ш. Отчетливое улучшение психического состояния пациентов по шкале CGI у пациентов с Ш регистрировалось со 2-ой недели терапии, максимум улучшения приходился на 4-ю неделю лечения, в дальнейшем имела место тенденция к относительной стабилизации психического состояния пациентов. К концу 6-ой недели терапии 11 (34,4%) пациентов были практически здоровы, у 19 (59,4%) пациентов выраженность психических нарушений имела пограничный или легкий уровень и у 2 (6,25%) – симптоматика оставалась довольно выраженной (рис. 1).

В группе пациентов с ОКР отчетливое улучшение психического состояния пациентов по шкале CGI регистрировалось с 1-ой недели терапии, максимум улучшения приходился на 2-ю неделю лечения, в дальнейшем имела место тенденция к относительной стабилизации психического состояния. К концу 6-ой недели терапии 11 (73,3%) пациентов были практически здоровы, у 4 (26,6%) пациентов отмечалась легкая выраженность психических нарушений.

Достаточно высокий процент респондеров отражает высокую активность сульпирида в отношении ОКР, о чем свидетельствуют и данные динамики показателей шкалы Y-BOCS. Как известно, критериями эффективности для итоговой оценки результатов лечения считается 50% снижение показателей по Y-BOCS.

Можно видеть, что к моменту завершения лечения отмечено снижение среднего балла Y-BOCS больше чем на 50% в обеих группах. При сопоставлении результатов терапии в выделенных группах и анализе динамики показателей Y-BOCS были обнаружены существенные различия (рис. 2). Среди больных с ОКР отмечалась тенденция к быстрой

(снижение на 50% на 1–2-ой неделе) и выраженной (71,3% снижения баллов Y-BOCS к концу 6-ой недели) редукции обсессивно-компульсивных нарушений. Среди пациентов с Ш также отмечался относительно выраженный (снижение баллов Y-BOCS на 62,9% к концу наблюдения) эффект терапии, однако в отличие от предыдущей группы редукция психопатологических проявлений наступала в более поздние сроки (снижение среднего балла на 50% от исходного на 3–4-ой неделе терапии).

В клиническом плане динамика состояния больных Ш на фоне приема сульпирида характеризовалась прежде всего общим снижением выраженности неврозоподобных проявлений – ослаблением интенсивности как обсессивного, так и компульсивного компонента, улучшением настроения, повышением активности, стремлением к деятельности, а также упорядочиванием ассоциативных функций и поведения. Из ведущих продуктивных расстройств в большей степени поддавались терапии преимущественно обсессивно-компульсивные расстройства, субдепрессия. В меньшей степени реагировали на лечение пациенты с истероформными включениями, длительно протекающими мизофобиями (страх загрязнения), а также обсессиями, сопровождавшимися сложными, длительными ритуалами и не имевшими аффективной насыщенности.

Пациенты с преобладанием негативной симптоматики в виде замкнутости, бездеятельности, с обсессиями отвлеченного характера (бесплодное мудрствование, навязчивые воспоминания и т.д.) практически во всех случаях наблюдения отмечали выраженный стимулирующий эффект, сравнительно быстрое уменьшение адинамических проявлений практически с первой недели терапии, заметное повышение работоспособности, поведенческой активности и значительное ослабление навязчиво-

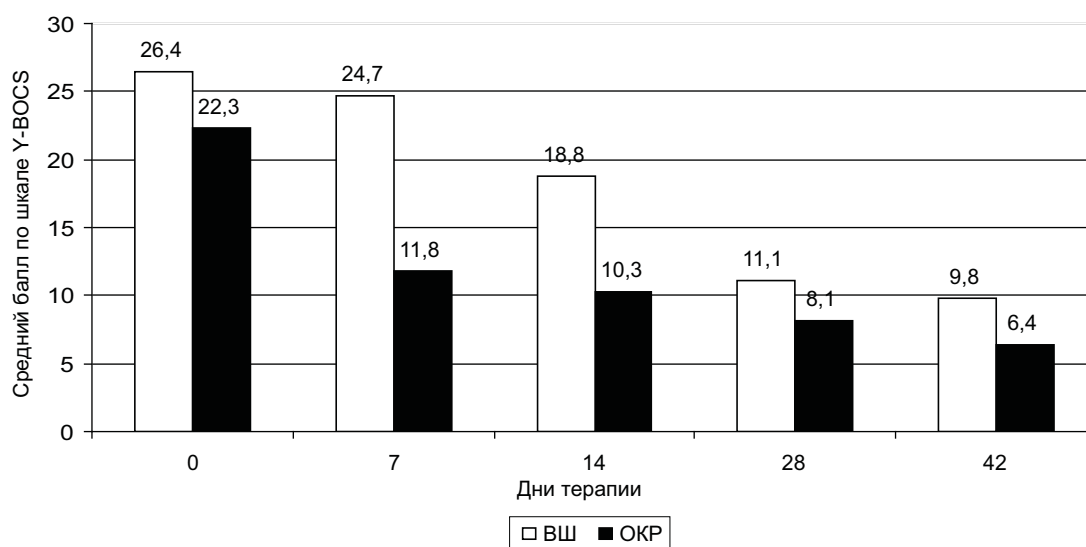


Рис. 2. Динамика показателей Y-BOCS по группам

стей. С 3–4-й недели лечения сульпиридом повышалась психическая активность пациентов, появлялись планы на ближайшее будущее, снижались эмоциональная отгороженность и аутизм. В процессе лечения пациенты становились более контактными, у них появлялись новые интересы, социальная активность, хотя и ограниченная узким кругом людей, возобновлялись прежние контакты с окружающими (обычно немногочисленные).

В группе пациентов с ОКР наблюдалась выраженная положительная динамика. Хорошо поддавались лечению как обсессии аффективно-нейтрального содержания (навязчивый счет, воспоминание нейтральных событий, терминов), так и аффективно-заряженные (упорные, неодолимые тягостные воспоминания, навязчивые влечения – побуждения к совершению того или иного жестокого или крайне опасного действия, сопровождаемые чувством ужаса, контрастные навязчивости). Также заметное улучшение наблюдалось у больных с навязчивыми сомнениями, изолированными фобиями (навязчивые страхи, ограниченные строго определенной ситуацией – боязнь высоты, грозы, домашних животных, лечения у зубного врача и т. п.). Несколько хуже поддавались терапии обсессии, сопровождавшиеся сложными защитными ритуалами. Однако и в этих случаях за счет смягчения обсессивных симптомов уменьшалась интенсивность и частота навязчивых действий, улучшалось настроение, лучше удавалось контролировать компульсии, что позволяло расширить круг общения, активно адаптироваться в социальной жизни: продолжать учебу, работу. Отдельно следует отметить благоприятное влияние сульпирида на вегетативную составляющую тревожно-фобических нарушений. При назначении сульпирида исчезали тахикардия, ощущение удушья, повышенное потоотделение, покраснение кожных покровов, дизурические явления.

Улучшению состояния в целом способствовало воздействие сульпирида не только на обсессивно-компульсивные расстройства, но и на коморбидную симптоматику. С первых дней приема сульпирида наблюдалась редукция депрессии, тревоги, аффективной неустойчивости, напряжения. Важно отметить, что большинство пациентов, имеющих опыт приема традиционных нейрорептиков, в процессе терапии сульпиридом отмечали отсутствие ощущения «придавленности», «тупости». Видимо, это объясняется выраженным активирующим и одновременно анксиолитическим действием сульпирида. Это немаловажное отличие положительно сказывалось на желании пациента принимать в дальнейшем поддерживающее лечение сульпиридом. Опыт применения сульпирида, не только в рамках данного исследования, показывает его эффективность как при купирующей терапии, так и при длительном поддерживающем лечении. Поддерживаю-



Рис. 3. Нежелательные явления на фоне приема тици

щая терапия в дозах до 200 мг показала высокую противорецидивную эффективность.

В нашем исследовании сульпирид продемонстрировал хорошую переносимость. Побочные эффекты (рис. 3) наблюдались в основном у пациентов, впервые обратившихся к психиатру и не принимавших других, подчас более «тяжелых» психотропных средств. Такие симптомы, как сонливость (7 чел. – 14,8%), излишняя седация, экстрапиримидные нарушения в виде тремора (1 чел. – 2,1%), боли в мышцах (2 чел. – 4,3%) наблюдались на первой неделе терапии, потом постепенно исчезали. Увеличение массы тела происходило постепенно и к концу курса терапии у 3 пациентов (6,4%) превысило 5 кг. В целом же, прибавка в весе была незначительной.

Часть пациентов (6 чел. – 12,8%) предъявляли жалобы сексуального характера (снижение либидо, эректильная дисфункция), что в принципе могло быть связано как с основным заболеванием, так и с предыдущим приемом психотропных средств.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о достаточно высокой эффективности сульпирида при лечении различных навязчивостей как невротического, так и эндогенного происхождения. Особенностью клинического эффекта препарата является относительно равномерный характер его воздействия практически на весь спектр как продуктивных, так и негативных расстройств. При терапии обсессивно-компульсивного расстройства положительный эффект достигается, по всей видимости, за счёт анксиолитического, антидепрессивного и вегетативностабилизирующего действия препарата. При шизофрении, наряду с вышеперечисленными свойствами и с учётом сопутствующей симптоматики, в большей степени задействованными представляются стимулирующий и антипсихотический эффект. Сочетание «легкого» антипсихотического с анксиолитическим, тимоаналептическим и антидепрессивным действием, при минимальных по сравнению с дру-

гими нейролептиками побочных явлениях, делает сульпирид привлекательным для его использования при лечении психических расстройств, богатых разными психопатологическими и соматоген-

тативными проявлениями. Препарат можно использовать не только для купирующей, но и для поддерживающей терапии на этапе реабилитации больных в целях повышения адаптации и качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я., Гурович И.Я., Нисс А.И., Саболев Е.С. Особенности действия эглонила при психических заболеваниях // Сб. докладов симпозиума «Результаты клинического изучения лекарственного препарата Эглонил». М., 1975. С. 53–58.
2. Волель Б.А. Современные психофармакологические подходы в лечении обсессивно-компульсивных расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4, № 3. С. 104–106.
3. Данилов Д.С. Возможности использования сульпирида для лечения психических расстройств // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2012. Т. 112, № 6. С. 91–98.
4. Дороженко И.Ю., Терентьева М.А. Терапия тревожных и обсессивно-компульсивных расстройств в дерматологической клинике: опыт применения эглека (сульпирид) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2005. Т. 7, № 3. С. 152–154.
5. Дробижев М.Ю. Сульпирид: механизм действия и возможности клинического использования // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004. Т. 6, № 4. С. 173–179.
6. Костюкова Е.Г. Сульпирид (эглонил) в лечении острых и хронических психозов // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т. 11. С. 97–101.
7. Наджаров Р.А. Формы течения шизофрении // Шизофрения / Под ред. А.В.Снежневского. М.: Медицина, 1972. С. 16–76.
8. Овсянников С.А. История и эпистемология пограничной психиатрии. М.: Альпари, 1975. 205 с.
9. Овсянников С.А. Сульпирид – атипичный нейролептик широкого спектра действия // Психиатрия и психофармакотерапия. 2003. Т. 5, № 2. С. 72–73.
10. Пантелеева Г.П., Пекунова Л.Г., Козлова И.А., Ризлейцев В.А. О психотропных свойствах сульпирида // Сб. докл. симпозиума «Результаты клинического изучения лекарственного препарата Эглонил». М., 1975. С. 18–28.
11. Смирнова М.Л., Мунчаева Э.Р., Тихонов В.В. Применение эглонила в психиатрической практике // Клинический вестник. 1994. С. 35–37.
12. Смулевич А.Б. Вялотекущая шизофрения. Невротические расстройства // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С.Тиганова. М., 1999. Т. 1. С. 437–446, 527–557.
13. Тювина Н.А., Прохорова С.В., Максимова Т.Н. Эффективность и особенности действия сульпирида при вялотекущей шизофрении // Психические расстройства в общей медицине. 2011. № 1. С. 51–56.
14. Тювина Н.А., Прохорова С.В., Максимова Т.Н. Эффективность сульпирида при лечении непсихотических расстройств в рамках шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия. 2011. Т. 13, № 1. С. 28–31.
15. Тювина Н.А., Балабанова В.В. Патокинез эндогенных депрессивно-ипохондрических нарушений непсихотического регистра на фоне терапии сульпиридом // Современная терапия психических расстройств. 2012. № 4. С. 22–26.
16. Caley F.C., Weber S.S. Sulpiride: an antipsychotic with selective dopaminergic antagonist properties // Ann. Pharmacother. 1995. Vol. 29. P. 152–160.
17. Kawakami K., Sasaki D., Sohma M. et al. Experience with Dogmatyl (sulpiride), a psychosomatic disease and neuroses. II. Results of a double blind study (in Japanese) // Med. Treatment. 1974. Vol. 7. P. 69–78.
18. Mucci A., Nolf G., Maj M. Levosulpiride: a review of its clinical use in psychiatry // Pharmacol. Res. 1995. Vol. 31, N 2. P. 95–101.
19. Petit M., Zann M., Lesieur P. et al. The effect of sulpiride on negative symptoms of schizophrenia // Br. J. Psychiatry. 1987. Vol. 150. P. 270–271.
20. Serra G., Forgione A., D'Aquila P.S. et al. Possible mechanism of antidepressant effect of L-sulpiride // Clin. Neuropharmacol. 1990. Vol. 13, N 1. P. 76–83.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУЛЬПИРИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАВЯЗЧИВОСТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Н. А. Тювина, С. В. Прохорова, Т. Н. Максимова

Цель исследования – изучение эффективности сульпирида при лечении больных с обсессивно-компульсивным расстройством и малопрогредиентной шизофренией с навязчивостями.

Обследовано 47 мужчин, в том числе 32 пациента с диагнозом малопрогредиентная шизофрения (Ш) (F21.3) и 15 пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР) (F42.0). Состояние больных оценивали до лечения, на 7, 14, 28 и 42 день клиническим методом с применением психометрических шкал: шкалы общего клинического впечатления (CGI), шкалы Yale-Brown для обсессий и компульсий (Y-BOCS) и шкалы побочных явлений (UKU). Начальная доза сульпирида – 50–100 мг/сутки, при необходимости дозу повышали до 400–600 мг/сутки.

Через 6 недель терапии сульпиридом 73,3% больных ОКР и 34,4% пациентов Ш были практически здоровы. Средний балл по шкале Y-BOCS у больных ОКР снизился с 22,3 до 6,4 балла (на 71,3%), у больных Ш – с 26,4 до 9,8 (на 62,9%).

Сульпирид показал более высокую эффективность у больных ОКР преимущественно за счёт анксиолитического, антидепрессивного и вегетостабилизирующего действия. При Ш, наряду с выше перечисленными свойствами и с учётом сопутствующей симптоматики, в большей степени задействованными представляются стимулирующий и антипсихотический эффекты.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, малопрогредиентная шизофрения, сульпирид, терапия.

COMPARATIVE EFFECTS OF SULPIRIDE IN THE TREATMENT OF OBSESSIONS OF DIFFERENT ORIGIN

N. A. Tyuvina, S. V. Prokhorova, T. N. Maximova

The goal of this investigation was to study the effects of sulpiride in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and patients with slow-progressive schizophrenia (SPS) with obsessions.

47 male patients; 32 of them diagnosed as slow-progressive schizophrenia (F21.3) and 15 patients with obsessive-compulsive disorder (F42.0). The patients' condition was evaluated prior to medication and then on day 7, 14, 28 and 42, using clinical method as well as measurements of a number of psychometric scales, specifically, the CGI, the Y-BOCS, and the side effects scale UKU. Initial dose of sulpiride was 50 to 100 mg/day and if necessary, the dose increased to 400–600 mg/day.

After 6 weeks of treatment with sulpiride, 73,3% of patients with OCD and 34.3% of patients with SPS were actually healthy. The average Y-BOCS score in patients with OCD dropped from 22.3 to 6.4 (by 71.3%), and in patients with SPS from 26.4 to 9.8 (by 62.9%).

Sulpiride happened to be more effective in patients with OCD primarily because of its anxiolytic, antidepressive and vegetostabilizing properties. In SPS, along with the mentioned properties and with regard for accompanying symptoms, stimulating and antipsychotic effects seem to be more obvious.

Key words: obsessive-compulsive disorder, slow-progressive schizophrenia, sulpiride, medication.

Тювина Нина Аркадьевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова; e-mail: natuvina@yandex.ru

Прохорова Светлана Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова; e-mail: mmasvetlana@yandex.ru

Максимова Татьяна Николаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова; e-mail: maksimova_tatiana@inbox.ru

ПРИМЕНЕНИЕ ЭСЦИТАЛОПРАМА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ: ОТКРЫТОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ¹

Р. Стрийер, Й. Дамбинский, И. Тиминский, Т. Грин, М. Котлер,
А. Вейцман, Б. Спивак

Израиль

Во введении авторы указывают на наличие при шизофрении целого спектра клинических проявлений: наряду с галлюцинациями, бредом, когнитивными нарушениями и ухудшением функционирования, могут отмечаться и обсессивно-компульсивные расстройства (ОКР), приводящие к значительному снижению повседневного функционирования больных. Согласно литературным данным, число больных шизофренией, имеющих обсессивно-компульсивную симптоматику, достигает 50%, причем отмечается, что ее наличие ухудшает исход заболевания [3–5, 7]. При этом, несмотря на значительную распространенность ОКР при шизофрении, его лечение разработано недостаточно.

Указывается, что психотическая симптоматика и ОКР могут иметь некоторые общие патогенетические механизмы, связанные со структурными и функциональными нарушениями в головном мозге. В частности, отмечается вовлеченность при обоих состояниях дофаминовой/серотониновой нейротрансмиттерных систем в дорсолатеральном префронтальном и орбитофронтальном кортексе, таламусе и базальных ганглиях [11, 14].

Имеются данные об эффективности терапии ОКР при шизофрении селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) и кломипрамином [1, 2, 8, 10, 13]. Однако эсциталопрам, наиболее селективный из СИОЗС [6], является в этом отношении еще не изученным, несмотря на его хорошую переносимость и незначительное взаимодействие с другими лекарственными средствами [6, 12].

Предпринятое авторами исследование является открытым проспективным и направлено на из-

учение эффективности купирования обсессивно-компульсивной симптоматики у больных шизофренией. Длительность терапии составляла 12 недель; доза эсциталопрама – до 20 мг в день в дополнение к существующему антипсихотическому лечению. В исследование включались пациенты обоего пола старше 18 лет с диагнозом шизофрении по DSM-IV и наличием ОКР, получающие терапию как в стационарных, так и во внебольничных условиях. При этом предшествующая терапия должна была оставаться стабильной на протяжении, как минимум, 3 месяцев, а тяжесть ОКР на момент включения пациентов в исследование – составлять не менее 16 пунктов по обсессивно-компульсивной шкале Yale Brown (the Obsessive–Compulsive Scale – Y-BOCS). Отмечается, что 1 пациент, включенный в исследование, имел 12 баллов по Y-BOCS, однако у него отмечались чрезвычайно выраженные функциональные нарушения, обусловленные ОКР. Для пациентов, получавших кломипрамин, СИОЗС или любые другие антидепрессанты, перед назначением эсциталопрама предусматривался двухнедельный период «отмывки» (washout period).

Для оценки состояния больных применялись шкала позитивных и негативных синдромов (the Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) и Y-BOCS, заполнявшиеся в начале исследования и при его завершении. Кроме того, еженедельно регистрировались побочные эффекты терапии. Специальное внимание уделялось возможному ухудшению психотической и обсессивно-компульсивной симптоматики. Статистический анализ осуществлялся с использованием двухстороннего t-критерия и вычислением стандартного отклонения (СО).

В исследование было включено 15 пациентов (10 муж. и 5 жен.), средний возраст которых составлял 39±14 лет (от 21 до 61 года); число предшествующих госпитализаций – 3,6±1,45, длительность наличия обсессивно-компульсивной симпто-

¹ Расширенный реферат статьи Stryjer R., Dambinsky Y., Timinsky I., Green T., Kotler M., Weizman A., Spivak B. Escitalopram in the treatment of patients with schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: an open-label, prospective study // Int. Clin. Psychopharmacol. 2013. Vol. 28, No 2. P. 96–98.

матики, сочетающейся с психотической – $14,3 \pm 9,73$ лет. Большинство пациентов имели, как минимум, 19 баллов по Y-BOCS (от 19 до 40 баллов), за исключением 1 больного, тяжесть расстройств у которого составляла 12 баллов.

До включения в исследование 4 пациента принимали стабильную дозу клозапина (300–750 мг в день); 4 человека – получали рисперидон (двое из них перорально 4–6 мг в день и 2 чел. – депо 25 мг внутримышечно каждые 2 нед.); 2 человека – кветиапин (25–400 мг в день); 1 человек – перфеназин (8 мг в день); 1 человек – сульпирид (400 мг в день) и 1 человек – флуфеназин депо (25 мг внутримышечно каждые 2 нед.). Большинство пациентов до включения в исследование не получали антидепрессантов, поэтому им период «отмывки» не требовался; 4 больным, получавшим пароксетин (20–30 мг в день), эсциталопрам был назначен через 2 недели после отмены предшествующей антидепрессивной терапии.

Как уже отмечалось, эсциталопрам добавлялся к текущей стабильной антипсихотической терапии на период 12 недель. Его доза повышалась с 10 мг до 20 мг в день на второй неделе терапии и сохранялась на всем протяжении исследования.

Завершили 12-недельный курс лечения эсциталопрамом 13 больных. Ни в одном из 15 случаев побочных эффектов терапии, вызываемых данным препаратом, отмечено не было. Двое пациентов были исключены после 4 недель лечения вследствие некомплаентности. Поскольку побочных эффектов у них также не отмечалось, они были включены в анализ.

При оценке результатов было выявлено значительное уменьшение выраженности обсессивно-компульсивной симптоматики при завершении исследования по сравнению с исходным уровнем ($28,9 \pm 7,2$ vs $23,3 \pm 8,8$ баллов по Y-BOCS; $p < 0,001$). Кроме суммарной оценки, значимая положительная динамика выявлена при оценке показателей по обсессивной (снижение с $15 \pm 3,74$ до $12,2 \pm 4,73$ баллов; $p < 0,001$) и компульсивной субшкалам Y-BOCS (снижение с $14 \pm 3,9$ до $11,3 \pm 4,27$ баллов; $p < 0,001$).

Кроме того, отмечалось значительное снижение суммарного балла по PANSS ($81,46 \pm 20,94$ vs $75,46 \pm 23,36$; $P = 0,03$), а также показателей по пунктам «тревога» ($3,6 \pm 0,6$ vs $2,2 \pm 0,59$; $P < 0,001$), «напряжение» ($3,6 \pm 0,7$ vs $2,4 \pm 0,83$; $P < 0,001$), «депрессия» ($3,3 \pm 0,89$ vs $2 \pm 0,84$; $P < 0,001$) и «загруженность психическими переживаниями» ($4,4 \pm 0,73$ vs $2,73 \pm 0,79$; $P < 0,001$).

При обсуждении полученных данных авторы отмечают, что результаты проведенного исследования подтверждают хорошую переносимость терапии эсциталопрамом в дозе 20 мг в день и ее эффективность в отношении ОКР у больных шизофренией. При этом улучшение отмечалось как в целом, так в отношении отдельных проявлений симптоматики: обсессий, компульсий, тревоги, напряжения, депрессии и загруженности психическими переживаниями. При этом отмеченное улучшение по PANSS, по мнению авторов, скорее всего, связано с приведенными выше пунктами шкалы, имеющими отношение к тревожному аффекту, влияние на который хорошо известно у СИОЗС.

Результаты исследования согласуются с данными, имеющимися в литературе в отношении положительного эффекта применения кломипрамина и СИОЗС у больных шизофренией с ОКР [1, 2, 8, 10, 13]. Подобные терапевтические подходы представляются весьма перспективными, поскольку позволяют нивелировать отрицательное влияние обсессивно-компульсивной симптоматики на долгосрочный прогноз шизофрении и возможности реабилитации [9].

Высокая эффективность и хорошая переносимость терапии с низким уровнем лекарственного взаимодействия вследствие незначительной вовлеченности в метаболизм препарата системы цитохрома P-450 и меньшей, чем у других СИОЗС, связываемости с белками плазмы крови [6] позволяют авторам рекомендовать эсциталопрам в качестве оптимальной дополнительной терапии больных шизофренией с ОКР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Baker R.W. Fluoxetine and schizophrenia in a patient with obsessional thinking // J. Neuropsychiatr. Clin. Neurosci. 1992. Vol. 4. P. 232–233.
2. Berman I., Sapers B.L., Chang H.H. et al. Treatment of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenic patients with clomipramine // J. Clin. Psychopharmacol. 1995. Vol. 15. P. 206–210.
3. Berman I., Chang H.H., Klegon D.A. Is there a distinct subtype of obsessive-compulsive schizophrenia? // Psychiatr. Ann. 1999. Vol. 30. P. 649–652.
4. Bermanzohn P.C., Porto L., Arlow P.B. Obsessions and delusions: separate and distinct, or overlapping? // CNS Spectr. 1997. Vol. 2. P. 58–61.
5. Kayahan B., Ozturk O., Veznedaroglu B., Eraslan D. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: prevalence and clinical correlates // Psychiatr. Clin. Neurosci. 2005. Vol. 59. P. 291–295.
6. Malin P., Wengel S.P., Burke W.J. Escitalopram: better treatment for depression is through the looking glass // Expert Rev. Neurother. 2004. Vol. 4. P. 769–779.
7. Poyurovsky M., Kriss V., Weisman G. Comparison of clinical characteristics and comorbidity in schizophrenia patients with and without obsessive-compulsive disorder: schizophrenic and OC symptoms in schizophrenia // J. Clin. Psychiatr. 2003. Vol. 64. P. 1300–1307.
8. Poyurovsky M., Kurs R., Weizman A. Olanzapine-sertraline combination in schizophrenia with obsessive-compulsive disorder (letter) // J. Clin. Psychiatr. 2003. Vol. 64. P. 611.
9. Poyurovsky M., Weizman A., Weizman R. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. Clinical characteristics and treatment // CNS Drugs. 2004. Vol. 18. P. 989–1010.
10. Reznik I., Sirota P. Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial with fluvoxamine and neuroleptics // J. Clin. Psychopharmacol. 2000. Vol. 20. P. 410–416.
11. Tibbo P., Warneke L. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: epidemiologic and biologic overlap // J. Psychiatr. Neurosci. 1999. Vol. 25. P. 15–22.
12. Waugh J., Goa K.L. Escitalopram: a review of its use in the management of major depressive and anxiety disorders // CNS Drugs. 2003. Vol. 17. P. 343–362.
13. Zohar J., Kaplan Z., Benjamin J. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive symptomatology in schizophrenic patients // J. Clin. Psychiatr. 1993. Vol. 54. P. 385–388.
14. Zohar J., Kennedy J.L., Hollander E., Koran L.M. Serotonin-1D hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update // J. Clin. Psychiatr. 2004. Vol. 65, Suppl. 14. P. 18–21.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭСЦИТАЛОПРАМА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ: ОТКРЫТОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Р. Стрийер, Й. Дамбинский, И. Тиминский, Т. Грин, М. Котлер, А. Вейцман, Б. Спивак

Имеющиеся данные указывают, что до 50% больных шизофренией имеют обсессивно-компульсивную симптоматику, сосуществующую с психозом. Целью данного исследования являлось определение эффективности наиболее селективного ингибитора обратного захвата серотонина – эсциталопрама для лечения обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) у больных шизофренией. Исследование являлось открытым проспективным, длительностью 12 недель, с использованием эсциталопрама в дозе до 20 мг в день как дополнение к существующему антипсихотическому лечению больных шизофренией с ОКР. Пятнадцать пациентов (10 муж. и 5 жен.) с диагнозами шизофрения и ОКР были включены в исследование (средний возраст 39 ± 14 лет, интервал – 21–61 лет) и получали эсциталопрам в соответствии с дизайном исследования. Значительное улучшение в конце исследования по сравнению с начальным периодом было выявлено в отношении суммарной оценки

по обсессивно-компульсивной шкале Yale Brown (Y-BOCS), а также по обсессивной и компульсивной субшкалам данной шкалы. Кроме того, значимое улучшение отмечалось по общей оценке шкалы позитивных и негативных симптомов (PANSS), а также по ее отдельным пунктам: «тревога», «напряжение», «депрессия» и «загруженность психическими переживаниями». Пациенты на протяжении исследования не отмечали у себя каких-либо побочных эффектов применения эсциталопрама. В данном проспективном 12-недельном открытом исследовании эсциталопрам в дозе 20 мг в день хорошо переносился и улучшал обсессивно-компульсивную симптоматику у больных шизофренией. Представленные предварительные результаты, в целом, обнадеживают, и требуются двойные слепые рандомизированные исследования для их подтверждения.

Ключевые слова: эсциталопрам, обсессивно-компульсивное расстройство, шизофрения.

ESCITALOPRAM IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: AN OPEN-LABEL, PROSPECTIVE STUDY

R. Stryjer, Y. Dambinsky, I. Timinsky, T. Green, M. Kotler, A. Weizman, B. Spivak

The current data suggest that up to 50% of patients with schizophrenia have obsessive-compulsive (OC) symptoms coexisting with psychosis. The aim of this study was to examine the efficacy of the most selective serotonin reuptake inhibitor escitalopram in the management of obsessive-compulsive disorder (OCD) in schizophrenia patients. The study was an open-label prospective trial of 12 weeks' duration in which escitalopram at a dose of up to 20 mg/day was added to the existing antipsychotic drug regimen in schizophrenia patients with OCD. Fifteen patients (10 men/five women) with the diagnosis of schizophrenia and OCD were recruited for the study (mean age: 39 ± 14 , range 21–61 years) and received escitalopram according to the study design. A significant improvement was observed in the total Yale Brown Obsessive-

Compulsive Scale (Y-BOCS) scores and in the scores of both the Y-BOCS-Obsession and the Y-BOCS-Compulsion subscale at the end point. In addition, a significant improvement was observed in the total scores of the Positive and Negative Syndrome Scale and particularly in scores of anxiety, tension, depression, and preoccupation items. No adverse effects of escitalopram were reported by patients during the trial. In our prospective 12-week open-label study, escitalopram 20 mg/day was well tolerated and improved OC symptoms in schizophrenia patients. Our preliminary results are encouraging and a double-blind randomized study is required to confirm our results.

Key words: escitalopram, obsessive-compulsive disorder, schizophrenia.

Автор для переписки:

Rafeal Stryjer – Beer Yaakov-Ness Ziona Mental Health Center, PO Box 1, 74100 Ness Ziona, Israel; e-mail:stryjer@gmail.com

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ НЕВРОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРА: ПРОБЛЕМЫ, ОГРАНИЧЕНИЯ, ВОЗМОЖНОСТИ

Р. Д. Тукаев ^{1, 2}, В. Е. Кузнецов ¹, Д. А. Москаленко ¹, Н. М. Петраш ³

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии ¹,
Российская медицинская академия последипломного образования ²,
Первый Московский государственный университет им. И.М.Сеченова ³*

В нашем анализе мы сконцентрируемся лишь на наиболее очевидных проблемах и ограничениях в области оценки эффективности психотерапии расстройств невротического регистра и предпримем попытку их разрешения в интересах прикладных исследований и клинической практики.

Очерчивая проблемные для оценки эффективности психотерапии области клинической методологии, следует выделить три наиболее существенные: диагностически-классификационную; доказательной медицины; оценки результатов посредством психометрии.

В настоящее время оценка эффективности психотерапии в форме клинических испытаний, мета-анализов и систематических обзоров поставлена на поток, что может рассматриваться как признак благополучия в данной области исследований. Однако, непрекращающаяся критика подходов [15, 21, 39, 41] и результатов оценки эффективности психотерапии [16, 20, 31, 47], вкупе с продолжающимися методологическими [16, 19, 39, 45] и методическими [16, 45, 72] изысканиями указывают на наличие значительных нерешенных проблем.

Диагностико-классификационные проблемы в оценке эффективности психотерапии расстройств невротического регистра

Современная мировая психиатрия в процессе своего развития оказалась в парадоксальной ситуации [18] в силу произошедшего классификационного переворота (при переходе с МКБ-9 на МКБ-10) и смены методологической парадигмы (с нозологической на эпидемиолого-феноменологическую и, одновременно, диатез-стрессовую). Суть данного парадокса заключается в том, что качественный переход с отказом от принципа нозологизма привел: 1) к своеобразной «глобализации» осевых диагностических категорий, с игнорированием ранее очевидных различий регистров психопатологического реагирования (на-

пример, психотического и невротического), включая различия в терапевтических исходах; 2) к отказу от понимания иерархической причинности в развитии психопатологии, категорично проявившегося в принципе коморбидности, согласно которому каждый вновь выявленный синдромокомплекс, если он укладывается в актуальную диагностическую категорию расстройств, регистрируется вне связи с реальной динамикой развития психопатологии. (Пониманию вышеописанного служит метафора, когда ветви единого, сложного (психопатологического) дерева воспринимаются как отдельные самостоятельные деревья). На парадоксальность, противоречивость, несовершенство актуальных классификаций психических расстройств неоднократно обращали внимание ведущие отечественные психиатры [1, 5, 11, 14].

Обе составляющие классификационного парадокса прямо соотносятся с расстройствами невротического регистра, проявляясь, в том числе, в методологии оценки эффективности их психотерапии.

Произошедший классификационный передел неизбежно и весьма существенно затронул область невротических расстройств [6, 35], в DSM-IV раздела невротических расстройств нет вообще, а в МКБ-10 формально он сохранен, но в нем отсутствуют (за исключением неврастении) традиционные невротические расстройства. В западной психиатрии (формально) произошел принципиальный отказ от конфликтогенно-психоаналитического понимания природы неврозов в пользу стрессогенного пути развития тревожных, аффективных, диссоциативных, соматоформных расстройств. Более того, часть аффективных расстройств невротического (ранее) регистра ныне попадают в категорию депрессивных, включая (в DSM-IV) большое депрессивное расстройство [35]. Учитывая то, что в данную категорию неизбежно попадают и те случаи аффективных расстройств, которые деликатно поименованы в отечественной психиатрии как эндогенноморфные [10],

возникает убеждение о значительной неоднородности данной диагностической категории, равно как (практически) и иных (например, тревожных).

Весь опыт отечественной психиатрии и психотерапии 20 столетия свидетельствовал о том, что при невротических расстройствах в значительной части случаев происходило полное и стабильное восстановление психического здоровья, тогда как в другой части случаев имело место неполное улучшение состояния [1, 8, 12, 13, 17]. Мировой психиатрии широко известны и случаи спонтанных ремиссий при невротических расстройствах [37]. Следует особо выделить наличие не количественного, но качественного различия между полным восстановлением психического здоровья, а также и функционирования и улучшением психического состояния при расстройствах невротического регистра. (Полные ремиссии описаны и при иных психических расстройствах, однако только в невротическом регистре они устойчиво часты).

Использование принципа коморбидности, разумеется, упрощает как саму психиатрическую диагностику, так и терапию, психотерапию в целом, операционализируя и сводя их к комбинированию набора шаблонов. Однако в невротическом регистре это приводит к тому, что единая система организменных, психических, поведенческих, микросоциальных расстройств и изменений оценивается профессионалом как совокупность независимых переменных, требующих набора изолированных ответных корректирующих действий [26, 52]. Клиническая составляющая расстройства невротического регистра, являющая системную quintessence нарушений всех уровней, от биологического до социального, объявляется рядоположенной остальным, тогда как все они рассматриваются как обладающие известной автономией [43, 55]. Поэтому при оценке эффективности психотерапии сам факт регресса клинической симптоматики воспринимается с недоверием и считается недостаточным [52].

Ограничения доказательного подхода в оценке эффективности психотерапии расстройств невротического регистра

Базисными положениями доказательного подхода, ныне доминирующего в оценке современной медицинской эффективности терапии, считаются: 1) использование двойных слепых рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ); 2) использование дихотомических клинических исходов в оценке; 3) применение методологии мета-анализа для рассмотрения совокупных результатов ряда исследований.

Проведенный нами около десяти лет назад анализ применения доказательного подхода в психотерапии выявил наличие актуальных и ныне принципиальных ограничений его применимости для оценки эффективности психотерапии [15, 16]:

1) принцип «ослепления» практически невозможен, поскольку психотерапевт и пациент знают о том, какие методы терапии применяются;

2) подлинная рандомизация пациентов (построенная на получении гомогенных групп, различающихся лишь по одной переменной) в силу многофакторности психотерапии не разработана и является крайне трудоемкой, механическое же воспроизведение фармакотерапевтической процедуры рандомизации превращает ее в пустой бюрократический, с этическими нарушениями, ритуал;

3) опора на качественно различающиеся, дихотомические исходы терапии, за небольшим исключением (аддиктивное поведение, суицидальное поведение), затруднительна.

Характерно, что в последние годы в литературе также высказываются принципиальные сомнения относительно применимости доказательного подхода в исследованиях психотерапии [20, 31, 39].

Более того, известны попытки оспорить данные, полученные в двойных слепых мультицентровых плацебо-контролируемых исследованиях фармпрепаратов [54, 58]. Критика последних вызвала широкий резонанс в научных и медицинских кругах [28, 53, 56] и заставила вновь поднять вопрос об эффективности применения количественных методов оценки с использованием опросников и контроля с помощью плацебо.

Все чаще поднимаются вопросы внутренней валидности (то, насколько совокупность влияний переменной А на переменную В отражает причинную связь между А и В в заданных условиях [65]) и внешней валидности (то, насколько результаты эксперимента могут быть перенесены на общую популяцию). Исследователи задаются вопросом «излишнего» контроля переменных в исследованиях, что приводит к снижению внешней валидности и, как следствие, осложняет принятие решений относительно применимости того или иного метода на местах оказания помощи [41, 65].

Разумеется, наличие явных ограничений не может остановить алгоритм узаконенной традицией практики исследований эффективности психотерапии в доказательном подходе. Как правило, такие исследования представляют собой (формально!) РКИ, в которых контрольная группа состоит из пациентов, получающих психофармакотерапию или лечение с помощью психотерапевтической методики, ранее доказавшей свою эффективность [25, 42, 63].

В последние годы, однако, исследователи нередко отказываются от традиции рандомизации пациентов в контрольную группу в исследованиях эффективности психотерапии [27, 45] или используют специфические методы рандомизации [30, 45, 57, 72]. М.В. Handley и соавт. [45] объясняют это рядом причин: 1) имеется сложившееся мнение об эффективности исследуемого метода, что делает неэтичным распределение пациентов в контрольную группу; 2) методика уже начинает активно применяться, вводится в рекомендации по клиническому применению; 3) распределение в контрольную группу неприемлемо для людей, которые могли бы составить контроль.

Вероятно, сторонники доказательного подхода в психиатрии делают выводы как из результатов доказательных исследований эффективности, так и из их критического анализа. Так, в американской психиатрии [40] выработаны и тиражируются рекомендации использовать для оценки результативности ди-хотомические оценки, примеры такой оценки включают смерть, случаи повторной госпитализации, достижение полной ремиссии, оценки типа «улучшение» или «значительное улучшение» или имеющаяся, по крайней мере, 50% редукция балла оценочной шкалы. N.S.Jacobson и соавт. в своей широко цитируемой статье [51] предлагают выделять следующие исходы: выздоровление, улучшение состояния, отсутствие эффекта, основываясь при этом на предложенной им методике оценки количественных данных.

Клиническая психометрия и ее использование в оценке доказательной эффективности психотерапии расстройств невротического регистра

Использование клинических психометрических шкал стало стандартом исследований по эффективности психотерапии еще до появления доказательной медицины [38, 46, 59, 70]. Вероятно тогда же было отдано предпочтение параметрическим методам статистического анализа сравнения и представления данных, неоспоримым преимуществом которых является их вычислительная простота (в докомпьютерную эру), графическая наглядность.

Вопрос о том, почему в клинической области тогдашней психотерапии невротических, где клинически уже была описана (как уже отмечено) качественная неоднородность результатов психотерапии, стали доминировать количественные методы параметрической оценки данных, вероятно, лишен практического смысла. Предположим, сработал принцип утилитаризма.

Еще одним фактором, способствующим игнорированию качественных различий исходов терапии невротических, стала, вероятно, наступившая эра фармакотерапии (транквилизаторами), неизбежно размывшая качественные различия, переводящая формат результативности в оценку количественных улучшений разной выраженности и длительности.

Переход на принципы доказательной медицины в области психиатрии и психотерапии актуализировал лишь методологию рандомизации, сохранив, как само собой разумеющееся использование параметрически и линейно оцениваемой психометрии. И только в последние годы ситуация стала меняться.

Актуальные тенденции развития исследований эффективности психотерапии расстройств невротического регистра

Контроль листа ожидания с перекрестной оценкой. Использование контроля с помощью листа ожидания в исследованиях эффективности психотерапии применяется с 70-х годов 20 века [49]. В по-

следнее время используются варианты данного дизайна, позволяющие: отказаться от использования плацебо в контрольной группе и упростить процесс рандомизации; более полноценно использовать материал исследования, производя оценку лечения в контрольной группе [32, 66, 72]. В подобных исследованиях применены способы рандомизации, позволяющие преодолеть известные этические и методологические ограничения. Рандомизация основывается на факторе времени: 1) рандомизация в группы, начинающие терапию немедленно и после нахождения в листе ожидания [29, 32, 45]; 2) рандомизация в группы листа ожидания разной продолжительности [30].

Исследование со ступенчатым включением. При исследовании со ступенчатым включением исследовательские центры или группы испытуемых изначально рандомизируются относительно времени их включения в активную терапию. Оценка всех групп проводится с момента рандомизации несколько раз с тем же интервалом, с которым в группах, находящихся в листе ожидания, начинается терапевтическое воздействие (таблица).

Подобная схема исследования признана валидной, принята в мета-анализах, систематических обзорах и применяется в масштабных исследованиях в области медицины (например, при терапии ВИЧ-инфекции) [29, 33, 57, 69]. С.А. Brown и соавт. [29] в своем обзоре выделяют ситуации, в которых следует предпочесть схему исследования со ступенчатым включением: 1) если существует исходное убеждение, что воздействие принесет больше пользы, чем вреда и лишать помощи пациентов из контрольной группы неэтично; 2) если применение такой схемы оправдано финансовыми обстоятельствами, особенностями организации исследования или это облегчает набор испытуемых.

Исследование со ступенчатым включением расчитано на рандомизацию групп, однако нет принципиальных препятствий против рандомизации отдельных пациентов по подобной схеме в случае малого количества наблюдений. Тем не менее, вопрос применения такого варианта дизайна в исследованиях психотерапии требует дальнейшего рассмотрения.

Квазиэкспериментальный подход в оценке эффективности психотерапии

Исследование со ступенчатым включением

Группы	Временные отрезки с оценкой				
	1	2	3	4	5
1	•	+	+	+	+
2	•	•	+	+	+
3	•	•	•	+	+
4	•	•	•	•	+

Примечания: • – контрольные периоды, + – периоды воздействия. Оценка проводится в начале исследования и в конце каждого последующего временного промежутка

Квазиэкспериментальными называются исследования с недостаточным контролем переменных, не использующие рандомизацию, в них группы сравнения или используемые группы сравнения не являются эквивалентными. Тем не менее, при применении квазиэкспериментальных схем используются различные методы управления переменными. В настоящее время квазиэкспериментальные методы исследования подробно описаны [45, 65] и широко используются в области изучения эффективности психотерапии [32, 34, 60] и в других областях медицины [50, 57].

Главными аргументами в пользу использования квазиэкспериментальных методик стали вопросы этики. Помимо вышеописанных этических проблем, связанных с рандомизацией, существуют не менее актуальные этические вопросы, связанные с применением плацебо [1]. Помимо этических вопросов, ряд авторов склоняется к тому, что квазиэкспериментальные исследования *обладают большей внешней валидностью* по сравнению с традиционными РКИ [65]. Для сохранения внутренней валидности необходим более тщательный подбор варианта дизайна для каждого конкретного исследования [65].

Квазиэкспериментальные методы исследований считаются в области психотерапии валидными, что подтверждается их включением в мета-анализы и систематические обзоры [34, 44, 57]; они позволяют избежать проблем этического характера, методологических трудностей, связанных с «ослеплением» и рандомизацией, а также, при правильном конструировании дизайна, повышают внешнюю валидность исследования.

Контроль листа ожидания с перекрестной оценкой. В качестве одного из квазиэкспериментальных методов рассмотрим контроль листа ожидания с перекрестной оценкой, который является вариантом исследования со ступенчатым включением. Контроль листа ожидания с перекрестной оценкой относится к категории квазиэкспериментальных вследствие особенностей рандомизации и частичной неэквивалентности групп. Контроль листа ожидания с перекрестной оценкой используется как в исследованиях эффективности психотерапии [32, 36, 60, 66], так и в исследованиях эффективности в других областях медицины [29, 57].

В данном варианте дизайна используется контроль с помощью листа ожидания с последующей оценкой контрольной группы по завершении лечения (рисунок). Таким образом, удастся избежать потери данных, в отличие от простого дизайна с контролем листа ожидания. В момент скрининга пациенты рандомизируются в группы воздействия или листа ожидания, в это время и те и другие проходят первичную оценку (период времени 1). Затем, по истечении периода задержки для группы листа ожидания, пациенты снова проходят оценку (период времени 2). И, наконец, все пациенты проходят

оценку по окончании терапевтического воздействия (период времени 3). Таким образом, группа листа ожидания используется в качестве контроля не только для группы, где изначально осуществляется воздействие, но и для самой себя. При таком варианте дизайна могут рандомизироваться как группы, так и отдельные участники исследования [45].

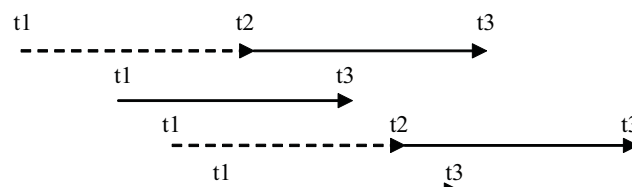
Исследования, проведенные по описанной схеме, считаются высоко валидными в рамках доказательного подхода [36, 45, 57, 65, 72].

Натуралистический подход в оценке эффективности и его перспективы в психиатрии и психотерапии. Натуралистический подход представляет собой наблюдение различий между группами, осуществляемое в естественных условиях [65]. Натуралистический подход подразумевает отсутствие «ослепления», рандомизации и контрольной группы. Таким образом, достаточный контроль переменных при использовании натуралистического подхода практически невозможен. Для повышения валидности исследований предлагается использовать количественные методы оценки эффективности, максимально подробно описывать участников исследования и процесс проведения психотерапии [19, 20, 31], фактически, при таком подходе, исследование превращается в исследование множества случаев с их общей количественной оценкой. В качестве теоретического обоснования подобного подхода предлагается отнесение психотерапии к наукам неклассического типа [20]. В то же время, оценка эффективности психотерапии является системной частью оценки эффективности в психиатрии и медицине в целом, и применение в отношении нее принципиально иной методологии невозможно без доминирования концепции о неклассических науках в психиатрии и общей медицине.

Концепция recovery и ее роль в оценке эффективности психотерапии

Концепция recovery (выздоровления) активно, но весьма разнопланово используется в современных психиатрии и психотерапии [51, 62, 67].

Среди трактовок наличествует динамическая метафорическая, в которой recovery описывается как процесс – стремление к некоему идеалу [62]. Имеется и понимание выздоровления как результата



Контроль листа ожидания с перекрестной оценкой

Примечания: Пунктирными стрелками обозначены периоды ожидания, черными – периоды воздействия, t1 – период времени 1, оценка до начала психотерапии/включения в лист ожидания, t2 – период времени 2, оценка на момент окончания ожидания, t3 – период времени 3, оценка эффекта воздействия

та, исхода [37, 64, 67, 68, 71]. Отмечается, что с позиции пациента выздоровление может восприниматься индивидуализированно; при совпадении динамики объективных и субъективных показателей, один пациент будет считать себя здоровым, другой же продолжит «болеть» [24].

Большинство сторонников понимания *recovery* как полного восстановления функционирования используют этот термин в отношении невротических расстройств [37, 64, 67, 71], иногда специально оговариваясь, что такое понимание не применимо в отношении шизофрении или аутизма [51].

Своеобразная попытка статистического понимания *recovery* предпринята N.S.Jacobson и соавт. [51], описавших выздоровление как переход из популяции «больных» в популяцию «здоровых» через параметрически определяемый психометрический межпопуляционный «порог» «здоровых» и «больных», «перешагивание» через который определяется как выздоровление. В зависимости от имеющихся данных относительно популяций описаны следующие варианты нахождения этого «порога»: 1) два среднеквадратичных отклонения от среднего значения популяции «больных»; 2) два среднеквадратичных отклонения от среднего значения популяции «здоровых»; 3) середина между средними значениями популяций «больных» и «здоровых». Последний вариант используется, если распределения выборок сильно перекрываются. Данный подход получил широкое распространение вследствие своей простоты и возможности связать понимание *recovery* с количественными данными, получаемыми при обработке опросников и шкал, однако он является излишне упрощенным.

Выздоровление также может трактоваться как полное отсутствие симптомов расстройства, в противоположность улучшению, когда симптомы присутствуют, но их недостаточно для постановки диагноза по используемой классификации [71].

И наконец, выздоровление может пониматься как полное восстановление функционирования индивида на биологическом, психологическом, социально-поведенческом уровне [16, 67].

Системный качественно-количественный подход и методология квазиэксперимента

Для решения проблемы оценки эффективности психотерапии в научном, практическом форматах нами предлагается сочетание системной качественно-количественной оценки (рекомендуемой в доказательном подходе) и принятой методологии квазиэксперимента.

Системная качественно-количественная оценка эффективности психотерапии расстройств невротического регистра ранее описывалась в работах Р.Д.Тукаева [16, 17, 67]. С точки зрения этого подхода первоначальная клиническая выраженность состояния и полное восстановление состо-

яния являются качественными показателями, в то время как промежуточные градации относительны и говорят о снижении интенсивности симптоматики. Шкала включает следующие пункты: 1) восстановление исходного функционирования организма и психики индивида; 2) стабильное неполное компенсаторное улучшение функционирования и психики индивида; 3) нестабильное неполное, временное компенсаторное улучшение функционирования организма и психики индивида с последующим регрессивным ухудшением состояния; 4) отсутствие эффекта терапии; 5) ухудшение функционирования организма и психики индивида после проведенной терапии с последующей стабилизацией ухудшения; 6) прогрессивное ухудшение функционирования организма и психики индивида после проведенной терапии. Качественно-количественная шкала реализуется как системный инструмент, где используется: 1) оценка терапевта; 2) оценка пациента; 3) возможна дополнительная оценка иного специалиста; 4) оценка с помощью инструментальных (в том числе, психометрических) методов, 5) возможно введение дополнительных критериев оценки как качественных, так и количественных.

Системная качественно-количественная шкала используется в ряде отечественных исследований для оценки эффективности психотерапии невротических [3, 4, 9, 22] и соматических [2, 7] расстройств.

Среди квазиэкспериментальных методик наиболее перспективной применительно к исследованиям эффективности психотерапии является контроль листа ожидания с перекрестной оценкой, схема проведения эксперимента для которого подробно описана и применяется, в том числе, в исследованиях эффективности психотерапии [32, 60, 66]. Значимым фактором является простота применения дизайна, что позволяет снизить потери данных вследствие выхода пациентов из исследования и получить больше данных об эффекте при равном объеме выборки за счет повторной оценки контрольной группы. Авторами мета-анализов и обзоров признается высокая валидность исследований с контролем листа ожидания [47, 48, 57].

Сочетание данного варианта дизайна с системной качественно-количественной оценкой результата позволяет разрешить целый ряд методологических и методических трудностей: 1) проблему рандомизации и последующего выпадения пациентов из группы контроля; 2) проблему интерпретации количественных данных и, следовательно, внешней валидности исследования; 3) проблему «ослепления» контрольной группы; 4) проблему набора испытуемых, как правило, не желающих принимать участие в исследовании, если есть вероятность попадания в группу контроля; 5) проблему утери данных результата психотерапии в контрольной группе при отсутствии перекрестной оценки.

Заключение

Итак, по результатам анализа нами предложен метод оценки эффективности психотерапии расстройств невротического регистра, сочетающий: 1) системную качественно-количественную оценку эффективности психотерапии; 2) контроль листа ожидания с перекрестной оценкой. Оба компонента

предлагаемого метода оценки эффективности психотерапии ранее верифицированы в эмпирических исследованиях и отражены в отечественных (компонент 1) и международных публикациях (компоненты 1, 2). Надеемся, что последующая практика верифицирует данный метод как валидный и практичный.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М., 1990. 475 с.
2. Кирюхина М.В., Цыганков Б.Д., Набиуллина Р.Р. Психотерапевтическая коррекция дезадаптивных психологических защитных механизмов в лечении больных артериальной гипертензией с пограничными психическими расстройствами // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева*. 2007. Т. 4, № 2. С. 36–48.
3. Клементьева И.С. Психотерапия обсессивно-компульсивных расстройств с учетом клинических и личностно-психологических характеристик: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2008.
4. Корабельникова О.П. Новые возможности гипнотерапии тревожных расстройств // *Ежегодные Давиденковские чтения. Актуальные проблемы клинической неврологии: материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции* / Под ред. Н.М.Жулева. СПб., 2009. 254 с.
5. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М., 2011. 432 с.
6. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. ВОЗ, Женева, 1996. 208 с.
7. Набиуллина Р.Р. Результаты психотерапии больных артериальной гипертензией с различной генетической детерминированностью // *Обзор психиатрии и мед. психол.* 2006. Т. 2, № 7.
8. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. М., 1962. 532 с.
9. Погодина М.Г. Проспективная образно-гипнотическая терапия невротических расстройств на стационарном этапе: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009.
10. Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.Н.Краснова, Н.Г.Незнамова и соавт. М., 2009.
11. Руководство по психиатрии / Под ред. А.С.Тиганова. М., 1999.
12. Святош А.М. Неврозы. М., 1982. 236 с.
13. Слободяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. Киев, 1982. 376 с.
14. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М., 2003. 432 с.
15. Тукаев Р.Д. Оценка эффективности психотерапии с позиции медицины, основанной на доказательствах // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2004. Т. 14, № 1. С. 87–96.
16. Тукаев Р.Д. Проблематика оценки эффективности психотерапии психогений // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2004. Т. 14, № 4. С. 107–108.
17. Тукаев Р.Д. Психотерапия; теории, структуры и механизмы. М., 2007. 392 с.
18. Тукаев Р.Д. Триггерные механизмы биологического и психического стресса в соотношении с диатез-стрессовыми моделями психиатрии // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012. Т. 22, № 2. С. 69–77.
19. Холмогорова А.Б. Две конфликтующие методологии в исследованиях психотерапии и ее эффективности: поиск третьего пути. Часть II // *Консультативная психология и психотерапия*. 2010. № 1.
20. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: ИД «Медпрактика-М», 2011.
21. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть I // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2009. Т. 19, № 3. С. 92–100.
22. Цай П.А. Отражение неосознаваемой установочной мотивации у родителей больных детей с неврозом на эффективность суггестивной психотерапии // *Экспериментальна і клінічна медицина*. 2008. № 2. С. 134–137.
23. Anderson J.A. The ethics and science of placebo-controlled trials: assay sensitivity and the Duhem-Quine thesis // *J. Med. Philos.* 2006. Vol. 31, N 1. P. 65–81.
24. Beaton D.E., Tarasuk V., Katz J.N. et al. «Are you better?» A qualitative study of the meaning of recovery // *Arthritis Rheum.* 2001. Vol. 45, N 3. P. 270–279.
25. Belleville G., Cousineau H., Levrier K. et al. The impact of cognitive-behavior therapy for anxiety disorders on concomitant sleep disturbances: a meta-analysis // *J. Anxiety Dis.* 2010. Vol. 24, N 4. P. 379–386.
26. Berenz E.C., Coffey S.F. Treatment of co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorders // *Curr. Psychiatr. Rep.* 2012. Vol. 14, N 5. P. 469–477.
27. Bonell C.P. et al. Alternatives to randomisation in the evaluation of public health interventions: design challenges and solutions // *J. Epidemiol. Comm. Health.* 2011. T. 65, N 7. P. 582–587.
28. Broich K. Committee for Medicinal Products for Human Use. Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) assessment on efficacy of antidepressants // *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2009. Vol. 19, N 5. P. 305–308.
29. Brown C.A., Lilford R.J. The stepped wedge trial design: a systematic review // *BMC Med. Res. Methodol.* 2006. Vol. 8, N 6. P. 54.
30. Brown C.H., Wyman P.A., Guo J., Pena J. Dynamic wait-listed designs for randomized trials: new designs for prevention of youth suicide // *Clin. Trials*. 2006. Vol. 3, N 3. P. 259–271.
31. Caspar F. Perspectives on Psychotherapy integration. Balanced Psychotherapy research // *IFP Newsletter*. 2010. Vol. 1. P. 11–17.
32. Cropsey K., Eldridge G., Weaver M. et al. Smoking cessation intervention for female prisoners: addressing an urgent public health need // *Am. J. Public Health*. 2008. Vol. 98, N 10. P. 1894–1901.
33. Dainty K.N., Scales D.C., Brooks S.C. et al. A knowledge translation collaborative to improve the use of therapeutic hypothermia in post-cardiac arrest patients: protocol for a stepped wedge randomized trial // *Implement. Sci.* 2011. Vol. 14, N 6. P. 4.
34. Drake R.E., O'Neal E.L., Wallach M.A. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders // *J. Subst. Abuse Treat.* 2008. Vol. 3DSM-4; 4th edition. Washington, 1994. 886 p.
35. DSM-4; 4th edition. Washington, 1994. 886 p.
36. Elliott S.A., Brown J.S.L. What are we doing to waiting list controls? // *Behav. Res. Ther.* 2002. T. 40, N 9. P. 1047–1052.
37. Eysenck H.J. The effects of psychotherapy: an evaluation. 1952. // *J. Consult. Clin. Psychol.* 1992. Vol. 60, N 5. P. 659–663.
38. Firth M.T. An evaluation of the effectiveness of psychiatric treatment on adolescent in-patients and out-patients // *Acta Paedopsychiatr.* 1992. Vol. 55, N 3. P. 127–133.
39. Ghaemi S.N. The case for, and against, evidence-based psychiatry // *Acta Psychiatr. Scand.* 2009. Vol. 119, N 4. P. 249–251.
40. Gray G.E. Concise guide to evidence-based psychiatry // *Am. Psychiatr. Pub.* 2004.
41. Green L.W., Glasgow R.E. Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research issues in external validation and translation methodology // *Evaluation Health Professions*. 2006. Vol. 29, N 1. P. 126–153.
42. Grossman P., Niemann L., Schmidt S., Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis // *J. Psychosom. Res.* 2004. Vol. 57, N 1. P. 35–43.
43. Gureje O. Comorbidity of pain and anxiety disorders // *Curr. Psychiatr. Rep.* 2008. Vol. 10, N 4. P. 318–322.
44. Hajek P., Stead L.F., West R., Jarvis M. Relapse prevention interventions for smoking cessation // *Coch. Database Syst. Rev.* 2005. Vol. 25, N 1: CD003999
45. Handley M.A., Schillinger D., Shiboski S. Quasi-experimental designs in practice-based research settings: design and implementation considerations // *J. Am. Board Fam. Med.* 2011. Vol. 24, N 5. P. 589–596.
46. Hashimoto M. [Empirical study of inpatients viewed from the individual psychotherapy] [Article in Japanese] *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 1991. Vol. 93, N 7. P. 527–555.
47. Herbert J.D. The science and practice of empirically supported treatments // *Behav. Modification*. 2003. Vol. 27, N 3. P. 412–430.
48. Samad Z., Brealey S., Gilbody S. The effectiveness of behavioral therapy for the treatment of depression in older adults: a meta-analysis // *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2011. Vol. 26, N 12. P. 1211–1220.
49. Hetrick S.E. et al. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD) // *Coch. Database Syst. Rev.* 2010. Vol. 7.
50. Heyder D.W. A contribution to overcoming the problem of waiting

- lists // *Am. J. Orthopsychiatr.* 1965. Vol. 35, N 4. P. 772–778.
51. Hussey M.A., Hughes J.P. Design and analysis of stepped wedge cluster randomized trials // *Contemp. Clin. Trials.* 2007. Vol. 28, N 2. P. 182–191.
 52. Jacobson N.S., Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research // *J. Consult. Clin. Psychol.* 1991. Vol. 59, N 1. P. 12–19.
 53. Jeffreys M., Capehart B., Friedman M.J. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: review with clinical applications // *J. Rehab. Res. Dev.* 2012. Vol. 49, N 5. P. 703–715.
 54. Khan A., Fawcett J., Lichtenberg P. et al. A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression // *PLoS One.* 2012. Vol. 7, N 7. e41778.
 55. Kirsch I., Deacon B.J., Huedo-Medina T.B. et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration // *PLoS Med.* 2008. Vol. 5, N 2. e45.
 56. Lieb R., Meinlschmidt G., Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update // *Psychosom. Med.* 2007. Vol. 69, N 9. P. 860–863.
 57. McAllister-Williams R.H. Do antidepressants work? A commentary on «Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration» by Kirsch et al. // *Evid. Based Ment. Health.* 2008. Vol. 11, N 3. P. 66–68.
 58. Mdege N.D., Man M.S., Taylor Nee Brown C.A., Torgerson D.J. Systematic review of stepped wedge cluster randomized trials shows that design is particularly used to evaluate interventions during routine implementation // *J. Clin. Epidemiol.* 2011. Vol. 64, N 9. P. 936–948.
 59. Melander H., Ahlqvist-Rastad J., Meijer G., Beermann B. Evidence b(i)ased medicin - selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications // *BMJ.* 2003. Vol. 31. P. 1171–1173.
 60. Morrison J.K., Teta D.C. Simplified use of the semantic differential to measure psychotherapy outcome // *J. Clin. Psychol.* 1978. Vol. 34, N 3. P. 751–753.
 61. Ng S.M., Li A.M., Lou V.W. et al. Incorporating family therapy into asthma group intervention: a randomized waitlist-controlled trial // *Fam. Process.* 2008. Vol. 47, N 1. P. 115–130.
 62. Parikh S.V., Zaretsky A., Beaulieu S. et al. A randomized controlled trial of psychoeducation or cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a Canadian Network for Mood and Anxiety treatments (CANMAT) study [CME] // *J. Clin. Psychiatr.* 2012. Vol. 73, N 6. P. 803–810.
 63. Pilgrim D., Rogers A., Pescosolido B. (Ed.). *The SAGE handbook of mental health and illness.* SAGE Publications Limited, 2010.
 64. Reynolds S., Wilson C., Austin J., Hooper L. Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: a meta-analytic review // *Clin. Psychol. Rev.* 2012. Vol. 32, N 4. P. 251–262.
 65. Ruwaard J., Lange A., Schrieken B. et al. The effectiveness of online cognitive behavioral treatment in routine clinical practice // *PLoS One.* 2012. Vol. 7, N 7. e40089.
 66. Shadish W.R., Cook T.D., Campbell D.T. *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference.* New York: Houghton Mifflin Company, 2002.
 67. Thompson N.J., Walker E.R., Obolensky N. et al. Distance delivery of mindfulness-based cognitive therapy for depression: project UPLIFT // *Epilepsy Behav.* 2010. Vol. 19, N 3. P. 247–254.
 68. Tukaev R.D. Research on the effectiveness of the universal hypnotherapy model / M.J.Selinski, K.M.Gow (Eds.). *Continuity versus creative response to challenge: the primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy.* New York: Nova Science Publishers, Inc., 2011. P. 499–520.
 69. Tukaev R.D. Universal hypnotherapy and resilience – resourcefulness model / M.J.Selinski, K.M.Gow (Eds.). *Continuity versus creative response to challenge: the primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy.* New York: Nova Science Publishers, Inc., 2011. P. 451–466.
 70. Turner J., Kelly B., Clarke D. et al. A randomised trial of a psychosocial intervention for cancer patients integrated into routine care: the PROMPT study (promoting optimal outcomes in mood through tailored psychosocial therapies) // *BMC Cancer.* 2011. Vol. 11, N 11. P. 48.
 71. Vora S., Layman W.A., Mann E.T., Danesino A. The effects of long-term psychotherapy on patients' self-perception // *Dis. Nerv. Syst.* 1977. Vol. 38, N 9. P. 717–721.
 72. Vriends N., Becker E.S., Meyer A. et al. Recovery from social phobia in the community and its predictors: data from a longitudinal epidemiological study // *J. Anxiety Dis.* 2007. Vol. 21, N 3. P. 320–337.
 73. Walters, Kimberly A. The use of post-intervention data from waitlist controls to improve estimation of treatment effect in longitudinal randomized controlled trials. Diss. The Ohio State University, 2008.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ НЕВРОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРА: ПРОБЛЕМЫ, ОГРАНИЧЕНИЯ, ВОЗМОЖНОСТИ

Р. Д. Тукаев, В. Е. Кузнецов, Д. А. Москаленко, Н. М. Петраш

В статье предпринят системный анализ оценки эффективности психотерапии расстройств невротического регистра в контексте ограничений диагностически-классификационного характера, в связи с доказательным подходом, сложившейся практики психометрической оценки. Рассмотрены варианты квазиэкспериментального дизайна исследований эффективности психотерапии, натуралистический подход, концепция recovery. Для оценки эффективности психотерапии расстройств не-

вротического регистра предложен комбинированный метод, сочетающий системную качественно-количественную оценку эффективности психотерапии и дизайн контроля листа ожидания с перекрестной оценкой.

Ключевые слова: оценка эффективности психотерапии, расстройства невротического регистра, доказательный подход, квазиэксперимент, контроль листа ожидания с перекрестной оценкой, качественно-количественная оценка эффективности психотерапии.

EVALUATION OF PSYCHOTHERAPY EFFICACY IN NEUROTIC LEVEL DISORDERS; PROBLEMS, RESTRICTIONS, OPPORTUNITIES

R. D. Tukaev, V. E. Kuznetsov, D. A. Moskalenko, N. M. Petrash

The article provides a systemic analysis concerning evaluation of psychotherapy efficacy in neurotic level disorders in the context of restrictions imposed by current diagnostic and classification system and in connection with evidence-based approach that involves psychometric measurements. The authors consider the variants of quasi experimental design, naturalistic approach and the recovery concept in terms of

evaluation of therapy efficacy. They propose an integral method that combines systemic qualitative and quantitative assessment of efficacy and the wait list controlled cross-over design.

Key words: evaluation of psychotherapy efficacy, neurotic level disorders, evidence-based approach, quasi-experiment, wait list controlled cross-over design, qualitative and quantitative assessment of efficacy.

Тукаев Рашит Джаудатович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования; e-mail: tukaevrd@gmail.com

Кузнецов Владислав Евгеньевич – аспирант ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: kuznetsov.v.e@gmail.com

Москаленко Дмитрий Андреевич – аспирант ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: moskalenko.alt@gmail.com

Петраш Наталья Михайловна – врач-психотерапевт ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: psyhoter@ya.ru

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ЭМПАТИИ В ПСИХИАТРИИ

Ю. И. Полищук, З. В. Летникова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Методологические вопросы научных исследований в психиатрии, в связи с принятием биопсихосоциальной парадигмы и развитием системного подхода, остаются недостаточно разработанными, что отрицательно сказывается на подготовке психиатрических кадров и всей психиатрической практике. Традиционный клинический метод исследования психически больных, основанный на биологической модели болезни по аналогии с соматическими заболеваниями, не является исчерпывающим методом познания психической патологии. При применении клинического метода осуществляется редуцированная оценка психического состояния больного с вычленением из всего многообразия психических проявлений отдельных психопатологических симптомов и синдромов в отрыве их от целостной личности больного и его сознания, изменённых болезнью и в то же время влияющих на неё.

Применение одного лишь клинического метода исследования в качестве объективного не позволяет оценить и понять психическое состояние больного в интегрированном единстве психопатологического, патопсихологического, психологического и духовного. Целостное представление о психически больном человеке в целях диагностики, лечения, прогноза и психосоциальной реабилитации нельзя ограничить выделением клинических симптомов и синдромов с формализованным их выражением при помощи шкал и опросников. Важным и необходимым является анализ и понимание всех переживаний пациента, состояния его внутреннего субъективного мира, определяющего не только внешнюю, но и внутреннюю картину болезни, без учёта которой и без влияния на которую лечение и реабилитация больного будут недостаточно эффективными. Этого понимания нельзя достичь с помощью традиционного клинко-психопатологического метода исследования. Дополнительное использование методов психологического исследования – тестов, шкал и опросников, которое широко практикуется в целях объективизации и количественной оценки психических расстройств, позволяет лишь в небольшой степени приблизиться к более полной

оценке психического состояния в силу неизбежных редукционистских ограничений, связанных с этими методами. Целостному познанию и пониманию психически больного человека препятствует направленность клинического, психологических и психометрических методов на объект, а не на субъект исследования. Изучение больного в качестве субъекта требует иных методологических и методических подходов. Многолетняя шаблонная практика применения традиционного клинического метода исследования, дополненная психометрическими методами с их схемами и трафаретами, способствовали обезличиванию и десубъективизации психически больных и, как следствие этого, дегуманизации психиатрической помощи [15].

Наука даёт объективное и доказательное знание, но это знание общего. В медицине, в частности психиатрии, важнее бывает знание индивидуального, единичного, неповторимо личностного. Процесс познания болезненного состояния психически больного не может быть ограничен только логическим, рациональным знанием. В этом процессе важное значение имеет субъективная сторона познания, которая непосредственно зависит от человеческих параметров познающего субъекта, то есть врача, от его способности к интуиции, эмпатии, сопереживанию и рефлексии [1, 2]. Именно, благодаря этим качествам, познаются субъективные переживания и эмоциональные состояния больных. Для объективных научных методов изучения психической деятельности остаётся недоступной её субъективная сторона. Её познание возможно с помощью сопереживания, роль которого, по мнению П.В.Симонова, в полной мере не оценена ни теорией, ни практикой [19].

Эмпатическое понимание является особым когнитивным процессом и фундаментальной методологической категорией [16], лежащей в основе понимающей психологии и понимающей психопатологии [24, 26, 28]. Способность понимания внутреннего подтекста, считал А.Р.Лурия, является особой стороной психической деятельности, которая может совершенно не коррелировать со способностью

к логическому мышлению. Он указывал, что анализ процесса понимания смысла высказываний и перехода от внешних значений к отражению внутреннего подтекста высказываний остаётся центральным и совершенно недостаточно разработанным разделом психологии познавательного процесса [13]. Понимание – это осмысление и оценка. Его специфика заключается в том, что оно формируется в результате рационализации внерационального, в результате прояснения и формирования значений и смыслов [3, 16]. Понимание позволяет выйти за пределы абстрактных научных понятий и эмпирических объективных, но частных научных данных, оторванных от целостного предмета исследования. Основной порок методологии психологического анализа Л.С.Выготский видел в том, что психика при этом расчленяется на части, как бы независимые друг от друга. Взятый из естественных наук способ анализа психики с её расчленением, структурированием, обособлением отдельных проявлений и установлением механических (статистических) связей, противоречит её природе. Об этом же писал К.Ясперс в отношении психопатологического анализа. В дополнение к понимающей психологии он заложил основы понимающей психопатологии и психиатрии. Экзистенциальный анализ в психиатрии, представителем которого был К.Ясперс, остро поставил вопрос о необходимости глубокого анализа субъективного мира больного человека [24].

Преобладающему большинству российских психиатров, особенно молодых, недостаёт умения и навыков проникать во внутренний мир переживаний больных, понимать и правильно оценивать его, постигая истоки и предпосылки возникновения и развития психических расстройств с позиций психогенеза, персоногенеза и социогенеза. До настоящего времени начинающих психиатров не учат субъективным способам и приёмам изучения психически больных, не обучают принципам феноменологического исследования и анализа, основам понимающей психопатологии и психологии по К.Ясперсу, экзистенциального анализа по Л.Бинсвангеру и В.Франклу, этого влиятельного направления в мировой психиатрии. Сущность этих подходов и способов состоит в реальном субъективном, эмоциональном проникновении личности и сознания врача в личность и сознание пациента на основе глубокой эмпатии. Многие психиатры, особенно молодые, недостаточно осведомлены о том, что эмпатия является одним из важнейших феноменов взаимоотношения человека с человеком, в частности врача с пациентом. Она выражается в соучастии и взаимопонимании, эмоциональной вовлечённости в психическое состояние и переживания другой личности.

Термин эмпатия (от греческого *empathia* – сопереживание) впервые ввёл Э.Титченер [28]. Он означает способность чувствовать, переживать и пони-

мать то же самое, что чувствует, переживает и понимает другой человек, с которым устанавливается эмпатический контакт. В современной психологии эмпатию принято трактовать как способность воспринимать и понимать мир переживаний другого человека, приобщаться к его эмоциональной жизни, его внутреннему субъективному миру. В состоянии эмпатии, – отмечал К.Роджерс, – «как будто становишься этим другим, но без потери ощущения «как будто». Оттенок «как будто» обязательно должен оставаться. Если он исчезает, то состояние эмпатии переходит в состояние идентификации» [26]. Эмпатия означает «вхождение» в личный мир другого человека и понимание его личностных смыслов. Психиатр с развитой эмпатией воспринимает внутренний мир пациента так, как если бы он был его собственным. Он временно проживает в этом мире подобно тому, как проживает актёр в мире своего героя, в образ которого он вживается [1, 6]. В основе лечебного эффекта клиент-центрированной психотерапии К.Роджерса, помимо положительной оценки врачом пациента, лежит переживание врачом эмпатического понимания внутреннего состояния пациента и переживание пациентом положительного эмпатического отношения со стороны врача (27). Эмпатия лежит в основе разговорной психотерапии. Психотерапевт при этом виде психотерапии стремится понять пациента, вербализуя его эмоциональное состояние и демонстрируя свою открытость и искренность, тем самым углубляя понимание пациентом самого себя, что способствует лучшему совладанию с болезненным состоянием. По мнению Х.Вайзе и К.Вайзе, разговорная психотерапия является одним из оснований психосоциальной реабилитации психически больных [5].

Согласно К.Ясперсу, психиатр для целостного понимания психического состояния пациента должен «транспортировать» себя в его психическое состояние и эмпатически переживать все значимые для больного события так, как их переживает он сам. Такое «вхождение» в личность больного, в его психическое состояние, установление субъект-субъектных взаимоотношений является важнейшим условием успешной диагностики и лечения психических расстройств [24]. Психиатр-феноменолог путём эмпатического «вживания», «вчувствования» проникает в значение и смысл речевых высказываний и разнообразных невербальных проявлений больного, приближаясь тем самым к более полному восприятию и пониманию целостной картины болезненного состояния. Психиатр, не обладающий эмоциональной восприимчивостью, чуткостью и отзывчивостью, способностью к эмоциональному резонансу, целостной эмпатии не может стать хорошим специалистом. К.Ясперс признавал за эмпатией роль основного инструмента понимающей психологии и понимающей психопатологии. Понимающая психология и понимающая психопатология

тология, основанные на эмпатии и феноменологической интуиции, должны стать, по мнению Ясперса, неотъемлемой частью психиатрии. В своей «Общей психопатологии» он указывал, что для того, чтобы проникнуть в сферу психического состояния пациента, нужно обладать непосредственным и живым ощущением качественно неповторимой его души [24]. Любой психопатолог в своей работе зависит от того, насколько развита его способность чувствовать и понимать переживания больного, сопереживать им. Эмпатия достигается путём чуткого восприятия экспрессии телесных проявлений больного – мимических, пантомимических, речевых, которые являются объективным выражением субъективных состояний. Понимание психологических и психопатологических феноменов и их оценка, как фундаментальная методологическая установка, не могут быть достигнуты без эмпатического проникновения в субъективное состояние больного, без умения воспринимать все его экспрессивные проявления и сопереживать. Точное восприятие и правильная оценка экспрессивных проявлений пациента в соединении с субъективным опытом врача составляют базисный материал для врачебного понимания как творческого акта [21, 22]. Каждый отдельный больной требует новой эмпатии. Исследуя больных, психопатолог должен работать творчески, каждый раз по-новому, не прилагая готовых схем. В психиатрии и психотерапии, считал К.Ясперс, от врача требуется высочайшая степень личной вовлечённости в процесс обследования и лечения больного. Отмечается, что оценка эмпатии тесно связана с такими характеристиками врача, как теплота, доброжелательность, надёжность, искренность, жизненный опыт [10]. Установлена положительная корреляция между оценкой пациентами эмпатии врача и успехом лечения при применении разных видов психотерапии [22].

Таким образом, врачебная эмпатия, эмпатическое понимание являются важнейшим инструментом психиатрического исследования, с помощью которого достигается более точная и более полная диагностика психического расстройства, психического состояния и более успешно осуществляется процесс лечения. Эмпатическое понимание больного позволяет выйти за пределы абстрактных научных понятий и категорий, отражающих частные данные объективных исследований, и подойти к постижению целостных переживаний и состояния внутреннего мира пациента.

Техника так называемого эмпатического «слушания», как инструмент эмпатического исследования, разработана и применяется в практике социально-психологических тренингов и психологического консультирования. В неё входят такие приемы, как уточнение слов и фраз пациента, пересказ его высказываний с выделением и акцентированием самого главного, развитие мыслей паци-

ента, подтверждение правильного восприятия его мыслей и чувств.

Феномену эмпатии принадлежит ключевая роль в клиент-центрированной терапии К.Роджерса и психоаналитической Я-психологии Х.Кохута. К.Роджерс считал эмпатию основополагающей установкой психотерапевта и необходимым условием влияния на личность пациента с целью её изменения. В процессе эмпатического контакта врач улавливает смысл переживаний пациента, разъясняет ему этот смысл, побуждая к более полному осознанию его [17]. Х.Кохут считал эмпатию основным инструментом в психоаналитическом исследовании, называя её викарной формой интроспекции, способом познания и восприятия сложных психических состояний, явлений переноса и контрпереноса. Отказ от использования эмпатии, указывал он, приводит к механистическому и статичному представлению о психическом состоянии больного [25]. В гуманистическом направлении мировой психиатрии эмпатия рассматривается как важнейший, базисный элемент психотерапевтического процесса, определяющий его эффективность, а также как основополагающий навык психиатра и психотерапевта, который состоит в отражении чувств пациента, путём уточнения и пересказа его высказываний, развития его мыслей [10].

Эмпатия, как инструмент исследования психиатра, не означает, однако, уступок произвольным субъективным врачебным суждениям и предусматривает строгий контроль врача за собственными чувствами и переживаниями.

В советской психиатрии термин эмпатия почти не употреблялся. Однако сущность феномена эмпатии и его значение все же признавались с помощью косвенных характеристик. В руководстве по психиатрии под редакцией А.В.Снежневского в разделе «Обследование психически больных» указано, что распознавание болезни зависит от накопленного опыта и личных качеств врача. Субъективные расстройства в виде психопатологических симптомов можно выявить лишь при помощи умелого собеседования. «От умения просто и сочувственно разговаривать с любым пациентом, учитывая индивидуальные особенности больного, в значительной степени зависит успех обследования» [20]. О том же самом пишет А.С.Тиганов в национальном руководстве «Психиатрия», подчёркивая важное значение личных качеств психиатра, его умения войти в доверие к пациенту в целях выявления субъективных проявлений болезненного состояния. Автор указывает, что «компетентность в психопатологической оценке определяется, как и в любой творческой деятельности, «чувствованием» и «видением» пациента» [23]. Он подчёркивает, что правильные и полные ответы больного на вопросы врача можно получить при условии полного доверия и откровенности. Во внешнем облике и словах врача долж-

ны чувствоваться забота, готовность помочь, уважение к пациенту, искреннее участие. Тем самым, без употребления термина эмпатия два видных отечественных психиатра выразили признание важной роли и значения эмпатических качеств психиатра при обследовании психически больных. Методологами медицины признавалось, что эмоции и чувства во врачебной деятельности являются необходимой стороной лечебно-профилактического воздействия на больного. Врач должен обладать даром и навыками соучастия, непосредственного вхождения в ситуацию болезни, полную драматизма и сложных переживаний [12].

Совершенно определённо важная роль врачебной эмпатии подчёркивается психиатрами-суицидологами. При оказании неотложной помощи суицидальным пациентам главной задачей начального этапа такой помощи является установление сопереживающего партнёрства. Эмоциональное принятие, сочувствие, готовность к пониманию способствуют снижению остроты суицидальных переживаний. В необходимых случаях высказывания психиатра-суицидолога должны носить характер «сострадательной эмпатии», эмпатического выслушивания с переходом затем к позиции соучастия в когнитивном овладении ситуацией на фоне сформировавшегося эмпатического контакта [14]. Анализ данных, полученных с помощью психометрических шкал, показал, что высокая степень эмоционального контакта врача при сопереживающем партнёрстве с пациентом сочеталась с большей эффективностью психотерапии неврозов, тогда как эмоционально нейтральная позиция врача сочеталась с более низкой эффективностью психотерапии [22]. Установлена важность эмпатического подхода вра-

ча не только к больным с невротическими расстройствами, но и к больным шизофренией [4, 7, 9, 18].

По мнению А.Кемпински, творческое формирование эмпатической эмоциональной связи врача с больным и степень её выраженности являются решающими факторами эффективности психотерапии невротических расстройств [11]. Важную роль врачебной эмпатии в лечении психически больных подчёркивали И.Е.Вольперт [6]; С.Б.Семичов [18]; Р.А.Зачепиский [8]; Б.З.Драпкин [7].

В настоящее время понятие и практическое использование эмпатии в научной и практической психиатрии предается забвению. Широкая экспансия так называемых объективных психометрических методик, вытесняющих эмпатический подход к больному, определяет дальнейшую тенденцию к десубъективизации психически больных и отчасти дегуманизации психиатрической помощи, ограничивая при этом дальнейшее развитие и совершенствование психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. Решение этих проблемных вопросов нужно искать в дальнейшем развитии теории и методологии современной личностно-центрированной психиатрии. По этим проблемам необходимо проведение творческих дискуссий в психиатрическом сообществе. Реформаторские и инновационные устремления ряда российских психиатров и медицинских психологов с односторонней ориентацией на современные прагматические концепции и методологические установки при недооценке и игнорировании других научных концепций, методологических установок и традиций, имеющих в мировой и отечественной психиатрии, поддерживают дальнейший прогресс теоретической и практической психиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

- Басин Е.Я. Творчество и эмпатия // Вопросы философии. 1987. № 2. С. 54–66.
- Билибин А.Ф., Царегородцев Г.И. О клиническом мышлении. М., 1973.
- Брудный А.А. Понимание как философско-психологическая проблема // Вопросы философии. 1975. № 10. С. 109–117.
- Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. М., 2000.
- Вайзе Х., Вайзе К. Разговорная психотерапия как основа реабилитации психически больных // Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л., 1982. С. 106–111.
- Вольперт И.Е. Психотерапия. Л., 1972.
- Драпкин Б.З. Опыт психотерапевтической работы с больными шизофренией в условиях подросткового психотерапевтического отделения // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1980. № 10. С. 1548–1551.
- Зачепиский Р.А. О факторах, определяющих успешность психотерапии // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1979. № 5. С. 639–647.
- Зеневич Г.В. Роль психотерапии при шизофренических ремиссиях // Вопросы психотерапии. М., 1958. С. 187–194.
- Карвасарский Б.Д., Незнанов Н.Г. Психотерапия // Психиатрия. Национальное руководство. М., 2009. С. 828–863.
- Кемпински А. Психопатология неврозов. Варшава, 1975.
- Лисицын Ю.П., Изуткин А.М., Матюшин И.Ф. Медицина и гуманизм. М., 1984.
- Лурия А.Р. Язык и сознание. М., 1976.
- Неотложная психотерапевтическая помощь в суицидологической практике: Методические рекомендации. М., 1986.
- Полищук Ю.И. Нужно ли отказываться от экзистенциального анализа? // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1991. № 2. С. 99–101.
- Понимание как философско-методологическая проблема (материалы круглого стола) // Вопросы философии. 1986. № 7. С. 65–81.
- Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М., 1994.
- Семичов С.Б. Некоторые вопросы психотерапии шизофрении // Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1973. С. 194–200.
- Симонов П.В. О познавательной функции сопереживания // Вопросы философии. 1979. № 9. С. 137–142.
- Снежневский А.В. Обследование психически больных // Руководство по психиатрии. М., 1983. Т. 1. С. 187–193.
- Ташлыков В.А. Значение эмпатического отношения врача к больному в процессе психотерапии неврозов // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. Л., 1976. С. 121–122.
- Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л., 1984.
- Тиганов А.С. Обследование больного // Психиатрия. Национальное руководство. М., 2009. С. 24–26.
- Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997.
- Kohut H. How does Analysis cure? The University Chicago Press, 1984.
- Rogers C.R. Empathic: an appreciated way of being // The Counseling Psychologist. 1975. Vol. 5, N 2. P. 2–10.
- Rogers C.R. A way of being. Boston, 1980.
- Titchener E.B. Systematic Psychology. New York, 1929.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ЭМПАТИИ В ПСИХИАТРИИ

Ю. И. Полищук, З. В. Летникова

В статье на основе работ отечественных и зарубежных психиатров и психотерапевтов проведен методологический анализ роли и значения эмпатии в психиатрической практике. Показана важная роль эмпатического понимания в познании целостных переживаний личности и внутреннего мира психически больных. Указывается на необходимость освоения российскими психиатрами теории и мето-

логии экзистенциального анализа в психиатрии в целях дальнейшего совершенствования диагностики, лечения и психосоциальной реабилитации психически больных с позиций личностно-центрированной психиатрии.

Ключевые слова: эмпатия, эмпатическое понимание, внутренний мир психически больного.

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC MEANING OF THE THERAPIST'S EMPATHY IN PSYCHIATRY

Yu. I. Polischouk, Z. V. Letnikova

The authors analyze the publications of Russian and foreign psychiatrists and psychotherapists on the role and the meaning of empathy in psychiatric practice. They emphasize the importance of empathic attitude for getting a more complete picture of the patient's inner world and his personal integrative experiences. The authors stress that Russian psychiatrists

should learn more about the theory and methodology of existential analysis in psychiatry because it can contribute to further development of diagnosis, treatment and psychosocial rehabilitation of mental patients from the point of view of person-centered psychiatry.

Key words: empathy, empathic attitude, mental patient's inner world.

Полищук Юрий Иосифович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела психической патологии позднего возраста ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: yu.polischuk@mail.ru

Летникова Зинаида Владимировна – старший научный сотрудник отдела психической патологии позднего возраста ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: z.letnikova@mail.ru

УДК: 616.89–008.441.3(048.8)

КОНЦЕПЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

В. А. Солдаткин, А. В. Дьяченко, Д. Ч. Мавани

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России,
лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс», Ростов-на-Дону*

Родовая принадлежность и механизмы формирования компьютерной зависимости (КЗ) до настоящего времени являются предметом дискуссий, выходящих далеко за пределы профессиональных сообществ психиатров и психологов [4, 22, 24, 38]. Исследователями феномена предложены различные, нередко взаимоисключающие, точки зрения относительно его систематики, нозографии, клинических критериев, вклада конституциональных, нейро-физиологических, личностных, макро- и микросоциальных факторов, медицинских и общественных последствий. Однако, несмотря на явные противоречия, было бы ошибкой во всем противопоставлять существующие взгляды на природу компьютерной зависимости. Нам представляется целесообразным рассмотреть данное явление с разных сторон – в контексте основных направлений его изучения. На основании проведенного исследования зарубежных и отечественных публикаций представляется возможным разделить существующие концепции формирования КЗ на четыре группы: социо-культурные, психологические, медико-биологические и комплексные.

Социо-культурные концепции

Существует мнение, что мотивы виртуального группирования и взаимодействия между членами Интернет-сообществ (социальные сети, блоги, форумы, компьютерные игры и т.д.) подчинены тем же законам, которые действуют в реальном мире, а Сеть лишь предлагает более широкие возможности выбора объектов взаимодействия [6]. Исходя из этого, виртуальное пространство рассматривается не как суррогат объективной действительности, а как его часть, причем чрезвычайно важная для современного человека. Причинами «переселения» в компьютерный мир могут служить неудовлетворенность повседневной жизнью, потребность в более свободном, «раскованном» общении, самовыражении, безопасности. Это явление, согласно данному представлению, вполне естественно и отра-

жает реалии современного общества, перешедшего на следующий этап своего развития. Таким образом, явление, называемое «зависимостью» от компьютера, рассматривается не как психическое или поведенческое расстройство, а как глобальный социо-культурный феномен, сутью которого является не столько «уход» в виртуальную реальность, сколько расширение за счет нее нашей привычной действительности.

Ряд исследователей, отрицая болезненную природу КЗ, тем не менее, допускают возможность возникновения переходящих нарушений поведения и социального функционирования, связанных с чрезмерным использованием компьютера. Л.Н.Юрьева и Т.Ю.Бальбот приводят точку зрения А.С.Холла и Ж.Парсонса, считающих, что избыточное использование Интернета может принести вред когнитивной, поведенческой и аффективной сферам, однако вред этот носит «доброкачественный» характер и может быть компенсирован за счет когнитивно-бихевиоральных взаимоотношений [18]. Некоторые авторы выражают весьма радикальные суждения. А.Е.Войскунский, со ссылкой на С.Сурратта, высказывает мнение, что в становлении медико-психопатологической трактовки описываемого феномена определяющую роль играет искусственно сформированная врачами и СМИ убежденность лиц, «страдающих» КЗ, и их родственников в болезненной природе их поведения [7].

Безусловная ценность данных концепций заключается как минимум в том, что наличие точек зрения, ставящих под сомнение само существование КЗ, предъявляет строгие требования к доказательности научных исследований. Кроме того, оппозиционные трактовки расстройства чрезвычайно распространены среди Интернет-пользователей и, соответственно, пациентов, страдающих данным расстройством (нередко выступая в таких случаях в качестве формы психологической защиты), что не может не учитываться в клинической практике и при разработке профилактических программ.

Психологические и психоаналитические концепции

Психологические концепции. Первое психологическое исследование КЗ было проведено М.А.Шоттон в 1989 году. По мнению автора, в основе расстройства лежит стремление к доминированию над компьютером как незаурядным и высокоинтеллектуальным противником, имеющее цель компенсировать невозможность осуществления подобного контроля в других жизненных сферах, прежде всего – в социальных отношениях (по А.Е.Войсунскому [7]). Формирование иллюзий «могущества» и «контроля» часто рассматривается исследователями в качестве важного элемента в развитии зависимого поведения. А.Е.Бобров, со ссылкой на Jacobs, высказывает мнение, что символическая природа азартной игры создает условия для выраженной психологической диссоциации: игрок, внешне следуя социально разрешенным правилам поведения, получает доступ к широкому кругу эмоциональных переживаний, которые в других условиях являлись бы неприемлемыми или недоступными (соперничество, агрессия, привязанность, торжество, ощущение своего всемогущества, контроля над ситуацией). При этом у игрока происходит иллюзорное обретение нового «Я», во многом противоположного его реальному «Я». Это иллюзорное «Я» неосознанно наделяется качествами, позволяющими преодолевать психологические конфликты, присущие реальной личности. Автор подчеркивает, что стремление к обретению этого могущественного «Я» и составляет бессознательную основу патологического гемблинга [2]. Тем не менее, в силу специфики азартной игры, удовлетворение этого стремления происходит не всегда. «Иллюзия контроля», описанная R.Ladouceur и M.Mayrand, предполагает, что игрок верит, что может контролировать случайные события посредством различных способов ритуального поведения, например, скорости нажатия на кнопки игрового автомата [39]. Примечательно, что в случае компьютерной деятельности подобные ритуалы зачастую не требуются. Специфические свойства виртуальных технологий предлагают пользователю «гарантированно» получить ощущение контроля и полной власти над иллюзорным миром без риска неудачи и фрустрации. Резонно полагать, что это обстоятельство может служить одним из объяснений более быстрого формирования компьютерной зависимости, в сравнении с другими аддикциями [60, 61].

Распространенной является точка зрения, рассматривающая компьютерную зависимость как форму иллюзорно-компенсаторного (аддиктивного) поведения [9, 12, 23, 28, 40, 47, 48, 53, 60–62]. Большинство сторонников этого направления, характеризуя механизм формирования расстройства, концентрируют внимание на интраперсональных мотивах «бегства» в виртуальную реальность. По дан-

ным K.Young и R.Rodgers, для Интернет-аддиктов характерны следующие черты: высокий уровень абстрактного мышления, уверенность в себе, индивидуализм, низкая способность к конформному поведению, настороженность, склонность к гипертрофированному реагированию на слова других людей. По утверждению исследователей, описанные черты, с одной стороны, обуславливают стремление к опосредованному общению с людьми, с другой – способствуют более легкой адаптации к длительным периодам изоляции [62]. S.Caplan, изучая личностные особенности Интернет-аддиктов, выделил фрустрирующее сочетание скромности, одиночества, эгоцентризма и депрессии [23]. К схожим результатам пришли S.Stieger, C.Burger. Авторы указывают на характерный для аддиктов феномен «поврежденной самооценки», состоящий во внешне декларируемой низкой самооценке, в то время как скрытая, внутренняя самооценка высока [53]. В исследовании D.DeBerardis и соавт. трудность выражения чувств и низкое самоуважение достоверно коррелировали с высокими баллами оценки КЗ [26].

Значительно реже встречаются работы, указывающие на роль микросоциальных факторов. Среди них – неудовлетворительная финансовая ситуация [20], наличие академических и межличностных проблем [48], «недовольство семьей» и опыт недавних стрессовых событий [40, 41]. По данным X.Huang и соавт., подростки, злоупотребляющие компьютером, обычно оценивали родительские, в особенности материнские, методы воспитания как лишенные эмоционального тепла, со склонностью к отвержению и наказанию [35].

Психоаналитические концепции. Характеризуя аддиктивные свойства виртуального мира, Ц.П.Короленко и Н.В.Дмитриева указывают на уникальную возможность динамического взаимодействия между субъектом и объектом аддикции. Важными аспектами такого взаимодействия, усиливающими психоактивный эффект виртуальной реальности, авторы считают использование архетипных сюжетов и образов (например, архетипа Героя, Старого Мудреца, Великой Матери и др.), а также применение в компьютерных программах определенных зрительных эффектов, фигур, ритмов, цвета. При этом аддикт не только проводит все больше времени в компьютерном мифологическом мире, но и, попадая под влияние архетипов, начинает проецировать виртуальный опыт на ситуации, события, межличностные отношения в реальности. В ходе подобного переноса аддикт «отбрасывает» свое прежнее, основанное на вынужденных компромиссах, «Я», которое становится для него ненужным, что способствует формированию и закреплению иллюзии общения с реальным миром и приводит к возрастающей социальной изоляции и дезадаптации [12]. Подобную картину описывает О.Фенихель, говоря о развитии зависимости от азартных игр. По мне-

нию автора, азарт, первоначально имеющий образ забавы («у оракула как бы шутливо спрашивают, какое решение он примет в более серьезной ситуации»), под давлением внутреннего напряжения утрачивает игровую суть, вовлекая Эго, уже неспособное самостоятельно контролировать наступление событий, в порочный круг неистовой потребности в благоволении Судьбы и тревоги относительно этой потребности. Автор подчеркивает, что психологический конфликт, переживаемый азартным игроком, чрезвычайно силен и деструктивен и, в конечном итоге, влечет разрушение Эго [17]. По мнению Ц.П.Короленко и Н.В.Дмитриевой, одним из важнейших отличий КЗ от большинства аддикций является практически полное отсутствие борьбы мотивов. Более того, отбрасывание «Я» происходит автоматически – без каких-либо терзаний – и воспринимается аддиктом как освобождение. Авторы справедливо отмечают, что эта особенность создает серьезные препятствия на пути психотерапевтических методов коррекции [12].

А.Е.Войскунский называет наиболее адекватным психологическим аналогом феномена зависимости от Интернета опыт «потока» (flow). Согласно гипотезе М.Csikszentmihalyi, на которую опирается автор, опыт потока следует понимать как ощущение переноса в новую реальность, которая ведет к нарушению чувства времени, отвлечению от окружающей физической и социальной среды. Кроме того, опыт потока граничит с вызовом имеющимся у субъекта знаниям, умениям, навыкам и способностям, в целом, его компетентности в решении проблем. А.Е.Войскунский, ссылаясь на эмпирические исследования, в которых вышеуказанная концепция была применена к Интернет-пользователям, резюмирует, что феномен зависимости от Интернета «может и должен быть понят не просто как исключительно обсессивное пристрастие, от которого следует любой ценой избавляться, но и как богатая внутренней мотивацией познавательная деятельность, вознаграждающая так называемых аддиктов ощущением потока» [6]. В другой своей работе А.Е.Войскунский приводит мнение К.Murray: «Будучи отрицанием реального мира, такой уход (в виртуальный мир) может способствовать новому «появлению» в реальном мире, причем более значительному, чем это могло бы быть в любом другом случае. В частности, если столкновение с Интернет-зависимостью было представлено как битва, то этот опыт приносит честь тому, кто его пережил» [7].

Следует отметить, что нами не было найдено ни одного исследования, доказывающего «полезность» КЗ. К тому же, эта позиция не объясняет целый ряд фактов, выявленных другими исследователями, в том числе частую коморбидность данного феномена с аддиктивными расстройствами, его связь с агрессией, антисоциальным поведением; половую предпочтительность, социальную дезадаптацию и др.

Медико-биологические концепции

Медицинские аспекты. Сторонники присвоения данному феномену статуса официального диагноза обычно относят его к нарушениям контроля над импульсивностью (DSM-IV) или расстройствам привычек и влечений (МКБ-10). Анализ литературы позволяет дать, по крайней мере, два объяснения этому факту. Во-первых, диагностическая модель КЗ, как правило, базируется на критериях патологического гемблинга. Таким образом, подразумевается, что клиническая картина и стереотип развития зависимости от компьютера и влечения к азартным играм сходны, что и позволяет объединить их в одну рубрику. Во-вторых, данная точка зрения подтверждается множественными данными о связи КЗ с нарушениями контроля над импульсивностью [42, 45, 51, 52, 59].

Существуют также единичные указания на связь КЗ и обсессивно-компульсивного расстройства, малопрогредиентной шизофренией [11], синдрома Аспергера [48].

Нерешенным остается вопрос специфичности КЗ. По мнению одних авторов, она является самостоятельным, отдельным расстройством [12, 60–62,]; другие считают, что виртуальный мир, открывая практически неограниченный доступ к различного рода впечатлениям, является лишь средой для реализации других аддикций [15, 19, 25, 50, 54]. Центристскую позицию между сторонниками и противниками феноменологической самостоятельности расстройства занял M.Griffiths [30]. Автор проводит различие между зависимостью непосредственно от Интернета и зависимостями, связанными с применениями Интернета. В качестве примера M.Griffiths приводит азартного игрока, вовлеченного в он-лайн гемблинг, указывая, что Интернет, в данном случае, не более чем место, в котором игрок осуществляет аддиктивное поведение. С другой стороны, M.Griffiths допускает возможность развития аддикции в отношении тех функций Сети, которые отсутствуют вне этой среды (чаты, ролевые игры), обеспечивая тем самым развитие самостоятельной формы расстройства [8, 30].

Морфо-церебральные аспекты. В последние годы приобрели популярность работы, посвященные исследованию морфо-церебральных характеристик лиц, злоупотребляющих компьютером. Некоторые исследователи считают, что для страдающих КЗ характерно наличие разнообразных поражений структур головного мозга, связанных с эмоциональным, волевым и когнитивным контролем [27, 28, 34, 44, 63]. Яблоком раздора является определение вектора причинно-следственной связи между этими поражениями и компьютерной деятельностью. К.Yuan и соавт. выявили уменьшение объема серого вещества в двусторонней дорсолатеральной префронтальной коре, в орбитофронтальной

ной и передней поясной коре, а также значимые изменения белого вещества в области левой задней части внутренней капсулы и правой парагиппокампальной извилины. На основании этих данных авторы пришли к выводу о том, что «долгосрочная Интернет-аддикция может привести к структурным изменениям мозга» [63].

Исследование F.Lin и соавт. позволило выявить микроструктурные нарушения целостности белого вещества мозга у Интернет-аддиктов в орбитофронтальной области, мозолистом теле, внешней капсуле, передней ножке внутренней капсулы, в области прецентральной и передней поясной извилины. Авторы высказывают предположение, что аномалии белого вещества могут играть важную роль в формировании Интернет-аддикции [44].

Не столь однозначные суждения высказывают G.Dong и соавт., исследовавшие состояние белого вещества головного мозга у Интернет-аддиктов методом диффузионной тензорной томографии. Авторы выявили у лиц с Интернет-аддикцией большую плотность белого вещества в таламусе и левой задней части поясной извилины коры по сравнению с контрольной группой. При этом исследуемый показатель коррелировал с тяжестью аддикции и степенью выраженности когнитивных расстройств. Авторы резюмируют, что полученные данные могут иметь, по крайней мере, два равновероятных объяснения. С одной стороны, выявленные аномалии могут создавать благоприятную основу для формирования расстройства, играя таким образом роль одного из факторов предрасположенности. В то же время, структурные нарушения в головном мозге гипотетически могут являться результатом чрезмерного использования компьютера [27].

Таким образом, вопрос о характере, степени и самой возможности нанесения вреда здоровью в ходе интенсивного использования компьютера еще далек от окончательного разрешения. На наш взгляд, невозможно дать на него однозначный ответ, базируясь лишь на результатах одномоментного изучения отдельных характеристик таких пациентов. Следует также учитывать, что исследования с использованием нейровизуализационных методов проводятся обычно на малой выборке добровольцев, а наличие КЗ устанавливается по результатам анкетирования. С другой стороны, отечественная психиатрия традиционно признает роль «органической почвы» в формировании ряда расстройств – в том числе аддиктивных. Изучение аномалий строения головного мозга у аддиктов с позиций их первичности позволяет дать объяснение частой коморбидности КЗ и СДВГ [56, 58, 59].

Нейро-химические аспекты. Важнейшим направлением биологически-ориентированных исследований является изучение патогенеза КЗ. Наиболее часто исследуется роль дофаминергической системы головного мозга [31, 34, 36, 37]. Иссле-

дование, проведенное Н.Нои и соавт., показало, что для подростков, демонстрирующих более высокие баллы оценки КЗ, характерен более высокий полиморфизм генов, кодирующих дофаминовые D2-рецепторы и ферменты деградации дофамина, по сравнению с контрольной группой [34]. S.H.Kim и соавт. использовали метод эмиссионно-позитронной томографии для оценки потенциала связывания дофамина с D2-рецепторами у мужчин с КЗ. Было установлено, что пациенты, страдающие аддикцией, демонстрируют снижение уровня дофамина D2-рецепторов в стриатуме [37].

Существуют и иные точки зрения на патогенез КЗ. С.Montag и соавт. на основании результатов контролируемого клинического исследования 132 респондентов, у которых была диагностирована КЗ, пришли к выводу, что в формировании расстройства принимает участие ген CHRNA4, кодирующий никотиновый альфа-4-ацетилхолиновый рецептор [46]. Y.S.Lee и соавт. на основании результатов исследования связи экспрессии гена переносчика серотонина (SS-5HTTLPR) и выраженности КЗ выдвинули предположение, что данное расстройство может иметь генетическое сродство с депрессией [42]. J.M.Bostwick, J.A.Bucci описали случай успешного лечения КЗ налтрексоном, выдвинув гипотезу об участии в патогенезе данного расстройства опиатной системы [21].

Приведенные данные дают основания полагать, что КЗ может иметь общие патофизиологические черты с химической зависимостью. В пользу этого свидетельствуют и данные об их частом сочетании [36, 47, 57].

Комплексные концепции

Одна из комплексных концепций развития нехимической зависимости, которая нам представляется достаточно убедительной, предложена А.О.Бухановским. Работами А.О.Бухановского [1, 3, 5] показано, что в развитии болезни зависимого поведения (БЗП), к которой автор относит и компьютерную зависимость, имеется определенная этапность и стадийность. Выделяется предрасположционный, доклинический и клинический этапы.

Предрасположенность к БЗП, по мнению автора, включает три компонента: морфофункциональный церебральный (биологический), личностный (психический) и половой. Первому из них соответствуют признаки повреждения мозга, как правило, раннего, за счет врожденной дисгенезии мозга или рано приобретенного поражения. Однако само по себе органическое повреждение мозга, по мнению А.О.Бухановского, еще не является патологическим процессом, а представляет собой лишь одно из условий его возникновения в некоторых случаях БЗП. Функциональными последствиями органической церебральной предрасположенности при БЗП являются: слабость тормозных про-

цессов, что нарушает соотношение процессов торможения и возбуждения и, соответственно, ведет к преобладанию возбудимости, и ригидность психических процессов, создающая определенную степень психической торпидности, склонность к застреванию психических процессов, трудностям реагирования. Церебральная predisпозиция в развитии БЗП имеет двойное значение. С одной стороны, она значительно увеличивает риск возникновения БЗП, а с другой, приводя к дисфункции мозга, выступает важнейшим условием и морфофункциональным субстратом возникновения, развития и функционирования патологической системы. Таким образом, данная концепция, опираясь на созданную Г.Н.Крыжановским теорию патологических интеграций ЦНС [13, 14], рассматривает зависимое поведение как результат аномального повышения электрофизиологической активности головного мозга. В этом контексте привлекает внимание работа W.Du и соавт.. Авторы, применив метод функциональной нейровизуализации, показали значительные различия в активности головного мозга лиц, страдающих КЗ, по сравнению со здоровыми при выполнении функциональных задач. Авторы пришли к выводу, что для больных КЗ характерна «аномальная мозговая функция и латеральная активизация правого полушария мозга» [29] – что, по сути, и отражает новые, сформированные при развитии расстройства, интегративные связи нервной системы.

Сексуальная составляющая predisпозиции видна уже в половой предпочтительности болезненности различными формами патологии влечений. Не стала исключением и КЗ: подавляющее большинство исследователей сходятся во мнении – чаще расстройство выявляется у представителей мужского пола [20, 30, 41, 55].

Личностный компонент predisпозиции включает в себя переплетение некоторых характеристик темперамента и своеобразных свойств личности. Характеристики темперамента в большей степени обнаруживают связь с биологической составляющей predisпозиции, тогда как на свойства личности свой отпечаток накладывает социальная (микросоциальная) среда и ее многочисленные воздействия, в первую очередь система воспитания. Исследование, проведенное В.Л.Малыгиным и соавт., показало следующие особенности семей подростков, страдающих Интернет-аддикцией: патологический стиль воспитания (гиперпротекция – 75%, гипопротекция – 25%); снижение авторитета отца; дисгармония в контакте с матерью [11]. Сами же личностные черты зависимых от компьютера, являясь одним из наиболее исследуемых аспектов расстройства, широко освещены в рамках психологических концепций.

На доклиническом этапе развития БЗП, дисгармония личности (личностная predisпозиция) за-

кономерно ведет к возникновению многочисленных фрустраций и интра- и интерперсональных конфликтов, которые с течением времени становятся хроническими. В одних случаях преобладает значимость и глубина межличностных конфликтов, в других – интраперсональных. Их сущность и психодинамика связаны с фрустрацией уровня притязаний, пониженной самооценкой, нарушенной системой общения и взаимоотношений, стремлением к коммуникационному и информационному насыщению и прочее. Фрустрации приобретают хронический характер в связи с психической инертностью и ограниченностью личностно-адаптационных механизмов. В свою очередь, это закономерно ведет к психосоциальной дезадаптации различной степени выраженности.

Поиск путей и способов выхода из фрустрации, разрешения конфликтов и освобождения от тягостных переживаний психосоциальной дезадаптации может осуществляться тремя путями: конструктивным, сублимационно-созидательным и иллюзорно-компенсаторным. Последний является наиболее легким, и именно он связан с аддиктивным поведением.

По мнению автора, существует две основные формы возникновения БЗП – оперантное научение и реактивный импринтинг (реакция запечатления). Порой встречается их сочетание. Реактивный импринтинг вызывается внезапным чрезмерным по интенсивности стрессовым воздействием. Он возникает остро в виде реакции запечатления необычного переживания, подкрепляемого интенсивной психо-эмоциональной реакцией. Особенно облегченно это происходит у индивидов с высокой степенью предрасположенности и со слабым типом нервной системы. Оперантное научение происходит постепенно по типу повторных подкреплений, «заучивания», развития. Патогенная ситуация воздействует через систему слабых, но регулярных, постоянных или частых воздействий. Вследствие кумулятивных пластических процессов эти воздействия постепенно формируют устойчивое нарушение в предрасположенной к тому высшей нервной деятельности. По нашим данным, именно этот механизм лежит в основе возникновения и развития большинства случаев КЗ [16].

Появлением внешних форм дезадаптирующего аномального поведения дебютирует *клинический этап* развития БЗП. На этом этапе клиническая картина достигает своей структурной завершенности. Дальнейшее ее развитие происходит в две стадии. На первой – начальной стадии не только поведение, но и жизнь пациентов определяется патологическим влечением и потребностью в психическом комфорте. С различным темпом происходит утяжеление и дальнейшее развитие симпто-

матики. При этом влечение приобретает характер компульсивного. Одновременно появляется и нарастает потребность в физическом комфорте, параллельно этому нарастает толерантность – вначале по экстенсивности, затем (или параллельно) – по интенсивности.

При появлении выраженной компульсивности и росте толерантности по интенсивности, как правило, заметными становятся изменения личности и сексуальности. Во второй стадии они достигают степени деформации и деградации, приводят больных к выраженной дезадаптации в обществе.

Приходится констатировать, что литературные сведения, касающиеся компьютерной зависимости, не позволяют составить однозначное представление о природе расстройства. Это связано со многими факторами, среди которых важную роль играет несовершенство методологии и дизайна большинства исследований. Очевидно, что для формирования целостного взгляда на данное явление необходимо установление более четких диагностических критериев расстройства, описание его этио-патогенетической сущности, клиниче-

ской динамики и прогноза. В этом отношении метод анкетирования, наиболее часто используемый исследователями, едва ли может считаться приоритетным. Такой подход крайне редко обеспечивает глубокий анализ причинно-следственных связей между выявленными показателями, которые, в итоге, трактуются авторами субъективно. Более перспективным представляется классический для психиатрии клинический метод с комплексным изучением феноменологии расстройства, выделением симптомов, изучением синдромотаксиса и синдромокинеза. В настоящее время достаточно редко встречаются работы, основанные на клинических наблюдениях; комплексные исследования, включающие *динамическое* описание клиникой картины расстройства, нами в доступной литературе обнаружены не были.

Таким образом, современное представление о компьютерной зависимости невозможно назвать полным. Дальнейшие исследования данного расстройства не только не потеряли актуальность, но и в условиях бурного развития технологий приобрели особую медико-социальную значимость.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А.С., Ковалев А.И., Бухановский А.О. и соавт. Серийные убийства и социальная агрессия // Материалы 3-й Международной конф. Ростов-на-Дону, 2001. С. 252–262.
2. Бобров А.Е. Азартное расстройство (патологическая склонность к азартным играм): клинические, лечебно-профилактические и социальные аспекты. М.: Медпрактика, 2008. 268 с.
3. Бухановский А.О., Солдаткин В.А. Патологический гемблинг: предрасположенность // Вторая научно-практическая конференция психиатров и наркологов ЮФО (с международным и всероссийским участием). 2006. С. 89–94.
4. Бухановский А.О., Солдаткин В.А., Мавани Д.Ч., Дьяченко А.В. Компьютерная зависимость: расстройство, которого пока нет в классификациях (обзор зарубежной литературы) // Российский психиатрический журнал. 2012. № 1. С. 21–29.
5. Бухановский А.О., Андреев А.С., Бухановская О.А. и соавт. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика. Пособие для врачей. Ростов-на-Дону, 2002. 60 с.
6. Войсунский А.Е. Психологические исследования феномена интернет-аддикции // 2-ая Российская конференция по экологической психологии. Тезисы. М.: Эксперт РОСС. С. 251–253.
7. Войсунский А.Е. Актуальные проблемы зависимости от Интернета // Психологический журнал. 2004. Т. 25, № 1. С. 90–100.
8. Гриффитс М. Избыточное применение Интернета: онлайн-поведение аддиктивное поведение // Тезисы дистантных зарубежных участников симпозиума «Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития», 2009.
9. Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) // Аддиктология. 2005. № 1.
10. Игровая зависимость / Под ред. А.О.Бухановского, В.А.Солдаткина. Ростов-на-Дону: ГОУ ВПО «РостГМУ», 2011. 304 с.
11. Интернет-зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, профилактика / Под ред. В.Л.Малыгина и соавт. М.: Арсенал образования, 2010. 136 с.
12. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психосоциальная аддиктология. Новосибирск: «Олсиб», 2001. С. 65–72.
13. Крыжановский Г.Н. Детерминантные структуры в патологии нервной системы. Генераторные механизмы нейропатологических синдромов. М., 1980. 358 с.
14. Крыжановский Г.Н. Дисрегуляционная патология и патологические интеграции в нервной системе // Журнал неврологии и психиатрии. 2009. № 1. С. 4–9.
15. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. СПб.: Речь, 2007. 768 с.
16. Солдаткин В.А., Дьяченко А.В., Мавани Д.Ч. Механизм формирования компьютерной зависимости: результаты предварительного исследования // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Мир аддикций». СПб., 2012. С. 125–126.
17. Фенихель О. Психоналитическая теория неврозов. М.: Академический Проект, 2005. 848 с.
18. Юрьева Л.Н., Бальбот Т.Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика. Днепропетровск: Пороги, 2006. 196 с.
19. Baer S., Bogusz E., Green D.A. Stuck on screens: Patterns of computer and gaming station use in youth seen in a psychiatric clinic // J. Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2011. Vol. 20, N 2. P. 86–95.
20. Bakken I.J., Wenzel H., Gotestam K.G., Johansson A. Internet addiction among Norwegian adults: A stratified probability sample study // Scand. J. Psychol. 2009. Vol. 50, N 2. P. 121–127.
21. Bostwick J.M., Bucci J.A. Internet sex addiction treated with naltrexone // MayoClinProc. 2008. Vol. 83. P. 226–230.
22. Byun S., Ruffini C., Mills J.E. et al. Internet addiction: Metasynthesis of 1996–2006. Quantitative Research // Cyberpsychology & Behavior. 2009. Vol. 12, N 2. P. 122–129.
23. Caplan S.E. Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of theory-based cognitive-behavioral measurement instrument // Computers in Human Behavior. 2002. Vol. 18, N 5. P. 553–575.
24. Carbonell X., Guardiola E., Beranuy M., Belles A. A bibliometric analysis of the scientific literature on Internet, video games, and cell phone addiction // J. Med. Library Assoc. 2009. Vol. 97, N 2. P. 102–107.
25. Christakis D.A. Internet addiction: a 21st century epidemic? // BMC Med. 2010. Vol. 8. P. 61.
26. De Berardis D., D'Albenzio A., Gambi F. et al. Alexithymia and its relationships with dissociative experiences and Internet addiction in a nonclinical sample // Cyberpsychology & Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society. 2000. Vol. 12, N 1. P. 67–69.
27. Dong G., DeVito E., Huang J., Du X. Diffusion tensor imaging reveals thalamus and posterior cingulate cortex abnormalities in internet gaming addicts. 2012. P. 1212–1216.
28. Dong G., DeVito E., Du X., Cui Z. Impaired inhibitory control in internet addiction disorder: A functional magnetic resonance imaging study // Psychoresns. 2012. Vol. 203, N 2–3. P. 153–158.
29. Du Y.S., Jiang W., Vance A. Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioural therapy for Internet addiction in adolescent students in Shanghai // Austr. NZ J. Psychiatry. 2010. Vol. 44, N 2. P. 129–134.
30. Griffiths M.D. Does Internet and computer “addiction” exist? Some case study evidence // CyberPsychology Behavior. 2000. Vol. 3, N 2. P. 211–218.
31. Han D.H., Hwang J.W., Renshaw P.F. Bupropion sustained release

- treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with Internet video game addiction // *Exper. Clin. Psychopharmacol.* 2010. Vol. 18, N 4. P. 297–304.
32. Hinic D. Problems with Internet addiction diagnosis and classification // *Psychiatria Danubina*. 2011. Vol. 23, N 2. P. 145–151.
 33. Hinic D., Mihajlovic G., Đukic-Dejanovic S. Internet addiction in relation to cognitive or somatic depression symptoms // *J. Cogn. Behav. Psychother.* 2010. Vol. 10, N 2. P. 187–197.
 34. Hou H., Jia S., Hu S. et al. Reduced striatal dopamine transporters in people with internet addiction disorder // *Biomed. Biotechnol.* 2012.
 35. Huang X., Zhang H., Li M. et al. Mental health, personality, and parental rearing styles of adolescents with Internet addiction disorder *CyberPsychology // Behav. Soc. Networking*. 2010. Vol. 13, N 4. P. 401–406.
 36. Jovic J., Đindic N. Influence of dopaminergic Internet addiction // *Acta Med. Med.* 2011. Vol. 50, N 1. P. 60–66.
 37. Kim S.H., Baik S.H., Park C.S. et al. Reduced striatal dopamine D2 receptors in people with Internet addiction // *Neuroreport*. 2011. Vol. 22, N 8. P. 407–411.
 38. King D.L., Delfabbro P.H., Griffiths M.D., Gradisar M. Assessing clinical trials of Internet addiction treatment: a systematic review and CONSORT evaluation // *Clin. Psychol. Rev.* 2011. Vol. 31, N 7. P. 1110–11106.
 39. Ladouceur R., Mayrand M. et al. Illusion of control effects of participation and involvement // *J. Psychol.* 1984. Vol. 117. P. 47–52.
 40. Lam L.T., Peng Z., Mai J., Jing J. The association between internet addiction and self-injurious behaviour among adolescents. *Injury Prevention // J. Int. Soci. Child Adolesc. Injury Prevention*. 2009. Vol. 15, N 6. P. 403–408.
 41. Lam L.T., Zi-wen P., Jin-cheng M., Jin J. Factors associated with Internet addiction among adolescents // *CyberPsychology Behav.* 2009. Vol. 12, N 5. P. 551–555.
 42. Lee H.W., Choi J.S., Shin Y.C. et al. Impulsivity in internet addiction: a comparison with pathological gambling // *CyberPsychology Behav. Soc. Networking*. 2012. Vol. 15, N 7. P. 373–377.
 43. Lee H. A new case of fatal pulmonary thromboembolism associated with prolonged sitting at computer in Korea // *Yonsei Med. J.* 2004. Vol. 45, N 2. P. 349–351.
 44. Lin F., Zhou Y., Du Y. et al. Abnormal white matter integrity in adolescents with internet addiction disorder: a tract-based spatial statistics study // *PLoS One*. 2012. Vol. 7, N 1. e30253. PMC3256221
 45. Mazhari S. Association between problematic Internet use and impulse control disorders among Iranian university students // *CyberPsychology Behavior & Social Networking*. 2012. Vol. 15, N 5. P. 270–273.
 46. Montag C., Kirsch P., Sauer C. et al. The role of the CHRNA4 gene in Internet addiction: a case-control study // *J. Addict. Med.* 2012. Vol. 6, N 3. P. 191–195.
 47. Orzack M.H., Orzack D.S. Treatment of computer addicts with complex co-morbid psychiatric disorders // *Cyberpsychology Behav. Impact Internet, Multimedia Virtual Reality Behav. Soci.* 1999. Vol. 2, N 5. P. 465–473.
 48. Ozcinar Z. The relationship between Internet addiction and communication, educational and physical problems of adolescents in North Cyprus // *Austr. J. Guidance Counselling*. 2011. Vol. 21, N 1. P. 22–32.
 49. Pies R. Should DSM-V Designate «Internet Addiction» a Mental Disorder? // *Psychiatry (Edmont)*. 2009. Vol. 6, N 2. P. 31–37.
 50. Shaffer H.J., Hall M.N., Vander B.J. «Computer addiction»: a critical consideration // *Am. J. Orthopsychiatry*. 2000. Vol. 70, N 2. P. 162–168.
 51. Shapira N.A., Goldsmith T.D., Keck Jr.P.E. et al. Psychiatric features of individuals with problematic Internet use // *J. Affect. Dis.* 2000. Vol. 57. P. 267–272.
 52. Shapira N.A., Lessig M.C., Goldsmith T.D. et al. Problematic internet use: proposed classification and diagnostic criteria // *Depress. Anxiety*. 2003. Vol. 17, N 4. P. 207–216.
 53. Stieger S., Burger C. Implicit and explicit self-esteem in the context of internet addiction // *Cyberpsychol. Behav. Soci. Networking*. 2010. Vol. 13, N 6. P. 681–688.
 54. Swaminath G. Internet addiction disorder: Fact or Fad? Nosing into Nosology // *Indian J. Psychiatry*. 2008. Vol. 50, N 3. P. 158–160.
 55. Tsai H.F., Cheng S.H., Yeh T.L. et al. The risk factors of Internet addiction – a survey of university freshmen // *Psychiatr. Res.* 2009. Vol. 167, N 3. P. 294–299.
 56. Weinstein A., Lejoyeux M. Internet addiction or excessive internet use // *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. 2010. Vol. 36, N 5. P. 277–283.
 57. Wieland D.M. Computer addiction: implications for nursing psychotherapy practice // *Perspect. Psychiatric Care*. 2005. Vol. 41, N 4. P. 153–161.
 58. Yen J.Y., Ko C.H., Yen C.F. et al. The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility // *J. Adolesc. Health*. 2007. Vol. 41, N 1. P. 93–98.
 59. Yoo H., Cho S., Ha J. et al. Attention deficit hyperactivity symptoms and Internet addiction // *Psychiatr. Clin. Neurosci.* 2004. Vol. 58. P. 487–494.
 60. Young K.S. Psychology of computer use: Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype // *Psychol. Rep.* 1996. Vol. 79, N 3. P. 899–902.
 61. Young K.S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder // *CyberPsychol. Behav.* 1998. Vol. 1. P. 237–244.
 62. Young K.S., Rogers R. The relationship between depression and Internet addiction // *CyberPsychol. Behav.* 1998. Vol. 1. P. 25–28.
 63. Yuan K., Qin W., Wang G. et al. Microstructure abnormalities in adolescents with internet addiction disorder // *Plos One*. 2011. Vol. 6, N 6. P. 207–208.

КОНЦЕПЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

В. А. Солдаткин, А. В. Дьяченко, Д. Ч. Мавани

В статье представлена попытка обобщения и систематизации существующих взглядов на происхождение и родовую принадлежность компьютерной зависимости – с социальных, культуральных, психологических, психоаналитических, медицинских, нейро-биологических точек зрения. На основе проведенного исследования русскоязычных и

зарубежных литературных источников выделены базовые концепции формирования расстройства. Представлен взгляд Ростовской школы психиатрии на этио-патогенетическую суть зависимости от компьютера и Интернета.

Ключевые слова: зависимость, компьютерная зависимость.

THE CONCEPTS OF COMPUTER ADDICTION DEVELOPMENT

V. A. Soldatkin, A. V. Dyachenko, D. Ch. Mavani

This is an attempt of analysis and systematization of existing views on origin and attribution of computer addiction – with regard for social, cultural, psychological, psychoanalytic, medical and neurobiological standpoints. On the basis of investigation of Russian and foreign

sources the authors distinguish basic concepts for development of this disorder. They also present the view of the Rostov Psychiatric School on etiopathogenetic essence of computer and internet addictions.

Key words: addiction, computer addiction.

Солдаткин Виктор Александрович – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФПК РостГМУ; e-mail: Sva-rostov@mail.ru

Дьяченко Антон Васильевич – врач-психиатр ЛРНЦ «ФЕНИКС»; e-mail: Avddoc@yandex.ru.

Мавани Давал Чандракант – врач-психиатр ЛРНЦ «ФЕНИКС»; e-mail: Mavani_dhaval@yahoo.com

УДК 616.89(091)

БУХАНОВСКИЙ АЛЕКСАНДР ОЛИМПИЕВИЧ



17 апреля 2013 г. скоропостижно скончался Александр Олимпиевич Бухановский – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии ФПК и ППС РостГМУ, президент лечебно-реабилитационного научного центра «Феникс», заслуженный врач РФ, член президиума правления Российского общества психиатров, член секции психиатрии Ученого совета Минздрава РФ, член Независимой психиатрической ассоциации России, член Американской Академии психиатрии и права, член Американской Академии судебных наук, приглашенный профессор департамента психиатрии Рочестерского и Южно-Иллинойского университетов, профессор Академии ФБР США, член Всемирной ассоциации психиатров, почетный член ассоциации Европейских психиатров, член русскоязычной рабочей группы по реформированию МКБ и разработке МКБ-11 при ВОЗ, участник редколлегий 4 научных журналов в области психиатрии, издатель федеральной профессиональной газеты Российского общества психиатров и ЛРНЦ «Феникс» «Новая психиатрия».

Александр Олимпиевич родился 22 февраля 1944 года в г.Грозном. В 1968 году закончил Ростовский государственный медицинский институт. В 1968–1970 гг. служил врачом ВСО Краснознаменного Северного флота в г.Североморске. В дальнейшем вся жизнь и профессиональная деятельность связаны с кафедрой психиатрии Ростовского государственного медицинского института, а ныне Ростовского государственного медицинского университета: с 1996 года он заведовал кафедрой психиатрии, а с 2003 по 2012 гг. кафедрой психиатрии и наркологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки спе-

циалистов. Еще в 1991 году им был создан фактически первый в стране частный лечебно-реабилитационный центр «Феникс», который успешно функционирует до настоящего времени.

Научные интересы А.О.Бухановского были очень обширны: генетика психических заболеваний, транссексуализм и сходные с ним состояния половой дисфории, патология влечений и проблема зависимых состояний (сексуальных, пищевых, игровых и др.), судебная и криминальная психиатрия, социальные и правовые аспекты психиатрии, защита прав психически больных.

Всего А.О.Бухановским было опубликовано более 400 печатных работ (более 100 – в зарубежных изданиях), из них 6 монографий, 10 учебных пособий, 20 патентов на изобретения. А.О.Бухановский стал соавтором двухтомного международного руководства для врачей «International Handbook on Psychopathic Disorders and the Law», которое в 2008 г. американской психиатрической ассоциацией было признано лучшей психиатрической публикацией в мире за 2007 год.

Под его руководством защищены две докторских и 10 кандидатских диссертаций, готовились к защите еще 1 докторская и 2 кандидатские диссертации. Широкую известность принесла Александру Олимпиевичу научная и практическая работа по изучению и лечению состояний с половой дисфорией с синдромом отвергания пола, а также работы по изучению и предупреждению серийных сексуальных преступлений, созданию психолого-психиатрических проспективных портретов этих преступников. В последние годы сферой интересов Александра Олимпиевича были смена парадигм в психиатрии, принципы лечения шизофрении, суицидология и особенно болезни зависимого поведения.

Александр Олимпиевич являлся видным популяризатором науки, имел более 800 газетных и журнальных публикаций, неоднократно выступал в российских и европейских телевизионных программах, о нем снято два документальных фильма, он также стал героем художественного фильма «Гражданин X», снятого в США в 1995 году.

А.О.Бухановскому присуждена международная премия – «Профессия – жизнь» в номинации «За верность профессии», он был награжден знаком «Отличник Здравоохранения СССР», званием «Заслуженный врач России», «Европейским Соколом» (Брюссель, 2007), наградой Интерпола.

Светлая память об Александре Олимпиевиче навсегда сохранится в наших сердцах.

НИНА КОНСТАНТИНОВНА СУХОТИНА



15 июня 2013 года скоропостижно скончалась Нина Константиновна Сухотина – известный психиатр, руководитель отдела клинико-психологических проблем нарушений психического развития Московского НИИ психиатрии МЗ РФ, доктор медицинских наук.

В 1972 году окончила 2-ой Московский Государственный медицинский институт им. Н.И.Пирогова. Начала интересоваться психиатрией еще в студенческом кружке, закончила клиническую ординатуру в Московском НИИ психиатрии МЗ РФ, связала всю дальнейшую жизнь с этим институтом. Работала в должности младшего, затем старшего научного сотрудника в отделах экзогенно-органических психозов, иммунологии, психической патологии детского и подросткового возраста. С 1999 г. – руководитель отдела клинико-психологических проблем нарушений психического развития. В 1981 г. защитила кандидатскую, а в 2002 г. докторскую диссертацию на тему «Нервно-психическое здоровье детей, проживающих в регионах с различным уровнем антропогенного загрязнения», являясь признанным авторитетом в этой области знаний.

В дальнейшем в круг исследований руководимого ею отдела входило изучение клинических и структурно-динамических особенностей психических расстройств непсихотического уровня (нарушений аутистического спектра, гиперкинетических и других пограничных психических расстройств невротического и патохарактерологического уровня), разработка профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий для детей с признаками социально-психологической дезадаптации

на различных этапах формирования психических и поведенческих расстройств, включая донозологические формы данной патологии. Крайне важной в практическом плане была разработка психолого-психиатрического сопровождения воспитанников детско-подростковых интернатов для умственно отсталых. Особое внимание уделялось сравнительному изучению эффективности лечения детей и подростков с различными формами пограничных психических расстройств препаратами нейрометаболического и психотропного действия, разработке и внедрению в практику скрининговых методик диагностики и оценочных шкал для изучения различных психических расстройств у детей. По результатам исследований Н.К.Сухотиной было опубликовано свыше 100 работ, включая столь необходимые для практических врачей методические рекомендации, пособия, руководства по проблемам детской психиатрии. Являлась руководителем и консультантом ряда кандидатских и докторских диссертаций.

Помимо научной много времени уделяла педагогической работе, обучая молодых специалистов, делаясь с ними своим значительным научным и практическим опытом. Постоянно оказывала помощь практическому здравоохранению и образованию, проводя консультации и участвуя в реабилитации различных категорий детей как в Москве, так и в других регионах России, чтении лекций, проведении семинаров и циклов повышения квалификации врачей, медицинских психологов и специалистов смежных областей. Постоянно участвовала в подготовке и проведении съездов, конгрессов, конференций и симпозиумов, выступая на них и в качестве докладчика.

Н.К.Сухотина была высококвалифицированным клиницистом с широким научным кругозором, владеющим основными современными методами диагностики, лечения и реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами. В 2013 г. она была награждена почетной грамотой МЗ РФ за заслуги в области здравоохранения и многолетний добросовестный труд.

Нина Константиновна Сухотина всегда отличалась скромностью, добротой, дружелюбием, внимательным отношением к людям, умела твердо отстаивать свою позицию, создавала доброжелательную, благоприятную для продуктивной работы обстановку в отделе, навсегда оставила о себе светлую память в сердцах большого количества людей, в том числе коллег и пациентов. Все, кому довелось знать ее, будут всегда вспоминать о ней с большой теплотой и уважением.