

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПАРАДИГМА: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Н.Г. Незнанов, А.П. Коцюбинский

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Медицина в целом, а тем более – психиатрия, по своей природе дуалистична и, наряду с естествен-нонаучной, включает в себя также гуманитарную компоненту [10], что делает приоритет Демокри-товой «атомарности» (и вообще – биологичности) всего сущего применительно к таким сложным понятиям, как «психическое расстройство» (и его носитель – «психически больной человек»), недоста-точным. Не случайно, как отмечает А.Ясницкий [16], известный российский психолог Л.С.Выготский, говоря о двух параллельных линиях развития чело-века («естественный» рост индивида и культурное измерение, в котором индивид создает и использует коллективные «орудия», включая язык), надеялся, что в дальнейшем всё-таки можно будет прийти к пониманию психики и мозга в рамках единой науки, объемлющей как социально-историческое, так и биологическое измерения человека. Однако лишь в последние десятилетия можно наблюдать попытки, направленные на содержательное осмысление взаи-моотношений психики и мозга, подтверждением чего служит развитие представлений о биопсихосоци-альной сущности психических расстройств.

В то же время следует отметить, что первые попытки представления о биопсихосоциальной сущности психических расстройств можно обна-ружить в трудах начала XX века – Г.А.Захарьина, В.М.Бехтерева, П.Б.Ганнушкина и Д.Е.Мелехова, но терминологически оно закрепились позже в работах G.L.Engel [26].

Одновременно с этим все больше сторонников приобретала концепция единого психоза, основопо-ложниками которой являлись немецкие психиатры E.A.Zeller, H.Neumann и W.Griesenger [3, 15], что было обусловлено разочарованием в «нозологиче-ском диктате», который существовал в психиатрии в течение ста с лишним лет, но так и не привел к сколь-нибудь убедительным доказательствам право-мочности нозологической трактовки выделенных «эндогенных» заболеваний» и их принципиальной независимости от «экзогенных» факторов. Согласно

этой концепции, разные психические заболевания не являются, строго говоря, самостоятельными, а пред-ставляют собой частные проявления и разновидности общего единого психоза, обусловленные привходя-щими в отношении этиологии обстоятельствами. Правомерность существования такой концепции доказывается многими исследованиями об общем для всех аутохтонных психозов генетически детер-минированном психическом диатезе («генетическом диатезе» по D.B.Wildenauer и соавт.) [53].

Базовые положения биопсихосоциальной кон-цепции включают в себя анализ как внутренних, так и внешних условий формирования психических расстройств [31, 32, 36]. Однако на практике доста-точно часто рассматривается лишь биомедицинская составляющая биопсихосоциального подхода, чему в немалой степени способствуют успехи в области биологической психиатрии (и, в частности, гене-тики), оттесняющие на второй план психосоциальные факторы. Вместе с тем, понимание природы психи-ческих расстройств как показателя исключительно генетического влияния может иметь лишь ограни-ченную объяснительную силу, если ее не рассматри-вать в контексте взаимодействия генома с психосоци-альными эффектами [51]. Говоря о биомедицинских исследованиях, следует отметить, что огромное разно-образие клеточных сигнальных механизмов нейро-нальных сетей и исключительно «мозговое» пони-мание природы психических расстройств затрудняет системное понимание регуляторных процессов и их нарушений и отдаляет перспективу создания на этой базе какой-либо теоретически фундированной клас-сификационной системы психических расстройств на неопределенное время. Известно, что «клиническая реальность», данная нам в диагностических катего-риях, контрастирует с биомедицинскими представле-ниями о том, что психические заболевания являются заболеванием лишь мозга [38]. Следует отметить, что бинарная – биологическая и психосоциальная – природа заболевания проявляет себя и при многих заболеваниях неврологического спектра [6].

С учетом сказанного, нами рассматриваются происходящие при возникновении психического расстройства изменения, как: 1) снижением биологического адаптационно-компенсаторного потенциала (биомедицинский аспект расстройства) и 2) снижением психологического адаптационно-компенсаторного потенциала (психосоциальный аспект расстройства).

Снижение биологического адаптационно-компенсаторного потенциала

Можно выделить несколько уровней организации биологического адаптационно-компенсаторного потенциала: молекулярный (внутриклеточный; нейрохимический (нейромедиатор–нейрохимическая система–взаимодействие нейрохимических систем); нейронный (нейронная сеть–система нейронов–ядра головного мозга–взаимодействие систем); системный (нейрохимические и нейрофизиологические системы–взаимодействие систем–поведенческие акты–память и обучение–мышление–разумная деятельность).

Это – структурная составляющая биогенеза заболевания, инструментами которого являются различные биологические параметры психики (в совокупности представляющие собой своего рода организменный «симфонический оркестр») и целостного организма, что успешно изучается в рамках биомедицинской концепции.

При этом «анализ имеющихся в настоящее время тенденций, обусловленных общим молекулярно-генетическим бэкграундом (совокупностью представлений о биологической составляющей заболевания – Н.Н. и А.К.) при классификации показывает, что предложенные на сегодняшний день подходы рассматривают психические нарушения изолированно от целостной реакции организма, игнорируя тот факт, что психические расстройства – это мультисистемная патология, которая кроме психических симптомов затрагивает широкий спектр соматических проявлений» [12].

Сказанное определяет следующие «блоки» биологического адаптационно-компенсаторного потенциала: 1) генетические характеристики (генетический и эпигенетический фактор); 2) органические характеристики; 3) иммунно-эндокринные характеристики.

Наибольшее значение при снижении биологического адаптационно-компенсаторного потенциала имеют генетические особенности индивидуума (его биологическая уязвимость и эпигенетический дисфункционал).

Широкомасштабные генетические исследования значительных когорт пациентов доказывают тот факт, что большинство психических заболеваний имеют значительную долю общих генетических детерминант [25, 54]. Генетические факторы в виде особенностей генов, контролирующих нейрохими-

ческие системы этиопатогенеза, непосредственно определяют биологическую основу заболевания на уровне нейромедиаторных систем головного мозга. Прямой вклад генетических факторов в развитие психических заболеваний болезней очень высок и составляет, по разным оценкам, 30–85% [22].

По мере изучения генетической предрасположенности «генетической архитектуры» психических заболеваний становится все более очевидным, что «генетическое ядро» формирует базовый уровень риска развития психического заболевания, который является исходным и врожденным [5], и предполагает спектральный характер распределения в популяции: от минимального уровня до максимального [11]. При высоком уровне генетического риска (наибольшее давление «генетического груза») требуется минимальное воздействие «триггеров», формирование заболевания «облегчено» и происходит быстро, внешне «самопроизвольно». При невысоком уровне генетического риска (наименьшее давление «генетического груза»), напротив, требуется серьезное совместное воздействие «триггеров» и «модификаторов», развитие заболевания идет замедленно, клиническая манифестация может быть столь поздней и малозаметной, что такие больные в течение долгого времени не попадают в поле зрения специалистов. Базовый генетический риск (генетическая уязвимость) является важной составляющей частью общего (мультифакториального) риска перехода вероятности заболевания в факт заболевания (т.е. развития психического расстройства). Другой существенной частью общего (мультифакториального) риска являются личностные и социальные факторы, которые выполняют роль «триггеров» и «модификаторов», оказывая своё влияние через механизмы эпигенетической модификации (мозговые процессы, не связанные с изменениями структуры генов, т.е. не затрагивающие последовательность ДНК, но приводящие к изменениям экспрессии генов или фенотипа клетки). Эпигенетические модификации, в случае их возникновения в чувствительные периоды жизни индивидуума, могут оказывать долговременное воздействие на развивающийся мозг и в конечном счете обуславливать экспрессию биологически уязвимых генов.

Эпигенетические механизмы предписывают клетке правильно интерпретировать внутренние (гены) и внешние (окружающая среда) сигналы и соответственно регулировать их. К наиболее изучаемым эпигенетическим механизмам регуляции экспрессии генов при влиянии стресса и формировании психических заболеваний относят:

1) модификацию молекулы ДНК (не изменение нуклеотидной последовательности, а метилирование ДНК [34]), влияющую на уровень экспрессии генов;

2) ремоделирование (специфическое конформационное изменение структуры) белка хроматина, в частности, в виде нарушений ацетилирования гистонов

(т.е. модификация гистонов – ядерных белков, выполняющих две основные функции): а) упаковка нитей ДНК в ядре; б) эпигенетическая регуляция таких ядерных процессов, как транскрипция, репликация и репарация.

3) эффекты регуляторных некодирующих *mi* РНК (играющих ключевую роль в регуляции работы генов) и проч.

Это в целом и представляет собой эпигеном, регулирующий несколько генов и определяющий интерпретацию организмом на клеточном и тканевом уровне разнообразных факторов воздействия внешней среды. Недавний прогресс в области анализа эпигенома продвинул эту область за пределы области генов-кандидатов, введя подход более полного картирования нейроэпигенома. Это может объяснить ситуацию, когда у одного из близнецов болезнь проявляется, а у другого нет [19, 43, 48].

Как отмечают Н.Г.Незнанов и соавт. [11], формирование болезненного процесса происходит в процессе взаимодействия эпигенома и различных психосоциальных факторов. При этом психологический (личностный) домен в 55–65% оказывается связанным с генетическим контролем [21]. Что же касается социального домена, то по отношению к геному «условная среда» многообразна и имеет сложную иерархическую структуру: от микросреды (структура хроматина и эпигенетические «машины») до макросоциальных факторов планетарного масштаба, а также от существенных для индивидуума событий и ситуаций макроокружения до событий системного, тканевого, клеточного и субклеточного, молекулярного уровня. Результирующая же социального домена (социальное функционирование и уровень социальной адаптации), как отмечают Н.Г.Незнанов и соавт. [11], оказывается соподчиненной биологическим и личностным факторам, через которые в 20–30% случаев осуществляется их генетический контроль.

При этом «средовые» факторы выступают как многообразные внешние стимулы, влияющие на реализацию вероятностного генетического риска, способствуя тем самым эпигенетическим процессам, которые включают как быстрые, так и долговременные изменения эпигенетических модификаций [29]. Возникающие под воздействием средовых факторов эпигенетические модификации генома являются, в основном, быстрыми и обратимыми процессами и в норме действуют строго определенное время, как правило, достаточно короткое, обеспечивая: 1) регуляцию экспрессии генов в мозге и влияя таким образом на функции развивающегося и зрелого мозга; 2) участие в регуляции высших когнитивных процессов, что необходимо для эффективных биологических адаптационных процессов на всех уровнях – от клетки до организма [35].

Однако в критические для организма периоды, связанные с процессом его развития и формирова-

нием взрослого организма (напр., в пренатальный период при закладке важнейших систем организма, а также в период критических периодов созревания организма в постнатальный и пубертатный периоды), эпигенетические модификации имеют особое значение. Высказывается предположение, что для человека наиболее важными и критическими моментами развития являются детство и подростковый период, и что именно в это время имеется наиболее высокий риск формирования «эпигенетических» звеньев патогенеза развившегося позднее психического заболевания. Как отмечает R.M.Murray [44], «за последние 20 лет стало очевидным, что жестокое обращение с детьми, урбанизация, миграция и неблагоприятные жизненные события способствуют развитию шизофрении и других психозов ... мозг обрабатывает внешние раздражители, а следовательно, его здоровая функция может быть повреждена вредными факторами социальной среды, такими как жестокое обращение с детьми или неблагоприятные жизненные события». В систематическом обзоре, посвященном этому вопросу [39], представлены убедительные доказательства подобного влияния и делаются выводы о необходимости эффективных социальных программ и проведения соответствующей политики для уменьшения случаев жестокого обращения с детьми. Более того, показана связь между депрессией и видами аномального воспитания в детстве. Анализ 12 исследований с 4 372 участниками [37] с применением опросника детского опыта запущенности и жестокого обращения (СЕСА) показал, что психологическое насилие и запущенность наиболее сильно связаны с развитием депрессии во взрослом возрасте. Известно, что опыт жестокого обращения в детском возрасте является фактором риска развития тяжелых форм биполярного аффективного расстройства (БАР). Так, один из недавних мета-анализов показал, что опыт насилия в семье встречается у лиц с БАР в 2,63 раза чаще, чем у лиц из контрольной группы, при этом наибольшую предсказательную силу имеет эмоциональное насилие. Для лиц, испытывавших насилие в детстве, характерно раннее начало заболевания и его быстроциклическое течение, более высокая частота эпизодов и повышенный риск попыток самоубийства. Эти результаты позволяют предположить, что: 1) быстроциклическое БАР в меньшей степени связано с генетическими факторами, чем с опытом насилия в детстве; 2) при наличии травмы велик риск развития БАР даже при невысокой генетической уязвимости, что подчеркивает важность данного фактора в генезе заболевания [18].

Установлено, что многие события и ситуации детского периода (перинатальный стресс, стресс раннего периода жизни, связанный с жестоким обращением в детстве, сексуальным насилием, плохой заботой матери, депривацией, хронический персистирующий стресс, хронический социальный стресс

[49] приводят к существенным и длительным патофизиологическим изменениям – на уровне эпигенетических процессов) с последующим нарушением функционирования ключевых генетических систем. Подтверждением определенной роли психосоциальных влияний в биогенезе заболевания являются также исследования, свидетельствующие о том, что люди, испытавшие повторную детскую травму или испытавшие множественные формы детской травмы, имеют больший риск (до 30 раз) развития психического расстройства во взрослом возрасте [47]. Это обстоятельство, с точки зрения R. van Winkel и соавт. [52], связано с тем, что хотя детская травма носит неспецифический характер, она может обуславливать нарушение генетической системы регуляции настроения (изменение гена транспортера серотонина), нейропластичности (BDNF) и стресс-реактивности (FKBP5), вносящих вклад в формирование целого ряда психических расстройств. Выявлена также связь между гиперметилованием промотора гена *nr3c1* (последовательность нуклеотидов ДНК, играющих одну из ключевых ролей в процессе инициации транскрипции) в лейкоцитах взрослых людей и неблагоприятными событиями (высоким уровнем стрессовых событий) в детстве этих людей [50]. Таким образом, неблагоприятные события в детстве, создавая предпосылки для изменения траектории развития генома, тем самым увеличивают риск (генетическую уязвимость) манифестации психических заболеваний. Не случайно имеются предположения, что патогенез некоторых нейродегенеративных и психических заболеваний связан с изменением спектра эпигенетических модификаций и уровня их выраженности [35].

Возможно, имеет место условная «патологическая» эпигенетическая регуляция – ситуация дисбаланса и дисфункционала в эпигенетических механизмах, в результате которой может начаться развитие патофизиологического механизма психического заболевания [11].

Литературные данные свидетельствуют о наличии тесной связи между жестоким обращением в детстве и развитием психической патологии [39]. Подтверждением этого является свидетельство о том, что пренатальные и ранние постнатальные средовые воздействия могут повлиять на «эпигенетическое программирование», что приводит к стабильным изменениям в работе генома. Так, показано, что пренатальный стресс (расстройства настроения у матери) повышает уровень метилирования гена глюкокортикоидного рецептора в мононуклеарных клетках пуповинной крови новорожденных [45], что гипотетически может свидетельствовать о возможном негативном прогнозе пренатального стресса в отношении риска формирования психической патологии.

Помимо генетического влияния, адаптационно-компенсаторный потенциал обусловлен характером органической «почвы», которая может выступать в

качестве: а) патогенетического фактора (имеющего самостоятельное значение: напр., при выраженных формах органической парциальной психической незрелости); б) патопластического или патокинетического фактора (видоизменяющего основные клинико-динамические параметры заболевания при нерезко выраженных психоорганически-церебральных расстройствах); в) «предиспонирующего» («преципитирующего») фактора, способствующего формированию иной патологии (выступая в этом случае в форме неблагоприятной эпигенетической «среды», триггера для развития психического расстройства).

Установлено также, что нарушения биологического адаптационно-компенсаторного потенциала могут быть связаны с недостаточностью врожденного иммунитета, что приводит к прорыву «порога уязвимости» и появлению признаков психического диатеза, а в дальнейшем – к появлению манифестных форм заболевания [1]. Одним из звеньев патогенеза шизофрении является нейровоспаление с повышенной транскрипцией медиаторов воспаления в ЦНС, избыточной активацией микроглии, угнетением активности глутаматергических рецепторов, приводящие к уменьшению числа корковых синапсов и апоптозу (распаду) нейронов [8].

В последние годы, в противовес биологически центрированным биомедицинским исследованиям, разрабатывается: транснозологическая парадигма [30]; концепция консорциума Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) [24]. Эти направления опираются на выделение общих феноменологических конструкторов психических расстройств и оценку их взаимосвязи и взаимовлияния, то есть, в первую очередь, на феноменологические характеристики с учетом их коморбидности.

Предлагаемые подходы, как биомедицински, так и феноменологически ориентированные, могут рассматриваться как первый шаг к созданию новой систематики, хотя существуют обоснованные сомнения, касающиеся того, что они будут единственными и решающими, поэтому большие надежды возлагаются на их объединение [41] и расширение (за счет включения психосоциальных аспектов). Однако необходимо помнить, что клиническую психиатрию, больше, чем другие клинические дисциплины, отличает восприятие человека в динамической взаимосвязи его биологических, психологических и социальных проявлений. Сочетание этих трех ковариат логически и последовательно часто не выстраивается, их трудно идентифицировать и почти невозможно квантифицировать [2].

В противном случае биомедицинский подход, рассматриваемый вне соотнесения с клинической реальностью, будет научно и практически непродуктивным. Именно об этом говорит N.C. Andreasen [20]: «Применение высоких технологий без сочетания с разумным клиническим подходом, которым должны

владеть специалисты в области психопатологии, будет представлять собой унылое, серое и, возможно, бесплодное зрелище».

Снижение психологического адаптационно-компенсаторного потенциала

Психологический адаптационно-компенсаторный потенциал определяется гармоничностью личностной организации – совокупностью многообразных психических функций, центральной инстанцией которых является структура «Я», обеспечивающая их согласование и управление, а также сохранение индивидуальности человека на всем протяжении его жизненного пути [13].

Инструментами организации личности являются личностные характеристики и психологические адаптационно-компенсаторные образования. Этот материалистический (идеальный) компонент психики:

а) представляет собой своего рода «роговой оркестр» с самостоятельной «мелодией», который многосложно взаимосвязан с мозгом, а не является просто «дирижерской палочкой» для мозговой деятельности (нейрональных систем);

б) выступает на поле субъективной реальности в форме психогенеза заболевания, который осуществляется на невротическом, пограничном (субпсихотическом) и психотическом уровнях [4].

При этом структурная составляющая психогенеза заболевания играет разнообразную роль в формировании психического облика пациента.

1. Патопластическое или патокинетическое соучастие индивидуума в феноменологическом оформлении психопатологической симптоматики (выступает в таком случае в одном «флаконе» с биогенезом, оформляя содержательную сторону биологически фундированных психопатологических переживаний), в чем принимает участие особенности структуры Я-личности, ценностные ориентации и внутриличностные конфликты.

2. Психологическая переработка психического расстройства в результате «включения» психологической адаптационно-компенсаторной деятельности, то есть психологической защиты, копинга и внутренней картины болезни, определяющей трансформацию приспособления индивида к новому психическому «Я» в связи с болезненными расстройствами. Результатом такого «включения» оказывается характер приспособительного поведения пациента (содержание которого отражает мотивацию, уровень комплаенса и уровень самостигматизации), а также качества его жизни.

С этой точки зрения представляют несомненный интерес работы, свидетельствующие о том, что ранний детский опыт (в т.ч. широкий спектр негативных воздействий, включающих насилие, потерю, социальную депривацию и многое другое) деформирует основы формирующегося психологического адаптационно-компенсаторного потенциала, которые

в дальнейшем отражаются в определенных переживаниях, поведении и в определенных переживаниях и поведении пациентов при развитии у них во взрослом возрасте психического расстройства. Так, Е.Т.Ли и соавт. [40] был проведен систематический поиск в девяти электронных базах данных (для выявления подходящих исследований, опубликованных на английском языке в период с января 1980 г. по январь 2020 г.). В 11 из отобранных исследований был выявлен уникальный вклад эмоционального насилия и других форм жесткого обращения в детстве на формирование некоторых психологических характеристик (ранние дезадаптивные схемы, беспомощность, негативные когнитивные стили, погруженность в размышления, общее нарушение регуляции эмоций), что отражалось на психологической составляющей развившейся во взрослом возрасте депрессии. Допустимо предположение о том, что деформированные психологические характеристики могут повышать психологический полюс уязвимости к психическим расстройствам (в рамках психического диатеза), а также сохранять свое негативное воздействие в процессе развившегося во взрослом возрасте заболевания.

3. Психологическое обеспечение социальной адаптации, в процесс чего включены не только структура «Я» личности индивида, но также его ценностные ориентации и интрапсихические конфликты.

Спектральная представленность развившихся психических расстройств

Развившееся психическое нарушение чаще всего представляет собой кластер, спектр или континуум расстройств, клинически близких и имеющих некоторые общие нейробиологические, в том числе генетические, признаки и связи [7].

В последние годы в качестве претендента на шизотипический эндофенотип (эндофенотипический маркер) рассматривают так называемое сенсорное дозирование, сенсомоторный гейтинг (от англ. gate – ворота) или предимпульсное торможение (prepulse inhibition) в преморбидном периоде – процесс дозирования и фильтрации информации, поступающей из окружающей среды (при помощи которого мозг регулирует величину ответов на сенсорные стимулы из окружающей среды), играющий существенную роль при формировании шизотипии [33]. Изучение больных с расстройствами шизофренического спектра позволило обнаружить определенный «шизотипический континуум» [23, 27], а не жесткую категориальную разделенность психических расстройств.

1. Шизотимия (от др.-греч. σχίζω «расщеплять», «раскалывать» и θῦμός «душа, чувства, мысли, образ мыслей») это вариация «шизотипических» черт (распределяющихся как выражение варианта нормы среди всего населения).

2. Шизопатия (от др.-греч. σχίζω «расщеплять», «раскалывать» и pathos – страдание) – этап «утяже-

ления» выраженности шизотимии (шизотипическое расстройство личности или «счастливые шизотипии» G.Claridge [23] – F21.8; а также паранойальное расстройство личности (F22.01).

3. В результате шизотаксии (от др.-греч. σχίζω «расщеплять», «раскалывать» и греч. τάξις – построение, порядок, расположение) мозга, то есть интегрального нейронального дефекта, патологического состояния головного в понимании квазидименсиональной модели Р.Е.Мееhl [42] или, в более современно понимании, состояния эпигенетического дисфункционала – развиваются аутохтонные расстройства шизофренического спектра.

Иными словами, в целом можно проследить принципиально возможное прогрессирующее развитие заболевание «по вертикали». Так, у части индивидуумов с шизотимией (как выражение варианта нормы) развивается шизопатия. В свою очередь, у части больных, диагностируемых как страдающих шизопатией, расстройство получает свое дальнейшее развитие в форме развития аутохтонной непсихотической или психотической симптоматики, оказываясь, таким образом, лишь этапом течения «больших» психозов.

При обсуждении аффективных эндофенотипов интерес представляет разработанная для понимания формирования аффективных расстройств «киндлинг»-гипотеза (от англ. Kindling – разжигание) [46], согласно которой стрессору, как экзогенному фактору, отводится триггерная роль в развитии первого приступа депрессии. В дальнейшем в связи с «киндлинг»-эффектом развитие следующих аффективных фаз все больше автоматизируется за счет включения нейробиологических механизмов, вследствие чего уменьшается триггерная роль стресса, а фазы развиваются спонтанно. Изучение больных с расстройствами аффективного спектра позволило обнаружить определенный «аффектотипический континуум», а не жесткую категориальную разделенность психических расстройств.

1. Аффектотимия (от лат. affectus – страсть, душевное волнение и θῦμός – «душа, чувства, мысли, образ мыслей») это вариация «шизотипических» черт (распределяющихся как выражение варианта нормы среди всего населения).

2. Аффектопатия (от от лат. affectus – страсть, душевное волнение и pathos – страдание) – этап «утяжеления» выраженности аффектотимии (пограничное расстройство личности – F 60.31).

3. В результате циклотаксии мозга [28] (от др.-греч. κύκλος, – «круг» и греч. τάξις – построение, порядок, расположение) – интегрального нейронального дефекта, патологического состояния головного или, в более современно понимании, состояния эпигенетического дисфункционала – развиваются непсихотические и психотические расстройства аффективного спектра.

Холистический диагностический подход

В связи с развитием идей о биопсихосоциальной сущности психических болезней в последние годы возникли обоснованные суждения о необходимости диагностического подхода, который бы базировался на обоснованных теоретических представлениях и одновременно отвечал современным потребностям службы психического здоровья. Такой научной и практической потребности в наибольшей степени соответствует холистический подход (рисунок), нацеленный на многоосевую (многомерную, мультиаксиальную) оценку психических расстройств [9, 17].

Такой подход привел к утверждению того, что психиатрия должна быть идиографической (ориентированной на индивидууме), а не номотетической (ориентированной на категориальный подход к заболеванию). Полярность «Идиографика vs Номотетика» синонимична полярности «Люди vs Болезни». Обнаруживается она также в различии, введенного в 1894 году Вильгельмом Дильтеем (Wilhelm Dilthey) (1833–1911), между «erklären» (научное объяснение



Схема холистического диагностического подхода

заболевания в терминах общих законов) и «verstehen» (понимание заболевшего человека в контексте его индивидуальной биографии).

При рассмотрении холистического подхода следует учесть, что, как справедливо отмечает Ю.С.Савенко [14], «новое понимание соотношения данных разных наук, это уже не их элементарная сумма, то есть полидисциплинарность, а междисциплинарность, когда взаимодействию этих данных придается структурно-динамически внятный смысл, наподобие рентгенотерапии опухоли, которая делается местом пересечения облучения со многих разных сторон. Это дополняется интрадисциплинарностью, то есть выявлением гомологических рядов в разных дисциплинах, то есть общих, а, следовательно, единых закономерностей».

Заключение

Комплексный учет биологических, психологических, социальных и функциональных характеристик состояния человека позволяет: индивидуализи-

ровать феноменологическую, психологическую и социальную диагностическую оценку; оптимизировать на этой основе тактику лечебных и реабилитационных мероприятий; уточнить социальный прогноз. Это делает возможным рассматривать холистический диагностический подход в русле гармоничного сочетания естественно-научных и гуманитарных тенденций современного этапа развития психиатрии.

В рамках биопсихосоциальной концепции получает обоснование личностно-центрированная медицина, при решении задач которой необходимо, помимо особенностей психофармакологической терапии, рассматривать также индивидуально ориентированный объем и характер предпринимаемых по отношению к пациенту психотерапевтических и социотерапевтических усилий. Все это способствует преодолению «ярлыкового» характера психиатрической диагностики и, в конечном счете, повышению уровня социального функционирования и качества жизни лиц с психическими расстройствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутма Б.Г., Мазо Г.Э., Дубинина Е.Е. Роль иммунного воспаления в механизмах формирования депрессии при шизофрении // Психическое здоровье. 2016. № 10. С. 36–49.
2. Зобин М.Л., Устинова Н.В. Доказательная медицина и психиатрическая практика: проба клинично-методологического аудита // Неврологический вестник. 2018. № 4. С. 5–14.
3. Каннах Ю.В. История психиатрии. М.: АСТ; Харвест, 2002. 560 с.
4. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. М.: Класс, 2000. 464 с.
5. Кибитов А.О. Биопсихосоциальная модель этиопатогенеза психических заболеваний: критическая роль генетических факторов // Биомаркеры в психиатрии: поиск и перспективы. Томск, 2016. С. 59–61.
6. Коцюбинская Ю.В., Михайлов В.А., Мазо Г.Э., Ашнюкова И.А. Миофасциальный болевой синдром при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119. № 11. С. 21–26.
7. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011. 432 с.
8. Малашенкова И.К., Крынский С.А., Огурцов Д.П., Мамошина М.В., Захарова Н.В., Ушаков В.Л. и соавт. Роль иммунной системы в патогенезе шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. № 12. С. 72–80.
9. Незнанов Н.Г., Акименко М.А., Коцюбинский А.П. Значение школы В.М. Бехтерева в формировании биопсихосоциальной концепции нервно-психических расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013. № 1. С. 77–82.
10. Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., Коцюбинский Д.А. Кризис естественнонаучного и гуманитарного подходов в психиатрии // Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2019. № 1. С. 8–15.
11. Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д., Филиппов Д.С., Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2020. № 2. С. 3–15.
12. Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д., Жилева Т.В., Мазо Г.Э. Новый подход к систематике психических заболеваний: точка опоры или точка зрения? // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2020. № 3. С. 3–10.
13. Овчинников Б.В. Психическая предпатология (превентивная диагностика и коррекция) // Б.В. Овчинников, И.Ф. Дьяконов, Л.В. Богданова. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2010; 368.
14. Савенко Ю.С. Биопсихосоциальная модель психических расстройств и интердисциплинарность // Независимый психиатрический журнал. 2018. № 3. С. 1–12.
15. Тен В.И. Концепция «единого психоза» Неймана-Шпризингера: адаптационная парадигма в психиатрии // Вестник КРСУ (киргизско-российского славянского университета). 2008. № 4. С. 151–154.
16. Ясницкий А. «Когда б вы знали, из какого сора...»: К определению состава и хронологии создания основных работ Выготского // Психологический журнал Международного университета природы, общества и человека. «Дубна», 2012. № 4. С. 1–52.
17. Ястребов В.С. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2008. № 6. С. 4–10.
18. Aas M., Bellivier F., Bettella F., Henry Ch., Gard S., Kahn J.-P., Lagerberg T.V., Aminoff S.R. et al. Childhood maltreatment and polygenic risk in bipolar disorders // Bipolar Dis. 2020. Vol. 22. N 2. P. 174–181.
19. Akbarian S. Epigenetic Mechanisms in Schizophrenia // Dialogues Clin. Neurosci. 2014. Vol. 16(3). P. 405–417.
20. Andreasen N.C. DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences // Schizophr. Bull. 2007. Vol. 33. P. 108–112.
21. Balestri M., Calati R., Serretti A., De Ronchi D. Genetic modulation of personality traits. International // Clin. Psychopharmacol. 2014. Vol. 29. N 1. P. 1–15.
22. Bienvenu O.J., Davydow D.S., Kendler K.S. Psychiatric ‘diseases’ versus behavioral disorders and degree of genetic influence // Psychol. Med. 2011. Vol. 41(1). P. 33–40.
23. Claridge G. Single indicator of risk for schizophrenia – probable fact or likely myth // Schizophr. Bull. 1994. Vol. 20. P. 151–168.
24. Conway C.C., Forbes M.K., Forbush K.T. et al. A Hierarchical Taxonomy of Psychopathology Can Transform Mental Health Research // Perspect. Psychol. Sci. 2019. Vol. 14(3). P. 419–436.
25. Docherty A.R., Moscati A.A., Fanous A.H. Cross-Disorder Psychiatric Genomics // Curr. Behav. Neurosci. Rep. 2016. Vol. 3. P. 256–263.
26. Engel G.L. Sounding board. The biopsychosocial model and medical education. Who are to be the teachers? // New Engl. J. Med. 1982. Vol. 306. P. 802–805.
27. Esterberg M.L., Compton M.T. The psychosis continuum and categorical versus dimensional diagnostic approaches // Curr. Psychiatry Rep. 2009. Vol. 11. P. 179–184.
28. Findling R.L., Gracious L., McNamara N. et al. The rationale, design and progress of two maintenance treatment studies in pediatric bipolarity // Acta Neuropsychiatrica. 2000. Vol. 12. P. 136–138.
29. Fischer A. Epigenetic memory: the Lamarckian brain // EMBO J. 2014. Vol. 33. P. 945–967.
30. Fusar-Poli P., Solmi M., Brondino N., Davies C., Chae C., Politi P., Borgwardt S., Lawrie S.M., Parnas J., McGuire P. Transdiagnostic psychiatry: a systematic review // World Psychiatry. 2019. Vol. 18. P. 192–207.

31. Garety P.A., Kuipers E., Fowler D. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis // *Psychol. Med.* 2001. Vol. 31. P. 189–195.
32. Garety P.A., Bebbington P., Fowler D. et al. Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper // *Psychol. Med.* 2007. Vol. 37. P. 1377–1391.
33. Giakoumaki S.G., Karagiannopoulou L., Karamooua P., Zouraraki Chr., Bitsios P. The association of schizotypal traits with Prepulse Inhibition: a double approach exploration // *Cogn. Neuropsychiatry*. 2020. Vol. 25. P. 281–293.
34. Gottschling D.E. Summary: epigenetics – from phenomenon to field. Cold Spring Harbor symposia on quantitative biology. 2004. Vol. 69. P. 507–519.
35. Graff J., Kim D., Dobbin M.M., Tsai L.H. Epigenetic regulation of gene expression in physiological and pathological brain processes // *Physiol. Rev.* 2011. Vol. 91. P. 603–649.
36. Howes O.D., Murray R.M. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model // *Lancet*. 2014. Vol. 383. P. 1677–1687.
37. Infurna M.R., Reichl C., Parzer P., Schimmenti A., Bifulco A., Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis // *J. Affect. Dis.* 2016. Vol. 190. P. 47–55.
38. Insel T.R. Neuroscience: Shining light on depression // *Science*. 2007. Vol. 317. P. 757–758.
39. Li M., D’Arcy C., Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions // *Psychol. Med.* 2016. Vol. 46. P. 717–730.
40. Li E.T., Luyten P., Midgley N. Psychological Mediators of the Association Between Childhood Emotional Abuse and Depression: A Systematic Review // *Front. Psychiatr.* 2020. Vol. 11. P. 559213.
41. Maj M. Why the clinical utility of diagnostic categories in psychiatry is intrinsically limited and how we can use new approaches to complement them // *World Psychiatry*. 2018. Vol. 17. P. 121–122.
42. Meehl P.E. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia // *Am. Psychol.* 1962. Vol. 17. P. 827–838.
43. Mill J., Tang T., Kaminsky Z. et al. Epigenomic Profiling Reveals DNA-Methylation Changes Associated with Major Psychosis // *Am. J. Hum. Gen.* 2008. Vol. 82. P. 696–711.
44. Murray R.M. Mistakes I Have Made in My Research Career // *Schizophr. Bull.* 2017. Vol. 43. P. 253–256.
45. Oberlander T.F., Weinberg J., Papsdorf M., Grunau R., Misri S., Devlin A.M. Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses // *Epigenetics*. 2008. Vol. 3. P. 97–106.
46. Post R.M., Rubinow D.R., Ballenger J.C. Conditioning and sensitisation in the longitudinal course of affective illness // *Br. J. Psychiatry*. 1986. Vol. 149. P. 191–201.
47. Shevlin M., Houston J.E., Dorahy M.J., Adamson G. Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey // *Schizophr. Bull.* 2008. Vol. 34. P. 193–199.
48. Shorter K., Miller B. Epigenetic Mechanisms in Schizophrenia // *Progress Biophysics Molecular Biology*. 2015. Vol. 118. P. 1–7.
49. Stankiewicz A.M., Swiergiel A.H., Lisowski P. Epigenetics of stress adaptations in the brain // *Brain Res. Bull.* 2013. Vol. 98. P. 76–92.
50. Tyrka A.R., Price L.H., Marsit C., Walters O.C., Carpenter L.L. Childhood adversity and epigenetic modulation of the leukocyte glucocorticoid receptor: preliminary findings in healthy adults // *PLoS One*. 2012. Vol. 7. P. 301–348.
51. van Os Jim, Kenis G., Rutten B.P.F. The environment and schizophrenia // *Nature* 2010. Vol. 468. P. 203–212.
52. van Winkel R., van Nierop M., Myin-Germeys I., van Os J. Childhood trauma as a cause of psychosis: linking genes, psychology, and biology // *Can. J. Psychiatr.* 2013. Vol. 58. P. 44–51.
53. Wildenauer D.B., Schwab S.G., Maier W., Detera-Wadleigh S.D. Do schizophrenia and affective disorder share susceptibility genes? // *Schizophr. Res.* 1999. Vol. 39. P. 107–160.
54. Zhao H., Nyholt D.R. Gene-based analyses reveal novel genetic overlap and allelic heterogeneity across five major psychiatric disorders // *Hum. Genet.* 2017. Vol. 136. P. 263–274.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПАРАДИГМА: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Н.Г. Незнанов, А.П. Коцюбинский

В статье с биопсихосоциальных позиций рассматриваются изменения, происходящие при возникновении психического расстройства: 1) снижение биологического адаптационно-компенсаторного потенциала (биомедицинский аспект расстройства); 2) снижение психологического адаптационно-компенсаторного потенциала (психосоциальный аспект расстройства). Отмечается, что развившееся психическое нарушение чаще всего представляет кластер, спектр или континуум расстройств, клинически близких и имеющих некоторые общие нейробиологические, в том числе генетические, признаки и связи. Указывается, для расстройств шизофренического спектра вектор континуума характеризуется триадой «шизотимия→шизопатия→шизотаксия», а

для расстройств аффективного спектра – «аффектопатия→аффектопатия→циклотаксия». Обосновывается соответствие биопсихосоциальным представлениям холистического диагностического подхода (включающего феноменологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы состояния индивидуума). Делается вывод, что холистический диагностический подход находится в русле гармоничного сочетания естественно-научных и гуманитарных тенденций современного этапа развития психиатрии.

Ключевые слова: биопсихосоциальная парадигма, адаптационно-компенсаторный потенциал, холистический диагностический подход, личностно-центрированная психиатрия.

THE BIOPSYCHOSOCIAL PARADIGM: OPPORTUNITIES AND PROSPECTS

N.G. NEZANOV, A.P. KOTZUBINSKY

The article examines the changes that occur during the onset of a mental disorder from a biopsychosocial perspective: 1) a decrease in the biological adaptive and compensatory potential (the biomedical aspect of the disorder); 2) a decrease in the psychological adaptive and compensatory potential (psychosocial aspect of the disorder). It is noted that the developed mental disorder most often represents a cluster, spectrum or continuum of disorders that are clinically close and have some common neurobiological, including genetic, signs and connections. It is indicated that for schizophrenic spectrum disorders, the continuum vector is characterized by the triad “schizothymia

→schizopathy→schizotaxy”, and for affective spectrum disorders – “affectothymia→affectopathy→cyclotaxy”. The correspondence to biopsychosocial concepts of the holistic diagnostic approach (including phenomenological, psychological, social, and functional diagnoses of the individual’s state) is substantiated. It is concluded that the holistic diagnostic approach is in line with a harmonious combination of natural-scientific and humanistic tendencies of the modern stage of development of psychiatry.

Keywords: biopsychosocial paradigm, adaptive-compensatory potential, holistic diagnostic approach, personality-centered psychiatry.

Незнанов Николай Григорьевич – доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева» Минздрава России, зав. кафедрой психиатрии и наркологии ПСПбГМУ им. И.П.Павлова; email: nezn@bektcherev.ru

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

СЕНСОРНО-КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ, РЕЗИСТЕНТНОЙ К ТЕРАПИИ

И.И. Шошина ^{1,2}, М.А. Тумова ³, Е.Е. Вакнин ^{3, 4}, М.В. Иванов ³

¹Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН

²Санкт-Петербургский государственный университет

³Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и
неврологии им. В.М. Бехтерева

⁴Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена

Шизофренией страдает примерно 1% населения, причем примерно 30% пациентов демонстрируют плохой ответ или отсутствие ответа на лечение антипсихотиками [21, 32, 33, 41, 42]. Отсутствие ответа на два и более курса лечения антипсихотическими препаратами в адекватной дозе и продолжительности определяется как резистентность к терапии. Преодоление резистентности к лечению, в частности при шизофрении, является одной из ведущих нерешенных проблем клинической психиатрии [16–18, 21, 22, 24, 32, 33, 41, 42].

Основными предикторами плохого функционального и терапевтического результата при шизофрении являются сенсорно-когнитивные нарушения [7]. При этом когнитивные функции тесно связаны с процессами зрительного восприятия. Предполагается, что нарушения зрительного восприятия на ранних уровнях фильтрации информации связаны с высокоуровневыми когнитивными дисфункциями. Исследования зрительных функций при шизофрении показывают их корреляцию с процессами мышления, поэтому они могут играть потенциальную роль в диагностике, прогнозировании болезни, мониторинге состояния, использовать зрительную дисфункцию в качестве биомаркера шизофрении [1, 3–6, 8, 44–47, 49, 51].

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о нарушениях зрительного восприятия и интегративных процессов у больных шизофренией, связанных с изменением восприятия пространственно-временных характеристик стимулов [3–6, 8, 10–12, 14, 20, 25, 26, 28, 30, 35, 38–40, 44–46, 52]. Обработка пространственных и временных характеристик объектов осуществляется с помощью набора сравнительно узких «каналов» – нейронных систем, настроенных на восприятие различных пространственных частот [9, 13]. Существует большое количество каналов, но основными из них являются магно- и парвоцеллюлярные каналы системы [37].

Нейроны магноцеллюлярной системы более чувствительны к низким пространственным и высоким временным частотам, обеспечивают быструю передачу информации нейронам в основном дорсального пути [23, 34]. Магноцеллюлярная система участвует в переработке информации о глобальной организации стимула [27], анализе движения объекта [14, 34, 43], отвечает за периферическое зрение. Парвоцеллюлярные каналы более чувствительны к высоким пространственным и низким временным частотам [36], относительно медленно передают информацию нейронам преимущественно вентрального пути [36, 43]. Парвоцеллюлярная система отвечает за центральное зрение, описание цвета и мелких деталей объекта [34, 43]. Обработка промежуточных пространственных частот происходит в результате перекрытия систем; максимум контрастной чувствительности находится в диапазоне средних пространственных частот [31].

Магноцеллюлярные и парвоцеллюлярные пути, берущие свое начало в сетчатке, с проекциями через латеральное коллатеральное ядро таламуса в разные слои зрительной коры, являются основными каналами, обеспечивающими первичную фильтрацию зрительной информации, которая затем используется нейронами дорсального и вентрального пути [43].

Показано рассогласование в работе магно- и парвоцеллюлярной систем на разных стадиях шизофрении [3–6, 8, 29, 44–46, 52]. Данные о характере взаимодействия этих систем при резистентной к лечению шизофрении отсутствуют, тогда как значимы для оценки возможности использования контрастной чувствительности в качестве маркера состояния пациентов.

Цель настоящего исследования – определить взаимосвязь между когнитивными нарушениями и функциональной активностью магно- и парвоцеллюлярной систем у пациентов с резистентной к лечению

шизофренией, предполагая, что нарушения фильтрации информации на ранних уровнях восприятия могут определять когнитивные нарушения.

Материал исследования

Выборка состояла из 39 участников: 23 человека в контрольной группе и 16 пациентов с резистентной к лечению шизофренией. Участники контрольной группы не имели в анамнезе психических расстройств. Пациенты с резистентностью к антипсихотической терапии были обследованы в Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева (Санкт-Петербург, Россия). Диагноз был поставлен психиатрами данного учреждения по критериям МКБ-10. Критерии включения в экспериментальную группу были ограничены возрастом от 18 до 50 лет, установленным диагнозом параноидная шизофрения, устойчивостью к лечению антипсихотиками после двух и более курсов терапии, отсутствием диабета, сердечнососудистых заболеваний и неврологических расстройств, таких как умственная отсталость, отсутствие травм головы в прошлом. Средний возраст пациентов составил 32,5 года, стандартное отклонение (SD)=7,9 года, средний возраст участников группы условно здорового контроля – 34,9 года, SD=12,4 года. Средняя продолжительность течения шизофрении составила 8,3 года, SD=2,9 года. Средний балл по шкале PANSS для группы больных шизофренией составил 69,5 балла (SD=21,2). Эквиваленты хлорпромазина были рассчитаны с использованием ранее описанных коэффициентов пересчета [15]. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева; выполнено в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации.

Методы исследования

Был проведен компьютерный тест визоконтрастметрии [2] с регистрацией порогов обнаружения элементов Габора с синусоидальным распределением яркости. Элементы Габора с пространственными частотами 0,4, 3,6 и 17,9 цикл/градус были представлены на мониторе Samsung Samtron 76E17' (яркость 80 кд/м²; разрешение 640×480 пикселей; частота дискретизации 85 Гц). Перед экспериментом монитор был откалиброван с использованием собственного программного обеспечения для исправления геометрических искажений. Испытуемые находились на расстоянии 4 м от монитора; размер изображения составлял 4,48×3,36 дюйма. Задача испытуемого заключалась в том, чтобы нажать кнопку мыши при появлении «решетки» и удерживать ее, пока она не исчезнет, затем отпустить кнопку и подождать, пока «решетка» опять появится, чтобы снова нажать и удерживать до исчезновения и т.д. В результате

такой процедуры программно фиксируется пороговое значение контраста, заданного как среднее значение контрастов, когда объект обнаруживает появление решетки и перестает ее видеть. Количество предъявлений элементов Габора каждой частоты равнялось 8-ми. Эксперимент проводили в темной комнате. Все испытуемые имели нормальное или скорректированное до нормы зрение.

Нейропсихологические показатели оценивали с помощью теста вербальной беглости, теста комплексной фигуры Рея-Остеррица, теста слуховой памяти, теста переменных внимания. Некоторые методы были компьютеризированы с использованием платформы PsyToolkit [50]. Клинические симптомы оценивали по шкале PANSS во время интервью с психиатром.

Статистическую обработку данных проводили с использованием критерия Манна-Уитни и корреляционного анализа (программный пакет SPSS-13). Выбор критерия Манна-Уитни обоснован независимостью выборок, их малым размером (менее 30 чел.), неодинаковым количеством испытуемых в выборках и различиями в дисперсии.

Результаты

Согласно тесту слуховой памяти объем кратковременной памяти прямо пропорционален величине контрастной чувствительности в диапазоне низких пространственных частот ($r=0,68$). Объем кратковременной памяти тем больше, чем выше контрастная чувствительность в диапазоне низких пространственных частот, к которым наиболее специфична магноклеточная система, обеспечивающая глобальный механизм анализа зрительной информации. Согласно тесту переменных внимания, снижение произвольной регуляции взаимосвязано с чувствительностью в диапазоне низких пространственных частот ($r=0,81$). В то же время количество ложных реакций показало корреляцию с контрастной чувствительностью в диапазоне высоких пространственных частот, к которым чувствительна парво-клеточная система, обеспечивающая локальный (детальный) механизм анализа зрительной информации. В тесте комплексной фигуры Рея-Остеррица (Rey-Osterrieth Complex Figure) дефекты копирования и дефекты планирования конструкции, указывающие на снижение функций мониторинга и планирования, надежно коррелировали с чувствительностью в диапазоне высоких пространственных частот ($r=0,74$; $r=0,71$).

Пациенты с резистентностью к терапии демонстрировали достоверное снижение контрастной чувствительности в диапазоне высоких пространственных частот (рисунок, $p<0,01$), по сравнению с группой здорового контроля. Средние значения контрастной чувствительности в группе условно здорового контроля составили: в диапазоне низких пространственных частот – $14,7\pm 7,3$, средних

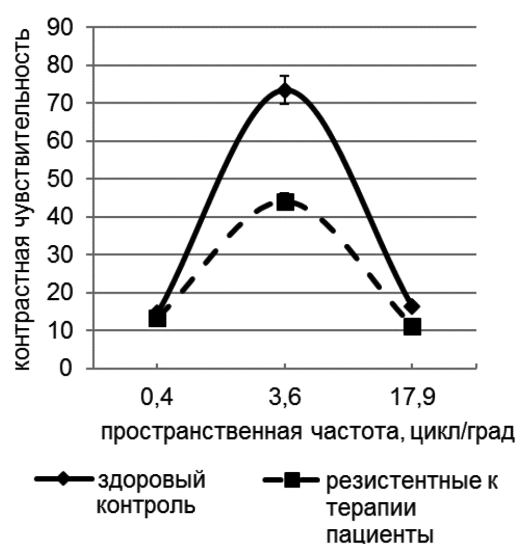
частот – $73,4 \pm 31,4$ и в диапазоне высоких пространственных частот – $16,4 \pm 8,3$.

В группе пациентов, резистентных к антипсихотической терапии, среднее значение контрастной чувствительности в диапазоне низких пространственных частот составило $13,6 \pm 2,3$, средних пространственных частот – $45,9 \pm 9,0$, высоких пространственных частот – $12,5 \pm 0,6$.

В тесте беглости речевых ответов индекс нарушений избирательности и контроля коррелировал с чувствительностью в диапазоне низких пространственных частот ($r = -0,67$; $r = -0,61$). Чем выше чувствительность в диапазоне низких пространственных частот, тем ниже селективность и контроль.

Обсуждение и выводы

Результаты исследования подтверждают гипотезу о том, что при шизофрении нарушается обработка информации на раннем сенсорном уровне. Пациенты с резистентной к терапии шизофренией продемонстрировали рассогласование в работе магноцеллюлярной и парвоцеллюлярной нервных систем, соответственно, механизмов глобального и локального анализа зрительной информации [6]. Снижение контрастной чувствительности в диапазоне высоких пространственных частот, к которым специфична парвоцеллюлярная система, свидетельствует о снижении активности данной системы и, соответственно, механизма анализа локальной информации у пациентов с резистентностью. В то же время чувствительность магноцеллюлярной системы у пациентов остается неизменной, так как контрастная чувствительность в диапазоне низких пространственных частот соответствует таковой в контрольной группе. Таким образом, функциональное состояние механизма глобального анализа зрительной информации у пациентов с резистентностью соответствует норме. В результате этих различий в активности магно- и парвоцеллюлярной систем возникает несоответствие в работе систем с преобладанием механизма глобального анализа визуальной информации над локальным. Наблюдаемый характер рассогласования нейронных систем с преобладанием активности механизма глобального анализа информации определяет особенности когнитивного контроля и внимания у пациентов с терапевтической резистентностью. Обратная корреляция с контрастной чувствительностью на низких пространственных частотах указывает на то, что, чем выше активность магноцеллюлярной системы, тем более выражены нарушения когнитивного контроля и избирательности внимания. Нарушение избирательности внимания приводит к увеличению количества информации, поступающей в мозг, что, вероятно, приводит к сенсорной перегрузке и дезорганизации [6, 47, 48]. Магноцеллюлярная система специфична для восприятия низких пространственных частот, отвечающих за периферическое зрение и распределение внимания.



Контрастная чувствительность в группе условно здорового контроля и при резистентной к антипсихотической терапии шизофрении

Недостаточность произвольного регулирования, дефекты копирования и планирования, указывающие на нарушение функции когнитивного контроля и селективности внимания, связаны со снижением контрастной чувствительности в высокочастотном диапазоне пространственных частот, что характерно для парвоцеллюлярной системы, обеспечивающей локальный анализ зрительной информации. Таким образом, особенности пространственно-частотной фильтрации информации и когнитивные нарушения при резистентной к лечению шизофрении связаны с нарушением механизма локального анализа изображений. Эти результаты предполагают, что более глубокое понимание взаимосвязи между зрительными и когнитивными нарушениями при шизофрении было бы полезным для понимания биологических механизмов шизофрении. Изучение природы нарушения сенсорной обработки может дать представление о патогенетических механизмах шизофрении, что приведет к новым способам лечения, включая сенсорную реабилитацию. Было показано, что нормализация сенсорно-перцептивных расстройств во время лечения острого психоза коррелирует со снижением симптомов дезорганизации [19, 47].

Таким образом, получены свидетельства рассогласования взаимодействия магно- и парвоцеллюлярной систем при резистентной к антипсихотической терапии шизофрении, дополняющие имеющиеся данные о контрастной чувствительности на разных стадиях шизофрении, позволяющие рассматривать контрастную чувствительность зрительной системы в качестве маркера состояния [6, 19, 49, 51]. Кроме того, результаты исследования раскрывают природу некоторых из особенностей когнитивного функционирования при шизофрении, демонстрируя их связь с определенными биологическими механизмами работы мозга.

Финансирование. Проект поддержан грантом СПбГУ HUM_2018-2019 «Роль категоризации в процессах зрительно-моторной оценки объектов».

Благодарности. Авторы выражают признательность волонтерам, принявшим участие в исследовании, Диане Любомирской.

ЛИТЕРАТУРА

1. Симонова Н.А., Гарах Ж.В., Зайцева Ю.С., Шмуклер А.Б. Нейрофизиологические механизмы нарушения зрительного восприятия при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 81–89.
2. Шелепин Ю.Е., Колесникова Л.Н., Левкович Ю.И. Визоконтрастометрия (Измерение пространственных передаточных функций зрительной системы). Л.: Наука, 1985. 104 с.
3. Шошина И.И., Шелепин Ю.Е., Конкина С.А. и соавт. Исследование парвоцеллюлярных и магноцеллюлярных зрительных каналов в норме и при психопатологии // Российский физиологический журнал им. И.М.Сеченова. 2012. Т. 98, № 5. С. 657–668.
4. Шошина И.И., Шелепин Ю.Е. Контрастная чувствительность у больных шизофренией с разной длительностью заболевания // Российский физиологический журнал им. И.М.Сеченова. 2013. Т. 99, № 8. С. 928–939.
5. Шошина И.И., Шелепин Ю.Е., Вершинина Е.А., Новикова К.О. Пространственно-частотная характеристика зрительной системы при шизофрении // Физиология человека. 2015. Т. 41, № 3. С. 29–39.
6. Шошина И.И., Шелепин Ю.Е. Механизмы глобального и локального анализа зрительной информации при шизофрении. СПб.: ВВМ, 2016. 300 с.
7. Янушко М.Г., Иванов М.В., Сорокина А.В. Когнитивные расстройства при эндогенных психозах: современные перспективы в светеdimensionального подхода // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 90–95.
8. Almeida N.L., Fernandes T.P., Lima E.H. et al. Combined influence of illness duration and medication type on visual sensitivity in schizophrenia // Braz. J. Psychiatry. 2020. Vol. 42(1). P. 27–32.
9. Blakemore C., Campbell F.W. On the Existence of Neurons in the Human Visual System Selectivity Sensitive to the Orientation and Size of Retinal Images // J. Physiol. 1969. Vol. 203. P. 237–260.
10. Butler P.D., Silverstein S.M., Dakin S.C. Visual perception and its impairment in schizophrenia // Biol. Psychiatry. 2008. Vol. 64. P. 40–47.
11. Butler P.D., Chen Y., Ford J.M. et al. Perceptual Measurement in Schizophrenia: Promising Electrophysiology and Neuroimaging Paradigms from CNTRICS // Schizophr. Bull. 2012. Vol. 38. P. 81–91.
12. Calderone D.J., Hoptman M.J., Martinez A. et al. Contributions of low and high spatial frequency processing to impair object recognition circuitry in schizophrenia // Cereb. Cortex. 2013. Vol. 23. P. 1849–1858.
13. Campbell F.W., Robson J.G. Application of Fourier Analyses to the Visibility of Gratings // J. Physiol. 1968. Vol. 197. P. 551–566.
14. Chen Y. Abnormal visual motion processing in schizophrenia: a review of research progress // Schizophr. Bull. 2011. Vol. 37. P. 709–715.
15. Danivas V., Venkatasubramanian G. Current perspectives on chlorpromazine equivalents: comparing apples and oranges! // Ind. J. Psychiatry. 2013. Vol. 55. P. 207–208.
16. Demjaha A., Murray R.M., McGuire P.K. et al. Dopamine synthesis capacity in patients with treatment-resistant schizophrenia // Am. J. Psychiatry. 2012. Vol. 169. P. 1203–1210.
17. Demjaha A., Egerton A., Murray R.M. et al. Antipsychotic treatment resistance in schizophrenia associated with elevated glutamate levels but normal dopamine function // Biol. Psychiatry. 2014. Vol. 75. P. 11–13.
18. Demjaha A., Lappin J., Stahl D. et al. Antipsychotic treatment resistance in first-episode psychosis: Prevalence, subtypes and predictors // Psychol. Med. 2017. Vol. 47 (11). P. 1981–1989.
19. Demmin D.L., Fradkin S.L., Silverstein S.M. Remediation of Visual Processing Impairments in Schizophrenia: Where We Are and Where We Need to Be // Curr. Behav. Neurosci. Rep. 2019. N 6. P. 13–20.
20. Doniger G.M., Foxe J.J., Murray M.M. et al. Impaired visual object recognition and dorsal/ventral stream interaction in schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatry. 2002. Vol. 59. P. 1011–1020.
21. Howes O.D., Kapur S. A neurobiological hypothesis for the classification of schizophrenia: type A (hyperdopaminergic) and type B (normodopaminergic) // Br. J. Psychiatry. 2014. Vol. 205. P. 1–3.
22. Egerton A., Brugger S., Raffin M. et al. Anterior cingulate glutamate levels related to clinical status following treatment in first-episode schizophrenia // Neuropsychopharmacology. 2012. Vol. 37. P. 2515–2521.
23. Gori S., Mascheretti S., Giora E. et al. The DCDC2 intron 2 deletion impairs illusory motion perception unveiling the selective role of magnocellular-dorsal stream in reading (dis)ability // Cereb. Cortex. 2015. Vol. 25. P. 1685–1695.
24. Jauhar S., Veronese M., Nour M.M. et al. Determinants of treatment response in first-episode psychosis: an 18F-DOPA PET study // Molecular psychiatry. 2019. Vol. 24(10). P. 1502–1512.
25. Kantrowitz J.T., Butler P.D., Schecter I. et al. Seeing the World Dimly: The Impact of Early Visual Deficits on Visual Experience in Schizophrenia // Schizophr. Bull. 2009. Vol. 35. P. 1085–1094.
26. Kantrowitz J.T., Javitt D.C. N-methyl-d-aspartate (NMDA) receptor dysfunction or dysregulation: The final common pathway on the road to schizophrenia? // Brain Res. Bull. 2010. Vol. 83. P. 108–121.
27. Kaplan E. The primate retina contains two types of ganglion cells, with high and low contrast sensitivity // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 1986. Vol. 83. P. 2755–2757.
28. Kerri S., Antal A., Szekeres G., Benedek G. Spatiotemporal visual processing in schizophrenia // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 2002. Vol. 14. P. 190–196.
29. Kim D., Park S. Visual perception deficits associated with the magnocellular pathway in schizophrenia // Korean. Schizophr. Res. 2011. Vol. 14. P. 61–75.
30. Kiss I., Fabian A., Benedek G., Keri S. When Doors of Perception Open: Visual Contrast Sensitivity in Never-Medicated, First-Episode Schizophrenia // J. Abnorm. Psychol. 2010. Vol. 119. P. 586–593.
31. Kulikovskii Ya.Dzh., Robson E. Spatial, temporal, and chromatic channels: electrophysiological substantiation // Opt. Zh. 1999. Vol. 66 (9). P. 37–43.
32. Lally J., Ajnakina O., Di Forti M. et al. Two distinct patterns of treatment resistance: clinical predictors of treatment resistance in first-episode schizophrenia spectrum psychoses // Psychol. Med. 2016. Vol. 46(15). P. 3231–3240.
33. Lindenmayer J.P. Treatment refractory schizophrenia // Psychiatr. Q. 2000. Vol. 71. P. 373–384.
34. Livingston M.S., Hubel D.H. Segregation of form, color, movement, and depth: anatomy, physiology, and perception // Science. 1988. Vol. 240. P. 740–749.
35. Martinez A., Hillyard S.A., Bickel S. et al. Consequences of magnocellular dysfunction on processing attended information in schizophrenia // Cereb. Cortex. 2012. Vol. 22. P. 1282–1293.
36. Merigan W.H., Maunsell J.H.R. How parallel are the primate visual pathways? // Ann. Rev. Neurosci. 1993. Vol. 16. P. 369–402.
37. Nassi J.J., Callaway E.M. Parallel processing strategies of the primate visual system // Nature reviews. Neuroscience. 2009. Vol. 10(5). P. 360–372.
38. O'Donnell B.F., Potts G.F., Nestor P.G. et al. Spatial Frequency Discrimination in Schizophrenia // J. Abnorm. Psychol. 2002. Vol. 111. P. 620–625.
39. O'Donnell B.F., Bismark A., Hetrick W.P. et al. Early stage vision in schizophrenia and schizotypal personality disorder // Schizophr. Res. 2006. Vol. 86. P. 89–98.
40. Plomp G., Roinishvili M., Chkonia E. et al. Electrophysiological evidence for ventral stream deficits in schizophrenia patients // Schizophr. Bull. 2013. Vol. 39(3). P. 547–554.
41. Polese D., Fornaro M., Palermo M. et al. Treatment-Resistant to Antipsychotics: A Resistance to Everything? Psychotherapy in Treatment-Resistant Schizophrenia and Nonaffective Psychosis: A 25-Year Systematic Review and Exploratory Meta-Analysis // Front. Psychiatry. 2019. Vol. 10. P. 210.
42. Potkin S.G., Kane J.M., Correll C.U. et al. The neurobiology of treatment-resistant schizophrenia: paths to antipsychotic resistance and a roadmap for future research // NPJ Schizophr. 2020. Vol. 6(1). P. 1–5.
43. Shapley R. Parallel cortical channels, in: Brannan J.R., (Eds.), Application of Parallel Processing in Vision. North-Holland, Amsterdam, 1992. P. 3–36.
44. Shoshina I.I., Shelepin Y.E., Vershinina E.A., Novikova K.O. The spatial-frequency characteristics of the visual system in schizophrenia // Hum. Physiol. 2015. Vol. 41. P. 251–260.
45. Shoshina I.I., Shelepin Y.E. Contrast Sensitivity in Patients with Schizophrenia of Different Durations of Illness // Neurosci. Behav. Physiol. 2015. Vol. 45. P. 512–516.
46. Shoshina I., Shelepin Y., Konkina S. et al. Studies of the Parvocellular and Magnocellular Visual Channels in Health and Psychopathology // Neurosci. Behav. Physiol. 2014. Vol. 44. P. 244–248.
47. Silverstein S.M., Rosen R. Schizophrenia and the eye // Schizophr. Res. Cogn. 2015. N 2. P. 46–55.

48. Silverstein S.M., Demmin D.L., Bednar J.A. Computational modeling of contrast sensitivity and orientation tuning in first-episode and chronic schizophrenia // *Computational Psychiatry*. 2017. N 1. P. 102–131.
49. Silverstein S.M., Keane B.P., Demmin D.L., Fradkin S.I. Visual impairments in schizophrenia: their significance and unrealized clinical potential // *Psychiatr. Danubina*. 2020. Vol. 32, N. 1. P. 72–75.
50. Stoet G. PsyToolkit: A novel web-based method for running online questionnaires and reaction-time experiments // *Teaching Psychol.* 2017. Vol. 44. P. 24–31.
51. Jurišiu D., Ūavar I., Sesar A. et al. New insights into schizophrenia: a look at the eye and related structures // *Psychiatr. Danubina*. 2020. Vol. 32, N. 1. P. 60–75.
52. Zemon V., Herrera S., Gordon J. et al. Contrast Sensitivity Deficits in Schizophrenia: A Psychophysical Investigation // *Eur. J. Neurosci.* 2020. N 1, P. 1–11.

СЕНСОРНО-КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ, РЕЗИСТЕНТНОЙ К ТЕРАПИИ

И.И.Шошина, М.А. Тумова, Е.Е. Вакнин, М.В. Иванов

Результаты комплексных исследований демонстрируют взаимосвязь сенсорных и когнитивных нарушений при шизофрении. Цель исследования – определить, существует ли взаимосвязь между когнитивными нарушениями и функциональным состоянием магно- и парвоцеллюлярной систем, обеспечивающих пространственно-частотный анализ сенсорной информации у пациентов с резистентной к лечению шизофренией. Измеряли пороги контрастной чувствительности методом визоконтрастометрии. Когнитивные функции оценивали с помощью стандартных когнитивных тестов на слуховую и зрительную память, внимание, исполнительный контроль. Установлено рассогласование во взаимодействии магно- и парвоцеллюлярной систем ввиду снижения активности парвоцеллюлярной системы. Показана высокая значимая

корреляция контрастной чувствительности зрительной системы с уровнем когнитивных нарушений у пациентов с резистентной к лечению шизофренией. Полученные свидетельства рассогласования взаимодействия магно- и парвоцеллюлярной систем при резистентной к антипсихотической терапии шизофрении, дополняют имеющиеся данные о контрастной чувствительности на разных стадиях шизофрении, необходимые для использования контрастной чувствительности зрительной системы в качестве маркера состояния.

Ключевые слова: магно- и парвоцеллюлярная система, контрастная чувствительность, глобальный и локальный анализ информации, резистентная к лечению шизофрения, когнитивные нарушения.

SENSOR-COGNITIVE DISORDERS IN SCHIZOPHRENIA RESISTANT TO THERAPY

I.I. Shoshina, M.A. Tumova, E.E. Waknin, M.V. Ivanov

This research results demonstrate the relationship between sensory and cognitive impairments in treatment-resistant schizophrenia. The aim of the study was to determine whether there is a relationship between cognitive impairments and the functional state of the magno- and parvocellular systems, which provide spatial-frequency analysis of sensory information. The thresholds of contrast sensitivity were measured by the method of visual contrastometry. Cognitive functions were measured by standard cognitive tests on auditory and visual memory, attention, and executive control. A mismatch was found in the interaction of the magnocellular and parvocellular systems due to a decrease in the activity of the parvocellular

system. A high significant correlation was shown between the contrast sensitivity of the visual system and the level of cognitive impairments in patients with treatment-resistant schizophrenia. It is the obtained evidence of a mismatch in the interaction of the magnocellular and parvocellular systems in treatment-resistant patients the available data on contrast sensitivity at different stages of schizophrenia, which are necessary for using the contrast sensitivity of the visual system as a marker of the functional state.

Key words: magnocellular and parvocellular system, contrast sensitivity, global and local analysis of information, treatment-resistant schizophrenia, cognitive impairment.

Шошина Ирина Ивановна – доктор биологических наук, главный научный сотрудник лаборатории физиологии зрения, Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН; email: shoshinaii@mail.ru

Тумова Марианна Анатольевна – сотрудник Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева; email: marianna_tumova@mail.ru

Вакнин Елена Евгеньевна – доктор психологических наук, профессор, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена; email: helen_malkova@mail.ru

Иванов Михаил Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением биологической терапии, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева; email: profmikhailivanov@gmail.com

НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ

В.В. Горинев, Е.С. Шеховцова, Т.Г. Гадисов, А.А. Ткаченко

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России

В судебно-экспертной практике наблюдается рост диагностики расстройств личности (РЛ) с 2003 по 2018 год на 41,5% [18], причем стабильно высокой остается их криминальная рецидивность [6].

По-прежнему отмечается тенденция к признанию обвиняемых с РЛ, способными в полной мере понимать смысл своих действий и руководить ими в ситуации криминального деликта (в 2018 г. – 21 390 чел., 98,6%). Только в отношении 1,1% (235 чел.) рекомендовалось применение нормы «ограниченной вменяемости», и лишь 0,3% (68 чел.) в 2018 году были признаны невменяемыми [18]. Традиционно решение о невменяемости принимается на основании клинических данных о динамических сдвигах, вызывающих серьезные нарушения осознанности поведения [5]. Тем не менее, уточняется, что степень выраженности дисрегуляции поведения при РЛ определяется не только самим фактом динамики со свойственным ей синдромообразованием [2, 4].

Зарубежные исследователи отмечают, что характерная для лиц с РЛ недостаточность регулятивных систем, связанная с неспособностью осознавать и контролировать в полной мере свое поведение, отражается во всех сферах деятельности [32] и может приводить к неадаптивным формам поведения. Фокус внимания западных исследователей при изучении специфики саморегуляции у лиц с РЛ смещается в сторону пограничного и антисоциального типов РЛ. Данное смещение проявляется при анализе связи личностного расстройства и агрессивного, в том числе криминального, поведения. Большинство исследований посвящено оценке импульсивности, агрессивности и рецидивизма [30], эмоциональной дисрегуляции у лиц с РЛ, совершивших агрессивные правонарушения [28].

Растет число исследований, пытающихся раскрыть патогенетические механизмы нарушений различных звеньев саморегуляции на разных уровнях, включая нейрофизиологический [1, 12], осмысление которых заставляет обращаться к системному подходу [23].

Возрастает необходимость разработки дифференцированной экспертной оценки степени нару-

шений способности к произвольной саморегуляции, основывающейся на современных представлениях о регулятивной системе. Они подразумевают двухкомпонентную структуру саморегуляции, включающую мотивационно-смысловую и операционально-технический блоки [15], наличие в ней сохраненных и нарушенных, дефицитарных звеньев [21, 26].

Выделены следующие специфические особенности системы саморегуляции, оказывающие влияние на возникновение дисрегуляции в юридически значимой ситуации: нарушение аналитических и прогностических функций, мотивационные и волевые нарушения. Предпринимаются попытки соотнесения особенностей саморегуляции и риска дезадаптации, выделяются предикторы криминального поведения, сопряженные с такими нарушениями регулятивной системы, как недостаточность моделирования условий, необходимых для достижения цели, ригидность, недостаточность планирования и коррекции поведения вследствие высокого уровня агрессивности, низкая вариативность стратегий поведения [8]. Подчеркивается, что система саморегуляции «должна быть, с одной стороны, достаточно обобщенной, с другой – позволять глубокую ситуационную специализацию и личностную индивидуализацию» [25].

Вместе с тем, указывается на затруднения, возникающие при операционализации критериев экспертной оценки ограничения регуляции [22], что делает насущной потребность выделения наиболее интегративных показателей произвольной саморегуляции.

Целью данной статьи является выделение признаков, характеризующих нарушения психической саморегуляции при расстройствах личности.

Материалы и методы

Исследование проведено с участием 142 мужчин с расстройствами личности (РЛ), обвиняемых в совершении правонарушений, из них 67 – с ведущим эмоционально неустойчивым радикалом (48,6%), 29 – с истерическим (20,4%), 14 – с шизоидным

(9,9%), 13 – с параноидным (9,2%), 3 – с зависимым (2,1%), 3 – с тревожным (2,1%) и 11 – со смешанным расстройством личности (7,7%). Диагностика осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10 (F60 «Специфические расстройства личности»). Группы сопоставления включали 54 здоровых лиц с нормативным поведением («ПЗНП») (группа нормы) и 20 психически здоровых лиц с криминальным поведением («ПЗКП»).

Средний возраст обследованных (полных лет) составил $31,6 \pm 10,0$ (РЛ), $32,5 \pm 9,6$ (психически здоровые с криминальным поведением) и $31,6 \pm 10,6$ (психически здоровые с нормативным поведением).

Психологическое исследование регулятивных особенностей проводилось с использованием следующего методического комплекса.

Для оценки когнитивного стиля «импульсивность-рефлексивность» использовалась методика «Сравнение похожих рисунков» Дж.Кагана. Когнитивный стиль понимается как особенность, отражающая специфику принятия решения из множества альтернатив. Так, импульсивный когнитивный стиль связан со склонностью быстро реагировать в ситуации множественного выбора, рефлексивный когнитивный стиль – замедленной скоростью реагирования в сочетании с многократной проверкой и уточнением гипотез, принятием решения на основе тщательного анализа различных альтернатив [29].

Для оценки ригидности/гибкости когнитивного контроля в ситуации необходимости преодоления интерферирующих факторов применялся тест «Словесно-цветовая интерференция» Дж.Струпа [31]. Показатель ригидности (узости, жесткости) когнитивного контроля отражает эффект интерференции, то есть снижение эффективности деятельности в результате конфликта словесно-речевых (вербальных) и сенсорно-перцептивных функций, возникающих под влиянием конкурирующих между собой условий (значение слова и цвет шрифта). Испытуемым предлагались следующие задания: 1) чтение названий цветов, напечатанных черным шрифтом (ЧНЦч); 2) называние цветов (НЦ); 3) называние цвета слова, где цвет шрифта отличается от значения слова (НЦСо); 4) чтение названий цветов, где цвет шрифта отличается от значения слова (ЧНЦо). Показатель ригидности/гибкости познавательного контроля по цветовому восприятию контроля рассчитывался как разница во времени выполнения третьей (цветные слова) и второй (цвет) карт; по вербализации – как разница во времени выполнения четвертой (чтение названий цветных слов) и первой (чтение названий цветов, напечатанных черным шрифтом) карт. Чем больше эта разница, тем больше выражен эффект интерференции и соответственно более выражена ригидность (узость, жесткость) познавательного контроля. Также нами оценивался показатель «вербальности», предложенный Д.Броверманом. Он определяется как соотношение времени выполнения

второй (цвет) и первой (слова) карт в виде T2/T1, что интерпретируется как мера автоматизации познавательных функций (степень их независимого функционирования) [27]. Таким образом, один полюс этого когнитивного стиля характеризует гибкий контроль и сильную автоматизацию познавательных функций, другой – ригидный контроль и слабую автоматизацию познавательных функций [17, 24].

В качестве инструмента оценки толерантности к неопределенности как способности принимать новизну и напряженность ситуации неизвестности, не испытывать дискомфорт в условиях двойственности, в том числе в ситуации межличностного взаимодействия, использовался «Новый опросник толерантности к неопределенности» (объединенные шкалы P.O'Konnor, 1952, S.T.Rydell-E.Rosen, 1970, S.Budner, 1962) в адаптации Т.В.Корниловой [13].

Для оценки уровня развития способности к саморегуляции использовался опросник «Стиль саморегуляции поведения» В.И.Моросановой. Представленные в Шкале методики выделяются в соответствии с основными регуляторными процессами (планирования, моделирования, программирования, оценки результатов) и регуляторно-личностными свойствами (гибкости и самостоятельности) [19].

Для оценки степени учета различных внутренних и внешних факторов при организации деятельности, содержательного анализа мотивационной сферы использовался Модифицированный вариант методики «Выявление осознанности различных компонентов мотива». Оригинальный вариант методики, предложенный А.В.Ермолиным и Е.П.Ильиным, предназначался для испытуемых школьного возраста. Нами была произведена модификация части заданий для выборки взрослых испытуемых – формулировки задания, в которых упоминались отношения между одноклассниками и школьное обучение и т.д., были заменены на отношения в рабочем коллективе. Обработка полученных ответов испытуемого включала подсчет баллов по категориям 1) не затрагивающим структуру мотива – ссылка на внешние обстоятельства; 2) относящимся к потребностному блоку (потребности, влечения, интересы, необходимость, мотивационная установка); 3) относящимся к внутреннему фильтру (нравственный контроль, предпочтение по внешним признакам, склонности, оценка эмоциональных состояний, оценка своих возможностей, оценка условий и предстоящих усилий, прогнозирование последствий; относящимся к целевому блоку (опредмеченные действия, процесс удовлетворения потребности, потребностная/смысловая цель) [11].

Для определения количественных показателей, отражающих значимые для испытуемых мотивационные темы и целевые объекты, использовался метод мотивационной индукции Ж.Нюттена (вариант Д.А.Леонтьева). Данная методика построена по принципу методик на завершение предложений:

начала предложений сформулированы в первом лице единственного числа («я хочу...», «я надеюсь...» и т.д.). По результатам оценки 40 высказываний дается характеристика мотивационно-потребностной сферы по критериям разнообразия (представленность в ответах испытуемого более двух тем), парадоксальности (наличие в ответах испытуемого трансцендентальных, экзистенциальных, религиозных мотивов), упрощенности (наличие ответов, направленных на получение сенсорного или чувственного удовольствия) и социальной (ответы, связанные с межличностным взаимодействием или ожиданиями, касающимися других людей) направленности [20].

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программного обеспечения IBM SPSS Statistics v.23. Проверка показателей на нормальность распределения проводилась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Было установлено, что распределение не является нормальным ($p < 0,005$), в связи с чем для статистического анализа использовали непараметрические критерии Краскела-Уоллиса и Манна-Уитни, а также критерий Хи-квадрат Пирсона.

На первом этапе оценивались особенности системы саморегуляции у лиц с РЛ в целом (по результатам сравнения с группами лиц без психических расстройств). На втором проводился анализ особенностей саморегуляции при РЛ разного типа.

Результаты

Статистический анализ индивидуально-психологических особенностей саморегуляции выявил значимые групповые различия.

По результатам метода мотивационной индукции Ж.Нюттена обнаружено, что мотивационно-потребностная сфера значимо различается по критерию «разнообразию» между лицами с РЛ и испытуемыми без психической патологии ($\chi^2 = 10,477$; $p = 0,005$). Так, для психически здоровых испытуемых разнообразная представленность в ответах более двух тем характерна более чем в 60% случаев (60,0% – для

нормативного поведения, 66,7% – для криминального поведения), в то время как у лиц с расстройствами личности более двух мотивационных тем встречается лишь в 14,3% случаев.

По результатам оценки стиля саморегуляции поведения (опросник В.И.Моросановой) с использованием критерия Краскела-Уоллиса было выявлено, что существуют значимые различия по переменным, отражающим такие регулятивные особенности как низкий уровень осознанности системы саморегуляции в целом ($\chi^2 = 41,311$, ст.св.=2, $p < 0,001$), недостаточность этапов планирования ($\chi^2 = 30,053$, ст.св.=2, $p < 0,001$), моделирования ($\chi^2 = 26,599$, ст.св.=2, $p < 0,001$), программирования ($\chi^2 = 15,726$, ст.св.=2, $p < 0,001$), самостоятельности ($\chi^2 = 10,233$, ст.св.=2, $p = 0,006$) и оценивания результатов ($\chi^2 = 57,792$, ст.св.=2, $p < 0,001$). Результаты значимых различий при попарных сравнениях представлены в табл. 1.

По результатам метода «Словесно-цветовая интерференция» Дж.Струпа выявлены значимые различия показателя ригидности когнитивного контроля ($\chi^2 = 6,486$, ст.св.=2, $p = 0,039$). Было установлено, что существуют статистически значимые различия по параметру «ригидность когнитивного контроля по вербализации»: у группы РЛ ниже, чем у ПЗКП ($U = 895,0$, $p = 0,043$). Данный показатель также значимо различался при сравнении между группами психически здоровых: у лиц с криминальным поведением он был выше, чем у лиц с нормативным поведением ($U = 292,5$, $p = 0,005$), однако значимых различий при сравнении данного показателя между группами РЛ и ПЗНП обнаружено не было. Лица с РЛ также имели более высокие показатели при сравнении с группой психически здоровых с нормативным поведением по параметрам «ригидность когнитивного контроля по цветовому восприятию» ($U = 2829,5$, $p = 0,027$) и «вербальность» ($U = 2857,0$, $p = 0,034$).

По результатам оценки степени толерантности-интолерантности к неопределенности (опросник Т.В.Корниловой) установлено, что существуют значимые различия между группами испытуемых

Таблица 1

Распределение значений и уровень значимости различий между группами

Показатель:	Средние значения			Уровень значимости различий		
	РЛ (1)	ПЗКП(2)	ПЗНП(3)	1/2	1/3	2/3
Планирование	4,88±1,68	5,40±1,09	6,27±1,37	U=811,5 p=0,068	U=1329,0 p<0,001	U=289,5 p=0,001
Моделирование	4,66±1,60	5,00±0,97	5,92±1,23	U=888,5 p=0,421	U=1435,5 p<0,001	U=277,5 p=0,001
Программирование	5,32±1,39	5,30±1,38	6,16±0,99	U=900,5 p=0,470	U=1669,0 p<0,001	U=431,0 p=0,157
Оценивание результатов	4,80±1,44	5,30±1,38	6,85±1,22	U=787,0 p=0,054	U=773,0 p<0,001	U=204,5 p<0,001
Самостоятельность	5,31±1,34	5,20±1,15	5,59±1,55	U=999,5 p=0,997	U=1918,5 p=0,002	U=378,0 p=0,058
Общий уровень саморегуляции	29,81±5,87	31,20±5,41	35,66±3,49	U=856,0 p=0,310	U=1038,0 p<0,001	U=248,5 p<0,001

($\chi^2=5,909$, ст.св.=2, $p=0,049$): обнаружено, что у группы лиц с РЛ толерантность к неопределенности ниже, чем у психически здоровых с нормативным поведением ($U=2727,5$, $p=0,012$). Однако попарное сравнение группы лиц с РЛ с психически здоровыми с криминальным поведением, а также групп психически здоровых с криминальным и нормативным поведением не выявило статистически значимых различий.

По результатам метода «Сравнение похожих рисунков» Дж.Кагана количество верных и ошибочных ответов значимо различалось при общем межгрупповом сравнении ($\chi^2=79,697$, ст.св.=2, $p<0,001$). У лиц с РЛ значимо реже, чем у психически здоровых с нормативным поведением, отмечались верные ответы ($U=613,5$, $p<0,001$) и чаще наблюдались ошибочные ответы ($U=644,5$; $p<0,001$). По показателю «латентное время ответа» у лиц с РЛ показатели были значимо ниже, чем у группы ПЗНП ($U=2329,0$, $p<0,001$). При сравнении между психически здоровыми испытуемыми было обнаружено, что лица с криминальным поведением также реже дают верные ($U=153,0$; $p<0,001$) и чаще ошибочные ответы ($U=158,5$, $p<0,001$). «Латентное время ответа» у лиц с РЛ было значимо ниже, чем у психически здоровых с криминальным поведением ($U=1139$, $p=0,002$). По количеству верных и ошибочных ответов значимых различий между этими группами обнаружено не было.

По результатам методики «Выявление осознанности различных компонентов мотива» установлено, что существуют статистически значимые различия при общем межгрупповом сравнении по следующим показателям: опора на мотивационные установки (Му), связанные с социально-нормативным поведением ($\chi^2=66,255$, ст.св.=2, $p<0,001$), опора на нравственные нормы (Нк) ($\chi^2=27,062$, ст.св.=2, $p<0,001$), ориентация на собственные эмоциональные состояния и переживания (Ос) ($\chi^2=8,935$, ст.св.=2, $p=0,011$), оценка условий и усилий (Оу), необходимых для достижения цели ($\chi^2=13,401$, ст.св.=2, $p=0,001$). Результаты значимых различий при попарных сравнениях представлены в табл. 2.

На втором этапе общая выборка лиц с РЛ была разделена на подгруппы в зависимости от ведущего радикала. Был проведен сравнительный анализ с использованием критерия Краскела-Уоллиса. На данном этапе из статистической обработки были исключены испытуемые, отнесенные к группам с ведущим тревожным и зависимым радикалом, а также лица со смешанным РЛ.

Было установлено, что группы лиц с такими ведущими радикалами как шизоидный, параноидный, эмоционально неустойчивый, истерический, а также психически здоровые лица с криминальным и нормативным поведением отличаются друг от друга по следующим переменным: количество верных ($\chi^2=2,852$, ст.св.=3, $p<0,001$) и ошибочных ($\chi^2=2,852$, ст.св.=3, $p<0,001$) ответов при решении когнитивной задачи, время, затраченное на принятие решения ($\chi^2=0,612$, ст.св.=3, $p=0,021$), опора при принятии решения на мотивационные установки, связанные с социально-нормативным поведением ($\chi^2=0,782$, ст.св.=3, $p<0,001$), опора на нравственные нормы ($\chi^2=3,641$, ст.св.=3, $p<0,001$), опора на собственное состояние ($\chi^2=7,225$, ст.св.=3, $p=0,006$), оценка условий ($\chi^2=4,605$, ст.св.=3, $p=0,004$), прогнозирование последствий ($\chi^2=10,249$, ст.св.=3, $p<0,001$), планирование ($\chi^2=4,147$, ст.св.=3, $p<0,001$), моделирование ($\chi^2=9,072$, ст.св.=3, $p<0,001$), программирование ($\chi^2=0,829$, ст.св.=3, $p=0,020$), оценивание результатов ($\chi^2=2,441$, ст.св.=3, $p<0,001$), общий уровень саморегуляции ($\chi^2=4,663$, ст.св.=3, $p<0,001$).

Было проведено попарное сравнение данных подгрупп между собой и с группами психически здоровых. Были выявлены следующие различия между различными типами расстройств личности.

Показатель «Опора на мотивационные установки» был значимо ниже у всех типов РЛ при сравнении с группой психически здоровых с нормативным поведением: шизоидный радикал ($U=35,5$, $p=0,013$); параноидный радикал ($U=128,0$, $p<0,001$); эмоционально неустойчивый радикал ($U=459,5$, $p<0,001$); истерический радикал ($U=184,0$, $p<0,001$). Все лица с РЛ по сравнению с психически здоровыми с криминальным поведением в меньшей степени ориенти-

Таблица 2

Распределение значений и уровень значимости различий между группами

Показатель:	Средние значения			Уровень значимости различий		
	РЛ (1)	ПЗКП(2)	ПЗНП(3)	1/2	1/3	2/3
Опора на мотивационные установки	0,37±0,59	0,76±0,73	1,53±,84	$U=66,98$ $p=0,029$	$U=70,65$ $p<0,001$	$U=20,81$ $p=0,004$
Опора на социальные нормы	0,84±0,87	1,00±0,91	1,46±0,57	$U=68,27$ $p=0,474$	$U=76,94$ $p<0,001$	$U=251,00$ $p=0,079$
Оценка ситуативных условий	0,44±0,65	0,30±0,48	0,79±0,76	$U=69,52$ $p=0,572$	$U=81,76$ $p=0,001$	$U=23,69$ $p=0,016$
Прогнозирование последствий	0,18±0,55	0,23±0,44	0,61±0,56	$U=68,43$ $p=0,395$	$U=77,96$ $p<0,001$	$U=24,50$ $p=0,026$
Опора на свое состояние	0,96±1,01	0,61±0,65	0,50±0,64	$U=70,11$ $p=0,283$	$U=96,40$ $p=0,004$	$U=36,85$ $p=0,506$

руются на мотивационные установки: шизоидный радикал ($U=78,0$, $p=0,003$); параноидный радикал ($U=107,0$, $p=0,018$); эмоционально неустойчивый радикал ($U=520,5$, $p<0,001$); истерический радикал ($U=196,0$, $p=0,003$).

Показатель «Опора на социальные нормы» был значимо ниже у лиц с ведущими параноидным ($U=173,0$, $p=0,002$), эмоционально неустойчивым ($U=818,5$, $p<0,001$) и истерическим ($U=290,0$, $p<0,001$) радикалами, чем у психически здоровых лиц с нормативным поведением.

При сравнении значений показателя «Оценка ситуативных условий» было обнаружено, что у психически здоровых с нормативным поведением он значимо выше, чем у лиц с эмоционально неустойчивым ($U=1060,0$, $p=0,001$) и истерическим ($U=407,0$, $p=0,007$) радикалами. Сравнения с группой психически здоровых лиц с криминальным поведением показали, что показатель «Оценка ситуативных условий» значимо выше у лиц с шизоидным радикалом ($U=99,5$, $p=0,009$), и ниже, чем у лиц с истерическим радикалом ($U=216,5$, $p=0,032$).

Показатель «Прогнозирование последствий» при сравнении с группой ПЗНП был значимо ниже у лиц с ведущими параноидным ($U=192,0$, $p=0,004$), эмоционально неустойчивым ($U=808,5$, $p<0,001$) и истерическим радикалами ($U=368,5$, $p=0,001$).

Показатель «Опора на свое состояние» у лиц с шизоидным радикалом был значимо выше по сравнению с группами с ведущими эмоционально неустойчивым ($U=210,5$, $p=0,020$) и параноидным ($U=40,0$, $p=0,030$) радикалами. По данному показателю шизоидные личности имели более высокие показатели в сравнении с психически здоровыми с нормативным ($U=35,5$, $p=0,013$) и с криминальным поведением ($U=35,5$, $p=0,013$).

При анализе показателя «Предпочтение по внешним признакам» выявлено, что у лиц с истерическим радикалом он значимо выше, чем у группы ПЗКП ($U=223,0$, $p=0,004$).

Показатель «Прогнозирование последствий» был значимо ниже у лиц с эмоционально неустойчивым радикалом по сравнению с шизоидными личностями ($U=231,5$, $p=0,002$). При попарном сравнении данного показателя с группой психически здоровых лиц с нормативным поведением было обнаружено, что он значимо ниже у лиц с параноидным ($U=192,0$, $p=0,004$), эмоционально неустойчивым ($U=808,5$, $p<0,001$) и с истерическим радикалами ($U=368,5$, $p=0,001$).

Показатель «Планирование» при сравнении с группой психически здоровых лиц с нормативным поведением был значимо ниже у параноидных ($U=91,0$, $p=0,002$), эмоционально неустойчивых ($U=681,0$, $p<0,001$) и истерических личностей ($U=247,0$, $p=0,001$).

Показатель «Моделирование» у лиц с ведущим истерическим радикалом был значимо ниже, чем у эмоционально неустойчивых ($U=281,0$, $p=0,026$) и

шизоидных ($U=46,5$, $p=0,035$) испытуемых. У лиц с ведущим параноидным радикалом он был ниже, чем у лиц с шизоидным ($U=21,0$, $p=0,046$). При сравнении данного показателя с группой ПЗНП было выявлено, что он значимо ниже у лиц с ведущими параноидным ($U=81,0$, $p=0,001$), эмоционально неустойчивым ($U=764,5$, $p<0,001$) и истерическим ($U=192,0$, $p<0,001$) радикалами.

Показатель «Программирование» у лиц с эмоционально неустойчивым радикалом был значимо ниже при сравнении с психически здоровыми с нормативным поведением ($U=810,5$, $p=0,001$).

Было обнаружено, что показатель «Гибкость» был значимо ниже у лиц с эмоционально неустойчивым радикалом при сравнении с группой ПЗКП ($U=674,5$, $p=0,020$). Показатель межличностной интолерантности к неопределенности, напротив, был значимо выше у эмоционально неустойчивых личностей по сравнению с ПЗКП ($U=877,5$, $p=0,023$).

Показатель «Оценивание результатов» при попарном сравнении с психически здоровыми с нормативным поведением оказался значимо ниже у всех типов расстройств личности: шизоидный ($U=35,5$, $p=0,013$), параноидный ($U=69,0$, $p<0,001$), эмоционально неустойчивый ($U=353,5$, $p<0,001$), истерический ($U=134,5$, $p<0,001$). При этом эмоционально неустойчивые личности при сравнении по данному показателю с психически здоровыми с криминальным поведением хуже оценивают результаты своих действий ($U=676,0$, $p=0,020$).

По результатам метода «Сравнение похожих рисунков» Дж.Кагана было обнаружено, что количество верных ответов при сравнении психически здоровых с нормативным поведением значимо меньше у всех РЛ: шизоидное ($U=35,5$, $p=0,013$), параноидное ($U=69,0$, $p<0,001$), эмоционально неустойчивое ($U=249,5$, $p<0,001$), истерическое ($U=178,5$, $p<0,001$). Все лица с РЛ вне зависимости от ведущего радикала допускали большее количество ошибок в сравнении с психически здоровыми с нормативным поведением (Шизоидные – $U=35,5$, $p=0,013$. Параноидные – $U=71,5$, $p<0,001$. Эмоционально неустойчивые – $U=263,0$, $p<0,001$. Истерические – $U=184,5$, $p<0,001$).

Также, по сравнению с психически здоровыми с нормативным поведением, лиц с шизоидным ($U=35,5$, $p=0,013$), эмоционально неустойчивым ($U=971,5$, $p<0,001$) и истерическим ($U=510,5$, $p=0,029$) радикалами характеризует меньшее время, затрачиваемое на анализ ситуации и принятие решения о действии при выполнении метода «Сравнение похожих рисунков» Дж.Кагана.

Обсуждение и выводы

В исследовании выявлена группа факторов, связанная с особенностями психической саморегуляции лиц с криминальным поведением в целом. Так, общими для психически здоровых и лиц с расстрой-

ством личности являются сниженная способность к планированию своей деятельности, трудности при определении цели и большая ситуативность при ее постановке. К их общим регулятивным нарушениям также относятся сниженная опора на мотивационные установки, неадекватная оценка внутренних и внешних условий при составлении конкретных стратегий и программ действий с неадекватной оценкой их результатов и ригидностью когнитивного контроля. Психопатические личности и психически здоровые с криминальным поведением допускают большее количество ошибок в когнитивно сложных ситуациях, требующих длительного сосредоточения внимания и произвольного контроля, у них отмечается низкая степень автоматизации вербальных и сенсорно-перцептивных функций.

Также выделены факторы дизрегуляции, характерные для РЛ, в виде меньшего разнообразия мотивационно-смысловой сферы, большей ее упрощенности, малой представленности социальных норм с повышенным влиянием актуального психоэмоционального состояния при постановке целей. Сниженная опора на мотивационные установки при построении деятельности является универсальным фактором криминализации, однако при РЛ этот показатель выражен более значительно. Эти результаты могут быть объяснены аномальным развитием психопатической личности. Б.В.Зейгарник [9] указывала, что с возрастом происходит развитие самосознания, дифференциация себя от окружающего, в силу чего человек обретает способность «стать над ситуацией», «освобождает себя от ее власти». Однако, при наблюдении аномальной личности, как отмечал П.Б.Ганнушкин [3], «появляется впечатление чего-то недоразвитого или детского».

Еще одной характерной особенностью лиц с РЛ оказалась меньшая толерантность к ситуациям неопределенности, что обуславливает большую уязвимость в условиях, субъективно воспринимаемых ими как противоречивые или конфликтные. Это приводит к трудностям при решении задач в условиях неопределенности и потенциально – к нарушению регуляции вследствие недостаточности способов реагирования в неоднозначных ситуациях, не представленных в опыте субъекта. Также характерной особенностью для РЛ была большая импульсивность в принятии решения в когнитивно сложных ситуациях.

А.Н.Леонтьев [16] указывал, что существуют две слитые воедино в жизнедеятельности системы связи человека и окружающей его действительности: познавательная и смысловая. Взаимодействие этих систем формирует опосредованность поведения – поведение зрелой личности. Для формирования опосредованности требуется не только осознание ситуации и своих возможностей в ней, но и осознание мотивов деятельности в данной ситуации [9]. Таким образом, в ситуации неопределенности

на фоне сниженной способности «стать над ситуацией» у лиц с РЛ возникает еще большее нарушение произвольности поведения в связи с невозможностью осознания этой ситуации и склонностью к импульсивности в принятии решения. Поведение характеризуется еще более высокой ситуативной обусловленностью, тенденцией к непосредственному реагированию без опоры на мотивационно-смысловые образования и опыт.

Представляется, что совокупность этих нарушений может также объяснить особенность психопатических лиц, которую выделял еще Э.Крепелин [14]: «неспособность научиться чему-нибудь из опыта, несмотря ни на какие потери». Формальное наличие какой-либо ситуации в опыте аномальной личности, в связи с нарушенной опосредованностью, оставляет ситуацию недифференцированной в свете обедненной мотивационной сферы. Психопатическая личность не может «стать над ситуацией», каждая встреча с подобным жизненным событием будет представлять собой ситуацию неопределенности и конфликта. Как указывали Б.В.Зейгарник и Б.С.Братусь [10], лица психопатического склада иногда могут трезво оценивать себя и свои действия, однако в каждой ситуации они видят испытание своего «Я» и «с удивительным постоянством появляются характерные нарушения».

Выявленная у лиц с РЛ бедность мотивационно-смысловой сферы может быть связана с ограничением круга ценностных ориентиров, недифференцированностью опыта и неспособностью усвоить широкий диапазон мотивационных и ценностных конструктов, включающих в том числе и социальные нормативы. Это, в свою очередь, повышает риски неадаптивного поведения и нарушения осознанной регуляции поведения в ситуациях, выходящих за рамки опыта. Можно говорить о том, что при РЛ нарушаются стратегии реализации действия при сохранной способности принять решение о действии с достаточной пластичностью регуляторных процессов.

При анализе системы саморегуляции в зависимости от ведущего радикала обнаружено, что сниженная представленность социальных норм, неадекватная оценка внутренних и внешних условий в сочетании с нарушениями в планировании и прогнозировании последствий своих действий характерны для лиц с параноидным, истерическим и эмоционально неустойчивым радикалами. У шизоидных личностей подобных психологических факторов выявлено не было. Нарушения оценки ситуативных условий деятельности были характерны для лиц с истерическим и эмоционально неустойчивым радикалами, тогда как у лиц с шизоидными, напротив, учет ситуации при планировании деятельности оказался даже лучше, чем у психически здоровых лиц с криминальным поведением.

Для лиц с шизоидным радикалом характерным фактором нарушения саморегуляции оказалась

высокая степень влияния психического состояния. Для истерических личностей характерной психологической особенностью было предпочтение действовать по внешним признакам ситуации. Для лиц с эмоционально неустойчивым радикалом наиболее характерным фактором являлась импульсивность с неспособностью сформировать программу действия.

Выявленные особенности системы саморегуляции отражаются как на мотивационно-смысловом (упрошенность и малая социальная направленность мотивационной сферы, трудности осознанного выдвижения согласованных с мотивом целей), так и на операционально-техническом (импульсивность, ригидность когнитивного контроля, интолерантность к неопределенности, трудности коррекции и адекватной оценки своего поведения) уровнях саморегуляции.

Полученные данные согласуются с современными представлениями о характерной для РЛ совокупности характеристик, связанных с эмоциональной дисрегуляцией, устойчивостью ригидных моделей мышления и поведения, приводящих к нарушению социальной адаптации, трудностям межличностного взаимодействия [33], со спецификой мотивационной сферы, малой социальной направленностью личности [7].

Важно отметить, что, несмотря на некоторые общие особенности саморегуляции как в группе лиц с криминальным поведением, так и у лиц с РЛ, данные нарушения возникают у них по разным механизмам. Если дисрегуляция поведения, связанная с фактором криминализации, может определяться дефектами

социализации, различными средовыми влияниями, то регулятивные нарушения, характерные для РЛ, определяются сложным переплетением средовых воздействий с конституциональными и дизонтогенетическими факторами. Более того, выявлены облигатные нарушения саморегуляции для лиц с расстройством личности, в том числе в зависимости от ведущего радикала.

Признано, что мотивационно-смысловая сфера формируется под влиянием опыта человека, обусловленного его деятельностью в окружающем мире на почве конституционально-биологических особенностей. Структура личности представляет собой иерархию смыслообразующих мотивов, которые не только побуждают личность к деятельности, но и придают ей личностный смысл – отношение мотива к цели [16]. Б.В.Зейгарник и Б.С.Братусь [10] указывают, что сформированная иерархия основных мотивов, смысловые образования представляют собой облигатный признак зрелой, сформированной личности. Однако при аномальном развитии, как в случае с расстройствами личности, смысловые образования не только могут быть несформированными, но и подвергаться изменениям при нарушениях операционально-технических особенностей.

Выявленные особенности регулятивной системы могут служить критериями экспертной оценки ограничения саморегуляции, помочь в определении психотерапевтических мишеней, а также методов профилактики возникновения психопатологических синдромов и криминального поведения лиц с расстройствами личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бочкарев В.К., Солнцева С.В., Киренская А.В., Ткаченко А.А.. Сравнительное исследование характеристик волны Р300 и вызванного тета-ритма при шизофрении и расстройствах личности // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120, № 3. С. 41–47.
2. Гадисов Т.Г., Ткаченко А.А. Синдромообразование при расстройствах личности: динамика или коморбидность? // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Т. 30, № 1. С. 88–97.
3. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. Н.Новгород., Медкнига, 2000. 124 с.
4. Горинов В.В., Корзун Д.Н., Васюков С.А., Илюшина Е.А., Шеховцова Е.С. Клинические и судебно-психиатрические аспекты смешанного расстройства личности // Российский психиатрический журнал. 2017. № 2. С. 17–22.
5. Горинов В.В., Корзун Д.Н., Васюков С.А., Илюшина Е.А., Шеховцова Е.С. Судебно-психиатрические аспекты расстройств личности в уголовном процессе: Аналитический обзор. М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2018. 55 с.
6. Горинов В.В., Корзун Д.Н., Васюков С.А. Расстройства личности: современные классификации, диагностика и особенности экспертной оценки // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы. Под ред. В.В.Вандыш-Бубко. М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, 2018. С. 50–63.
7. Горинов В.В., Корзун Д.Н., Шеховцова Е.С. Мотивационная сфера личности и способность к саморегуляции обвиняемых с расстройствами личности // Психология и право. 2019. Т. 9, № 2. С. 208–221.
8. Дубинский А.А., Лысенко Н.Е., Ковалева М.Е. Взаимосвязь индивидуально-типологических особенностей и параметров саморегуляции у лиц, совершивших неагрессивные правонарушения // Вестник психотерапии. 2017. Т. 68, № 63. С. 125–139.
9. Зейгарник Б.В. Патопсихология. Издательство Московского Университета, 1986. 288 с.
10. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. Издательство Московского Университета, 1980. 169 с.
11. Ильин И.П. Мотивация и мотивы. СПб: Питер, 2003. 512 с.
12. Кирой В.Н., Бахтин О.М., Миняева Н.Р. Отражение в параметрах связанных с событиями потенциалов функционирования механизма прогнозирования временного ряда событий // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. 2019. Т. 69, № 1. С. 23–36.
13. Корнилова Т.В. Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности // Психологический журнал. 2010. Т. 31, № 1. С. 74–86.
14. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. Бином. Лаборатория знаний, 2009. 496 с.
15. Лапшина Е.Н. Саморегуляция лиц с пограничной психической патологией, совершивших правонарушение и признанных ограниченно вменяемыми. // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т.16, № 4. С. 47–54.
16. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М. Смысл; Издательский центр «Академия», 2004. 352 с.
17. Лепилкина Т.А., Рупчев Г.Е., Морозова М.А., Ениколопов С.Н. Тест Струпа (Stroop Test). Комплексы психометрических методик для оценки когнитивных функций при шизофрении: Метод. пособие. Чехов: Центр образовательного и научного консалтинга, 2016. 10–11 с.
18. Макушкин Е.В., Мохонько А.Р., Муганцева Л.А. Судебно-психиатрическая экспертная служба Российской Федерации в 2018 г. (по материалам отраслевой статистической отчетности Минздрава России) // Психическое здоровье. 2019. № 7. С. 3–15.
19. Моросанова В.И., Каноз Е.М. Стилевая саморегуляция поведения человека // Вопросы психологии. 2000. № 2. С. 118–127.
20. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего / Под ред. Д.А.Леонтьева. М.: Смысл, 2004, 608 с.

21. Савина О.Ф., Макушкин Е.В., Морозова М.В. Алгоритм экспертного исследования дисрегуляции деятельности в криминальной ситуации у лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. 2018. № 1. С. 31–42.
22. Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. М., 2003. 36 с.
23. Сафуанов Ф.С., Киренская А.В., Ткаченко А.А., Телешева К.Ю., Корнилова С.В., Мямлин В.В. Патохарактерологические особенности лиц с психическими расстройствами, склонных к импульсивной агрессии // Психологические исследования. 2013. Т. 6. № 29. С. 1–6.
24. Хромов А.И. Опыт применения «Теста Струпа» в диагностике внимания у детей и подростков с психическими заболеваниями // Психологическая диагностика. 2017. Т. 14. № 2 (14). С. 71–95.
25. Целиковский С.Б. Модель психической саморегуляции как теоретическая основа анализа криминального агрессивного поведения и личности преступника // Вестник Нижегородского государственного университета. 2013. № 4. С. 58–61.
26. Шостакович Б.В., Огарок Е.М., Ушакова И.М. Расстройства личности и ограниченная вменяемость / Ограниченная вменяемость. под ред. Т.Б.Дмитриева, Б.В.Шостакович, А.А.Ткаченко. М., 2008. 67–80 с.
27. Broverman D.M. Dimensions of cognitive style // J. Personality. 1960. Vol. 28. N 2. P. 167–185.
28. Garofalo C., Neumann C.S., Velotti P. Difficulties in emotion regulation and psychopathic traits in violent offenders // J. Criminal Justice. 2018. Vol. 57. P. 116–125.
29. Kagan J. Reflection-impulsivity: The generality and dynamics of conceptual tempo // J. Abnorm. Psychology. 1966. Vol. 71. P. 17–24.
30. Moore K.E., Tull M.T., Gratz K.L. Borderline personality disorder symptoms and criminal justice system involvement: The roles of emotion-driven difficulties controlling impulsive behaviors and physical aggression // Comprehensive Psychiatry. 2017. Vol. 76. P. 26–35.
31. Stroop J.R. Studies of interference in serial verbal reactions // J. Experiment. Psychology. 1935. Vol. 18 N 6. P. 643–662.
32. Vega D., Torrubia R., Marco-pallarés J., Soto A. Metacognition of daily self-regulation processes and personality traits in borderline personality disorder // J. Affect. Dis. 2020. Vol. 267. P. 243–250.
33. Wilson S., Stroud C.B., Durbin C.E. Interpersonal dysfunction in personality disorders: A meta-analytic review // Psychological Bull. 2017. Vol. 143. N 7. C. 677–734.

НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ

В.В. Горинов, Е.С. Шеховцова, Т.Г. Гадисов, А.А. Ткаченко

В настоящее время расширяется число исследований, пытающихся раскрыть патогенетические механизмы нарушений различных звеньев саморегуляции на разных уровнях у лиц с расстройством личности. Однако работ, предлагающих комплексный клинико-психологический алгоритм оценки саморегуляции у данной категории лиц, явно недостаточно. **Цель работы** – выделение признаков, характеризующих нарушения психической саморегуляции при расстройствах личности. **Материалы и методы.** Было обследовано 142 мужчин с расстройствами зрелой личности, из них 67 – с ведущим эмоционально неустойчивым радикалом, 29 – с истерическим, 14 – с шизоидным, 13 – с параноидным, 3 – с зависимым, 3 – с тревожным и 11 – со

смешанным расстройством личности. Группы сопоставления включали 54 здоровых лиц с нормативным поведением (группа нормы) и 20 психически здоровых лиц с криминальным поведением. Каждый испытуемый прошел комплекс методик, направленных на исследование регулятивных особенностей. **Результаты и заключение.** Была выявлена группа универсальных факторов, связанная с саморегуляцией и характерная для лиц с криминальным поведением в целом. Установлены специфические нарушения саморегуляции для расстройств личности, в том числе в зависимости от ведущего радикала.

Ключевые слова: расстройства личности, саморегуляция, криминальное поведение, мотивационно-смысловая сфера.

ENTAL IMPAIRMENTS OF SELF-REGULATION IN PERSONALITY DISORDERS

V.V. Gorinov, E.S. Shekhovtsova, T.G. Gadisov, A.A. Tkachenko

Currently, the number of studies that trying to reveal the pathogenetic mechanisms of impairments of various links of self-regulation at different levels in persons with personality disorder is expanding. However, there are clearly not enough works offering a comprehensive clinical and psychological algorithm for assessing self-regulation in this category of persons. **Objective** - construction of models of the evidence-based algorithm for complex psychological and psychiatric diagnostics of personality disorders based on the identification of signs that characterize disorders of self-regulation. **Materials and methods:** 142 participants with personality disorders were examined, of which 67 - with an emotionally unstable radical (48.6%), 29 - with a histrionic radical (20.4%), 14 - with a schizoid radical (9.9%), 13 - with paranoid radical (9.2%), 3 with dependent radical (2.1%), 3

with avoidant radical (2.1%) and 11 with mixed personality disorder (7.7%). The comparison groups included 54 healthy individuals with normative behavior (the norm group) and 20 mentally healthy individuals with criminal behavior. Each participant completed a set of techniques aimed at studying regulatory features. **Results.** A group of universal factors associated with self-regulation, characteristic of persons with criminal behavior in general, was identified. Specific impairments of self-regulation have been established for persons with personality disorders. It was also revealed that persons with personality disorders have specific impairments and features of the self-regulation system, depending on the leading radical.

Keywords: personality disorders, self-regulation, criminal behavior, motivational and semantic sphere.

Горинов Виктор Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник Отделения психогений и расстройств личности ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; email: viktor-gorinov@yandex.ru

Шеховцова Елена Сергеевна – научный сотрудник Отделения психогений и расстройств личности ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; email: shiha.l@mail.ru

Гадисов Тимур Гамидович – аспирант ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; email: gadisovtmr@gmail.com

Ткаченко Андрей Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; профессор ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова» Минздрава России; email: tkachenko_gnc@mail.ru

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕАКЦИИ БОЛЬНЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА НА СИТУАЦИЮ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

И.Л. Степанов, В.В. Крюков

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

Возникновение коронавирусной пандемии стало вызовом для мировой медицины, и, в частности, психиатрической науки и практики. Влияние новой малоизученной формы коронавируса на организм человека характеризуются различными клиническими проявлениями, включая часто встречающиеся психические нарушения [3]. При поражении коронавирусной инфекцией наблюдается широкий разброс тяжести клинических проявлений: от легких нарушений гомеостаза до нарушений, несовместимых с жизнью, что создает в обществе ситуацию тревожной неопределенности и угрозы в отношении здоровья и жизни. В связи с быстрым распространением COVID-19 системы здравоохранения сталкиваются с серьезными задачами предотвращения, выявления и терапии данного заболевания. Хотя данные проблемы и обусловлены в первую очередь непосредственным инфекционным процессом, но в целом проявляются в таких последствиях как разнообразные нарушения физического здоровья, а также имеют существенное последующее влияние и на психическое здоровье [1, 3, 12]. Комплекс патогенных факторов информационной, биологической и социальной природы имеет многочисленные механизмы воздействия на популяционное психическое здоровье, что требует внимания исследователей и практиков в области глобального здравоохранения [17].

По некоторым оценкам, психическими расстройствами страдают 20–25% взрослого населения (450 миллионов чел. в мире) и их частота, с большой степенью вероятности, увеличится во время пандемии.

Исследования показывают, что клинические проявления COVID-19 могут включать в себя симптомы тревоги, депрессии, дистресса и стрессовых расстройств как среди взрослых, так и среди детей [1, 2, 6]. Кросс-секционные опросы, проводившиеся в период с января по апрель 2020 года, отмечают клинически значимые психические симптомы

у 36% взрослых. Серия интернет-опросов, проведенных в январе и феврале 2020 года ($n_1 > 1200$ и $n_2 > 2400$), выявила у опрошенных в 9–17% случаев умеренную или тяжелую депрессию [14, 19]. При онлайн-опросе, проведенном в Китае в январе-феврале 2020 года и включавшем более 1 200 респондентов, в основном взрослого возраста, умеренная или сильная тревожность присутствовала у 29% опрошенных [19]. Психологический дистресс с переживаниями депрессии, безнадежности и нервозности встречался у 12–36% взрослых [16, 19].

Согласно интернет-опросу взрослых американцев ($n > 1400$), проведенному в апреле 2020 года, явления психологического дистресса фиксировались у 14% обследованных. Кроме того, распространенность дистресса была выше по сравнению с результатами аналогичного опроса, проведенного в 2018 году (14% против 4%) [10].

При онлайн-опросах в Китае распространенность симптомов стрессовых расстройств варьировала в широких пределах – от 3 до 7% взрослых опрошенных. Обследование студентов колледжа, находящихся на домашнем карантине ($n > 2\,400$), в феврале 2020 года, выявило наличие признаков стрессовых расстройств у 3% обследованных [14]. Интернет-опрос почти 300 взрослых респондентов, проведенный в те же сроки, обнаружил признаки ПТСР (симптомы вторжения, избегания, негативные изменения настроения и когнитивных функций, а также перевозбуждение) у 7% [9].

К настоящему времени накопились указания на то, что заболевание COVID-19 способно провоцировать развитие психического расстройства. По данным исследования группы американских авторов у пациентов, перенесших COVID-19 и не имевших ранее психических расстройств, достоверно чаще, в период 14–90 дней после выздоровления встречаются некоторые психопатологические расстройства из круга расстройств аффективного спектра [3, 15].

Особо уязвимые группы представляют лица старческого возраста, пациенты с ослабленным иммунитетом и пациенты с хроническими заболеваниями, которые также испытывают повышенную тревогу, депрессию и беспокойство [12]. Социально-экономические депривации, пожилой возраст и определенные патологические соматические и психические состояния связаны с повышенным риском развития более тяжелой формы протекания COVID-19 [5]. Высказываются опасения, что лица с текущими психическими расстройствами могут представлять группу с повышенным риском заражения COVID-19 и более тяжелой формой течения инфекционного заболевания [3, 18].

В ряде случаев, особенно у лиц, ранее перенесших психотические эпизоды, могут развиваться обострения психоза по типу *Folie à deux* [11].

Ранее существовавшие представления предполагали интактность детской возрастной группы к патологическим факторам пандемии. Однако, исследования китайских специалистов указывают, что характер патогенного влияния психологических факторов также распространяется и на детский контингент. При кросс-секционном онлайн-опросе с самоотчетами у китайских учеников 2–6 классов, которые находились на домашнем карантине в среднем 34 дня, в феврале-марте 2020 года у 20% выявлялись тревожные и депрессивные симптомы и почти две трети из обследованных были обеспокоены возможностью заражения [20].

Результаты опроса, проведенного среди населения КНР начиная с декабря 2019 года, фиксируют значительную распространенность психических расстройств, преимущественно в виде симптомов генерализованного тревожного расстройства (35,1%) и депрессии (20,1%) с выраженными нарушениями сна (18,1%), как правило, у лиц молодого возраста [7].

У пациентов с недавним диагнозом психического расстройства и инфекцией COVID-19 уровень смертности составлял 8,5% против 4,7% среди пациентов с COVID-19 без психических расстройств ($p < 0,001$), а частота госпитализаций составляла 27,4% против 18,6% среди пациентов с COVID-19 без психических расстройств ($p < 0,001$). Эти результаты указывают на то, что пациенты с психическим расстройством относятся к группе повышенного риска заражения COVID-19, которая еще более усугубляется более высокой частотой неблагоприятных исходов инфекции [18].

Разнообразные центральные неврологические нарушения возникают у большинства госпитализированных с COVID-19 [2, 3]. Энцефалопатические признаки были связаны с повышением заболеваемости и смертности от COVID-19 независимо от тяжести цереброваскулярного заболевания [8].

Некоторые авторы отмечают, что приводимые в публикациях данные дают полезные представления о бремени болезни и могут помочь сформировать гипотезы, но они не всегда проводятся корректными

методами с точки зрения доказательности результатов [13].

Приведенные данные достаточно определенно указывают на существенное влияние как психогенных факторов пандемии, так и непосредственного влияния инфекционного заболевания на состояние психического здоровья населения. И в этом ряду особое внимание требуется для оценки влияния комплекса патогенных факторов на состояние здоровья лиц с психическими расстройствами и заболеваниями.

Материал и методы

В исследовании, проводившемся в период с июля 2020 года по сентябрь 2020, приняли участие 323 пациента. Все обследованные были госпитализированы в различные стационарные клинические отделения Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России. Все пациенты были информированы о текущей эпидемической обстановке, связанной с пандемией COVID-19 как из средств массовой информации, так и во время сбора эпиданамнеза при поступлении в стационар.

При поступлении проводилась клинико-психопатологическая оценка статуса больного, позволяющая квалифицировать болезненное состояние и определить диагностическую группу расстройства. Для оценки степени влияния психологических факторов пандемии COVID-19 применялась шкала DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale – Шкале депрессии, тревоги и стресса-21), содержащая 21 вопрос, требующий ранжированного ответа. Квалификация оценки показателей DASS-21 строилась на традиционной методике и включала в себя подсчет баллов по субшкалам Депрессии, Тревоги и Стресса. Заполнение шкалы DASS-21 проводилось в рамках клинического обследования лечащими врачами.

Отдельно по историям болезни оценивались параметры, относящиеся к оценке влияния ситуации пандемии на самочувствие больного по жалобам и психическому состоянию пациентов. Степень вовлеченности переживаний пациентов по поводу коронавирусной пандемии квалифицировалась клинически ретроспективно при анализе истории болезни. Градация признака строилась по следующей шкале:

0 – «Не отмечающие влияния» – отсутствие жалоб на какое-либо влияние информационно-ситуативных факторов текущей коронавирусной пандемии на психическое состояние пациента.

1 – «Отмечающие некоторое влияние» – отсутствие активных жалоб, но в психическом статусе пациента врач отмечал связь ухудшения состояния с информированностью пациента о текущей коронавирусной пандемии как с дополнительнымотягающим фактором.

2 – «Отмечающие как непосредственный фактор, определяющий психическое состояние» – активно

предъявляемых жалоб врачу и описания соответствующего психического состояния.

Пациенты обследовались не выборочно. Методика анализа ситуационного влияния пандемии на психическое состояние пациентов исключала со стороны исследователя дополнительное воздействие на формирование и индуцирование переживаний по поводу пандемии у больных. Психиатрическая оценка жалоб и психического состояния пациентов при поступлении производилась лечащими врачами в обычном режиме и не акцентировала внимания больных на связи их психического состояния с информацией о текущей пандемии. Пациенты излагали свои жалобы без специальных наводящих на эту связь вопросов со стороны врача.

Таким образом, исследователь мог с большей объективностью ретроспективно по историям болезни оценить спонтанные жалобы больных на свое психическое состояние.

Для статистического анализа использовались стандартные статистические программные пакеты Statistica 7 и AtteStat for Exel 3.04. Сравнение статистических выборок производилось с использованием непараметрического сравнения несвязанных групп с использованием критерия Манна-Уитни, также использовались показатели описательной статистики для качественных признаков. Основная группа состояла из 323 обследуемых, при анализе различий, связанных с половыми признаками, массив обследуемых составил 316 человек.

С учетом широкого разброса диагностических форм госпитализированных было принято решение об объединении обследуемых в крупные диагно-

стические кластеры V класса заболеваний, соответствующие основным обобщенным критериям вида и формы психического расстройства в границах основных диагностических групп, не превышающих детализацию диагноза более третьего знака: (F00 – Органические, включая симптоматические, психические расстройства; F10 – Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ; F20 – Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства; F30 – Расстройства настроения или аффективные расстройства; F40 – Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства; F60 – Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте).

Общая характеристика выборки

Возраст женщин несколько выше ($n=189$, $m \pm \sigma = 38,1 \pm 15,8$), чем у мужчин ($n=134$, $m \pm \sigma = 35,2 \pm 12,25$). В общей выборке преобладали пациенты преимущественно молодого и среднего возраста. Наибольший средний возраст отмечен у больных из кластера F00 с органическими расстройствами (табл. 1).

По диагностическим категориям МКБ-10 преобладали больные с аффективными расстройствами, шизофренией, невротическими и органическими расстройствами, а группы с алкогольной зависимостью и расстройствами личности оказались незначительными по количеству (табл. 1).

В группах аффективных, органических, невротических расстройств по представленности существенно преобладали женщины (табл. 2).

Таблица 1

Возраст и диагностические группы пациентов

ВОЗРАСТ по диагностическим группам (n=323)												
Возрастные группы	F00		F10		F20		F30		F40		F60	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
18–24	3	7,5	0	0	28	32,2	33	25,6	14	25,9	5	62,5
25–34	4	10	1	20	34	39,1	30	23,3	16	29,6	1	12,5
35–44	6	15	1	20	11	12,6	24	18,6	12	22,2	2	25
45–54	12	30	2	40	5	5,7	18	14,0	6	11,1	0	0
55–64	8	20	1	20	6	6,9	19	14,7	6	11,1	0	0
>65	7	18	0	0	3	3,4	5	3,9	0	0,0	0	0
Итого	40	100	5	100	87	100	129	100	54	100	8	100

Таблица 2

Количество обследованных в диагностических группах по полу

Диагностические группы (n= 323)												
Пол	F00		F10		F20		F30		F40		F60	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Мужчины	13	32,5	3	60	46	52,9	44	34,1	24	44,4	4	50
Женщины	27	67,5	2	40	41	47,2	85	65,9	30	55,6	4	50
Итого	40	100	5	100	87	100	129	100	54	100	8	100

Отдельно исследовались психически больные, переболевшие новой коронавирусной инфекцией до поступления в стационар – всего 7 человек (2 муж., 5 жен.), преимущественно молодого и среднего возраста ($m \pm \sigma = 35,6 \pm 14,4$).

Результаты

Важно отметить, что приблизительно равный процент женщин (27,9%) и мужчин (23,1%) отметили некоторую обеспокоенность по поводу ситуации, связанной с пандемией COVID-19 (табл. 3), при этом всего по выборке данная ситуация, как непосредственный фактор, определяющий психическое состояние, отметили 15,04% мужчин (20 чел.) и 24,2% женщин (46 чел.).

Ситуация пандемии COVID-19 как фактор, «влияющий в некоторой степени» или как «непосредственный фактор, определяющий психическое состояние», в большей мере отмечен в группах аффективных F30 и невротических F40 расстройств

(табл. 4), в остальных группах его влияние как определяющего психическое состояние незначительно. В группе шизофрении ситуация пандемии по сравнению с другими влияла в незначительной степени (и как фактор, «влияющий в некоторой степени» и как фактор «непосредственно определяющий психическое состояние»).

Группа с аффективными расстройствами достоверно превосходила по выраженности стресса группу органических расстройств ($p=0,01$), а по тревоге близко к достоверному значению ($p=0,06$); по выраженности депрессии группы аффективных и личностных расстройств превосходили группу органических (соответственно $p=0,0001$ и $p=0,02$, тест Манна-Уитни).

Показатели шкалы DASS-21 по уровню стресса были выше у лиц с алкогольной зависимостью, несколько меньше при аффективных и личностных расстройствах (табл. 5, рисунок). Тревога более выражена у больных алкогольной зависимостью и

Таблица 3

Ситуационное влияние пандемии COVID-19 на психическое состояние пациентов с учетом диагностической группы

Степень влияния информированности на состояние пациентов	Диагностические группы (N=323)											
	F00		F10		F20		F30		F40		F60	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Не отмечающие влияния	29	72,5	3	60	77	88,5	49	38,0	14	25,9	4	50
Отмечающие некоторое влияние	10	25	1	20	8	9,2	41	31,8	21	38,9	4	50
Отмечающие как непосредственный фактор, влияющий на псих. состояние	1	2,5	1	20	2	2,3	39	30,2	19	35,2	0	0
Всего	40	100	5	100	87	100	129	100	54	100	8	100

Таблица 4

Показатели шкалы DASS-21 по диагностическим группам

Субшкалы DASS-21	Диагностические группы											
	F00		F10		F20		F30		F40		F60	
	m	δ	m	δ	m	δ	m	δ	m	δ	m	δ
Стресс	8,7/л	6,6	12,4/у	4,8	8,4/л	6,4	11,6/у	5,9	9,1/у	5,9	11,6/у	4,0
Тревога	6,6/у	5,7	9,0/т	4,7	5,97/л	5,2	8,33/т	6,2	6,6/у	5,5	9,0/т	6,8
Депрессия	6,8/л	6,3	6,4/л	5,8	7,83/у	6,0	11,76/т	6,7	8,1/у	6,1	11,6/т	3,4

Примечания: обозначения баллов в DASS-21 л – легкие нарушения, у – умеренные, т – тяжелые.

Таблица 5

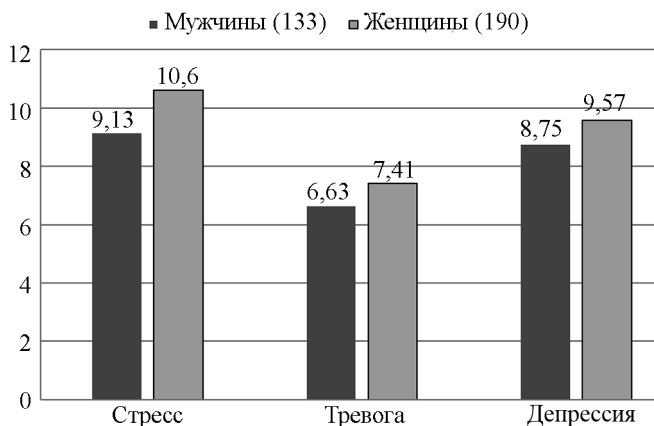
Детализированная оценка влияния ситуации пандемии COVID-19 на свое психическое состояние переболевшими пациентами

Детализация степени влияния	Переболевшие COVID-19		Не болевшие COVID-19		
	Абс.	%	Абс.	%	p
Не отмечающих влияния	1	14,28*	168	53,16	$p=0,04$
Отмечающих некоторую обеспокоенность	3	42,85	83	26,3	$p=0,31$
Отмечающих значимое влияние на псих. состояние	2	28,57	47	14,9	$p=0,32$
Отмечающих как непосредственный фактор, определяющий псих. состояние	1	14,28	18	5,7	$p=0,36$
Всего	7	100**	316	100	$p<0,01$

Примечания: * – $p<0,05$; расчёт произведен путем сравнения двух пропорций; ** – $p<0,01$; различия между группами по методу Манна-Уитни.

при личностных расстройствах, менее при аффективных расстройствах. Выраженность депрессии значительно преобладала у больных аффективными и личностными расстройствами.

На рисунке показано, что женщины по сравнению с мужчинами ($n=323$) более подвержены стрессу ($p=0,02$), и как тенденция – тревоге и депрессии.



Показатели DASS-21 в зависимости от пола

Таблица 6

Показатели DASS-21 в группах пациентов, переболевших COVID-19 и не болевших COVID-19

Субшкалы DASS-21	Переболевшие COVID-19 (n=7)		Не болевшие COVID-19 (n=316)		p
	m	б	m	б	
Стресс	12,3	4,5	9,9	6,3	p=0,15
Тревога	9,4	5,4	7,1	5,8	p=0,12
Депрессия	10,4	6,0	9,2	6,5	p=0,29

Примечания: Показатель p рассчитан методом исчисления критерия Манна-Уитни.

Пациенты, не болевшие COVID-19, достоверно реже отмечали влияние информированности о пандемии COVID-19 на свое психическое состояние в отличие от переболевших, и анализируемые группы достоверно отличались между собой. У данных пациентов при анализе более детально ранжирована степень влияния ситуации пандемии; подгруппа «отмечающие некоторое влияние» разделена на «отмечающих некоторую обеспокоенность» и «отмечающих значимое влияние на психическое состояние» (табл. 5).

Переболевшие COVID-19 на уровне тенденции показали более выраженные в среднем значения по субшкалам DASS-21 (табл. 6).

При гендерном сравнении не болевших COVID-19 пациентов мужчины на уровне тенденции реже отмечали влияния ситуации пандемии на свое состояние, достоверно реже – «некоторое влияние», однако 16,7% из них достоверно чаще считали эту ситуацию причиной обострения своего состояния (табл. 7).

Женщины по выраженности стресса, тревоги и депрессии достоверно превосходили мужчин в подгруппе «отмечающие некоторое влияние» ситуации пандемии на психическое состояние (табл. 8). По подгруппам «не отмечающие влияния» и «отмечающие как непосредственный фактор, определяющий психическое состояние», достоверных отличий не получено.

Заключение

Пациенты с психическими расстройствами, так же как и другие члены общества, находятся в стрессовой информационной и эпидемиологической обстановке пандемии новой коронавирусной инфекции. По сравнению со здоровой популяцией психически больные

Таблица 7

Гендерные характеристики ситуационного влияния пандемии на психическое состояние пациентов, не болевших COVID-19

Степень влияния ситуации пандемии на состояние пациентов	Мужчины		Женщины		
	Абс.	%	Абс.	%	p
Не отмечающие влияния	80	60,61	96	52,2	p=0,11
Отмечающие некоторое влияние	30	22,73	72	39,1	p=0,003
Отмечающие как непосредственный фактор, определяющий психическое состояние	22	16,7	16	8,69	p=0,03
Всего	132	100,00	184	100,00	

Примечания: при расчете по методу Манна-Уитни: недостоверно «не отмечающие влияния».

Таблица 8

Ситуационное влияние факторов пандемии COVID-19 на показатели уровня стресса, тревоги и депрессии по DASS-21 в зависимости от пола пациентов

Степень влияния ситуации пандемии на состояние пациентов	Мужчины			Женщины		
	Стресс	Тревога	Депрессия	Стресс	Тревога	Депрессия
	m±б	m±б	m±б	m±б	m±б	m±б
Не отмечающие влияния	8,84±6,31	6,26±5,42	8,28±6,01	9,35±6,46	6,58±6,47	7,69±6,26
Отмечающие некоторое влияние	7,53±6,27***	4,7±4,81***	8,04±6,82**	11,9±5,52***	8,4±5,41***	11,2±6,34**
Отмечающие как непосредственный фактор, определяющий психическое состояние	11,95±5,46	9,91±5,31	10,86±6,56	11,4±5,97	8,5±5,6	11,6±6,94

Примечания: расчет проведен по методу Манна-Уитни * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,01$.

могут быть более уязвимы к негативному информационному контенту и новым обстоятельствам жизни, болезненно воспринимая перемены и интерпретируя ситуацию в контексте своих переживаний с той или иной степенью вовлеченности, следствием чего могут быть обострения психического состояния.

В представленном исследовании проведена оценка степени вовлеченности больных различными психическими расстройствами в ситуацию пандемии COVID-19, поступивших на стационарное лечение в различные клиники Московского НИИ психиатрии за период июля-сентября 2020 года. Данный пандемический этап мы оцениваем с эпидемиологической точки зрения как временный, статистически обоснованный спад инфекционной заболеваемости, но с психиатрических позиций – а) дальнейшим периодом развития информационной психотравмирующей и алармической ситуации; б) расширением круга непосредственно знакомых, переболевших в той или иной форме; в) формированием определенного набора информационных мифов и представлений, болезненно гипертрофирующих ситуацию, придающих ей черты безысходности, фатальности и неизбежности.

В целом по выборке как непосредственный фактор, определяющий развитие психического состояния, отметили 24,2% женщин и 15,0% мужчин, при этом женщины достоверно более подвержены стрессу, чем мужчины. Это означает, что 1/5 (20,4%) всех больных психиатрического стационара (мужчин и женщин) были госпитализированы по поводу обострения психического состояния только в результате информированности о пандемии COVID-19 и, вероятно, изменения образа жизни в связи с эпидемиологическим режимом. Психопатологическое состояние можно было бы определить как психогению нозофобической структуры, однако необходимо также учитывать неоднозначное влияние социальных ограничений в силу противоэпидемических мероприятий, имеющих разноплановый характер по степени выраженности и продолжительности психотравмирующих последствий (детализация анализа патогенных факторов выходит за границы данного сообщения).

Приблизительно у ¼ (25,9%) всех пациентов вследствие этого ухудшилось прежнее состояние. Среди всех обследованных только 47,9% женщин и 61,94% мужчин не отмечали никакого влияния

текущей пандемии на свое состояние. Наибольшая подверженность влиянию ситуации с пандемией отмечена у пациентов групп аффективных F30 (по частоте встречаемости и выраженности депрессии) и невротических F40 (по частоте встречаемости) расстройств, а наименьшая – у больных шизофренией F20, что обусловлено доминированием их собственных переживаний и меньшей социальной вовлеченностью. Группы органических расстройств F00 и шизофрении F20 по выраженности субшкал DASS-21 показали наименьшие значения по выборке. Незначительные по представленности группы личностных расстройств F60 и алкогольной зависимости F10, напротив, показали выраженные значения по «тревоге-депрессии» и «тревоге» соответственно.

Пациенты, переболевшие COVID-19, острее переживали ситуацию пандемии, чем не болевшие. Не болевшие COVID-19 мужчины реже отмечали связь своего состояния с пандемией, чем не болевшие женщины, но среди мужчин по сравнению с женщинами отмечена достоверно преобладающая по численности подгруппа, чье психическое состояние определялось ситуацией пандемии. В целом по выраженности стресса, тревоги и депрессии женщины достоверно превосходили мужчин в подгруппе «отмечающие некоторое влияние» ситуации пандемии на психическое состояние, а в подгруппах «не отмечающие» и «отмечающие как непосредственный фактор, влияющий на психическое состояние» показали приблизительно равные с мужчинами значения.

Проведенный психопатологический анализ позволил определить соотношение реакции на ситуацию пандемии COVID-19 пациентов психиатрического стационара и ответить на главный вопрос о том, что значительное количество стационарных больных свое психическое состояние оценивают как полностью или частично связанное со сложившейся эпидемиологической обстановкой и ее негативным восприятием, нарушением социальной адаптации и необходимостью госпитализации. Подобные обстоятельства позволяют предполагать дополнительную нагрузку на стационарную психиатрическую службу в период текущей пандемии COVID-19, что требует повышения ее готовности к возможным нестандартным ситуациям и дополнительным медико-реабилитационным мероприятиям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельтищев Д.Ю., Лисицына Т.А., Борисова А.Б. Психическое здоровье населения различных стран в период пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19) // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Т. 30. № 4. 83–86.
2. Шепелева И.И., Чернышева А.А., Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И., Турина О.И. COVID-19: поражение нервной системы и психолого-психиатрические осложнения // Социальная и Клиническая психиатрия. 2020. Т. 30, №4. С. 76–82.
3. Шмуклер А.Б. Психоневрологические расстройства у пациентов с новой коронавирусной инфекцией как мультидисциплинарная проблема // Социальная и клиническая психиатрия. 2021. Т. 31, №1. С. 65–73.
4. Armitage R., Nellums L.B. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly // Lancet Public Health. 2020. Vol. 5. P. e256.
5. Heitzman J. Impact of COVID-19 pandemic on mental health // Psychiatr. Pol. 2020. Vol. 54(2). P. 187–198.
6. Holmes E.A., O'Connor R.C., Perry V.H. et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science // Lancet Psychiatry. 2020. Vol. 7. P. 547.
7. Jiaqi Xiong, Orly Lipsitz, Flora Nasri et al. Impact of COVID-19

- pandemic on mental health in the general population: A systematic review // *J. Affect. Dis.* 2020. Vol. 277. P. 55–64.
8. Liotta E.M., Batra A., Clark J. et al. Frequent neurologic manifestations and encephalopathy-associated morbidity in Covid-19 patients // *Ann. Clin. Transl. Neurol.* 2020. Vol. 7(11). P. 2221–2230.
 9. Liu N., Zhang F., Wei C. et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter // *Psychiatr. Res.* 2020. Vol. 287. P. 112921.
 10. McGinty E.E., Presskreischer R., Han H., Barry C.L. Psychological Distress and Loneliness Reported by US Adults in 2018 and April 2020 // *JAMA.* 2020. Vol. 324. P. 93–94.
 11. Moukaddam N., Shah A. Psychiatrists beware! The impact of COVID-19 and pandemics on mental health // *Psychiatr. Times.* 2020. Vol. 37(3). P. 11–12.
 12. Pfefferbaum B., North C.S. Mental Health and the Covid-19 Pandemic // *N. Engl. J. Med.* 2020. United Nations: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. 2020. (accessed May 25, 2020).
 13. Pierce M., McManus S., Jessop C. et al. Says who? The significance of sampling in mental health surveys during COVID-19 // *Lancet Psychiatry.* 2020. Vol. 7(7). P. 567–568.
 14. Tang W., Hu T., Hu B. et al. Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students // *J. Affect. Dis.* 2020. Vol. 274. P. 1.
 15. Taquet M., Luciano S., Geddes J.R. et al. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA // *Lancet Psychiatry.* 2021. Vol. 8(2). P. 130–140.
 16. Tian F., Li H., Tian S. et al. Psychological symptoms of ordinary Chinese citizens based on SCL-90 during the level I emergency response to COVID-19 // *Psychiatr. Res.* 2020. Vol. 288. P. 112992.
 17. Triggler C.R., Bansal D., Farag E., Abu Baker Abd., Ding H., Sultan A.A., Rosenberg H.F. COVID-19: Learning from Lessons To Guide Treatment and Prevention Interventions // *mSphere.* 2020. Vol. 5(3). P. 1–13.
 18. Wang Q.Q., Xu R., Volkow N.D. Increased risk of infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States // *World Psychiatry.* 2021. Vol. 20(1). P. 124–130.
 19. Wang C., Pan R., Wan X. et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020. Vol. 17(5). P. 1729.
 20. Xie X., Xue Q., Zhou Y. et al. Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China // *JAMA Pediatr.* 2020. N 4. P. 1619 (online).

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕАКЦИИ БОЛЬНЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА НА СИТУАЦИЮ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

И.Л. Степанов, В.В. Крюков

Представлен анализ уровня стресса и аффективных расстройств с использованием шкалы DASS-21 у больных с различными формами психической патологии, поступивших на госпитализацию в психиатрический стационар. Показана степень их вовлеченности в своих переживаниях в ситуационное влияние пандемии COVID-19. Обследовано 323 пациента обоего пола. Установлено, что 1/5 (20,4%) всех больных психиатрического стационара (муж. и жен.) были госпитализированы в связи психическим расстройством, включая обострения уже существующего заболевания, в результате переживаний ситуации с пандемией COVID-19 и, вероятно, изменения образа жизни в связи с

эпидемиологическим режимом. Наибольшая подверженность влиянию ситуации с пандемией отмечена у пациентов из кластера F30 по частоте встречаемости и выраженности депрессии; кластера F40 по частоте встречаемости расстройств; наименьшая выраженность симптомов отмечена у больных из кластера F20. Подобные обстоятельства позволяют предполагать дополнительную нагрузку на стационарную психиатрическую службу в период текущей пандемии COVID-19.

Ключевые слова: больные с психическими расстройствами, пандемия COVID-19, аффективные, тревожные расстройства, DASS-21, психическое здоровье.

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL ASSESSMENT OF THE REACTION IN-PATIENTS TO PANDEMIC OF A NEW CORONAVIRUS INFECTION

I.L. Stepanov, V.V. Krjukov

The level of affective disorders was carried out using the DASS-21 scale in patients with serious forms of mental pathology in a psychiatric hospital. The degree of their involvement in their experiences in the situational impact of the COVID-19 pandemic is shown. 323 patients of both sexes were examined. It was found that 1/5 (20.4%) of all patients in a psychiatric hospital (men and women) were hospitalized for mental exacerbation only as a result of worries about the situation with the COVID-19 pandemic and, probably, lifestyle changes due to epidemiological restrictions. The greatest susceptibility to the influence of

the pandemic situation was observed in patients from cluster F30 (mood disorders) by the frequency of occurrence and severity of depression; and cluster F40 (neurotic disorders) according to the frequency of occurrence of disorders; and the least severity of signs was noted in patients from the F20 cluster (schizophrenia, schizotypal and delusional disorders). Such circumstances suggest an additional burden on inpatient mental health services during the current COVID-19 pandemic.

Key words: patients with mental disorders, COVID-19 pandemic, affective, anxiety disorders, DASS-21, mental health.

Степанов Игорь Львович – доктор медицинских наук, руководитель отделения расстройств аффективного спектра Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» МЗ РФ; email: stig2006@rambler.ru

Крюков Вадим Викторович – кандидат медицинский наук, ведущий научный сотрудник отделения расстройств аффективного спектра Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» МЗ РФ; email: vkryukov@yandex.ru

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬЮ

П.А. Понизовский¹, Е.П. Скурат^{3,4}, А.В. Трусова^{3,4},
А.Б. Шмуклер¹, А.О. Кибитов²

¹Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФБГУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России

²Национальный научный центр наркологии –
филиал ФБГУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России

³ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и
неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

⁴Санкт-Петербургский Государственный университет

В связи со стремительным развитием компьютерных технологий в современном мире перед системой общественного здравоохранения все острее встает проблема интернет-зависимости (ИЗ) и ее негативных психосоциальных последствий. Истинная распространенность ИЗ до сих пор неясна, так как диапазон ее оценок, зарегистрированных в научной литературе, очень широк (от 0,7% в Норвегии до 36,9% в Малайзии) [18, 27]. Немногочисленные работы, проводимые в отдельных регионах РФ, также обнаруживают разнящиеся показатели распространенности ИЗ. Обследование 150 старшеклассников и студентов психологами в г.Петрозаводске выявил степень проблемного использования интернета на уровне 2,7% [7]. Анализ популяции московских подростков показал, что ИЗ присутствует у 4,3% обследованных [9]. Среди 169 обследованных студентов ВУЗов г.Уфы, Республика Башкирия, 12% обследованных имели ИЗ [2]. Причиной такого «разброса данных», по-видимому, служат не только популяционные различия, но и разнообразие инструментов оценки и операциональных определений ИЗ, используемых авторами при проведении исследований.

К настоящему времени накоплены доказательства того, что ИЗ многогранна и проявляется различными формами онлайн-поведения [65]. Среди видов интернет деятельности, которые при чрезмерной в них вовлеченности способны нарушить нормальное функционирование, выделяют онлайн-игры и многопользовательские онлайн-ролевые игры [16, 31], азартные игры в Интернете [39], покупки в Интернете [76, 82], просмотр порнографии [21, 63], частые проверки электронной почты и обмен мгновенными сообще-

ниями [51], а также чрезмерное использование социальных сетей [59, 60].

В настоящее время из всех форм ИЗ в DSM-5 под заголовком «состояния, требующие дальнейшего изучения», включено лишь Интернет игровое расстройство (Internet Gaming Disorder) [33]. Предварительный вариант «Международной классификации болезней» 11 пересмотра (МКБ-11), принятый в мае 2019 года на Всемирной ассамблее здравоохранения в Женеве, вслед за DSM-5 также был дополнен диагностической категорией «Игровое расстройство» [50].

Считается, что среди лиц, страдающих ИЗ, преобладают мужчины [34, 78, 84]. Хотя женщины тоже подвержены этой патологии [42, 84, 87], ни в одном исследовании не сообщалось о более высоких показателях ИЗ среди них. Поскольку большинство клинических исследований ИЗ включают только участников мужского пола [61], женская популяция, демонстрирующая признаки зависимости от Интернета, остается недостаточно изученной.

Многие исследователи отмечают, что мужчины и женщины различаются по предпочитаемым ими формам интернет активности и потому склонны к развитию того или иного вида ИЗ [42]. Для мужчин чаще характерна зависимость от сетевых онлайн-игр [3, 36, 52], интернет порнографии, а также азартных игр онлайн [52, 62]. С женским полом чаще ассоциированы чрезмерное использование чатов и социальных сетей [3, 17, 36, 59, 62], а также избыточный интернет шопинг [76].

В ряде систематических исследований и мета-анализов была выявлена выраженная корреляция между ИЗ и психическими расстройствами. Было установлено, что ИЗ в основном может сочетаться со

злоупотреблением алкоголем, синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), депрессивными и тревожными расстройствами, враждебностью и агрессией, а также с обсессивно-компульсивными симптомами [22, 45, 58].

Опыт пилотного исследования, проведенного в рамках российского междисциплинарного проекта по выявлению и валидации системы комплексных молекулярно-генетических и психологических маркеров высокого риска развития ИЗ [6], показал, что у пациентов с ИЗ психиатрические диагнозы (в основном аффективные и тревожные расстройства) выявляются в 9 раз чаще, чем в контрольной группе, состоящей из добровольцев, не имевших ИЗ [4]. Коморбидные интернет-зависимости психические расстройства были выявлены в 54,3% случаях и представлены: расстройствами настроения (35,7%); невротическими, связанными со стрессом расстройствами (33,3%); расстройствами личности, привычек и влечений (23,8%); употреблением психоактивных веществ с вредными последствиями (4,8%); шизотипическим расстройством (2,4%) [3].

Особое внимание уделяется изучению психосоциальных факторов риска развития болезней зависимости в целом и ИЗ в частности. Установлено, что особенности воспитания и неблагоприятный детский опыт влияют на формирование аддиктивных и аффективных расстройств в более позднем возрасте [57, 66, 67, 77, 80]. Воздействие хронических психосоциальных стрессоров, даже просто опыт проживания в атмосфере насилия, которому человек не подвергается, а является лишь свидетелем, приводит к активации нейроэндокринной гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси мозга, которая оказывает выраженное влияние на формирование паттернов аддиктивного поведения, особенно в подростковом возрасте [35]. В этом случае возможна трактовка ИЗ как результата бегства от реальности, ухода от агрессивной действительности в более безопасный и позитивный иллюзорный мир [13].

Описывая личностные факторы, предрасполагающие к ИЗ, исследователи отмечают, что зависимые индивидуумы характеризуются более низкой степенью экстраверсии [1, 48], преобладанием акцентуаций неустойчивого и шизоидного типов [5, 11], робостью, нерешительностью и неуверенностью в себе [40, 74], импульсивностью [25, 74], высоким уровнем нейротизма [23, 83], перфекционизма, фобической тревоги и гиперсенситивного нарциссизма [14].

Многие исследователи указывают на тесную связь между уровнем агрессии и ИЗ. Было показано, что уровень агрессивности у подростков, имеющих ИЗ, выше по сравнению с независимыми от интернета подростками [15, 55, 56, 64]. При систематическом анализе исследований, посвященных коморбидности ИЗ с другой психопатологией, было обнаружено, что 66% таких работ регистрировали сочетание ИЗ с враждебностью и агрессией [22].

Также во многих исследованиях устанавливалась связь между социальной тревожностью и ИЗ [19, 53, 75, 85], при этом имеется в виду тревога, возникающая при межличностном взаимодействии. Этот, так называемый, «зонтичный» психологический феномен, имеет континуальную природу и включает целый спектр явлений – от застенчивости до социальной фобии.

В целом лицам, склонным к ИЗ, свойственны тревога и депрессия, напряженность, эмоциональная неустойчивость, застенчивость, они испытывают коммуникативные сложности, социально пассивны, насторожены по отношению к другим людям, обладают негативной коммуникативной установкой и склонны к проявлению неконформизма [12]. В качестве совладающего поведения ими используется копинг-стратегия «бегство-избегание», которая с легкостью реализуется в интернете.

В то время как имеются данные о распределении ИЗ с преобладанием мужчин, а также выявлены определенные межполовые различия в отношении предпочитаемых форм интернет активности, специфичность индивидуально-психологических характеристик, потенциально значимых для формирования ИЗ, у мужчин и женщин остается малоизученной.

В одном из исследований было показано, что проблемное использование интернета у мужчин ассоциировано с фобической тревогой, а у женщин – с депрессией, замкнутостью и необходимостью снять напряжение [44]. Полученные данные свидетельствуют о том, что у мужчин и женщин могут быть разные психологические причины чрезмерного использования интернета, разные механизмы психологического дистресса и типы копинг стратегий.

Дальнейшее заполнение пробелов в этой области имеет важное значение для разработки персонализированных терапевтических и профилактических подходов к ИЗ.

Целью исследования явилось установление различий в индивидуально-психологических характеристиках мужчин и женщин с интернет-зависимостью.

Материалы и методы

Работа является фрагментом российского междисциплинарного мультицентрового исследовательского проекта по выявлению системы генетических и психологических маркеров высокого риска развития ИЗ [6].

Набор пациентов. В связи с отсутствием специализированных медицинских учреждений для лиц с ИЗ, низкой обращаемостью и выявляемостью этого контингента участники исследования набирались в пяти Центрах: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» (Москва), ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева» (Санкт-Петербург), ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава

России (Санкт-Петербург), ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ростов-на-Дону), ГОБУЗ «Липецкий областной наркологический диспансер» (Липецк). В условиях отсутствия возможности постановки клинического диагноза ИЗ в рамках МКБ-10 исследование проводилось скрининговым методом с использованием психометрической «Шкалы интернет-зависимости» (Chen Internet Addiction Scale – CIAS) [24] в адаптации В.Л.Малыгина и соавт. [8]. Несмотря на организационные различия в способах привлечения участников к исследованию, процедуры и мероприятия исследования для всех участников были также идентичны. При включении в исследование все участники проходили первичное скрининговое обследование с помощью Краткого международного нейропсихиатрического опросника (The Mini international neuropsychiatric interview – MINI) на соответствие критериям включения/невключения.

Критерии включения:

1. Лица мужского и женского пола европейского происхождения в возрасте от 16 до 34 лет включительно.
2. Количество баллов по шкале CIAS – 65 и более, что соответствует психометрическому уровню ИЗ.
3. Участник исследования должен понимать суть исследования и подписать информированное добровольное согласие на включение в исследование, являться готовым выполнять все процедуры исследования.

Критерии неключения:

1. Сопутствующий психический диагноз, соответствующий критериям МКБ-10 в рубриках F00–09 и F20–29.
2. Эпизоды судорог в анамнезе, за исключением случаев единичных простых фебрильных судорог в возрасте от 6 месяцев до 5 лет (единичные простые фебрильные судороги – судороги без признаков фокальности, продолжительностью не более 15 минут, не связанные с инфекционным заболеванием ЦНС или тяжелым метаболическим нарушением).
3. Анамнез участника содержит информацию об органическом заболевании головного мозга – тяжелая травма, острое нарушение кровообращения головного мозга или инфекционном заболевании ЦНС с устойчивым неврологическим расстройством (фокальным или диффузным), тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации.
4. Участник с положительным установленным ВИЧ-статусом.

Этические принципы. Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие на включение в исследование. Персональные данные участников исследования были полностью скрыты, участники идентифицированы по кодам исследования.

Исследование индивидуально-психологических характеристик, потенциально значимых для форми-

рования ИЗ, проводилась с использованием следующих психометрических шкал.

Уровень агрессивности измерялся с помощью опросника Басса-Пеппи (The Buss-Perry Aggression Questionnaire – BPAQ) в адаптации С.Н.Ениколопова и Н.П.Цибульского.

Оценка факторов эмоциональной саморегуляции проводилась с помощью опросника эмоциональной регуляции Gross и John (Emotion Regulation Questionnaire – ERQ).

Дополнительно проводилась оценка факторов мотивации социального взаимодействия с помощью шкалы социальной тревожности Либовица (Liebowitz Social Anxiety Scale – LSAS).

Для определения личностных характеристик были использованы опросник темперамента и характера Клонинджера (Temperament And Character Inventory), вариант со 125 вопросами (TCI-125) в адаптации С.Н.Ениколопова, а также краткая версия пятифакторного опросника личности TIPI Гослинга и соавт., в адаптации А.С.Сергевой (TIPI-RU).

Для оценки влияния психотравмирующих событий детства использовался международный опросник неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experiences International Questionnaire – ACE-IQ), который измеряет 5 видов плохого обращения в детстве: эмоциональное, физическое и сексуальное насилие, а также эмоциональное и физическое пренебрежение.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием непараметрических методов. Переменные, имеющие дискретный характер распределения и упорядоченные данные описывались медианой, 1–3 квартилями (Md [Q1; Q3]). Межгрупповое сравнение шкальных оценок осуществлялось при помощи двустороннего двухвыборочного критерия Манна-Уитни (U-статистика). В качестве критерия статистической достоверности рассматривался уровень значимости $p \leq 0,05$.

Результаты

В результате использования «Шкалы интернет-зависимости» (CIAS) удалось набрать группу лиц в количестве 100 человек с выраженным и устойчивым паттерном Интернет зависимого поведения (65 баллов и более). Участники исследования были разделены на две группы по полу: группа I (54 муж.) и группа II (46 жен.). Средний возраст мужчин составил 21 год [16,0; 34,0] (Md[Q1;Q3]), женщин – 21 год [16,0; 30,0].

При анализе результатов, полученных с использованием «Шкалы интернет-зависимости», статистически достоверных межполовых различий по среднему баллу выраженности ИЗ выявлено не было. В группе мужчин этот показатель равнялся 75 [68, 83, 25], а у женщин – 71 [68, 79, 25].

Статистически достоверные межполовые различия были получены по подшкале «межличностных проблем

и проблем со здоровьем» (IH), подшкале «толерантности» (Tol), а также по интегральному показателю «проблемы, связанные с интернет-зависимостью» (IARP), складывающегося из подшкалы «межличностных проблем и проблем, связанных со здоровьем» и подшкалы «управления временем» (табл. 1.)

Женщины по сравнению с мужчинами демонстрировали более высокую толерантность к интернет активности ($p=0,031$), которая проявлялась всё большим удлинением времени, проводимого в сети, потерей контроля над длительностью интернет активности при изначальных планах «зайти в сеть на минутку», а также необходимостью проводить всё больше времени в Интернете, чтобы достигнуть того же удовлетворения, что и раньше.

У мужчин отмечался более высокий по сравнению с женщинами уровень выраженности проблем, связанных с интернет-зависимостью ($p=0,047$), среди которых были как нарушения межличностных отношений, так и проблемы, отражающиеся на здоровье и на эффективном распределении своего времени. У пациентов мужского пола количество времени, потраченного на Интернет, оставалось неизменным, несмотря на неприятности в учебе или на работе, в ущерб общению с членами семьи, личным встречам с друзьями, отдыху. Пациенты этой группы «после сидения в Интернете» чаще испытывали конкретный физический дискомфорт (боли в спине, суставах, голове, животе), а также общую усталость из-за нерегулярного приема пищи

Таблица 1

Результаты обследования по Шкале Интернет-зависимости Чена

Подшкалы	Группа I женщины n=46 Md [Q1; Q3]	Группа II мужчины n=54 Md [Q1; Q3]	Значение критерия, U	Уровень значимости, p
Компульсивные симптомы (Com)	14 [12; 16]	14,5 [12,75; 17]	1166,5	0,59
Симптомы отмены (Wit)	15 [13; 17,25]	15 [13; 17]	1227,5	0,92
Толерантность (Tol)	13 [12; 14]	11 [9,75; 14]	932,5	0,031*
Межличностные и связанные со здоровьем проблемы (IH)	16 [14; 20,25]	18,5 [16; 22]	906,5	0,02*
Управление временем (TM)	16,5 [14; 18]	16 [14; 17,25]	1162	0,57
Интегральные показатели				
Ключевые симптомы интернет-зависимости (IA-Sym) = Com+Wit+Tol	41 [38,75; 46]	40,5 [36,75; 45,25]	1134,5	0,45
Проблемы, связанные с интернет-зависимостью (IA-RP) = IH+TM	31,5 [30,75; 37]	35 [31; 38]	955,0	0,047*
Общий балл = Com+Wit+Tol+IH+TM	71 [68; 79,25]	75 [68; 83,25]	1118,5	0,39

Примечания: Md – медиана; [Q1; Q3] – квартили; U – значение критерия Манна-Уитни; * – различия статистически достоверны при $p \leq 0,05$.

Таблица 2

Результаты обследования с помощью опросника уровня агрессивности Басса-Перри

Подшкалы	Группа I женщины n=46 Md [Q1; Q3]	Группа II мужчины n=54 Md [Q1; Q3]	Значение критерия, U	Уровень значи- мости, p
Физическая агрессия	18 [15; 23]	21,5 [19; 26]	867,5	0,009*
Гнев	21 [17; 26,5]	19 [15,75; 23,25]	1011,0	0,15
Враждеб- ность	17 [14; 24]	17 [14; 22,5]	1182,0	0,94
Общий балл	57 [50; 68,5]	60 [51; 66,5]	1115,5	0,58

Примечания: Md – медиана; [Q1; Q3] – квартили; U – значение критерия Манна-Уитни; * – различия статистически достоверны при $p \leq 0,05$.

Таблица 3

Результаты обследования с помощью опросника эмоциональной регуляции

Подшкалы	Группа I женщины n=46 Md [Q1; Q3]	Группа II мужчины n=54 Md [Q1; Q3]	Значение критерия, U	Уровень значи- мости, p
Когнитивная переоценка	29 [23,75; 34]	28 [22,5; 32]	1111,5	0,45
Подавление экспрессии	15 [12; 18]	16,5 [14,75; 19]	905,0	0,019*

Примечания: Md – медиана; [Q1; Q3] – квартили; U – значение критерия Манна-Уитни; * – различия статистически достоверны при $p \leq 0,05$.

и несоблюдения режима сна/бодрствования. Для них становилось обычным спать меньше (нередко менее 4 часов в сутки), чтобы провести больше времени в сети.

При сравнении результатов, полученных с помощью опросника уровня агрессивности Басса-Перри, были установлены различия между группами по уровню проявления физической агрессии (табл. 2).

Зависимые от интернета мужчины достоверно чаще, чем женщины, угрожали своим знакомым, не могли сдерживать желание ударить другого человека, применяли физическую силу в ответ на провокации или отношение, которое воспринималось ими как враждебное, ломали в гневе вещи ($p=0,009$).

Сравнение результатов, полученных при изучении особенностей эмоциональной регуляции у интернет-зависимого контингента с помощью Опросника Гросса и Джона (Emotion Regulation Questionnaire – ERQ), свидетельствует о наличии межполовых различий (табл. 3.).

Как следует из табл. 3, зависимым от интернета мужчинам по сравнению с женщинами достоверно чаще свойственно не показывать и сдерживать проявления как положительных, так и отрицательных эмоций ($p=0,019$).

При оценке результатов заполнения шкалы социальной тревожности Либовица были получены межполовые различия по подшкалам страха ситуаций межличностного контакта и страха совершения действий в общественных местах, а также по сумме всех подшкал страха (табл. 4.).

Анализ полученных данных показал, что женщины, зависимые от интернета, чаще мужчин испытывали страх деятельности в небольшой группе, в гостях или на вечеринке. Они испытывали тревогу и страх при необходимости работать под наблюдением или просто в присутствии кого-либо, испытывали дискомфорт при очном или телефонном общении с незнакомыми людьми. Им было крайне сложно выражать неодобрение или несогласие незнакомому человеку, смотреть ему в глаза при общении, пытаться познакомиться с кем-либо с целью романтических или сексуальных отношений. В магазине они ощущали тревогу и страх при необходимости возвратить купленный товар с целью получить обратно деньги. Им было сложно выдерживать давление, оказываемое со стороны продавца какого-либо товара или услуги. В общественных местах в присутствии других людей они испытывали страх говорить по телефону, принимать пищу и пить, пользоваться общественным туалетом.

Анализ данных, полученных при помощи пятифакторного опросника личности Гослинга (TIPI-RU), установил межполовые различия по фактору «эмоциональная стабильность» (табл. 5.).

Мужчины, зависимые от интернета, по сравнению с женщинами достоверно чаще считали, что их личностными качествами являются спокойствие и эмоциональная устойчивость ($p=0,048$). Конструкт большой пятерки эмоциональная стабильность – это личностная характеристика, обратная нейротизму, определяющая устойчивость к возникновению негативного аффекта и тревоги.

Таблица 4

Результаты обследования с помощью шкалы социальной тревожности Либовица

подшкала	группа I женщины n=43 Md [Q1; Q3]	группа II мужчины n=52 Md [Q1; Q3]	значение критерия, U	уровень значимости, p
Страх ситуаций межличностного контакта	13 [7; 17]	8 [4; 13]	829,5	0,031*
Страх ситуаций формального общения и взаимодействия	11 [6; 14]	8 [4,25; 13]	934,0	0,16
Страх совершения действий в общественных местах	2 [0; 4]	1 [0; 2]	850,0	0,037*
Избегания ситуаций межличностного контакта	12 [8; 17]	11,5 [4; 17,75]	995,0	0,35
Избегания ситуаций формального общения и взаимодействия	8 [5; 11]	7 [4; 13]	1030,5	0,51
Избегания совершения действий в общественных местах	2 [1; 4]	1,5 [0; 4]	869,0	0,058
Интегральные показатели				
Суммарный балл всех подшкал страха	26 [15; 33]	17 [10; 26]	822,0	0,027*
Суммарный балл всех подшкал избегания	22 [16; 30]	18,5 [8; 31]	971,5	0,27
Общий суммарный балл	47 [36; 61]	35 [18; 57]	902,0	0,10

Примечания: Md – медиана; [Q1; Q3] – квартили; U – значение критерия Манна-Уитни; * – различия статистически достоверны при $p \leq 0,05$.

Также удалось выявить различия между мужчинами и женщинами при обработке результатов, полученных при заполнении адаптированного русскоязычного варианта опросника Клониджера для оценки черт личности, характера и темперамента, включающего 125 утверждений (табл. 6.)

Анализ результатов заполнения опросника показал, что у зависимых от интернета женщин такие личностные черты, как «зависимость от вознаграждения», «настойчивость/упорство» и «самосовершенствование / трансцендентность Я», достоверно более выражены, чем у мужчин.

«Зависимость от вознаграждения» заключается в том, что этим пациенткам крайне важно производить хорошее впечатление на окружающих, нравиться им своими поступками, чтобы получать одобрение, при этом часто в ущерб своим интересам. Они отличаются сентиментальностью, чуткостью, жалостливостью,

часто воспринимают чужие переживания как свои собственные. Для них характерно открытое проявление эмоций на людях. Им свойственна ранимость, потребность в прочных эмоциональных контактах, и в случае негативных переживаний они среди друзей чувствуют себя лучше, чем в одиночестве.

«Настойчивость» проявляется упорством при достижении своей цели. Пациентки отмечали, что работают более напряженно, чем большинство других людей, а также прикладывают больше усилий и продолжают работать даже тогда, когда другие люди уже давно «сложили руки». Они стремятся делать всё настолько хорошо, насколько могут, и часто доводят себя до истощения или пытаются сделать больше, чем в их силах.

Под «самосовершенствованием/трансцендентностью Я» понимается присущее пациенткам оригинальное творческое, «магическое» мышление,

Таблица 5

Результаты обследования с помощью пятифакторного опросника личности

Факторы	Группа I женщины n=46 Md [Q1; Q3]	Группа II мужчины n=54 Md [Q1; Q3]	Значение критерия, U	Уровень значимости, p
Экстраверсия	4,5 [3,88; 5,5]	4,5 [2,5; 5,5]	1112,0	0,36
Доброжелательность	4,5 [4; 5,5]	5 [4; 5,13]	1159,5	0,56
Добросовестность/ сознательность	5 [3,5; 6]	4,25 [2,5; 6]	1061,0	0,20
Эмоциональная стабильность	4 [3; 5,5]	5 [3,5; 6]	958,0	0,048*
Открытость новому опыту	4,75 [4; 5,5]	4,5 [4; 5,63]	1209,0	0,81

Примечания: Md – медиана; [Q1; Q3] – квартили; U – значение критерия Манна-Уитни; * – различия статистически достоверны при $p \leq 0,05$.

Таблица 6

Результаты обследования с помощью опросника Клониджера для оценки черт личности, характера и темперамента

Подшкалы	Группа I женщины n=46 Md [Q1; Q3]	Группа II мужчины n=54 Md [Q1; Q3]	Значение критерия, U	Уровень значимости, p
Поиск новизны	11 [8; 14]	9 [5; 14]	979,5	0,07
Избегание вреда	10,5 [7,75; 15]	10 [4,75; 16]	1113,0	0,37
Зависимость от вознаграждения	9 [7; 11]	7 [5; 9]	799,5	0,002*
Настойчивость	2 [1; 3]	1 [1; 3]	963,5	0,046*
Самонаправленность	13,5 [9,5; 16,25]	12,5 [9,75; 16]	1220,0	0,88
Сотрудничество	18 [15,75; 21]	17 [13; 20]	1013,0	0,11
Самосовершенствование/ Трансцендентность Я	6 [3,75; 9]	4 [1,75; 6]	798,5	0,002*

Примечания: Md – медиана; [Q1; Q3] – квартили; U – значение критерия Манна-Уитни; * – различия статистически достоверны при $p \leq 0,05$.

чувство единства со Вселенной: природой и людьми, ощущение сопричастности и ответственности за все происходящее в мире. Эти пациентки склонны к экзальтации и восторгам, им присущи суеверия, вера в чудеса и некую духовную власть или силу, которой подчинена жизнь и которую нельзя до конца постичь.

При анализе результатов заполнения Международного опросника неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ) были выявлены межполовые различия, касающиеся частоты встречаемости сексуального насилия. Так, женщины достоверно чаще сталкивались с сексуальным насилием в детском возрасте, чем мужчины ($p=0,032$).

Обсуждение

Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии значительных межполовых различий в группе лиц с ИЗ. Этот вывод распространяется как в отношении регистрируемых шкалой CIAS симптомов и проявлений самой зависимости, так и в отношении индивидуально-психологических характеристик обследованных лиц.

Сравнение по общему баллу шкалы CIAS не выявило разницы между группами. Найденные статистически достоверные межполовые различия по степени выраженности симптомов толерантности, вероятно, могут объясняться спецификой интернет деятельности, характерной для того или иного пола. Так, аддиктивная толерантность при осуществлении мужчинами игровой активности может быть ниже, чем у женщин, предпочитающих проводить время в социальных сетях, из-за того, что в массовых многопользовательских онлайн-играх зачастую требуется выполнение кратковременных заданий, которое осуществляется в высоком темпе с последующим быстрым выходом из игры для восстановления и закрепления результата, в то время как использование чатов и социальных сетей, более характерное для женщин, не предполагает подобных временных ограничений.

Более высокие показатели межличностных проблем в выборке мужчин с ИЗ, по-видимому, также могут отражать специфику их онлайн-активности, когда коммуникативный компонент, реализующийся преимущественно активностью в социальных сетях и чатах, не задействован, в силу чего наносится ущерб общению с членами семьи, личным встречам с друзьями, возникает чувство отдаленности от семьи и друзей.

Установленный более высокий уровень выраженности связанных с ИЗ проблем, отражающихся на здоровье, достоверно чаще характерный для мужчин, опять же может быть связан со спецификой игровой деятельности, когда в течение длительного времени на фоне эмоционального и физического напряжения игроки поддерживают определенное положение тела, провоцируя последующее патологическое напря-

жение мышц, сопровождаемое болевым синдромом и спазмами.

В то же время различий между мужчинами и женщинами по подшкалам компульсивных симптомов, симптомов отмены и управления временем нам выявить не удалось.

У зависимых от интернета мужчин был выявлен достоверно более высокий уровень физической агрессии, чем у женщин.

Подобные межполовые различия выявляются и в общей популяции. К примеру, количество регистрируемых убийств, совершенных мужчинами в 11 раз превышает количество аналогичных преступлений, совершаемых женщинами [81]. В целом высокий уровень физической агрессии у зависимых от интернета лиц может быть связан со снижением у них внутренних барьеров на применение физической силы против другого человека из-за наличия зависимости и усиления чувствительности к минимальным фрустрирующим факторам, которые могут быть связаны, например, с отсутствием доступа к интернету или неудачным результатом игры.

Индивидуальные особенности регуляции эмоций обуславливают поведение лиц с аддиктивными расстройствами. С точки зрения процессуальной модели регуляции эмоций Гросса считается, что все стратегии эмоциональной регуляции могут быть разделены на те, что направлены на модификацию эмоционального ответа (переоценка), и те, что сдерживают проявления уже возникшего эмоционального ответа (подавление). Считается, что переоценка является более конструктивной стратегией, чем подавление, так как имеет положительные последствия для эмоционального и социального функционирования и благополучия в целом, а подавление экспрессии – отрицательные. По результатам мета-анализа 48 исследований, опубликованных с 2003 по 2013 год, о связи стратегий эмоциональной регуляции и психического здоровья (удовлетворенность жизнью, позитивный и негативный аффект, депрессия, тревожность) когнитивная переоценка положительно коррелирует с индикаторами психического здоровья, а подавление экспрессии – отрицательно [47]. Подавление экспрессии отрицательно коррелирует с индикаторами психического здоровья на выборках с западными культурными ценностями (США, Англия и т.д.) и не коррелирует – на выборках с восточными культурными ценностями (Китай, Япония, Корея, Сингапур).

При анализе полученных нами результатов выяснилось, что в группе пациентов с ИЗ мужчины по сравнению с женщинами достоверно чаще подавляли свои эмоции. Эти результаты согласуются с международными данными, полученными в общей популяции. Так, в американской выборке, подавление экспрессии также выше у мужчин по сравнению с женщинами [41]. Анализ влияния культуральных ценностей на гендерные различия в проявлении

эмоций показывает, что гендерные различия больше в странах с более высоким уровнем индивидуализма [38]. Например, результаты, полученные в США, воспроизводятся в странах с таким же высоким уровнем индивидуализма – Англии и Австралии [79], в то время как в Ливане – стране с низким уровнем индивидуализма – гендерные различия по подавлению экспрессии обнаружены не были [71]. В кросскультурных проектах было установлено, что чем выше в культуре уровень коллективизма, тем ниже общий уровень экспрессии [68] и чаще используется стратегия подавления эмоций [69]. Это объясняется тем, что при индивидуализме свободное проявление эмоций безопасно и даже поощряется, а при коллективизме – в приоритете поддержание социальных связей и поэтому проявление индивидуальных эмоций грозит осуждением со стороны окружающих и нарушением социальных связей.

Исследования, проведенные в Российской Федерации, свидетельствуют о том, что подавление экспрессии до сих пор является достаточно типичной для нашей страны стратегией эмоциональной регуляции и мужчины используют эту стратегию чаще женщин [10]. Аналогичные данные получены и в нашем исследовании.

Выявленные нами межполовые различия в уровне социальной тревожности в группе пациентов, страдающих ИЗ, совпадают с результатами исследований общей популяции, проведенными в Индии [26], Италии [32], Эфиопии [70], Польше [20] и Ираке [49], в которых было показано, что социальная тревожность чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Это позволяет предположить, что полученные нами межполовые различия в уровне страха ситуаций межличностного контакта и совершения действий в общественных местах не определяются наличием зависимости от интернета, а являются гендерно специфичными вне контекста изучаемой популяции, будь то общая популяция или пациенты с ИЗ.

Из базовых черт личности согласно пятифакторной личностной модели (Big Five или «Большая пятерка»), которая включает пять личностных измерений – «экстраверсию», «дружелюбие», «добросовестность», «эмоциональную стабильность» и «открытость новому опыту», в нашем исследовании у зависимых от интернета мужчин по сравнению с женщинами достоверно чаще преобладала эмоциональная устойчивость. В мета-анализе A.R.Kayıř и соавт. [54] было показано, что все факторы «Большой пятерки» имеют значительное влияние на ИЗ. По всей видимости, полученные нами результаты относительно большей эмоциональной стабильности мужчин с ИЗ по сравнению с женщинами с ИЗ нашли свое отражение и в характеристиках эмоциональной регуляции, и в различных аспектах социальной тревожности.

С учетом полученных результатов, показывающих, что мужчины с ИЗ по сравнению с женщинами достоверно чаще используют стратегию подавления

эмоций, можно предположить, что, как следствие, это позволяет им воспринимать себя эмоционально стабильными и устойчивыми к возникновению негативных аффектов.

В исследовании темперамента и характерологических особенностей аддиктов нередко прибегают к трехмерной теории личности Клонинджера, в основе которой лежат три измерения характера («самонаправленность», «сотрудничество», «самосовершенствование») и четыре характеристики темперамента («поиск новизны», «избегание вреда», «зависимость от вознаграждения», «настойчивость») [28]. В настоящее время общепризнанным считается, что наиболее значимой характеристикой темперамента для прогноза развития аддиктивного поведения является «поиск новизны». Также встречаются указания на то, что «избегание вреда» сказывается на интенсивности употребления психоактивных веществ [46]. В то же время установлено, что низкий уровень «самонаправленности» является фактором риска ИЗ, что имеет высокий генетический контроль [43].

Анализ результатов заполнения опросника показал, что у зависимых от интернета женщин достоверно чаще, чем у мужчин, встречались такие личностные черты, как «зависимость от вознаграждения», «настойчивость» и «самосовершенствование / трансцендентность Я».

Выявленные нами межполовые различия соответствуют данным некоторых других исследований, где было показано, что большая «зависимость от вознаграждения» характерна как для женщин, страдающих алкогольной зависимостью [29], так и для здоровых женщин в общей популяции [72].

Такая личностная черта, как «самосовершенствование/трансцендентность Я», которая характеризуется наличием оригинального творческого, «магического» мышления, стремлением к духовному развитию, также в большей степени присуща женщинам, чем мужчинам, в общей популяции и способствует лучшей адаптации [30].

При анализе результатов заполнения Международного опросника неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ) у пациентов с ИЗ были выявлены межполовые различия только в отношении показателя сексуального насилия. При этом женщины достоверно чаще, чем мужчины, сталкивались с сексуальным насилием в детском возрасте, что характерно как для общей популяции, так и для пациентов, страдающих психическими заболеваниями [37, 73, 86].

Таким образом, проведенный нами сравнительный анализ потенциально значимых для формирования ИЗ психологических характеристик выявил ряд ассоциированных с полом различий, которые в определенной мере можно считать специфичными для данного контингента, хотя подобные соотношения можно проследить как при некоторых других формах аддикций, так и в общей популяции. Возможно,

специфика межполовых различий отражает индивидуально-психологические маркеры повышенной уязвимости к формированию ИЗ.

К ограничениям этого исследования следует отнести то, что дизайн не позволял установить причинно-следственную связь между имеющимися индивидуально-психологическими характеристиками и существующей ИЗ, и потому нельзя с уверенностью сказать, явилась ли ИЗ следствием выявленных психологических особенностей. Полученные межполовые различия в индивидуально-психологических характеристиках в группе респондентов с ИЗ на данном этапе работы не были сопоставлены с таковыми в здоровой выборке, то есть с теми, кто по баллам CIAS соответствовал градации «минимальный риск возникновения интернет зави-

симого поведения» и «склонность к возникновению интернет зависимого поведения».

Сильной стороной настоящего исследования является то, что в него были включены лица в возрасте от 16 до 34 лет, в то время как большинство исследований ИЗ проводится на подростках.

В дальнейшем представляется важным сопоставить полученные межполовые различия в индивидуально-психологических характеристиках в группе респондентов с ИЗ с аналогичными параметрами в контрольной выборке здоровых участников исследования.

Исследование проводится при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-29-22079.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антоненко А.А. Интернет-зависимость подростков от компьютерных игр и онлайн-общения: клинико-психологические особенности и профилактика: Автореф. ... канд. психол. наук. М., 2014. 22 с.
2. Бакиров Л.Р. Психометрические показатели Интернет-аддикции у студентов-пользователей компьютером // Неврологический вестник. Журнал имени В.М. Бехтерева. 2015. Т. 47. № 2. С. 94–96.
3. Гречаный С.В., Егоров А.Ю., Солдаткин В.А. и соавт. Интернет-аддикция у молодых взрослых: формы онлайн-активности, половые различия, коморбидные психические и наркологические расстройства // Вопросы наркологии. 2020. № 4 (187). С. 78–102.
4. Егоров А.Ю., Гречаный С.В., Чупрова Н.А. и соавт. Клинико-патологические особенности лиц с Интернет-зависимостью: опыт пилотного исследования // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120. № 3. С. 13–18.
5. Егоров А.Ю., Кузнецова Н.А., Петрова Е.А. Особенности личности подростков с Интернет-зависимостью // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2005. Т. 5. № 2. С. 20–27.
6. Кибитов А.О., Егоров А.Ю., Трусова А.В. и соавт. Система комплексных молекулярно-генетических и психологических маркеров высокого риска развития интернет-зависимости: возможности изучения, дизайн и методология исследования // Наркология. 2019. Т. 18. № 8. С. 18–39.
7. Колесников В.Н., Мельник Ю.И., Теплова Л.И. Интернет-активность и проблемное использование интернета в юношеском возрасте // Национальный психологический журнал. 2019. Т. 33. № 1. С. 34–46.
8. Малыгин В.Л., Феклисов К.А., Искандирова А.С. и соавт. Интернет-зависимое поведение. Критерии и методы диагностики: учебное пособие. М.: МГМСУ, 2011.
9. Малыгин В.Л., Хомерики Н.С., Антоненко А.А. Индивидуально-психологические свойства подростков как факторы риска формирования Интернет-зависимого поведения // Медицинская психология в России [Электронный ресурс]. 2015. № 1. http://www.medpsy.ru/mpri/archiv_global/2015_1_30/nomer10.php – (дата обращения: 15.01.2021).
10. Панкратова А.А., Корниенко Д.С. Русскоязычная адаптация опросника ERQ (Emotion Regulation Questionnaire) Дж. Гросса // Вопросы психологии. 2017. № 5. С. 139–149.
11. Солдаткин В.А., Мавани Д.Ч., Карпова Е.В. и соавт. Клинико-патогенетическая характеристика компьютерной зависимости // Медицинский вестник Юга России. 2019. Т. 10. № 2. С. 35–47.
12. Спиркина Т.С. Особенности эмоционально-личностной сферы пользователей сети Интернет, склонных к Интернет-зависимости. // Медицинская психология в России [Электронный ресурс]. 2011. № 6. http://www.medpsy.ru/mpri/archiv_global/2011_6_11/nomer18.php – (дата обращения: 12.01.2021).
13. Трусова А.В., Гречаный С.В., Солдаткин В.А. и соавт. Предикторы развития Интернет-аддикции: анализ психологических факторов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2020. № 1. С. 72–82.
14. Холмогорова А.Б., Герасимова А.А. Психологические факторы проблемного использования Интернета у девушек подросткового и юношеского возраста // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 3. С. 138–155.
15. Шутова Н.В., Баранова Ю.М. Оценка риска интернет-зависимости для психического здоровья подростков // Гигиена и санитария. 2017. Т. 96. № 6. С. 568–572.
16. Achab S., Nicolier M., Mauny F. et al. Massively multiplayer online role-playing games: comparing characteristics of addict vs non-addict online recruited gamers in a French adult population // BMC Psychiatry. 2011. № 11. Art. 144.
17. Andreassen C.S., Torsheim T., Brunborg G.S. et al. Development of a Facebook Addiction Scale // Psychological Reports. 2012. Vol. 110. N 2. P. 501–517.
18. Bakken I.J., Wenzel H.G., Götestam K.G. et al. Internet addiction among Norwegian adults: A stratified probability sample study // Scand. J. Psychol. 2009. Vol. 50. N 2. P. 121–127.
19. Baloglu M., Özteke Kozan H.İ., Kesici Ş. Gender Differences in and the Relationships Between Social Anxiety and Problematic Internet Use: Canonical Analysis // J. Med. Internet Res. 2018. Vol. 20. N 1. e33.
20. Bracik J., Krysta K., Zaczek A. Impact of family and school environment on the development of social anxiety disorder: a questionnaire study // Psychiatr. Danub. 2012. Vol. 24. S. 1. P. 125–127.
21. Brand M., Laier C., Pawlikowski M. et al. Watching pornographic pictures on the Internet: Role of sexual arousal ratings and psychological-psychiatric symptoms for using Internet sex sites excessively // Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw. 2011. Vol. 14. N 6. P. 371–377.
22. Carli V., Durkee T., Wasserman D. et al. The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review // Psychopathology. 2013. Vol. 46. N 1. P. 1–13.
23. Chamberlain S.R., Ioannidis K., Grant J.E. The impact of comorbid impulsive/compulsive disorders in problematic Internet use // J. Behav. Addict. 2018. Vol. 7. N 2. P. 269–275.
24. Chen S.H., Weng L.C., Su Y.J. et al. Development of Chinese Internet Addiction Scale and its psychometric study // Chin. J. Psychol. 2003. Vol. 45. N 3. P. 279–294.
25. Chen S.K., Lo M.T., Lin S.S.J. Impulsivity as a precedent factor for problematic Internet use: How can we be sure? // Int. J. Psychol. 2017. Vol. 52. N 5. P. 389–397.
26. Chhabra V., Bhatia M., Gupta S. et al. Prevalence of Social Phobia in school-going adolescents in an urban area // Delhi Psychiatry J. 2009. Vol. 12. N 1. P. 18–25.
27. Ching S.M., Hamidin A., Vasudevan R. et al. Prevalence and factors associated with internet addiction among medical students – A cross-sectional study in Malaysia // Med. J. Malaysia. 2017. Vol. 72. N 1. P. 7–11.
28. Cloninger C.R. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states // Psychiatr. Dev. 1986. Vol. 4. N 3. P. 167–226.
29. Cloninger C.R. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism // Science. 1987. Vol. 236. № 4800. P. 410–416.
30. Cole N., McNulty Y. Why do female expatriates “fit-in” better than males? An analysis of self-transcendence and socio-cultural adjustment // Cross Cultural Management: An Int. J. 2011. Vol. 18. N. 2. P. 144–164.
31. Cole S.H., Hooley J.M. Clinical and Personality Correlates of MMO Gaming: Anxiety and Absorption in Problematic Internet Use // Social Science Computer Review. 2013. Vol. 31. N 4. P. 424–436.

32. Dell'Osso L., Abelli M., Pini S. et al. The influence of gender on social anxiety spectrum symptoms in a sample of university students // *Riv. Psichiatr.* 2015. Vol. 50. N 6. P. 295–301.
33. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed: American Psychiatric Pub; 2013. [Электронный ресурс]. – <https://www.psychiatry.org/patients-families/internet-gaming> – (дата обращения 11.01.2021)
34. Durkee T., Kaess M., Carli V. et al. Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors // *Addiction.* 2012. Vol. 107. N 12. P. 2210–2222.
35. Ewald D.R., Strack R.W., Orsini M.M. Rethinking Addiction // *Glob. Pediatr. Health.* 2019. Vol. 6. P. 1–16.
36. Fernández-Villa T., Alguacil Ojeda J., Almaraz Gómez A. et al. Problematic Internet Use in University Students: associated factors and differences of gender // *Adicciones.* 2015. Vol. 27. N 4. P. 265–275.
37. Finkelhor D., Shattuck A., Turner H.A. et al. The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assess in late adolescence // *J. Adolesc. Health.* 2014. Vol. 55. № 3. P. 329–333.
38. Fischer A.H., Manstead S.R. The relation between gender and emotions in different cultures // Fischer A.H. (ed.). *Gender and emotion: social psychological perspectives.* N.Y.: Cambridge Univ. Press, 2000. P. 71–94.
39. Griffiths M. Internet Gambling: Issues, Concerns, and Recommendations // *Cyber Psychology & Behavior.* 2003. Vol. 6. N 6. P. 557–568.
40. Griffiths M.D. Does Internet and Computer «Addiction» Exist? Some Case Study Evidence // *Cyberpsychol. Behav.* 2000. Vol. 3. N 2. P. 211–218.
41. Gross J.J., John O.P. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being // *J. Pers. and Soc. Psychol.* 2003. Vol. 85. N 2. P. 348–362.
42. Ha Y.M., Hwang W.J. Gender Differences in Internet Addiction Associated with Psychological Health Indicators Among Adolescents Using a National Web-based Survey // *Int. J. Ment. Health Addiction.* 2014. Vol. 12. P. 660–669.
43. Hahn E., Reuter M., Spinath F.M. et al. Internet addiction and its facets: the role of genetics and the relation to self-directedness // *Addict. Behav.* 2017. Vol. 65. P. 137–146.
44. Hetzel-Riggins M.D., Pritchard J.R. Predicting problematic Internet use in men and women: the contributions of psychological distress, coping style, and body esteem // *Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw.* 2011. Vol. 14. N 9. P. 519–525.
45. Ho R.C., Zhang M.W., Tsang T.Y. et al. The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: a meta-analysis // *BMC Psychiatry.* 2014. Vol. 14. Art. N 183.
46. Howard M.O., Kivlahan D., Walker R.D. Cloninger's tridimensional theory of personality and psychopathology: applications to substance use disorders // *J. Stud. Alcohol.* 1997. Vol. 58. N 1. P. 48–66.
47. Hu T., Zhang D., Wang J. et al. Relation between emotion regulation and mental health: a meta-analysis review // *Psychol. Reports: Measures & Statistics.* 2014. Vol. 114. N 2. P. 341–362.
48. Huang X., Zhang H., Li M. et al. Mental Health, Personality and Parental Rearing Styles of Adolescents with Internet Addiction Disorder // *Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw.* 2010. Vol. 13. N 4. P. 401–406.
49. Hummadi B.F., Al Obaidi A.K. Social phobia among secondary school students in Baghdad // *Iraq. J. Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2014. Vol. 23. N 1. P. 70–71.
50. ICD-11 (Mortality and Morbidity Statistics). Gaming disorder. [Электронный ресурс]. <https://icd.who.int/dev11/l-m/en/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentify%2f1448597234> – (дата обращения 11.01.2021).
51. Igarashi T., Motoyoshi T., Takai J. et al. No mobile, no life: Self-perception and text-message dependency among Japanese high school students // *Computers Human Behav.* 2008. Vol. 24. N 5. P. 2311–2324.
52. Ioannidis K., Treder M.S., Chamberlain S.R. et al. Problematic internet use as an age-related multifaceted problem: Evidence from a two-site survey // *Addict. Behav.* 2018. Vol. 81. P. 157–166.
53. Jaiswal A., Manchanda S., Gautam V. et al. Burden of internet addiction, social anxiety and social phobia among University students, India // *J. Family Med. Prim. Care.* 2020. Vol. 9. N 7. P. 3607–3612.
54. Kayaş A.R., Satici S.A., Yilmaz M.F. et al. Big five-personality trait and Internet addiction: A meta-analytic review // *Computers Human Behav.* 2016. Vol. 63. P. 35–40.
55. Kim E.J., Namkoong K., Ku T. et al. The relationship between online game addiction and aggression, self-control and narcissistic personality traits // *Eur. Psychiatry.* 2008. Vol. 23. N 3. P. 212–218.
56. Kim K. Association between Internet overuse and aggression in Korean adolescents // *Pediatr. Int.* 2013. Vol. 55. N 6. P. 703–709.
57. Kim K., Kim K. Internet Game Addiction, Parental Attachment, and Parenting of Adolescents in South Korea // *J. Child Adolesc. Subst. Abuse.* 2015. Vol. 24. N 6. P. 366–371.
58. Ko C.-H., Yen J.-Y., Yen C.-F. et al. The association between Internet addiction and psychiatric disorder: A review of the literature // *Eur. Psychiatry.* 2012. Vol. 27. N 1. P. 1–8.
59. Kuss D.J., Griffiths M.D. Online Social Networking and Addiction – A Review of the Psychological Literature // *Int. J. Environmental Res. Public Health.* 2011. Vol. 8. N 9. P. 3528–3552.
60. Kuss D.J., Griffiths M.D., Binder J.F. Internet addiction in students: Prevalence and risk factors // *Computers Human Behav.* 2013. Vol. 29. N 3. P. 959–966.
61. Kuss D.J., Lopez-Fernandez O. Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research // *World J. Psychiatry.* 2016. Vol. 6. N 1. P. 143–176.
62. Laconi S., Andréoletti A., Chauchard E. et al. Utilisation problématique d'Internet, temps passé en ligne et traits de personnalité // *L'Encéphale.* 2016. Vol. 42. N 3. P. 214–218.
63. Laier C., Pawlikowski M., Pekal J. et al. Cybersex addiction: Experienced sexual arousal when watching pornography and not real-life sexual contacts makes the difference // *J. Behav. Addict. JBA.* 2013. Vol. 2. N 2. P. 100–107.
64. Lim J.A., Gwak A.R., Park S.M. et al. Are adolescents with internet addiction prone to aggressive behavior? The mediating effect of clinical comorbidities on the predictability of aggression in adolescents with internet addiction // *Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw.* 2015. Vol. 18. N 5. P. 260–267.
65. Lopez-Fernandez O. How Has Internet Addiction Research Evolved Since the Advent of Internet Gaming Disorder? An Overview of Cyberaddictions from a Psychological Perspective // *Curr. Addict. Rep.* 2015. Vol. 2. P. 263–271.
66. Lotzin A., Haupt L., von Schönfels J. et al. Profiles of Childhood Trauma in Patients with Alcohol Dependence and Their Associations with Addiction-Related Problems // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2016. Vol. 40. N 3. P. 543–552.
67. Mandelli L., Petrelli C., Serretti A. The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression // *Eur. Psychiatry.* 2015. Vol. 30. N 6. P. 665–680.
68. Matsumoto D., Yoo S.H., Fontaine J. et al. Mapping expressive differences around the world: The relationship between emotional display rules and Individualism vs. Collectivism // *J. Cross-Cultural Psychol.* 2008a. Vol. 39. N 1. P. 55–74.
69. Matsumoto D., Yoo S.H., Nakagawa S. et al. Culture, emotion regulation, and adjustment // *J. Pers. Soc. Psychol.* 2008b. Vol. 94. N 6. P. 925–937.
70. Mekuria K., Mulat H., Derajew H. et al. High Magnitude of Social Anxiety Disorder in School Adolescents // *Psychiatry J.* 2017. Vol. 2017. Art. № 5643136.
71. Merhi R., Kazarian S.S. Examination of two emotion regulation strategies in a Lebanese community sample: Validation of the Arabic Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) // *J. Psychol. Clin. Psychiatr.* 2015. Vol. 3. N 4. Art. № 00147.
72. Miettunen J., Veijola J., Launonen E. et al. Sex differences in Cloninger's temperament dimensions – a meta-analysis // *Compr. Psychiatry.* 2007. Vol. 48. N 2. P. 161–169.
73. Molnar B.E., Buka S.L., Kessler R.C. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the national comorbidity survey // *Am. J. Public Health.* 2001. Vol. 91. P. 753–760.
74. Peng W., Liu M. Online Gaming Dependency: A Preliminary Study in China // *Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw.* 2010. Vol. 13. N 3. P. 329–333.
75. Ren Y., Yang J., Liu L. Social Anxiety and Internet Addiction among Rural Left-behind Children: The Mediating Effect of Loneliness // *Iran. J. Public Health.* 2017. Vol. 46. N 12. P. 1659–1668.
76. Rose S., Dhandayudham A. Towards an understanding of Internet-based problem shopping behaviour: The concept of online shopping addiction and its proposed predictors // *J. Behav. Addict.* 2014. Vol. 3. N 2. P. 83–89.
77. Schneider L.A., King D.L., Delfabbro P.H. Family factors in adolescent problematic Internet gaming: A systematic review // *J. Behav. Addict.* 2017. Vol. 6. N 3. P. 321–333.
78. Shaw M., Black D.W. Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management // *CNS Drugs.* 2008. Vol. 22. N 5. P. 353–365.
79. Spaepen D.L., Waters F., Brum-mer L. et al. The Emotion Regulation Questionnaire: Validation of the ERQ-9 in two community samples // *Psychol. Assessment.* 2014. Vol. 26. N 1. P. 46–54.
80. Sugaya N., Shirasaka T., Takahashi K. et al. Bio-psychosocial factors of children and adolescents with internet gaming disorder: a systematic review // *BioPsychoSocial. Med.* 2019. Vol. 13. Art. N 3.
81. Tremblay R.E., Côté S.M. Sex differences in the development of physical aggression: An intergenerational perspective and implications for preventive interventions // *Infant. Ment. Health J.* 2019. Vol. 40. N 1. P. 129–140.

82. Trotzke P., Starcke K., Müller A. et al. Pathological Buying Online as a Specific Form of Internet Addiction: A Model-Based Experimental Investigation // PLoS ONE. 2015. Vol. 10. N 10. Art. N e0140296.
83. 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.
84. Vigna-Taglianti F., Brambilla R., Priotto B. et al. Problematic internet use among high school students: Prevalence, associated factors and gender differences // Psychiatr. Res. 2017. Vol. 257. P. 163–171.
85. Weinstein A., Dorani D., Elhadif R. et al. Internet addiction is associated with social anxiety in young adults // Ann. Clin. Psychiatry. 2015. Vol. 27. N 1. P. 4–9.
86. Winstanley E.L., Mahoney J.J. 3rd, Lander L.R. et al. Something to despair: Gender differences in adverse childhood experiences among rural patients // J. Subst. Abuse Treat. 2020. Vol. 116. Art. N 108056.
87. Xin M., Xing J., Pengfei W. et al. Online activities, prevalence of Internet addiction and risk factors related to family and school among adolescents in China // Addict. Behav. Rep. 2018. Vol. 7. P. 14–18.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬЮ

П.А. Понизовский, Е.П. Скурат, А.В. Трусова, А.Б. Шмуклер, А.О. Кибитов

В условиях стремительного глобального распространения цифровых технологий все чаще регистрируются случаи проблемного использования Интернета, приводящие к значительным негативным психосоциальным последствиям. При этом межполовая специфичность индивидуально-психологических характеристик, потенциально значимых для формирования интернет-зависимости (ИЗ), остается малоизученной.

Целью исследования явилось установление межполовых различий в индивидуально-психологических характеристиках лиц с интернет-зависимостью.

С помощью «Шкалы интернет-зависимости» (CIAS) были выявлены 100 человек в возрасте 16–34 лет, набравших 65 баллов и более, что соответствует уровню ИЗ. Участники исследования были разделены на две группы по полу: группа I (54 муж.) и группа II (46 жен.). Для оценки индивидуально-психологических характеристик применялись: опросник Басса-Перри для оценки агрессивности (BPAQ), опросник эмоциональной регуляции (ERQ), шкала социальной тревожности Либовица (LSAS), краткая версия пятифакторного опросника личности (TIPI-RU), опросник темперамента и характера Клонинджер (TCI-125), международный опросник неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ).

Проведенный анализ полученных результатов выявил ряд различий, ассоциированных с полом. Мужчины достоверно чаще проявляли физическую агрессию ($p=0,009$), подавляли эмоции ($p=0,019$) и характеризовали себя как эмоционально стабильных ($p=0,048$). Женщины достоверно чаще испытывали страх ситуаций межличностного контакта и совершения действий в общественных местах ($p=0,027$), сталкивались с сексуальным насилием в детском возрасте ($p=0,032$), у них чаще выявлялись такие личностные черты, как «зависимость от вознаграждения» ($p=0,002$), «настойчивость/упорство» ($p=0,046$) и «самосовершенствование/трансцендентность Я» ($p=0,002$).

Выявленные межполовые различия в группе лиц с интернет-зависимостью потенциально можно считать специфичными для данного контингента, хотя подобные соотношения удастся проследить как при некоторых других формах аддикций, так и в общей популяции. Возможно, специфика межполовых различий отражает индивидуально-психологические маркеры повышенной уязвимости к формированию интернет-зависимости.

Ключевые слова: интернет-зависимость, проблемное использование интернета, межполовые различия, гендерные различия, нехимические аддикции, предикторы интернет-зависимости.

GENDER DIFFERENCES IN PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PEOPLE WITH INTERNET ADDICTION

P.A. Ponizovskiy, E.P. Skurat, A.V. Trusova, A.B. Shmukler, A.O. Kibitov

Background: In the context of the rapid global spread of digital technologies, cases of problematic internet use causing significant negative psychosocial consequences are increasingly reported. At the same time, the gender specificity of psychological characteristics that are potentially significant for the formation of Internet addiction remains understudied.

Aims: The aim of the study was to identify gender differences in the psychological characteristics of people with Internet addiction.

Method: 100 people aged 16–34 years who scored 65 points or more on the Chinese Internet Addiction Scale (CIAS) were identified. The study participants were divided into 2 groups by gender: group 1 (54 men) and group 2 (46 women). To assess the individual psychological characteristics, the following psychometric tests were used: the Bass-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ); the Emotional Regulation Questionnaire (ERQ); the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS); a short version of the Five-factor Personality Questionnaire (TIPI-RU); the Cloninger Temperament and Character Inventory (TCI-125); and the Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ).

Results: Analysis of the results revealed a number of gender-associated differences. Men demonstrated physical aggression ($p=0.009$), suppressed emotions ($p=0.019$) significantly more often than women and characterized themselves as emotionally stable ($p=0.048$). Women were significantly more likely to experience fear of situations of interpersonal contact and action in public places ($p=0.027$). They experienced significantly more sexual violence in childhood ($p=0.032$) and were more likely to have personality traits such as “reward dependence” ($p=0.002$), “persistence” ($p=0.046$), and “self-transcendence” ($p=0.002$).

Conclusion: The gender differences in the cohort of individuals with Internet addiction can potentially be considered specific for this contingent, although such gender relationships can be observed in other forms of addiction and in the general population. The specificity of gender differences may reflect individual psychological markers of increased vulnerability to developing Internet addiction.

Key words: Internet addiction, problematic Internet use, gender differences, non-chemical addictions, predictors of Internet addiction.

Понизовский Павел Александрович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения терапии психических расстройств, осложненных болезнями зависимости, Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» МЗ РФ; email: rapon78@mail.ru

Скурат Евгения Петровна – специалист по биостатистике, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, аспирант математико-механического факультета Санкт-Петербургского государственного университета; email: skuratevgenia@gmail.com

Трусова Анна Владимировна – кандидат психологических наук, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета, старший научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева» Минздрава России; email: anna.v.trusova@gmail.com

Шмуклер Александр Борисович – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, г. Москва; email: shmukler.a@serbsky.ru

Кибитов Александр Олегович – доктор медицинских наук, руководитель лаборатории молекулярной генетики ННЦ наркологии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; email: druggen@mail.ru

ИЗУЧЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ ПОМОЩИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

О.В. Лиманкин¹, Т.Н. Кишка², А.В. Ханько², Е.А. Голосов², Ю.В. Мухитова²,
Н.А. Климакова², А. Ферден³, М.А. Кулыгина,⁴ О.О. Папсуев⁵

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И.Мечникова» Минздрава России

²ГБУЗ «Городская психиатрическая больница № 1 им. П.П.Кащенко»,
Санкт-Петербург

³Университетская клиника г. Осло, Норвегия

⁴ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1

им. Н.А.Алексеева» Департамента здравоохранения г. Москвы

⁵Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России

Удовлетворенность пациентов лечением – многомерное понятие, которое определяется как «соотношение между ожиданиями пациента и его впечатлением от полученной терапии в стационаре или в амбулаторных условиях» и складывается из таких компонентов, как: удовлетворенность результатом лечения, взаимоотношениями врач-больной, бытовыми условиями, окружающей обстановкой [2, 16, 19]. Удовлетворенность лечением, независимо от того, насколько она обоснована, является предиктором обращения пациентов за медицинской помощью; при этом она оказывает существенное влияние на течение заболевания и его исход, эффективность и безопасность терапии, уровень комплаенса, частоту обращения пациентов за медицинской помощью и качество последней, а также – связана со стигматизацией и самостигматизацией, определяющими уровень болезненности восприятия статуса пациента [1, 2, 5, 17, 18, 30].

Исследования удовлетворенности лечением среди пациентов, страдающих психическими расстройствами, начались с 1970-х годов и являются актуальными и в настоящий момент [1, 9, 14, 22, 28]. Однако проводимые исследования демонстрируют недостаточную валидность и несоответствие применяемых психометрических методик исследования существующим научным требованиям, а также статистическую уязвимость полученных результатов ввиду небольших выборок обследуемых. Используемые в этой области научного знания методы предполагают, как качественную, так и количественную оценку с использованием инструментария, специфичного для определенной области медицинского профиля; при

этом, как правило, применяются самоопросники, телефонные или личные интервью, а также анкеты, в том числе электронные [3, 4, 6, 8, 12, 15, 16, 21]. Также нужно сказать, что в области исследований удовлетворенности пациентов лечением отсутствуют общепринятые стандарты. Большинство существующих на сегодняшний день методик направлено на оценку больными качества и доступности услуг внебольничного сектора здравоохранения в области психиатрии, что делает проблематичным сравнение результатов отдельных исследовательских работ и обобщение получаемых результатов [2]. Несмотря на целесообразность и необходимость разработки и совершенствования методов изучения удовлетворенности лечением пациентов психиатрических учреждений здравоохранения, в этой области проводится мало исследований, что затрудняет выработку новых подходов к оказанию медицинской помощи данной категории больных и составляет актуальность данного вопроса.

Основной **целью** исследования является изучение удовлетворенности качеством предоставляемого лечения пациентам, находящимся в психиатрическом стационаре.

Гипотеза исследования: имеются существенные различия в показателях удовлетворенности качеством помощи у пациентов психиатрического профиля разной нозологии в зависимости от их социально-демографических характеристик.

Исследование проводилось на базе отделений СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П.Кащенко». В исследование включались пациенты в стабильном состоянии перед выпиской

из стационара при наличии их письменного добровольного информированного согласия. Критерии исключения: трудности в понимании и свободном использовании русского языка, нестабильное психическое состояние, принудительное лечение, наличие выраженных когнитивных и других нарушений, мешающих пациенту самостоятельно заполнить анкету.

Материалы и методы

Всего в исследование было включено 209 пациентов, из них мужчин 112 человек. Средний возраст составил $40,2 \pm 15,1$ лет, средняя длительность госпитализации – $55,0 \pm 28,7$ дней, среднее количество госпитализаций в психиатрический стационар – $5,2 \pm 6,2$. Расстройства шизофренического спектра (РШС) были диагностированы у 69,9% обследованных, органические психические расстройства (ОПР) – у 11,0%, аффективные расстройства (АР) – у 8,1%, психические расстройства, связанные с употреблением ПАВ – у 3,8%, невротические и связанные со стрессом расстройства – у 2,9%, расстройства личности – у 1,9%. В связи с нерепрезентативностью выборки группы пациентов с психическими расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, невротическими расстройствами, расстройствами личности не учитывались при проведении статистико-математического метода. Большая часть обследованных пациентов (94,7%) лечились добровольно и лишь 5,3% – недобровольно.

Удовлетворенность лечением измерялась с использованием опросника «Анкета для оценки удовлетворенности пациентов пребыванием в круглосуточном стационаре учреждений психиатрической службы», разработанного Департаментом качества помощи и безопасности пациентов Норвежского института здравоохранения (The Psychiatric Inpatient Experience Questionnaire – PIPEQ) [17]. Оригинальный опросник был переведен на русский язык при помощи двойного обратного перевода и адаптирован для российской выборки. Анкета состоит из 26 вопросов, касающихся общей удовлетворенности пребыванием в стационаре и конкретных аспектов лечения. Она включает вопросы о госпитализации, была ли предоставлена информация о лечении в необходимом объеме, было ли достаточным взаимодействие с семьей пациента и удовлетворен(а) ли пациент(ка) длительностью госпитализации. На все вопросы дается ответ по 5-балльной шкале Ликерта – психометрической шкале, в которой пациент оценивает степень своего согласия и несогласия от «Полностью согласен» до «Полностью не согласен». Дополнительно, почти все вопросы имеют шестой вариант ответа «Не знаю». Данные опросника были дополнены объективной социально-демографической информацией об обследуемых. Пациенты заполняли анкеты за несколько дней до выписки без присутствия персо-

нала и самостоятельно размещали их в закрытом ящике для обеспечения анонимности.

Расчет математико-статистических данных производился в программе STATISTICA 10 с использованием следующих методов статистического анализа данных: описательная статистика, сравнительный анализ с использованием критерия Манна-Уитни.

Результаты исследования

Была проведена оценка социально-демографических характеристик, результаты которой приведены в табл. 1

В группе РШС чаще отмечался более высокий общий образовательный уровень, в сравнении с ОПР, а также большая длительность полученного образования (табл. 1). В группе РШС, в отличие от группы ОПР, чаще наблюдалось более позднее начало заболевания. Больные с ОПР чаще демонстрировали актуальный семейный статус. В группе

Таблица 1

Основные социально-демографические характеристики обследованных пациентов

Показатели		РШС n=137	АР n=17	ОПР n=20
Пол (жен)		62%	76,5%	60%
Возраст		$39,5 \pm 13,1$	$47,6 \pm 18,3$	$44,1 \pm 14,1$
Образование	Неполное среднее	5	1	1
	Среднее	23	3	3
	Средне специальное	62	6	5
	Незаконченное высшее	7	2	11
	Высшее	40	5	0
Образование в годах		$12,6 \pm 2,32$	$12,9 \pm 2,4$	$11,1 \pm 2,1$
Длительность заболевания в годах		$12,4 \pm 10,9$	$17,8 \pm 13,5$	$19,9 \pm 13,5$
Семейное положение	Холост/не замужем	88	8	8
	Женат/замужем	27	4	2
	Вдовец/вдова	4	4	2
	В разводе	18	1	8
Кем направлен пациент	Самостоятельно	8	5	2
	ПНД	31	9	4
	СМП	89	1	8
	Другое	9	2	6
Наличие инвалидности	нет	79	11	10
	2 группа	54	4	8
	3 группа	4	2	2

Примечания: ПНД – психоневрологический диспансер, СМП – скорая медицинская помощь; РШС – пациенты с расстройствами шизофренического спектра; АР – пациенты с аффективными расстройствами, ОПР – пациенты с органическими психическими расстройствами

больных с аффективными расстройствами чаще отмечался более высокий общий образовательный уровень и большая длительность получаемого образования, по сравнению с остальными группами. Пациенты с РШС чаще направлялись на госпитализацию службой скорой психиатрической помощи, а больные с АР – психоневрологическим диспансером.

Был проведен сравнительный анализ полученных ответов в группах пациентов с различной нозологией. Пациенты с РШС и с АР отмечают улучшение состояния по сравнению с периодом до госпитализации, однако пациенты с АР отмечают более высокую степень выраженности изменения состояния (табл. 2). Пациенты с АР и РШС отмечают более ощутимую вовлеченность медицинского персонала в лечебный процесс, при этом, по сравнению с пациентами с РСШ, пациенты с АР сообщают о большем внимании медицинского персонала к их проблемам, а также более существенное собственное участие в лечебном процессе с возможностью выбора принимаемых лекарственных препаратов.

Пациенты с РШС и ОНР отмечают улучшение состояния после лечения и достаточный уровень удовлетворенности самим процессом лечения. При этом пациенты с ОНР обнаруживают более высокий уровень удовлетворенности качеством лечения, более выраженное субъективное ощущение улучшения состояния по итогу лечения, более высокую коммуникативную компетентность медицинского персонала и достаточность временного фактора для диагностики и лечения психического расстройства, в сравнении с пациентами с РШС (табл. 3).

Пациенты с АР и ОНР указывают на достаточный уровень удовлетворенности процессом оказания медицинских услуг. В то же время пациенты с ОНР демонстрируют более высокую степень понимания необходимости лечения и удовлетворенности им, а также большую доступность информации относительно психического расстройства, в сравнении с пациентами с АР (табл. 4).

Анализ удовлетворенности лечением пациентом с различным видом госпитализации продемонстрировал значимые отличия. Больные с добровольным

видом госпитализации отмечали более высокую степень соответствия проводимого терапевтического воздействия своему состоянию, чем больные, поступавшие в стационар в недобровольном порядке. Анализ удовлетворенности лечением мужчин и женщин выявил, что мужчины в большей степени указывали на вовлеченность и возможность влияния на выбор терапии. Анализ удовлетворенности лечением пациентов с различной длительностью госпитализации продемонстрировал отличия в группах пациентов со сроком 40–100 дней госпитализации и со сроком более 100 дней по показателю качества оказываемой помощи: чем дольше пациент пребывает в условиях лечебного стационара, тем выше уровень его удовлетворенности качеством помощи. Других достоверно значимых отличий выявлено не было. Сравнительный анализ удовлетворенности лечением пациентов без группы инвалидности и пациентов со II и III группами инвалидности выявил следующие отличия: пациенты с третьей группой инвалидности демонстрируют высокий уровень удовлетворенности качеством помощи и полученной информации, а также более высокую удовлетворенность результатом лечения в сравнении с пациентами со II группой инвалидности и пациентами без группы инвалидности.

Обсуждение

Пациенты различных диагностических групп (расстройства шизофренического спектра, аффективные расстройства, органические психические расстройства) в целом отмечают улучшение состояния после госпитализации и достаточный уровень удовлетворенности получаемым лечением. При этом больные с АФ, по сравнению с РШС и с ОНР, отмечают более высокую степень удовлетворенности почти по всем пунктам. В то же время пациенты с ОНР, в сравнении с РШС, обнаруживают более высокий уровень удовлетворенности качеством лечения, более выраженное субъективное ощущение улучшения состояния по итогу лечения, более заметную вовлеченность медицинского персонала в проблемы здоровья пациента. Больные, госпи-

Таблица 2

Сравнительный анализ ответов пациентов с расстройствами шизофренического спектра и с аффективными расстройствами

Показатели	Сумма рангов		U	Z	p
	РШС (n=137)	АР (n=17)			
Улучшилось или ухудшилось Ваше состояние, по сравнению с периодом до госпитализации?	10967	969	816	2,01	0,05
Как Вам кажется, лечащий врач/медицинский персонал разобрались в Вашей ситуации?	10241	1695	788	-2,17	0,05
Вы могли оказывать влияние на выбор принимаемых Вами лекарственных препаратов?	10131	1805	678	-2,80	0,01

Примечания: РШС – пациенты с расстройствами шизофренического спектра; АР- пациенты с аффективными расстройствами, U- критерий Манна-Уитни, Z – коэффициент преобразования, p – уровень значимости.

Сравнительный анализ ответов пациентов с расстройствами шизофренического спектра и с органическими психическими расстройствами

Показатели	Сумма рангов		U	Z	p
	РПС (n=137)	ОПР (n=20)			
В целом, насколько Вы удовлетворены возможностями лечения, предоставленными учреждением?	10139	2264	686	-3,60	0,001
В целом, какую пользу Вам принесло лечение в данном учреждении?	9883	2520	430	-4,95	0,001
Улучшилось или ухудшилось Ваше состояние, по сравнению с периодом до госпитализации?	11523	880	670	3,68	0,001
Как Вам кажется, лечащий врач/медицинский персонал подготовили Вас к жизни после выписки?	9853	2550	400	-5,10	0,001
У Вас было достаточно времени для обсуждения своих проблем с лечащим врачом/медицинским персоналом?	9745	2658	292	-5,67	0,001
Как Вам кажется, лечащий врач/медицинский персонал разобрались в Вашей ситуации?	10111	2292	658	-3,75	0,001
У Вас была возможность рассказать лечащему врачу/медицинскому персоналу основную информацию о Вашем состоянии?	10151	2252	698	-3,54	0,001
Вам кажется, что лечение соответствовало Вашему состоянию?	9904	2342	588	-4,09	0,001
Вы могли оказывать влияние на выбор курса лечения?	9679	2567	363	-5,28	0,001
Вы могли оказывать влияние на выбор принимаемых Вами лекарственных препаратов?	9653	2750	200	-6,16	0,001
Как Вы оцениваете полученную Вами информацию о возможностях лечения?	10120	2283	667	-3,70	0,001
Как Вы оцениваете качество информации, полученной Вами по поводу Вашего заболевания/Вашего диагноза?	9938	2308	622	-3,91	0,001
Как лечащий врач/медицинский персонал взаимодействовали с Вашими близкими?	10379	2024	926	-2,33	0,05
Как Вам кажется, сейчас: было ли пребывание в медицинском учреждении необходимым для Вас?	11803	600	390	5,16	0,001
В целом, как Вы оцениваете качество помощи, оказанной Вам учреждениями здравоохранения в связи с Вашим психическим заболеванием?	10330	2073	877	-2,59	0,01
В целом, каково, по Вашему мнению, состояние Вашего психического здоровья?	11615	788	578	4,17	0,001
Вам была предоставлена информация о возможности подать жалобу на качество лечения (главному врачу, в органы здравоохранения, специалисту по правам пациентов)?	11593	810	600	4,05	0,001
Вам сообщили о Вашем праве ознакомиться с историей болезни?	11823	580	370	5,26	0,001

Примечания: РПС – пациенты с расстройствами шизофренического спектра; ОПР- пациенты с органическими психическими расстройствами, U- критерий Манна-Уитни, Z – коэффициент преобразования, p- уровень значимости.

тализированные в добровольном порядке, демонстрируют более высокую степень соответствия проводимого терапевтического воздействия своему состоянию, чем больные, госпитализированные в недобровольном порядке. Мужчины, в сравнении с женщинами, отмечают более существенную степень вовлеченности и возможности влияния на выбор терапии. Пациенты с большей длительностью госпитализации (более 100 дней), в отличие от пациентов со средним сроком госпитализации (40–100 дней), более высоко оценивают уровень качества получаемой медицинской услуги и лечения. Пациенты с 3й группой инвалидности, в сравнении с пациентами со 2й группой инвалидности и пациентами без инвалидности демонстрируют более высокий уровень

удовлетворенности качеством помощи, результатом лечения и полученной информацией.

Более выраженная удовлетворенность лечением у пациентов с добровольной госпитализацией, по всей видимости, определяется большей критикой к психопатологической симптоматике у пациентов данной группы. В.Во и соавт. [13] отмечают, что при исследовании удовлетворенности помощью пациентов с госпитализациями с острыми психотическими состояниями также различались в группах добровольного и недобровольного лечения. При этом авторы указывают, что фактор удовлетворенности коррелировал с уровнем критики к состоянию, который, по сути, проистекал из выраженности продуктивных и негативных расстройств. Также важно подчеркнуть,

**Сравнительный анализ ответов пациентов с аффективными расстройствами
и с органическими психическими расстройствами**

Показатели	Сумма рангов		U	Z	p
	АР (n=17)	ОПР (n=20)			
В целом, насколько Вы удовлетворены возможностями лечения, предоставленными учреждением?	250	453	97	-2,21	0,05
В целом, какую пользу Вам принесло лечение в данном учреждении?	223	480	70	-3,03	0,01
Как Вам кажется, лечащий врач/медицинский персонал подготовили Вас к жизни после выписки?	193	510	40	-3,95	0,001
У Вас было достаточно времени для обсуждения своих проблем с лечащим врачом/медицинским персоналом?	205	498	52	-3,58	0,001
Вам кажется, что лечение соответствовало Вашему состоянию?	253	451	100	-2,13	0,05
Вы могли оказывать влияние на выбор курса лечения?	210	493	57	-3,43	0,001
Вы могли оказывать влияние на выбор принимаемых Вами лекарственных препаратов?	225	478	72	-2,97	0,01
Как Вам кажется сейчас: было ли пребывание в медицинском учреждении необходимым для Вас?	413	290	80	2,73	0,01
В целом, каково, по Вашему мнению, состояние Вашего психического здоровья?	411	292	82	2,67	0,01
Вам сообщили о Вашем праве ознакомиться с историей болезни?	403	300	90	2,42	0,01

Примечания: АР – больные с аффективными расстройствами; ОПР- пациенты с органическими психическими расстройствами, U- критерий Манна-Уитни, Z – коэффициент преобразования, p- уровень значимости.

что более всего в данном исследовании пациенты с недобровольными госпитализациями были не удовлетворены уровнем предоставленной информации об их лечении.

Более выраженная удовлетворенность пациентов с ОПР, чем пациентов с РШС прослеживается и в других исследованиях. В частности, N.Berzina и соавт. [10] отмечают, что пациенты с ОПР были значимо более удовлетворены оказываемой помощью. В другом исследовании А.М.Kilbourne и соавт. [20] показывают, что менее всего помощью были удовлетворены пациенты с неаффективными психозами, что, возможно, отчасти связано с уровнем критики к собственному состоянию и пониманием необходимости госпитализации и лечения. В то время, как в метааналитическом обзоре S.Woodward и соавт. [32] не находят связи уровня удовлетворенности пациентов с диагностическими категориями.

Что касается зависимости удовлетворенности от пола пациентов, то в литературе имеются противоречивые данные на этот счет, показывающие удовлетворенность как более выраженную и у пациентов мужского пола [25], и у женского [10]). По всей видимости, пол в данном случае не играет существенной роли, в то время как на данную корреляционную связь оказывают влияние иные факторы, требующие отдельного исследования [32].

Результаты данного исследования могут стать отправной точкой для поиска путей совершенствования качества оказываемой стационарной психи-

атрической помощи и улучшения качества жизни пациентов с психическими расстройствами, как в долгосрочной перспективе, так и как средство мониторинга. Так, например, внедряются системы оценки удовлетворенности психиатрической помощью в реальном времени, что позволяет достаточно эффективно собирать данные и оперативно реагировать в целях улучшения качества помощи [31].

Отмечается, что влиять на качество помощи и удовлетворенность пациентов следует как можно раньше. При этом особого внимания требуют пациенты, недавно столкнувшиеся с психиатрической помощью, и пациенты с более низким уровнем образования. Отмечается, что данные категории пациентов, возможно, нуждаются в более тесном взаимодействии с лечащим врачом, особенно на начальных этапах лечения, что может положительно сказаться на их удовлетворенности лечением [29].

Существуют исследования, показывающие, что в системах оказания помощи, при которых один и тот же врач отвечает как за стационарный, так и за амбулаторный этапы лечения, удовлетворенность помощью пациентов оказывается выше. Также более удовлетворены помощью оказываются пациенты при более длительном лечении. Возможно, оба эти явления связаны с тем, что в таких случаях устанавливается лучший терапевтический контакт пациента с врачом и пациенты больше доверяют специалисту и проводимому лечению, однако при

длительных госпитализациях нельзя исключить и фактора формирующегося госпитализма [11, 24, 27].

Важно подчеркнуть, что при планировании мероприятий по улучшению качества оказываемой помощи следует уделять особое внимание работе по совершенствованию коммуникативных навыков персонала. В исследовании А. Parageorgiou и соавт. [23] показано, что данные навыки существенным образом влияют на удовлетворенность пациентов лечением. Благодаря эффективной коммуникации, пациенты лучше понимают процесс лечения, прогноз, необходимость соблюдения рекомендаций врача, что является важным фактором не только более быстрого достижения ремиссий, но и профилактики повторных обострений.

А. Ahmadi Kashkoli и соавт. [7] обращают внимание на важность так называемых «немедицинских» аспектов оказываемых медицинских услуг, например, таких как качество базовых удобств, соблюдение основных прав и свобод и гуманное отношение. В проведенном авторами исследовании указывается на сильные корреляционные связи между данными параметрами и удовлетворенностью лечением, что должно использоваться при планировании мероприятий по улучшению условий пребывания пациентов в психиатрических стационарах.

М. Rentrop и соавт. [26] подчеркивают, что понятие «удовлетворенности помощью» при исследовании

данного феномена с помощью опросников является субъективным производным соотношения ожиданий пациента от психиатрической службы и фактической помощью, которая была предоставлена. Таким образом, не умаляя значения данного показателя при комплексной оценке эффективности психиатрической службы, он не дает возможности полноценно судить о качестве предоставляемой помощи.

Заключение

Самостоятельно заполняемая пациентами анкета для оценки удовлетворенности пребыванием в круглосуточном стационаре учреждений психиатрической службы является информативным функциональным инструментом для исследований одной из сторон качества жизни психически больных при оказании им помощи в стационарных условиях. В целом пациенты отметили достаточно высокий уровень удовлетворенности лечением. Полученные нами результаты сопоставимы с данными, опубликованными в литературе, как при помощи того же инструментария, так и в сходных исследованиях. Результаты имеют существенное значение не только для практического здравоохранения, но и для дальнейших исследований и могут быть использованы для разработки рекомендаций в целях повышения качества оказываемой стационарно психиатрической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кишка Т.Н. Субъективная удовлетворенность терапией пациентов, проходящих принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа // Шизофрения: настоящее, взгляд в будущее: материалы III Всероссийской Костромской школы молодых ученых и специалистов в обл. псих. здоровья, Кострома / Науч. центр псих. здоровья, РОП. Кострома, 2016. С. 255–258.
2. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д. Метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре: методические рекомендации. СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2007. 17 с.
3. Рахимуллина О.А. Оценка удовлетворенности пациентов современными методами лечения, применяемыми в косметологии // Социология медицины. 2009. № 1. С. 40–49.
4. Шварц Ю.Г., Наумова Е.А., Тарасенко Е.В. Факторы, влияющие на удовлетворенность от лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью // Журнал сердечная недостаточность. 2007. Т. 8. № 3. С. 138–141.
5. Шлафер А.М. Метод комплаенс-терапии в системе лечения больных шизофренией: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. 26 с.
6. Юрьев В.К., Харбедия Ш.Д., Хведелидзе М.Г. Оценка удовлетворенности пациентов качеством лечения в условиях областного кожно-венерологического диспансера // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 5. С. 298.
7. Ahmadi Kashkoli S., Zarei E., Daneshkohan A., Khodakarim S. (). Hospital responsiveness and its effect on overall patient satisfaction // Int. J. Health Care Qual. Assurance. 2017. Vol. 30(8). P. 728–736.
8. Ammentorp J., Rasmussen A.M., Norgaard B., Kirketerp E., Kofoed P.E. Electronic questionnaires for measuring parent satisfaction and as a basis for quality improvement // Int. J. Qual Health Care. 2007. Vol. 19(2). P. 120–124.
9. Batbaatar E., Dorjdagva J., Luvsannyam A., Savino M.M., Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review // Perspect. Public Health. 2017. Vol. 137(2). P. 89–101.
10. Berzina N., Petrošina E., Taube M. The assessment of factors associated with patient satisfaction in evaluation of mental health care center // Nordic J. Psychiatry. 2021. Vol. 75(2). P. 79–86.
11. Bird V.J., Giacco D., Nicaise P., Pfennig A., Lasalvia A., Welbel M., Priebe S. In-patient treatment in functional and sectorised care: patient satisfaction and length of stay // Br. J. Psychiatr. 2018. Vol. 212(02). P. 81–87.
12. Bjertnaes O., Iversen H.H., Kjøllesdal J. PIPEQ-OS—an instrument for on-site measurements of the experiences of inpatients at psychiatric institutions // BMC Psychiatry. 2015. Vol. 6. N 15. P. 234.
13. Bø B., Ottesen Ø.H., Gjestad, R., Jørgensen H.A., Kroken R.A., Løberg E.M., Johnsen E. Patient satisfaction after acute admission for psychosis // Nordic J. Psychiatry. 2016. Vol. 70(5). P. 321–328.
14. Chevalier A., Ntala E., Fung C., Priebe S., Bird V.J. Exploring the initial experience of hospitalisation to an acute psychiatric ward // PLoS One. 2018. Vol. 13(9). P. e0203457.
15. Crow R.G.H., Hampson S.H.J., Kimber A., Storey L., Thomas H. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practise from a systematic review of the literature // Health Technol. Assess. 2003. Vol. 6(32).
16. Garratt A.M., Solheim E., Danielsen K. National and crossnational surveys of patient experiences: a structured review. Rapport nr 7-2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008.
17. Garratt A., Danielsen K., Bjertnaes Ø.A., Ruud T. PIPEQ – a method for measurement of user satisfaction in mental health services // Tidsskr Nor Laegeforen. 2006. Vol. 126(11). P. 1478–1480.
18. Jurst J., Jee-Hughes M. Performance measurement and performance management in OECD health systems // Labor Market Soc. Policy Occasional Papers 47. Paris: OECD, 2000.
19. Kieny M.P., Evans T.G., Scarpetta S., Kelley E.T., Klazinga N., Forde I. et al. Delevering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Washington: World Bank Group, 2018.
20. Kilbourne A.M., Beck K., Spaeth-Rublee B. et al. Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective // World Psychiatry. 2018. Vol. 17(1). P. 30–38.
21. Matke S., Epstein A.M., Leatherman S. The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background // Int. J. Qual. Health Care 2006. Vol. 18, Suppl. 1. P. 1–4.
22. Miglietta E., Belessiotis-Richards C., Ruggeri M., Priebe S. Scales for assessing patient satisfaction with mental health care: A systematic review // J. Psychiatr. Res. 2018. Vol. 100. P. 33–46.

23. Papageorgiou A., Loke Y.K., Fromage M. Communication skills training for mental health professionals working with people with severe mental illness // *Cochrane Database System. Rev.* 2017. Vol. 6(6). P. 100–106.
24. Poremski D., Harris D.W., Kahan D., Pauly D., Leszcz M., O'Campo P. et al. Improving continuity of care for frequent users of emergency departments: service user and provider perspectives // *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2016. Vol. 40. P. 55–59.
25. Ratner Y., Zendjidian X.Y., Mendyk N. et al. Patients' satisfaction with hospital health care: identifying indicators for people with severe mental disorder // *Psychiatry Res.* 2018. Vol. 270. P. 503–509.
26. Rentrop M., Böhm A., Kissling W. Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung. Historische Entwicklung, Methoden und Ergebnisse im Überblick der internationalen Literatur [Patient satisfaction with psychiatric care. Historical perspective, methods and results from the international literature] // *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie.* 1999. Vol. 67(10). P. 456–465.
27. Shan L., Li Y., Ding D., Wu Q., Liu C., Jiao M. et al. Patient Satisfaction with Hospital Inpatient Care: Effects of Trust, Medical Insurance and Perceived Quality of Care // *PLoS One.* 2016. Vol. 11. P. e0164366.
28. Soergaard K.W., Nivison M., Hansen V., Oeiesvold T. Treatment needs and acknowledgement of illness - importance for satisfaction with psychiatric inpatient treatment // *BMC Health Serv. Res.* 2008. Vol. 14, N 8. P.103.
29. Thornton R.D., Nurse N., Snavelly L., Hackett-Zahler S., Frank K., DiTomaso R.A. Influences on patient satisfaction in healthcare centers: a semi-quantitative study over 5 years // *BMC Health Serv. Res.* 2017. Vol. 19. N 1. P. 361.
30. Van der Post L.F., Peen J., Visch I., Mulder C.L., Beekman A.T., Dekker J.J. Patient perspectives and the risk of compulsory admission: the Amsterdam Study of Acute Psychiatry V // *Int. J. Soc. Psychiatry.* 2014. Vol. 60(2). P. 125–133.
31. Werkkala C.M., Bäckmand H.M., Kuosmanen L.M., Vastamäki M.H., Rajala T.H., Lindqvist P.R., Jylhä P.J. Efficacy of a real-time patient feedback system: patient satisfaction study in psychiatry // *Nord J. Psychiatry.* 2020. Vol. 74(2). P. 155–162.
32. Woodward S., Berry K., Bucci S. A systematic review of factors associated with service user satisfaction with psychiatric inpatient services // *J. Psychiatr. Res.* 2017. Vol. 92. P. 81–93.

ИЗУЧЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ ПОМОЩИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

**О.В. Лиманкин, Т.Н. Кишка, А.В. Ханько, Е.А. Голосов, Ю.В. Мухитова,
Н.А. Климакова, А. Ферден, М.А. Кулыгина, О.О. Папсуев**

В работе проведено исследование удовлетворенности лечением пациентов психиатрического стационара с использованием адаптированного для российской выборки опросника, разработанного Департаментом качества помощи и безопасности пациентов Норвежского института здравоохранения (The Psychiatric Inpatient Experience Questionnaire – PIPEQ). Посредством сравнительного анализа ответов пациентов выявлены различия в показателях удовлетворенности качеством помощи в зависимости от нозологии, половой принадлежности,

типа госпитализации, её длительности и степени ограничения жизнедеятельности. Установлено, что в целом, пациенты демонстрируют достаточно высокий уровень удовлетворенности лечением, а использованный опросник может применяться в качестве функционального инструмента для исследования одной из сторон качества жизни психически больных при оказании им помощи в стационарных условиях.

Ключевые слова: удовлетворенность лечением, стационарная психиатрическая помощь, качество жизни, качество помощи.

STUDY OF INPATIENTS' SATISFACTION WITH QUALITY OF CARE IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL

**O.V. Limankin, T.N. Kishka, A.V. Khanko, E.A. Golosov, J.V. Mukhitova,
N.A. Klimakova, A. Färden, M.A. Kulygina, O.O. Papsuev**

This paper presents results of the study of inpatients' satisfaction with treatment in a psychiatric hospital. Questionnaire, developed by the Department for Quality of Care and Patient Safety of the Norwegian Institute of Health (The Psychiatric Inpatient Experience Questionnaire – PIPEQ) was adapted for the Russian sample. Through a comparative analysis of inpatients' responses differences in satisfaction with the quality of care depending on nosology,

gender, type of hospitalization, its duration and degree of disability were revealed. It was found that, in general, inpatients demonstrate a fairly high level of satisfaction with treatment, and the questionnaire can be used as a functional tool to study one of the aspects of the quality of life of psychiatric inpatients.

Key words: satisfaction with treatment, inpatient psychiatric care, quality of life, quality of care.

Лиманкин Олег Васильевич – доктор медицинских наук, главный врач СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П.Кашенко», профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии СЗГМУ им. И.И.Мечникова; email: limankin@mail.ru

Кишка Татьяна Николаевна – медицинский психолог СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П.Кашенко»; email: kishkatn@gmail.com;

Ханько Александр Валерьевич – кандидат психологических наук, заведующий психологической службой СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П.Кашенко»; email: aleksandrkhanko@yandex.ru

Голосов Егор Александрович – врач-психиатр СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П.Кашенко»; email: egorgolosov@gmail.com

Климакова Наталья Андреевна – медицинский психолог СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П.Кашенко»; email: hon73@yandex.ru

Мухитова Юлианна Владимировна – кандидат психологических наук, медицинский психолог СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П.Кашенко», доцент кафедры общей и клинической психологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; email: che88@mail.ru

Ферден Анн – доктор философии, врач-психиатр отделения интенсивной психиатрической помощи Университетской клиники гор. Осло, Норвегия; email: ann.farden@ous-research.no

Кулыгина Майя Александровна – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Научно-клинического исследовательского центра нейрорепсихиатрии ГБУЗ «ПКиБ №1 им. Н.А.Алексеева» ДЗМ; email: mkulygina@yandex.ru

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

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

В.К. Шамрей, А.А. Марченко, А.В. Лобачев, Д.А. Тарумов

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Психические расстройства неизменно считаются одной из наиболее значимых групп заболеваний для Вооруженных сил РФ. Как свидетельствуют отчетные данные, они, внося незначительный вклад в структуру заболеваемости – менее 1% (0,84%) у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву – и чуть более 0,3% (0,39%) – по контракту, тем не менее обуславливают более половины (50,8%) всех досрочных увольнений по состоянию здоровья у первой категории военнослужащих и 10,8% – у второй.

В структуре увольняемости в связи с психическими расстройствами доминирует патология невротического спектра: $\frac{3}{4}$ (74%) – у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, и около половины (47%) – по контракту. По данным анализа историй болезни среди причин госпитализации в структуре невротических расстройств преобладают расстройства адаптации – от 40 до 60% у разных категорий военнослужащих. При этом, изучение катамнеза военнослужащих (после их увольнения из ВС) показало, что повторно обращались по поводу ухудшения психического состояния лишь 32,2% больных [7]. Во многом данное обстоятельство обусловлено гипердиагностикой адаптационных расстройств в силу крайней аморфности существующих критериев их диагностики и отсутствия возможности подтвердить данный диагноз какими-либо объективизирующими данными.

Об этом же свидетельствуют и результаты анализа публикаций по другим значимым для военнослужащих стресс-ассоциированным расстройствам – посттравматическим стрессовым расстройствам (ПТСР). Например, по данным Национального исследования реадaptации ветеранов Вьетнама полное соответствие критериям ПТСР выявлено у 31%, частичное – у 23%, всего – 53% [14]. В то же время опыт войн последних десятилетий показывает существенно меньшие цифры: среди ветеранов США они варьируют в диапазоне от 4 до 17%, а среди сходного контингента военнослужащих Великобритании – в разы меньше – 3–6% [13]. С другой стороны, заболеваемость ПТСР среди лиц, находившихся в зоне

боевых действий (16%), лишь незначительно отличается от таковой среди некомбатантов (11%) [11]. Более того, по данным некоторых авторов, в 59% случаев ПТСР убедительных свидетельств воздействия психической травмы вообще выявить не удавалось [10].

Подобные проблемы наблюдаются не только в отношении диагностики психических расстройств у военнослужащих, но и их прогноза. Так, в частности, на основании проведенного сопоставительного анализа было показано, что доля лиц с низкой нервно-психической устойчивостью (III и IV группы НПУ) достигает 25–30% от личного состава, тогда как заболеваемость психическими расстройствами варьирует в пределах 10–15% (разница между группами потенциального и «реализовавшегося» риска составляет один порядок). При этом, расчет прогностической ценности результата при оценке риска развития психических расстройств для показателя НПУ составил всего 6,0%, что в совокупности с низкими показателями отношения правдоподобия свидетельствует о невозможности с помощью данного подхода достоверно разделить лиц с риском психического заболевания и без него [1].

Сходная картина наблюдается и в сфере профилактики аддиктивных расстройств в Вооруженных силах РФ (ВС РФ). Так, по данным проведенных скрининговых исследований распространенность употребления наркотических средств и психотропных веществ (НСПВ) среди военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, составляет в среднем 25,6%. Значительные различия между официальной статистикой заболеваемости (0,89%) и этими результатами свидетельствуют о недостаточной эффективности системы мер по противодействию распространения НСПВ в ВС РФ. Последние в основном ориентированы на тестирование с помощью тест-полосок, что позволяет выявить лишь свежие, как правило, не более 1–3 дней, случаи употребления НСПВ, и не дают возможности доказать наличие злоупотребления или зависимого поведения.

Не менее остро стоит и проблема прогноза девиантного поведения у военнослужащих. Так, по итогам медицинского освидетельствования граждан в ходе осенней призывной кампании 2016 года в связи с выявлением склонности к девиантному поведению на повторное медицинское освидетельствование было направлено 0,96% призывников, в результате которого у половины из них (54%) были выявлены психические расстройства. В то же время по итогам проведенного в частях Западного военного округа проспективного исследования [4] признаки отклоняющегося поведения были установлены у 14,3% военнослужащих.

В этом контексте становится очевидной ключевая проблема выявления психических расстройств у военнослужащих – отсутствие релевантных скрининговых методик для ранней диагностики, а в идеале – и прогноза, на основе объективных показателей.

Исходя из этого, **целью** исследования стало сравнение различных подходов к объективизации психических расстройств у военнослужащих для обоснования эффективной системы мониторинга их психического здоровья.

Материал и методы

Одной из задач исследования являлась разработка способа психофизиологической диагностики измененной реактивности организма посредством объективной оценки симптомов гиперактивации ЦНС и сверхбдительности, соответствующих симптомаматическому кластеру «D» диагностических критериев ПТСР классификации DSM-IV, являющихся одновременно значимым маркером адаптационных расстройств. В качестве стресс-стимулов использовали валидизированные на здоровых военнослужащих видео- и аудиоматериалы. Эталонным стресс-стимулом была электростимуляция тыльной поверхности предплечья.

В период проведения процедуры измеряли частоту сердечных сокращений (ЧСС), кожно-гальваническую реакцию (КГР), фотоплетизмограмму (ФПГ), рекурсию дыхания (РД). Обследовано 40 комбатантов с частичными проявлениями ПТСР (группа «Ком»), 22 пациента с расстройствами адаптации (группа «РА») и контрольная группа (КГ) – 15 здоровых лиц.

Наряду с этим оценивалась возможность объективизации психических расстройств с помощью инновационной технологии – этобиометрической видеорегистрации поведенческих реакций. Исследовался отдельно взятый конструктор систематики Research Domain Criteria – реакция на потенциальную угрозу (тревоги), для чего было обследовано 14 больных (средний возраст $33,2 \pm 11$ лет) с преобладанием в клинической картине тревожной симптоматики различной нозологической принадлежности. Пациенты отбирались в исследование по результатам оценки тревожных расстройств по шкале Гамильтона (НАМА) с порогом отсечения в 20 баллов, что соответ-

ствовало умеренной и тяжелой тревоге. Контрольную группу составили 37 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Больным проводилось структурированное интервью, включавшее оценку симптоматики и задания на трактовку пословиц. Разметка видеозаписей проводилась с помощью сконструированного специалистами научно-производственного предприятия «Видеомикс» АПК биометрической видеорегистрации с выделением элементарных и простых комплексов поведения в соответствии с глоссариями В.П.Самохвалова [6] и Г.Е.Крейдлина [3]. Этот и следующий этап работы выполнялись в рамках некоммерческого партнерства с ООО «НПП Видеомикс» совместно с А.В.Ониксимовым и П.И.Дмитриевым.

В рамках 3-го направления исследований изучалась возможность диагностики тревоги по глазодвигательным реакциям. Для этого было обследовано 19 больных с расстройствами адаптации (средний возраст $19,2 \pm 2,1$ года, длительность заболевания $2,3 \pm 1,4$ месяца). В контрольную группу вошли 19 здоровых лиц. Использовалось оборудование для регистрации окулографических реакций ГТ-19, разработанное НПП «Видеомикс». Испытуемым предъявлялся тест «Нервно-психическая адаптация» [2], при этом обработка результатов тестирования включала группировку признаков в отдельные кластеры [5]. Длительность предъявления вопроса/утверждения была ограничена периодом 10 сек.

Изучение нейровизуализационных микроструктурных и функциональных маркеров тревожных расстройств для совершенствования представлений о их патогенезе осуществлялось на материале обследования 9 человек с расстройствами адаптации (средний возраст $22,2 \pm 5,6$ года, длительность заболевания – $3,4 \pm 3,1$ месяца) и 18 здоровых лиц (контрольная группа). Проводился протокол RS-фМРТ – состояние полного покоя в течении 6 минут без предъявления каких-либо стимулов. Постпроцессинговая обработка данных осуществлялась с помощью пакета CONN (Functional Connectivity Toolbox 17b). Уровень статистической значимости не превышал порога $p=0,05$ (для p -FDR). Для анализа данных диффузионно-тензорной визуализации использовался трактографический модуль DSI_Studio.

Результаты и обсуждение

Как видно на рис. 1, кожно-гальваническая реакция (КГР) у основных исследуемых групп была значимо выше, чем у здоровых лиц.

Профиль динамики фотоплетизмографии (ФПГ) комбатантов, напротив, был ближе к таковому у здоровых лиц (рис. 2). По профилю ЧСС комбатанты занимали промежуточное положение за исключением этапа электростимуляции, где у них наблюдалась наиболее выраженная реакция (рис. 3).

На полученных данных было построено дискриминантное уравнение (табл. 1), однако средняя точность его составила всего 71%: 60,0% – для

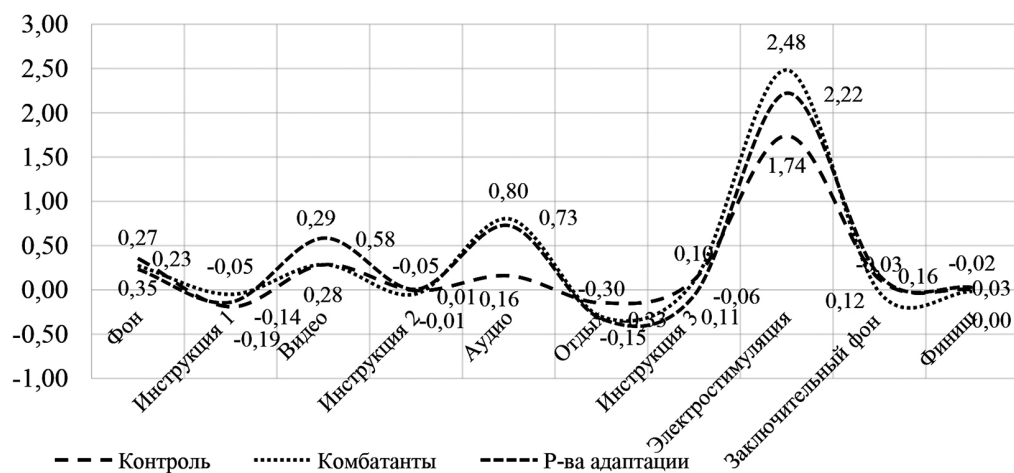


Рис. 1. Средние значения КГР на этапах стресс-тестирования в обследованных группах

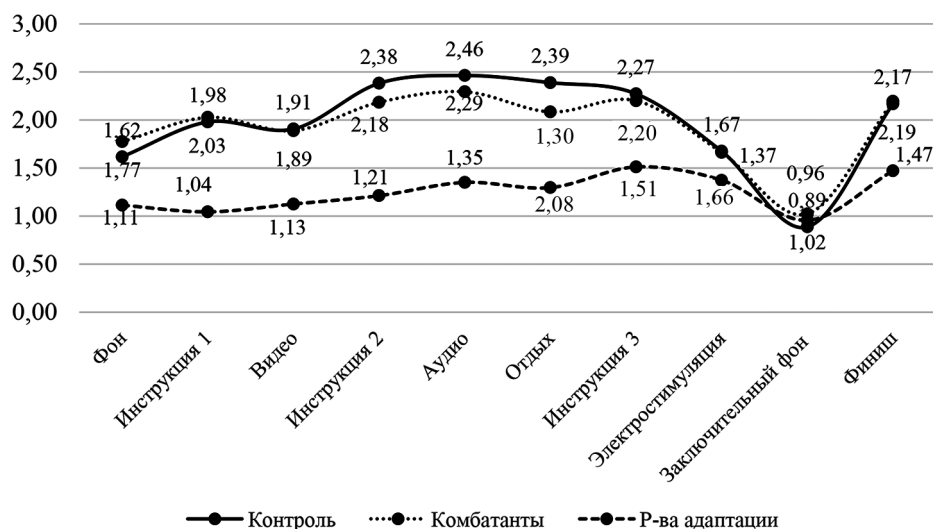


Рис. 2. Средние значения ФПГ на этапах стресс-тестирования в обследованных группах

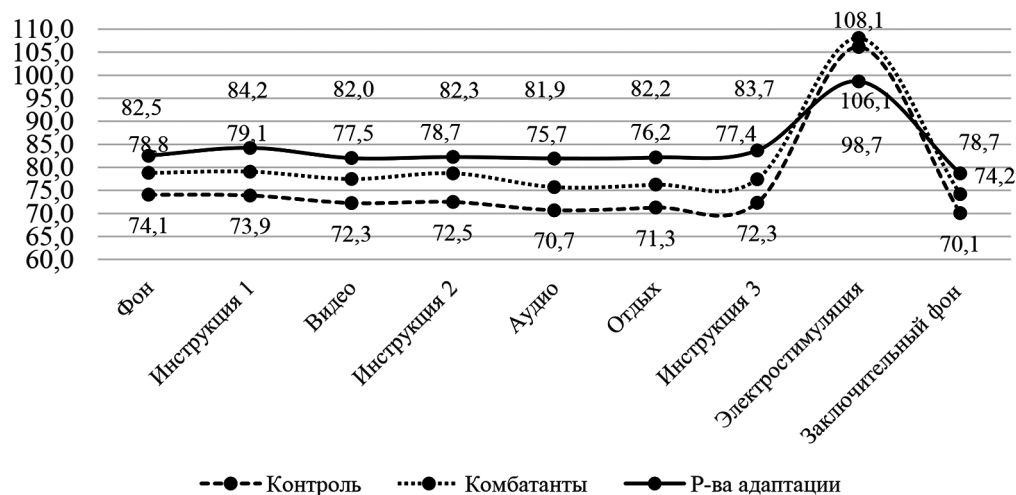


Рис. 3. Средние значения ЧСС на этапах стресс-тестирования в обследованных группах

группы здоровых лиц, 94,3% – для группы комбантов, 26,7% – для расстройств адаптации.

Основанные на этологической парадигме результаты второго направления исследований позволили выделить представленные в табл. 2 значимые различия в частотах отдельных двигательных актов и построить значимую модель диагностики на основе наивного байесовского классификатора (табл. 3). Однако более показательными оказались результаты факторного анализа. Так, если у здоровых спектр реакций описывался 4-мя формами, которые мы условно обозначили как «игра бровями», «оборо-

Таблица 1

Коэффициенты линейных дискриминантных функций для дифференциации целевых категорий по результатам стресс-тестирования

Показатель	G 1:1 (КГ)	G 2:2 (Ком)	G 3:3 (РА)
Средняя ЧСС в период предъявления инструкции № 1	0,11	0,03	0,29
Стартовая средняя ЧСС	0,23	0,40	0,20
Фоновая КГР	-5,70	-0,52	-3,68
Средняя ЧСС в период предъявления инструкции № 2	0,72	1,59	2,05
Средняя ЧСС в период электростимуляции	0,06	0,03	0,02
Константа	-17,30	-20,76	-27,09

Таблица 2

Усредненные показатели интенсивности поведенческих реакций больных с тревогой и здоровых лиц

Наименование кинем	кадры/мин (M ± σ)	
	Больные	Здоровые
Брови приподняты	0,29±0,75	1,26±2,10
Положение ног в позе кучера	0,08±0,41	1,15±2,11
Взгляд направлен вправо	6,71±4,81	4,04±4,43
Взгляд направлен вверх и влево	0,92±1,41	0,15±0,36
Взгляд направлен вверх и вправо	0,83±1,37	0,26±0,53
Прямая ориентация туловища	0,04±0,20	0,63±1,15

нительно-агонистическое поведение», «реакция неуверенности» и «поисковое поведение», то у больных они образовывали следующие группы: «суеуверность», «защитная реакция», «контроль собеседника», «запрос поддержки» и «защита центра тела». Приведенные данные позволяют постулировать принципиальную возможность объективной регистрации тревоги по поведению обследуемых и, соответственно, далее разрабатывать совершенно новую психиатрическую синдромологию на базе этобиометрического подхода.

Результаты изучения глазодвигательных реакций при верификации расстройств адаптации показали, что при выполнении данного теста выявлялось более чем полуторократное увеличение средней продолжительности взгляда и числа фиксаций, а скорость просмотра была в два раза ниже, чем у группы контроля (табл. 4).

Медианная длительность фиксаций, напротив, была выше у здоровых. Саккадические движения у больных при отсутствии значимых различий со здоровыми лицами по скорости характеризовались меньшей амплитудой (средние и медианные значения).

В дальнейшем, для решения задач классификации, использовался дискриминантный анализ. Оценка информативности параметров окуломоторной активности (при F-включения=2,0; F-исключения=1,9 и p<0,05) показала, что в модель вошло три характеристики: число фиксаций взгляда, скорость просмотра и скорость саккад (табл. 5). Коэффициенты линейных дискриминантных функций (ЛДФ) приведены в табл. 6. При этом чувствительность решающих правил была довольно высокой: 100% – для контрольной группы, 78,6% – для группы больных, в целом для выборки – 91,9% (G_{1:0} – 23/0; G_{2:1} – 3/11).

Оценка вклада канонической ЛДФ в дисперсию признаков (с суммарным вкладом 100%) выявила, что собственное значение составило 0,98, каноническое R – 0,70, Лямбда Уилкса – 0,51, χ² – 22,84 при df равном 3,0 и p – 0,00004, что показало допустимость использования для задач диагностики основанного на ее

Таблица 3

Характеристики модели диагностики тревоги на базе наивного байесовского классификатора

Итоги классификации (Наивный Байесовский классификатор), Категория, обучающая выборка					
	Всего	Верно (абс.)	Неверно (абс.)	Верно (%)	Неверно (%)
Здоровые	26	21	5	80,8	19,2
Больные	12	12	0	100,0	0,0
Итоги классификации (Наивный Байесовский классификатор), Категория, вся выборка					
	Всего	Верно (абс.)	Неверно (абс.)	Верно (%)	Неверно (%)
Здоровые	37	24	13	64,9	35,1
Больные	14	14	0	100,0	0,0
Матрица классификации (Наивный Байесовский классификатор), Категория, вся выборка					
	Здоровые	Больные			
Здоровые	24	0			
Больные	13	14			

Таблица 4

**Среднегрупповые характеристики
глазодвигательных реакций по совокупности
выполнения тестовых заданий**

Параметры ГДР	Контроль	Больные с РА
Средняя продолжительность взгляда (мс)	4010,82±975,89*	6202,12±2560,64
Частота взглядов (взгляд/с)	0,51±0,55	0,28±0,12
Процент отсутствия взгляда	10,57±13,19	7,26±7,75
Скорость просмотра (м/с)	36,40±26,15*	16,91±23,78
Площадь блуждания взгляда (см ²)	257,56±54,18	302,66±91,39
Число фиксации взгляда	40,60±13,07*	68,77±30,82
Средняя длительность фиксации взгляда (мс)	72,00±27,50	59,71±9,27
Медианная длительность фиксации взгляда (мс)	31,70±16,09*	22,43±4,49
Частота фиксации (ед/с)	10,62±3,30	10,99±2,06
Среднее длин саккад (мм)	48,91±11,75*	38,16±6,38
Медиана длин саккад (мм)	22,05±10,23*	12,64±5,10
Скорость саккад (см/с)	102,72±22,92	88,35±22,84

Примечания: * – статистическая значимость различий по сравнению с группой больных $p < 0,05$.

коэффициентах уравнения (табл. 7): $X=0,758+0,04X_1-0,026X_2-0,022X_3$. Координаты центроидов для канонической ЛДФ равнялись: для первой функции ($G_1:0$) – -0,75, для второй ($G_2:1$) – 1,23.

Анализ факторной структуры канонических ЛДФ свидетельствовал, что с наличием диагноза прямо коррелировал показатель числа фиксации взгляда ($r=0,66$) и обратно – скорости просмотра ($r=-0,39$) и скорости саккад ($r=-0,32$).

Результаты нейровизуализационных исследований показали, что интегральные двухсторонние различия по показателю глобальной эффективности узлов между группами больных с РА и здоровых лиц выявили более высокую значимость сети пассивного режима работы – DMN ($\beta = 0,05$, $T = 4,42$, $p\text{-unc} = 0,000090$, $p\text{-FDR} = 0,01$) в системе функциональной коннективности и, прежде всего, задней поясной коры (Default Mode. PCC $x,y,z = 1, -61,38$ mm), а также предклинья (Precuneus Cortex $x,y,z = 1, -59,38$ mm): $\beta = 0,04$, $T = 4,31$, $p\text{-unc} = 0,000125$, $p\text{-FDR} = 0,01$). По показателю центральности узлов большая значимость была установлена для правого переднеинсулярного отдела в составе нейросети выявления значимости Salience Network (Salience.A Insula R, $x,y,z = 47, 14,0$ mm): $\beta = 0,01$, $T = 4,48$, $p\text{-unc} = 0,000077$, $p\text{-FDR} = 0,012577$.

Таблица 5

Информативность параметров ГДР в рамках линейной дискриминатной функции

	Лямбда Уилкса	Парциальная лямбда	F-искл. (1,33)	p	Толерантность	1- Толерантность (R-Sqr.)
Число фиксации взгляда	0,79	0,64	18,39	0,00	0,92	0,08
Скорость просмотра	0,63	0,81	7,81	0,01	0,93	0,07
Скорость саккад	0,58	0,88	4,53	0,04	0,96	0,04
Средняя продолжительность взгляда	0,51	1,00	0,00	1,00	0,17	0,83
Частота взглядов	0,49	0,97	1,00	0,32	0,97	0,03
Процент отсутствия взгляда	0,51	1,00	0,01	0,93	0,86	0,14
Площадь блуждания взгляда	0,50	0,98	0,63	0,43	0,33	0,67
Средняя длительность фиксации взгляда	0,50	1,00	0,07	0,79	0,63	0,37
Медианная длительность фиксации взгляда	0,49	0,97	0,89	0,35	0,82	0,18
Частота фиксации	0,51	1,00	0,00	0,95	0,73	0,27
Среднее длин саккад	0,51	1,00	0,01	0,91	0,67	0,33
Медиана длин саккад	0,50	0,99	0,40	0,53	0,80	0,20

Таблица 6

**Коэффициенты линейных классификационных
функций для параметров ГДР**

Показатели ГДР	$G_1:0$ $p=0,62$	$G_2:1$ $p=0,38$
Число фиксации взгляда	0,04	0,12
Скорость просмотра	0,07	0,01
Скорость саккад	0,20	0,15
Константа	-12,59	-12,07

Таблица 7

**Коэффициенты диагностической канонической
линейной классификационной функции**

Показатели	Корень 1
Число фиксации взгляда (X_1)	0,041
Скорость просмотра (X_2)	-0,026
Скорость саккад (X_3)	-0,022
Константа	0,758
Собственное значение	0,977
Суммарный вклад в дисперсию признаков	1,000

С этими данными частично согласуются и результаты анализа структурной коннективности. Так, если трактовать с повышенной коннективностью у больных по сравнению со здоровыми выявлено не было, то сниженная связность отмечалась в мозолистом теле, обоих кортикоталамических и кортико-стриатумном путях, обоих мозжечках, коротких ассоциативных волокнах справа.

Следует отметить, что выявленные изменения обнаруживают близкое сходство с неспецифическими нарушениями, описанными S.K.Peters и соавт. [12] и рассматриваемыми как существенное звено патогенеза при всей психической патологии: снижением коннективности в кортико-стриатоталамической петле, связывающей функциональные узлы сети выявления значимости (Salience Network). Эти результаты, как представляется, целесообразно рассматривать в свете катamnестических данных о структуре диагностических заключений больных с расстройствами адаптации (при повторных госпитализациях), свидетельствующих о том, что прежние диагностические представления сохраняются только у половины больных, тогда как у остальных диагностируется широкий спектр прочих психических заболеваний. Иначе говоря, полученные данные следует рассматривать не как признаки расстройств адаптации, а как нейрофизиологические маркеры доманифестных форм иных психических нарушений. Это положение является принципиально важным, так как ставит под сомнение целесообразность самостоятельного выделения расстройств адаптации в отдельную нозологическую форму, либо, как минимум, определяет необходимость более четкой клинической ее верификации.

Проведенные ранее нейровизуализационные исследования в области аддиктологии [9] показали, что у больных, зависимых от опиоидов (по сравнению с контрольной группой), отмечается резкое снижение количества функциональных связей орбитофронтальной коры, отвечающей за контроль патологических эмоциональных форм поведения, а также выраженный функциональный дефицит и обеднение коннектома. В свою очередь, у больных с алкоголизмом выявлено отчетливое разобщение корковых и подкорковых структур с практически полной редукцией активности медиальной префронтальной коры. В совокупности данные результаты позволили сформулировать концепцию «зависимого мозга», основным постулатом которой является нарушение взаимодействия «контролирующих» и «эмоциональных» мозговых структур при аддиктивной патологии, подтвердив, тем самым, ранее высказываемые целым рядом ученых гипотезы подобного рода. В перспективе такие исследования могут способствовать оценке потенциального риска развития зависимого поведения на ранних этапах у «изначально» здоровых людей (причем, не только нарко- и токсикоманий, но и других его форм – интернет-зависи-

мость, гемблинг и т.д., широко распространенные в настоящее время).

Следует отметить, что нейровизуализационные исследования имеют особую значимость в клинической и военной психиатрии, позволяя оценить преморбидный фон («почву»), способствующий или препятствующий развитию психических расстройств у военных специалистов. В этом отношении особую актуальность приобретает проблема соотношения пато- и саногенетических механизмов («заболевания» и «незаболевания»), которые максимально пересекаются между собой именно в «пограничной» (субклинической) зоне (между здоровьем и болезнью) – наиболее важной для военной психиатрии. В этой связи очевидна необходимость поиска новых, инновационных методологических подходов, ориентированных не столько на клиническую (нередко субъективную) оценку психического состояния военнослужащего, сколько на анализ объективных параметров его психического здоровья (нормоцентрический подход).

Выводы

Таким образом, если традиционные психофизиологические методы, используемые в рамках описанных экспериментальных парадигм, все еще не позволяют с достаточной точностью дифференцировать отдельные формы психических расстройств от нормы, то инновационные подходы с использованием айтрекинга и этобиометрической видеорегистрации поведенческих реакций представляют существенный интерес в силу высокой чувствительности к выявлению данных нарушений. Использование результатов нейровизуализационных данных также представляется неотъемлемой компонентой таких исследований, позволяющей связать феноменологию психических расстройств с морфологическими и функциональными нарушениями головного мозга, лежащими в основе их патогенеза.

Анализ перспектив применения данных технологий позволяет создать систему эффективного медико-психологического сопровождения военных специалистов и мониторинга их профессиональной надежности. Такая система открывает новые возможности в рамках оценки профессионально важных качеств военнослужащих: свойств анализаторов, когнитивных и аффективных систем, системы социального процессинга, отдельных психологических качеств и даже особенностей мотивационной сферы. Использование рассмотренных методов на регулярной основе с систематическим проведением необходимых обследований позволит оценивать динамику профессионально важных качеств и психического состояния военнослужащих (по сравнению с индивидуальной нормой), начиная с этапа отбора и далее на всех этапах прохождения военной службы, а также разрабатывать индивидуально ориентированные профилактические мероприятия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гончаренко А.Ю. Система мониторинга психического здоровья военнослужащих, проходящих военную службу по контракту: Дис.... докт. мед. наук. СПб.: ВМедА; 2017. 350 с.
2. Гурвич И.Н. Тест нервно-психической адаптации // Вестн. гипнологии и психотерапии. 1992. № 3. С. 46–53.
3. Крейндин Г.Е. Невербальная семиотика: Язык тела и естественный язык. М.: Новое литературное обозрение, 2002. 592 с.
4. Кувшинов К.Э., Шамрей В.К., Чаплик А.Л., Днов К.В., Баурова Н.Н., Серегин Д.А. и соавт. Прогнозирование отклоняющегося поведения у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву // Воен.-мед. журн. 2017. Т. 338 № 9. С. 4–10.
5. Марченко А.А. Катамнез лиц, уволенных из Вооруженных сил с пограничными психическими расстройствами: Дисс. ... канд. мед. наук. СПб.: ВМедА. 2003, 212 с.
6. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия. ИМИС: НПФ «Движение». 1993. 286 с.
7. Шамрей В.К. и соавт. Перспективы объективного мониторинга и прогноза психического здоровья военнослужащих // Доктор. Ру. 2018. № 1 (145). – С. 27–33.
8. Шамрей В.К. и соавт. Психиатрия войн и катастроф. СПб, 2017. 431 с.
9. Шамрей В.К. и соавт. Нейровизуализация в диагностике депрессивных и аддитивных расстройств // Психиатрия. 2017. № 3 (75). С. 31–38.
10. Documented combat exposure of US veterans seeking treatment for combat-related post-traumatic stress disorder / Frueh B.C. [et al.] // Br. J. Psychiatry. 2005. Vol. 186. P. 467–472.
11. Dursa E.K., Reinhard M.J., Barth S.K., Schneiderman A.I. Prevalence of a positive screen for PTSD among OEF/OIF and OEF/OIF-era Veterans in a large population-based cohort // J. Traum. Stress. 2014. Vol. 27. P. 542–549.
12. Peters S.K., Dunlop K., Downar J. Cortico-Striatal-Thalamic Loop Circuits of the Salience Network: A Central Pathway in Psychiatric Disease and Treatment // Frontiers in Systems Neuroscience. 2016. Vol. 10. N 12. 104.
13. Richardson L.K., Frueh C., Acierno R. Prevalence Estimates of Combat-Related PTSD: A Critical Review // Aust. N.-Z. J. Psychiatry. 2010. Vol. 44 (1). P. 4–19.
14. Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study / Ed. by R.A.Kulka, W.E.Schlenger, J.A.Fairbank et al. New York: Brunner / Mazel Publishers, 1990. 322 p.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

В.К. Шамрей, А.А. Марченко, А.В. Лобачев, Д.А. Тарумов

В статье на основании проведенных экспериментальных исследований проанализированы подходы к объективизации психических расстройств, преимущественно тревожного спектра. Показано, что психофизиологические методы, используемые в рамках классических экспериментальных парадигм, обладают недостаточной точностью для дифференцировки отдельных форм тревожных расстройств от нормы (71%). Большую чувствительность показали подходы с использованием этобиометрической видеорегистрации поведенческих реакций (82%)

и айтрекинга (79%). Использование функциональной МРТ также представляется неотъемлемой компонентой таких исследований, позволяющей связать феноменологию психических расстройств с морфологическими и функциональными нарушениями головного мозга, объясняющими их патогенез.

Ключевые слова: объективизация психических расстройств, военнослужащие, айтрекинг, этобиометрическая видеорегистрация поведенческих реакций, функциональная МРТ

MODERN METHODS OF MENTAL DISORDERS OBJECTIFICATION IN MILITARY SERVICE

V.K. Shamrey, A.A. Marchenko, A.V. Lobachev, D.A. Tarumov

Approaches to the objectification in servicemen of mental disorders, mainly of the anxious spectrum, were analyzed on the basis of the own experimental data. It has been shown that psychophysiological methods used within the framework of classical experimental paradigms are not accurate enough (71%) to differentiate certain forms of anxiety disorders from the normal population. Approaches based on etobiometric videoregistration of behavioral responses (82%) and eye tracking technology (79%) showed

higher sensitivity. At the same time, the use of functional MRI also seems to be an integral component of such studies, which makes it possible to link the phenomenology of mental disorders with the morphological and functional abnormalities of the brain that underlie their pathogenesis.

Key words: objectification of mental disorders, military personnel, eye tracking, etobiometric videoregistration of behavioral reactions, functional MRI

Шамрей Владислав Казимирович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» МО РФ; email: shamreyv.k@yandex.ru

Марченко Андрей Александрович – доктор медицинских наук, профессор, доцент кафедры психиатрии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» МО РФ; email: andrew.marchenko1995@yandex.ru

Лобачев Александр Васильевич – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры организации и тактики медицинской службы ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» МО РФ; email: lobachev_alexand@mail.ru

Тарумов Дмитрий Андреевич – доктор медицинских наук, доцент, преподаватель кафедры рентгенологии и радиологии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» МО РФ; email: tarumov@live.ru

ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

А.С. Меликсетян

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

Определение связи формирования зависимости от алкоголя и депрессивных расстройств часто обсуждается, имеет значимую актуальность в диагностике и лечении [7, 9, 11, 13, 14, 18, 21, 23, 26, 35, 37, 45]. Наличие депрессий при алкогольной зависимости посвящены многочисленные отечественные и иностранные исследования [15, 17, 23, 25, 26, 39]. R.Paгу и соавт. [44] в своей публикации «Депрессия и алкоголизм: обсуждение клиники и лечения» сообщает, что частота депрессий среди больных алкоголизмом колеблется от 26 до 60%. Депрессивные расстройства могут встречаться на всех этапах течения алкоголизма. В период становления ремиссии частота депрессивных расстройств достаточно высока – 30–60%, и они чаще представлены гипотимными и апатическими расстройствами с дисфорическими включениями [12]. Авторами отмечается, что нередко они сочетаются с обострением первичного патологического влечения к алкоголю [10]. Многие проявления депрессии могут протекать незамеченными [19, 20]. При продолжительных ремиссиях частота депрессий сохраняется на уровне 15–20% [1, 5]. Чаще всего во время ремиссий депрессивные нарушения сопутствуют обострению влечения к алкоголю. Эмоциональные реакции являются одним из распространенных феноменов, возникающих при напряжении или срыве механизмов психической адаптации вообще. Ведущими в структуре психозадаптационных расстройств, протекающих с преобладанием эмоциональной неустойчивости, являются проявления дистимии: раздражительность с повышенной истощаемостью, чувство беспокойства, тревожность, колебания настроения в сторону понижения, ощущения психического дискомфорта и легкое возникновение дисфорических вспышек с недовольством, озлобленностью. В зависимости от характера ведущего аффекта большинство авторов выделяет тревожный, тревожно-тоскливый, тоскливый, астенодинамический, апатический и дисфорический типы депрессий [4, 9, 24, 42, 43]. Изучение типологии депрессивных расстройств у больных алкогольной зависимостью

имеет существенное значение для адекватного выбора дифференцированных методов противорецидивной терапии. Депрессивные нарушения, оформляющиеся в разнообразные синдромы, представляют отдельную серьезную диагностическую и терапевтическую проблему [27, 45]. В.В.Ковалев [16] относил депрессии при алкоголизме к соматопсихическим (в широком смысле) депрессиям, то есть к расстройствам соматогенного (в частности, интоксикационного) происхождения. Эти депрессии проявляются невротоподобными состояниями (дистимическими, тревожно-депрессивными и др.). И.В.Бокий [6] разграничила три варианта развития аффективной патологии у больных алкоголизмом: 1) углубление преморбидных тенденций к депрессивному реагированию на различныеотягчающие факторы; 2) вторичные («нажитые») аффективные нарушения, являющиеся признаками формирующейся токсической энцефалопатии; 3) невротические образования, включающие в себя различную аффективную симптоматику. Существуют и другие гипотезы происхождения аффективных расстройств у больных алкоголизмом. Вместе с тем, при исследовании коморбидности алкогольной зависимости и депрессивных расстройств наименее изученными оказались клинические аспекты проблемы [8]. Все вышеперечисленные научные изыскания доказывают, что при лечении алкогольной зависимости стоит особенно уделять внимание аффективному состоянию курируемых пациентов на всех этапах лечения. В структуре синдрома отмены алкоголя (СОА) депрессии считаются облигатными расстройствами, их частота превышает 90% [6, 10, 38, 40]. Зачастую сниженный фон настроения у пациентов с алкогольной зависимостью остается не замеченным специалистами, что, в свою очередь, способствует укорочению ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью и возникновению рецидивов.

Ниже приводится клинический случай, отражающий необходимость своевременной диагностики и дальнейшего лечения аффективных колебаний у пациентов с зависимостью от алкоголя.

Анамнез: Пациент М., 31 год. Наследственность отягощена – отец страдал алкогольной зависимостью. По характеру был спокойным, строгим. Участвовал в боевых операциях, часто отсутствовал дома. В ходе одной из командировок погиб. Бабушка по линии отца страдала болезнью Альцгеймера. Мать по характеру властная, активная, эмоциональная, страдает сахарным диабетом 2 типа. Родила двух детей. Несколько месяцев после вторых родов настроение у матери сохранялось сниженным, она испытывала тоску с раздражительностью, так как «одной было тяжело справляться с двумя детьми». Быстро перестала кормить грудью, поскольку «морально была не в состоянии».

Пациент родился в полной семье от второй беременности, которая протекала без патологии; роды в срок, без осложнений. Раннее развитие без особенностей. Детские инфекции, травмы головы, эпизоды потери сознания, сноговорения, снохождения, энурез – отрицает. Посещал детский сад с трех лет, адаптировался быстро и легко, сложностей не возникало. По характеру формировался скромным, застенчивым, эмоциональным. Отношения с родителями были теплыми, но семья с отцом виделась редко, так как он, в силу особенностей работы, был вынужден отлучаться в длительные командировки. Мать часто заявляла, что устала одна справляться со всеми обязанностями, включая уход за двумя детьми. Большая нагрузка мешала ей уделять достаточно времени детям. По мнению больного, мать не сильно считалась с интересами детей.

В школу пошел в 7 лет, отношения со сверстниками были хорошими, к одноклассникам относился дружелюбно. Учился удовлетворительно, больше привлекали точные предметы, особенно физика. Проблем с поведением не имел. Каких-либо конкретных увлечений не было. До пубертатного периода преимущественно пребывал в хорошем настроении, однако периодически в определенных ситуациях (публичные выступления) испытывал тревогу, которая сопровождалась повышенной потливостью ладоней, покраснением кожи лица. В пубертатный период характер изменился в сторону большей закрытости, неуверенности и усиления тревожности. Испытывал тревогу не только во время публичных выступлений, но также и на контрольных работах.

Закончил 11 классов в 2007 году (18 лет). После школы поступил в университет на технический факультет. Начал общаться с девушками, появились первые романтические отношения. Примерно с 18 лет начал употреблять алкогольные напитки. Сначала это носило эпизодический характер, выпивал крепкий алкоголь 1–2 раза в месяц не более 50 грамм. Через 2–3 года (20–21 год) выпивки участились (1–2 раза в нед.), количество принятого алкоголя также увеличилось (до 200 грамм крепкого алкоголя). Выпивал, в основном, с университетскими друзьями, реже во время семейных праздников. По характеру не

менялся. Учился средне, без срывов. После окончания университета в 2012 году (23 года) получил специальность преподавателя физики и математики. Однако по полученной специальности не работал. Устроился на государственную службу, где работает по настоящее время в сфере информационных технологий. Повышения по службе не получал, какой-либо карьерный рост отсутствовал. В 2013 году женился на девушке, с которой встречался около года. В 2014 году родилась дочь. Примерно с этого времени (25 лет) стал выпивать больше, до 500 граммов крепкого алкоголя за один вечер. Выпивал в основном с немногочисленными друзьями, «по праздникам» и на семейных торжествах. К 27 годам толерантность возросла до 0,5–0,7 крепкого спиртного, утратил защитные рефлексy, появились палимпсесты алкогольного генеза.

Отношения с женой постепенно ухудшались, она негативно воспринимала его алкоголизацию и препятствовала его встречам с приятелями. Во время праздников за столом пыталась контролировать его поведение, ограничивать прием спиртного. Пьянство внесло разлад в семейные взаимоотношения. Пациент понял, что бывлые чувства по отношению к супруге уходят. Принял решение с ней развестись, и в 2019 году (29 лет) брак официально расторгнут. В этот период фон настроения был стабильно снижен. Преобладали тоска и апатия, которые периодически сменялись сильным раздражением. Временами появлялись мысли о собственной виновности в сложившейся ситуации, считал также, что мало внимания уделял дочери. Заметно снизился аппетит, расстроился ночной сон. Сложно было уснуть, даже несмотря на усталость, появились ночные пробуждения, когда лежал без сна по многу часов и не мог уснуть снова. Стал выпивать чаще и в больших количествах (до 0,7–1 литра крепкого спиртного в сутки). Хотел алкоголем устранить тягостное душевное состояние. Примерно в это время (29 лет) начал «опохмеляться», так как это приносило облегчение физическому и эмоциональному состоянию с утра после чрезмерного возлияния алкоголем накануне. Впервые появились проблемы на работе, возникла угроза увольнения.

По настоянию матери в 2019 году прошел процедуру «кодирования», сроком на 1 год. Около 6 месяцев воздерживался от спиртного, по словам пациента «просто терпел, хотя было душевно тяжело». Но не выдержал всего срока кодирования, «решил раскодироваться» и возобновил алкоголизацию, так как «спиртное всегда было антидепрессантом». В последние несколько месяцев перед обращением в клинику пьет запоями, длительность от 3–5 дней, частота 1 раз в месяц, толерантность до 500–700 мл крепкого алкоголя. Считает, что «выпивать мог бы и чаще, но не позволяет руководство и удерживает работа». Употребляет «чтобы расслабиться, восстановиться эмоционально». Последнее употребление

спиртного за 7 дней до обращения, в течение трех дней подряд. Обратился в Московский НИИ психиатрии по инициативе матери и руководства (угроза увольнения) с целью госпитализации и дальнейшего лечения.

Психический статус: Внешне выглядит опрятно, аккуратно одет. В кабинет входит смущаясь. В беседе держится неуверенно. В общении доброжелателен, на контакт с врачом идет охотно, но не до конца рассказывает о своих переживаниях. При беседе о дочери подергивается нижняя губа. Отвечает по существу, кратко, последовательно, соблюдает дистанцию «врач-пациент». Голос средней громкости, речь умеренная по темпу. При беседе на эмоционально значимые темы (ребенок, алкоголизация) темп речи ускоряется, пациент теряет визуальный контакт с врачом, отводит взгляд, смущается. Значительно преуменьшает свою алкоголизацию. Критика к пьянству снижена, до конца не осознает сути проблемы, уверен в возможности контролируемо принимать спиртное. Выглядит подавленным, выражение лица печальное с оттенком тревоги. Фон настроения на момент осмотра снижен. Тосклив. Сообщает, что эпизодически возникает чувство вины, мысли об ошибках прошлого, в связи с чем нарушается сон, появляется напряжение, которое проходит после употребления алкоголя. Настроен на лечение и воздержание от алкоголя, при этом не считает нужным полностью отказываться в дальнейшем от приема спиртного, считая, что «способен контролировать дозу алкоголя». Сообщает, что прошлый период ремиссии протекал «очень тяжело, жизнь казалась черно-серой, просто терпел и ждал окончания срока и не дождался». Предъявляет жалобы на сниженное настроение, апатию, тоску, безразличие к тому, что ранее радовало и приносило удовольствие, трудности при засыпании, частые ночные пробуждения с трудностью последующего засыпания. Эпизодически беспокоит чувство тревоги. В общении с матерью бывает раздражительным.

Соматическое состояние: без видимой патологии.

Неврологический статус: Очаговой симптоматики нет. Корнеальный рефлекс сохранен. Зрачки равные, фотореакция сохранена. Сухожильные рефлексы живые. Расстройств чувствительности и двигательной активности не выявлено. Координаторные пробы выполняют удовлетворительно. Менингеальные симптомы не определяются. Пальценосовую пробу выполняет с легким промахиванием с обеих сторон.

Заключение психолога: В беседе держится уверенно, установленную дистанцию выдерживает, соблюдает границы, несколько насторожен вызовом к психологу (хотя лечащим врачом был предупрежден о предстоящем обследовании). Движения и речь спокойные, поза на всем протяжении работы свободная, жестикулирует. Мимика напряженная, не понимал цели приглашения к психологу, выражение лица несколько обескураженное и насторо-

женное. Мышление не всегда последовательное, суждения выносит субъективно, охотно соглашается на взаимодействие со специалистом после разъяснений о его целях. Мотив экспертизы сформирован. Настроение свое описывает как «ровное». Несколько тревожен. Психическая деятельность пациента определяется некоторым снижением уровня реализации сложных процессов мышления. Непосредственное запоминание по кривой 7, 9, 10, 8, 8, в ретенции 7, имело место повышенное влияние интерференции на продуктивность памяти. Формальные операции мышления сохранены, обратный счет безошибочно. Сложные процессы мышления снижены, понимание переносного смысла пословиц доступно не полностью, пытался даже отказываться от выполнения пробы, в данном случае трактовки материала около смысла. Аналитико-синтетическая деятельность мышления с соскальзыванием к более низкому уровню обобщения с конкретностью. Категоризация показывает снижение уровня мышления с соскальзыванием на конкретность при обобщении. Коэффициент интеллекта пациента с учетом возраста составляет 96 баллов и соответствует средним значениям. Таким образом, на момент обследования пациента Б. определяется некоторое снижение уровня мышления с конкретностью в соответствующих пробах, коэффициент интеллекта соответствует средним значениям данной возрастной группы и составляет 96 баллов.

Диагноз: Депрессивный эпизод средней степени F32.2. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (в предохраняющих условиях). Средняя (вторая) стадия зависимости. F10.212

В отделении была назначена терапия с применением вортиоксетина 10 мг и карбамазепина 200 мг на ночь. Четыре раза в неделю он принимал участие в арт-терапии (всего 7 занятий). Пациент был включен в работу по программе «Точка трезвости».

Спустя неделю (7 дней) улучшилось качество ночного сна, стал легче засыпать и просыпаться, спал с единичным ночным пробуждением («чтобы покурить»), стал ощущать себя «спокойнее», немного улучшилось настроение. Влечение к алкоголю, сны алкогольного содержания отрицал. Доза вортиоксетина была повышена до 20 мг в сутки на ночь, карбамазепин остался в дозе 200 мг также на ночь. Через две недели госпитализации активных жалоб пациент не высказывал, отмечал стойкое улучшение сна. Стал значительно спокойнее, беседы с матерью не раздражали. Настроение заметно улучшилось. Полностью наладился ночной сон, настроение ровное, спокойное, появилась утренняя бодрость, активность. Пациент перестал залеживаться в постели, начал общаться с другими больными, смотрел телепередачи, увлеченно играл в бильярд. Влечение к алкоголю, сны алкогольного содержания отрицал. На момент выписки (21 день госпитализации) жалобы отсутствовали. С больным проводилась

арт-терапия, а также психотерапевтическая работа в отделении в рамках когнитивно-поведенческой терапии и психотерапия зависимости, направленная на трезвость, в ходе которой разъяснены все особенности алкогольной зависимости как заболевания, а также детально описаны основные терапевтические подходы.

В психотерапевтической работе участвовал пассивно, сообщал, что «сложно смириться с необходимостью отказываться от приема алкоголя». Всячески дистанцировался от арт-терапии, заявлял, что «плохо рисует, нет воображения» и от психотерапии («нечего рассказывать и обсуждать»). Влечение к алкоголю на момент выписки отрицал, высказывал согласие с необходимостью вести трезвый образ жизни. Сам пациент сообщал, что на фоне «поддерживающей терапии» в отделении «стало гораздо легче отказываться от приема спиртного и влечение нивелировалось». Рекомендовано продлить прием карбамазепина 200 мг и вортиоксетина 20 мг (на ночь). Также рекомендован прием дисульфирама 500 мг при актуализации влечения и в момент посещения пьющих компаний. Подробным образом были разобраны возможные побочные (негативные) эффекты при нарушении режима трезвости и возобновления алкоголизации на фоне приема дисульфирама. Больному разъяснена необходимость в наблюдении у врача психиатра-нарколога, психотерапевта.

Пациент был на повторном визите (02.12.2020) спустя шесть месяцев с момента госпитализации. Дисульфирам при актуализации влечения и посещении пьющих компаний не принимал. Однако карбамазепин 200 мг и вортиоксетин 20 мг принимал регулярно. Отмечает, что вернулся интерес к развлечениям (рыбалке) и работе. Ситуацию на работе характеризует как благоприятную, появились профессиональные перспективы. Настроение нормализовалось, стало ровным, спокойным. Ночной сон без пробуждений, сновидения алкогольного содержания отсутствуют. Особо отмечает, что настоящая ремиссия протекает «значительно легче, чем в прошлый раз (на кодировании), хотя образ жизни идентичный». Различие видит в том, что прошлая ремиссия была с постоянным ощущением влечения к алкоголю, «жизнь казалась серой с черным оттенком, ничего не радовало, жил в ожидании окончания срока действия кодирования». В этот же раз ремиссия приобретает иные краски, интенсивность влечения значительно снижена. Легче отказываться от приема спиртного, посещения пьющих компаний не вызывает дисфории и раздражения. Занятий с психотерапевтом не посещал. Рекомендовано продлить прием терапии ещё на три месяца.

Анализ случая. Из анамнестических сведений удается установить генетическую уязвимость к развитию алкогольной зависимости, пьянство у отца носило запойный характер. Личность пациента в преморбидном периоде можно характеризовать как

сензитивную, способную реагировать на эмоционально значимые для нее ситуации повышенной тревожностью. В сочетании с наследственной отягощенностью (в данном случае – алкогольная зависимость по линии отца и возможно расстройства аффективного спектра у матери) наличие стресса предрасполагает к развитию коморбидных расстройств: депрессии и формированию зависимости от алкоголя. Необходимо отметить, что анализ анамнестических данных затруднен отсутствием объективных сведений, информация представлена только со слов пациента. Больной до 20 лет употреблял алкоголь эпизодически. Затем алкогольные эксцессы участились, достаточно быстро возросла толерантность к спиртному, спустя несколько лет утратил количественный контроль. К 27 годам исчезли защитные рефлексы, появились палимпсесты алкогольного генеза. С 29 лет сформировался синдром отмены алкоголя, похмельный синдром, пьянство приняло запойный характер в виде псевдозапоев. Стоит отметить достаточно стремительное развитие алкогольной зависимости, что, скорее всего, обусловлено коморбидностью с аффективными колебаниями, которые способствовали прогрессированию зависимости от спиртного, поскольку алкоголь использовался в качестве «антидепрессанта». У больного алкогольной зависимостью второй стадии на фоне практически постоянно существующего влечения к алкоголю отмечались непродолжительные субдепрессивные расстройства с тревожно-апатической окраской и реже – с появлением раздражительности. Клинический случай демонстрирует трудности диагностики депрессивного состояния, которое оставалось не диагностированным много лет. Вероятно, на протяжении ряда лет депрессия сочеталась с алкогольной зависимостью (указания на сохраняющийся годами субдепрессивный фон с преобладанием соматовегетативных нарушений). Очевидно, речь может идти о первичной дистимии, для которой характерно начало в молодом (до 21 года) возрасте. На протяжении всего времени болезни психические расстройства сохранялись на невротическом уровне, критика к своему состоянию у пациента имела, дезорганизации поведения не наблюдалось. Попытка самолечения с помощью спиртного оказалась закономерно неэффективной, но был некоторый кратковременный эффект устранения душевных переживаний, что со временем вызвало постепенное увеличение доз алкоголя, а позже формирование второго (коморбидного заболевания) в виде зависимости. Возобновлению влечения к алкоголю предшествовало появление гипотимных субдепрессивных расстройств с тревогой, тоской и внутренним напряжением. При поступлении отмечались умеренно выраженные тревожно-депрессивные симптомы. Вместе с тем сохранялось осознанное влечение к алкоголю и субдепрессивные расстройства в виде снижения интересов и активности. Отмечалось формальное

осознание болезни, отсутствие твердой установки на трезвость. Тесную связь депрессивных расстройств и проявлений влечения к алкоголю подчеркивают также основные мотивы употребления алкоголя – желание расслабиться, устранить напряжение, преодолеть плохое настроение. Первая попытка получить лишь наркологическую помощь состоялась около двух лет назад в связи с алкоголизацией пациента. Однако отсутствуют данные об эмоциональном состоянии пациента во время лечения и формирования ремиссии, что затрудняет анализ клинической картины. Пациент прервал лечение из-за некомфортного эмоционального состояния и вновь вернулся к «лечению алкоголем», для устранения неприятных эмоциональных ощущений, так как спиртное помогало быстро и эффективно справляться с «душевным дискомфортом». В процессе терапии нормотимиком и антидепрессантом уже через неделю выраженность депрессивных расстройств и проявлений влечения к алкоголю существенно снизилась. Наметились более критическое отношение к заболеванию и хоть формально декларируемая, но самостоятельно высказываемая трезвенническая установка. Больному показан длительный прием вортиоксетина и карбамазема, качество жизни пациента на фоне данной терапии значительно улучшилось. Таким образом, у больного со средне-прогредиентным течением алкоголизма, протекающего в форме псевдо-запойного пьянства, отмечаются гипотимные субдепрессивные расстройства с апатической, тревожной окраской и раздражительностью, предшествующие обострению влечения к алкоголю. Рекомендована противорецидивная терапия карбамазепином и вортиоксетином, а также продолжительная психотерапия зависимости.

Таким образом, клинический случай демонстрирует алкогольную зависимость в сочетании с депрессией. В соответствии с критериями МКБ-10 у пациента можно констатировать «синдром зависимости от алкоголя» (F10.2) и «депрессивный эпизод» (F32).

В рассматриваемом случае депрессия сочеталась с клинически очерченной и выраженной зависимостью от алкоголя. В соответствии с вышеизложенными принципами было принято решение о применении вортиоксетина – современного антидепрессанта мультимодального действия, с постепенным наращиванием дозировки. Применение вортиоксетина также обосновано в связи с наличием у пациента когнитивных нарушений, так как мультимодальность вортиоксетина рассматривается как потенциал для коррекции когнитивных нарушений в структуре аффективной патологии, а также в качестве препарата, опосредованно снижающего порог влечения за счет устранения депрессивной симптоматики и нормализации эмоционального фона. Положительное прямое действие вортиоксетина на внимание, исполнительные функции, память, скорость обработки информации продемонстрировано в доказательных исследованиях [29]. Немаловажным свидетельством

в пользу целесообразности выбора вортиоксетина является его высокая эффективность в отношении терапии депрессии [33]. Важно отметить быстрое достижение терапевтического ответа – через неделю лечения заметно нивелировались депрессивные симптомы. Это согласуется с данными о быстром наступлении эффекта при терапии вортиоксетином.

Препарат имеет два механизма действия: связывание с рецепторами и ингибирование реаптейка серотонина. Вортиоксетин усиливает серотонинергическую нейротрансмиссию, не вызывая снижение уровня моноаминов, а напротив, повышая их уровень. Ингибирование серотониновых 5-НТ₃ рецепторов, которые в большой степени присутствуют в ГАМК-ергических интернейронах, приводит к ингибированию тормозного медиатора ГАМК, что в свою очередь приводит к увеличению уровня глутамата, дофамина, норадреналина, гистамина и ацетилхолина, то есть прокогнитивных нейротрансмиттеров. За счет блокады отрицательной ГАМКергической обратной связи увеличивается активность серотонинергических нейронов. Вортиоксетин, являясь антагонистом 5НТ_D рецепторов и функциональным антагонистом 5НТ_B, вызывает более значительное повышение уровня серотонина в сравнении с антидепрессантами из группы СИОЗС за счет потенцирования его высвобождения.

Вортиоксетин воздействует на все симптомы депрессии и обладает сбалансированным действием, а также эффективен при депрессии в сочетании с высоким уровнем тревоги [31], что является прямым показанием для его назначения в данном случае. При коморбидности тревоги и депрессии наблюдаются изменения серотонинергической и норадренергической систем. Кроме того, высказано предположение о существовании в головном мозге общего ГАМКергического патогенного круга при ассоциации этих расстройств [41]. Важным фактором достижения хорошего результата лечения, по-видимому, также послужила продолжительность терапии, поскольку есть данные, что при длительном применении вортиоксетина вероятность достижения ремиссии аффективных расстройств повышается [30].

С учетом выраженных нарушений сна, что существенно отражалось на качестве жизни больного, а также возникновением эпизодически легких дисфорических состояний, проводилась комбинированная терапия с применением карбамазема. Этот препарат в данном клиническом случае использовался как нормотимик из группы производных карбоксамида. Механизм действия карбамазепина до конца не изучен, но в целом он имеет сходство с противосудорожными препаратами группы производных гидантоина (дифенилгидантоин, фенитоин).

Следует отметить у пациента хорошую переносимость комбинации вортиоксетина и карбамазепина. В целом, у вортиоксетина отмечается крайне

низкий потенциал к интеракциям [32]. Однако карбамазепину свойственна способность к индуцированию изофермента P450 3A4, что потенциально может привести к снижению концентрации вортиоксетина и необходимости увеличения его дозы выше 20 мг/сутки. В данном случае, вортиоксетин продемонстрировал высокую антидепрессивную активность.

При наличии у пациента высокого аддиктивного потенциала с довольно ранним и быстрым формированием алкогольной зависимости, проведение терапии, направленной только на алкогольную зависимость, без учета аффективного состояния и необходимости длительной терапии, оказалось мало-перспективным.

В одном из зарубежных исследований [47] на примере 142 больных с большим депрессивным эпизодом, достигших симптоматической ремиссии по шкале Гамильтона (общий балл ≤ 7), было показано, что у 45% этих пациентов не было ощущения, что они выздоровели, достигли ремиссии, вернулись к прежнему уровню жизнедеятельности. Авторы пришли к выводу, что помимо редукции симптомов заболевания при оценке ремиссии следует учитывать уровень функционирования, качество жизни, способность противостоять стрессу и субъективное ощущение хорошего самочувствия.

В анализируемом случае длительная 6-месячная терапия вортиоксетином в комбинации с карбамазепином позволила достичь полной качественной ремиссии без остаточной симптоматики (частыми резидуальными симптомами являются нарушения сна и когнитивные нарушения [34]), а также полным восстановлением социального функционирования. При этом у пациента повысилась продуктивность на работе, вновь появился интерес к хобби, стало гораздо легче бороться с влечением к алкоголю.

Нельзя не подчеркнуть, что в результате проведенного лечения не только нивелировались негативные эмоциональные переживания, но и восстановились позитивные эмоции, важность чего подчеркивается при обсуждении результативности лечения депрессии. Если для клиницистов главными мишенями терапии зависимости от алкоголя и аффективных расстройств являются негативные чувства (тревога, чувство безнадежности, апатия) и отсутствие рецидивов, то пациенты, прежде всего, ждут от терапии возвращения смысла жизни, удовлетворенности жизнью и собой, способности к концентрации [36]. Критериями ремиссии, с точки зрения пациента, служат оптимизм и уверенность в себе, снижение влечения к алкоголю, возвращение к обычному функционированию [46], что как раз и было достигнуто в рассмотренном нами случае.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова Н.В. Спонтанные и длительные терапевтические ремиссии при алкоголизме: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1995. 220 с.
2. Альтшулер В.Б. Хронический алкоголизм и патологическое влечение к алкоголю: (клинические и терапевтические аспекты): Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1984. 325 с.
3. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. М.: «Имидж», 1994. 216 с.
4. Ануфриев А.К., Либерман Ю.И., Остроглазов В.Г. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний: Методическое пособие для унифицированной клинической оценки психопатологических состояний. М.: ВНИИЗ АМН СССР, 1990. 112 с.
5. Балашова Т.Н. Психологические факторы формирования ремиссий при алкоголизме // Ремиссии при алкоголизме: Сб. научн. трудов Ленинградского НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Л., 1987. Т. 118. С. 33–38.
6. Боккий И.В. Аффективные нарушения у больных алкоголизмом и вопросы терапии // Аффективные нарушения при алкоголизме: Сборник трудов Ленинградского НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Л., 1983. С. 5–9.
7. Гофман А. Г., Магалиф А. Ю., Крылов Е. Н. и соавт. Принципы лечения больных алкоголизмом психотропными средствами: Методические рекомендации. М., 1990. 17 с.
8. Гофман А.Г., Ойфе И.А. Алкоголизм и эндогенные депрессии // Депрессии и коморбидные расстройства. М., 1997. С. 124–136.
9. Гофман А.Г., Александрова Н.В., Граженский А.В. и соавт. Депрессивные нарушения в структуре основных синдромов алкоголизма и их купирование: Пособие для врачей. М., Московский НИИ психиатрии МЗРФ, 1999. 23 с.
10. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М., 2003. 215 с.
11. Ерышев О.Ф. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение / О.Ф. Ерышев, Т.Г. Рыбакова. Т. 136. СПб.: Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева / Под ред. М.М.Кабанова. СПб.: С.Петербург. науч. исслед. психоневрол. института им. В.М.Бехтерева. 1996. 190 с.
12. Ерышев О.Ф., Тульская Т.Ю. Применение леривона для коррекции аффективных нарушений у больных алкоголизмом // Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам. М., 2000. С. 37–38.
13. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д. Руководство для врачей: Алкогольная зависимость (формирование, течение, противорецидивная терапия). СПб.: Элбиз-СПб. 2002. 192 с.
14. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Клиника алкоголизма //Алкоголизм: Руководство для врачей /Под ред. Г.В.Морозова, В.Е.Рожнова, Э.А.Бабаяна. М.: Медицина, 1983. 432 с.
15. Качаев А.К., Иванец Н.Н., Шумский Н.Г. Терапия металкогольных психозов / В кн.: Алкоголизм: Руководство для врачей / Под ред. Г.В.Морозова, В.Е.Рожнова, Э.А.Бабаяна. М.: Медицина, 1983. С. 225–307, С. 349–360.
16. Ковалев В.В. Депрессия в свете проблем психосоматических взаимоотношений // Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике (вопросы диагностики и терапии) // Сб. научных трудов МНИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1984. С. 5–11.
17. Крылов Е.Н. Депрессивные расстройства в клинике алкоголизма: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 2004. 322 с.
18. Лукомский И.И. Алкоголизм и аффективная патология // Вопросы социальной и клинической психоневрологии: Материалы научной конференции / Под ред. Л.Л.Рохлина. М., 1970. С. 175–181.
19. Марковская Н.С. Варианты депрессивных проявлений у больных алкоголизмом в ремиссии // Ремиссии при алкоголизме: Сборник научных трудов Ленинградского НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Л., 1987. Т. 118. С. 52–54.
20. Марковская Н.С. Депрессивные состояния в клинике алкоголизма // Журн. невропатол. и психиат. им. С.С. Корсакова. 1991. Т. 91, Вып. 4. С. 86–90.
21. Меликсетян А.С. Роль аффективных нарушений и других факторов в развитии рецидивов хронического алкоголизма: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 2011. 263 с.
22. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб., 1994. 300 с.
23. Минутко В.Л. Депрессия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 319 с.
24. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). Н.Новгород: Изд. НГМА, 1998. 426 с.
25. Сайков Д.В., Сосин И.К. Алкогольная депрессия. Харьков: «Коллегиум», 2004. 335 с.
26. Смулевич А.Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. М., 2003. 430 с.
27. Ураков И.Г., Рохлина М.Л. Роль аффективной патологии в пато-

- генезе хронического алкоголизма // Аффективные нарушения при алкоголизме: Сборник научных трудов Ленинградского НИПНИ им. В.М.Бехтерева. Л., 1983. С. 13–17.
28. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма. М., Медицина 1990. 416 с.
 29. Aboukhatwa M., Dosanjh L., Luo Y. Antidepressants are a rational complementary therapy for the treatment of Alzheimer's disease // *Mol. Neurodegener.* 2010. Vol. 5(10). P. 17.
 30. Baldwin D.S., Hansen T., Florea I. Vortioxetine (Lu AA21004) in the long-term open-label treatment of major depressive disorder // *Curr. Med. Res. Opin.* 2012. Vol. 28(10). P. 1717–1724.
 31. Boulenger J.P., Loft H., Olsen C.K. Efficacy and safety of Vortioxetine (Lu AA21004), 15 and 20 mg/day: a randomized, double-blind, placebo-controlled, Naltrexone-referenced study in the acute treatment of adult patients with major depressive disorder // *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2014. Vol. 29. P. 138–149.
 32. Chen G., Lee R., Hojer A.M., Buchbjerg J.K., Serenko M., Zhao Z. Pharmacokinetic drug interactions involving vortioxetine (Lu AA21004), a multimodal antidepressant // *Clin. Drug Investig.* 2013. Vol. 33(10). P. 727–736.
 33. Citrome L. Vortioxetine for major depressive disorder: a systematic review of the efficacy and safety profile for this newly approved antidepressant – what is the number needed to treat, number needed to harm and likelihood to be helped or harmed? // *Int. J. Clin. Pract.* 2014. Vol. 68(1). P. 60–82.
 34. Conradi H.J., Ormel J., de Jonge P. Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study // *Psychol. Med.* 2011. Vol. 41. P. 1165–1174.
 35. Crocq M.A. Depression and alcohol // *WPA Bull. On Depression: Facing, Understanding, and Managing Depression.* 2001. Vol. 5, N 23. P. 3–6.
 36. Demyttenaere K., Donneau A.-F., Albert A. et al. What is important in being cured from depression? Discordance between physicians and patients // *J. Affect. Dis.* 2015. Vol. 174. P. 390–396.
 37. Feuerlein W. Zur Diagnostik des chronischen Alkoholismus // *Off. Gesundheitsw.* 1987. Bd 49. N 10. S. 522–527.
 38. Gross M. Psychobiological aspects of alcohol dependence syndrome: a selective review of recent research materials // *Violations associated with alcohol consumption* / J. Edwards et al. (Eds.). Geneva: WHO, 1978. P. 99–119.
 39. Hodgins D.C., el-Guebaly N., Armstrong S. Prospective and retrospective reports of mood states before relapse to substance use // *J. Consult Clin. Psychol.* 1995. Vol. 63(3). P. 400–407.
 40. Kranzler H.R., Babor T.F. The identification and treatment of alcohol abuse and dependence // *Ann. Clin. Psychiat.* 1990. Vol. 2, N 4. P. 229–238.
 41. Kaluev A.V., Natt D.Dzh. On the role of GABA in the pathogenesis of anxiety and depression // *Eksp. i klinich. farmakologiya.* 2004. Vol. 67(4). P. 71–76.
 42. Loo H., Malka R., Defrance R. et al. Tianeptine and amitriptyline. Controlled double-blind trial in depressed alcoholic patients // *Neuropsychobiology.* 1988. Vol. 19. P. 79–85.
 43. O'Sullivan K., Whillans P., Daly M. et al. A comparison of alcoholics with and without coexisting affective disorder // *Brit. J. Psychiat.* 1983. Vol. 143. P. 133–138.
 44. Pary R., Lippmann St., Tobias C.R. Depression and alcoholism: Clinical considerations in management // *South. Med. J.* 1988. Vol. 81, N 12. P. 1529–1533.
 45. Schuckit M.A. Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment. New York & London: Third Ed., Plenum Medical Book Company, 1989. 307 p.
 46. Zimmerman M., McGlinchey J.B., Posternak M.A. et al. How Should Remission From Depression Be Defined? The Depressed Patient's Perspective // *Am. J. Psychiatry.* 2006. Vol. 163. P. 148–150.
 47. Zimmerman M., Martinez J.A., Attiullah N. et al. Why do some depressed outpatients who are in remission according to the Hamilton Depression Rating Scale not consider themselves to be in remission? // *J. Clin. Psych.* 2012. Vol. 73(6). P. 790–795.

ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

А.С. Меликсетян

В статье представлен клинический случай, иллюстрирующий трудности диагностики и возможности терапии депрессивных расстройств, осложненных алкогольной зависимостью.

Ключевые слова: депрессия, алкогольная зависимость, диагностика, терапия.

THERAPY OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

A.S. Meliksetyan

The article presents a clinical case illustrating the difficulties of diagnosis and the possibility of therapy for depressive disorders aggravated by alcohol

dependence.

Keywords: depression, alcohol addiction, therapy.

Меликсетян Анаит Сергеевна – кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения терапии психических расстройств, осложненных болезнями зависимости Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; email: anait_meliksetyan@mail.ru

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТА С ОРГАНИЧЕСКИМ СОСУДИСТЫМ БРЕДОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ С СИНДРОМОМ КОТАРА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19

Д.И. Малин¹ А.А. Мурашко¹, О.В. Цап²

*¹Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

²Психиатрическая клиническая больница №4 им П.Б.Ганнушкина ДЗ г. Москвы

Пандемия COVID-19 является серьезным вызовом для медицинской службы в целом, и для психиатрии в частности. Накопленный опыт последних месяцев показал, что среди пациентов с психическими расстройствами инфекция распространяется с большей скоростью, чем в здоровой популяции [6]. Это во многом связано с тем, что лица, страдающие психическими расстройствами, более уязвимы к острым инфекционным заболеваниям и развитию пневмонии [22]. Поскольку в случае заболевания коронавирусом психотропные препараты будут применяться у соматически ослабленных пациентов, важно учитывать нейротропные и соматотропные эффекты психофармакотерапии, определяющие риск развития тех или побочных эффектов и осложнений.

Целью данной публикации является демонстрация клинического случая пациента с органическим бредовым расстройством с синдромом Котара (СК), у которого после перенесенного COVID-19 на фоне лечения галоперидолом развилось тяжелое осложнение психофармакотерапии в виде злокачественного нейролептического синдрома (ЗНС).

Злокачественный нейролептический синдром является редким, но крайне опасным осложнением антипсихотической терапии с высоким риском летального исхода. Частота развития ЗНС в России составляет около 0,02% от всех больных, поступивших на лечение в психиатрический стационар [3, 23], а число летальных исходов по данным последних зарубежных публикаций оценивается примерно в 10% [21, 26]. Наиболее часто ЗНС развивается на фоне лечения галоперидолом [2, 3, 21], однако описаны единичные случаи развития этого осложнения и при назначении атипичных антипсихотиков [4, 17, 20]. Клиническая картина ЗНС характеризуется появлением центральной гипертермии с комплексом соматовегетативных расстройств, генерализованной мышечной ригидности, развитием кататонического

ступора, нарушением сознания и параметров гомеостаза, значительным повышением активности креатинфосфокиназы (КФК) [2, 10, 26]. Лечение ЗНС включает отмену антипсихотиков, назначение бензодиазепинов, инфузионной терапии, корригирующей гомеостаз [2, 9, 16]. В качестве дополнительной медикаментозной терапии рекомендуются миорелаксанты дантролен и агонисты дофаминовых рецепторов амантадина или бромокриптина [21, 24, 26]. Высокую эффективность показало применение электросудорожной терапии [2, 7, 9, 21].

Клинический случай. Пациент в возрасте 57 лет 27.04.2020 года поступил впервые в недобровольном порядке на лечение в городскую психиатрическую клиническую больницу с диагнозом органическое бредовое (шизофреноформное) расстройство.

Анамнез. Наследственность психопатологически неотягощена. Беременность и роды у матери пациента протекали без патологии. Ранее развитие без особенностей. По характеру был малообщительным, спокойным, добрым, впечатлительным. Окончил физический факультет. Служил в армии. После армии и до настоящего времени работает научным сотрудником. Женат. От брака имеет взрослую дочь. На протяжении многих лет страдает гипертонической болезнью с высокими цифрами артериального давления и ишемической болезнью сердца. В 2019 году перенес острый инфаркт миокарда. В начале весны 2020 года проходил курс стационарного лечения в терапевтическом отделении в связи с гипертонической болезнью. При проведении триплексного сканирования брахиоцефальных артерий от 20.03.2020 были выявлены атеросклеротические изменения и незначительный стеноз общей сонной артерии слева. Компьютерная томография (КТ) головного мозга от 31.03.2020 обнаружила умеренно выраженные субатрофические расширения наружных ликворных пространств, лейкоариоз и кисту прозрачной перегородки.

Ранее под наблюдением психиатров не находился. Психическое состояние пациента изменилось остро, через несколько дней после выписки из соматического стационара. Стал напряженным, подозрительным, говорил, что за ним следят, хотят отравить, отказывался от еды, высказывал суицидальные мысли. По инициативе родственников был осмотрен на дому бригадой скорой психиатрической помощи и госпитализирован в психиатрический стационар.

Психический статус при поступлении. Сознание не помрачено. Правильно ориентирован. Понимает, что находится в больнице. Выражение лица напряженное, тревожное. Избирательно отвечает на задаваемые вопросы, заявляет, что лечить его бессмысленно. Считает, что совершил грех «вселенского масштаба», однако отказывается раскрывать подробности. Заявляет, что его внутренние органы сгнили и атрофировались, что он «стал как камень». «Я подменил свое имя» и стал «пустой». Сообщает, что находясь дома, раздумывал о суициде путем падения с высоты. Заявляет, что за ним следят посторонние люди и что врачи находятся с ними в сговоре. Утверждает, что через «астрал» голоса приказывают отказаться от еды. Полагает, что ему «невозможно помочь», что «попал в больницу», чтобы умереть.

Соматический статус. Рост ниже среднего, худощавого телосложения. Кожные покровы чистые. По внутренним органам без грубой патологии. Частота сердечных сокращений 95 ударов в минуту. Артериальное давление 160/93 мм.рт.ст. Температура тела 36,9 С.

Неврологический статус. Без острой очаговой неврологической симптоматики.

Общий клинический и биохимический анализы крови без патологии.

На ЭКГ выявлялись очаговые изменения миокарда в передне-септальной области, верхушки, передней стенки левого желудочка, предположительно рубцового характера, с формированием хронической аневризмы.

Флюорография органов грудной клетки без патологии.

Данные эпидемиологического анамнеза указывают на отсутствие повышения температуры тела у пациента в течение 10 дней и контакта с инфекционными больными.

Динамика состояния и проводимая терапия. При поступлении пациенту был назначен кветиапин 200 мг в сутки в сочетании с гипотензивными сосудистыми и ноотропными препаратами. На третий день госпитализации отмечено повышение температуры тела до 37,6 С, гиперемия зева, одышка, учащенное жесткое дыхания в легких. После осмотра терапевта к проводимой терапии был добавлен противовирусный препарат ингавирин 90 мг в сутки и антибиотик линезолид 800 мг в сутки. Впоследствии была подтверждена коронавирусная инфекция (положительные тесты методом ПЦР от 15 и 21.05.2020). Соматическое состояние постепенно улучшилось,

нормализовалась температура тела, исчезли катаральные проявления. Иммунологический анализ крови от 26.05.2020 года на антитела к COVID-19 показал положительные значения – nCoV IgM 2,43 (норма<2), nCoV IgG 70,13 (норма<10). В это время в психическом статусе пациента положительной динамики не отмечалось. Сохранялась бредовая и галлюцинаторная симптоматика, нарушение поведения. В связи с этим было принято решение усилить антипсихотическую терапию. С 07.05.2020 года кветиапин был заменен на галоперидол 15 мг в сутки в сочетании с тригексифенидилом 6 мг в сутки и бромдигидрохлорфенилбензодиазепином 1,5 мг в сутки. Однако прием галоперидола вызвал появление экстрапирамидных симптомов по типу нейролептического паркинсонизма с повышением мышечного тонуса и акинезией. В связи с чем он был заменен на оланзапин 20 мг в сутки. Психическое состояние пациента оставалось практически без динамики. Продолжал избирательно относиться к приему пищи. Питался небольшими порциями с уговорами. Отказывался пить воду. Говорил, что она не нужна для «моего обмена веществ», она «мимо желудка все равно идет». Постоянно жаловался, что «все болит, уж лучше не жить совсем». Внешне был вялым, астенизированным, заторможенным. С неохотой вступал в речевой контакт, залеживался в постели. С 23.07.2020 года оланзапин был отменен. Назначен промазин 25 мг на ночь, вортиоксетин 10 мг в сутки, который через 10 дней был заменен на флувоксамин 50 мг в сутки. 10.08.2020 года психическое состояние пациента резко изменилось. Стала нарастать тревога, беспокойство с психомоторным возбуждением и агрессией, нарушился сон. В связи с обострением психического состояния промазин был отменен и повторно с целью купирования психомоторного возбуждения назначен галоперидол 15 мг в сутки. На этом фоне стала нарастать заторможенность с повышением мышечного тонуса. 27.08.2020 года зафиксирован подъем температуры тела до 37,8 С, повышение активности КФК в плазме крови до 643 ед/л (норма<170), невысокий лейкоцитоз 8,5 тысяч в общем клиническом анализе крови. Психическое состояние больного определялось кататоническим ступором со спастическим повышением мышечного тонуса, активным негативизмом и мутизмом. Пациент не реагировал на обращенную речь, не выполнял инструкции. Попытка согнуть или разогнуть руку вызывала резкое сопротивление. Выраженность кататонической симптоматики по шкале кататонии Буша-Френсиса (BFCPS) [12], состоящая из 14 основных и 9 дополнительных симптомов, составила 22 балла. Пациенту была отменена антипсихотическая терапия, назначен амантадин 500 мг в сутки внутривенно капельно, инфузионная терапия солевыми растворами электролитов 1 200 мг в сутки, реополиглюкин 500 мг в сутки, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 4 мг в сутки. На этом фоне в

течение первой недели удалось добиться положительной терапевтической динамики, как в психическом, так и соматическом состоянии. Нормализовалась температура тела. Снизилась активность КФК до 237 ед/л, прояснилось сознание. Стал реагировать на обращенную к нему речь. Выполнял отдельные инструкции. Начал принимать пищу. При этом сохранялся повышенный мышечный тонус с элементами активного негативизма и астении. После купирования основных симптомов ЗНС амантадин, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин и инфузионная терапия были отменены. Назначен оланзапин 15 мг в сутки в сочетании с толперизоном 300 мг в сутки. На этом фоне психическое состояние пациента постепенно стало улучшаться. Уменьшилась мышечная ригидность и двигательная заторможенность, полностью нормализовалось поведение, редуцировалась бредовая и депрессивная симптоматика, уменьшились проявления астении. Повторное иммунологическое исследование, проведенное через 5 месяцев после перенесенного COVID-19, показало значительное снижение специфических иммуноглобулинов IgM и IgG в крови по сравнению с первоначальными значениями – nCoV IgM с 2,43 до 0,33 (норма <2), nCoV IgG с 70,13 до 23,2 (норма <10). 24.11.2020 года в состоянии терапевтической ремиссии пациент был выписан домой на поддерживающую терапию под наблюдение ПНД по месту жительства.

Обсуждение

В анамнезе у пациента имеются данные, указывающие на наличие текущего цереброваскулярного заболевания, подтвержденные результатами инструментальных методов исследования (триплексное сканирование брахиоцефальных артерий и КТ головного мозга), что не позволяет диагностировать наличие эндогенного процесса. Основанием для госпитализации в психиатрический стационар явилось развитие острого психоза с полиморфной психопатологической симптоматикой. В структуре психопатологических проявлений можно отметить наличие идей преследования, отношения, отрывочных вербальных галлюцинаций императивного характера, депрессивных идей виновности и греховности мегаломанического характера с нигилистическим бредом или синдром Котара (СК). СК был назван в честь описавшего данное психопатологическое состояние J.Cotard [13] в статье «О бреде отрицаний». В настоящее время СК рассматривается как вариант тяжелой депрессии у больных шизофренией и аффективными расстройствами, в рамках ипохондрического синдрома, как отдельное заболевание, как синдром, встречающийся при энцефалитах, травмах и опухолях головного мозга, послеродовой депрессии и деменции [1, 5, 8, 11, 14, 18]. По данным ряда исследований частота выявления СК составляет 0,6% от всех первичных психиатрических больных [1]. Установлена важная

роль экзогенного фактора в возникновении СК. Анализ КТ и МРТ снимков головного мозга пациентов с данным психическим расстройством выявил признаки, указывающие на атрофические изменения лобной и височной доли и расширение боковых желудочков [15, 25], что совпадает с результатами КТ исследования у данного пациента. Симптомы коронавирусной инфекции появились на 3-ий день госпитализации и были купированы при назначении антибактериальной и противовирусной терапии. Тестирование на COVID-19 дало положительные результаты, что подтвердило диагноз данного заболевания. Развития ЗНС произошло после перенесенной коронавирусной инфекции на фоне лечения галоперидолом. Появлению осложнения предшествовала экстрапирамидная симптоматика, затем произошло развитие кататонических расстройств в виде ступора с оцепенением, мышечной ригидностью с повышением температуры тела и увеличением активности КФК. Наличие указанных симптомов полностью соответствуют критериям диагностики ЗНС [10]. Отмена галоперидола, назначение бензодиазепинов и высоких доз амантадина в сочетании с инфузионной терапией, направленной на коррекцию водного и электролитного баланса и гемодинамики, привели к положительному эффекту и быстрому купированию осложнения. В литературе имеются указания на эффективность назначения непрямого агониста дофаминовых рецепторов амантадина в лечении ЗНС [19], что еще раз подтвердило наше наблюдение. Последующее назначение оланзапина, обладающего слабой экстрапирамидной активностью, способствовало постепенному улучшению психического состояния пациента с редукцией бредовой и депрессивной симптоматики и формированием терапевтической ремиссии без рецидива ЗНС.

Заключение

Представленный клинический случай интересен, как с практической, так и с теоретической точки зрения. Он дает описание успешного лечения ЗНС, развившегося после перенесенной коронавирусной инфекции у пациента с СК, который является относительно редким психопатологическим синдромом. При этом наиболее часто этот синдром выявляется у пациентов с органическим поражением ЦНС, что подтвердило и представленное наблюдение. Данный клинический случай продемонстрировал, что перенесенная коронавирусная инфекция может приводить к снижению толерантности к антипсихотической терапии и вызывать развитие тяжелых побочных эффектов и осложнений. В связи с этим при лечении психически больных, переболевших COVID-19, следует учитывать возможные неблагоприятные последствия проводимого лечения и руководствоваться в выборе препаратов, обладающих минимально выраженными побочными эффектами, как со стороны соматической, так и неврологической сферы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горина Е.А. Синдром Котара. История и современный взгляд // Обзорные психиатрии и медицинской психологии. 2019. № 2. С.13–19.
2. Малин Д.И. Побочное действие психотропных средств. М.: Вузовская книга. 2000. 207 с.
3. Малин Д.И., Равилов Р.С. Распространенность, клиника, диагностика и терапия тяжелых осложнений нейролептической терапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. № 4. С. 90–98.
4. Малин Д.И., Цукарзи Э.Э., Потапов И.В. и соавт. Злокачественный нейролептический синдром у больной биполярным аффективным расстройством на фоне лечения оланзапином // Современная терапия психических расстройств. 2017. № 3. С. 27–32.
5. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1988. С.107–108. 6. Мосолов С.Н., Малин Д.И., Цукарзи Э.Э., Костюкова Е.Г. Особенности психофармакотерапии пациентов с коронавирусной инфекцией (COVID-19) // Современная терапия психических расстройств. 2020. № 2. С. 8–14.
7. Мошевитин С.Ю., Цыганков Б.Д., Малин Д.И. Эффективность электросудорожной терапии в свете современных подходов к лечению фебрильных состояний шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. 1990. Вып.4. С. 114–121.
8. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1999. Т. I. С. 38–39.
9. Цыганков Б.Д. Клинико-патогенетические закономерности развития фебрильных приступов шизофрении и система их терапии. М., 1997. 232 с.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. 5-th ed. Washington, USA, DC: American Psychiatric Association. 2012. 2013. 947 p.
11. Berrios G.E., Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases // Act. Psychiatr. Scand. 1995. N 91. P. 185–188.
12. Bush G., Fink M., Petrides G. et al. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination // Acta Psychiatr Scand. 2014. Vol. 93. N 3. P. 129–136.
13. Cotard I. Etudes sur les maladies cerebrales et mentales // Arch. Neurol. 1882. N 4. P. 152.
14. Enoch D., Trethowan W. Uncommon psychiatric syndromes, 4-th edition. Hodder Arnold. London, 2001. P. 211–212.
15. Joseph A.B., O'Leary D.H. Brain atrophy and interhemispheric fissure enlargement in Cotard's syndrome // J. Clin. Psychiatr. 1986. N 47. P. 518–520.
16. Khaldarov V. Benzodiazepines for treatment of neuroleptic malignant syndrome // Hosp. Phys. 2000. Vol. 6. P. 51–55.
17. Khaldi S., Kornreich C., Choubani Z., Gourevitch R. Antipsychotiques atypiques et syndrome malin des neuroleptiques: brève revue de la littérature. [Neuroleptic malignant syndrome and atypical antipsychotics: a brief review] // Encephale. 2008. Vol. 34(6). P. 618–624.
18. Madani Y., Sabbe B.G., Het C. Cotard syndrome Differentiële behandeling volgens subclassificatie // Tijdschrift voor Psychiatrie (Dutch J. Psychiatr). 2007. N 49. P. 49–53.
19. Mc Carron M.M., Boettger M.L., Peck J.J. A case of neuroleptic malignant syndrome successfully treated with amantadine // J. Clin Psychiatr. 1982. Vol. 43. N 9. P. 381–382.
20. Norgard N.B., Stark J.E. Olanzapine-associated neuroleptic malignant syndrome // Pharmacotherapy. 2006. Vol. 26. P. 1180–1182.
21. Oruch R., Pryme I.F., Engelsens B.A., Lund A. Neuroleptic malignant syndrome: an easily overlooked neurologic emergency // Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2017. Vol. 13. P. 161–175.
22. Seminog O.O., Goldacre M.J. Risk of pneumonia and pneumococcal disease in people with severe mental illness: English record linkage studies // Thorax. 2013. Vol. 68. P. 171–176.
23. Spivak B., Maline D.I., Kozyrev V.N. et al. Frequency of neuroleptic malignant syndrome in a large psychiatric hospital in Moscow // Eur. Psychiatry. 2000. Vol. 15 (5). P. 330–333.
24. Strawn J.R., Keck P.E., Caroff S.N. Neuroleptic malignant syndrome // Am. J. Psychiatry. 2007. Vol. 164. P. 870–876.
25. Swamy N.C.K., Sanju G., Mathew J. An overview of the neurological correlates of Cotard syndrome // Eur. J. Psychiatr. 2007. N 21. P.99–116.
26. Velamoor R. Neuroleptic malignant syndrome: A neuropsychiatric emergency: Recognition, prevention, and management // Asian J. Psychiatr. 2017. Vol. 29. P. 106–109.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТА С ОРГАНИЧЕСКИМ СОСУДИСТЫМ БРЕДОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ С СИНДРОМОМ КОТАРА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19

Д.И. Малин, А.А. Мурашко, О.В. Цап

В статье переставлен клинический случай пациента с органическим бредовым расстройством с синдромом Котара, у которого после перенесенной коронавирусной инфекции на фоне лечения галоперидолом развился злокачественный нейролептический синдром (ЗНС). Дана оценка психопатологической структуры перенесенного психотического состояния. Представлена тактика купирования ЗНС с назначением инфузионной терапии, бензодиазепинов и высоких доз

амантадина. Продemonстрирована высокая эффективность и хорошая переносимость оланзапина в качестве антипсихотика для лечения сохраняющейся продуктивной психопатологической симптоматики после перенесенного ЗНС.

Ключевые слова: COVID-19, злокачественный нейролептический синдром, органическое бредовое расстройство, синдром Котара, бензодиазепины, амантадин.

NEUROLEPTIC MALIGNANT SYNDROME IN A PATIENT WITH ORGANIC DELUSIONAL DISORDER AND COTARD'S SYNDROME FOLLOWING COVID-19

D.I. Malin, A.A. Murashko, O.V. Tsap

The article describes a patient with organic delusional disorder and Cotard's syndrome, who developed neuroleptic malignant syndrome (NMS) following coronavirus infection during treatment with haloperidol. We assessed and described the psychopathological structure of the psychosis. We illustrate the treatment strategy for NMS that includes prescribing

intravenous benzodiazepines and high doses of amantadine. It was shown that olanzapine is highly effective and well-tolerated antipsychotic in case of persistent psychotic symptoms following NMS.

Key words: COVID-19, malignant neuroleptic syndrome, organic delusional disorder, Cotard's syndrome, benzodiazepines, amantadine.

Малин Дмитрий Иванович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела терапии психических заболеваний Московского Научно-исследовательского института психиатрии – филиала «ФГБУ НМИЦ ПН им В.П. Сербского» Минздрава России; email: doctormalin@gmail.com

Мурашко Алексей Андреевич – младший научный сотрудник Московского Научно-исследовательского института психиатрии – филиала «ФГБУ НМИЦ ПН им В.П. Сербского» Минздрава России; email: murashko.a@serbsky.ru

Цап Ольга Владимировна – врач-психиатр психиатрической клинической больницы №4 им. П.Б. Ганнушкина

УДК 616.69-009(616.89-008.454-053.2)

РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.В. Дьяченко^{1,2}, В.А. Солдаткин², О.А. Бухановская^{1,2}, А.Я. Перехов²

¹ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС», Ростов-на-Дону

²ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Клинические особенности, механизмы развития и способы коррекции расстройств половой идентификации (РПИ) у детей и подростков были подробно описаны в научной литературе в течение второй половины XX века [2, 6]. На основании собранных данных было сформировано представление о полоролевых отклонениях как о неоднородной группе нарушений психики, включающей как врожденные и стойкие аномалии, так и клинически сходные, но отличающиеся по этиологии, течению и прогнозу расстройства. Однако пересмотр научной парадигмы, возникшие в связи с этим противоречия в медицинском сообществе, а также беспрецедентное увеличение числа несовершеннолетних, стремящихся к перемене пола [17, 18, 34], обуславливают актуальность исследования данной проблемы в контексте современных реалий.

Цель исследования: изучение современной научной литературы (2000–2020 г.г.), посвященной расстройствам половой идентификации.

Материалы и методы: были проанализированы 44 публикации, посвященные расстройствам половой идентификации, датированные периодом с 2003 по 2020 год.

Результаты

В современной науке изучение РПИ проводятся преимущественно в рамках «гендерных исследований», относящихся к гуманитарным дисциплинам (психологии, социологии, философии и т.д.). При этом сама полоролевая идентификация не является предметом исследования, а регистрируется участниками самостоятельно, на основании самоощущения и в желаемой ими форме. При этом исследуемые выборки исключительно редко подвергаются подробному клиническому анализу: в абсолютном большинстве случаев объекты заведомо, без какой-либо проверки, рассматриваются в качестве психически здоровых лиц. Исследования, охватывающие медицинские аспекты РПИ (вопросы гормонального и хирургического лечения, исследование психиатрического статуса пациентов и т.п.), также обычно

не рассматривают идентификацию как объект изучения. Выборки здесь формируются аналогичным способом – на основании самопрезентации респондентов.

При анализе литературы обращает на себя внимание изменение как терминологического, так и понятийного аппаратов проблемы расстройств половой идентификации. Характерным для современной литературы является отказ от медицинской терминологии в пользу гуманитарной, неконтролируемый рост числа обозначений за счет необоснованного внедрения неологизмов, некорректное использование имеющихся названий. Так, в настоящее время широко используется термин «трансгендерность», объединяющий под собой как медицинские понятия (расстройства половой идентификации, транссексуализм, псевдотранссексуализм, некоторые формы транссвестизма и гомосексуализма и т.п.), так и социо-культурные категории (нонконформистские молодежные движения, тенденции моды и т.п.). Данное обстоятельство обуславливает проблемы терминологической путаницы и подмены понятий в современной научной литературе. В большинстве случаев неясно, какие именно респонденты формируют выборку «трансгендеров» и что является объектом изучения – биологически детерминированное и врожденное состояние, потенциально обратимое психическое расстройство, результат психологического конфликта или культурально обусловленное самопозиционирование. отождествление этих различных по своей природе категорий приводит к искажению не только нового научного материала, но и уже накопленного. Например, синонимичное применение терминов «транссексуализм» и «трансгендерность» отождествляет неодинаковую доказательную базу этих феноменов и формирует ошибочное представление о трансгендерности как об естественно-научном явлении.

Данные опубликованных мета-анализов однозначно указывают, что для гендерных исследований характерно относительно низкое качество научного материала [14, 16, 23, 25, 31, 33]. P.W.Hruz и соавт.[23]

к недостаткам современного представления об РПИ относят ограниченный объем существующей научной литературы, отсутствие рандомизированных проспективных исследований, небольшие размеры выборок, несовершенство критериев включения, короткую продолжительность исследований, высокий процент выбывших пациентов и зависимость от мнения «экспертов». Авторы указывают, что соблюдение установленных принципов доказательной медицины требует высокой степени осторожности и дифференцированного подхода при определении метода коррекции полоролевых нарушений [23].

Распространенность. Согласно имеющимся сведениям, распространенность РПИ среди современной молодежи составляет около 1% [10, 11, 32]. K.J.Zucker приводит аналогичные цифры – от 0,5% до 1,3%, но вносит важное уточнение, указывая на значительно более высокую встречаемость РПИ в группе детей и подростков по сравнению с выборкой взрослых [44]. Это согласуется с данными о том, что от 70% до 94% несовершеннолетних, выражающих недовольство полом, впоследствии отказываются от трансролевой самопрезентации [9, 19, 43].

Клинические проявления

Данные о клинических проявлениях РПИ у детей и подростков довольно неоднозначны. Описаны врожденные и относительно стабильные состояния, развитие которых происходит параллельно психосексуальному созреванию [2, 6], и варианты со «стремительным» возникновением полоролевых нарушений [26]. Молодые люди могут определять себя инверсно по отношению к полу или вне рамок бинарной полоролевой модели [9]. При этом инверсная идентификация, вероятно, является более распространенной по сравнению с небинарной [40]. Сегодня стало принято выделять различные варианты инверсного самоопределения внутри бинарной полоролевой модели: трансгендерные юноши/девушки, то есть лица, ассоциирующие себя с полоролевой моделью, традиционной для представителей противоположного пола. Внутри небинарной полоролевой идентификации сегодня предлагается выделять следующие ее варианты, которыми, однако, их число не ограничивается: бигендер – позиционирование себя в различное время в мужской и женской половой роли; демигендер – отождествление себя с мужской и женской полоролевыми моделями одновременно; агендер – отказ от идентификации с какой-либо полоролевой моделью; гендерфлюид – неустойчивая, изменчивая самоидентификация; пангендер – позиционирование, объединяющее всевозможные варианты гендера. Более того, допускается существование уникальных моделей, не имеющих общепринятого названия и свойственных отдельным людям [9]. Одни пациенты отвергают внешние признаки пола и желают избавиться от них [6], другие – не испыты-

вают значимого дискомфорта по этому поводу [9]. В одних случаях самоидентификация, полоролевое поведение, сексуальная ориентация и внешняя атрибутика соответствуют друг другу с точки зрения полового дуализма [2], в других – являются рассогласованными [13].

В качестве базового клинического феномена, обуславливающего обращение за психолого-психиатрической помощью, выделяется гендерная дисфория, то есть состояние психологического дистресса, вызванного принятием своего биологического пола и полоролевого статуса. Гендерная дисфория может проявлять себя как эндопсихически – в виде тягостных эмоциональных переживаний (депрессии, тревоги, внутренних конфликтов и т.п.), так и экзопсихически – посредством нарушений поведения (аддикции, аутодеструкция, конфликтность, самоизоляция и т.п.). Подавляющее большинство исследователей указывают на высокую распространенность психических расстройств у лиц с РПИ, а также высокий суицидальный риск в данной группе пациентов [1, 18, 21]. Приведены многочисленные данные об особой склонности детей с полоролевыми нарушениями к самостигматизации, депрессии, расстройствам пищевого поведения, алкоголизации, наркотизации, членовредительству и суицидальному поведению. L.Nahata и соавт. [29] проанализировали 79 медицинских карт пациентов в возрасте от 9 до 18 лет, направленных в детское эндокринологическое отделение в связи с РПИ. У 92,4% из них была диагностирована, по крайней мере, одна из следующих нозологических единиц: депрессивное расстройство, тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства пищевого поведения, расстройство аутистического спектра, биполярное аффективное расстройство. О наличии суицидальных идей сообщили 74,7% детей; 30,4% совершили одну или несколько попыток самоубийства; 55,7% – подтвердили членовредительство.

R.V.Toomey и соавт. [39] были опрошены 120 617 подростков с РПИ в возрасте от 11 до 19 лет. О совершении суицидальных попыток в прошлом сообщили 14% респондентов. Суицидальное поведение оказалось наиболее характерным для девочек, стремящихся к инверсной трансформации (50,8%), а также для подростков обоих полов с небинарным позиционированием (41,8%). Исследование J.F.Veale [41], напротив, продемонстрировало большую склонность к членовредительству и суициду у юношей.

L.A.Taliaferro и соавт. [36] изучили феномен аутодеструкции у подростков с РПИ, сравнив группу лиц с самоповреждениями и без самоповреждений. Из 1 635 респондентов больше половины (51,6%) сообщили об эпизодах членовредительства в течение года. При этом дети с аутодеструктивным поведением достоверно чаще заявляли о проблемах с психическим здоровьем, депрессии, эпизодах бегства из дома и употреблении психоактивных веществ.

Концепция этиопатогенеза

Идеологическим базисом для расширения границ приемлемого в отношении полоролевого поведения стала гендерная теория, концептуально родственная феминизму, социальному конструктивизму, трансгуманизму и постмодернизму. Опираясь на работы американского психолога J. Money, она детерминирует половую идентификацию исключительно воспитанием, принятыми в макро- и микросоциальной среде стереотипами полоролевого поведения, а также выбором личности. В рамках этого представления одинаково приемлемыми признаются как цисгендерная идентификация, при которой пол, желаемая социальная роль (гендер) и самоощущение совпадают между собой, так и всевозможные варианты трансгендерности, при которых эти параметры не согласуются. Нормативным провозглашается полоролевое (гендерное) многообразие, допускающее существование неопределенно большого количества моделей самопозиционирования.

Механизмы возникновения РПИ в рамках гендерной теории объясняются противоречиво. Не отрицая результаты более ранних исследований о биологической природе РПИ у транссексуалов, новая концепция утверждает свободу полоролевого позиционирования для всех людей. В соответствии с этим, с одной стороны, утверждается право на выбор самоидентификации, с другой – говорится о непреодолимости идентичности у трансгендеров, что обуславливает необходимость создания для них особых условий для адаптации. Провозглашая абсолютную свободу полоролевого поведения, гендерная теория обесценивает его мотивы и объединяет в группу «трансгендеров» (гендернонеконформных людей, транс-меньшинств и т.п.) все варианты РПИ независимо от их природы, стабильности, феноменологии, динамики развития, сроков возникновения. Наравне с транссексуалами к трансгендерам относят себя лица с транссвестизмом, некоторые гомосексуалы, а также неконформисты, осознанно демонстрирующие свою приверженность либеральным ценностям и идеологии трансгуманизма через отказ от социально приемлемых полоролевых стереотипов.

Следуя идее о свободе самопозиционирования, попытки изучения факторов предрасположения к «трансгендерности» кажутся не только бессмысленными, но и прямо противоречащими гендерной теории. По этой причине таких работ в современной литературе довольно мало. Считается, что лица с расстройствами аутистического спектра более склонны к трансгендерному позиционированию [26–28], однако природа связи между этими состояниями не изучена. Редкими и малоинформативными являются результаты исследования генетических нейроморфологических и нейроэндокринных факторов [29–31].

В соответствии с новой медико-социальной парадигмой, увеличение числа детей и подростков, стре-

мящихся к позиционированию вне половой принадлежности, объясняется не реальным ростом количества случаев, а более высокой обращаемостью несовершеннолетних на фоне произошедших социальных изменений. Последнее воспринимается в качестве позитивного признака либерализации общества. Действительно, в течение последних десяти-двадцати лет медицинская помощь в этой сфере стала значительно более доступна [3]. Только в США количество медицинских центров, специализирующихся исключительно на полоролевых нарушениях, с 2007 года увеличилось с одного до пятидесяти [32]. Общественное содействие трансгендерам утверждается в качестве прогрессивной культурной тенденции и важной морально-этической нормы многими странами мира. В 2006 году были сформулированы Джокьякартские принципы, обозначившие подход к проблеме обеспечения прав человека в контексте вопросов сексуальной ориентации и полоролевой идентификации. В состав экспертной группы вошли специалисты по вопросам прав человека различного профиля из различных регионов, среди которых были судьи, ученые, экс-Верховный комиссар ООН по правам человека, специальные докладчики Комиссии по правам человека, члены договорных органов по правам человека, представители независимых правозащитных организаций. Согласно Джокьякартским принципам, странам надлежит включить принцип универсальности в свои национальные конституции и законодательные акты, а также осуществлять образовательные и просветительские мероприятия, направленные на обеспечение обладания всеми правами и свободами для всех лиц в полном объеме вне зависимости от их полоролевой идентификации. Достаточное внимание уделяется праву на равенство и недискриминацию – «каждый человек имеет право на осуществление всех прав и свобод без дискриминации по признаку сексуальной ориентации или гендерной идентичности» [33].

В «Декларации ООН по вопросам сексуальной ориентации и гендерной идентичности» от 18.12.2008 г. небинарное полоролевое позиционирование было причислено к требующим защиты правам человека. Страны-члены ООН были призваны принять законодательные и административные меры «чтобы сексуальная ориентация или гендерная идентичность ни при каких обстоятельствах не могли быть основой для уголовного наказания, в частности, для казней, арестов или задержания, ... и чтобы нарушения прав человека, основанные на сексуальной ориентации или гендерной идентичности, были расследованы и виновные привлечены к ответственности и преданы суду». Данный документ был подписан 96 из 193 стран-членов ООН, в том числе всеми государствами Европейского союза, США, Канадой, Японией [33].

В своем докладе от 2009 году Комиссар Совета Европы по правам человека рекомендовал государствам «проводить подготовку специалистов-медиков,

включая психологов, психиатров и терапевтов, с учетом потребностей трансгендеров и требований к уважению их достоинства»; «обеспечить доступность для трансгендеров процедур коррекции тела, таких как гормонотерапия, хирургическое вмешательство и психологическая поддержка, и обеспечить, чтобы эти расходы компенсировались в рамках государственной системы медицинского страхования» [33].

В 2010 году Франция стала первой страной в мире, где транссексуальность была исключена из списка заболеваний.

В 2013 году стартовала глобальная кампания ООН «Свободные и равные», которая направлена на защиту геев, лесбиянок, би- и транссексуалов от дискриминации [33].

Лица, проживающие в Канаде и некоторых штатах Австралии, могут быть юридически зарегистрированы в качестве представителей выбранной ими полоролевой модели независимо от результатов медицинского обследования и даже при отсутствии такового. В 2020 году Джозеф Байден, баллотируясь на пост президента США, объявил о планах подписать аналогичный закон [32].

Одновременно с этим, причины возникновения гендерной дисфории, обуславливающей обращение «трансгендеров» в медицинские учреждения, в рамках данного подхода принято связывать преимущественно с невозможностью индивида открыто идентифицировать себя желаемым образом и реализовывать соответствующее полоролевое поведение в условиях оказываемого социального давления (дискриминации, трансфобии и т.п.). Заявление Американской психиатрической ассоциации гласит: «Трансгендерность или гендерная вариативность не подразумевает ухудшения суждений, стабильности, надежности, общих социальных или профессиональных способностей; однако эти люди часто подвергаются дискриминации из-за отсутствия защиты гражданских прав на их гендерную идентичность или самовыражение... Такая дискриминация и отсутствие равных гражданских прав наносят ущерб психическому здоровью трансгендеров и лиц с вариантами пола» [34].

Данная позиция, поддержанная Американской психологической ассоциацией (АРА) и Американской ассоциацией педиатров (ААР), легла в основу «модели гендерно-позитивной помощи». Данный подход, ориентированный, как указывается, на «понимание и оценку гендерного опыта, непредвзятое партнерство с молодыми людьми и их семьями», провозглашает следующее [15]:

1. Трансгендерная идентичность и различные гендерные выражения не являются психическим расстройством.

2. Вариации в гендерной идентичности и самовыражении являются нормальными аспектами человеческого разнообразия, а бинарные определения

пола не всегда отражают возникающие гендерные идентичности.

3. Гендерная идентичность развивается как взаимодействие биологии, развития, социализации и культуры.

4. Если проблема психического здоровья существует, она чаще всего является следствием стигмы и негативного опыта, а не присуща ребенку.

Проблема уязвимости несовершеннолетних с РПИ перед дискриминацией и агрессией акцентируется и в научной литературе. G.R.Murchison и соавт. [28] проанализировали сведения, полученные со слов 3 673 американских подростков с РПИ: о случаях сексуального насилия в течении прошедших 12 месяцев сообщили 26,5% девушек и 18,5% юношей с инверсной идентификацией, 27,0% девушек и 17,6% юношей с небинарным позиционированием. Значительное внимание уделяется «недостаточной культурной осведомленности» медицинских работников в отношении актуальных норм полоролевого поведения, препятствующей получению помощи молодым людям с РПИ [18, 36]. Сообщается о случаях отказа в услугах, проявлении грубости, вербального и физического насилия в медицинских учреждениях по отношению к несовершеннолетним с полоролевыми нарушениями [36].

Приводятся сведения о том, что дети часто подвергаются насилию со стороны как сверстников, так и членов семьи. В исследовании K.Peng и соавт. [30] из 385 подростков с РПИ 295 человек (76,6%) сообщили о том, что подвергались насилию или издевательствам в школе со стороны одноклассников или учителей в связи с отклоняющимся полоролевым позиционированием. Из 319 респондентов, раскрывшихся родителям в своих переживаниях, 296 (92,8%) подвергались пренебрежению или насилию внутри семьи. В целом, непринятие законными представителями трансгендерной идентификации ребенка и противодействие его стремлению к желаемой самопрезентации выделяется в качестве одного из основных источников гендерной дисфории. Преодолению родительского «предубеждения» придается роль одного из важнейших компонентов профилактики суицидов среди детей с РПИ [14]. По данным R.Travers и соавт. [38], обследовавших 433 подростков-трансгендеров, число попыток самоубийства среди тех, чьи родители поддерживали их, составил 4% и 60% среди лиц, чьи родители не выразили поддержки.

Многие современные специалисты выступают за предоставление «трансгендерным детям» полного права на самоопределение вне зависимости от мнения законных представителей [39]. В некоторых странах контроль за соблюдением права несовершеннолетних на «гендерное самовыражение» осуществляют государственные службы – сотрудники общеобразовательных и медицинских учреждений, полиция, социальные работники. Ярким примером

такой практики является Норвегия, где действует государственная служба помощи и поддержки детям и подросткам Barnevernet, имеющая широкие полномочия – вплоть до лишения родителей права опеки. Подобный подход вызывает неоднозначную реакцию в обществе, в особенности среди родителей детей, выражающих стремление к перемене пола. Свой опыт обращения за медицинской помощью в связи с жалобами 12-летней дочери на недовольство полом в интервью журналу «Economist» приводит гражданка Великобритании. Женщина сообщает, что семейный врач, к которому они обратились в первую очередь, поздравил ребенка и спросил, какие местоимения она выбрала прежде, чем написать направление в Детскую больницу Британской Колумбии. Обращение к специалисту по гендерному здоровью она описывает следующим образом: «Мы думали, что идем к психологу, но это были медсестра и социальный работник... Через десять минут нашему ребенку предложили лупрон¹... Не было упоминания о других проблемах с психическим здоровьем... Никакой терапии не предлагалось, и нас просто оттолкнули, когда мы подняли эту тему» [32].

В этих условиях представляется парадоксальным тот факт, что в научной литературе представлено крайне низкое число работ, исследующих проблему РПИ у несовершеннолетних с позиции родителей. В ходе исследования, проведенного в 2018 году в Университете Брауна (США), были проанализированы 256 анкет родителей детей со «стремительным» развитием РПИ. Его автором было установлено, что подростки (средний возраст на момент исследования составлял 16,4 года) сообщали о своей «трансгендерной идентификации» в среднем в возрасте 15 лет. При этом 41% из них выражали негетеросексуальную ориентацию до того, как стали идентифицировать себя как трансгендеры. У 62,5% подростков было диагностировано, по крайней мере, одно психическое расстройство или нарушение развития нервной системы до возникновения жалоб на гендерную дисфорию. При этом число установленных диагнозов варьировало от 1 до 7. О субъективном снижении психического здоровья родителям сообщили 47,2% детей. Более половины опрошенных (57,3%) отмечали ухудшение отношения к ним со стороны детей. Кроме того, наблюдались и другие изменения поведения: выражение недоверия к нетрансгендерам (22,7%); отказ проводить время с друзьями, не являющимися трансгендерами (25,0%); стремление к изоляции от членов семьи (49,4%); исключительное доверие к информации об РПИ из «трансгендерных» источников (46,6%). Большинство (86,7%) родителей сообщили, что, наряду с внезапным или быстрым возникновением РПИ, их ребенок либо стал больше

времени проводить в Интернете и социальных сетях, либо общался в компании, в которой один или несколько друзей стали трансгендерами [19].

Диагностика

В соответствии с новой социальной парадигмой коренным образом в современной медицине изменились подходы к диагностике полоролевых нарушений. Согласно официальной позиции ВОЗ, закрепленной в новой редакции международной классификации болезней (МКБ-11), полоролевая идентификация сама по себе не является предметом психиатрического анализа и подобно политическим или религиозным убеждениям должна рассматриваться исключительно в контексте гражданских свобод и индивидуально-психологической вариативности. Выделенная в МКБ-11 рубрика «Гендерное несоответствие», заменившая «Расстройства половой идентификации», была перенесена в класс «Заболевания, связанные с сексуальным здоровьем». При этом по сравнению с предыдущей редакцией МКБ существенно расширились диагностические критерии, были удалены рекомендации по дифференциальной диагностике с психическими расстройствами. Эта новая категория включает три подраздела: гендерное несоответствие в подростковом и зрелом возрасте (НА60); гендерное несоответствие в детском возрасте (НА61); другие виды гендерного несоответствия (НА6Z). Гендерное несоответствие в подростковом и зрелом возрасте (НА60) характеризуется выраженным и стойким несовпадением гендера и приписанного при рождении пола лицами, имеющими по крайней мере два из нижеперечисленных признаков: сильное неприятие или дискомфорт первичных или вторичных половых признаков; сильное желание избавиться от некоторых или всех своих первичных и/или вторичных половых признаков из-за их несоответствия с гендером; сильное желание иметь первичные и/или вторичные половые признаки ощущаемого гендера. Человек испытывает сильное желание жить и быть принятым как носитель ощущаемого гендера. Ощущение гендерного несовпадения должно присутствовать непрерывно, по крайней мере, в течении нескольких месяцев.

Научная обоснованность произошедших и грядущих изменений вызывает сомнения у значительной части специалистов. Главным поводом для критики является тенденциозность нового похода. Г.Е.Введенский и С.Н.Матевосян [3], анализируя изменение подхода к диагностике РПИ в МКБ-11, высказались следующим образом: «... предложения Рабочей группы по изменению в МКБ-11 рубрик сексуальных расстройств во многом основываются на социальных последствиях болезней и «правовых соображениях» в субъективной идеологической интерпретации при попытках игнорирования клинической психопатологической феноменологии и явной тенденцией к ее депатологизации, что отрицательно

¹ Лупрон (международное непатентованное название – Leuprorelin) – антигонадотропное средство (прим. авт.)

скажется на возможности использования классификации в работе практикующих врачей-психиатров и сексологов». Н.Д.Кибрик и М.И.Ягубов [5] выразили аналогичное предостережение: «... такая депатологизация лиц, желающих сменить пол, может повлечь серьезные последствия, так как не принимается в расчет то, что это состояние нередко может сочетаться с психическими заболеваниями или быть их проявлением, а также заключать в себе явную или скрытую опасность суицида».

Лечение

Первый визит в медицинские учреждения происходит в различном возрасте, определяемом как условиями формирования недовольства полом, так и социальными факторами. Отмечается, что мальчики обращаются в медицинские учреждения раньше девочек [42]. В исследовании K.J.Zucker [43] среди направленных в клиники детей с РПИ младше 12 лет соотношение мальчиков к девочкам составляло от 6:1 до 3:1 [15]. T.Cohen-Kettenis, F.Pfäfflin [18], исследовавшие обращаемость подростков старше 12 лет, приводят соотношение полов, близкое к 1:1. Мотивы обращения детей с РПИ за врачебной помощью также неодинаковы в разных странах и обусловлены возрастом, актуальным психическим состоянием, микросоциальным климатом, особенностями правового регулирования процедуры изменения пола и клиническими параметрами полоролевых нарушений. В американском исследовании, проведенном T.Handler и соавт. [18], было обследовано 417 несовершеннолетних с нарушениями половой идентификации. Большинство из них (62%) составляли юноши. Средний возраст обращения за медицинской помощью составлял 15 лет (возрастной диапазон 3–17). В качестве основных причин обращений указывались: просьбы о назначении гормональных препаратов (34%); стремление к хирургической трансформации тела (32%); жалобы, связанные с психическим здоровьем (27%). При этом мотивы обращения варьировались в зависимости от возрастной группы: более молодые пациенты обращались за дополнительными услугами в области психического здоровья, а более старшие – за гормональным и хирургическим лечением.

В Российской Федерации реализация мероприятий по изменению пола возможна только после достижения пациентом возраста 21 года. Однако в ряде других стран довольно активно обсуждается вопрос о сокращении противопоказаний со стороны возраста для проведения медицинских мероприятий по изменению пола. Среди прочих мер речь идет о возможности проведения гормональной заместительной терапии лицам, не достигшим пубертатного возраста [43]. Различные общественные организации, выступающие за либерализацию показаний к изменению пола, утверждают, что возраст меди-

цинского вмешательства должен зависеть от степени обратимости лечения. Согласно этому предложению, гормональная блокада, рассматриваемая Всемирной профессиональной ассоциацией здоровья трансгендеров как «обратимая», может быть проведена уже в 9 лет, в то время как процедуры, которые считаются «необратимыми», такие как генитальная хирургия, будут ограничены взрослыми [18]. Данная практика уже реализуется в Норвегии, Дании, Канаде, Японии, ряде штатов США. Некоторые авторы настаивают на необходимости утверждения права на проведение гормонального блокирования пубертата без согласия родителей [44].

Опубликовано большое количество данных в пользу того утверждения, что реализация мероприятий по изменению пола способствует улучшению адаптации, снижению показателей тревоги, депрессии и суицидального риска у детей [8, 12, 13]. В целом, большинство исследователей указывают на высокий уровень удовлетворенности лицами с РПИ без клинической дифференциации проведенной трансформацией [9]. Однако представлены и методологически схожие работы, демонстрирующие отрицательный результат. Так, S.L.Reisner и соавт. [33] провели ретроспективное когортное исследование медицинских карт 180 пациентов с РПИ в возрасте от 12 до 29 лет, обследованных в период с 2002 по 2011 год в одной из клиник в Бостоне (США). Было установлено, что лица с РПИ сообщали о депрессии, тревожности, аутодеструктивных переживаниях, а также опыте стационарного и амбулаторного психиатрического лечения в 2–3 раза чаще по сравнению с группой лиц без полоролевых нарушений. Но статистически значимых различий в результатах оценки показателей психического здоровья не наблюдалось при сравнении пациентов разных полов с поправкой на возраст, этническую принадлежность и прием гормональных препаратов [10]. Кроме того, обращает на себя внимание тот факт, что, несмотря на беспрецедентную либерализацию полоролевого поведения, в ряде стран количество суицидов в группе лиц с РПИ остается крайне высокими и составляет 50–93% [18, 21]. Опрос 923 молодых жителей Канады, позиционирующих себя в качестве трансгендеров, продемонстрировал, что 65% респондентов в возрасте от 14 до 18 лет серьезно задумывались о самоубийстве в течение года по сравнению с 13% в контрольной группе [24].

Обсуждение результатов

Признавая важность повышения доступности медико-социальной помощи для лиц с РПИ, в том числе детей, с целью их адаптации и профилактики самоубийств, необходимо признать, что новая позиция ВОЗ в отношении РПИ имеет ряд существенных недостатков. Фундаментальная проблема современной парадигмы состоит в том, что, базируясь на гендерной теории, она наследует целый

ряд теоретических и методологических недостатков, свойственных данной концепции. Так, в стремлении утвердить первенство индивидуальной свободы над биологическим императивом прослеживается явное влияние идеалистических, граничащих с сверхнатуралистичностью, философских концепций – в первую очередь, трансгуманизма, социального конструктивизма, а также феминизма и постмодернизма. Наличие не поддающихся проверке догматов, таких как, например, положение о существовании полоролевого многообразия и полоролевой изменчивости в рамках психической нормы, не позволяют рассматривать гендерные исследования как научные, а их результаты – как достоверное отражение реальности. В качестве аналогии, демонстрирующей качество подобных исследований и их итогов, можно привести известный курьез, регулярно происходящий во время переписи населения в Российской Федерации. Как известно, по правилам переписи, вступившим в силу в 2002 году, допускается возможность внесения любой информации в графу «национальность». Следствием этого стало «появление» в нашей стране новых народов – эльфов, хоббитов, джедаев, марсиан и др. Следуя логике сторонников гендерной теории, эти данные доказывают существование фантастических созданий. В действительности же они представляют собой погрешность, возникшую в результате отклоняющегося поведения отдельных участников исследования (шуток, проявлений протеста, психопатологии и т.п.) и несовершенства дизайна. Сходная ситуация наблюдается и в гендерных исследованиях с той разницей, что их методологический дефект обусловлен не ошибкой, а идеологической ангажированностью, не совместимой с научным знанием.

На практике несостоятельность идеи о полном социальном структурировании полоролевой идентичности иллюстрирует известный случай Брюса Реймера (1965–2004). Перенесший в младенчестве неудачную операцию на мочеполовой системе, в результате которой его половой член оказался неправильно поврежден, Б.Реймер, по рекомендации J. Money, практически с рождения воспитывался родителями в женской половой роли. С целью сокрытия биологического пола от ребенка в раннем возрасте ему были удалены оставшиеся наружные половые органы. Однако уже в детском возрасте Брюс, живший под именем «Бренда» и не знавший о своем биологическом поле, стал категорически отказываться от ношения платьев и соблюдения предписанного ему полоролевого стереотипа. Назначение терапии эстрогенами не изменило поведения ребенка. В 15 лет он категорически отказался от проведения завершающего этапа хирургического формирования наружных половых органов по женскому типу, а также от дальнейшего проведения гормональной терапии. Позже, уже будучи взрослым, он произвел ряд трансформирующих операций, восстановив

мужской облик. Следует добавить, что в молодом возрасте Б.Реймеру был установлен диагноз «Шизофрения», что, однако, не представляется возможным связать ни попытками насильственной адаптации его в женской половой роли, ни с его отказом этому следовать.

Сходным со случаем Б.Реймера образом концепцию гендера опровергают результаты изучения транссексуализма. При ядерном транссексуализме, несмотря на «правильное» с точки зрения гражданского пола воспитание и отсутствие доступа к соответствующей информации, пациенты уже в раннем возрасте обнаруживают инверсное половое самосознание, демонстрируют поведение, свойственное представителям противоположного пола, и активно сопротивляются попыткам адаптации их в соответствующей полу социальной роли.

Имеющиеся сведения о положительном влиянии раннего использования гормональной заместительной терапии у подростков также вызывают сомнения. Во-первых, само проведение таких вмешательств без достаточного какого-либо научного подкрепления является недопустимым с точки зрения этики. Проводимые опыты в этом направлении стали возможны исключительно благодаря мощной политической поддержке, имея при этом, как было указано выше, весьма спорную теоретическую основу. Попытки объяснения факта пренебрежения этическими нормами высоким социальным запросом и общественной поддержкой также не выдерживают критики. В настоящее время в западных странах набирают силу движения молодых людей, отказавшихся от трансгендерного позиционирования и выступавших против повышения доступности половой трансформации. С 2019 года была основана международная организация «Detransition Advocacy Network», объединившая людей, пострадавших от деятельности «клиник гендерного здоровья». Резонансным стало решение суда Великобритании от 01.12.2020, удовлетворившее иск 23-летней жительницы Кембриджа Кейры Белл к лондонской клинике The Tavistock Centre – крупнейшему в стране центру, предоставляющему услуги по изменению пола. Женщина, подвергшаяся социальным, гормональным и хирургическим трансформирующим пол мероприятиям в возрасте 16 лет, утверждала, что на момент осуществления «гендерного перехода» она имела «неустойчивую психику» и была слишком молода, чтобы понимать последствия своих действий, и обвинила сотрудников медицинского учреждения в неверной оценке ее психического состояния, ошибочной диагностике полоролевых нарушений и научно необоснованном лечении. Суд, согласившись с доводами истца, в своем вердикте назвал проводимую терапию «экспериментальной» [32].

Во-вторых, отсутствуют убедительные результаты катamnестического наблюдения, позволя-

ющие оценить стабильность описываемого в литературе положительного эффекта и соотношение пользы и вреда. Так, Кейра Белл сообщает о своем опыте следующее: «В начале процесса перехода я чувствовала себя очень оживленной и счастливой, но с годами стала ощущать все меньшее и меньшее воодушевление. Я больше не была счастлива» [45].

При этом необходимо признать, что проведение гормональной блокады пубертата действительно имеет теоретические обоснования при транссексуализме. Но эти обоснования не исключают риска соматических осложнений, который в настоящее время не изучен должным образом. Кроме того, реализация подобного радикального вмешательства подразумевает точную диагностику транссексуализма, не предусмотренную критериями МКБ-11.

Согласно традиционному представлению, неоднородность клинического описания обусловлена неоднородностью группы пациентов с РПИ, включающей лиц с состояниями и расстройствами неодинаковой природы, с различным течением и прогнозом [1, 2]. Утверждая в качестве норматива совпадение пола и половой идентичности, в рамках этого подхода предлагается выделять две крупные группы РПИ: стабильные психические аномалии и динамические расстройства. Группа стабильных психических аномалий включает единственное состояние – транссексуализм. В качестве патогномоничной его черты выделяется врожденная и стойкая инверсия половой идентификации, сопровождающаяся непринятием собственных правильных (соответствующих генотипу) половых признаков, стремлением ассимилироваться в обществе среди лиц противоположного пола, а также стремлением к трансформации телесного облика и социального статуса по образу представителей противоположного пола. Единственным эффективным способом преодоления гендерной дисфории при транссексуализме является половая трансформация (изменение пола), включающая изменение гражданского пола, психосоциальную реадaptацию в инверсной роли, заместительную терапию половыми гормонами и хирургическую коррекцию внешности и половых органов [1, 2]. Половая трансформация, сопряженная с кардинальным изменением социального и правового статуса человека, брутальным и лишь частично обратимым медицинским вмешательством, считается в рамках данного подхода крайней мерой, применимой только в отношении случаев непреодолимой инверсии половой идентификации при транссексуализме.

Значительно чаще транссексуализма встречаются психические расстройства, проявляющиеся гендерной дисфорией. К таким расстройствам относят: эгодистонический гомосексуализм, фетишистский трансвестизм, патологию личности и расстройства шизофренического спектра. Именно последняя категория заболеваний, по нашим данным, обуславливает существенное увеличение обра-

емости пациентов с запросом на изменение пола в течении последних 10 лет [46].

Важнейшее диагностическое значение в таких случаях имеет психопатологическое обследование, направленное на установление наличия психического расстройства и, в случае подтверждения его наличия, изучение характера связи между ментальными нарушениями и РПИ. Необходимость участия психиатра в лечебно-диагностических мероприятиях, связанных с изменением пола, определена здесь потребностью учитывать не только очевидные клинические феномены, но и специфические особенности психопатологии детско-подросткового возраста, закономерности синдрома таксиса и синдрома кинеза. Несовершеннолетним свойственны атипичный, фрагментарный и неочевидный характер клинических проявлений, недостаточная критичность к собственным переживаниям, склонность к совершению импульсивных действий, в том числе – деструктивного и аутодеструктивного содержания. Кроме того, присущая детям в норме пластичность мировоззрения, ее легкая изменчивость под влиянием массовой культуры, СМИ, нигилистических и протестных движений, харизматичных лидеров, в особенности в эпоху небывалого развития средств передачи информации, обуславливает дополнительные сложности дифференциальной диагностики. Нередко ситуация осложняется и противоречиями внутри семьи, что делает необходимым дополнительно анализировать объективные сведения, сопоставляя и оценивая разнящиеся данные. При этом следует понимать, что основанием для противодействия со стороны родителей является не только непринятие ими нарушения ребенком «культурных норм», но и нередко резкое и кардинальное изменение его поведения и мировоззрения. Кроме того, беспокойство родителей может быть связано с возможностью социальных проблем, а также высокой вероятностью общесоматических осложнений, более частой заболеваемостью онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, ранней смертностью, которые часто наблюдаются у подвергшихся изменению пола людей [47]. Принимая во внимание упомянутые выше данные о высокой вероятности изменения ребенком/подростком своего решения, такие опасения следует признать более чем обоснованными. Стойкий характер РПИ и раннее возникновение инверсной полоролевой идентификации при транссексуализме довольно быстро приводит членов ближайшего окружения пациента вначале к пониманию непреодолимости полоролевых девиаций, а затем – и к восприятию их (пациентов) в соответствии с инверсным полом. В современных реалиях лица, страдающие ядерной формой транссексуализма, относительно редко встречают сопротивление стремлению к изменению пола со стороны родителей. Характерна семейная поддержка, содействие и полное соответствие субъективных и объективных

анамнестических сведений о динамике и проявлениях РПИ. При краевом ТС, как и при ядерном, нарушения половой идентификации является заметными для ближайшего окружения и в настоящее время подавляется существенно реже, чем раньше. Однако таких детей все еще можно встретить в традиционных семьях.

Заключение

Изменившиеся диагностические подходы формируют новые условия работы психиатров с детьми и подростками, обращающимися с запросом на изменение пола. Однако эта работа по-прежнему требует дифференцированного, идеологически индифферентного подхода, а также знания возрастных особен-

ностей психологии и психопатологии. Независимо от актуальной медико-социальной парадигмы или политической обстановки, пациенты, заявляющие о желании изменить пол, нуждаются в тщательной клинической диагностике с исключением сходных с транссексуализмом психических расстройств, составляющих большинство случаев. Мы полагаем, что вектор развития современной психиатрии должен быть связан не с депатологизацией отдельных нозологических единиц, а с дестигматизацией психических расстройств. Такая установка представляется нам единственно перспективной, полностью соответствующей цели примерить две разобщенные сегодня составляющие проблемы расстройств половой идентификации – социальную и научную.

ЛИТЕРАТУРА

- Алисиевич Е.С., Никитина Е.М. Актуальные вопросы защиты транссексуалов от дискриминации: международно-правовой аспект // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: юридические науки. 2014. № 2. С. 332–342.
- Бухановский А.О. Транссексуализм и сходные состояния. Ростов-на-Дону: Изд. Мини Тайп, 2016. 580 с.
- Введенский Г.Е., Матевосян С.Н. Сексуальные расстройства в проекте МКБ-11: методологические и клинические проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27, № 3. С. 102–105.
- Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Солдаткин В.А., Перехов А.Я. Кто обращается к психиатру с запросом на изменение пола: результаты 30-летнего исследования // Психиатрия. 2020. Т. 18. № 3. С. 32–41.
- Кибрик Н.Д., Ягубов М.И. Клинические особенности расстройств половой идентификации и тактика ведения пациентов // Андрология и генитальная хирургия. 2018. Т. 19. № 3. С. 35–41.
- Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола). М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. 400 с.
- Материалы сайта <https://medialeaks.ru/0302gvn-keira-bell/>
- Материалы сайта <https://www.economist.com/international/2020/12/12/an-english-ruling-on-transgender-teens-could-have-global-repercussions>
- Стандарты помощи транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам (7-я версия). Материал сайта <https://www.wpath.org/publications/soc>
- Castilla-Peón M.F. Medical management of transgender children and adolescents // Bol. Med. Hosp. Infant Mex. 2018. Vol. 75(1). P. 7–14.
- Connolly M.D., Zervos M.J., Barone C.J. The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding // Adolesc. Health. 2016. Vol. 59(5). P. 489–495.
- D'Andrea S., Pallotti F., Senofonte G., Castellini C., Paoli D., Lombardo F., Lenzi A., Francavilla S., Francavilla F., Barbonetti A. Polymorphic Cytosine-Adenine-Guanine Repeat Length of Androgen Receptor Gene and Gender Incongruence in Trans Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Case-Control Studies // J. Sex. Med. 2020. Vol. 17(3). P. 543–550.
- deGraaf N.M., Carmichael P., Steensma T.D., Zucker K.J. Evidence for a Change in the Sex Ratio of Children Referred for Gender Dysphoria: Data From the Gender Identity Development Service in London (2000–2017) // J. Sex. Med. 2018. Vol. 15(10). P. 1381–1383.
- deVries A.L., Steensma T.D., Doreleijers T.A., Cohen-Kettenis P.T. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study // J. Sex. Med. 2011. Vol. 8(8). P. 2276–2283.
- Drescher J., Haller E. American Psychiatric Association Caucus of Lesbian, Gay and Bisexual Psychiatrists. Position Statement on Discrimination Against Transgender and Gender Variant Individuals. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2012
- Durwood L., McLaughlin K.A., Olson K.R. Mental Health and Self-Worth in Socially Transitioned Transgender Youth // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 2017. Vol. 56(2). P. 116–123.
- Frisén L., Söder O., Rydelius P.A. Dramatic increase of gender dysphoria in youth // Lakartidningen. 2017. Feb 22. PII: EFMY
- Fuss J., Auer M.K., Briken P. Gender dysphoria in children and adolescents: a review of recent research // Curr. Opin. Psychiatry. 2015. Vol. 28(6). P. 430–434.
- Giordano S. Importance of being persistent. Should transgender children be allowed to transition socially? // J. Med. Ethics. 2019. Vol. 45(10). P. 654–661.
- Glidden D., Bouman W.P., Jones B.A., Arcelus J. Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Literature // Sex. Med. Rev. 2016. Vol. 4(1). P. 3–14.
- Glick J.L., Theall K.P., Andrinopoulos K.M., Kendall C. The Role of Discrimination in Care Postponement Among Trans-Feminine Individuals in the U.S. National Transgender Discrimination Survey // LGBT Health. 2018. Vol. 5(3). P. 171–179.
- Hisle-Gorman E., Landis C.A., Susi A., Schvey N.A., Gorman G.H., Nylund C.M., Klein D.A. Gender Dysphoria in Children with Autism Spectrum Disorder // LGBT Health. 2019. Vol. 6(3). P. 95–100.
- Hruz P.W. Deficiencies in Scientific Evidence for Medical Management of Gender Dysphoria // Linacre Q. 2020. Vol. 87(1). P. 34–42.
- Kreukels B.P.C., Guillamon A. Neuroimaging studies in people with gender incongruence // Int. Rev. Psychiatry. 2016. 28(1): 120–128.
- Lambrese J. Suppression of Puberty in Transgender Children // Virtual Mentor. 2010. Vol. 12(8). P. 645–649.
- Littman L. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria // PLoS One. 2018. Vol. 13(8). P. e0202330.
- Mueller S.C., deCuypere G., T'Sjoen G. Transgender Research in the 21st Century: A Selective Critical Review From a Neurocognitive Perspective Affiliations expand // Am. J. Psychiatry. 2017. Vol. 174(12). P. 1155–1162.
- Murchison G.R., Agénor M., Reisner S.L., Watson R.J. School Restroom and Locker Room Restrictions and Sexual Assault Risk Among Transgender Youth // Pediatrics. 2019. Vol. 143(6). P. e20182902.
- Nahata L., Quinn G.P., Caltabellotta N.M., Tishelman A.C. Mental Health Concerns and Insurance Denials Among Transgender Adolescents // LGBT Health. 2017. Vol. 4(3). P. 188–193.
- Peng K., Zhu X., Gillespie A., Wang Y., Gao Y., Xin Y., Qi J., Ou J., Zhong S., Zhao L., Liu J., Wang C., Runsen Chen. Self-reported Rates of Abuse, Neglect, and Bullying Experienced by Transgender and Gender-Nonbinary Adolescents in China // Netw. Open. 2019. Vol. 2(9). P. e1911058.
- Priest M. Transgender Children and the Right to Transition: Medical Ethics When Parents Mean Well but Cause Harm // Am. J. Bioeth. 2019. Vol. 19(2). P. 45–59.
- Rafferty J. Committee on psychosocial aspects of child and family health, committee on adolescence and section on lesbian, gay, bisexual and transgender health and wellness // Pediatrics. 2018. Vol. 142(4). P. e20182162.
- Reisner S.L., Deutsch M.B., Bhasin S., Bocking W., Brown G.R., Feldman J., Garofalo R., Kreukels B., Radix A., Safer J.D., Tangpricha V., T'Sjoen G., Goodman M. Advancing Methods for U.S. Transgender Health Research // Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes. 2016. Vol. 23(2). P. 198–207.
- Skordis N., Butler G., deVries M.C., Main K., Hannema S.E. ESPE and PES International Survey of Centers and Clinicians Delivering Specialist Care for Children and Adolescents with Gender Dysphoria // Horm. Res. Paediatr. 2018. Vol. 90(5). P. 326–331.
- Simonsen R.K., Hald G.M., Kristensen E., Giraldi A. Long-Term Follow-Up of Individuals Undergoing Sex-Reassignment Surgery: Somatic Morbidity and Cause of Death // Sex. Med. 2016. Vol. 4(1). P. 60–68.

36. Taliaferro L.A., McMorris B.J., Rider G.N., Eisenberg M.E. Risk and Protective Factors for Self-Harm in a Population-Based Sample of Transgender Youth // Arch. Suicide Res. 2019. Vol. 23(2). P. 203–221.
37. Thrower E., Bretherton I., Pang K.C., Zajac J.D., Cheung A.S. Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Amongst Individuals with Gender Dysphoria: A Systematic Review // J. Autism Dev. Dis. 2020. Vol. 50(3). P. 695–706.
38. Travers R., Bauer G., Pyne J., Bradley K., Gale L., Papadimitriou M. Impacts of strong parental support for trans youth: A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services. Project: Trans PULSE Project (2005-2018): <https://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf>
39. Toomey R.B., Syvertsen A.K., Shramko M. Transgender Adolescent Suicide Behavior // Pediatrics. 2018. Vol. 142(4). P. e20174218.
40. Van Donge N., Schvey N.A., Roberts T.A., Klein D.A. Transgender Dependent Adolescents in the U.S. Military Health Care System: Demographics, Treatments Sought, and Health Care Service Utilization // Mil. Med. 2019. Vol. 184(5–6). P. 447–454.
41. Veale J.F., Watson R.J., Peter T., Saewyc E.M. Mental Health Disparities Among Canadian Transgender Youth // J. Adolesc. Health. 2017. Vol. 60(1). P. 44–49.
42. Virupaksha H.G., Muralidhar D., Ramakrishna J. Suicide and Suicidal Behavior among Transgender Persons // Ind. J. Psychol. Med. 2016. Vol. 38(6). P. 505–509.
43. Zucker K.J., Stroumsa D. The state of transgender health care: policy, law, and medical frameworks // Am. J. Public Health. 2014. Vol. 31. P. 31–38.
44. Zucker K.J. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity // Sex. Health. 2017. Vol. 14(5). P. 404–411.

РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.В. Дьяченко, В.А. Солдаткин, О.А. Бухановская, А.Я. Перехов

В данной статье представлен обзор современной научной литературы, посвященной расстройствам половой идентификации у детей и подростков. Выделены основные подходы к пониманию данного феномена, а также проблемы современного представления о феномене

полоролевых нарушений.

Ключевые слова: расстройства половой идентификации, гендерная дисфория, транссексуализм, изменение пола.

GENDER IDENTITY DESORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS PSYCHIATRIC PRACTICE

A.V. Dyachenko, V. A. Soldatkin, O.A. Bukhanovskaya, A.Y. Perekhov

This article provides an overview of the current scientific literature on gender identity disorders in children and adolescents. The main approaches to understanding this phenomenon, as well as the problems of the modern

understanding of the phenomenon of sex-role disorders, are highlighted.

Key words: gender identity disorders, gender dysphoria, transsexualism, gender change.

Дьяченко Антон Васильевич – аспирант кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Ростовского государственного медицинского университета, врач-психиатр ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС»; email: avddoc@yandex.ru

Солдаткин Виктор Александрович – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Ростовского государственного медицинского университета; email: sva-rostov@mail.ru

Бухановская Ольга Александровна – кандидат медицинских наук, главный врач ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС», ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Ростовского государственного медицинского университета; email: olgabux@yandex.ru

Перехов Алексей Яковлевич – кандидат медицинских наук, психиатр-сексолог, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Ростовского государственного медицинского университета; email: perekhov_a@mail.ru

СТЕРЕОТИПИИ У ДЕТЕЙ

Л.Ж. Аттаева¹, И.В. Макаров^{2, 3}

¹ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А.Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»

²Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева

³Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Одним из симптомов, встречающимся у детей раннего возраста, являются стереотипии. Некоторые исследователи рассматривали их как эквивалент кататонического возбуждения [7], средство выражения аффекта, проявление несовершенства контроля за двигательной активностью или нарушение влечений [18]. В настоящее время стереотипии, в большинстве случаев, рассматриваются в качестве ранних предикторов расстройства аутистического спектра [56], либо как непосредственный симптом уже клинически сформировавшегося аутизма [57], а также как вероятный предвестник дальнейших расстройств шизофренического спектра [1, 10]. При этом фактом остается то, что стереотипии – это неспецифический симптом, который может проявляться у пациентов с различной психической патологией, в том числе без аутистической симптоматики [23].

В настоящее время существуют разные точки зрения о причинах возникновения, патогенезе, интерпретации клинических проявлений стереотипий. Подтверждением этому является различающаяся терминология: «стереотипии», «самоповреждение», «самостимуляция», «стигмы».

История изучения стереотипий уходит корнями в биологию, этологию, психиатрию, сравнительную психологию и раннюю генетику поведения. Стереотипные движения и самоагрессия детей с нарушениями в развитии описаны еще в середине XIX века Эдуардом Сегеном в его работах, посвященных детям с тяжелой умственной отсталостью [30]. Одно из ранних исследований, содержащее описание стереотипий, принадлежит британскому психиатру J.L.Down [52], который классифицировал поведенческие паттерны, характерные для психических больных разных этнических групп.

Опираясь на работы К.Кальбаума, В.А.Гиляровский [12] определял стереотипии, как повторение одних и тех же действий – как речевых, так и двигательных.

Систематические исследования стереотипного поведения детей с нарушениями в развитии начались примерно с конца 1970-х годов в рамках анализа мотивации вызывающего и проблемного поведения детей, не владеющих адекватными средствами общения, для которых эти ритмичные вычурные движения могли быть единственной доступной формой коммуникации. В последние годы, большинство исследований стереотипного поведения ведется преимущественно на материале детей с аутизмом, и представляет собой в основном статистические и демографические обобщения [55].

Однако стереотипии не являются специфическим симптомом и могут довольно часто проявляться у пациентов с различной психической патологией, в том числе без аутистической симптоматики. Так, стереотипии могут наблюдаться при органических психических расстройствах, шизофрении, аффективных и эмоциональных нарушениях, умственной отсталости, хромосомных и генетических заболеваниях, дистониях, непроизвольных движениях (моторных автоматизмах), моторных тиках, орофациальных дискинезиях (в т.ч. патологических мимических нервно-мышечных рефлексх), фокальных эпилептических пароксизмах, а также при различных вариантах сенсорной и социальной депривации [68].

Стереотипные двигательные расстройства, согласно МКБ-10, представляют собой произвольные, повторяющиеся, стереотипные, нефункциональные (часто ритмические) движения и считаются патологическими лишь в том случае, если они препятствуют повседневной адаптации и жизнедеятельности или приводят к физическим самоповреждениям [26].

С точки зрения поведенческого анализа стереотипия является оперантным поведением, которое поддерживается или усиливается последствиями,

возникающими в результате данного поведения. По мнению многих психологов и клиницистов [21, 22, 27], стереотипии развиваются в основном как аутостимуляции и носят гиперкомпенсаторный характер. Другие авторы [33] считают, что поведенческие стереотипии не содержат эмоционального содержания, а обусловлены исключительно дизнейроонтогенетическими явлениями.

Стереотипное поведение крайне многообразно по внешнему выражению. Например, стандартизированное Интервью для оценки стереотипного и самоповреждающего поведения (Stereotyped and Self-Injurious Movement Interview-SSIMI) включает вопросы о 32-х формах стереотипий [54].

По шкале Repetitive Behavior Scale (Revised, RBS-R) [67] стереотипии подразделяют на моторные стереотипии; компульсивное поведение; потребность в стереотипном однообразии; ритуальное поведение; стереотипно узкосфокусированное внимание; аутоагрессию.

Эпидемиология

Если упорядочить категории детей с нарушениями в развитии по убыванию распространенности стереотипного и самоповреждающего поведения, то получается следующий рейтинг [54]:

- 1) аутизм (98,2% со стереотипиями и 64,3% – с самоагрессией);
- 2) слепота (86% со стереотипиями и 52% – с самоагрессией);
- 3) умственная отсталость (79,3% со стереотипиями и 31% – с самоагрессией);
- 4) глухота/слабослышание с дополнительными нарушениями (69,7% со стереотипиями, 30% – с самоагрессией);
- 5) воспитание в доме ребенка в раннем и младенческом возрасте (60–67% детей со стереотипиями [47]).

Помимо этого, временные (преходящие), простые стереотипии могут возникать у психоневрологически и соматически здоровых детей [48]. Простые спонтанные стереотипии младенцев физиологически отражают активное созревание нервно-мышечных проводящих путей на фоне возрастной незрелости функций торможения и контроля коры головного мозга и представляют собой достаточно распространенные формы поведения, обычно наблюдаемые у детей младше двух лет [77]. Как минимум, 5% здоровых детей в возрасте от полутора до трех лет раскачиваются в кровати перед засыпанием. У маленьких детей простые стереотипии, как правило, проявляется в сосании пальцев, в старшем возрасте оно замещается раскачиванием тела, а в дошкольном возрасте преобладает кусание ногтей и постукивание пальцами или ногами. По мере возрастного развития стереотипии перестают быть изолированными движениями, интегрируясь в состав целостного целенаправленного поведения ребенка.

Этиопатогенез

На сегодняшний день, как в отечественной, так и в зарубежной литературе наблюдаются попытки этиологической гомогенизации гетерогенной симптоматики стереотипий у детей в контексте психиатрической, неврологической и соматической клиники. Данные о менделевских моделях наследования стереотипий в некоторых семьях крайне малочисленны [82]. Большинство «нейробиологических ключей» к пониманию этиопатогенеза стереотипий были обнаружены и достоверно подтверждены лишь на животных моделях [65, 73], где стереотипные формы поведения различной модальности индуцировались лекарствами, стимулирующими высвобождение дофамина (напр., амфетаминами) [46], ингибиторами обратного захвата дофамина (напр., кокаином) [62], а также прямыми агонистами рецепторов дофамина (напр., апоморфином) [65]. Уровень ГАМК в коре *gyrus cinguli* в некоторых исследованиях прямо коррелировал с тяжестью/частотой стереотипий [60].

У крыс Sprague-Dawley восстановление оптимальной холинергической передачи с помощью ингибиторов ацетилхолинэстеразы в *cortex prefrontalis* приводило к полному прекращению стереотипий [10], что, однако, не нашло отображение в исследованиях на детях [9, 11, 20].

Очевидно, что механизм возникновения определенных форм стереотипного поведения в значительной мере определяется дисфункцией или возрастной незрелостью определенных структур мозга. Стереотипии могут возникать впоследствии приобретенного поражения лобно-теменных и лобно-височных областей коры головного мозга. Пренатальные обстоятельства также могут predispose к формированию стереотипного психоневрологического фенотипа [68].

Предполагают, что патофизиологической основой комплексных стереотипных движений рук является возбуждение подкорковых ядер мозга [60]. Показательно, что недоношенные дети ввиду колоссальной распространенности у них перинатальных кровоизлияний в желудочки и подкорковые области (стриатум) – до 30–60% – представляют группу риска по развитию аутизма со стереотипным поведением [42]. Поведение 55,6% слепых детей с ретинопатией недоношенных в полной мере соответствует клинической картине аутизма. Стереотипные движения руками возникают у пациентов после кровоизлияний в область таламуса, подушки, лентикулярного ядра [66, 84]. Стереотипные движения головой описаны у детей с различными врожденными пороками развития мозга, а именно гидроцефалией, аномалиями мозжечка или ствола мозга. Механизм развития стереотипных движений головой связан с дефектами желудочковой системы мозга и аномальным возбуждением подкорковых или стволовых структур. При механическом давлении на глаза, раздражаются окончания зрительного нерва,

который подает сигналы в первичную зрительную кору, что может вызывать у слепого человека яркие световые ощущения (фосфены) даже при отсутствии света. Стереотипные манипуляции с объектами характерны и для детей с аутизмом, и для детей с тяжелой умственной отсталостью, и для здоровых детей, воспитывающихся в домах ребенка. Предполагают, что такого рода стереотипии могут быть связаны с аномальным функционированием некоторых отделов мозжечка — его VI и VII долей [72]. Сходное поведение наряду с другими чертами аутистического спектра можно наблюдать у слепых детей с генетически обусловленным амаврозом Лебера, при котором нарушению зрительной системы сопутствуют специфические аномалии мозжечка [76]. Также у детей с синдромом Дауна непропорциональное увеличение объема белого вещества мозжечка напрямую коррелирует с наличием у них стереотипий [48]. Поскольку рост мозжечка продолжается в течение первых двух лет жизни ребенка, то источником нарушения его функциональной несформированности могут служить не только генетические причины, но и неблагоприятные условия в раннем возрасте. Депривативные концепции демонстрировали достоверно большее количество разнообразных стереотипий у животных, выращенных изолированно от матери, чем у животных, выращенные рядом с биологической мамой.

В иных исследованиях говорится о том, что чрезмерная стимулирующая среда также может вызывать стереотипии, которые уменьшают беспокойство [36]. Гипотеза интенсивного мира [53] говорит о том, что некоторые дети с патологическими стереотипиями испытывают чрезмерную стимуляцию и демонстрируют повторяющееся поведение, чтобы уменьшить сильное возбуждение от поступающих сенсорных стимулов.

Некоторые исследователи рассматривали стереотипии как эквивалент кататонического возбуждения [7], средство выражения аффекта, проявление несовершенства контроля за двигательной активностью или нарушение влечений [18].

Стереотипии в рамках различных нозологических единиц

Аутичные дети могут отвечать на сенсорные стимулы либо чрезвычайно сильно, либо, наоборот слишком слабо. Вестибулярная стимуляция происходит за счет ударов, качаний или движений вверх и вниз. Некоторые дети производят шум (напр., щелчки, звуки, хрипы или бессмысленные слоги) в стереотипной манере при отсутствии намерений к общению. Их речь обычно построена в виде эхолалий, как немедленной, так и задержанной, или в виде стереотипных фраз вне контекста. В раннем возрасте наблюдается агрессивность, вспышки гнева, самоповреждающее поведение, включая удары головой, кусание, царапание, вырывание волос.

Стереотипии встречаются при детской шизофрении. Основными расстройствами у детей с шизоидной психопатией в возрасте 3–5 лет является малая привязанность к объектам реального мира, сдвиг пропорций чувствований, аутизм, негативизм, недостаточное пользование речью, эхолалии, раздражительность. В одиночку они играют в примитивные, однообразные игры, которые сводятся к переключению, пересыпанию, верчению, трясению. Они интересуются льющейся водой, дождем, снегом, сыпучими веществами. Постепенно круг их деятельности сужается, игры повторяются, становятся все более однообразными и приобретают характер стереотипий.

Для детей с умственной отсталостью характерны стереотипные интересы, привязанность к нефункциональным поступкам или ритуалам в виде длительного фиксирования внимания на малодинамичных явлениях, стремление нажимать на клавишу, включая и выключая освещение, потряхивание кистями рук, предметами, подпрыгивания и простые патологические привычные действия, взмахи и сгибание-разгибание рук в локтевых и плечевых суставах, удары туловищем или головой об твердые поверхности, кружение вокруг своей оси [38].

При атонической форме умственной отсталости характерными для пациентов являются повторяющиеся стереотипные простые движения или действия — крутят шнурок, рвут на полоски бумагу, открывают и закрывают кран и т.п. У некоторых из больных можно отметить склонность к повторению одних и тех же слов, гримасничанье.

Стереотипии встречаются при депрессивных состояниях у детей раннего возраста. Депрессии у детей раннего возраста имеют преимущественно не аффективное выражение, а «маскированное» или «телесное» [24, 31, 32, 35, 37, 71]. Анаклитическая депрессия или депрессия расставания возникает в возрасте 1,5–3 лет у детей при разлуке с семьей (помещение в ясли, детский сад, детский дом). У таких детей может замедлиться психическое развитие и анаклитическая депрессия может трансформироваться в параутистическое расстройство развития с характерными однообразными и ритмичными движениями раскачивания головой и всем телом (F88). Моторный компонент проявляется наличием двигательных стереотипий, замещающих непосредственное сенсорное взаимодействие, по типу патологически привычных действий в виде раскачивания телом, головой (яктация), сосания пальца и языка.

Стереотипии у детей надо дифференцировать с тиками. Тики — внезапные, быстрые, повторяющиеся, неритмичные моторные движения или вокализации. Наиболее часто проявляющиеся тики: гримасничанье, моргание веками, сморщивание носа, наклоны, подергивания или покачивания головой, смотрение по сторонам, вращение головой, потирания руками, перекручивание пальцев и сжимание

рук в кулак, пожимание плечами, дергание ногами, покачивание туловищем, странная походка, подпрыгивание, икота, зевание, принюхивание, продувание воздуха через ноздри, свистящий вздох, усиленное дыхание, отрыжка, сосательные или чмокающие звуки, прочищение горла.

Манерные движения в пальцах рук встречаются при синдроме ломкой X-хромосомы (X-ФРА) с аутистическим подобным синдромом. Иногда с начала 2 года жизни появляются манерные движения в пальцах рук, отдаленно напоминающие «ручные манеризмы в пальцах и кистях рук» у детей с синдромом Каннера, повороты вокруг собственной оси, потирания ладоней рук, потряхивания кистями рук. В речи отмечаются стереотипные повторы слов, раз.

Наиболее известной генетической болезнью, сопряженной со стереотипным поведением, является синдром Ретта с характерными «моющими» движениями рук, а также их облизыванием, постукиванием пальцами.

Около 91% детей с синдромом Леша-Нихана наносят себе повреждения, кусают свои губы и пальцы до такой степени, что для большинства из них единственным способом предотвратить травматизм остается только удаление зубов [74].

Характерные стереотипии в кистях рук выявляются при фенилкетонурии с аутистическим подобным синдромом.

Раскачивания, однообразное разглядывание кисти рук встречаются при туберозном склерозе. Дети раскачиваются, однообразно вертят или разглядывают кисти рук.

Классификация

В литературе приводятся различные классификации стереотипий. В.М.Башина, О.С.Никольская [7, 27] и другие российские авторы выделяют следующие стереотипии:

- зрительные (ребенок часто моргает, смотрит сквозь узкие расстояния между предметами, специально роняет различные предметы и следит за их падением, созерцает часами движение машин за окном или падение капель воды);

- двигательные (ребенок раскачивается в коляске, манеже, однообразно поворачивает голову, ритмично сгибает пальцы, упорно, с характером одержимости раскачивается на игрушечной лошадке-качалке, машет кистью, предплечьем, подпрыгивает);

- сенсорные: стереотипные зрительные ощущения, стереотипные звуковые ощущения, стереотипные обонятельные ощущения, тактильные, вкусовые, проприоцептивные;

- речевые эхолалии, склонность к повторению слов и фраз-цитат, стереотипные манипуляции со звуками, словами, фразами, стереотипному счету;

- поведенческие: ритуальность в соблюдении режима, выборе еды, одежды, маршрута прогулок, сюжета игры;

- влечение к ритму: скандирование стихотворений, выкладывание орнаментов из разнообразных рядов игрушек, мелких предметов, одержимость с листанием страниц книг, безудержное стремление к качелям;

- эмоционально-аффективные (выполняются повторяющиеся действия, которые вызывают аффект либо у самого ребенка, либо у других людей);

- звуковые: вокализации, скрип зубами, повторяющееся произнесение отдельных слов или фраз;

- тактильные (различные трения, царапанья кожи, мытье рук);

- вкусовые (стереотипное облизывание предметов, покусывание их);

- вестибулярные (раскачивание тела или головы);

- обонятельные постоянное обнюхивание ребенком себя, игрушек, предметов и людей;

- самоагрессия (щипание, заломы пальцев, укусы, удары об пол, стену).

Основываясь исключительно на форме реакции, G.Berkson [44] разделил стереотипии на две большие категории: повторяющиеся движения, например, движения корпуса вперед-назад, и неповторяющиеся движения, например, застывание в определенной позе. Затем G.Berkson [45] предложил классифицировать стереотипное поведение по следующим критериям: (а) поведение является произвольным, (b) поведение недостаточно вариабельно, (с) поведение наблюдается на протяжении длительного периода времени (по крайней мере, нескольких месяцев), (d) поведение не меняется при воздействии факторов окружающей среды и (е) не соответствует возрастным нормам развития.

Среди всех форм стереотипного поведения можно выделить как типичные, так и редкие. Кроме того, стереотипии различаются по сложности вовлекаемых в них психических процессов. Так называемые «высокоуровневые» («highorder») стереотипии представлены относительно сложно организованными формами поведения (напр., однообразным рисованием одних и тех же объектов, навязчивым повторением одних и тех же фраз, настойчивым раскладыванием предметов в ровные ряды и т.д. «Низкоуровневые» («loworder») стереотипии сводятся к простой сенсомоторной самостимуляции и, как правило, с возрастом исчезают или смягчаются. Выделяют три основных типа «низкоуровневых» форм стереотипного поведения: простые (common) стереотипии, комплексные (complex) стереотипии и стереотипные движения головой. Комплексные стереотипии, чаще всего проявляется в виде необычных движений рук: потряхивание руками, придание им необычного положения, взмахи, сжимание и разжимание кулаков, сгибание и разгибание запястий. Это может сопровождаться раскачиванием, открыванием рта, потряхиванием или постукиванием ног, гримасами, произвольными вокализациями — но движения рук обычно преобладают [60, 65].

Стереотипные движения головой представляют собой ритмичные движения головой вверх-вниз (как жест «да»), из стороны в сторону (как жест «нет»), реже – движения от плеча к плечу. Обычно они производятся с частотой 1–2 раза в секунду и могут сопровождаться боковым поворотом глаз или сопутствующими движениями рук или ног.

Помимо этих трех основных категорий «низкоуровневых» стереотипий, выделяемых в литературе, хотелось бы еще отметить давление на глаза и однообразные манипуляции с объектами, такие как верчение предметов в руках, потряхивание ими, царапание поверхностей предметов, облизывание, постукивание предметом по зубам [55].

Диагностика

Для установки окончательного диагноза детям со стереотипиями, помимо клинической психопатологической оценки, рекомендуется использовать различные психологические инструменты, а также ряд лабораторных и инструментальных методов исследования по показаниям. Необходимо провести генетическое и хромосомное исследование, КТ и МРТ головного мозга, исследовать слуховые вызванные потенциалы ствола, провести офтальмологическое и отоларингологическое исследование, исследование крови на фенилаланин, виноградную кислоту, титр герпеса. В суточной моче анализируются результаты метаболического скрининга, в том числе на мукополисахаридоз, оценивается содержание мочевой кислоты, кальция.

Лечение

Корректная и своевременная идентификация стереотипий в контексте психиатрической нозологической принадлежности, казалось бы, должна в дальнейшем стать основой для рациональной терапии [62], однако на сегодняшний день нет никаких убедительных

данных о рациональности и эффективности того или иного вида фармакологической терапии стереотипий у детей [57, 75].

Выводы

История изучения стереотипий у детей насчитывает более 150 лет. За это время были описаны основные виды стереотипий, определен ряд заболеваний, для которых характерно стереотипное расстройство. Продолжаются дискуссии по вопросам этиологии и патогенеза. Существуют различные концепции этиопатогенеза стереотипий, множество их классификаций и описаний клиники при разнообразных патологических состояниях у детей. Стереотипии у детей могут свидетельствовать о преходящих психоневрологических процессах в контексте нормального развития ребенка. В поле зрения психиатрии стереотипии входят тогда, когда речь идет уже о функциональном их проявлении – клинической объективизации дизнейроонтогенеза. Анализ данных литературы позволяет рассматривать стереотипии, как малоспецифичный симптом, выявление которого у детей раннего возраста позволит отнести их к группе высокого риска и/или раннего дебюта заболевания. Это, в свою очередь, позволит своевременно начать лечебные и медицинские коррекционные мероприятия, улучшая прогноз ребенка. В условиях, когда фармакологическая терапия стереотипий в рамках детской психиатрии на сегодняшний день не имеет достаточной доказательной базы, необходимо начинать устранение стереотипий методами когнитивно-поведенческой терапии с того возраста, когда это может стать впервые возможным.

Полагаем также, что под стереотипиями следует понимать неспецифические, устойчиво повторяющиеся нефункциональные действия, слова или фразы, которые могут быть как простыми, так и сложными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкая Ж.В. Ранний детский аутизм-проблемы и трудности первичной диагностики при междисциплинарном взаимодействии // Медицинский альманах. 2016. № 2 (42). С. 112–115.
2. Баранов А.А. Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях: проблемы, пути решения // Российский педиатр. журн. 1998. № 1. С. 5–8.
3. Башина В.М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999. 240 с.
4. Башина В.М. Подходы к систематике детского аутизма (1943–2007) // Психиатрия. 2007. № 5. С. 7–13.
5. Башина В.М. Современное состояние проблемы аутизма в детском возрасте // Психиатрия. 2003. № 3. С. 7–11.
6. Башина В.М., Тиганов А.С. Современные подходы к пониманию аутизма в детстве // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2005. № 8. С. 4–13.
7. Башина В.М. О синдроме раннего детского аутизма Каннера // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1974. Т. 74. № 10. С. 1538–1542.
8. Боулби Д. Создание и разрушение эмоциональных связей. М.: Академический проект. 2004. 232 с.
9. Волгина Т.Л., Щедрина О.В. Ошибки диагностики и лечения в детской психиатрии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. № 2. С. 47–48.
10. Волчегорский И.А., Мирошник И.Ю., Рассохина Л.М. и соавт. Влияние производных 3-оксипиридина и янтарной кислоты на стереотипии и каталепсию у мышей // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. 2017. Т. 103. № 4. С. 406–416.
11. Воронков Б.В. Психиатрия детей и подростков. СПб.: Наука и Техника, 2017. 288 с.
12. Гиляровский В.А. Психиатрия: руководство для врачей и студентов. М.-Л.: Биомедгиз, 1938. 773 с.
13. Голубева Н.И. Депрессивные расстройства в младенческом и раннем детском возрасте: Автореф. Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2010. 26 с.
14. Гуревич М.О., Озерский Н.И. Психомоторика. М.- Л.: Гос. мед. изд-во, 1930. 330 с.
15. Иовчук Н.М., Северный А.А. Депрессии у детей и подростков. М.: Школа-Пресс, 1999. 405 с.
16. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста. – СПб: СпецЛит, 2007. 463 с.
17. Ким Л.В. Кросс-культуральное исследование депрессии среди подростков – этнических корейцев – жителей Узбекистана и Республики Корея: Автореф. Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1997. 24 с.
18. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1979. 608 с.
19. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста

- (клиника, эпидемиология и вопросы реабилитации): Автореф. Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1995. 48 с.
20. Котляров В.Л., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. и соавт. Двигательные стереотипии в структуре психотических и непсихотических расстройств аутистического спектра // Психическое здоровье. 2016. Т. 14. № 2. С. 69–78.
 21. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. Начальные проявления. М.: Просвещение, 1991. 96 с.
 22. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р. и соавт. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990. 197 с.
 23. Макаров И.В., Автениук А.С. Диагностика детского аутизма: ошибки и трудности // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28. № 3. С. 74–81.
 24. Мамцева В.Н. Один из вариантов маскированной депрессии с гипертермией при шизофрении у детей // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1988. № 8. С. 57–60.
 25. Микиргумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. СПб.: Питер, 2001. 256 с.
 26. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю.Л.Нуллера, С.Ю.Циркина. СПб.: Оверлайд, 1994. 303 с.
 27. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: Тервинф, 1997. 341 с.
 28. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. Л.: Медицина, 1988. 329 с.
 29. Олейчик И.В. Клинический патоморфоз юношеских депрессий, обусловленный влиянием современных социальных преобразований // II-й национальный конгресс по социальной психиатрии с международным участием «Социальные преобразования и психическое здоровье». М., 2006. С. 151–152.
 30. Сеген Э. Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно-ненормальных детей. СПб.: М.Л. Лихтенштадт, 1903. 319 с.
 31. Симсон Т.П. Невропатии, психопатии и реактивные состояния младенческого возраста. М.-Л.: Госуд. мед. изд., 1929. 256 с.
 32. Симсон Т.П. Реактивные состояния у детей // Педиатрия. 1946. Вып. 6. С. 35–45.
 33. Скворцов И.А., Башина В.М., Нефедова И.В. Дизнейроонтогенетические аспекты клиники и автогенеза аутистических синдромов у детей // Исцеление. 2000. Вып. 4. С. 46–51.
 34. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медгиз, 1955. Т. 1. 459 с.
 35. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медгиз, 1959. Т. 2. 406 с.
 36. Тезикова Е.А. Разнообразие стереотипий у детей с расстройствами аутистического спектра // Специальная педагогика и психология: традиции и инновации. 2019. С. 108–113.
 37. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Медицина, 1978. 400 с.
 38. Хайретдинов О.З. Клинико-этиологическая дифференциация аутистических расстройств в детском возрасте: Дисс. ... канд. мед. наук. СПб, 2015. 154 с.
 39. Шевченко Ю.С. Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов. М.: Мед. информ. агентство, 2011. 928 с.
 40. Adewuya A.O. Factors associated with depressive symptoms in Nigerian adolescents // J. Child Abuse Negl. 2006. N1. P. 15.
 41. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 992 p.
 42. Arpino C., D'argenzio L., Ticconi C. et al. Brain damage in preterm infants: etiological pathways // Annali dell'Istituto Superiore di Sanita. 2005. Vol. 41. Iss. 2. P. 229–237.
 43. Bellak L. Dementia praecox. New York: Grune et Stratton, 1948. 456 p.
 44. Berkson G. Abnormal stereotyped motor acts // Comparative Psychology. 1967. P. 76–94.
 45. Berkson G. Repetitive stereotyped behaviors // Am. J. Mental Deficiency. 1983. Vol. 88. P. 239–246.
 46. Bloch M.H., Sukhodolsky D.G., Leckman J.F. et al. Fine-motor skill deficits in childhood predict adulthood tic severity and global psychosocial functioning in Tourette's syndrome // J. Child Psychol. Psychiatr. Allied Disciplines. 2006. Vol. 47(6). P. 551–559.
 47. Bos K.J., Fox N.A., Nelson C.A. Stereotypes in Children With a History of Early Institutional Care // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2010. Vol. 164. Iss. 5. P. 406–411.
 48. Buse J., August J., Bock N. Fine motor skills and interhemispheric transfer in treatment-naive male children with Tourette syndrome // Developmental Med. Child Neurol. 2012. Vol. 54(7). P. 629–635.
 49. Carter J.C., Capone G.T., Kaufmann W.E. Neuroanatomic correlates of autism and stereotypy in children with Down syndrome // Neuroreport. 2008. Vol. 19. P. 653–656.
 50. Cornish K., Pigram J. Developmental and behavioural characteristics of Cri du Chat syndrome // Arch. Dis. Childhood. 1996. Vol. 75. N 5. P. 448–450.
 51. Didden R., Korzilius H., Curfs L.M. Skin-Picking in Individuals with Prader-Willi Syndrome: Prevalence, Functional Assessment, and its Comorbidity with Compulsive and Self-Injurious Behaviours // J. Applied Res. Intellectual Disabil. 2007. Vol. 20. N 5. P. 409–419.
 52. Down J.L. On some of the mental affections of childhood and youth. J.A. Churchill, 1887.
 53. Evans D.W., Gray F.L., Leckman J.F. The rituals, fears and phobias of young children: Insights from development, psychopathology and neurobiology // Child Psychiatr. Hum. Development. 1999. N 29(4). P. 261–276.
 54. Gal E., Dyck M.J. Stereotyped Movements Among Children Who Are Visually Impaired // J. Visual Impairment Blindness. 2009. Vol. 103. N 11. P. 754–765.
 55. Gal E., Dyck M.J., Passmore A. Relationships between stereotyped movements and sensory processing disorders in children with and without developmental on sensory disorders // Am. J. Occupational Therapy. 2010. Vol. 64. N 3. P. 453–461.
 56. Ghosh D., Rajan P.V., Erenber G. A comparative study of primary and secondary stereotypies // J. Child Neurol. 2013. Vol. 28(12). P. 1562–1568.
 57. Gras D. Mouvements anormaux de l'enfant (Movement disorders in children) // Rev Prat. 2020. N 70(6). P. 647–652.
 58. Green D. Impairment in movement skills of children with autistic spectrum disorders // Developmental Med. Child Neurol. 2009. N 51. P. 311–316.
 59. Hagberg B., Aicordi J., Dias K. A progressive syndrome of autism, dementia, ataxia and loss of purposeful hand use in girls: Rett's syndrome // Ann. Neurol. 1983. N 14. P. 471–479.
 60. Harris K.M., Mahone E.M., Singer H.S. Nonautistic motor stereotypies: Clinical features and longitudinal follow-up // Pediatr. Neurol. 2008. Vol. 38. N 4. P. 267–272.
 61. Hessel D., Tassone F., Cordeiro L. et al. Brief report: aggression and stereotypic behavior in males with fragile X syndrome – moderating secondary genes in a «single gene» disorder // J. Autism Developmental Dis. 2008. Vol. 38. N 1. P. 184–189.
 62. Kanner L. Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943 // Autism Child Schizophr. 1971. Vol. 1. 119 p.
 63. Lewis M., Kim S.-J. The pathophysiology of restricted repetitive behavior // J. Neurodevelopmental Dis. 2009. Vol. 1(2). P. 114–132.
 64. McCauley E., Wilson W.G., Roos A.M. Dynamics of age- and spatially-structured predator-prey interactions: individual-based models and population level formulations // Am. Nat. 1993. Vol. 142. P. 412–442.
 65. Mahone E.M. Neuropsychological function in children with primary complex motor stereotypies // Developmental Med. Child Neurol. 2014. Vol. 56(10). P. 1001–1008.
 66. Maraganore D.M., Lees A.J., Marsden C.D. Complex stereotypies after right putaminal infarction // Movement Dis. 1991. Vol. 6. N 4. P. 358–361.
 67. Miller J., Singer H., Bridges D. et al. Behavioral therapy for treatment of stereotypic movements in nonautistic children // J. Child Neurol. 2006. Vol. 21. P. 119–125.
 68. Morgan L., Wetherby A.M., Barber A. Repetitive and stereotyped movements in children with autism spectrum disorders late in the second year of life // J. Child Psychol. Psychiatr. 2008. Vol. 49(8). P. 826–837.
 69. Moss J., Oliver C., Arron K. et al. The prevalence and phenomenology of repetitive behavior in genetic syndromes // J. Autism Developmental Dis. 2009. Vol. 39. N 4. P. 572–588.
 70. Mount R.H., Charman T., Hastings R.P. The Rett Syndrome Behaviour Questionnaire (RSBQ): refining the behavioural phenotype of Rett syndrome // J. Child Psychol. Psychiatry. 2002. Vol. 43(8). P. 1099–1110.
 71. Nissen G. Masked depression in children // Acta Paedo-Psychiatrica. 1975. Vol. 41. N 6. P. 235–242.
 72. Pierce K., Courchesne E. Evidence for a cerebellar role in reduced exploration and stereotyped behavior in autism // Biol. Psychiatry. 2001. Vol. 49. N 8. P. 655–664.
 73. Rinehart N. Motor stereotypies in children with autism and other developmental disorders // Developmental Med. Child Neurol. 2009. Vol. 51(1). P. 2–3.
 74. Robey K.L., Reck J.F., Giacomini K.D. et al. Modes and patterns of self-mutilation in persons with Lesch-Nyhan disease // Developmental Med. Child Neurol. 2003. Vol. 45. N 3. P. 167–171.
 75. Robinson S., Woods M., Cardona F. et al. Intense imagery movements: A common and distinct paediatric subgroup of motor stereotypies // Developmental Med. Child Neurol. 2014. Vol. 56(12). P. 1212–1218.

76. Rogers J.S., Newhart-Larson S. Characteristics of infantile autism in five children with Leber's Congenital Amaurosis // *Developmental Med. Child Neurol.* 1989. Vol. 31. N 5. P. 598–608.
77. Sallustro F., Atwell C.W. Body rocking, head banging, and head rolling in normal children // *J. Pediatrics.* 1978. Vol. 93. N 4. P. 704–708.
78. Schwartz S.S., Gallagher R.J., Berkson G. Normal repetitive and abnormal stereotyped behavior of nonretarded infants and young mentally retarded children // *Am. J. Mental Deficiency.* 1986. Vol. 90. P. 625–630.
79. Smith E.A., Van Houten R. A comparison of the characteristics of self-stimulatory behavior in «normal» children and children with developmental delays // *Developmental Disabilities.* 1996. Vol. 17. P. 253–268.
80. Summers J.A., Allison D.B., Lynch P.S. et al. Behaviour problems in Angelman syndrome // *J. Intellectual Disability Res.* 1995. Vol. 39. N 2. P. 97–106.
81. Temudo T., Oliveira P., Santos M. et al. Stereotypies in Rett syndrome Analysis of 83 patients with and without detected MECP2 mutations // *Neurology.* 2007. Vol. 68. N 15. P. 1183–1187.
82. Turner C.A., Lewis M.H., King M.A. Environmental enrichment: effects on stereotyped behavior and dendritic morphology // *Dev. Psychobiol.* 2003. Vol. 4. P. 20–27.
83. Woods D.W., Miltenberger R.G. A review of habit reversal with childhood habit disorders // *Education Treatment Children.* 1996. Vol. 19. P. 197–214.
84. Yasuda Y., Akiguchi I., Ino M. et al. Paramedian thalamic and midbrain infarcts associated with palilalia // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 1990. Vol. 53. N 9. P. 797–799.

СТЕРЕОТИПИИ У ДЕТЕЙ

Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров

В аналитическом обзоре литературы рассматриваются различные варианты стереотипий у детей. Авторы уделяют внимание истории исследования стереотипий, эпидемиологии, этиологии и патогенезу, классификации, клинике, лечению и методам исследования различных психических расстройств, в рамках которых встречаются подобные состояния. Изучение данных литературы позволило объединить опыт множества исследований, отражающих работу над проблемой стереотипий у детей с середины XIX века до настоящего времени. Так, стереотипии, являясь мало патогномичным симптомом, рассматри-

ваются как предикторы психических нарушений или как составляющие различных нозологических форм. Встречаются физиологические либо индуцированные состояния в детском возрасте, которые также могут сопровождаться стереотипиями. Дифференциальная диагностика стереотипий в рамках различных состояний облегчает путь к диагнозу необходимого уровня достоверности для определения дальнейшей тактики лечения, а также путей и средств коррекционной работы.

Ключевые слова: стереотипии, самостимуляция, самоповреждения, дети.

STEREOTYPICS IN CHILDREN

L.Zh. Attaeva, I.V. Makarov

The analytical literature review examines various types of stereotypes in children. The authors pay attention to the history of the stereotypy study, epidemiology, etiology and pathogenesis, classification, symptoms, treatment and research methods of various mental disorders, within which these symptoms occur. The study of literature data allowed us to combine the experience of many studies on the problem of stereotypes in children from the middle of the 19th century to the present. So, stereotypes, being a little pathognomonic

symptom, are considered as predictors of mental disorders or as parts of various disease entities. There are physiological or induced states in childhood, which can also be accompanied by stereotypes. Differential diagnosis of stereotypes within the framework of various diseases facilitates the path to the diagnosis of the required level of reliability to determine further treatment tactics, as well as ways and means of intervention programmes.

Key words: stereotypes, self-stimulation, self-harm, children.

Аттаева Лейла Жамаловна – кандидат медицинских наук, подростковый врач-психиатр ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева» Департамента Здравоохранения г.Москвы; email: staff1@staffmsk6.ru

Макаров Игорь Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения детской психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист психиатр Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе, председатель секции детской психиатрии Российского общества психиатров; email: ppsy@list.ru

ПСИХОТЕРАПИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО КРИЗИСНОГО СОСТОЯНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ: АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ И МЕТОДОВ

Г.С. Банников^{1,2}, О.В. Вихристюк², Л.А. Гаязова²

¹*Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

²*ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»*

Суицидальное поведение несовершеннолетних является серьезной медико-социальной проблемой во всем мире. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) смертность вследствие суицида составляет примерно 800 тысяч человек ежегодно. При этом в возрастной группе подростков 15–19 лет суицид стоит на третьем месте среди ведущих причин смерти [10]. На сегодняшний день Россия является активным участником программы ВОЗ по предотвращению самоубийств, пилотные проекты по ее внедрению уже осуществляются в российских регионах. Специальное внимание уделяется профилактике подростковых суицидов [3, 11, 13–15, 20]. Тем не менее, ситуация пока остается тревожной: в 2019 году наша страна заняла третье место в мире по числу самоубийств, а количество завершенных суицидальных попыток среди несовершеннолетних граждан России в период с 2017 по 2018 год увеличилось почти на 14%, достигнув в 2018 году 788 случаев [7].

В специальной литературе отмечается, что несовершеннолетние, в особенности старшие подростки 15–18-летнего возраста, относятся к группе особого риска по возникновению суицидальных намерений и суицидальной активности [2, 8, 13, 18, 20, 29, 33, 34]. Данная ситуация обуславливает необходимость проведения дальнейшей исследовательской работы, направленной как на выявление предикторов суицидального поведения, разработку профилактических программ, так и на создание и эмпирическую валидизацию терапевтических интервенций, адресованных подросткам в состоянии суицидального кризиса.

На сегодняшний день основная часть эмпирических исследований по проблематике суицидального поведения несовершеннолетних посвящена выявлению факторов, которые лежат в его основе [5–6, 9, 13, 15, 20, 21, 30, 34, 35].

Зарубежные ученые выделяют в качестве ключевых социально-средовые, личностные, клинические и биологические факторы. Среди социально-средовых детерминант суицидального поведения в первую очередь называют физическое и/или сексуальное насилие, которому подросток подвергался в детстве [15, 20, 21, 30, 34], буллинг со стороны сверстников [15, 20], академический стресс, вызванный высокими требованиями и высокой конкуренцией в школьной среде [20, 21].

К личностным факторам риска подросткового суицида относят импульсивность, перфекционизм, хроническую безнадежность, социальную тревожность, дефицитарность стратегий совладающего поведения [21, 34, 35].

В отношении влияния психических расстройств на возникновение суицидальных паттернов зарубежными авторами приводятся данные, согласно которым 80–90% подростков, пытавшихся покончить жизнь самоубийством или умерших в результате самоубийства, имели психическое расстройство в анамнезе [20]. Чаще всего суицидальные попытки фиксируются при расстройствах настроения, расстройствах тревожного спектра, расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также при нарушениях сна [20, 34].

Новым направлением исследований за рубежом является изучение связи нейрофизиологических особенностей подростков с различными аспектами суицидальности. Выявлено, что недостаточная или чрезмерная активация в развивающемся мозге подростка таких нейронных сетей, как сеть пассивного режима работы мозга (СПРМ), центральная исполнительная сеть (ЦИС) и сеть выявления значимости (СВЗ) может обуславливать нарушения эмоциональной регуляции и процесса принятия решений, особенно в условиях неопределенности и стресса. Предполагается, что вследствие этих нарушений

подросток будет испытывать затруднения в реалистичной оценке стрессовой ситуации и в адаптации к ней, воспринимая суицид в качестве допустимого сценария преодоления проблемы [15, 20].

В исследованиях российских ученых выявлен целый комплекс личностных, семейных, интерперсональных и социальных факторов, повышающих вероятность суицидального поведения несовершеннолетних. Среди личностных факторов с наиболее высоким рискогенным потенциалом выделяются высокий уровень социальной тревожности, перфекционизм [13], черты пограничного и нарциссического типов личности [4], акцентуации циклоидного, меланхолического и неврастенического типа [6], дезадаптивные копинг-стратегии «избегание-бегство» и «вентилирование эмоций» [3, 13], сниженный эмоциональный интеллект, дефицитность когнитивных стратегий регуляции эмоций, преобладание дисфункциональных эмоциональных схем [9].

В группу семейных факторов, детерминирующих суицидальное поведение несовершеннолетних, включают насилие и жестокое обращение с ребенком в семье, дисфункциональность родителей (прежде всего, непредоставление адекватной родительской заботы) и родительский перфекционизм, выражающийся в трансляции ребенку установки о недопустимости промаха и ошибки [13].

Интерперсональные факторы суицидального риска в данной возрастной группе представлены различными формами школьной дезадаптации, дефицитностью социальных связей, травлей со стороны сверстников (буллинг) [5, 13].

К социальным факторам риска суицида в детском и подростковом возрасте отечественные исследователи относят воспитание в условиях интернатного учреждения, высокий уровень употребления алкоголя и наркотиков среди российских подростков, а также посещение несовершеннолетними интернет-ресурсов, пропагандирующих различные формы самоповреждений [13].

Достаточное внимание в работах российских авторов уделяется и клиническим факторам суицидального поведения несовершеннолетних. Прежде всего, к ним относят расстройства аффективного спектра, предполагающие сочетание различных вариантов тревожной и депрессивной симптоматики [8, 13].

В отличие от детерминант суицидального поведения несовершеннолетних вопросы психотерапии детей и подростков, оказавшихся на грани суицида или совершивших попытку суицида, мало отражены в научных источниках. Более того, мы не обнаружили ни одной отечественной публикации, в которой были бы освещены результаты разработки или адаптации какой-либо терапевтической интервенции, предназначенной для несовершеннолетних в состоянии суицидального кризиса. В связи с этим представляется необходимым изучить зарубежный опыт

применения различных терапевтических стратегий в системе медицинской помощи подросткам, совершившим суицидальную попытку и/или демонстрирующим суицидальные намерения.

Таким образом, **целью** настоящего исследования стала идентификация лучших психотерапевтических практик, предназначенных для пациентов детского и подросткового возраста в состоянии суицидального кризиса, и определение основных условий эффективности антисуицидальной терапии несовершеннолетних.

Материалы и методы

Мы провели поиск отечественных и зарубежных научных источников в поисковых системах eLibrary (рассматривались только рецензируемые научные издания), Pubmed, Medline по ключевым словам «суицид, несовершеннолетние», «суицид, подростки», «суицид, психотерапия» («suicide, children», «suicide, adolescents», «suicide, teens», «intervention, suicide»). Глубина научного поиска – 10 лет, с 2010 по 2020 годы. Из полученного списка работ – 211 публикаций – были отобраны статьи, содержащие данные об экспериментальной проверке рассматриваемых в них терапевтических интервенций. При этом предпочтение отдавалось публикациям, содержащим результаты рандомизированных контролируемых исследований (РКИ). Мы также включили в итоговый перечень статей ряд отечественных и зарубежных статей, раскрывающих содержательные характеристики суицидального поведения несовершеннолетних и/или сущность тех или иных психотерапевтических методов, техник, технологий, применяемых в ситуации суицидального кризиса. После систематизации отобранных публикаций и удаления статей, дублирующих данные одних и тех же исследований, список источников был окончательно откорректирован и составил 34 статьи, которые далее были подробно проанализированы в соответствии с целями нашего теоретического исследования.

В работе использовались методы теоретического анализа: аналитическое сравнение, систематизация и обобщение научно-исследовательских и научно-методических отечественных и зарубежных публикаций по проблеме эффективности психотерапии несовершеннолетних, переживающих состояние суицидального кризиса.

Результаты и их обсуждение

Понятие «суицидальный кризис» впервые было сформулировано представителями когнитивного подхода в психотерапии и определяется как аффективное состояние, характеризующееся наличием явных, остро переживаемых суицидальных намерений, реализуемых в попытке суицида [35]. Данная позиция в понимании суицидального кризиса разделяется и отечественными учеными [1, 2, 12].

Проведенный анализ литературных источников показал, что доминирующий в настоящее время взгляд на терапию суицидального кризиса предполагает постепенный отказ от традиционной модели медицинской помощи в пользу личностно-ориентированных психотерапевтических подходов [2, 12, 20, 26, 35].

Швейцарский исследователь К. Michel [26] отмечает, с его точки зрения, принципиальную ошибку традиционной модели: рассмотрение факторов риска (а это, прежде всего, психические расстройства, подтвержденные психиатрическим диагнозом) в качестве причин суицида. В рамках данной модели «суицидальный человек – это пассивное существо, ведомое психиатрическим расстройством, а не человек с индивидуальной биографией, собственным внутренним миром, эмоциональной жизнью, жизненными целями и уязвимыми местами». Между тем, факторы риска суицида не идентичны его причинам. Они повышают вероятность суицидальной активности, но, как правило, не являются ее триггерами, подчеркивает ученый. В связи с этим, он предлагает отдавать предпочтение стратегии лечения, в основе которой будет лежать целенаправленное изучение специфического нарратива пациента, определение места суицидального поступка в биографическом контексте с последующим выявлением субъективных оснований для продолжения жизни.

Именно умело выстроенный, основанный на эмпатии раппорт и является, с точки зрения К. Michel, главной особенностью психотерапевтических практик, показавших свою эффективность в качестве средств помощи пациентам в состоянии суицидального кризиса. К таким практикам он относит когнитивно-бихевиоральную терапию (Cognitive behavioral therapy – CBT), диалектическую бихевиоральную терапию (Dialectical behavior therapy – DBT), терапию, основанную на ментализации (Mentalization-Based Treatment – MBT) и краткую программу интервенции после попытки суицида – (Attempted Suicide Short Intervention Program – ASSIP) [26].

Действительно, терапевтические интервенции, отмеченные К. Michel, имеют на сегодняшний день статус доказательных практик, эффективных в лечении пациентов с суицидальным поведением [12, 18, 25]. Однако их валидизация проведена на выборках пациентов взрослого возраста, как правило, старше 18 лет, что не дает основания «автоматически» считать перечисленные методы адекватными для применения в терапии несовершеннолетних.

Зарубежные исследователи обращают внимание на то, что до сих пор существует дефицит РКИ, проведенных с привлечением репрезентативных выборок детей и подростков с суицидальным поведением [34, 36]. Тем не менее, определенные результаты уже получены и представлены как в публикациях материалов оригинальных исследований [16, 17, 24,

23, 31], так и в нескольких систематических обзорах и мета-анализах [20, 29, 34, 36].

G.S. Diamond и соавт. [16] сообщают о результативности применения в лечении подростков с суицидальным поведением модели семейной терапии, основанной на теории привязанности (Attachment-based family therapy – ABFT). В рандомизированном контролируемом исследовании авторы доказали, что ABFT снижает как интенсивность мыслей о самоубийстве, так и частоту проявления самоповреждающих, в том числе суицидальных, поведенческих паттернов, за счет улучшения семейных отношений, особенно отношений привязанности в диаде родитель–ребенок. При этом нарушения привязанности рассматриваются как источник суицидальности подростка, а восстановление привязанности достигается путем сочетания еженедельных терапевтических сессий в трех разных форматах: индивидуальная терапия с подростком, семейная терапия, консультирование родителей. Длительность такого курса ABFT составляет три месяца [16].

C. Esposito-Smythers и соавт. [17] разработали модель интегрированной когнитивно-бихевиоральной терапии (Integrated cognitive-behavioral therapy – I-CBT) и адаптировали ее для применения с подростками в состоянии суицидального кризиса. Данная интервенция предполагает комплексную проработку дисфункциональных способов мышления, эмоционального реагирования и поведения и включает сессии индивидуальной и семейной терапии, а также родительский тренинг. Полный курс лечения составляет 12 месяцев: первые 6 месяцев сессии проводятся еженедельно, следующие 3 месяца – один раз в две недели, а далее следует 3-х месячный период поддерживающего лечения с одной очной сессией в месяц. Экспериментальное исследование, проведенное на выборке из 40 подростков, в анамнезе которых были попытки суицида и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, показало, что подростки, прошедшие курс I-CBT, в отличие от их сверстников из контрольной группы, получавших стандартное лечение, на протяжении длительного времени после завершения терапии (18 мес.) значительно реже совершали новые попытки самоубийства.

Ограничением приведенного исследования является специфика выборки: все подростки имели диагноз расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ. Таким образом, положительный эффект I-CBT может не распространяться на несовершеннолетних с суицидальным поведением, не имеющих указанного сопутствующего диагноза [17].

Следующим методом, демонстрирующим эффективность в терапии подростков, переживающих суицидальный кризис, является диалектическая бихевиоральная терапия, специализированная версия которой, адаптированная к особенностям подростко-

вого возраста (DBT-A), была разработана в 1997 году [27]. Метод сфокусирован на проработке дезадаптивных паттернов, связанных с импульс-контролем и межличностными взаимодействиями. Полный курс DBT-A включает индивидуальную психотерапию с подростком с привлечением родителей на отдельные сессии, групповой тренинг навыков для подростков, родительский тренинг, а также терапевтическую поддержку по телефону (в случае необходимости). Оценке эффективности данной интервенции посвящено несколько экспериментальных исследований [23, 24, 32]. В целом, в США и ряде европейских стран на сегодняшний день DBT-A получила статус доказательной практики в терапии суицидальных подростков, при этом снижение суицидальности было обнаружено в двух или более независимых РКИ [23].

Единственным на сегодняшний день мета-анализом, посвященным непосредственно исследованию эффективности терапевтических интервенций в лечении подростков с суицидальным поведением, является работа D.Ougrin и соавт. [29]. Приведенные в ней результаты позволяют определить перечень наиболее состоятельных психотерапевтических практик, адекватных проблематике суицидального кризиса у несовершеннолетних. Авторами было проанализировано девятнадцать РКИ с участием 2 176 подростков в возрасте до 18 лет. Предметом мета-анализа выступали психотерапевтические и психосоциальные интервенции, фармакологические схемы лечения не рассматривались. В целом, был изучен широкий спектр терапевтических методов различной теоретической принадлежности. В исследование были включены методы индивидуальной и групповой терапии, адаптированные непосредственно к проблематике подросткового возраста; интервенции, ориентированные на работу с семьей; различные технологии психологической и психосоциальной поддержки (группы встреч, тренинги навыков, родительские тренинги и т.п.).

В результатах мета-анализа мы находим подтверждение эффективности интервенций, о которых уже говорилось выше: это диалектическая поведенческая терапия (DBT) и когнитивно-поведенческая терапия (CBT). Наряду с ними авторы называют в качестве доказательной практики еще один метод – терапию, основанную на ментализации (MBT). Однако в отношении последнего метода необходимо отметить, что его эффективность оценивалась на выборках подростков с диагнозом пограничного расстройства личности, у которых не было выявлено суицидальных намерений, а отмечались паттерны несуицидального самоповреждающего поведения [29]. Таким образом, мы не можем рассматривать данный результат как имеющий непосредственное отношение к целям нашего обзора.

За пять лет, прошедших с момента публикации мета-анализа D.Ougrin и соавт. [29], появились

новые исследования, отражающие результаты научного поиска в области эффективных стратегий терапии суицидального кризиса у несовершеннолетних. Прежде всего, заслуживает внимания метод комплексной оценки и управления суицидальностью (Collaborative Assessment and Management of Suicidality – CAMS), разработанный специалистами из США [20].

Центральным элементом CAMS является использование формы суицидального статуса (Suicide Status Form – SSF) – диагностического инструмента, позволяющего проводить динамическую оценку состояния пациента и координировать терапию в зависимости от полученных результатов. При этом в качестве ключевого аспекта эффективности CAMS рассматривается отношение к пациенту как к со-субъекту диагностического и последующего терапевтического процессов. Пациенту отводится активная роль в определении его собственных «суицидальных триггеров», то есть тех проблематичных аспектов жизни, которые актуализируют состояние суицидального кризиса. В рамках стандартного использования CAMS именно суицидальные факторы, определяемые пациентом, систематически становятся мишенями терапии в ходе оказания ему клинической помощи [20].

Учитывая экспериментально подтвержденную эффективность CAMS на выборках взрослых пациентов с суицидальным поведением, многие клиницисты в США предпринимают попытки использования данного метода в работе с подростками и даже с детьми еще более младшего возраста [28, 33]. Первые результаты являются весьма многообещающими и свидетельствуют о том, что у подростков, участвующих в программе лечения с применением CAMS, отмечается значительное снижение интенсивности суицидальных намерений и уменьшение симптомов депрессии [20].

На сегодняшний день разработаны и проходят апробацию специализированные версии CAMS, одна из которых предназначена для подростков, а вторая – для детей в возрасте до 12 лет: «CAMS-4Teens» и «CAMS-4Kids», соответственно. В основе обеих версий лежат те же принципы, которые определяли разработку исходного варианта CAMS для взрослых: 1) эмпатия (empathy), 2) сотрудничество (collaboration), 3) честность, прозрачность (honesty), 4) сфокусированность на суицидальной проблематике (suicide-focus) [20].

Авторы детской и подростковой адаптаций CAMS подчеркивают, что они уделяют особое внимание обеспечению возможности создавать «обучающие моменты» в процессе взаимодействия с юными пациентами. Например, обсуждение с врачом различных формулировок, включенных в SSF, помогает подростку сформировать более точный лексический набор, чтобы точнее описать свой суицидальный опыт. Клиницист, использующий CAMS, следует за

подростком, признавая в качестве основных мишеней работы те индивидуализированные суицидальные триггеры, которые, с его помощью, определил сам подросток.

В настоящее время продолжается обсуждение и доработка контента «CAMS-4Teens» и «CAMS-4Kids» с тем, чтобы привести эти версии в максимальное соответствие с возрастными особенностями детей и подростков. Особенное внимание уделяется таким возрастнo-специфичным рискогенным факторам суицида, как отношения с родителями, использование социальных сетей и буллинг [20].

Опыт клинического применения CAMS выявил, что одна из самых больших проблем использования этой программы с детьми и подростками – вовлечение родителей в терапевтический процесс [28]. Специалисты из США подчеркивают, что участие родителей не только является юридически обязательным, но и имеет решающее значение для успешных результатов лечения. При этом если родители занимают позицию обвинения и/или агрессивной самозащиты, либо ведут себя отстраненно и не проявляют заинтересованности в содержательных аспектах лечения, вероятность достижения положительных результатов заметно снижается. Отмечается, что данные оценки SSF ребенка должны быть переданы родителям на совместной встрече, на которой присутствует как врач, так и юный пациент, чтобы помочь родителям лучше понять причины суицидальности своего ребенка.

Также очень важно, чтобы родители были ознакомлены с «планом безопасности» (CAMS Stabilization Plan – CSP), разрабатываемым в рамках CAMS для их ребенка, потому что именно родители, как правило, могут помочь в реализации стратегий совладания с суицидальными переживаниями, перечисленными в CSP. В некоторых случаях целесообразно привлекать родителей к участию в разработке CSP, в зависимости от предпочтений и потребностей ребенка. Наконец, совершенно необходимо, чтобы родители были осведомлены о суицидальных триггерах, которые назвал их ребенок, и о том, что именно эти триггеры станут мишенями терапии в рамках CAMS.

Отмечается, что при определении этических аспектов ознакомления родителей с SSF и CSP их ребенка, важно учитывать фактический возраст юного пациента, его индивидуальные особенности, специфику выполнения родителями их функций и семейную ситуацию в целом. Именно учет всей совокупности этих факторов позволит выбрать наиболее подходящий к каждому конкретному случаю вариант сотрудничества в триаде «пациент–врач–родитель». В любом случае, при принятии клинических решений в рамках CAMS основной приоритет должен быть отдан соблюдению интересов пациента [20].

Наряду с CAMS, перспективным направлением является уже упомянутый нами метод ASSIP, подробно представленный K. Michel [26], но как отме-

чалось выше, вопрос эффективности его применения в подростковой популяции пока остается открытым.

В качестве отдельной исследовательской проблемы зарубежными учеными рассматривается влияние вида терапевтического вмешательства на вовлеченность подростков с суицидальным поведением в процесс лечения, их приверженность лечению (комплаентность) [29, 36]. В ряде публикаций авторы акцентируют внимание на том факте, что в клинической практике нередко случаи отказа подростков и их родителей от участия в предложенной им терапевтической программе. И даже если полного отказа не происходит, весьма распространены нарушения сессинга со стороны пациентов по причинам, связанным с низкой заинтересованностью в лечении и/или с недостаточным доверием как к врачам, так и к предлагаемым процедурам [36].

Результаты мета-анализа 12 РКИ, включавших в общей сложности 1 255 подростков с суицидальным и несуйцидальным самоповреждающим поведением, в возрасте от 10 до 18 лет, показали, что во всех рассматриваемых случаях специализированная психотерапия, независимо от ее теоретической ориентации, характеризуется более высокой комплаентностью подростков по сравнению с традиционным лечением. Авторы объясняют данные результаты тем, что в отличие от традиционного лечения, сосредоточенного на постановке диагноза и транслирующего пациенту отношение к нему, как к человеку, который плохо ориентируется в происходящем и нуждается во внешнем контроле, специализированные психотерапевтические интервенции основаны на сотрудничестве с пациентом, на проявлении интереса к его жизненной ситуации, эмоциональным переживаниям, индивидуальному опыту. Кроме того, подавляющее большинство рассмотренных в мета-анализе терапевтических практик (различные варианты КБТ, ДБТ, АБФТ, семейная психотерапия) включали сотрудничество с родителями подростков, а в ряде случаев – привлечение родителей к терапевтическому процессу напрямую (напр., семейная психотерапия) [36]. Из этого можно сделать вывод о том, что участие родителей является неотъемлемым фактором эффективности любых терапевтических вмешательств, осуществляемых в отношении подростков с суицидальным поведением.

В связи с проблемой вовлеченности подростков, переживающих суицидальный кризис, в процесс лечения, ряд авторов актуализирует вопрос о целесообразности использования в качестве вспомогательного терапевтического средства информационно-коммуникационных технологий (ИКТ). S.N.V. Yuan и соавт. [36] отмечают, что игнорирование той роли, которую играют в жизни подростков современные ИКТ, интернет, социальные сети на сегодняшний день, может стать серьезным упущением, недопустимым для любой терапевтической практики.

Несмотря на то, что в настоящее время отсутствуют публикации, информирующие научное сообщество о результатах экспериментальной оценки эффективности применения кибер-технологий в лечении подростков с суицидальным поведением, начинают появляться работы, свидетельствующие о возрастании исследовательского интереса к этой проблемной области. В частности, опубликованы результаты апробации специализированных приложений для смартфонов, созданных с целью повышения эффективности «планов безопасности» подростков, имеющих суицидальную попытку в анамнезе [22, 19]. Авторы приведенных исследований сообщают о том, что реализация «планов безопасности» с помощью мобильных устройств повышает вовлеченность подростков в антисуицидальную терапию и способствует улучшению навыков совладания с суицидальным кризисом.

Подводя итоги проведенного анализа научных источников, отметим, что наименее исследованными областями по рассматриваемой нами проблеме является эффективность фармакотерапии в лечении подростков, переживающих суицидальный кризис, а также действенность помощи, получаемой по телефону доверия несовершеннолетними с суицидальными намерениями либо совершившими суицидальную попытку. По данным вопросам в настоящее время нет опубликованных РКИ, а исследования эффективности указанных видов помощи в лечении взрослых пациентов дали противоречивые результаты [15, 20].

Заключение

Современные исследования свидетельствуют о том, что обязательным условием эффективности антисуицидальной терапии несовершеннолетних является способность врача проявить эмпатию и увидеть суицидальность глазами юного пациента, воспринимая его как равноправного участника диагностического и терапевтического процесса.

К терапевтическим интервенциям с экспериментально подтвержденной эффективностью в лечении несовершеннолетних, переживающих суицидальный кризис, на сегодняшний день относят адаптированные к возрастным особенностям детей и подростков варианты когнитивно-поведенческой терапии (CBT), диалектической бихевиоральной терапии (DBT), а также терапии, основанной на теории привязан-

ности (ABFT). В США получены многообещающие результаты относительно терапевтического потенциала подростковой версии программы комплексной оценки и управления суицидальностью (CAMS), но экспериментальных данных, позволяющих рассматривать ее в качестве доказательной практики, пока недостаточно. Такие методы, как краткая программа интервенции после попытки суицида (ASSIP) и терапия, основанная на ментализации (MBT), подтвердили свою эффективность в терапии суицидального кризиса у взрослых и в настоящее время апробируются на подростковых выборках.

Независимо от теоретической ориентации, все интервенции, показавшие свою эффективность в терапии несовершеннолетних, переживающих состояние суицидального кризиса, определяют в качестве задачи первостепенной важности разработку индивидуализированного «плана безопасности», то есть системы средств для совладания с суицидальным кризисом. Подчеркивается, что эффективность «плана безопасности» зависит от степени вовлеченности самого подростка в его создание и реализацию. Для решения этой проблемы предлагается использовать ИКТ, в частности, специализированные мобильные приложения.

Одним из ключевых аспектов эффективности антисуицидальной терапии детей и подростков, по сравнению со взрослыми, является активное вовлечение родителей и опекунов в терапевтический процесс посредством организации и проведения адресных консультаций, тренинга родительских навыков, а также семейных терапевтических сессий, направленных на проработку конфликтов в семье и нарушений в детско-родительской коммуникации.

Результаты проведенного обзорно-аналитического исследования могут использоваться для совершенствования протоколов кризисной помощи несовершеннолетним, совершившим попытку суицида. При этом отметим, что адаптация лучших зарубежных доказательных практик к потребностям российского здравоохранения должна осуществляться гибко и избирательно. Альтернативным вариантом может стать разработка оригинальной модели суицидального поведения несовершеннолетних, включающей в себя не только комплекс антикризисных терапевтических интервенций, но и систему мер по диагностике факторов риска и превенции суицида в данной возрастной группе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э. Клинико-психологическое исследование самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 8. С. 65–77.
2. Банников Г.С., Вихристук О.В., Галынкер И. Новый подход в диагностике суицидального поведения: обзор зарубежных источников // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 1. С. 8–24.
3. Банников Г.С., Вихристук О.В., Федунина Н.Ю. Применение технологии выявления факторов риска развития суицидального поведения среди подростков и молодежи // Психологическая наука и образование. 2018. Т. 23. № 4. С. 91–101.
4. Банников Г.С., Павлова Т.С., Вихристук О.В. Скрининговая диагностика антивитаальных переживаний и склонности к импульсивному, аутоагрессивному поведению у подростков (предварительные результаты) // Психологическая наука и образование psyedu.ru Электронный журнал. 2014. № 1. http://psyedu.ru/journal/2014/1/Bannikov_Pavlova.phtml
5. Воликова С.В., Нифонтова А.В., Холмогорова А.Б. Школьное

- насилие (буллинг) и суицидальное поведение детей и подростков // Вопросы психологии. 2013. № 2. С. 24–31.
6. Герасимова О.Ю., Семченко Л.Н., Никонов А.С. Психологические особенности суицидального поведения в подростковом возрасте // Девиантология. 2019. № 1. С. 30–36.
 7. «Крик о помощи»: почему подростки не хотят жить // Газета. Ru [Электронный ресурс]. URL: <https://www.gazeta.ru/social/2019/04/25/12321139.shtml>
 8. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Банников Г.С. Самоповреждающее поведение подростков: дефиниции, эпидемиология, факторы риска и защитные факторы. Сообщение I // Суицидология. 2019. Т. 10. № 4. С. 16–46.
 9. Польская Н.А. Эмоциональная регуляция у подростков с суицидальными попытками и самоповреждениями // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. Т. 1. С. 191–193.
 10. Россия реализует стратегию ВОЗ по предотвращению самоубийств // Новости ООН UN News [Электронный ресурс]. URL: <https://news.un.org/ru/story/2020/09/1385502>
 11. Федунина Н.Ю., Вихристюк О.В., Банников Г.С. Практики осознанности в профилактике суицидального поведения подростков (обзор зарубежных исследований) // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2019. № 2. С. 121–144.
 12. Холмогорова А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 144–163.
 13. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра // Медицинская психология в России. Электронный научный журнал. 2012. № 2. http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer11.php
 14. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior // J. Child Psychol. Psychiatr. 2006. Vol. 47. P. 372–394.
 15. Cha C.B. et al. Annual research review: Suicide among youth – Epidemiology, (potential) etiology, and treatment // J. Child Psychol. Psychiatr. 2018. Vol. 59. P. 460–482.
 16. Diamond G.S. et al. Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr. 2010. Vol. 49. P. 122–131.
 17. Esposito-Smythers C. et al. Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: A randomized trial // J. Consulting Clin. Psychol. 2011. Vol. 79. P. 728–739.
 18. Henriques G., Beck A.T., Brown G.K. Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters // Am. Behav. Sci. 2003. Vol. 46. P. 1258–1268.
 19. Jeong Y.W., Chang H.J., Kim J.A. Development and Feasibility of a Safety Plan Mobile Application for Adolescent Suicide Attempt Survivors // CIN: Computers, Informatics, Nursing. 2020. Vol. 38. P. 382–392.
 20. Jobes A.D. et al. The potential use of CAMS for suicidal youth: building on epidemiology and clinical interventions // Children's Health Care. 2019. Vol. 48. P. 444–468.
 21. Lanzillo E.C., Horowitz L.M., Pao M. Suicide in Children // Suicide prevention: A practical guide for the practitioner / T. Falcone, J.T. Mitchell (Eds.). 2018. P. 73–107.
 22. Larsen J.L.S., Frandsen H., Erlangsen A. MYPLAN – A Mobile Phone Application for Supporting People at Risk of Suicide. Crisis // J. Crisis Intervent. Suicide Prevention 2016. Vol. 37. P. 236–240.
 23. McCauley et al. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial // JAMA Psychiatry (Chicago, Ill.). 2018. Vol. 75. P. 777–785.
 24. Mehlum L. et al. Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up // J. Am. Academy Child Adolesc. Psychiatry. 2016. Vol. 55. P. 295–300.
 25. Méndez-Bustos P. et al. Effectiveness of Psychotherapy on Suicidal Risk: A Systematic Review of Observational Studies // Front. Psychol. 2019. Vol. 10. P. 277.
 26. Michel K. People who attempt suicide need a specific therapy // Suicidology 2020. Vol. 11. P. 51–65.
 27. Miller A.L. et al. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents // J. Psychiatr. Practice. 1997. Vol. 3. P. 78–86.
 28. O'Connor S.S. et al. Applying the collaborative assessment and management of suicidality (CAMS) to suicidal adolescents // Int. J. Behav. Consultation Therapy. 2014. Vol. 9. P. 53–58.
 29. Ougrin D. et al. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2015. Vol. 54. P. 97–107.
 30. Rajalin M., Hirvikoski T., Jokinen J. Family history of suicide and exposure to interpersonal violence in childhood predict suicide in male suicide attempters // J. Affect. Dis. 2013. Vol. 148. P. 92–97.
 31. Rathus J.H., Miller A.L. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents // Suicide Life-Threatening Behav. 2002. Vol. 32. P. 146–157.
 32. Rathus J.H., Miller A.L. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents // Suicide and Life-Threatening Behavior. 2002. Vol. 32, N 2. P. 146–157.
 33. Ridge-Anderson A., Keyes G.M., Jobes D.A. Understanding and treating suicidal risk in young children // Practice Innovations. 2016. N 1. P. 3–19.
 34. Rufino K.A., Patriquin M.A. Child and adolescent suicide: contributing risk factors and new evidence-based interventions // Children's Health Care. 2019. Vol. 48. P. 345–350.
 35. Wenzel A., Brown G.K., Beck A.T. Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications. Washington: American Psychological Association, 2009. 377 p.
 36. Yuan S.N.V., Kwok K.H.R., Ougrin D. Treatment Engagement in Specific Psychological Treatment vs. Treatment as Usual for Adolescents with Self-Harm: Systematic Review and Meta-Analysis // Front. Psychol. 2019. Vol. 10. P. 104.

ПСИХОТЕРАПИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО КРИЗИСНОГО СОСТОЯНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ: АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ И МЕТОДОВ

Г.С. Банников, О.В. Вихристюк, Л.А. Гаязова

Настоящее исследование посвящено анализу современных подходов к терапии суицидального кризиса у несовершеннолетних и определению основных условий ее эффективности. **Материалы и методы.** Проведен поиск научных источников на электронных ресурсах eLibrary, Pubmed, Medline по ключевым словам «суицид, несовершеннолетние», «суицид, подростки», «суицид, психотерапия». После систематизации отобранных статей список публикаций составил 34 источника, которые далее были проанализированы в соответствии с целями исследования. **Результаты.** Показано, что современные подходы к терапии суицидального кризиса у несовершеннолетних ориентированы на построение терапевтического альянса с юным пациентом и создание условий для переосмысления им поступка суицидальной направленности с последующим выявлением субъективных оснований для продолжения жизни. К терапевтическим интервенциям с экспериментально подтвержденной эффективностью в лечении несовершеннолетних, переживающих суицидальный кризис, на сегодняшний день относят адаптированные к возрастным особенностям детей и подростков варианты когнитивно-поведенческой терапии (CBT), диалектической бихевиоральной терапии (DBT) и терапии, основанной на теории привязанности (ABFT).

Значительным терапевтическим потенциалом также обладают такие интервенции, как программа комплексной оценки и управления суицидальностью (CAMS), краткая программа интервенции после попытки суицида (ASSIP) и терапия, основанная на ментализации (MBT). Данные интервенции подтвердили свою эффективность в качестве методов терапии суицидального кризиса у взрослых и в настоящее время апробируются на подростковых выборках. Независимо от теоретической ориентации, все интервенции, показавшие свою эффективность в антисуицидальной терапии несовершеннолетних, уделяют особое внимание разработке системы средств по совладанию с суицидальным кризисом («плану безопасности») и вовлечению родителей юных пациентов в терапевтический процесс. **Выводы.** Лучшие зарубежные практики могут быть адаптированы к потребностям российского здравоохранения и стать основой для создания модели суицидального поведения несовершеннолетних, включающей в себя как комплекс антикризисных терапевтических интервенций, так и систему мер по диагностике факторов риска и превенции суицида в данной возрастной группе.

Ключевые слова: суицид, несовершеннолетние, суицидальный кризис, психотерапия.

MODERN PSYCHOLOGICAL APPROACHES TO THE THERAPY OF SUICIDAL CRISIS IN CHILDREN AND TEENS

G.N. Bannikov, O.V. Vihristuk, L.A. Gayazsova

The present study is devoted to the analysis of modern approaches to the treatment of suicidal crisis in children and teens and to the identification of the conditions that determine the effectiveness of therapeutic interventions. **Materials and methods.** Data sources were identified by searching the eLibrary, Pubmed, Medline databases. The terms used were («suicide, children», «suicide, adolescents», «suicide, teens», «intervention, suicide»). After systematization of the selected papers and reviews, 34 articles were included in the final list of publication. These articles were further analyzed in accordance with the study aim. **Results.** It has been shown that modern approaches to the therapy of suicidal crisis in children and teens are focused on building a therapeutic alliance with a juvenile patient and creating conditions for rethinking his suicide action with the subsequent identification of subjective grounds for continuing life. The therapeutic interventions with experimentally proven efficacy in the treatment of children and teens in the state of suicidal crisis currently include cognitive behavioral therapy (CBT), dialectical behavior therapy (DBT) and attachment-based family

therapy (ABFT). These therapeutic programs were adapted to the age needs of juvenile patients. The following interventions also have significant therapeutic potential: collaborative assessment and management of suicidality (CAMS) and metalization-based treatment (MBT). They have been shown to be effective as interventions for suicidal crisis in adults and currently are being tested in juvenile samples. Regardless of theoretical orientation, all interventions that have shown their effectiveness in anti-suicidal therapy of children and teens pay special attention to the development of a system of safety strategies for coping with a suicidal crisis (“safety plan”) as well as the engagement of juvenile patients’ parents in the therapeutic process. **Conclusions.** The best foreign practices can be adapted to the needs of Russian healthcare system and become the basis for creating a model of suicidal behavior in children and teens, which includes both a set of anti-crisis therapeutic interventions and effective suicide risk assessment tools.

Key words: suicide, children and teens, suicidal crisis, therapeutic interventions.

Банников Геннадий Сергеевич – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник клинической профилактической суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, старший научный сотрудник ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»; email: bannikov68@mail.ru

Вихристук Олеся Валентиновна – кандидат психологических наук, проректор по воспитательной и социально-психологической работе ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»; email: vikhristukov@mgppu.ru

Гаязова Лариса Альфисовна – кандидат психологических наук, И.О. руководителя Центра экстренной психологической помощи по науке ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»; email: gayazovala@mgppu.ru

ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 (2020-2021)

М.И. Ягубов, И.Ю. Кан

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

Беспрецедентная масштабность и глобальность длительно продолжающихся вынужденных изменений в социальном функционировании не могла не повлиять на сексуальные отношения людей. В научной литературе представлены различные исследования, посвященные психологической реакции населения на пандемию [1, 4]. Первыми с новым вирусом столкнулись в Китае. По сведениям [11] по мере прогрессирования заболевания клинические симптомы становились более серьезными, и соответственно изменялось психологическое состояние у инфицированных пациентов. Стало очевидным, что меры психологической помощи должны быть адресными и адаптированными. Следовало учитывать течение заболевания, тяжесть клинических симптомов, место лечения, например, самоизоляцию дома или отделение интенсивной терапии, и другие факторы, чтобы классифицировать людей, нуждающихся в психологическом вмешательстве, и сформулировать конкретные меры для повышения эффективности лечения. Сложившиеся обстоятельства требовали принятия немедленных мер со стороны государства. Национальная комиссия здравоохранения в Китае выпустила руководство по экстренному психологическому кризису для людей, пострадавших от COVID-19. Медицинские учреждения и университеты по всему Китаю открыли онлайн-платформы для предоставления услуг психологического консультирования пациентам, членам их семей и другим людям, пострадавшим от эпидемии [19]. Однако, несмотря на принимаемые меры, пандемия COVID-19 коренным образом изменила образ жизни во всем мире. Население вынуждено было на неопределенный временной период [18] оставаться дома: удаленная работа, социальное дистанцирование, постоянное присутствие детей, страх заражения и невозможность встреч с другими людьми. Тревога, страх, депрессия, гнев, чувство вины, боль и утрата в сочетании с нарушением повседневных привычек вызвали чувство беспомощности и потери. Вынужденное одиночество с одной стороны и ограничение

собственного пространства с другой, вызывая психологический дискомфорт, обостряло разногласия, ослабляло связь с близкими. Из-за страха заражения существенно снизился физический контакт в парах, от простых поцелуев и объятий до полового акта. На этом фоне пострадала и сексуальная сфера [13]. Наблюдалось отрицательное влияние пандемии на репродуктивное и сексуальное здоровье, как мужчин, так и женщин, вследствие влияния психологических, иммунологических и других факторов [5].

Распространенность сексуальных нарушений в период пандемии

По результатам проведенных исследований [17] 44% участников опросов сообщили об уменьшении количества сексуальных партнеров, а около 37% о снижении частоты половых контактов. По другим данным по распространенности сексуальных нарушений в период пандемии [10] более 40% респондентов сообщили о повышенном сексуальном влечении во время карантина по сравнению с исходным уровнем. Однако зарегистрированное усиление сексуального возбуждения не привело к высокой частоте половых контактов (18,75% и 15,78% до и во время карантина соответственно). Кроме того, сексуальное удовлетворение значительно снизилось во время карантина: более половины респондентов описали полное отсутствие сексуального удовлетворения по сравнению с периодом до карантина. Эти результаты объясняются увеличением проявлений аутоэротизма у 40% участников и высокой распространенностью использования порнографии [12].

Есть данные по распространенности и распределению по полу [23]. Сексуальное удовлетворение было значительно выше до пандемии, чем во время изоляции, как у мужчин, так и у женщин. Во время изоляции значительно больше мужчин (70,5%) сообщили, что удовлетворены своей сексуальной активностью, чем женщины (56,2%) ($p < 0,001$). Более половины мужчин (68,2%) не имели проблем с эрекцией, в то время как 97,3% женщин были не удовлетворены

качеством сексуальной жизни, и стресс, связанный со снижением сексуального удовлетворения, был значительно выше у женщин (70,8%), чем у мужчин (63,1%). У мужчин уровень образования, род занятий, тревожность и наличие эректильной дисфункции не были связаны с «сексуальным стрессом». Статус домохозяйки или безработной, возраст мужа старше 35 лет, продолжительность брака 5–10 лет, тревога и наличие «женской сексуальной дисфункции» были предикторами «сексуального стресса» у женщин.

Взаимосвязь психических и сексуальных нарушений на фоне глобальных поведенческих изменений в обществе, вызванных COVID-19

В соответствии с определением ВОЗ психическим здоровьем является состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов [26]. В этом контексте сексуальной и репродуктивной норме способствует именно такой благоприятный психический статус. В свою очередь преобладание отрицательных эмоций негативно влияет на основной принцип сексуальных отношений – принцип парности и традиционное сексуальное взаимодействие между людьми – половой акт. Поэтому меры, направленные на поддержание психического благополучия в период изоляции, являются приоритетными [15]. Согласно литературным данным [7, 16] наиболее распространенными симптомами у лиц, помещенных в карантин, являются подавленное настроение, раздражительность, страх, нервозность и чувство вины. Другие исследования [22] продемонстрировали влияние продолжительности карантина на возникновение симптомов нарушения адаптации, поведения избегания и гнева, разочарования и скуки от изоляции, потери социальных и физических контактов [27].

Отрицательные эмоции, ограничивающие привычные сексуальные реакции, способствуют возникновению половых нарушений у мужчин и женщин [6, 8]. Особое внимание привлекает попытка ученых проследить связь между COVID-19, психологическими реакциями в сложившейся ситуации и дополнительным риском развития эректильной дисфункции. Хотя прямых сведений, указывающих на такую корреляцию нет, следует помнить о наибольшей уязвимости для серьезных осложнений, вторичных по отношению к COVID-19 у мужчин, традиционно подверженных более частому возникновению эректильных дисфункций (пожилые люди, диабетики, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями, с ожирением и множественными сопутствующими заболеваниями) [20]. Поэтому важно учитывать роль дополнительного стресса, тревоги и последствий для физического здоровья у мужчин с эректильной дисфункцией в условиях пандемии COVID-19. Кроме того есть предыдущие примеры вирусных респираторных инфекций, осложненных

фиброзом, которые были связаны с возникновением эректильной дисфункции [25]. Таким образом, несмотря на отсутствие исследований по этой теме, мы можем ожидать, что нарушения эрекции станут чаще проявляться во время стрессовой ситуации, с которой мужчины сталкиваются во время текущей пандемии. Этому, к сожалению, способствует отсрочка большинства плановых медицинских процедур, которые не являются прямой, непосредственной угрозой для здоровья и безопасности, что может иметь негативные последствия.

Преобладание аутоэротических форм сексуальной активности как следствие изменившейся модели социального поведения

Выше уже упоминалось о данных, свидетельствующих об увеличении проявлений аутоэротизма и высокой распространенности использования порнографии. Этой теме посвящены отдельные актуальные исследования, в том числе проводимые авторами представленной статьи [2, 3]. Прежде всего стоит обратить внимание на статистику просмотра порнографии. Pornhub, один из ведущих порталов порнографии во всем мире, основанный в 2007 году и имеющий более 120 миллионов посетителей в день и в среднем 100 миллиардов просмотров видео в год, отмечает существенное увеличение числа посещений своего сайта [21]. С начала пандемии сайт предлагал всем бесплатный доступ к своей премиум-версии, чтобы поощрять необходимость оставаться дома и практиковать социальное дистанцирование. При этом было отмечено, что мировой трафик на Pornhub очень резко вырос именно 25 марта, когда было сделано такое предложение, по сравнению с периодом до пандемии в феврале 2020 года. Такая тенденция прослеживалась во многих странах [14]. Италия была первой европейской страной, которая закрыла свои границы и ввела общенациональный карантин. Резкое увеличение на 57% к 12 марта 2020 года произошло после того, как Pornhub предложил бесплатный премиум-сервис по всей Италии. Такое же предложение бесплатного PornhubPremium было сделано с 16 марта для Испании и Франции. Трафик в Испании увеличился на 61,3%. Трафик 17 марта увеличился во всем мире. Для того, чтобы понять насколько изменился просмотр порнографии в жизни обычного, среднестатистического гражданина интересно проследить почасовые изменения трафика. По данным статистики в Италии самый большой рост приходился на период около 3 часов ночи. Можно предположить, что люди ложились спать позже, потому что им не нужно было утром идти на работу. Днем, в будний день, в 13.00, когда вся Италия находилась на изоляции, трафик был существенно выше, чем в это же время суток в будние дни в феврале. Ранее указывалось на повышенное внимание к виртуальному сексу (киберсекс) и стремлении к мастурбации

при эмоционально негативных событиях [9], в том числе в условиях пандемии [24].

Влияние пандемии на семейные отношения

Последствия влияния пандемии на отношения между полами, в том числе семейные, необходимо будет изучать и в будущем. Но уже сегодня ясно, что ограничение свободы передвижения, трудности с сексом, потеря работы, экономические проблемы и неопределенное будущее могут стать причиной для разрыва многих пар. Многие бракосочетания были отложены, и, если предыдущие проблемы в отношениях уже существовали, ситуация с ограничением свободы передвижения могла ускорить этот процесс. По данным местных газет в Китае, где коронавирус вынудил миллионы людей изолироваться, в последние месяцы количество заявлений о разводе резко возросло в наиболее пострадавших провинциях. Психологические и экономические последствия пандемии будут длиться в том числе в течение нескольких месяцев после нормализации обстановки [14].

Заключение

Делать окончательные выводы рано. Пандемия продолжается, и ограничительные меры в мире пока далеки от завершения. Лишь в перспективе мы сможем полностью оценить все последствия влияния новой мировой ситуации на человечество, в том

числе и на сексуальное поведение. Но уже сейчас происходят изменения во взаимоотношениях на всех уровнях, которые возможно навсегда останутся с нами. Социальная изоляция, рост проявлений аутоэротизма, потребления порнографии наряду с потерей работы, экономическими проблемами и неопределенным будущим могут способствовать увеличению разводов, демографическим проблемам, семейным и партнерским дисгармониям в парах. Поэтому важнейшее значение приобретает изучение опыта жизни в период пандемии 2020–2021 в мировом масштабе, влияния биологических, психологических и социальных факторов на сексуальное поведение человека. Особое значение приобретают рекомендации по профилактике психических и сексуальных расстройств в новых условиях. Некоторые авторы [14] ставят вопрос о повышенном риске сексуальных контактов с большим количеством партнеров с одной стороны и нежелательности аутоэротической фиксации с предпочтением мастурбации реальным интимным отношениям с другой. Рекомендуются моногамные сексуальные взаимоотношения с благожелательным партнером. Также актуальными остаются традиционные советы специалистов-сексологов по обязательному соблюдению режима дня, нормализации сна и питания, чередованию умственной и физической нагрузки, регулярным занятиям спортом, сознательному ограничению потребления порнографии и рискованных форм сексуального поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельтишев Д.Ю., Лисицына Т.А., Борисова А.Б. Психическое здоровье населения различных стран в период пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19) // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Т. 30 № 4. С. 83–86.
2. Кан И.Ю., Ягубов М.И. Клинические особенности компульсивной мастурбации при психических расстройствах у мужчин // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Т. 30. № 3. С. 43–48.
3. Кан И.Ю., Ягубов М.И., Кибрик Н.Д. Особенности обсессивного аутоэротического поведения у мужчин // Андрология и генитальная хирургия. 2020. Т. 21. С. 38–43.
4. Шепелева И.И., Чернышева А.А., Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И., Гурина О.И. COVID-19: поражение нервной системы и психолого-психиатрические осложнения // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Т. 30. № 4. С. 76–82.
5. Abbas A.M., Fathy S.K., Khamees A.A., Salemand A.S., Ahmed L. A focused review on the genital and sexual affection of COVID-19 patients // J. Gynecol. Obstet. Hum Reprod. 2020. 101848. doi: 10.1016/j.jogoh.2020.101848 (Epub ahead of print)
6. Bancroft J., Graham C.A., Janssen E., Sanders S.A. The dual control model: current status and future directions // J. Sex. Res. 2009. Vol. 46. P. 121–142.
7. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence // Lancet. 2020. Vol. 395. P. 912–920.
8. Brotto L., Atallah S., Johnson-Agbakwu C., Rosenbaum T., Abdo C., Byers E.S. et al. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction // J. Sex. Med. 2016. Vol. 13. P. 538–571.
9. Carvalho J., Pereira R., Barreto D. The effects of positive versus negative mood states on attentional Processes during exposure to Erotica // Arch. Sex. Behav. 2017. Vol. 46. P. 2495–2504.
10. Cacci A., Giunti D., Tonioni C., Cacciamani G., Tellini R., Polloni G., Cito G., Presicce F., Di Mauro M., Minervini A., Cimino S., Russo G.I. Love at the time of the Covid-19 pandemic: preliminary results of an online survey conducted during the quarantine in Italy // Int. J. Impot. Res. 2020. Vol. 14. P. 1–2.
11. Duan L., Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic // Lancet Psychiatry. 2020. Vol. 7. P. 300–302.
12. Dwulit A.D., Rzymiski P. The potential associations of pornography use with sexual dysfunctions: an integrative literature review of observational studies // J. Clin. Med. 2019. Vol. 8. P. 10–14.
13. Guan W.J., Ni Z.Y., Hu Y., Liang W.H., Ou C.O., He J.X. et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China // N. Engl. J. Med. 2020. Vol. 382. P. 1708–1720.
14. Ibarra F.P., Mehrad M., Di Mauro M., Godoy M.F.P., Cruz E.G., Nilforoushadeh Mohammad Ali, Russo G.I. Impact of the COVID-19 pandemic on the sexual behavior of the population. The vision of the east and the west // Int. Braz. J. Urol. 2020. Vol. 46. Supl. 1. P. 1677–5538.
15. Jeong H., Yim H.W., Song Y.J., Ki M., Min J.A., Cho J. et al. Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome // Epidemiol. Health. 2016. Vol. 38. e2016048.
16. Lee S., Chan L.Y., Chau A.M., Kwok K.P., Kleinman A. The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens // Soc. Sci. Med. 2005. Vol. 61. P. 203846.
17. Li Weiran, Li Guanjian Xin Cong, Wang Yaochi, Yang Sen Challenges in the Practice of Sexual Medicine in the Time of COVID-19 in China // J. Sex. Med. 2020. Vol. 17. P. 1225–1228.
18. Ludwig S., Zarbock A. Coronaviruses and SARS-CoV-2: A Brief Overview. Anesth Analg. 2020. Epub ahead of print.
19. National Health Commission of China. A notice on the issuance of guide lines for emergency psychological crisis intervention in pneumonia for novel coronavirus infections. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/zhengcwj/202001/6adc08b966594253b2b791be5c3b9467.shtml> (in Chinese).
20. (NoAuthors). CDC COVID-19 Response Team. Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) // US MMWR Morb. Mortal Wkly Rep. 2020. Vol. 69. P. 343–346.
21. (NoAuthors). Coronavirus Update – April 14. Pornhub Insights. [Internet]. Available at: <<https://www.pornhub.com/insights/coronavirus-update-april-14>>
22. (No authors).WHO. Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports. [Internet]. Available at: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>.

23. Omar S.S., Dawood W., Eid N., Eldeeb D., Munir A., Arafat W. Psychological and Sexual Health During the COVID-19 Pandemic in Egypt: Are Women Suffering More? // *Sex. Med.* 2021. Vol. 9. P. 100–116.
24. Pascoal P.M., Carvalho J., Raposo C.F., Almeida J., Beato A.F. The Impact of COVID-19 on Sexual Health: A Preliminary Frame work Based on a Qualitative Study with Clinical Sexologists // *Sex Med.* 2021. Vol. 9. P. 299.
25. Ren Y.H., Wang S.Y., Liu M., Guo Y.M., Dai H.P. When COVID-19 encounters interstitial lung disease: challenges and management // *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi.* 2020. Vol. 43. P. e039.
26. Sayers J. The world health report 2001 – Mental health: new understanding, new hope // *Bull. World Health Organ.* 2001. Vol. 79. P. 1085.
27. van Doremalen N., Bushmaker T., Morris D.H., Holbrook M.G., Gamble A., Williamson B.N. et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1 // *N. Engl. J. Med.* 2020. Vol. 382. P. 1564–1567.

ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 (2020–2021)

М.И. Ягубов, И.Ю. Кан

Авторы на основе изучения литературных источников систематизировали данные, отражающие влияние пандемии COVID-19 (2020–2021) на сексуальное поведение населения в разных странах. По этим данным социальная изоляция, рост проявлений аутоэротизма, потребления порнографии наряду с потерей работы, экономическими проблемами и неопределенным будущим могут способствовать увеличению разводов, демографическим проблемам, семейным и партнерским дисгармониям

в парах. Изучение изменений в интимной жизни в период множественных ограничений, предпринятых в мире, проводится в рамках исследования, выполняемого в настоящее время в отделении сексологии и терапии сексуальных дисфункций МНИИП – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России.

Ключевые слова: сексуальное поведение при пандемии, COVID-19, самоизоляция, аутоэротизм.

CHARACTERISTICS OF SEXUAL BEHAVIOR DURING THE COVID-19 PANDEMIC (2020–2021)

M.I. Yagubov, I.Yu. Kan

The authors systematized the literature data on the impact of the COVID-19 pandemic (2020–2021) on the sexual behavior of people from different countries. According to these data, social isolation, increased autoeroticism, pornography consumption, along with job loss, economic problems, and an future uncertainty may contribute to increased divorce, demographic problems, and marital and partner disharmony in couples.

In particular, changes in intimate life during multiple restrictions due to pandemic are studied in the the Department of Sexology and Therapy of Sexual Dysfunctions of the Moscow Research Institute of Psychiatry – the Branch of V. Serbsky National Medical Research Centre.

Key words: sexual behavior in pandemics, COVID-19, self-isolation, autoeroticism.

Ягубов Михаил Ибрагимович – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; email: yagubov@mail.ru

Кан Игорь Юльевич – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; email: v.iuwanow@yandex.ru

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ НАРУШЕНИЙ ВОСПРИЯТИЯ ЛИЦЕВОЙ ЭКСПРЕССИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

В.А. Спектор

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

Расстройства шизофренического спектра, даже на самых ранних этапах развития, приводят к нарушениям социальных когний, в частности, понимания и интерпретации поведения окружающих людей [5, 9]. Одну из ключевых ролей в основе этих нарушения играет измененное восприятие лиц других людей и эмоций, которые они выражают [3, 13]. Лицо человека – наиболее часто встречаемый социальный стимул, критически важный для продуктивной коммуникации. За последние 50 лет было проведено множество различных поведенческих исследований вышеописанных нарушений, а с начала XXI века стал особенно активно исследоваться нейрофизиологический базис дефицита восприятия лиц. Понимание нейронального субстрата этих изменений может пролить свет на природу нарушений социальных когний.

Поскольку передача сигнала между нервными клетками – очень быстрый процесс, для его изучения хорошо подходит метод регистрации вызванных потенциалов (ВП), так как он имеет высокое временное разрешение – фиксирует события с точностью до миллисекунд. Наиболее часто изучаемый компонент ВП в исследованиях восприятия лиц – N170. В последние годы стал изучаться и другой ВП, связанный с эмоциональным восприятием – N250, однако число публикаций по этой теме остается небольшим.

N170 – отрицательный пик, возникающий примерно через 170 мс после предъявления стимула [12]. Амплитуда этого потенциала больше в ответ на изображения лиц, по сравнению с другими визуальными стимулами [1]. Обычно этот пик регистрируется в теменно-затылочных областях [8]. В этот же временной промежуток в лобно-центральной зоне возникает позитивный потенциал, называемый VPP (vertex positive potential), который, предположительно, отражает те же процессы, что и N170. Эти потенциалы отражают процесс интеграции отдельных черт лица или другого сложного зрительного образа в осмысленный, целостный

конструкт [6]. Изменения амплитуды и латентности пика в зависимости от выражаемой на лице-стимуле эмоции подразумевают, что потенциал также отвечает за их распознавание [2]. В большинстве исследований этого потенциала у пациентов с шизофренией наблюдаются изменения его амплитуды и латентности по сравнению с группами здорового контроля.

N250 – отрицательный пик, возникающий примерно через 250 мс после предъявления стимула [11]. Этот потенциал изучен в значительно меньшей степени, чем N170. Считается, что он реагирует на эмоциональное содержание стимула [11] и его «знакомость» [10]. Исследования этого потенциала у пациентов с шизофренией немногочисленны, а их результаты в целом противоречивы.

Данная статья является расширенным рефератом мета-анализа, опубликованного в журнале Biological Psychiatry [7], и систематического обзора, опубликованного в журнале Clinical Neurophysiology [4]. Обе статьи освещают исследования электрофизиологических изменений, происходящих у пациентов с шизофренией при восприятии лиц и их эмоциональной экспрессии.

Мета-анализ базируется на 21 исследовании потенциала N170, включающем суммарно 438 пациентов, страдающих шизофренией, и 418 здоровых испытуемых, а также на 6 исследованиях потенциала N250 (149 пациентов, страдающих шизофренией и 151 здоровых испытуемых). Авторы систематического обзора касаются исключительно потенциалов N170 и VPP и подводят итоги 20 публикаций о характеристиках этого потенциала у пациентов, страдающих шизофренией.

Анализ публикаций выявил значительное изменение амплитуды N170 при шизофрении. Эти изменения были довольно устойчивыми – методологические факторы (напр., различия в поведенческих задачах, различия в анализе ВП – пиковая или средняя амплитуды) оказали незначительное влияние на параметры пиков. Другими словами, были полу-

ченые убедительные доказательства меньшей амплитуды N170 и VPP как для эмоциональных, так и для неэмоциональных лиц при выполнении различных задач. Кроме того, во многих исследованиях, у пациентов с шизофренией, были отмечены слабые или отсутствующие изменения амплитуды N170 в ответ на различные типы эмоций, что говорит о нечувствительности к ним. Также были выявлены сниженные амплитуды в ответ на нейтральные лица, что, по мнению авторов, не только говорит о проблемах в идентификации эмоций, но и о изменениях в «обработке» самой структуры, интеграции в целое отдельных черт лица. Также авторами не было найдено свидетельств модуляции пика нестандартными стимулами лиц (напр., перевернутыми), в связи с чем исследователи делают вывод о атрофии, или, по крайней мере, значительном снижении функциональности отделов мозга, отвечающих за перцепцию лиц. Более того, не было выявлено четких связей N170 с продуктивными или негативными симптомами, в связи с чем пик, по мнению авторов, можно использовать как индекс нарушения восприятия лицевой экспрессии при шизофрении, не зависящий от симптоматики.

О потенциале N250 удалось получить значительно меньше данных по причине небольшого количества публикаций. Как и N170, во всех исследованиях потенциал имел сниженную амплитуду в ответ на лица по сравнению с контрольной группой. Несмотря на имеющиеся в литературе данные о том, что N170 обычно искажен в большей степени, чем N250, было

обнаружено, что размеры эффекта для двух форм ВП сопоставимы. Поскольку в большинстве исследований амплитуда ВП коллапсировала по категориям эмоций, авторы не смогли изучить влияние определенной эмоции на N250. Высказывается предположение, что при нейрональной обработке лицевой экспрессии пациенты с шизофренией демонстрируют дефицит восходящих нервных процессов (bottom-up processes), связанных с восприятием лиц. Эти процессы, по-видимому, способствуют нарушениям распознавания эмоций лица на более высоком уровне. Таким образом, авторы приходят к заключению, что нарушение эмоционального восприятия возникает на ранних этапах обработки зрительной информации и продолжается в дальнейшем на всех ее уровнях.

Результаты показывают, что N170 может быть многообещающим показателем для диагностики шизофрении. Сниженные амплитуды N170 и VPP при шизофрении, отсутствие их модуляции симптомами и продолжительностью болезни указывают на перспективность этих компонентов в качестве биомаркеров, если не самой шизофрении, то, по крайней мере, специфической для лицевой экспрессии дисфункции анализа информации. В свою очередь, потенциал N250 остается малоизученным. На данный момент можно лишь утверждать, что шизофренический процесс затрагивает и этот пик. Однако требуется больше исследований, чтобы изучить связь пика с эмоциональным восприятием и социальными когнитивными в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bentin S., Allison T., Puce A., Perez E. et al. Electrophysiological Studies of Face Perception in Humans // *J. Cogn. Neurosci.* 1996. Vol. 6(8). P. 551–565.
2. Eimer M., Holmes A. Event-related brain potential correlates of emotional face processing // *Neuropsychologia*. 2007. N 1 (45). P. 15–31.
3. Feinberg T.E. Facial Discrimination and Emotional Recognition in Schizophrenia and Affective Disorders // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1986. N 3 (43). P. 276.
4. Feuerriegel D., Churches O., Hofmann J., Keage H.A.D. The N170 and face perception in psychiatric and neurological disorders: A systematic review // *Clin. Neurophysiol.* 2015. N 6 (126). P. 1141–1158.
5. Green M.F., Bearden C.E., Cannon T.D., Fiske A.P. et al. Social Cognition in Schizophrenia, Part 1: Performance Across Phase of Illness // *Schizophr. Bull.* 2012. N 4 (38). P. 854–864.
6. Jacques C., Rossion B. The initial representation of individual faces in the right occipito-temporal cortex is holistic: Electrophysiological evidence from the composite face illusion // *J. Vision*. 2009. N 6 (9). P. 8–8.
7. McCleery A., Lee J., Joshi A., Wynn J.K. et al. Meta-Analysis of Face Processing Event-Related Potentials in Schizophrenia // *Biol. Psychiatry*. 2015. N 2 (77). P. 116–126.
8. Rossion B., Jacques C. Does physical interstimulus variance account for early electrophysiological face sensitive responses in the human brain? Ten lessons on the N170 // *NeuroImage*. 2008. N 4 (39). P. 1959–1979.
9. Savla G.N., Vella L., Armstrong C.C., Penn D.L. et al. Deficits in Domains of Social Cognition in Schizophrenia: A Meta-Analysis of the Empirical Evidence // *Schizophr. Bull.* 2013. N 5 (39). P. 979–992.
10. Schweinberger S.R., Pickering E.C., Jentsch I., Burton A.M. et al. Event-related brain potential evidence for a response of inferior temporal cortex to familiar face repetitions // *Brain Res. Cogn. Brain Res.* 2002. N 3 (14). P. 398–409.
11. Streit M., Wölwer W., Brinkmeyer J., Ihl R. et al. EEG-correlates of facial affect recognition and categorisation of blurred faces in schizophrenic patients and healthy volunteers // *Schizophr. Res.* 2001. N 1–2 (49). P. 145–155.
12. Taylor M.J., McCarthy G., Saliba E., Degiovanni E. ERP evidence of developmental changes in processing of faces // *Clin. Neurophysiol.* 1999. N 5 (110). P. 910–915.
13. Walker E., McGuire M., Bettes B. Recognition and identification of facial stimuli by schizophrenics and patients with affective disorders // *Br. J. Clin. Psychol.* 1984. N 1 (23). C. 37–44.

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ НАРУШЕНИЙ ВОСПРИЯТИЯ ЛИЦЕВОЙ ЭКСПРЕССИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

В.А. Спектор

Статья является расширенным рефератом двух публикаций: мета-анализа, опубликованного в журнале Biological Psychiatry, и систематического обзора, опубликованного в журнале Clinical Neurophysiology, которые освещают исследования электрофизиологических изменений, происходящих у пациентов с шизофренией при восприятии лиц и их эмоциональной экспрессии. Рассматриваются вызванные потенциалы N170, VPP, N250. Потенциалы N170 и VPP имели сниженную амплитуду вне зависимости от дизайна экспериментов и выраженности

продуктивной или негативной симптоматики. Потенциал N250 также демонстрировал аналогичное снижение амплитуды во всех задачах. Основной вывод, который можно сделать, состоит в том, что потенциал N170 можно рассматривать как возможный биомаркер шизофрении или дефицита эмоционального восприятия. N250 нуждается в дальнейшем изучении.

Ключевые слова: шизофрения, эмоциональное восприятие, вызванные потенциалы, распознавание эмоций.

ELECTROPHYSIOLOGICAL CORRELATES OF FACIAL AFFECT RECOGNITION ALTERATIONS IN SCHIZOPHRENIA

V.A. Spektor

This article is an extended abstract of two publications: meta-analysis in the Biological Psychiatry journal and a systematic review in Clinical Neurophysiology journal. These articles shed light on electrophysiological alterations that occur in patients with schizophrenia during face perception and facial affect recognition. N170, VPP, N250 ERPs are considered. N170 and VPP show decreased amplitudes regardless study design or severity of

positive or negative symptoms. N250 showed same decrease in amplitude in all studies. The main conclusion is that N170 potential may be concerned as schizophrenia or emotion perception deficit biomarker. N250 needs further research.

Key words: schizophrenia, emotional perception, event related potentials, affect recognition.

Спектор Валерий Андреевич – младший научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала «ФГБУ НМИЦ ПН им В.П.Сербского» Минздрава России; email: val.a.spec@gmail.com

Журнал зарегистрирован в Государственном Комитете СССР по печати.
Свидетельство № 1582 от 25 февраля 1991 г.

Сдано в набор 30.04.2021. Подписано в печать 20.05.2021. Формат 60х90/8. Гарнитура Таймс. Печать офсетная.
Бумага офсетная. Уч.-изд. л. 15. Усл. печ. л. 15. Тираж 3000 экз. Заказ .

Издательский Дом «МЕДПРАКТИКА-М»
111141, Москва, 3-й проезд Перова поля, д. 8, стр. 11
Тел. (985)413-23- 38, E-mail: id@medpraktika.ru, <http://www.medpraktika.ru>

Отпечатано в типографии «ТДДС-Столица-8»
111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, дом 11А, корп. 1
Тел.: (495) 363-48- 84
<http://www.capitalpress.ru>

© «Социальная и клиническая психиатрия»

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ В ПСИХИАТРИИ

А.А. Мурашко

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

Данная публикация является расширенным рефератом двух обзоров, посвященных возможностям использования виртуальной реальности в психиатрии [4, 28]. Во введении первой из работ авторы акцентируют внимание на остро стоящей проблеме лечения психических расстройств. Совокупная распространенность основных психических заболеваний (тревожных расстройств, большого депрессивного расстройства, расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ) в течение жизни оценивается в 29,2% [38]. Приблизительно 40 миллионов человек в США ежегодно болеет тревожными расстройствами, но лечение получают только 36,9% из них. Вторым по распространенности расстройством является депрессия (15,1 млн случаев в 2015 г. в США) [46]. Тревожно-депрессивные расстройства сопровождают многие соматические болезни, включая сердечно-сосудистые заболевания, диабет, ожирение и другие, которые требуют длительного лечения и изменения образа жизни, а расстройства настроения, в свою очередь, препятствуют вовлечению пациентов в курс лечения, что ухудшает прогноз [13, 18].

Существует значительное количество методов лечения, включая фармакотерапию, психотерапию и их комбинацию. Однако дороговизна и необходимость значительной мотивации со стороны пациента могут препятствовать получению адекватной помощи пациентами с инвалидностью и низким социо-экономическим статусом. Авторы отмечают, что лишь 41% пациентов с психическими расстройствами в США получал соответствующую помощь за предшествующий публикации год [27].

Виртуальная реальность (VR) является революционно новым методом лечения, который может применяться как самостоятельно, так и в дополнение к другим методам. VR позволяет создавать терапевтически полезные сценарии, которые практически невозможно воссоздать в реальной жизни [11]. Виртуальная реальность предоставляет возможность «прожить» симуляции сложных для пациентов

ситуаций под руководством специалистов. Такие симуляции могут быть разной сложности, их можно неоднократно повторять, что дает пациентам возможность более уверенно справляться с аналогичными проблемами в реальной жизни [11]. Авторы отмечают, что согласно исследованиям пациенты удовлетворены VR терапией и находят ее более допустимой по сравнению с традиционными подходами [21, 22].

Технически, современные VR системы включают в себя шлем виртуальной реальности, компьютер, видео и могут дополняться различными устройствами для взаимодействия с виртуальным миром – контроллерами, перчатками, креслами, сенсорами, которые в свою очередь могут быть оборудованы системами обратной связи в виде вибраций и других стимулов.

В зависимости от соотношения реальных и виртуальных объектов на изображении выделяют 4 категории: (1) реальность, реальный мир; (2) дополненная реальность, где виртуальные объекты помещаются на изображение реального мира; (3) дополненная виртуальность, где объекты из реального мира помещаются в сгенерированный компьютером мир; (4) виртуальная реальность, подразумевающая, что весь «мир» сгенерирован компьютером [34]. Виртуальный мир не обладает ограничениями и позволяет сделать «невозможное возможным». Более того, VR технологии становятся доступными и интегрируются в различные области жизни, включая медицину. Появление готовых VR наборов, благодаря высокопроизводительным компьютерам и шлемам виртуальной реальности, открывает широкие возможности для применения в том числе в лечении психических расстройств.

Интерес к VR технологиям в медицине также подтверждается растущим числом публикаций в базах данных, например, до 8 890 публикаций в PubMed за один 2017 год. С одной стороны, авторы указывают на методологические недостатки, небольшой размер выборок некоторых исследований, а с другой – на сложности обработки многочис-

ленных данных, полученных в оригинальных исследованиях. Проведенные в недавнем времени мета-анализы [29, 30] указывают на эффективность VR технологий в лечении психических расстройств, но не оценивают качество включенных исследований, а также не полностью отражают состояние вопроса в области психиатрии и психологии.

Таким образом, авторы [4] стремились дать широкую характеристику литературы по применению VR при психических расстройствах, проведя «обзор обзоров»; определить ограничения существующих исследований; предложить направления для дальнейших исследований; и практические рекомендации для внедрения VR в лечение психических расстройств.

Работа была выполнена в соответствии с методологическими рекомендациями проведения «систематического обзора систематических обзоров» [37] и рекомендациями руководства по написанию обзоров и мета-анализов PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses). Поиск подходящих работ проводился по базам данных PubMed и Web of Science. Авторы включали в работу систематические обзоры и/или мета-анализы, посвященные изучению применения VR технологий при наличии хотя бы одного психофизиологического фактора. Качество включенных работ оценивалось с помощью шкалы AMSTAR (A MeaSurement Tool to Assess Reviews) [36], согласно результирующему баллу которой присваивалось высокое (≥ 8 баллов), среднее (4–7 баллов) или низкое (≤ 3 баллов) качество.

В результате поиска авторы [4] выявили 848 обзоров, из которых впоследствии 70 (включая 20 мета-анализов) были включены в реферируемый обзор.

Качество исследований

Средняя оценка качества включенных обзоров по шкале AMSTAR составила 6,1 из 9 баллов и мета-анализов – 8,8 из 11 баллов. Качество 31 (44%) и 34 (49%) обзоров было высоким и средним, соответственно, только в 5 (7%) случаях работы имели низкое качество. В большей части включенных обзоров ($n=54$, 78%) авторы выполняли поиск по трем и более базам данных (среди которых наиболее часто упоминались PubMed и Web of Science). Согласно шкале AMSTAR основными недостатками были отсутствие оценки качества включенных исследований, а также обработка данных исследований менее чем двумя людьми, отсутствие списка включенных и исключенных исследований и отсутствие отражения конфликта интересов.

В 25 исследованиях указано, что VR шлем использовался в качестве терапевтического средства, в 17 – в качестве VR игр, в остальных случаях авторы более широко описывали инструмент как иммерсивную, неиммерсивную VR, экспозиционную VR терапию

или выполнение задач в VR. При этом авторы реферируемой статьи [4] считают ограничением, что наряду с частым упоминанием используемых технических средств редко указаны используемые стимулы, хотя терапевтическое вмешательство формируется на основе сочетания оборудования и программного обеспечения. Последнее нередко было отражено в работах, где изучались VR игры, но в некоторых случаях не было указано ни одно из них. Авторы рекомендуют предоставлять названия используемого оборудования и программ, что может быть проблематичным при тестировании новых методик. По мнению авторов предотвращение вышеуказанных недостатков должно снизить риск систематических ошибок.

VR при психических расстройствах

Влияние VR на восприятие боли оценивалось в 23 обзорах с суммарным участием 10 066 человек. В качестве инструмента наиболее часто применялись VR игры. Во всех работах было подтверждено, что VR может использоваться в качестве эффективного нефармакологического и неинвазивного вспомогательного метода анальгезии при болях от ожога, зубной боли, болях, связанных с раком, острой и хронической боли и болях в опорно-двигательном аппарате. VR преимущественно использовалась в качестве отвлекающего фактора, например, при прохождении пациентами медицинских процедур [9, 12]. Кроме того, VR игры с физическими нагрузками, иммерсивная VR могут снижать выраженность боли у пациентов с хронической болью [5, 20]. VR терапия может сочетаться с психотерапевтическими методиками, обучением релаксации и медитативным техникам, что приводит к снижению выраженности тревожных, тоскливых переживаний, раздражительности, сопровождающих болевые ощущения [24]. В случаях нейропатических или фантомных болей виртуальное отображение конечностей может также уменьшить боль, но большая часть исследований таких болей базируется на описаниях клинических случаев и серий случаев и требует дальнейшего изучения [7, 44].

Эффективность VR при тревожно-фобических расстройствах (преимущественно посттравматическое стрессовое расстройство – ПТСР, страх вождения, полетов, арахнофобия, агорафобия и клаустрофобия) изучалась в 23 работах, включающих 12 991 участника. Во всех работах отмечалось положительное влияние VR инструментов в качестве дополнительного, но не основного метода терапии. При ПТСР эффективность экспозиционной VR терапии статистически не отличалась от таковой при психотерапии [17]. VR воздействия при этом могут быть направлены на снижение выраженности травматических переживаний, суицидальной настроенности, депрессивных, тревожных переживаний и раздражительности, предлагая возможность

корректировки деструктивного поведения в безопасной и контролируемой виртуальной среде [8, 32]. Возможно проведение диагностических процедур с оценкой кожно-гальванической реакции пациентов в специфических VR симуляциях [41]. Стоит отметить, что в США такие экспозиционные терапевтические VR системы уже внедрены в ряде военных структур для помощи военнослужащим [31].

В целом при тревожных расстройствах VR игры с физическими упражнениями, как и экспозиционная VR терапия, могут уменьшать выраженность симптомов, являясь аналогом традиционной экспозиционной терапии [42, 46]. Схожим образом, эффективность очной и VR экспозиционной терапии были сравнимы при агорафобии и других специфических фобиях, за исключением социальной фобии, результаты лечения которой были неоднозначны [43]. Фобические расстройства характеризуются наличием выраженных персистирующих страхов определенных объектов или ситуаций, что сопровождается избегающим поведением. Таким образом, экспозиционная VR терапия является экономически эффективным средством, позволяющим неоднократно воссоздавать специфические ситуации, вызывающие страх, с возможностью их градуирования, что приводит к постепенному повышению порога тревожности и уменьшению выраженности страхов [6]. Более того, существуют примеры успешного применения VR приложений с самообучением для лечения акрофобий, которые могут применяться как дома, так и в больницах [15]. Тем не менее, сохраняется необходимость в проведении высококачественных рандомизированных контролируемых исследований в данной области.

Шесть работ (4 033 участника) были посвящены изучению VR при расстройствах развития: синдроме дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), расстройствах аутистического спектра (РАС), детском церебральном параличе, фетальном алкогольном синдроме и нарушениях слухового восприятия. В качестве инструмента преимущественно использовались VR игры («серьезные игры» – направленные на другую цель, нежели чем развлечение, или игры, включающие физические упражнения). Авторы отмечают, что игры, включающие физические упражнения, расширяют спектр психической патологии и симптомов, поддающихся VR терапии, в сравнении с «сидячими» играми [45]. Кроме того, VR симуляции могут обеспечить подходящие условия для лечения детей с СДВГ [1]. При РАС реабилитационные VR программы нередко используются в сочетании с контрольными методиками, например, с одновременным проведением электроэнцефалографического мониторинга, и направлены на развитие концентрации внимания и других специфических функций [16]. Во всех случаях авторы указывали на положительный эффект от VR, хотя многие из специфических харак-

теристик реабилитации и ее эффективности еще предстоит установить.

В последнюю группу авторы реферируемой статьи включили «другие» психические расстройства: психоз, депрессию, зависимости, расстройства пищевого поведения, шизофрению, нарушения восприятия пространства и деменцию. VR воздействия при данных заболеваниях изучались в 18 обзорах, включавших 7 740 участников. Только в одном обзоре не было получено достоверных доказательств эффективности VR терапии, направленной на повышение комплаенса при тяжелых психических расстройствах [39]. В остальных случаях авторы включенных обзоров отмечали эффективность VR терапии, в некоторых случаях сравнимую с эффективностью традиционного лечения.

Так, при расстройствах пищевого поведения авторы отдельно указывают как на терапевтическую, так и на диагностическую (напр., выявление специфических триггеров при компульсивном переедании) значимость VR [2]. При повышенном весе или ожирении VR игры могут быть полезны для коррекции психологических факторов и направлены на повышение самооценки, мотивации.

В области нейродегенеративных расстройств VR технологии могут внедряться в реабилитационный процесс с целью улучшения памяти, внимания, а также использоваться в качестве скринингового метода нейропсихологической оценки когнитивного снижения, например, для оценки навыков ориентирования на местности [25]. Несмотря на положительные эффекты VR процедур, у лиц с деменцией их проведение связано с возможным усилением страха и тревожности по сравнению со здоровыми испытуемыми [23].

При психотических расстройствах и шизофрении VR может применяться как для клинической оценки, например, паранойяльных явлений, так и в качестве мотивационного инструмента для повышения заинтересованности пациента в лечении [33]. VR терапия может быть также направлена на коррекцию негативной симптоматики при шизофрении, посредством «аватар-терапии», позволяющей пациентам активно взаимодействовать с виртуальным миром. Это является ключом к пониманию социальных взаимодействий и способствует развитию социальных навыков, памяти, навыков, необходимых для трудоустройства, прохождения соответствующих интервью [10, 28]. По некоторым данным, программы когнитивной реабилитации с использованием VR могут даже способствовать уменьшению выраженности продуктивных симптомов, как, например, слуховых галлюцинаций [35].

В области депрессивных расстройств существующие исследования преимущественно посвящены VR играм, уделяя недостаточное внимание другим методикам [11]. Тем не менее, терапевтический эффект VR игр при депрессии оценивается

как умеренный [19], предполагая, что применение VR может уменьшать выраженность депрессивной симптоматики [11, 40].

Авторы указывают на глобальное распространение и повышение доступности VR технологий в целом, однако препятствием к внедрению, в частности, в медицинскую сферу остаются сложность и высокая цена разработки, тестирования и технической поддержки программного обеспечения [14]. Дополнительно затруднения создает необходимость участия психиатров или других специалистов, знакомых с конкретной патологией, в процессе разработки для создания качественного продукта. В «соперничестве» исследователей с рынком игровой индустрии, предлагающей внушительные суммы для разработчиков, единственным выходом авторы видят привлечение публичных грантов, что в свою очередь требует предварительного получения однозначных и объективных данных о преимуществах, в том числе за счет большей доступности, терапевтических VR процедур, а также их экономической эффективности.

Авторы реферируемой статьи [4] указывают на необходимость проведения в будущем высококачественных рандомизированных контролируемых исследований в рамках отдельных специфических расстройств, изучения возможностей осуществления VR терапии без участия специалистов, разработки терапевтических методик вне рамок VR игр, которым уделялось наибольшее внимание, а также выявлению побочных эффектов VR терапии. Среди последних

можно выделить «общие» побочные эффекты VR воздействий: укачивание, головные боли, сухость глаз, тошнота, потливость [3, 26]. Также предполагается возможность развития зависимости от VR среды, а в случаях пациентов с шизофренией бредовые переживания могут актуализироваться в виртуальной среде. Однако имеющиеся данные по побочным эффектам немногочисленны, поэтому в будущих исследованиях рекомендуется применение опросников побочных эффектов, как Simulator Sickness Questionnaire или Virtual Reality Sickness Questionnaire, что в дальнейшем позволит выявить специфические побочные эффекты, свойственные разным формам VR терапии.

В заключение авторы [4] отмечают, что существующие данные подтверждают эффективность VR терапии при различных психических расстройствах. В некоторых случаях болевых расстройств VR терапия может применяться вместо традиционных методов, в то время как при других, например, тревожно-фобических расстройствах – исключительно в качестве дополнительного метода. В дальнейшем предстоит оценить экономическую эффективность VR терапии, ее побочные эффекты. Несмотря на приемлемое среднее качество обзоров, авторы акцентируют внимание на том, что примерно в половине из них не проводилась оценка качества включенных оригинальных исследований. Важным стимулом для проведения дальнейших исследований должно быть то, что ни в одном исследовании не подтвердилась неэффективность VR терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bashiri A., Ghazisaedi M., Shahmorasdi L. The opportunities of virtual reality in the rehabilitation of children with attention deficit hyperactivity disorder: A literature review // *Korean J. Pediatr.* 2017. T. 60. N 11. P. 337–343.
2. Carvalho M.R.De, Santana Dias T.R.De, Duchesne M., Nardi A.E. et al. Virtual reality as a promising strategy in the assessment and treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder: A systematic review // *Behav. Sci.* 2017. T. 7. N 3.
3. Chen W., Chao J.G., Chen X.W., Wang J.K. et al. Quantitative orientation preference and susceptibility to space motion sickness simulated in a virtual reality environment // *Brain Res. Bull.* 2015. Vol. 113. P. 17–26.
4. Ciešlik B., Mazurek J., Rutkowski S., Kiper P. et al. Virtual reality in psychiatric disorders: A systematic review of reviews // *Complement. Ther. Med.* 2020. Vol. 52. P. 102480.
5. Collado-Mateo D., Merellano-Navarro E., Olivares P.R., García-Rubio J. et al. Effect of exergames on musculoskeletal pain: A systematic review and meta-analysis // *Scand. J. Med. Sci. Sports.* 2018. T. 28. N 3. P. 760–771.
6. Diemer J., Domschke K., Mühlberger A., Winter B. et al. Acute anxiolytic effects of quetiapine during virtual reality exposure-A double-blind placebo-controlled trial in patients with specific phobia // *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2013. N 11 (23). P. 1551–1560.
7. Dunn J., Yeo E., Moghaddampour P., Chau B. et al. Virtual and augmented reality in the treatment of phantom limb pain: A literature review // *NeuroRehabilitation.* 2017. T. 40. N 4. P. 595–601.
8. Eijlers R., Legerstee J.S., Dierckx B., Staals L.M. et al. Development of a Virtual Reality Exposure Tool as Psychological Preparation for Elective Pediatric Day Care Surgery: Methodological Approach for a Randomized Controlled Trial // *JMIR Res. Protoc.* 2017. N 9 (6). P. e174.
9. Eijlers R., Utens E.M.W.J., Staals L.M., Nijs P.F.A.De et al. Systematic Review and Meta-analysis of Virtual Reality in Pediatrics: Effects on Pain and Anxiety // *Anesthesia Analgesia.* 2019. T. 129. N 5. P. 1344–1353.
10. Freeman D. Studying and treating schizophrenia using virtual reality: A new paradigm // *Schizophr. Bull.* 2008. N 4 (34). P. 605–610.
11. Freeman D., Reeve S., Robinson A., Ehlers A. et al. Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders // *Psychol. Med.* 2017. T. 47. N 14. P. 2393–2400.
12. Georgescu R., Fodor L.A., Dobrea A., Cristea I.A. Psychological interventions using virtual reality for pain associated with medical procedures: A systematic review and meta-analysis // *Psychol. Med.* 2020. T. 50. N 11. P. 1795–1807.
13. Gilman S.E., Sucha E., Kingsbury M., Horton N.J. et al. Depression and mortality in a longitudinal study: 1952–2011 // *Cmaj.* 2017. N 42 (189). P. E1304–E1310.
14. Gorini A., Riva G. Virtual reality in anxiety disorders: The past and the future // *Expert Rev. Neurother.* 2008. N 2 (8). P. 215–233.
15. Hong Y.J., Kim H.E., Jung Y.H., Kyeong S. et al. Usefulness of the Mobile Virtual Reality Self-Training for Overcoming a Fear of Heights // *Cyberpsychology, Behav. Soc. Netw.* 2017. N 12 (20). P. 753–761.
16. Kandalaf M.R., Didehban N., Krawczyk D.C., Allen T.T. et al. Virtual reality social cognition training for young adults with high-functioning autism // *J. Autism Dev. Disord.* 2013. N 1 (43). P. 34–44.
17. Kothgassner O.D., Goreis A., Kafka J.X., Eickels R.L. Van et al. Virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder (PTSD): a meta-analysis // *Eur. J. Psychotraumatol.* 2019. T. 10. N 1.
18. Kowalska J., Mazurek J., Kubasik N., Rymaszewska J. Effectiveness of physiotherapy in elderly patients with dementia: a prospective, comparative analysis // *Disabil. Rehabil.* 2019. N 7 (41). P. 815–819.
19. Li J., Theng Y.L., Foo S. Game-based digital interventions for depression therapy: A systematic review and meta-analysis // *Cyberpsychology, Behav. Soc. Network.* 2014. T. 17. N 8. P. 519–527.
20. Mallari B., Spaeth E.K., Goh H., Boyd B.S. Virtual reality as an analgesic for acute and chronic pain in adults: A systematic review and meta-analysis // *J. Pain Res.* 2019. T. 12. P. 2053–2085.
21. Maples-Keller J.L., Bunnell B.E., Kim S.J., Rothbaum B.O. The use of

- virtual reality technology in the treatment of anxiety and other psychiatric disorders // *Harvard Rev. Psychiatry*. 2017. T. 25. N 3. P. 103–113.
22. Mazurek J., Kiper P., Ciešlik B., Rutkowski S. et al. Virtual reality in medicine: A brief overview and future research directions // *Human Movement*. 2019. T. 20. N 3. P. 16–22.
 23. Moyle W., Jones C., Dwan T., Petrovich T. Effectiveness of a Virtual Reality Forest on People With Dementia: A Mixed Methods Pilot Study // *Gerontologist*. 2018. N 3 (58). P. 478–487.
 24. Navarro-Haro M.V., López-del-Hoyo Y., Campos D., Linehan M.M. et al. Meditation experts try Virtual Reality Mindfulness: A pilot study evaluation of the feasibility and acceptability of Virtual Reality to facilitate mindfulness practice in people attending a Mindfulness conference // *PLoS One*. 2017. N 11 (12). P. e0187777.
 25. Negu A., Matu S.A., Sava F.A., David D. Virtual reality measures in neuropsychological assessment: A meta-analytic review // *Clin. Neuropsychol.* 2016. T. 30. N 2. P. 165–184.
 26. Ohyama S., Nishiike S., Watanabe H., Matsuoka K. et al. Autonomic responses during motion sickness induced by virtual reality // *Auris Nasus Larynx*. 2007. N 3 (34). P. 303–306.
 27. Park-Lee E., Lipari R.N., Hedden S.L., Kroutil L.A. et al. Receipt of Services for Substance Use and Mental Health Issues Among Adults: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health // *E.Park-Lee, R.N.Lipari, S.L. Hedden, L.A. Kroutil, J.D. Porter, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US)*, 2012.
 28. Park M.J., Kim D.J., Lee U., Na E.J. et al. A literature overview of virtual reality (VR) in treatment of psychiatric disorders: Recent advances and limitations // *Front. Psychiatry*. 2019. Vol. 10. P. 1–9.
 29. Riva G., Baños R.M., Botella C., Mantovani F. et al. Transforming experience: The potential of augmented reality and virtual reality for enhancing personal and clinical change // *Front. Psychiatry*. 2016. Vol. 7. N SEP.
 30. Riva G., Wiederhold B.K., Mantovani F. Neuroscience of Virtual Reality: From Virtual Exposure to Embodied Medicine // *Cyberpsychology, Behav. Soc. Netw.* 2019. N 1 (22). P. 82–96.
 31. Rizzo S. Bravemind: Virtual Reality Exposure Therapy (<http://ict.usc.edu/prototypes/pts/>). US: USC, 2018.
 32. Rothbaum B.O., Rizzo A.S., Difede J. Virtual reality exposure therapy for combat-related posttraumatic stress disorder // *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2010. N 1. P. 126–132.
 33. Rus-Calafell M., Garety P., Sason E., Craig T.J.K. et al. Virtual reality in the assessment and treatment of psychosis: A systematic review of its utility, acceptability and effectiveness // *Psychol. Med.* 2018. N 3 (48). P. 362–391.
 34. Serafin J. The Actual Use of the Virtual World: a Meta-Analysis of Research on Virtual Reality *Rzeczywiste Zastosowanie Wirtualnego Świata : Metaanaliza Badań Na Temat // Kult. Bezpieczeństwa Nauk*. 2016. N 22. P. 46–60.
 35. Sert O.P., Potvin S., Lipp O., Dellazizzo L. et al. Virtual reality therapy for refractory auditory verbal hallucinations in schizophrenia: A pilot clinical trial // *Schizophr. Res.* 2018. Vol. 197. P. 176–181.
 36. Shea B.J., Grimshaw J.M., Wells G.A., Boers M. et al. Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews // *BMC Med. Res. Methodol.* 2007. N 1. P. 10.
 37. Smith V., Devane D., Begley C.M., Clarke M. Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions // *BMC Med. Res. Methodol.* 2011. N 1. P. 15.
 38. Steel Z., Marnane C., Iranpour C., Chey T. et al. The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013 // *Int. J. Epidemiol.* 2014. N 2. P. 476–493.
 39. Välimäki M., Hätönen H. M., Lahti M.E., Kurki M. et al. Virtual reality for treatment compliance for people with serious mental illness // *Coch. Data. System. Rev.* 2014. Vol. 2014. N 10.
 40. Valmaggia L.R., Day F., Rus-Calafell M. Using virtual reality to investigate psychological processes and mechanisms associated with the onset and maintenance of psychosis: a systematic review // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2016. N 7. P. 921–936.
 41. van 't Wout M., Spofford C.M., Unger W.S., Sevin E.B. et al. Skin Conductance Reactivity to Standardized Virtual Reality Combat Scenes in Veterans with PTSD // *Appl. Psychophysiol. Biofeedback*. 2017. N 3 (42). P. 209–221.
 42. Viana R.B., Dankel S.J., Loenneke J.P., Gentil P. et al. The effects of exergames on anxiety levels: A systematic review and meta-analysis // *Scand. J. Med. Sci. Sports*. 2020. T. 30. N 7. P. 1100–1116.
 43. Wechsler T.F., Mühlberger A., Kumpers F. Inferiority or even superiority of virtual reality exposure therapy in phobias? – A systematic review and quantitative meta-analysis on randomized controlled trials specifically comparing the efficacy of virtual reality exposure to gold standard in vivo exposure in Agoraphobia, Specific Phobia and Social Phobia // *Front. Psychol.* 2019. Vol. 10. N JULY.
 44. Wittkopf P.G., Lloyd D.M., Coe O., Yacoubali S. et al. The effect of interactive virtual reality on pain perception: a systematic review of clinical studies // *Disabil. Rehab.* 2020. Vol. 42. N 26. P. 3722–3733.
 45. Zayani D., Raynaud J.P., Revet A. Therapeutic and Preventive Use of Video Games in Child and Adolescent Psychiatry: A Systematic Review // *Front. Psychiatry*. 2020. Vol. 11. P. 36.
 46. Zeng N., Pope Z., Lee J., Gao Z. Virtual Reality Exercise for Anxiety and Depression: A Preliminary Review of Current Research in an Emerging Field // *J. Clin. Med.* 2018. N 3. P. 42.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ В ПСИХИАТРИИ

А.А. Мурашко

Данная статья является расширенным рефератом двух обзоров, посвященных изучению возможностей виртуальной реальности (VR) в психиатрии. В статье рассматриваются как методологические особенности существующих исследований по применению VR в психиатрии, так и терапевтические возможности. VR технологии могут применяться при широком спектре психических расстройств, включающем расстройства настроения, тревожные расстройства, шизофрению, равно как и расстройства развития, нейродегенеративные расстройства и нарушения восприятия боли. Методики VR могут использоваться в

качестве диагностических и терапевтических методов. Эффективность VR терапии отмечена во всех рассмотренных авторами работах, хотя и отличается по направленности и степени влияния среди разных психических расстройств. С целью внедрения VR технологий в медицинскую практику необходимо проведение высококачественных исследований для получения однозначных результатов в отношении их терапевтических преимуществ и экономической эффективности.

Ключевые слова: психические расстройства, лечение, новые технологии, виртуальная реальность, VR.

VIRTUAL REALITY APPLICATIONS IN PSYCHIATRY

A.A. Murashko

This article is an extended summary of two reviews on the role of virtual reality (VR) in psychiatry. The article examines both the methodological features of existing research on the use of VR in psychiatry, and the therapeutic possibilities. VR can be used for a wide range of mental disorders, including mood disorders, anxiety disorders, schizophrenia, as well as developmental disorders, neurodegenerative disorders and pain perception disorders. VR applications may be diagnostic and therapeutic.

The effectiveness of VR therapy is noted in all the studies, although it differs in methods and effect size among different mental disorders. The implementation of VR technologies in medical practice requires high-quality research to provide clear evidence of its' therapeutic and cost-efficiency benefits.

Key words: psychiatric disorders, treatment, new technologies, virtual reality, VR.

Мурашко Алексей Андреевич – младший научный сотрудник отделения клинко-социальных и биологических исследований расстройств психотического спектра Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала «ФГБУ НМИЦ ПН им В.П. Сербского» Минздрава России; email: murashko.a@serbsky.ru

КАТАТОНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ И ЕГО ВАРИАНТЫ В ИССЛЕДОВАНИЯХ И СИСТЕМАТИКЕ КАРЛА ЛЕОНГАРДА

В.В. Вожжов¹, О.И. Евстешина², С.А. Баскакова

¹ГБУЗ ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ

²ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ

Проблема диагностики кататонии – неспецифического для детского возраста полиэтиологического синдрома с разнообразными, но взаимосвязанными, двигательными, речевыми и регрессивными поведенческими нарушениями, актуальна для детской психиатрии, что связано как с недостаточной выраженностью кататонических симптомов у детей, так и отсутствием единого понятийного аппарата для их квалификации. В наше время термин кататония стал ограничиваться описанием отдельных проявлений нервно-психических заболеваний и имеет минимальное концептуальное значение в клинической практике. Существует большая путаница эталонных определений и терминов, используемых в оценочных шкалах [11]. Диагностика кататонических нарушений ограничивается констатацией отдельных симптомов, в то время как современные классификационные подходы в отношении других психических расстройств все больше внимания уделяют учету характера течения и временным рамкам. Большое количество разрабатываемых во многих странах диагностических шкал кататонии свидетельствует не столько об актуальности диагностических задач, сколько о недостаточной эффективности диагностических подходов. Утверждение одного из наиболее авторитетных современных исследователей кататонии М.Финк [15] «кататония – это не единая недифференцированная сущность, она имеет несколько различных форм», к сожалению, не находит отражения в существующей диагностической практике. С принятием МКБ-11, по образному выражению историка психиатрии Е.Шортера, удалось «вытащить кататонию из болота сопутствующих диагнозов, и сделать ее диагноз независимым у взрослых и детей» [28].

В немалой степени усиление интереса психиатров к кататоническим расстройствам в последние годы связано с описанием кататонических нарушений при ряде заболеваний, в том числе анти-NMDA-рецепторном энцефалите [8]. В детской психиатрии изучаются кататонические нарушения при расстройствах аутистического спектра, детской шизофрении, органических расстройствах, системных аутоиммунных заболеваниях, аутоиммунном энцефалите, обсессивно-компульсивном расстройстве, PRS (синдроме

всеобщего отказа), летальной кататонии, эпилепсии, химических интоксикациях ПАВ (соли, экстази, дизайнерские наркотики), метаболических и генетических нарушениях, подчеркивается роль депривации, насилия и психических травм в развитии кататонии у детей, разрабатываются оценочные шкалы кататонии при расстройствах аутистического спектра, вопросы дифференциальной диагностики кататонических состояний (в частности, с гиперкинетическими расстройствами), терапевтическая тактика [9, 12, 13, 27].

История создания Карлом Леонгардом классификации кататонических расстройств и концепции детской кататонии

Исследования выдающегося немецкого психиатра Карла Леонгарда строились как на скрупулёзном анализе огромного клинического материала, собранного на протяжении десятилетий практической деятельности, так и на традициях отдельного направления немецкой психиатрии, часто именуемого школой Вернике-Кляйста-Леонгарда (WKL) [1, 7, 16]. Если сотрудничество К.Вернике и К.Кляйста длилось всего лишь около полугода, то период сотрудничества Карла Леонгарда с К.Кляйстом начался в 1936 году в университетской клинике Кляйста в Франкфурте и продолжался до 1950 года [10]. Последние данные нейронауки показали правоту очень многих положений и гипотез школы WKL [1, 16]. Однако использование собственных названий ряда психических расстройств, намеренное избегание отдельных терминов, в частности, термина «шизоаффективное расстройство» [22], собственное понимание общепринятых определений (важно учитывать, что смысл терминов «шизофрении», «эндогенные психозы» в школе WKL отличен от общепринятых), использование классификаций с большим числом новых нозологических единиц (напр., К.Кляйст описал 26 нозологических единиц деменции) в настоящее время затрудняет изучение наследия этой школы.

Классификация так называемой системной кататонии, предложенная К.Леонгардом, расширяет и уточняет представления его учителя К.Кляйста. (Говоря об учителях К.Леонгарда необходимо упомя-

нуть Г.Шпехта, представляющего «звено» школы WKL – «Эрлангенскую школу психиатрии», и оказавшего существенное влияние на взгляды К.Леонгарда [10]). К.Кляйст, один из основоположников нейропсихиатрии, многие годы изучал двигательные расстройства при психических заболеваниях, в том числе на основе разработанной классификации человеческих движений. Согласно представлениям школы WKL действия человека можно разделить на спонтанные, выразительные, рефлекторные и реактивные. Выделялись также так называемые движения «короткого замыкания», которые представляют собой патологическое преувеличение непосредственных реакций на сенсорные впечатления, такие как внезапные или угрожающие раздражители. «Короткое замыкание» считалось чрезвычайно важным для диагностики нескольких эндогенных психозов WKL, таких как гиперкинетический моторный психоз, периодическая кататония и проскинетическая кататония. По мнению некоторых авторов, именно К.Кляйст первым пришёл к выводу о неспецифичности кататонического синдрома [30]. Кататонические расстройства описывались К.Леонгардом согласно созданной им классификации эндогенных психозов в рамках клиники циклоидных психозов (гиперкинетического-акинетического двигательного психоза, возбужденно-заторможенного психоза спутанности, психоза страха-счастья), несистемной шизофрении и системной шизофрении. Одной из заслуг К.Леонгарда является четкая дифференциация остро протекающих, периодических и хронических кататонических расстройств, при этом в последние десятилетия в отношении остро протекающих психозов он предпочитал говорить о гиперкинетически-акинетических расстройствах, не используя термин «кататония» [21, 22].

По мнению G.Gazdag и соавт. [17], П.О.Борисовой [2] классификация Карла Леонгарда, в том числе касающаяся кататонических расстройств, активно не применялась в клинической практике по причине сложности и несоответствия основным классификациям. На наш взгляд, несоответствия современным классификациям касаются в первую очередь используемых Карлом Леонардом названий, а не сути описанных им вариантов психозов, которые сопоставимы с понятиями и определениями современных классификаций МКБ-10 и МКБ-11. Изменения в МКБ во многом обусловлены дальнейшей разработкой идей Карла Леонгарда в отношении остро протекающих психозов, дифференцированного подхода к униполярной и биполярной депрессии, а также шизоаффективных расстройств его учениками и последователями, в том числе, С.Pertis [26]. Классификация К.Леонгарда кажется сложной только на первый взгляд из-за большого числа изученных и описанных расстройств как самостоятельных классификационных единиц, но, по сути, она является упрощенной за счет отсутствия стремления к спекулятивным теоретическим объединениям дискретных психопатологических

феноменов. Разнообразие кататонических симптомов неизбежно приводит к необходимости расширенной классификации. Но ни относительно простая классификация кататонических нарушений, предложенная пионером описания кататонии К.Кальбаумом, ни классификация К.Леонгарда, не нашли применения в современной практике, которая часто ограничивается разделением на формы возбуждения и ступора [18, 19]. Нельзя согласиться с мнением В.В.Дунаевского и А.В.Кузнецова, что «традиция школы Кляйста-Леонгарда рассматривала кататонию в качестве одного из вариантов системной шизофрении» [3]. Напротив, по мнению ряда исследователей, именно К.Кляйст первым пришёл к пониманию кататонии как неспецифического синдрома, встречающегося при ряде заболеваний [31]. Термин Карла Леонгарда «системная шизофрения» К.Кляйст в своих классификациях не использовал, по содержанию к нему близок термин К.Кляйста «экстенсивные формы шизофрений», аналогом одного из вариантов системной кататонии К.Леонгарда может служить один из 7 вариантов описанных К.Кляйстом хронического кататонического синдрома – «итеративная кататония» [1, 5]. Взгляды К.Кляйста и К.Леонгарда на природу кататонических нарушений имели отличия. К.Кляйст считал «шизофрению» нейродегенеративными заболеваниями, а К.Леонгард рассматривал «системную шизофрению» как органическое заболевание головного мозга неясной природы. Согласно представлениям К.Леонгарда, «высшая психическая деятельность человека чрезвычайно дифференцирована, и в ней взаимодействует множество функциональных узлов», при «системной шизофрении» могут поражаться отдельные функциональные узлы», (прослеживается аналогия с неврологическими узлами нервной системы, являющимися по сути также функциональными узлами), причём «в большинстве случаев поражается только одна система психики». Именно системный характер расстройства чаще всего проявляется при кататонии. Собственная классификация эндогенных расстройств, включая «системную кататонию», была сформулирована К.Леонгардом уже после прекращения сотрудничества с К.Кляйстом в 1957 году [1, 6].

В шестом издании своего основного труда «Систематика эндогенных психозов и их дифференциальная этиология» К.Леонгард включил педиатрический раздел. Опираясь на огромный педиатрический клинический опыт, полученный в Эрфурте и Берлине после второй мировой войны, Карл Леонгард обратил внимание на кататонию как на основной синдром при психозах раннего возраста и на проявления «аутоагрессивности» (самоповреждающего поведения в современной терминологии) у этих детей. По мнению E.Shorter и L.E.Wachtel [26], именно К.Леонгард в своей работе эффективно отделил кататонию от детской шизофрении. E.Shorter [3] считает, что с работами К.Леонгарда наступил «великий поворотный момент в отделении кататонии от шизофрении», одно-

временно высказывая сожаление, что эти работы спустя годы остаются практически неизвестными за пределами Центральной Европы. По мнению E.Shorter и L.E.Wachtel [29], работа 1986 года К.Леонгарда была в значительной степени упущена из виду, и это – «одна из многих печальных глав в истории послевоенной нозологии, когда новаторские взгляды великого теоретика-психиатра не были приняты за пределами узкого круга учеников». На наш взгляд, данное упущение связано с целым рядом обстоятельств: исследование было включено в 6-е издание известной книги, в названии которой никак не отражались новые главы, касающиеся детской психиатрии; смерть автора через два года после издания; вскоре наступившее объединение Германии с утратой школой К.Леонгарда ведущей позиции в ГДР; несоответствие взглядов школы Вернике-Кляйста-Леонгарда школам и взглядам ведущих психиатров Центральной Европы (Э.Крепелин, Э.Блейер, К.Ясперс, К.Шнайдер); ограниченный интерес к кататоническим расстройствам у детей в те годы в англоязычных странах [14]; появление книги с новыми главами на английском языке в США только в 1995 году, на русском языке – только в 2010 году (издание перевода в 1988 году с предисловием К.Леонгарда к русскому изданию не состоялось из-за смерти научного редактора перевода проф. В.М.Блейхера и последующего распада СССР); отсутствия дальнейшей разработки учения К.Леонгарда о кататонических расстройствах у детей немецкими исследователями, за исключением работы К.J.Neumärker [23].

Первоначально классификация кататонических синдромов создана К.Леонгардом на основе изучения взрослых пациентов клиники. Особую ценность для современной науки представляет тот факт, что значительная часть наблюдений проведена Карлом Леонгардом в период его работы во Франкфуртской клинике, в то время, когда «психофармакологическое лечение еще не проводилось, поэтому клиническая картина ничем не искажалась, не были отражены искусственные приводящие моменты» [6]. Клинические наблюдения К.Леонгарда «донейролептического периода» не потеряли актуальности для разграничения кататонических и вызванных нейролептиками расстройств, и, возможно, для понимания описанных в литературе нейролептических эффектов плацебо. В 6-ом и последующих изданиях книги «Систематика эндогенных психозов и их дифференциальная этиология» автором существенно сокращены клинические примеры, в предыдущих изданиях клиника «донейролептического периода» была изложена полнее [21].

Варианты кататонического синдрома в систематике Карла Леонгарда

Для детских психиатров интересны описания клиники и классификация кататонии у детей при «системной шизофрении». Исходя из современных диагностических позиций большинство приво-

димых клинических примеров укладываются в рамки расстройств аутистического спектра, что ограничивает рассмотрение кататонических расстройств во многообразии их проявлений. Термином «системная шизофрения», в противоположность термину «несистемная шизофрения», К.Леонгард обозначал не шизофрению в общепринятом понимании, а группу «организованных» органических мозговых синдромов. Как указывал Карл Леонгард [6], «даже если оспаривать наличие непосредственной связи кататонических синдромов с определёнными системами головного мозга, существенное значение этих синдромов сохраняется, они в любом случае доказывают, что поражение нервной системы не является хаотической смесью отдельных симптомов, а строгими синдромами». Современные исследования позволяют говорить не о поражении «систем» в понимании К.Леонгарда, а о визуализированных изменениях базальных ганглиев по таламокортикальным путям при кататоническом синдроме [24].

Карл Леонгард выделял 21 вариант кататонического синдрома в рамках системной кататонии. Среди вариантов кататонического синдрома К.Леонгард выделял шесть простых и пятнадцать комбинированных форм. С точки зрения так называемых «функциональных узлов» психики могут затрагиваться парные системы, элементы которых находятся «на разных полюсах» континуума и уравнивают друг друга: податливость-сопротивление, возбудимость-«оцепенелость», спонтанность-реактивность и другие. В зависимости от близости к тому или иному полюсу можно увидеть характерные закономерности проявления кататонического синдрома. Психические «функциональные узлы» рассматриваются аналогично неврологическим, но на другом, более высоком, уровне.

Были описаны следующие формы кататонии:

Простые

1. Паракинетическая кататония.
2. Манерная кататония.
3. Проскинетическая кататония.
4. Негативистическая кататония.
5. Кататония речевой готовности.
6. Кататония речевой заторможенности.

Комбинированные

7. Кататония речевой готовности в сочетании с паракинетической кататонией.
8. Кататония речевой готовности в сочетании с проскинетической кататонией.
9. Кататония речевой готовности в сочетании с манерной кататонией.
10. Кататония речевой готовности в сочетании с негативистической кататонией.
11. Кататония речевой готовности в сочетании с кататонией речевой заторможенности.
12. Кататония речевой заторможенности в сочетании с проскинетической кататонией.
13. Кататония речевой заторможенности в сочетании с паракинетической кататонией.

14. Кататония речевой заторможенности в сочетании с негативистической кататонией.

15. Кататония речевой заторможенности в сочетании с манерной кататонией.

16. Проскинетическая-паракинетическая кататония.

17. Проскинетически-манерная кататония.

18. Проскинетически-негативистическая кататония.

19. Негативистически-манерная кататония.

20. Негативистически-паракинетическая кататония.

21. Паракинетически-манерная кататония.

Карлом Леонгардом подробно изложено своеобразие двигательных, речевых и поведенческих нарушений при каждом описанном варианте, которое проиллюстрировано подробными клиническими примерами. Краткое изложение описанных Карлом Леонгардом основных вариантов кататонического синдрома представлено в табл. 1.

Если расположить варианты кататонических синдромов по мере возрастания проявлений негативизма в структуре синдрома (по образному выражению К.Леонгарда от точки «поддакивания» до точки «отрицания»), то основные простые синдромы будут расположены следующим образом: проскинетическая кататония, кататония речевой готовности, паракине-

тическая кататония, манерная кататония, кататония речевой готовности, негативистическая кататония.

Следует отметить, что используемые Карлом Леонгардом названия кататонических синдромов не в полной мере отражают описываемую им клинику. Например, как указывал сам Карл Леонгард, при кататонии речевой готовности (*sprechbereite Katatonie*) речь не идёт об особой словоохотливости таких больных. К.Леонгард разделял манерность и вычурность. Манерная форма, по его мнению, проявляется в том, что можно наблюдать сохранение общей схемы движения при отсутствии промежуточных спонтанных двигательных элементов, произвольной моторики, в частности мимики и жестов, что приводит к застыванию, малоподвижности и однообразию поведения (оцепенелость). Вычурность же движений проявляется в повторяющейся последовательности причудливых движений, часто индивидуально неповторимых, например, пациент берет ложку только кончиками пальцев и вращательными движениями подносит ее ко рту, или перед тем, как пройти в дверь, совершает причудливые поклоны и повороты. *Proskinesia* – симптом кататонии, описанный К.Леонгардом, при котором любое внешнее раздражение вызывает

Таблица 1

Основные варианты кататонического синдрома в систематике К.Леонгарда

Вариант кататонического синдрома	Симптомы		
	Движения	Речь	Аффект / Поведение / Мышление
Кататония речевой готовности	Отсутствие жестикуляции, полная невыразительность мимики	Мимоговорение, эхолалии, персеверации, контаминации, аграмматичность речи	Мыслительные и речевые реакции по типу «короткого замыкания»; отсутствие инициативы, распад волевых и эмоциональных качеств, аутизм
Кататония речевой заторможенности	Психомоторная заторможенность, отвлеченное выражение лица, согнутая спина с наклоном вперед в позе сидя, бедная мимика	Диалог с несуществующими образами, вне связи с актуальной ситуацией	Инертность, отрешенность, фантастические переживания, конфабуляции, грезы, возбуждение вне связи с происходящим вокруг, инкогерентное мышление
Проскинетическая кататония (поддакивающая)	Реактивные автоматические движения, <i>стимульный автоматизм</i> , готовность к соучастию чужим действиям, «теребление» предметов	«Бормочущая» речь, усиливающаяся при внешней стимуляции, приглушенная речь, вербигерации	Безынициативность, безучастность, утрата инициативы, эмоциональное уплощение, отдельные идеи отношения, амбитендентность
Негативистическая кататония (отрицающая)	Поворот головы в противоположную сторону от туловища, повороты разных частей тела в разные стороны, импульсивный автоматизм, угловатая моторика	Отрицание, протестные высказывания	Отказ от действия, противодействие, сопротивление, раздражительность, амбивалентность, амбитендентность, негативистическое возбуждение, эмоциональная «пустота», мышление нарушено незначительно
Паракинетическая кататония	Гримасничанье, подергивание плечами, покачивание тела, легкое выкручивание рук (паракинезы), псевдоэкспрессивные движения, движения «рывками», отсутствие связи элементов двигательного акта	Номинация окружающих предметов без функции сообщения, неартикулированные звуки, короткие, отрывочные аграмматичные предложения	Беззаботно-удовлетворенное настроение, реактивная импульсивность, волевые «рывки», скачкообразное мышление
Манерная кататония	Обеднение произвольной моторики, застывшая осанка, стереотипные формы движений, «оцепенелость», застывания, ограничения спонтанности движений, бедность мимики, манерность двигательная и манерность бездействия	Запутанная речь, соскальзывания, отсутствие модуляции речи	Безучастность, депрессия, чередование апатии с возбудимостью, «чуждачества», относительная эмоциональная сохранность, отсутствие значительных нарушений интеллекта и паралогичности суждений

содействующую двигательную реакцию (противоположность негативизма). Паракинетическую форму изначально К.Леонгард называл «дурашливой». При этом К.Леонгард четко дифференцировал кататонию и гебефрению, считая, что гебефрения может развиваться не раньше, чем в препубертатный период. В представлении К.Кляйста и К.Леонгарда, в основе дурашливости при гебефрении лежит эмоциональный распад, тогда как при паракинетической кататонии (для которой характерна дурашливость) – двигательные нарушения. Паракинетическая кататония часто описывается другими авторами в рамках кататоно-гебефренного синдрома.

Особенности проявлений вариантов кататонического синдрома в систематике Карла Леонгарда в детском возрасте

Регрессивный характер кататонических расстройств приводит к существенному сходству кататонических нарушений у детей и взрослых, а существующие различия, по мнению Карла Леонгарда, проявляются главным образом в уровне речевого развития [6]. В отечественной детской психиатрии в последние годы принято выделять так называемый кататоно-регрессивный синдром. Этот термин отражает исключительно динамику становления кататонических нарушений, что обычно не позволяет исследователям разграничивать кататоническую и кататоно-регрессивную симптоматику при ее описании [4].

Карлом Леонгардом было обследовано 117 детей, из которых 109 – проспективно, изучалась семейная отягощенность. При этом роль наследственности оказалась минимальной. Вредности органического характера, по мнению К.Леонгарда, предрасполагали к развитию кататонии, но не являлись сами по себе причиной. Депривация в раннем возрасте и отсутствие братьев и сестер были выявлены у значительного числа обследованных детей.

К.Леонгард рассматривал кататонию в детском возрасте как некую «модификацию» взрослых вариантов, обусловленную возрастными особенностями психики. Например, если у взрослого можно наблюдать скудость речи, то у ребенка – полный мутизм (при кататонии речевой заторможенности), если у взрослого отмечается повышенная речевая инициатива, то у ребенка – успешное речевое развитие наряду с общим отставанием (при кататонии речевой готовности). В связи с высокой двигательной активностью в детском возрасте автоматические движения при проскинетической кататонии более интенсивны. Сходна кататония у взрослых и детей в случаях, когда речь ребенка хорошо развита. Особенности, свойственные детской кататонии, выступают на первый план при раннем начале расстройства (до 3 лет), значительно нарушающем развитие, и практически исчезают при дебюте заболевания в 5–6 лет. Наряду с повышенной двигательной активностью, свойственной детям, при начале болезни в раннем возрасте отмечаются «детская» лабильность

и крайняя степень выраженности эмоций, когда незначительные стимулы вызывают бурные реакции (не улыбку, а громкий смех, не грусть, а неудержимый плач и так далее).

Основные особенности вариантов кататонии в детском возрасте, выделенные Карлом Леонгардом, представлены в табл. 2.

Комбинированные формы детской кататонии встречаются реже, а исключительно у детей в единичных случаях К.Леонгард наблюдал сочетание трех форм кататонии. В детском возрасте симптомы разных форм выступают отчетливо и диагностика комбинированных и смешанных форм кататонии не представляет труда.

Обсуждение

Систематика Карла Леонгарда в последние десятилетия оказала заметное влияние на концепции классификаций DSM-5 и МКБ-11, можно даже говорить о запоздалом триумфе школы WKL в отношении понимания ряда психотических расстройств. Изменилось понимание расстройств личности, и термин К.Леонгарда «акцентуации» нашел свое отражение в МКБ-11. Международная классификация болезней 11 пересмотра позволяет рассматривать кататонию в качестве основного диагноза, избавив врачей от необходимости следовать привязанным к другим диагнозам протоколам, ограничивающих выбор терапевтических и коррекционно-реабилитационных возможностей, и этому в определенной степени способствовали и работы К.Кляйста и К.Леонгарда. Однако систематика кататонических расстройств, предложенная К.Леонгардом, остается неустраивающей. При этом продемонстрирована недостаточная эффективность диагностики кататонии в соответствии с рубриками и определениями международных классификаций, а шкальные диагностические инструменты не отражают многообразия вариантов ее проявления. Широко применяемая и первоначально созданная для взрослых шкала Буша-Фрэнсиса (BFCRS) успешно адаптирована для рейтинговой оценки кататонии у детей, что также подтверждает указанное К.Леонгардом сходство кататонических нарушений в разных возрастных группах. Симптомы, которые он описывал, представлены во всех 23 пунктах шкалы, но шкала может установить лишь наличие или отсутствие кататонии [1]. V.Peralta, M.J.Cuesta [25] выделяют только 11 признаков кататонии: мутизм, ступор, негативизм, вербигерация, манерность, эхопраксия, оцепенение, позерство, ригидность, автоматическое подчинение, протестность; совпадение по трем и более пунктам позволяет им говорить о кататонии (диагностические критерии DSM-5 позволяют при наличии трех из 12-ти симптомов диагностировать кататонию как коморбидное состояние при расстройствах аутистического спектра). Поэтому использование оценочных шкал и критериев оценки в детском возрасте в отдельных случаях может привести к гипер-

Особенности вариантов кататонии в детском возрасте в систематике К.Леонгарда

Вариант кататонического синдрома	Особенности проявления в детском возрасте	Примечание
Кататония речевой готовности	Сопровождение мимико-ответов спонтанными высказываниями, повышенная двигательная активность (жесты), эхолалии	Регресс не затрагивает речевую функцию
Кататония речевой заторможенности	Повышенная двигательная готовность, хватание предметов, не связанное с ложными ощущениями, сосредоточенность на внутренних переживаниях, что отражается в мимике, никак не связанной с ситуацией	
Проскинетическая кататония	Теребление и хватание предметов; «бормотание» и вербигерации отсутствуют по причине незрелости речевой функции, относительно более чем у взрослых выраженная эмоциональная экспрессия	Диагностика данной формы в детском возрасте затруднена из-за недостаточной выраженности основных речевых симптомов. Следует дифференцировать с возбудимыми вариантами при умеренной и тяжелой умственной отсталости. Критерии дифференциации: мимическая выразительность эмоций, интерес и реальное намерение/тяга при хватании предметов при умственной отсталости
Негативистическая кататония	«Сгущение» негативистической симптоматики, негативистическая возбужденность, аутоагрессия, общая агрессивность и следование инстинктивным потребностям, стимульный автоматизм, амбивалентность, нежелание вступать в контакт, угловатость моторики	
Паракинетическая кататония	Более выраженное по степени беспокойство, монотонность движений, недоразвитие речи	
Манерная кататония	Более однообразный характер «манерничания» (раскачивание туловищем и головой), по типу простых стереотипий, никак не связанных с ситуацией, мутизм, отсутствие выразительной моторики	Чем раньше начало, тем проще и более однообразно могут быть движения

диагностике кататонии или диагностическим неточностям. Например, эхолалии, мутизм в сочетании с негативизмом, обусловленным трудностями адаптации, может наблюдаться и при сенсорной алалии, а негативизм в сочетании с возбуждением и отдельными стереотипными движениями встречается при умеренной и тяжелой умственной отсталости.

На наш взгляд, описанные и систематизированные К.Леонгардом варианты кататонии могут быть использованы при описании кататонических синдромов различной этиологии, а также найти применение в работе не только детских психиатров при диагностике и разработке дифференцированных подходов к терапии, но и в работе смежных специалистов, в том числе психологов при проведении экспериментально-психологической диагностики. Необходимо напомнить, что именно К.Кляйст впервые ввел обязательное экспериментально-психологическое исследование больных психозами в своей клинике, этому принципу следовал и К.Леонгард [1]. Правильное понимание и оценка проявлений психических нарушений в рамках определенного варианта кататонического синдрома специалистами смежных профессий может способствовать улучшению коррекционной, реабилитационной работы и полипрофессионального взаимодействия. Для логопедической, дефектологической, психологической диагностики и коррекции важна не столько оценка отдельных симптомов,

сколько их иерархический синдромальный анализ. Оптимизация пути коррекционного вмешательства возможна при условии, когда клинический психолог будет указывать в заключении по результатам экспериментально-психологического исследования на признаки, характерные для определенного варианта кататонического синдрома; логопед понимать, в каких случаях эхолалия является признаком кататонического синдрома, а в каких связана с импрессивным аграмматизмом при речевом расстройстве; педагог будет различать теребление и хватание при проскинетическом варианте кататонии и похожие признаки при гиперкинетических расстройствах, дифференцировать негативизм при кататонии от протестно-негативистических реакций при оппозиционно-вызывающем расстройстве. Дифференциация гиперкинезов и паракинезов важна при выборе дидактических средств для организации деятельности детей и создания терапевтической среды. Понимание характера кататонических нарушений может помочь выбирать цели коррекционных и реабилитационных мероприятий, повысить их эффективность, исключить недостаточно результативные практики.

Систематика вариантов кататонического синдрома Карла Леонгарда представляет не только исторический интерес, но и может найти применение в современной детской психиатрии в связи с изменениями диагностических концепций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беккер Р.А., Быков Ю.В., Морозов П.В. Выдающиеся психиатры XX века. М.: ИД «Городец», 2019. 256 с.
2. Борисова П.О. Нозологическая дилемма и клинический полиморфизм феномена кататонии // Психиатрия. 2018. Т.18. № 2. С 61–70.
3. Дунаевский В.В., Кузнецов А.В. Кататония – эволюция взглядов и современные представления // Обзорные психиатрии и медицинской психологии. 2019. № 4–2, С. 29–40.
4. Куликов А.В. Кататонические и кататонно-регрессивные расстройства при психотических формах РАС и детской шизофрении // Дети. Общество. Будущее. Т. 1. М.: КНОРУС, 2020. С. 266–268.
5. Леонгард К. Атипичные психозы и учение Кляйста об эндогенных психозах // Клиническая психиатрия / Под ред. Г.Груле, Р.Юнга, В.Майер-Гросса, М.Мюллера. М.: Медицина, 1967. С. 59–102.
6. Леонгард К. Систематика эндогенных психозов и их дифференциальная этиология / Под ред. А.С.Тиганова. М.: Практическая медицина, 2019. 456 с.
7. Петрюк П.Т., Петрюк А., Каленюк А.Ф., Дойчук П.Л., Хрыкин В.Н. Слово о профессоре Карле Леонгарде – выдающемся немецком психиатре, неврологе, психологе // Таврический журнал психиатрии. 2012. Т. 16, № 4. С. 201–207.
8. Шмуклер А.Б. Кататония при соматических заболеваниях: роль анти-NMDA рецепторного энцефалита // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Т. 30. № 4, С. 87–89.
9. Benarous X., Raffin M., Ferrafiat V., Consoli A., Cohen D. Catatonia in children and adolescents: New perspectives // Schizophr. Res. 2017. Vol. 200, P. 56–67.
10. Braun B. Carl Wernicke (1848–1905) and the “Wernicke-Kleist-Leonhard school”. Connections to “Erlangen school” of psychiatry // Fortschritte der Neurologie Psychiatrie. 2020. Vol. 88. N10. P. 652–660.
11. Carroll B., Kirkhart R., Ahuja N., Soovere I., Lauterbach E., Dhossche D., Talbert R. Catatonia: a new conceptual understanding of catatonia and a new rating scale. // Psychiatry (Edmont). 2008. Vol. 5. N. 12. P. 42–50.
12. Dhossche D., Ross C., Stoppelbein L. The role of deprivation, abuse, and trauma in pediatric catatonia without a clear medical cause // Acta Psychiatr. Scand. 2012. Vol.125. P. 25–32.
13. Dhossche D. Catatonia in autism spectrum disorders: diagnosis, therapy and clinical science // Autism Developmental Dis. 2019. Vol. 17. N 1. P 24–35.
14. Fink M. Hidden in plain sight: catatonia in pediatrics // Acta Psychiatr. Scand. 2012. Vol. 125. P. 11–12.
15. Fink M. Rediscovering catatonia: the biography of a treatable syndrome // Acta Psychiatr. Scand. 2012. Vol.127. P. 44–47.
16. Foucher J., Gawlik M., Roth J., Crespín de Billy C., Jeanjean L., Obrecht A., Mainberger O., Clauss J., Elowe J., Weibel S., Schorr B., Cetkovich M., Morra C., Rebok F., Ban T., Bollmann B., Roser M., Hanke M., Jabs B., Franzek E., Berna F., Pfuhlmann B. Wernicke-Kleist-Leonhard phenotypes of endogenous psychoses: a review of their validity // Dialogues Clin. Neurosci. 2020. Vol. 22. N 1. P. 37–49.
17. Gazdag G., Takács R., Ungvári G. Catatonia as a putative nosological entity: A historical sketch // World J. Psychiatry. 2017. Vol.7. N 3. P. 177–183.
18. Kahlbaum K. Catatonia. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1973.
19. Kahlbaum K.L. Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Berlin: Verlag August Hirschwald, 1874. 124 s.
20. Leonhard K. Is the concept of «schizoaffective psychoses» prognostically of value? // Psychiatr. Clin. 1983. Vol. 16. P. 178–185.
21. Leonhard K. The Classification of Endogenous Psychoses. Irvington, 1979.
22. Leonhard K. “Zur Unterteilung und Erbibiologie der Schizophrenien. 2. Mitteilung: kombiniert-systematische und periodische Katatonien” // Allg. Z. Psych. u. ihre Grenzgebiete. 1942. Bd. 121. S. 1–35.
23. Neumärker K. Leonhard and the classification of psychomotor psychoses in childhood and adolescence // Psychopathology. 1990. Vol. 23, P. 243–252.
24. Northoff G. Catatonia and neuroleptic malignant syndrome: psychopathology and pathophysiology // Psychiatr. Res Neuroimaging. 2002. Vol. 109. N12. P. 1453–1367.
25. Peralta V., Cuesta M.J. Motor features in psychotic disorders. II. Development of diagnostic criteria for catatonia // Schizophr. Res. 2001. Vol. 47. P.117–126.
26. Perris C. The concept of cycloid psychotic disorder // Psychiatric developments. 1988. Vol. 6. P. 37–56.
27. Remberk B., Szostakiewicz Ł., Kałwa A., Bogucka-Bonikowska A., Borowska A., Racicka E. What exactly is catatonia in children and adolescents // Psychiatria Polska. 2020. Vol. 31. N 4. P.759–775.
28. Shorter E. Making childhood catatonia visible, separate from competing diagnoses // Acta Psychiatr. Scand. 2012. Vol. 125 P. 3–10.
29. Shorter E., Wachtel L. Childhood catatonia, autism and psychosis past and present: is there an «iron triangle»? // Acta Psychiatr. Scand. 2013. Vol. 128. N 1. P. 21–33.
30. Silveira A. Cerebral systems in the pathogenesis of endogenous psychoses // Arquivos de Neuro-Psiquiatria. 1999. Vol.57. N 4. P.1046–1056.
31. Silveira A. Cerebral systems in the pathogenesis of endogenous psychoses // Arquivos de Neuro-Psiquiatria. 1999. Vol.57. N 4. P.1046–1056.

КАТАТОНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ И ЕГО ВАРИАНТЫ В ИССЛЕДОВАНИЯХ И СИСТЕМАТИКЕ КАРЛА ЛЕОНГАРДА

В.В. Вожжов, О.И. Евстешина, С.А. Баскакова

В статье рассмотрены варианты кататонического синдрома у детей в соответствии с концепцией, представленной в трудах Карла Леонгарда. Проведено сопоставление систематизации Карла Леонгарда с современными взглядами на кататонию у детей. Обсуждаются подходы к исследованию и оценке вариантов кататонического синдрома специ-

алистами в области детской психиатрии, а также возможности их применения в современной практике.

Ключевые слова: систематика вариантов кататонического синдрома, Карл Леонгард, школа WKL, кататония в детском возрасте, диагностика кататонии у детей, кататония в МКБ-11.

PEDIATRIC CATATONIA AND ITS SUBTYPES IN KARL LEONHARD'S RESEARCH AND CLASSIFICATION

V.V. Vozhzhov, O.I. Evsteshina, S.A. Baskakova

The article presents the subtypes of pediatric catatonia in accordance with the concept of Karl Leonhard. We compared the Karl Leonhard's classification with modern views on pediatric catatonia. We discussed the approaches to the research and evaluation of different subtypes of catatonia

by specialists in the field of pediatric psychiatry as well as the possibilities of their application in modern clinical practice.

Key words: classification of catatonia, Karl Leonhard, WKL school, pediatric catatonia, diagnosing catatonia in children, catatonia in ICD-11.

Вожжов Владимир Владимирович – кандидат медицинских наук, врач-психиатр ГБУЗ ПКБ№1 им. Н.А.Алексеева ДЗМ; email: vzhzh@inbox.ru

Евстешина Ольга Ивановна – медицинский психолог ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой ДЗМ; email: olga-evsteshina@yandex.ru

Баскакова Софья Александровна – врач-психиатр, врач-психотерапевт, Москва; email: adelgess@mail.ru