



ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

имени В. М. Бехтерева



№ 3

2018 год

ГЛИАТИЛИН

ОРИГИНАЛЬНЫЙ ХОЛИНА АЛЬФОСЦЕРАТ



ВОЗВРАЩАЕТ В АКТИВНУЮ ЖИЗНЬ

ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА, ЧМТ, С ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ДЕМЕНЦИЕЙ¹⁰

- ✓ Наиболее эффективно проникает через ГЭБ и устраняет дефицит холина^{3,4,9}
- ✓ Уменьшает объем инфарктной зоны в головном мозге⁵
- ✓ Восстанавливает сознание, речь, движение, память⁴⁻⁸
- ✓ Способствует эффективной реабилитации^{1,2,4,5,7}



**НОВЫЕ
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ
ФОРМЫ ВЫПУСКА**

Ампулы 1000 мг/3 мл

Раствор для приема внутрь 600 мг/7 мл

РЕКЛАМА

П №011966/01



CSC

www.cscpharma.ru

ITALFARMACO

1. Amenta F. et al The ASCOMALVA Trial Interim results after Two Years of treatment. Journal of Alzheimer's Disease vol. 42, 281-288, 2014//2. Carotenuto A. et al The effect of the Association between Donepezil and Choline Alfoscerate on Behavioral Disturbances in Alzheimer's Disease: Interim Results of the ASCOMALVA Journal of Alzheimer's Disease 2017, vol.56, №2, pp 805-815// 3. Tayebati S.K. et al Effect of choline-containing phospholipids on brain cholinergic transporters in the rat. J. Neurol. Sci. 2011 Mar 15; 302(1-2): 49-57// 4. Т.Н. Саватеева, П. П. Якуцени, И.Ю. Лукьянова, В.В. Афанасьев Структура-функция-терапевтический эффект Изд. Атмосфера. Нервные болезни. 2, 2011 стр. 27-36// 5. М.М. Одинак, И. А. Вознюк, М.А. Пирадов и соавт. Многоцентровое (пилотное) исследование эффективности Глиатилина при остром ишемическом инсульте. Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2010 Том 4 №1 20-28// 6. Muratori A. et al A neurotropic approach to the treatment of multi infarct dementia using L-alpha glyceryl phosphorilcholine. Curr. Ther. Res 52, 741-751// 7. Мищенко Т.С. Мищенко В.Н., Лапшина И.А. Глиатилин в лечении постинсультных больных Здоровье Украины №3(22), октябрь 2012.//8. Mandat T. et al. Preliminary evaluation of risk and effectiveness of early choline alfoscerate treatment in craniocerebral injury. Neurol. Neurochir. Pol. 2003; 37; 6 12311238//9. Инструкция по применению лекарственного препарата Глиатилин//10. Стандарты специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга, черепно-мозговой травме, деменции.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников

Российское общество психиатров
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева»
Министерства здравоохранения РФ (учредитель)
ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
имени В.М. Бехтерева
№ 3, 2018

V.M. BEKHTEREV REVIEW OF PSYCHIATRY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

Главный редактор

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

Заместители главного редактора

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

Члены редакционной коллегии

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

С.Н. Мосолов, д.м.н., профессор, засл. деятель науки РФ (Москва)
А.Б. Шмуклер, д.м.н., профессор (Москва)
О.Ю. Шелкова, д.псих.н., профессор (Санкт-Петербург)
В.М. Ялтонский, д.м.н., профессор (Москва)

Члены редакционного совета

Ю.А. Александровский, д.м.н., профессор,
чл.-корр. РАН (Москва)
С.А. Алтынбеков, д.н.м., профессор (Алматы)
М. Аммон, д.псих.н. (Берлин)
Т.Н.Балашова к.псих.н., профессор (Оклахома)
Н.А. Бохан, д.м.н., профессор, академик РАН,
засл. деятель науки РФ (Томск)
Л.И. Вассерман, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)
В.Д. Вид, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)
А.Ю. Егоров, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)
С.Н. Ениколопов, к.псих.н., доцент (Москва)
Х. Кассинов, профессор (Нью-Йорк)
В.Н. Краснов, д.м.н., профессор (Москва)
О.В. Лиманкин, д.м.н. (Санкт-Петербург)
Н.Б. Лутова, д.м.н. (Санкт-Петербург)
В.В. Макаров, д.м.н., профессор (Москва)
П.В. Морозов, д.м.н., профессор (Москва)
В.Э. Пашковский, д.м.н. (Санкт-Петербург)
Н.Н. Петрова, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)
Ю.В. Попов, д.м.н., профессор, засл. деятель науки РФ
(Санкт-Петербург)

П.И. Сидоров, д.м.н., профессор, академик РАН (Архангельск)
А.Г. Софронов, д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН
(Санкт-Петербург)

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

А.С. Тиганов, д.м.н., профессор, академик РАН (Москва)
Б.Д. Цыганков, д.м.н., профессор, член-корр. РАН (Москва)
С.В. Цыцарев, профессор (Нью-Йорк)
Е. Чкония, д.м.н. профессор (Тбилиси)
А.В. Шаболтас, к.псих.н. (Санкт-Петербург)
В.К. Шамрей, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)
В.М. Шкловский, д.пс.н., профессор, академик РАО (Москва)
Э.Г. Эйдемиллер, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)
К.К. Яхин, д.м.н., профессор (Казань)

Editor-in-chief

N.G. Neznanov (Saint-Petersburg)

Deputy Chief Editor

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

Editorial board

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

S.N. Mosolov (Moscow)
A.B. Shmukler (Moscow)
O.Yu. Shchelkova (Saint-Petersburg)
V.M.Yaltonsky (Moscow)

Editorial council

Yu.A. Alexandrovsky (Moscow)
С.А. Altynbekov (Almaty)
M. Ammon (Berlin)
T.N.Balachova (Oklahoma)
N.A. Bohan (Tomsk)

L.I. Wasserman (Saint-Petersburg)
V.D. Vid (Saint-Petersburg)
A.Yu. Egorov (Saint-Petersburg)
S.N. Enikolopov (Moscow)
H. Kassinove (New York)
V.N. Krasnov (Moscow)
O.V. Limankin (Saint-Petersburg)
N.B. Lutova (Saint-Petersburg)
V.V. Makarov (Moscow)
P.V. Morozov (Moscow)
V.E. Pashkovskiy (Saint-Petersburg)
N.N. Petrova (Saint-Petersburg)
Yu.V. Popov (Saint-Petersburg)

P.I. Sidorov (Arkhangelsk)
A.G. Sofronov (Saint-Petersburg)

E.V. Snedkov (Saint-Petersburg)
S. Tiano (Tel-Aviv)

A.S. Tiganov (Moscow)
B.D. Tsygankov (Moscow)
S.V. Tsytsarev (New York)
E. Chkonია (Tbilisi)
A.V. Shabolts (Saint-Petersburg)
V.K. Shamrej (Saint-Petersburg)
V.M. Shklovsky (Moscow)
E.G. Eidemiller (Saint-Petersburg)
K.K. Yakhin (Kazan)

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

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

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

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

Издательский дом «Арс меденти». Генеральный директор С.Н. Александров, главный редактор О.В. Островская
Почтовый адрес издательства: г. Санкт-Петербург, 191119, а/я 179, тел/факс +7 812 6700256. E-mail: amedendi@mail.ru
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

По вопросам рекламы обращаться к директору издательства.

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ	INVESTIGATIONS
<p>Специфический когнитивный дефицит у детей с гиперкинетическим расстройством <i>Гасанов Р.Ф.</i></p> <p>Атаки гнева и «гневные расстройства»: клиническая релевантность, проблема классификации, коморбидности и терапии (обзор литературы) <i>Симуткин Г.Г.</i></p>	<p>Specific cognitive deficits in children with hyperkinetic disorder <i>Gasanov R.F.</i></p> <p>Anger attacks and «anger disorders»: clinical relevance, problem of classification, comorbidity and therapy (review) <i>Simutkin G.G.</i></p>
ИССЛЕДОВАНИЯ	INVESTIGATIONS
<p>Особенности непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией в инициальном периоде заболевания <i>Громов С.А., Липатова Л.В., Якунина О.Н., Сивакова Н.А.</i></p> <p>Психологическая диагностика факторов риска вовлечения подростков в употребление наркотических веществ: разработка методического комплекса Часть 1. Структура шкал и психометрические характеристики <i>Деменко Е.Г., Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Брюн Е.А., Аршинова В.В.</i></p> <p>Однонуклеотидный полиморфизм MTHFR677C>T и выраженность метаболических побочных эффектов антипсихотиков у больных шизофренией: результаты пилотного исследования <i>Косатая М.А., Марыина А.В., Сергеева А.В., Жилыева Т.В., Благодравова А.С., Мазо Г.Э.</i></p> <p>Динамика восприятия качества жизни у пациентов с когнитивным снижением в период пребывания в комплексной программе нейрокогнитивной реабилитации <i>Курмышев М.В., Савилов В.Б., Костюк Г.П.</i></p> <p>Клинико-психологическая и психофизиологическая характеристика головной боли напряжения у лиц, подвергшихся радиационному воздействию <i>Литвинчук Е.А., Кантина Т.Э.</i></p> <p>Субъективное восприятие психоза у больных шизофренией: опыт транскультурального исследования <i>Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Новикова К.Е., Вид В.Д.</i></p> <p>Особенности сексуальности как «я-функции» Больных эпилепсией <i>Соснина В.Г., Сарайкин Д.М., Липатова Л.В.</i></p> <p>Формирование и течение алкоголизма, особенности суицидального поведения у лиц, перенесших алкогольный психоз (гендерный аспект) <i>Уманская П.С., Агарков А.П., Агарков А.А.</i></p>	<p>The features of nonpsychotic mental disorders in patients with epilepsy in the initial period of the disease <i>Gromov S.A., Lipatova L.V., Yakunina O.N., Sivakova N.A.</i></p> <p>Psychological diagnostic of risk factors for involving adolescents in the use of narcotic substances: the development of a methodical complex. Part 1. Scale structure and psychometric characteristics <i>Demenko E.G., Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh., Brun E.A., Arshinova B.V.</i></p> <p>Single nucleotide polymorphism MTHFR677C>T and the severity of metabolic side effects of antipsychotics in patients with schizophrenia: the results of a pilot study <i>Kosataya M.A., Marina A.V., Sergeeva A.V., Zhilyaeva T.V., Blagodaravova A.S., Mazo G.E.</i></p> <p>Dynamics of life quality perception among patients with cognitive decline during an integrated rehabilitation process <i>Savilov V.B., Kurmyshev M.V., Kostyuk G.P.</i></p> <p>Clinical-psychological and psychophysiological characteristics of tension headache in people affected by radiation exposure <i>Litvinchuk E.A., Kantina T.E.</i></p> <p>Subjective perception of psychosis in patients with schizophrenia: the experience of transcultural research <i>Lutova N.B., Sorokin M.Yu., Novikova K.E., Vid V.D.</i></p> <p>Sexuality features as ego-function in patients with epilepsy <i>Sosnina V.G., Saraykin D.M., Lipatova L.V.</i></p> <p>Formation and course of alcoholism, features of suicidal behavior in persons who have experienced alcoholic psychosis (gender aspect) <i>Umanskaya P.S., Agarkov A.P., Agarkov A.A.</i></p>
ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ	TALKING SHOP
<p>Некоторые проблемные и дискуссионные вопросы психосоматических соотношений и соматоформных расстройств с позиций клинической психиатрии <i>Литвинцев С.В.</i></p>	<p>Some problematic and discussion issues of psychosomatic relationships and somatoform disorders from the standpoint of clinical psychiatry <i>Litvintsev S.V.</i></p>
В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ	GUIDELINES FOR THE PRACTITIONER
<p>Роль ацетилхолиновой нейротрансмиссии в фармакотерапии когнитивной дисфункции <i>Захаров Д.В., Михайлов В.А.</i></p>	<p>The role of acetylcholine neurotransmission in the pharmacotherapy of cognitive dysfunction <i>Zaharov D.V., Mikhailov V.A.</i></p>
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА	PSYCHIATRIC NEWSPAPER
<p>Социально-этические аспекты самоубийства в романе Л.Н. Толстого «Анна Каренина» (часть 1) <i>Безчасный К.В.</i></p> <p>Динамическая психиатрия — персонализированная модель лечения, ориентированная на личность пациента (к столетию со дня рождения Г. Аммона) <i>Васильева А.В.</i></p> <p>Об организации «Международного общества друзей В.М. Бехтерева» <i>Незnanов Н.Г., Акименко М.А.</i></p>	<p>Social and ethical aspects of suicide in the novel by L.N. Tolstoy «Anna Karenina» (Part 1) <i>Bezchasny K.V.</i></p> <p>Dynamic psychiatry — patients personality oriented personalized treatment model (to the centenary of Gunter Ammon birth) <i>Vasileva A.V.</i></p> <p>On the Foundation of the “V. M. Bekhterev Friends’ International Society” <i>Neznanov N.G., Akimenko M.A.</i></p>

Специфический когнитивный дефицит у детей с гиперкинетическим расстройством

Гасанов Р.Ф.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ

Резюме. В статье обзорного характера рассматриваются особенности специфического когнитивного дефицита у детей с гиперкинетическим расстройством. Наблюдаемая в этих случаях неравномерность развития высших психических функций, иерархическое строение обнаруженных дефектов, нейропсихологические особенности, определяется, по мнению автора, отличают гиперкинетическое расстройство детского возраста от атонических форм умственной отсталости и других гипердинамических синдромов в широком спектре детской психопатологии, создавая модель специфического когнитивного дефицита.

Ключевые слова: гиперкинетическое расстройство, специфический когнитивный дефицит, импульсивность, дефицит внимания.

Specific cognitive deficits in children with hyperkinetic disorder

Gasanov R.F.

V.M. Bekhterev' National research medical center for psychiatry and neurology

Summary. In this review article, features of a specific cognitive deficit in children with hyperkinetic disorder are considered. The uneven development of higher mental functions observed in these cases, the hierarchical structure of the detected defects, neuropsychological features is determined, in the author's opinion, to distinguish hyperkinetic disorder of childhood from atonic forms of mental retardation and other hyperdynamic syndromes in a wide range of child psychopathology, creating a model of a specific cognitive deficit.

Key words: hyperkinetic disorder, specific cognitive deficits, impulsivity, attention deficit.

Представление о когнитивном дефиците было сформулировано Stanley Coren [11] в 1999 году для описания любой характеристики, которая действует как барьер для процесса познания, включая общий, или тотальный когнитивный дефицит у детей с умственной отсталостью, специфический, или парциальный, дефицит в когнитивных способностях, иначе называемый нейропсихологическим дефицитом, отражающим дисфункцию подсистем интеллекта и обеспечивающим объем и устойчивость внимания, эффективность функционирования рабочей памяти, реализацию исполнительных функций и, наконец, — транзиторный, связанный с прием седативных лекарственных средств. В современной литературе, посвященной когнитивным дефицитам у детей, используются следующие термины: когнитивный дефицит (cognitive deficit), наиболее часто используемый термин для описания дефицита интеллектуального функционирования, связанного как с тотальным снижением когнитивных функций, врожденным (умственная отсталость) или приобретенным (ментальная ретардация), а также для описания специфических дефицитов когнитивных способностей у детей с гиперкинетическим расстройством, расстройством специфических учебных навыков (дисграфия, дислексия, дискалькулия) и аутизмом Аспергера. Для описания тотального когнитивного дефицита вместо умственной отсталости в настоящее время

чаще используется термин ограниченные умственные возможности (intellectual disability), характеризуя значительные ограничения как интеллектуального функционирования, так и адаптивного поведения, выражающегося в повседневных концептуальных, социальных и практических адаптивных навыках. Неразрывно с когнитивным дефицитом рассматривается и представление об адаптивном поведении (adaptive behavior), наборе концептуальных, социальных и практических навыков, которые изучаемых и выполняемых людьми в повседневной жизни. Концептуальные навыки включают в себя язык и грамотность, представление о денежных единицах, времени, понятие о числах и самостоятельность. Социальные навыки отражают качество межличностного общения, социальную ответственность, осторожность, решение социальных проблем и способность следовать правилам. Таким образом, при гиперкинетическом расстройстве (ГР) речь идет, прежде всего, о специфическом, или парциальном, когнитивном дефиците.

Многие авторы обращались к проблеме особенностей когнитивного развития у детей с гиперкинетическим расстройством, отмечая нарушение процессов регуляции внимания и деятельности у детей с гиперкинетическим расстройством [1]. Среди основных признаков специфического когнитивного дефицита у детей выделяли нарушение импрессивной речи, рабочей па-

мяти, эмоционального контроля, а также системы arousal, понимаемой как состояние готовности и физиологической активации коры головного мозга, преимущественно, со стороны активирующей ретикулярной формацией в условиях отсутствия дефицитарности операциональных процессов. Некоторые авторы [4] выделяли особенности зрительно-пространственного восприятия, памяти и речи у детей с гиперкинетическим расстройством.

М.М. Безруких, Е.С. Логинова подробно изучали когнитивное развитие детей с гиперкинетическим расстройством [2]. Результаты их исследования показали, что психофизиологическая структура интеллекта детей обнаруживает более низкий уровень взаимосвязей вербального и невербального компонентов на фоне недостаточной сформированности зрительно—пространственного восприятия, а также «дефицит организации внимания и произвольной регуляции деятельности ... [при] ...сохранности операциональной структуры разных видов деятельности» [2, С.45].

Специфический когнитивный дефицит, по мнению многих авторов, связан в первую очередь с дефицитом функции внимания. Современная экспериментальная литература показывает, что дети с ГР характеризуются дефицитом ресурсов внимания. Концепция ресурсов внимания, как основного предикта адаптивного поведения, была выдвинута американским психологом Даниэлем Канеманом [4]. В основе его концепции лежит представление о том, что любой человеческий организм имеет ограниченный ресурс мощности, в связи с чем эффективность выполнения любого его действия связана со способностью перераспределять этот ресурс, способностью сосредотачиваться на выполнении конкретной задачи, направлять «луч сознания» на решение конкретных задач. Объем внимания, затраченный на выполнение необходимого действия, по мнению Д. Канемана, использует не весь имеющийся потенциальный энергетический ресурс организма. Часть неиспользованного ресурса внимания остается невостребованной и образует «дополнительную мощность» системы, служащей основой для выполнения нескольких сопутствующих когнитивных и поведенческих актов (анализ развития ситуации, прогнозирование вариантов развития социального сюжета, анализ собственных ошибок и построение моделей более эффективного функционирования) в режиме реального времени, а не как последовательные когнитивные и поведенческие акты. Многие авторы подтверждают концепцию Д. Канемана, отмечая, что специфический когнитивный дефицит у детей с ГР связан с недостаточностью торможения реакции возбуждения, анализа ошибок [20, 29, 31], принятия решения [13] и регулирования эмоций [21, 34].

Имеются данные о том, что основной дефицит у детей с ГР связан с главной функцией внимания, как инструментом осуществления отбора нужной информации, избирательных программ действий и сохранения постоянного контроля над их про-

теканием, т.е. устойчивость внимания [14], выявляя недостатки в подсистемах внимания, таких как оповещение, ориентирование и исполнительная сеть. Некоторые из проблем устойчивости внимания при ГР также могут быть связаны с дефицитом механизмов оповещения [28], которые имеют решающее значение для нормального когнитивного функционирования.

Для исследования особенностей дефицита внимания у детей с ГР широко использовалась методика Attentional Network Task (ANT), предназначенная для тестирования трех составляющих внимания: оповещения, ориентация и исполнительный контроль, где эффективность системы оповещения проверяется изменениями времени реакции в результате предупреждения, эффективность ориентирования исследуется изменениями времени реакции, которые сопровождают сигналы, указывающие на мишень действия и, наконец, эффективность исполнительной сети проверяется требованием от участника ответить, нажав две клавиши, обозначающие направление (левое или правое) центральной стрелки, окруженное конгруэнтными, инконгруэнтными или нейтральными фланками [11]. В ранних исследованиях с использованием методики ANT отмечалось, что дети с ГР испытывают трудности с устойчивостью внимания в отсутствии стимула [33]. Более поздние экспериментальные работы с использованием ANT обнаруживали проблемы с предупреждением у детей с ГР в основном из-за невозможности поддерживать состояние предупреждения, когда не использовался предупреждающий сигнал [10]. Другие исследования, использующие методики, аналогичные ANT, также продемонстрировали признаки дефицита системы внимания у детей с ГР в виде замедления отклика на резкие визуальные сигналы, особенно в тех случаях, когда они сталкиваются с противоречивыми пространственными признаками [25]. Следует отметить, что ухудшение процессов внимания также приводит к нарушению функционирования во многих когнитивных операциях более высокого порядка, которые включают в себя подавление предопределенного ответа, контроль над содержанием действия, психического образа и регулирование эмоций.

Ряд исследований связывают специфический когнитивный дефицит у детей с ГР с дефицитом в процессах исполнительного контроля. Существует множество моделей исполнительной функции и внимания, однако к наиболее разработанным относятся модели Р.А. Barkley [8], М.И. Posner и С.Е. Petersen [28], J.A. Sergeant с соавт. [32], J.M. McDowd [22], и А. Miyake с соавт. [23]. Модели исполнительных функций во многом базируются на теории А.Р. Лурия [6], который еще в середине прошлого века выдвинул идею системного строения высших психических функций, их изменчивости и пластичности, подчеркивая, что «... высшие психические функции как сложные функциональные системы не могут быть локализованы в узких зонах мозговой коры или в изолированных

клеточных группах, а должны охватывать сложные системы совместно работающих зон, каждая из которых вносит свой вклад в осуществление сложных психических процессов и которые могут располагаться в совершенно различных, иногда далеко отстоящих друг от друга, участках мозга» [6, С. 48]. Опираясь на работы известных нейробиологов, М.И. Posner предлагает рассматривать внимание как систему контроля ментальных процессов, включающую три подсистемы: ориентацию на сенсорное событие (orientation); выделение зрительного сигнала для его распознавания (alerting) и поддержание активности коры головного мозга, реализуемую в исполнительном контроле (executive control). R.A. Barkley предлагает гипотезу о том, что ГР характеризуется генерализованными расстройствами исполнительных функций, реализация которых осуществляется преимущественно префронтальными отделами коры головного мозга, в основе которых рассматривается дефицит ингибирования, как способность человека контролировать импульсивные, или автоматические, реакции и генерировать ответы посредством рассуждения и с помощью внимания. Эта когнитивная функция создает предпосылки для предотвращения неуместного для конкретной ситуации поведения.

Таким образом, согласно представлениям R.A. Barkley, ингибиторный контроль имеет решающее значение для управления импульсивностью или отвлекающими факторами, рабочей памятью, в регулировании чувств и эмоций. Дефицит ингибирования, с точки зрения ученого, проявляется как дефицитом внимания, создавая повышенную отвлекаемость и трудности поддерживать внимание, так и на уровне моторики, что ведет к гиперактивности и нарушениям поведения, проявляясь импульсивностью. А. Miyake с соавт. определили исполнительную функцию как «генерализованные механизмы управления, которые модулируют операции различных подпроцессов и тем самым регулируют динамику человеческого познания» [23, Р. 50]. Модель А. Miyake описывает 3 основных звена процесса реализации исполнительной функции: переключение, shifting, (переключение с одной задачи на другую), торможение, inhibition, (преднамеренное запрещение доминирующих, автоматических ответов, когда это необходимо) и обновление, updating, (обновление и мониторинг представлений рабочей памяти). Функция внимания в модели управляющих функций осуществляется посредством четырех взаимосвязанных компонентов в гипотезе М.И. Posner и J.M. McDowd: распределение (divided), переключение (switching), устойчивость (sustained) и избирательность (selective). Таким образом, в этих моделях подчеркивается взаимосвязь дефицита реализации различных функций процесса внимания и нарушение контроля за импульсивными поступками (А. Miyake), где в одних гипотезах отдается первостепенная роль в патогенезе ГР импульсивности (R.A. Barkley), в других — нарушению функции внимания (М.И. Posner, J.M. McDowd).

Долгое время наличие импульсивности в структуре ГР рассматривалось как вторичное, преобладали гипотезы о глобальной и первичной роли дефицита внимания в развитии импульсивности и гиперактивности. Это привело к мысли о том, что импульсивность у детей с ГР связана с наличием коморбидных расстройств, которые, по мнению S.P. Hinshaw [15] и P.S. Jensen с соавт. [17], являются не сколько исключением, а скорее, правилом.

В некоторых исследованиях сообщалось, что дефицит ингибирования ответа также был связан с кондуктивным расстройством [16, 26]. Тем не менее, большинство исследований не смогли выделить сопутствующий диагноз, и было высказано предположение, что наличие импульсивности и расторможенности при ГР вызвано коморбидным кондуктивным расстройством (КР) и объясняется перекрытием симптомов этих заболеваний [27]. Впоследствии J.T. Nigg и L. Berlin [9, 24] удалось опровергнуть эту точку зрения и отнести растормаживание к симптомам ГР вне зависимости от наличия сопутствующего КР. Метаанализ, осуществленный J. Oosterlaan с соавт. [26], также показал наличие ингибирующей дисфункции у детей с ГР, тогда как подобное сочетание ГР с КР не обнаружили столько же высокую надежность результатов.

Рассматривая специфический когнитивный дефицит у детей с ГР, многие авторы отмечали, что их интеллектуальное развитие уступает средним значениям, оставаясь в пределах возрастной нормы [19]. Некоторые исследователи предположили, что именно дефицит внимания влияет на плохие результаты тестирования детей при измерении интеллекта. Действительно, проведенные исследования показали, что дефицит внимания ведет к снижению результатов IQ на 2-5 балла [18]. В своем исследовании, сравнивая интеллектуальные способности детей, страдающих ГР, с контрольной группой мы обнаружили, что все интегральные показатели (вербальный, невербальный и общий) имеют достоверно более низкие значения, отличаясь на 2-3 балла, но находясь в пределах нормативных значений [3]. Эти выводы не противоречат результатам исследования М.М. Безруких и Е.С. Логиновой [2] об устойчивой сохранности операциональной системы разных видов деятельности.

Изучение проблемы специфического когнитивного дефицита у детей с ГР приобретает первостепенное значение особенно в тех случаях, когда проводится дифференциальная диагностика ГР и умственной отсталости на фоне школьной неуспеваемости. Современные диагностические системы строго не оговаривают необходимость выносить умственно отсталых детей за рамки диагноза ГР, что создает возможность диагностических ошибок и, в конечном счете, выделенную нозологическую единицу трансформировать в своем понимании в симптомокомплекс при различных психических расстройствах детского возраста. Безусловно, это недопустимо, поскольку не только не

соответствует пониманию болезненного процесса, протекающего у ребенка с ГР или с умственной отсталостью, но и приводит к неверным направлениям социальной и терапевтической тактики. Достаточно указать на давно известные в литературе такие синдромы как «атонический», «гипердинамический», «эретически-эпенетический» и другие, которые могут отвечать тем представлениям о клинике некоторой группы детей с умственной отсталостью. Поэтому нет надобности в таких случаях к основному диагнозу приписывать ГР в качестве преобладающего синдрома. Или, наоборот, выносить ГР в качестве основного диагноза, коморбидного с умственной отсталостью или задержкой психоречевого развития. Синдром дефицита внимания по известной каждому психиатру теории дизонтогенеза относится не к ретардации, а к асинхронии развития. Последнее предполагает неравномерность созревания психических функций, касаясь практически всех сфер: не тотальную темповую их задержку, как это часто мы видим при ЗПР, и не тотальное и устойчивое их недоразвитие, какое наблюдается при умственной отсталости.

В связи с этим необходимо учитывать не только наличие повышенной двигательной активности, снижение качества внимания и импульсивность, но и обращать внимание на психофизиологические особенности детей с ГР. Последние иллюстрируются нарушением произвольной организации и регуляции деятельности, преимущественным снижением показателей вер-

бальной структуры интеллекта, регулирующей функции внутренней речи, слухоречевой памяти, вербально-логического мышления и социальной зрелости суждений. В частности, у детей с ГР выделяются первичные нарушения организационного и динамического компонентов деятельности. При анализе особенностей гностических и мнестических функций необходимо учитывать характерные особенности нарушения протекания данных процессов. Так, нарушения гностических функций в данном случае проявляются в сложности восприятия целостного образа предмета и недостаточном развитии холистической стратегии обработки зрительной информации, в трудностях воспроизведения пространственной структуры объекта при необходимости его копирования с образца, а в области слухового восприятия — в трудностях воспроизведения ритмического рисунка при его предъявлении на слух. Нарушения мнестических функций отмечаются больше в звене зрительной памяти в форме разнообразных искажений пространственного, структурного и регуляторного характера при воспроизведении заданных эталонов.

Именно подобное иерархическое строение обнаруженных дефектов, выявленные нейропсихологические особенности, отличает ГР от атонических форм умственной отсталости [7] и другого характера гипердинамических синдромов в широком спектре детской психопатологии, создавая модель специфического когнитивного дефицита.

Литература

1	Безруких М.М., Логинова Е.С. Возрастная динамика и особенности формирования психофизиологической структуры интеллекта у учащихся начальной школы с разной успешностью обучения // Физиология человека. — 2006. — Т.32, № 1. — С.15-25.	Bezrukih M.M., Loginova E.S. Age dynamics and features of the formation of the psychophysiological structure of intelligence in primary school students with different success in learning. <i>Fiziologija cheloveka</i> . 2006; 32 (1): 15-25. (In Rus.).
2	Безруких М.М., Логинова Е.С. Интеллектуальное развитие детей 6-7 лет с дефицитом внимания и гиперактивностью // Экология человека. — 2010. — № 11. — С. 40-46.	Bezrukih M.M., Loginova E.S. The development of intelligence in 6-7 years old children with attention deficit hyperactivity disorder. <i>Jekologija cheloveka</i> . 2010; 11: 40-46. (In Rus.).
3	Гасанов Р.Ф. К вопросу о когнитивном развитии детей с гиперкинетическим расстройством // Неврологический вестник. — 2015. — Т. XLVII, вып. 3 — С. 25-29.	Gasanov R.F. On the issue of the cognitive development of children with hyperkinetic disorder. <i>Nevrologicheskij vestnik</i> . 2015; XLVII (3): 25-29. (In Rus.).
4	Канеман Д. Внимание и усилие / пер. с англ. И.С. Уточкина. — М.: Смысл, 2006. — 288 с.	Kaneman D. Attention and effort. Per. s angl. I.S. Utochkina. M.: Smysl; 2006: 288. (In Rus.).
5	Кинтанар Л., Соловьева Ю., Бонилла Р. Анализ зрительно-пространственной деятельности у детей дошкольного возраста с синдромом нарушения внимания // Физиология человека. — 2006. — Т.32, № 1. — С. 45-50.	Kintanar L., Solov'eva Ju., Bonilla R. Analysis of visual and spatial activity in preschool children with attention deficit. <i>Fiziologija cheloveka</i> . 2006; 32 (1): 45-50. (In Rus.).
6	Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования / А. Р.Лурия. — 8-е изд., стер. — М.: Издательский центр «Академия», 2013. — 384 с.	Lurija A.R. Fundamentals of Neuropsychology: ucheb. posobie dlja stud. uchrezhdenij vyssh. prof. obrazovanija. A. R.Lurija. 8-e izd., ster. M.: Izdatel'skij centr «Akademija»; 2013: 384. (In Rus.).

7	Незнанов Н.Г., Макаров И.В. Умственная отсталость (глава 30) // Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2009. — С.653-681.	Neznanov N.G., Makarov I.V. Umstvennaja otstalost' (glava 30). Psihijatrija: nacional'noe rukovodstvo. Pod red. T.B. Dmitrievoj, V.N. Krasnova, N.G. Neznanova, V.Ja. Semke, A.S. Tiganova. M.: GJeOTAR-Media; 2009: 653-681. (In Rus.).
8	Barkley R.A. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of AD/HD // Psychological Bulletin. — 1997. — №121. — P.65-94. DOI: 10.1037/0033-2909.	Barkley R.A. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of AD/HD. Psychological Bulletin. 1997; 121: 65-94. DOI: 10.1037/0033-2909.
9	Berlin L., Bohlin G. Response Inhibition, Hyperactivity, and Conduct Problems among Preschool Children // Journal of Clinical and Child Psychology. — 2002. — №31. — P.242-251. DOI: 10.1207/S15374424JCCP3102_09	Berlin L., Bohlin G. Response Inhibition, Hyperactivity, and Conduct Problems among Preschool Children. Journal of Clinical and Child Psychology. 2002: 31: 242-251. DOI: 10.1207/S15374424JCCP3102_09
10	Blane M., Marrocco R. Cholinergic and Noradrenergic inputs to the posterior parietal cortex modulate the components of exogenous attention. In M.I. Posner (Ed.).— Cognitive neuroscience of attention. — New York: Guilford. — 2004. — P.313-325.	Blane M., Marrocco R. Cholinergic and Noradrenergic inputs to the posterior parietal cortex modulate the components of exogenous attention. In M.I. Posner (Ed.), Cognitive neuroscience of attention. New York: Guilford; 2004: 313 — 325.
11	Coren S., Ward L.M., Enns J.T. Sensation and perception. 4th ed.—Harcourt Brace College Publishers. — 1994. — P.9.	Coren S., Ward L.M., Enns J.T. Sensation and perception. 4th ed. Harcourt Brace College Publishers; 1994: 9.
12	Fan J., McCandliss B.D., Sommer T., Raz A., Posner M.I. Testing the efficiency and independence of attentional networks // Journal of Cognitive Neuroscience. — 2002. — №14. — P.340-347. DOI: 10.1162/089892902317361886	Fan J., McCandliss B.D., Sommer T., Raz A., Posner M.I. Testing the efficiency and independence of attentional networks. Journal of Cognitive Neuroscience. 2002: 14(3): 340 — 347. DOI: 10.1162/089892902317361886
13	Garon N. Decision Making in Children with ADHD Only, ADHD Anxious/ Depressed, and Control Children Using a Child Version of the Iowa Gambling Task // Journal of Attentional Disorder. — 2006. — № 9. — P.607— 619. DOI: 10.1177/1087054705284501	Garon N. Decision Making in Children with ADHD Only, ADHD Anxious/ Depressed, and Control Children Using a Child Version of the Iowa Gambling Task. Journal of Attentional Disorder. 2006: 9: 607 — 619. DOI: 10.1177/1087054705284501
14	Greenham S.L. Attention-deficit hyperactivity disorder and event-related potentials: evidence for deficits in allocating attentional resources to relevant stimuli // Child Neuropsychology. — 1998. — №4. — P.67-80. DOI: 10.1076/chin.4.1.67.3190	Greenham S.L. Attention-deficit hyperactivity disorder and event-related potentials: evidence for deficits in allocating attentional resources to relevant stimuli. Child Neuropsychology. 1998: 4: 67 — 80. DOI: 10.1076/chin.4.1.67.3190
15	Hinshaw S.P. On the distinction between attentional deficits / hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology // Psychological Bulletin. — 1987. — №101. — P.443—463. DOI: 10.1037//0033-2909.101.3.443	Hinshaw S.P. On the distinction between attentional deficits / hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. Psychological Bulletin. 1987: 101: 443 — 463. DOI: 10.1037//0033-2909.101.3.443
16	Hurt J., Naglieri J.A. Performance of delinquent and nondelinquent males on planning, attention, simultaneous, and successive cognitive processing tasks // Journal of Clinical Psychology. — 1992. — №48. — P. 120 — 128. DOI: 10.1002/1097-4679(199201)48:1	Hurt J., Naglieri J.A. Performance of delinquent and nondelinquent males on planning, attention, simultaneous, and successive cognitive processing tasks. Journal of Clinical Psychology. 1992; 48: 120 — 128. DOI: 10.1002/1097-4679(199201)48:1
17	Jensen P.S., Martin D., Cantwell D.P. Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-V // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. — 1997. — №36. — P.1065—1079. DOI: 10.1097/00004583-199708000-00014	Jensen P.S., Martin D., Cantwell D.P. Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-V. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1997; 36: 1065 — 1079. DOI: 10.1097/00004583-199708000-00014

18	Jepsen J.R., Fagerlund B., Mortensen E.L. Do attention deficits influence IQ assessment in children and adolescents with ADHD? // <i>J Atten Disord.</i> — 2008. — № 12. — P. 551-562. DOI: 10.1177/1087054708322996	Jepsen J.R., Fagerlund B., Mortensen E.L. Do attention deficits influence IQ assessment in children and adolescents with ADHD? <i>J Atten Disord.</i> 2008; 12: 551-562. DOI: 10.1177/1087054708322996
19	Lahat A., Van Lieshout R.J., Saigal S., Boyle M.H., Schmidt L.A. ADHD among young adults born at extremely low birth weight: the role of fluid intelligence in childhood // <i>Front Psychol.</i> — 2014. — № 5. — P. 446. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.00446	Lahat A., Van Lieshout R.J., Saigal S., Boyle M.H., Schmidt L.A. ADHD among young adults born at extremely low birth weight: the role of fluid intelligence in childhood. <i>Front Psychol.</i> 2014; 5: 446. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.00446
20	Logan G.D. On the ability to inhibit simple thought and action II. Stop signal studies of repetition priming // <i>Journal of Experimental Psychology.</i> — 1985. — № 2. — P. 675—669. DOI: 10.1037//0278-7393.11.1-4.675	Logan G.D. On the ability to inhibit simple thought and action II. Stop signal studies of repetition priming. <i>Journal of Experimental Psychology.</i> 1985; 2: 675—669. DOI: 10.1037//0278-7393.11.1-4.675
21	Maedgen J.W. Social Functioning and Emotional Regulation in the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Subtypes // <i>Journal of Clinical Child Psychology.</i> — 2000. — № 29. — P. 30-42. DOI: 10.1207/s15374424jccp2901_4	Maedgen J.W. Social Functioning and Emotional Regulation in the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Subtypes. <i>Journal of Clinical Child Psychology.</i> 2000; 29: 30-42. DOI: 10.1207/s15374424jccp2901_4
22	McDowd J.M. An overview of attention: behavior and brain // <i>J Neurol Phys Ther.</i> — 2007. — № 31. — P. 98-103. DOI: 10.1097/npt.0b013e31814d7874	McDowd J.M. An overview of attention: behavior and brain. <i>J Neurol Phys Ther.</i> 2007; 31: 98-103. DOI: 10.1097/npt.0b013e31814d7874
23	Miyake A., Friedman N.P., Emerson M.J., et al. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex «Frontal Lobe» tasks: a latent variable analysis // <i>Cogn Psychol.</i> — 2000. — № 41. — P. 49—100. DOI: 10.1006/cogp.1999.0734	Miyake A., Friedman N.P., Emerson M.J., et al. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex «Frontal Lobe» tasks: a latent variable analysis. <i>Cogn Psychol.</i> 2000; 41: 49—100. DOI: 10.1006/cogp.1999.0734
24	Nigg J.T., Hinshaw S.P., Carter E.T., Treuting J.J. Neuropsychological correlates of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder: Explainable by comorbid disruptive behavior or reading problems? // <i>Journal of Abnormal Psychology.</i> — 1998. — № 107. — P. 468—480. DOI: 10.1037//0021-843x.107.3.468	Nigg J.T., Hinshaw S.P., Carter E.T., Treuting J.J. Neuropsychological correlates of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder: Explainable by comorbid disruptive behavior or reading problems? <i>Journal of Abnormal Psychology.</i> 1998; 107: 468—480. DOI: 10.1037//0021-843x.107.3.468
25	Oberlin B.G., Alford J.L., Marrocco R.T. Normal attention orienting but abnormal stimulus alerting and conflict effect in combined subtype of ADHD // <i>Behavior and Brain Research.</i> — 2005. — № 165. — P. 1—11. DOI: 10.1016/j.bbr.2005.06.041	Oberlin B.G., Alford J.L., Marrocco R.T. Normal attention orienting but abnormal stimulus alerting and conflict effect in combined subtype of ADHD. <i>Behavior and Brain Research.</i> 2005; 165: 1—11. DOI: 10.1016/j.bbr.2005.06.041
26	Oosterlaan J., Logan G.D., Sergeant J.A. Response inhibition in AD/HD, CD, comorbid AD/HD+CD, anxious and control children: a meta-analysis of studies with the stop task // <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry.</i> — 1998. — № 39. — P. 411—426. DOI: 10.1017/s0021963097002072	Oosterlaan J., Logan G.D., Sergeant J.A. Response inhibition in AD/HD, CD, comorbid AD/HD+CD, anxious and control children: a meta-analysis of studies with the stop task. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry.</i> 1998; 39: P. 411—426. DOI: 10.1017/s0021963097002072
27	Pennington B.F., Ozonoff S. Executive functions and development of psychopathology // <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry Allied Discipline.</i> — 1996. — № 49. — P. 51—87. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1996.tb01380.x	Pennington B.F., Ozonoff S. Executive functions and development of psychopathology. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry Allied Discipline.</i> 1996; 49: 51—87. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1996.tb01380.x
28	Posner M.I., Petersen S.E. The attention system of the human brain // <i>Ann Rev Neurosci.</i> — 1990. — № 13. — P. 25—42. DOI: 10.1146/annurev.neuro.13.1.25	Posner M.I., Petersen S.E. The attention system of the human brain. <i>Ann Rev Neurosci.</i> 1990; 13: 25—42. DOI: 10.1146/annurev.neuro.13.1.25

29	Posner M.I., Raichle M.E. <i>Images of Mind.</i> — New-York: Scientific American Library. — 1994. — 257p.	Posner M.I., Raichle M.E. <i>Images of Mind.</i> New-York: Scientific American Library; 1994: 257.
30	Rabbit P.M. <i>Three kinds of error-signaling responses in a serial choice task</i> // <i>Quarterly Journal of Experimental Psychology.</i> — 1968. — № 20. — P.179-188. DOI: 10.1080/14640746808400146	Rabbit P.M. <i>Three kinds of error-signaling responses in a serial choice task.</i> <i>Quarterly Journal of Experimental Psychology.</i> 1968; 20: 179-188. DOI: 10.1080/14640746808400146
31	Schachar R., Chen S., Logan G.D., Ornstein T.J., Crosbie J., Ickowicz A., Pakulak A. <i>Evidence for an error monitoring deficit in attention deficit hyperactivity disorder</i> // <i>Journal of Abnormal Child Psychology.</i> — 2004. — №18. — P.285-293. DOI: 10.1023/B:JACP.0000026142.11217.f2	Schachar R., Chen S., Logan G.D., Ornstein T.J., Crosbie J., Ickowicz A., Pakulak A. <i>Evidence for an error monitoring deficit in attention deficit hyperactivity disorder.</i> <i>Journal of Abnormal Child Psychology.</i> 2004; 18: 285—293. DOI: 10.1023/B:JACP.0000026142.11217.f2
32	Sergeant J.A. <i>Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: A critical appraisal of the cognitive-energetic model</i> // <i>Biological Psychiatry.</i> — 2005. — №57. — P. 1248–1255. DOI: 10.1016/j.bps.2004.09.010.	Sergeant J.A. <i>Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: A critical appraisal of the cognitive-energetic model.</i> <i>Biological Psychiatry.</i> 2005; 57: 1248–1255. DOI: 10.1016/j.bps.2004.09.010.
33	Swanson J.M., Posner M.I., Potkin S., Bonforte S., Youpa D., Cantwell D., Crinella F. <i>Activating tasks for the study of visual-spatial attention in ADHD children: A cognitive neuroanatomical approach</i> // <i>Journal of Child Neurology.</i> — 1991. — Vol.6. — S.119-127. DOI: 10.1177/0883073891006001s12	Swanson J.M., Posner M.I., Potkin S., Bonforte S., Youpa D., Cantwell D., Crinella F. <i>Activating tasks for the study of visual-spatial attention in ADHD children: A cognitive neuroanatomical approach.</i> <i>Journal of Child Neurology.</i> 1991; 6: 119 — 127. DOI: 10.1177/0883073891006001s12
34	Walcott C.M., Landau S. <i>The Relation between Disinhibition and Emotion Regulation in Boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i> // <i>Journal of Clinical and Child Adolescent Psychology.</i> — 2004. — №33. — P.772 — 782. DOI: 10.1207/s15374424jccp3304_12	Walcott C.M., Landau S. <i>The Relation between Disinhibition and Emotion Regulation in Boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.</i> <i>Journal of Clinical and Child Adolescent Psychology.</i> 2004; 33: 772 — 782. DOI: 10.1207/s15374424jccp3304_12

Сведения об авторе

Гасанов Рауф Фаикович — к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения детской психиатрии. Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. E-mail: raufgasanov@mail.ru

DOI : 10.31363/2313-7053-2018-3-10-21

Атаки гнева и «гневные расстройства»: клиническая релевантность, проблема классификации, коморбидности и терапии (обзор литературы)

Симуткин Г.Г.

НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр
Российской академии наук»

Резюме: В обзоре литературных данных рассмотрена проблема диагностики, классификации, коморбидности, основных нейробиологических механизмов, а также терапии патологических проявлений гнева («гневные расстройства», атаки гнева) с учетом результатов современных эпидемиологических и клинико-биологических исследований.

Ключевые слова: атаки гнева, «гневные расстройства», аффективные расстройства, депрессия, коморбидность, психофармакотерапия, психотерапия.

Anger attacks and «anger disorders»: clinical relevance, problem of classification, comorbidity and therapy (review)

Simutkin G.G.

Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center,
Russian Academy of Sciences

Summary: The review of literature data addresses the problem of diagnosis, classification, comorbidity, basic neurobiological mechanisms, as well as therapy of pathological manifestations of anger (“anger disorders”, anger attacks), considering into account the results of current epidemiological and clinical-biological studies.

Key words: anger attacks, anger disorders, affective disorders, depression, comorbidity, psychopharmacotherapy, psychotherapy

Эмоциональная жизнь человека состоит из яркой палитры различных эмоций, среди которых выделяют так называемые фундаментальные или базовые эмоции, в том числе и гнев [3]. Несмотря на важную роль гнева в эволюционно-биологическом смысле и в эмоциональной жизни человека, его культуральное восприятие имеет, как правило, негативный оттенок. Гнев остается в определенном смысле «забытой эмоцией», что нашло отражение в отсутствие усилий, направленных на достижение консенсуса даже в определении терминов, связанных с гневом (гнев, раздражительность, агрессия, враждебность, дисфория, эпизодическое нарушение контроля и др.) [34]. Статус раздражительности и гнева в психиатрии остается до настоящего времени не совсем ясным. Тем не менее, имеющиеся данные позволяют констатировать, что раздражительность образует отдельную дименсию с существенной стабильностью во времени, а при лонгитудинальном исследовании раздражительность особенно связана с депрессией и тревогой и является предиктором ухудшения социальных ролей в будущем. Исходя из прагматических соображений, представляется важным как определение границы между нормальными раздражительностью и гневом и их патологическими проявлениями, так и разработка возможных терапевтических подходов в соответствующих клинических случаях [60].

Атаки гнева (АГ) и «гневные расстройства» — от феноменологического описания до определения диагностического места

Наиболее активно проблема клинической оценки «гневных расстройств» (anger disorders), их места в классификации и соотношения с другими психическими и поведенческими расстройствами, а также вопросы терапии патологических проявлений гнева стали обсуждаться после описания так называемых АГ (anger attacks) и выделения целого кластера психических и поведенческих расстройств, при которых наиболее ярким проявлением был гнев хронического и/или эпизодического характера. В 1990 году М. Fava с соавторами [15] сообщили о серии клинических случаях, характерной чертой которых являлись неожиданные АГ на фоне депрессивной или тревожной симптоматики при отсутствии диагностических критериев расстройства личности (РЛ). Данная исследовательская группа, опираясь на результаты своих наблюдений, предложила критерии диагностики АГ, согласно которым в качестве критерия А выделялись внезапные приступы гнева (по крайней мере один в прошлом месяце) на протяжении 6 месяцев, сопровождающиеся интенсивной вегетативной активацией и оцениваемые пациентами как нехарактерные для них, несоответствующие вызвавшим их ситуациям, с последующим выраженным чувством вины или сожаления. Критерий Б определялся как наличие четырех или более из 13 вегетативных и поведенческих симптомов (сердцебиение, покраснение, чувство стеснения или сдавливания в груди, парестезии, головокружение, чрезмерная потливость, одышка, дрожание или «тряска», сильный страх

или тревога, ощущение потери контроля, ощущение, как при атаке (нападении) на других людей, физические и/или вербальные агрессивные проявления по отношению к другим людям, бросание или разрушение каких-либо предметов, вещей. Впоследствии предлагаемые диагностические критерии АГ легли в основу самоопросника The Anger Attacks Questionnaire—AAQ, позволяющего оценить наличие или отсутствие АГ у обследуемых лиц [24]. На основании хорошего терапевтического ответа при лечении АГ с помощью антидепрессантов первоначально была выдвинута гипотеза, согласно которой АГ рассматривались как вариант панического или депрессивного расстройств [15, 53]. Подобного рода АГ отмечались примерно у 30-50% больных с униполярной депрессией [22, 24], среднее число АГ в таких случаях доходило до 3,89 [46]—7,4 [23] в месяц, без значимых различий по возрасту и полу [66], однако в отдельных работах было показано, что у мужчин АГ встречаются чаще, чем у женщин [43, 62, 64].

Накапливающиеся клинико-биологические данные позволили установить, что депрессивные подгруппы с наличием АГ и с их отсутствием оказались различными с точки зрения клинических коррелятов, личностных особенностей и биологических характеристик [29,47]. С учетом своеобразия клинической картины АГ и их высокой сопряженности, по крайней мере, с аффективными и тревожными расстройствами, возникла необходимость решения вопроса о диагностической самостоятельности и коморбидности АГ. М. Fava et al. в 1993 году опубликовали работу [16], в которой приводится описание 2 случаев АГ, где отсутствовал конкурирующий диагноз тревожного или депрессивного расстройства и отмечался хороший ответ на кломипрамин (20-75 мг/сут). В соответствии «со своим опытом» авторы указали, что при лечении АГ кломипрамином, являющимся относительно селективным ингибитором обратного захвата серотонина (СИОЗС), терапевтический ответ наступал гораздо раньше, чем это обычно наблюдается у пациентов с депрессией. Кроме того, дозы кломипрамина, которые были эффективны при лечении АГ, оказались ниже тех доз, которые считаются необходимыми для реализации антидепрессивного эффекта. Авторы предположили, что более раннее начало эффективности антидепрессантов у пациентов с АГ может быть опосредовано через их острые и прямые эффекты: такие как ингибирование обратного захвата нейротрансмиттеров, а не через долгосрочные эффекты вследствие перестройки чувствительности рецепторных пулов нейронов. В последующем накапливающиеся клинические данные позволили установить, что АГ могут существовать в качестве отдельного синдрома. Было высказано предположение о возможности существования спектра клинических коррелятов раздражительного настроения и гнева, который варьирует от нормальных реакций на определенные события, легкой раздражительности со

случайными, легко контролируемыми вспышками гнева до длительных периодов отчетливой раздражительности и эго-дистонических неконтролируемых АГ, ярости, нехарактерных для соответствующего человека [22].

В контексте соотношения АГ с МКБ-10 возможным вариантом их кодирования может быть F63.81—Другие расстройства привычек и влечений (расстройство с интермиттирующей раздражительностью). В планируемой новой версии МКБ-11 АГ могут соотноситься с шифром F63.8—Особые абнормальные привычки и нарушения контроля импульсов (расстройство с интермиттирующей раздражительностью). Отражением легитимности клинического понятия «гневного расстройства» или спектра «гневных расстройств» является выделение в DSM-IV (1994) интермиттирующего эксплозивного расстройства (Intermittent explosive disorder—IED), для которого характерно наличие повторяющихся эпизодов неконтролируемых агрессивных импульсов с насилием в отношении других лиц или сопровождающихся ломанием (разрушением) различных предметов. С появлением DSM-5 (2013) данное расстройство было отнесено к рубрике Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders (312.34), а его диагностические критерии претерпели определенные изменения: агрессивное поведение может проявляться еще и в виде вербальной агрессии и неразрушающей/не причиняющей вреда физической агрессии. IED сопровождается дисфункциональными последствиями на социальном, профессиональном, финансовом или юридическом уровнях. IED может диагностироваться в возрасте не младше шести лет [7], а его распространенность по данным эпидемиологического исследования NCS-R (The National Comorbidity Survey Replication, n=9282, критерии DSM-IV) в течение жизни и в течение 12 месяцев составляет 7,3% и 3,9% соответственно при среднем возрасте к началу IED—14 лет. Чаще всего IED коморбидно с расстройствами настроения, с тревожными расстройствами и расстройствами, связанными с употреблением ПАВ [35]. При критической оценке диагностических критериев IED по DSM-5 клиническое восприятие IED осложняется тем, что допускается его коморбидность с самыми различными расстройствами, клинические проявления которых так или иначе сопровождаются агрессивным поведением (СДВГ, антисоциальное и пограничное РЛ и др.).

Клинические наблюдения показывают, что патологические проявления гнева могут носить не только приступообразный характер, но и быть персистирующими, хроническими или выраженными АГ «наслаиваются» на имеющуюся хроническую патологическую раздражительность/чувство гнева. Примером попытки учесть такого рода расстройства в DSM-5 является диагноз Деструктивное расстройство дисрегуляции настроения (Disruptive mood dysregulation disorder—DMDD, 296.99), что соотносится с шифром F34.8 (Другие хронические (персистирующие) расстройства на-

строения) по МКБ-10. Примечательно, что именно с DMDD начинается глава DSM-5, посвященная депрессивным расстройствам. DMDD характеризуется персистирующей раздражительностью или сердитым, гневным настроением и частыми вспышками гнева, которые непропорциональны ситуации и значительно более выражены, чем типичная реакция однополых сверстников в схожих ситуациях, при продолжительности симптоматики 12 и более месяцев. Критерии DSM-5 для DMDD выделяют 2 компонента раздражительности: фазную раздражительность (то есть вспышки гнева) и тоническую раздражительность (негативный аффект, который сохраняется между вспышками гнева). Данный диагноз рекомендуется использовать в возрастном диапазоне 6-17 лет (типичное начало до 10 летнего возраста). Предполагаемая частота данного расстройства 2-5%, чаще у мальчиков. Появление диагноза DMDD явилось своего рода попыткой ограничить гипердиагностику биполярного аффективного расстройства (БАР) у детей и подростков [7]. Интересным примером психического расстройства с преобладанием «тонического» гнева является описываемый в литературе культурально-специфический синдром для корейской популяции Hwa-byung (火病) — НВ [37, 44, 45]. Название этого расстройства дословно означает «гневное расстройство» (anger disorder) или «огненная болезнь» (fire disease), поскольку его ключевыми симптомами являются чувство несправедливости, гнева, а также характерное покраснение кожи лица и чувство жжения, сопровождающие состояния гнева [44]. Распространенность НВ в Корее составляет 4,1%, а средняя длительность — более 10 лет. Считается, что для возникновения НВ важное значение имеет психосоциальный стресс, вызванный супружескими конфликтами и конфликтами с родственниками. По отношению к данному стрессу наиболее уязвимы корейские женщины, которым культурально предписывается подавлять такие реакции как гнев, ненависть, фрустрация [45]. По мнению S.K. Min [44], исходя из того, что гнев — это одна из универсальных и основных эмоций, патологический, дисфункциональный гнев или «гневное расстройство» под разными названиями можно найти не только среди лиц корейской национальности, но и в других культурах, где гнев является подавляемой эмоцией. До настоящего времени остается актуальной дискуссия о месте НВ в современных психиатрических диагностических системах. S.K. Min et al. [45] считают, что НВ может быть как изолированным, так и (что чаще всего и бывает) коморбидным с тревожными и депрессивными расстройствами, но в целом «гневные расстройства», в том числе и НВ, могут быть классифицированы в DSM-IV как 300.XX, а в ICD-10 как F46 (Anger disorder) или как F48.2 (Другие невротические расстройства). Тем не менее, допускается возможность рассматривать НВ в качестве полноправного «члена большой семьи расстройств настроения» [44]. В DSM-5 в специальном приложении (glossary of cultural

concepts of distress) НВ в большей степени соотносится с рубрикой тревожных расстройств. Другим примером «тонического» «гневного расстройства» является так называемое «посттравматическое озлобленное (ожесточенное) расстройство» (нем.: Posttraumatische Verbitterungsstörung, англ.: Posttraumatic embitterment disorder — PTEd), впервые описанное M. Linden в 2003 году у безработных иммигрантов из Восточной и Западной Германии после падения Берлинской стены, которое ассоциировалось со значительными социальными потрясениями [38]. Впоследствии это расстройство описывалось и у лиц, не перенесших таких значимых социальных потрясений, но в жизни которых были поколеблены базисные жизненные установки и ценности (например, касающиеся семьи, работы и т.д.). PTEd было предложено в качестве новой концепции для подгруппы расстройств адаптации (F43.2), а его частота оценивается на уровне 2-3 % населения при средней продолжительности более 6 месяцев [39]. Предложенное в рамках PTEd понятие «озлобление» очень похоже на основную психопатологическую концепцию НВ, но патогенез этих расстройств представляется разным [31].

Раздражительность как диагностический критерий депрессии, проблема коморбидности АГ с другими психическими и поведенческими расстройствами

Надежная оценка клинической ситуации как коморбидности АГ с тем или иным психическим расстройством (например, при их сочетании с РЛ или БАР), а не как одного из симптомов клинических проявлений текущего психического расстройства, нередко является трудно разрешимой задачей. Большинство исследований, посвященных АГ, было проведено на выборках пациентов с большим депрессивным расстройством (БДР) [19, 24, 25, 29, 47, 56], в результате чего оказалось, что раздражительное настроение и АГ во время депрессии не являются уникальной особенностью для детей и подростков, а является довольно распространенным явлением среди взрослых, страдающих БДР. З. Фрейд в своей работе «Печаль и меланхолия» (1917) указывал на тесную связь раздражительности, агрессии с депрессией, отмечая, что депрессивная реакция является результатом сложной трансформации агрессии, связанной с потерей значимого объекта, невозможностью выразить агрессию из-за страха наказания [6]. Данный тезис подтверждается отдельными современными исследованиями, согласно которым проявления враждебности у пациентов с депрессией выражены в меньшей степени, чем у здоровых лиц, что может быть связано с подавлением этими пациентами выражения гнева из-за страха перед последствиями своего поведения [26].

С другой стороны, другие исследования показывают, что депрессивные пациенты более часто выражают свою раздражительность и гнев, чем здоровые люди, особенно в отношении близких членов семьи, включая супругов и детей или в большей степени склонны переживать гнев, что

сопровождается гневными руминациями [9]. Относительно недавний обзор литературы [11] показал, что есть также целый ряд последствий депрессии, которые могут способствовать повышению риска агрессии: изоляция, потеря социальной поддержки, увеличение употребления алкоголя, гневные руминации и импульсивность. Негативные события могут порождать как депрессию, так и гнев. Один из вариантов развития событий в случае депрессии — поиск «козла отпущения», то есть, поиск внешнего лица или внешних лиц, виноватых в возникновении авersiveного аффекта. Раздражительная депрессия или «враждебная депрессия» (hostile depression) — достаточно распространенное явление, но ее клиническая оценка остается противоречивой [61]. Несмотря на то, что по данным STAR*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression) в выборке из 2307 пациентов с БДР у 1067 (46%) отмечалась повышенная раздражительность, раздражительная депрессия, по мнению авторов, не может быть выделена как отдельный субтип БДР [51]. По мнению V. Kovess-Masfety et al. [36], обобщивших результаты крупного международного исследования (the WHO World Mental Health Survey, 21 страна, n=110729), расширение диагностических критериев БДР для взрослых в DSM за счет добавления раздражительности как 10 симптома вместо традиционных 9 симптомов большой депрессии нецелесообразно, поскольку учет симптома раздражительности повышает показатели распространенности БДР в течение жизни всего на 0,4% (с 11,2 до 11,6%). С другой стороны, клиническое своеобразие депрессии с высоким уровнем агрессии подтверждено в работах отечественных авторов [2]. Данные других крупных эпидемиологических исследований подтверждают, что раздражительность может рассматриваться как кандидат в ключевые симптомы депрессивного синдрома с целью его правильной клинической оценки [17]. Особенно это может быть важным при оценке депрессии у мужчин [54, 62-64]. Проявления раздражительности в контексте текущей депрессии у женщин, в том числе в климактерическом периоде [4] или в рамках предменструального дисфорического расстройства также могут иметь важное клиническое значение. Важность раздражительности как диагностического критерия дистимии отражена DSM-5, поскольку для диагноза дистимии у детей и подростков вместо 2 летнего подавленного настроения (как в случае взрослых) достаточно наличие раздражительного настроения, наблюдаемого как минимум в течение года.

В большинстве исследований указывается на более тяжелые клинико-динамические характеристики в случае депрессивных расстройств с АГ (более ранний возраст к началу депрессивного расстройства, более выраженная депрессия, тревога и чувство безнадежности, большая длительность депрессивного эпизода, более хроническое и тяжелое долгосрочное течение депрессивного расстройства, более высокие показатели коморбидности в течение жизни со злоупотреблением

психоактивными веществами, тревожными расстройствами и с асоциальным РЛ, более серьезные психосоциальные нарушения), чем при «чистых» депрессивных расстройствах [23, 33, 56].

Однако в ряде работ не подтверждается значимое отрицательное влияние АГ на наиболее важные клинико-динамические характеристики депрессивных расстройств, за исключением ухудшения показателей качества жизни за счет большей степени нарушения интерперсональных отношений и ухудшения определенных социальных инструментов или навыков [47]. Накапливающиеся клинические наблюдения показали, что АГ достаточно часто встречаются не только при депрессивных расстройствах, но и при БАР. По мнению F. Venazzi [8] БДР с АГ может даже рассматриваться как промежуточный вариант между униполярной депрессией без приступов гнева и БАР II типа. По данным R.H. Perlis et al. [52] АГ не только более распространены в случае БАР, чем при монополярной депрессии (62% vs 26%), но и являются единственным достоверным предиктором биполярности. Тем не менее, другие исследования показали, что встречаемость АГ при монополярной и биполярной депрессии статистически значимо не отличается, а наличие АГ не может быть использовано для их разграничения [41]. Высокая вероятность АГ отмечается и в случае *расстройств тревожного спектра*. По данным N. Rainuly с соавт. [48] наибольшая частота АГ отмечалась в случае коморбидности тревожных и депрессивных расстройств — 68,7% (табл.) и концептуально АГ могут быть рассматриваемы как один из полюсов дименсионального спектра тревога — гнев в соответствии с концепцией ответа в

Таблица. Распространенность атак гнева в зависимости от диагноза

Диагноз	n	Частота АГ (%)
Расстройства адаптации	15	73.3
Коморбидные тревожные и депрессивные расстройства	16	68.7
Рекуррентная депрессия	22	59.1
Биполярная депрессия	22	54.5
Первый эпизод депрессии	129	51.9
ОКР	28	50.0
Соматоформные расстройства	26	46.1
Другие тревожные расстройства*	16	43.7
Паническое расстройство	20	40.0
Диссоциативные расстройства	17	35.2
Общая частота АГ		51,8

* ГТР, фобическое расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство и тревожное расстройство неуточненное.

виде бегства-нападения, а статус АГ тесно связан или с тревогой и/или депрессией или с независимым синдромом, что требует дальнейшего изучения, но так или иначе АГ могут быть концептуализированы в отдельный синдром/расстройство (anger disorder).

АГ часто регистрируются в случае *расстройств пищевого поведения* (31%), особенно у женщин с нервной булимией [20], при ПТСР [30], при *обсессивно-компульсивным расстройстве* — 50% [49]. Особую клиническую проблему представляет собой соотношение АГ и РЛ. С одной стороны, первично АГ описывались у пациентов с депрессивными расстройствами без наличия коморбидного РЛ и это было постулировано как необходимый диагностический критерий АГ при рассмотрении их как самостоятельного психопатологического феномена [15]. С другой стороны, было обнаружено, что депрессивные пациенты с АГ в большей степени соответствуют диагностическим критериям избегающего, зависимого, пограничного, нарциссического и антисоциального РЛ, чем пациенты, страдающие депрессивными расстройствами без АГ [19, 21, 23]. К предикторам развития агрессивных и враждебных проявлений в депрессивном состоянии может быть отнесено наличие особенностей личности, характерных для эмоционально-неустойчивого (пограничного), демонстративного и нарциссического типа [2].

В работе А.А. Абрамовой [1] отмечается, что уровень физической агрессии значительно выше при депрессивных нарушениях в рамках РЛ, чем в случае больных с аффективными расстройствами и шизофренией. Клинической проблемой является и то обстоятельство, что некоторые диагностические критерии для РЛ являются более стабильными, чем другие (например, аффективная неустойчивость, а также неуместный, интенсивный гнев являются самыми стабильными критериями пограничного РЛ в течение первых 2 лет наблюдения [42], что затрудняет дифференциальную диагностику в соответствующих клинических случаях. Кроме того, клиническая ситуация еще более затрудняется, если есть коморбидность РЛ и аффективных расстройств, что в клинической практике является достаточно частой ситуацией [5]. Тем не менее, признавая всю сложность четкого выделения АГ как «равноправного партнера» в контексте коморбидности психических и поведенческих расстройств, можно говорить о том, что исходя из современных данных о возможных уникальных биологических механизмах агрессии в целом и АГ, в частности, специальный учет наличия в клинической картине текущего психического расстройства АГ может быть вполне оправдан, поскольку это может обеспечить более оптимальный алгоритм психофармакотерапии и психотерапии.

Возможные нейробиологические механизмы, отвечающие за агрессивное поведение и АГ, терапевтические подходы к «гневным расстройствам»

Можно предполагать, что повторяющиеся агрессивные действия, АГ имеют определенную

нейробиологическую основу, механизмы которой только начинают пониматься [57]. В первую очередь, агрессивное поведение и наличие АГ в ряде исследований увязывается с дисфункцией серотонинергической системы, причем у пациентов с депрессией, сопровождающейся АГ, вероятно, имеет место относительно большая серотонинергическая дисрегуляция, чем у пациентов с депрессией без АГ [25, 43]. Исследования, опирающиеся на нейровизуализацию, обнаружили определенные особенности у пациентов с БДР и АГ, по сравнению со случаями «чистого» БДР: региональное увеличение мозгового кровотока в левой вентромедиальной префронтальной коре и левой амигдале во время индукции гнева [10], более распространенные или серьезные подкорковые сосудистые поражения головного мозга [29].

Пытаясь найти связь между депрессией, тревогой и агрессией, Н.М. Van Praag [58,59] предложил новый подтип депрессии «stressor-precipitated, cortisol-induced, serotonin-related, anxiety/aggression-driven (SeCA) depression (провоцируемая стрессом, индуцируемая кортизолом, связанная с серотонином, побуждаемая тревогой-агрессией депрессия)» или SeTA-депрессия, биологическую основу которой составляет аномальное взаимодействие серотонинергической системы и кортизола. Согласно современным обобщенным данным важную роль в возникновении агрессивного поведения при провокации определенными стимулами играет сбой тормозных систем контроля в префронтальной коре, модулирующей это поведение. Важным представляется дисбаланс между недостаточностью префронтальной регуляции и гиперответом миндалины и других отделов лимбической системы при аффективной оценке происходящего. Недостаточность серотонинергического регулирования тормозной системы, чрезмерная катехоламинергическая стимуляция и подкорковый дисбаланс глутаматергической/ГАМКергической систем, а также патология в нейропептидных системах, участвующих в регулировании поведения, направленного на аффилиацию, могут способствовать аномалиям в этой схеме регуляции агрессивного поведения.

Таким образом, фармакологические вмешательства, например, с помощью нормотимиков, способных уменьшить лимбическую раздражительность или с помощью СИОЗС, усиливающих контроль «сверху вниз», а также психосоциальных вмешательств, позволяющих развить альтернативные навыки преодоления имеющихся поведенческих трудностей и укрепить рефлексивную задержку, могут быть иметь терапевтический эффект при наличии патологических проявлений агрессии. Последние новые фармакологические опции, включая 5-НТ2А антагонисты, 5-НТ2С агонисты, опиатные смешанные агонисты/антагонисты и окситоцин, теоретически могут быть весьма эффективными в регулировании агрессивного поведения, но они нуждаются в тщательном клиническом изучении [57]. Поскольку увеличение раздражительности, наличие АГ прежде все-

го связывают с серотонинергической дисфункцией, наибольшее количество работ в отношении терапии АГ посвящено эффективности СИОЗС. В ряде исследований подтвердилась высокая эффективность в отношении АГ у пациентов с БДР флуоксетина [14, 23, 24], сертралина [13;19]. Примечательно, что в случае использования СИОЗС при терапии депрессии с АГ отчетливо раньше уменьшаются раздражительность и количество АГ и лишь позднее уменьшается такие симптомы как депрессивное настроение, сниженные активность и побуждения [12, 43]. В целом редукция симптомов АГ наблюдается у 53-71% пациентов амбулаторного звена при использовании таких антидепрессантов, как флуоксетин, сертралин и имипрамин [19, 21, 24]. Эффективным в отношении проявлений агрессивности и АГ признается использование не только СИОЗС, но и сочетание антидепрессантов с антиконвульсантами/нормотимиками или самостоятельное использование последних [19, 27, 50].

Согласно данным кокрановского обзора [28] эффективность 4 антиэпилептических препаратов (вальпроат/дивалпроекс, карбамазепин, окскарбазепин и фенитоин) в отношении агрессии оценивается как противоречивая, что обуславливает необходимость дальнейших исследований в этом направлении. Антиагрессивное действие окскарбазепина/карбамазепина, лития и фенитоина подтверждено и в случае IED [32]. В качестве терапевтической опции при АГ помимо СИОЗС или ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина возможно использование в качестве аугментации атипичных нейролептиков: арипипразола, оланзапина или кветиапина [43]. Новый атипичный нейролептик брекспипразол, имеющий показание для вспомогательного лечения БДР [65], может быть эффективен и в отношении раздражительности и гнева [18, 40]. Безусловно важным терапевтическим звеном при симптомах раздражительности и АГ является психотерапия. Мета-аналитический обзор показал, что различные психотерапевтические подходы (ког-

нитивная, когнитивно-поведенческая терапия, экспозиционная терапия, психодинамическая терапия, психообразование, релаксационная терапия, тренинг умений, стресс-прививочная (stress inoculation) терапия, и мультикомпонентная терапия) являются эффективным средством в отношении патологических проявлений гнева [55].

Заключение

Таким образом, современные подходы к клиническому пониманию патологических проявлений раздражительности и гнева основываются на предположении о необходимости более пристального изучения проявлений гнева как психопатологического феномена, который может существовать, с одной стороны, в виде продолжительных, «тонических» проявлений, а, с другой стороны, в виде приступообразных, «пароксизмальных» эпизодов гнева или их сочетания. При этом данные клинические проявления в отдельных случаях могут быть понимаемы, как симптом в рамках текущего психического расстройства, как отдельное «гневное расстройство» или как клиническая ситуация коморбидности.

Биологические механизмы, лежащие в основе нормальных и патологических проявлений гнева, в настоящее время недостаточно изучены, но наибольшее количество исследовательских данных указывает на заинтересованность серотонинергической системы и нарушение соотношения активности глутаматергической/ГАМКергической систем. Терапевтические опции в отношении патологических проявлений гнева остаются предметом научной дискуссии и целью дальнейших исследований. Наиболее эффективными представляются психофармакологические стратегии, учитывающие биологические механизмы, лежащие в основе патологических проявлений раздражительности и гнева, а также психотерапевтические методы, обеспечивающие улучшение контроля над ними.

Литература

1	Абрамова А. А. Агрессивность при депрессивных расстройствах: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Москва. — 2005. — 23с.	Abramova A.A. Aggressiveness in depressive disorders: avtoref. dis. ... kand. psikholog. nauk. Moskva. — 2005. (In Rus.).
2	Ваксман А.В. Враждебность и агрессивность в структуре депрессии (закономерности формирования, прогностическая значимость, терапия и социально-психическая адаптация): авторефер. дис. ... канд. мед. наук. — Москва. — 2005. — 26 с.	Vaxman A.V. Hostility and aggressiveness in the structure of depression (patterns of formation, prognostic significance, therapy and socio-psychological adaptation): avtorefer. dis. ... kand. med. nauk. Moskva. — 2005. (In Rus.).
3	Изард К.Э. Психология эмоций / Перев. с англ. — СПб: Изд-во «Питер». — 2000. — 464 с.	Izard C.E. The Psychology of Emotions. SPb: Izd-vo «Piter». — 2000 (In Rus.).
4	Мазо Г.Э., Ганзенко М. А. Депрессии у женщин в период менопаузального перехода // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2016. — Т. 18, № 6. — С.30–36.	Mazo G. E., Ganzenko M. A. Depression in women with menopausal transition. — Psikhatriya i psikhofarmakoterapiya. — 2016; 18(6): 30-36. (In Rus.).

5	Симуткин Г.Г., Яковлева А.Л., Бохан Н.А. Проблема коморбидности аффективных расстройств и расстройств личности (обзор зарубежной литературы) // Социальная и клиническая психиатрия. — 2014. — Том 24, №2. — С.91-97.	Simutkin G.G., Yakovleva A.L., Bokhan N.A. Comorbidity of affective and personality disorders. <i>Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya</i> . 2014; 24(2): 91-97. (In Rus.).
6	Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психика: структура и функционирование. — М.: Академический проект, — 2007. — С. 208—223.	Freud S. Mourning and Melancholia. <i>Psikhika: struktura i funktsionirovanie</i> . M.: Akademicheskii proekt, 2007:208-223. (In Rus.).
7	American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association. — 2013.	American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association. — 2013.
8	Benazzi F. Major depressive disorder with anger: a bipolar spectrum disorder? // <i>Psychother. Psychosom.</i> — 2003. — Vol.72. — P. 300-306. DOI: 10.1159/000073026	Benazzi F. Major Depressive Disorder with Anger: A Bipolar Spectrum Disorder? <i>Psychother Psychosom.</i> 2003; 72:300-306. DOI:10.1159/000073026.
9	Besharat M, Nia M, Farahani H. Anger and major depressive disorder: The mediating role of emotion regulation and anger rumination. <i>Asian J Psychiatr.</i> — 2013. — Vol.6. — P.35-41. DOI:10.1016/j.ajp.2012.07.013.	Besharat M, Nia M, Farahani H. Anger and major depressive disorder: The mediating role of emotion regulation and anger rumination. <i>Asian J Psychiatr.</i> 2013; 6:35-41. DOI:10.1016/j.ajp.2012.07.013.
10	Dougherty D, Rauch S, Deckersbach T et al. Ventromedial Prefrontal Cortex and Amygdala Dysfunction During an Anger Induction Positron Emission Tomography Study in Patients With Major Depressive Disorder With Anger Attacks. — <i>Arch Gen Psychiatry.</i> — 2004. — Vol.61. — P.795. DOI:10.1001/archpsyc.61.8.795.	Dougherty D, Rauch S, Deckersbach T et al. Ventromedial Prefrontal Cortex and Amygdala Dysfunction During an Anger Induction Positron Emission Tomography Study in Patients With Major Depressive Disorder With Anger Attacks. <i>Arch Gen Psychiatry.</i> 2004;61(8):795. DOI:10.1001/archpsyc.61.8.795.
11	Dutton D, Karakanta C. Depression as a risk marker for aggression: A critical review. <i>Aggress Violent Behav.</i> — 2013. — Vol.18. — P.310-319. DOI:10.1016/j.avb.2012.12.002.	Dutton D, Karakanta C. Depression as a risk marker for aggression: A critical review. <i>Aggress Violent Behav.</i> 2013; 18:310-319. DOI:10.1016/j.avb.2012.12.002
12	Farabaugh A, Sonawalla S, Johnson DP et al. Early improvements in anxiety, depression, and anger/hostility symptoms and response to antidepressant treatment. — <i>Ann Clin Psychiatry.</i> — 2010. — Vol.22. — P.166-171.	Farabaugh A, Sonawalla S, Johnson DP et al. Early improvements in anxiety, depression, and anger/hostility symptoms and response to antidepressant treatment. <i>Ann Clin Psychiatry.</i> 2010; 22:166-171.
13	Farnam A, MehrAra A, Dadashzadeh H, Chababianlou G, Safikhanlou S. Studying the Effect of Sertraline in Reducing Aggressive Behavior in Patients with Major Depression. — <i>Adv Pharm Bull.</i> — 2017. — vol.7. — P.275-279. DOI:10.15171/apb.2017.033.	Farnam A, MehrAra A, Dadashzadeh H, Chababianlou G, Safikhanlou S. Studying the Effect of Sertraline in Reducing Aggressive Behavior in Patients with Major Depression. <i>Adv Pharm Bull.</i> 2017;7(2):275-279. DOI:10.15171/apb.2017.033.
14	Fava M, Alpert J, Nierenberg A et al. Fluoxetine Treatment of Anger Attacks: A Replication Study. — <i>Annals of Clinical Psychiatry.</i> — 1996. — Vol.8. — P.7-10. DOI:10.3109/10401239609149084.	Fava M, Alpert J, Nierenberg A et al. Fluoxetine Treatment of Anger Attacks: A Replication Study. <i>Annals of Clinical Psychiatry.</i> 1996; 8:7-10. DOI:10.3109/10401239609149084.
15	«Anger attacks»: possible variants of panic and major depressive disorders. — <i>American Journal of Psychiatry.</i> — 1990. — Vol.147. — P.867-870. DOI:10.1176/ajp.147.7.867.	«Anger attacks»: possible variants of panic and major depressive disorders. <i>American Journal of Psychiatry.</i> 1990;147(7):867-870. DOI:10.1176/ajp.147.7.867.
16	Fava M, Anderson K, Rosenbaum J. Are Thymoleptic-Responsive “Anger Attacks” a Discrete Clinical Syndrome? — <i>Psychosomatics.</i> — 1993. — Vol.34. — P.350-355. DOI:10.1016/s0033-3182(93)71869-1.	Fava M, Anderson K, Rosenbaum J. Are Thymoleptic-Responsive “Anger Attacks” a Discrete Clinical Syndrome?. <i>Psychosomatics.</i> 1993;34(4):350-355. DOI:10.1016/s0033-3182(93)71869-1.

17	Fava M, Hwang I, Rush A, Sampson N, Walters E, Kessler R. The importance of irritability as a symptom of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. — <i>Mol Psychiatry</i> . — 2009. — Vol.15. — P.856-867. DOI:10.1038/mp.2009.20.	Fava M, Hwang I, Rush A, Sampson N, Walters E, Kessler R. The importance of irritability as a symptom of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. <i>Mol Psychiatry</i> . 2009;15(8):856-867. DOI:10.1038/mp.2009.20.
18	Fava M, Ménard F, Davidsen C, Baker R. Adjunctive Brexpiprazole in Patients With Major Depressive Disorder and Irritability. — <i>J Clin Psychiatry</i> . — 2016. — Vol.77. — P.1695-1701. DOI:10.4088/jcp.15m10470.	Fava M, Ménard F, Davidsen C, Baker R. Adjunctive Brexpiprazole in Patients With Major Depressive Disorder and Irritability. <i>J Clin Psychiatry</i> . 2016;77(12):1695-1701. DOI:10.4088/jcp.15m10470.
19	Fava M, Nierenberg AA, Quitkin FM et al. A preliminary study on the efficacy of sertraline and imipramine on anger attacks in atypical depression and dystymia — <i>Psychopharmacol Bull.</i> — 1997. — Vol.33. — P.101-113.	Fava M, Nierenberg AA, Quitkin FM et al. A preliminary study on the efficacy of sertraline and imipramine on anger attacks in atypical depression and dystymia <i>Psychopharmacol Bull.</i> 1997; 33:101-113.
20	Fava M, Rappe S, West J, Herzog D. Anger attacks in eating disorders. — <i>Psychiatry Res.</i> — 1995. — Vol.56. — P.205-212. DOI:10.1016/0165-1781(95)02577-j.	Fava M, Rappe S, West J, Herzog D. Anger attacks in eating disorders. <i>Psychiatry Res.</i> 1995; 56:205-212. DOI:10.1016/0165-1781(95)02577-j.
21	Fava M, Rosenbaum J. Anger attacks in depression. <i>Depress Anxiety</i> . — 1998. — Vol.8. — P.59-63. DOI:10.1002/(sici)1520-6394(1998)8:1+<59::aid-da9>3.3.co;2-p.	Fava M, Rosenbaum J. Anger attacks in depression. <i>Depress Anxiety</i> . 1998;8(S1):59-63. DOI:10.1002/(sici)1520-6394(1998)8:1+<59::aid-da9>3.3.co;2-p.
22	Fava M, Rosenbaum JF. Anger attacks in patients with depression. — <i>J Clin Psychiatry</i> . — 1999. — Vol.60. — P.21-24.	Fava M, Rosenbaum JF. Anger attacks in patients with depression. <i>J Clin Psychiatry</i> . 1999; 60 Suppl 15:21-24.
23	Anger attacks in unipolar depression, Part 1: Clinical correlates and response to fluoxetine treatment. — <i>American Journal of Psychiatry</i> . — 1993. — Vol.150. — P.1158-1163. DOI:10.1176/ajp.150.8.1158.	Anger attacks in unipolar depression, Part 1: Clinical correlates and response to fluoxetine treatment. <i>American Journal of Psychiatry</i> . 1993; 150:1158-1163. DOI:10.1176/ajp.150.8.1158.
24	Fava M, Rosenbaum JF, McCarthy M, Pava J, Steingard R, Bless E. Anger attacks in depressed outpatients and their response to fluoxetine. — <i>Psychopharmacol Bull.</i> — 1991. — Vol.27. — P.275-279.	Fava M, Rosenbaum JF, McCarthy M, Pava J, Steingard R, Bless E. Anger attacks in depressed outpatients and their response to fluoxetine. <i>Psychopharmacol Bull.</i> 1991; 27:275-9.
25	Fava M, Vuolo R, Wright E, Nierenberg A, Alpert J, Rosenbaum J. Fenfluramine challenge in unipolar depression with and without anger attacks. — <i>Psychiatry Res.</i> — 2000. — Vol.94. — P.9-18. DOI:10.1016/s0165-1781(00)00120-7.	Fava M, Vuolo R, Wright E, Nierenberg A, Alpert J, Rosenbaum J. Fenfluramine challenge in unipolar depression with and without anger attacks. <i>Psychiatry Res.</i> 2000; 94:9-18. DOI:10.1016/s0165-1781(00)00120-7.
26	Goldman L, Haaga D. Depression and the Experience and Expression of Anger in Marital and Other Relationships. — <i>J Nerv Ment Dis.</i> — 1995. — Vol.183. — P.505-509. DOI:10.1097/00005053-199508000-00002.	Goldman L, Haaga D. Depression and the Experience and Expression of Anger in Marital and Other Relationships. <i>J Nerv Ment Dis.</i> 1995; 183:505-509. DOI:10.1097/00005053-199508000-00002.
27	Hollander E, Tracy K, Swann A et al. Divalproex in the Treatment of Impulsive Aggression: Efficacy in Cluster B Personality Disorders. — <i>Neuropsychopharmacology</i> . — 2003. — Vol.28. — P.1186-1197. DOI:10.1038/sj.npp.1300153.	Hollander E, Tracy K, Swann A et al. Divalproex in the Treatment of Impulsive Aggression: Efficacy in Cluster B Personality Disorders. <i>Neuropsychopharmacology</i> . 2003; 28:1186-1197. DOI:10.1038/sj.npp.1300153.

28	Huband N, Ferriter M, Nathan R, Jones H. Antiepileptics for aggression and associated impulsivity. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . — 2010. DOI:10.1002/14651858.cd003499.pub3.	Huband N, Ferriter M, Nathan R, Jones H. Antiepileptics for aggression and associated impulsivity. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . — 2010. DOI:10.1002/14651858.cd003499.pub3.
29	Iosifescu D, Renshaw P, Dougherty D et al. Major Depressive Disorder With Anger Attacks and Subcortical MRI White Matter Hyperintensities. — <i>J Nerv Ment Dis</i> . — 2007. — Vol.195. — P.175-178. DOI:10.1097/01.nmd.0000253820.69362.87.	Iosifescu D, Renshaw P, Dougherty D et al. Major Depressive Disorder With Anger Attacks and Subcortical MRI White Matter Hyperintensities. <i>J Nerv Ment Dis</i> . 2007; 195:175-178. DOI:10.1097/01.nmd.0000253820.69362.87.
30	Jakupcak M, Tull M. Effects of Trauma Exposure on Anger, Aggression, and Violence in a Nonclinical Sample of Men. — <i>Violence Vict</i> . — 2005. — Vol.20. — P. 589-598. DOI:10.1891/vivi.2005.20.5.589.	Jakupcak M, Tull M. Effects of Trauma Exposure on Anger, Aggression, and Violence in a Nonclinical Sample of Men. <i>Violence Vict</i> . 2005; 20:589-598. DOI:10.1891/vivi.2005.20.5.589.
31	Joe S, Lee J, Kim S, Won S, Lim J, Ha K. Posttraumatic Embitterment Disorder and Hwa-byung in the General Korean Population. — <i>Psychiatry Investig</i> . — 2017. — Vol.14. — P.392. DOI:10.4306/pi.2017.14.4.392.	Joe S, Lee J, Kim S, Won S, Lim J, Ha K. Posttraumatic Embitterment Disorder and Hwa-byung in the General Korean Population. <i>Psychiatry Investig</i> . 2017; 14:392. DOI:10.4306/pi.2017.14.4.392.
32	Jones R, Arlidge J, Gillham R, Reagu S, van den Bree M, Taylor P. Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systematic review and meta-analysis. — <i>British Journal of Psychiatry</i> . — 2011. — Vol.198. — P.93-98. DOI:10.1192/bjp.bp.110.083030.	Jones R, Arlidge J, Gillham R, Reagu S, van den Bree M, Taylor P. Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systematic review and meta-analysis. <i>British Journal of Psychiatry</i> . 2011; 198:93-98. DOI:10.1192/bjp.bp.110.083030.
33	Judd L, Schettler P, Coryell W, Akiskal H, Fiedorowicz J. Overt Irritability/Anger in Unipolar Major Depressive Episodes. — <i>JAMA Psychiatry</i> . — 2013. — Vol.70. — P.1171. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2013.1957.	Judd L, Schettler P, Coryell W, Akiskal H, Fiedorowicz J. Overt Irritability/Anger in Unipolar Major Depressive Episodes. <i>JAMA Psychiatry</i> . 2013; 70:1171. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2013.1957.
34	Kennedy H. Anger and Irritability. — <i>British Journal of Psychiatry</i> . — 1992. — Vol.161. — P.145-153. DOI:10.1192/bjp.161.2.145.	Kennedy H. Anger and Irritability. <i>British Journal of Psychiatry</i> . 1992; 161:145-153. DOI:10.1192/bjp.161.2.145.
35	Kessler R, Coccaro E, Fava M, Jaeger S, Jin R, Walters E. The Prevalence and Correlates of DSM-IV Intermittent Explosive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. — <i>Arch Gen Psychiatry</i> . — 2006. — Vol.63. — P.669. DOI:10.1001/archpsyc.63.6.669.	Kessler R, Coccaro E, Fava M, Jaeger S, Jin R, Walters E. The Prevalence and Correlates of DSM-IV Intermittent Explosive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. <i>Arch Gen Psychiatry</i> . 2006;63(6):669. DOI:10.1001/archpsyc.63.6.669.
36	Kovess-Masfety V, Alonso J, Angermeyer M et al. Irritable mood in adult major depressive disorder: results from the world mental health surveys. — <i>Depress Anxiety</i> . — 2013. — Vol.30. — P.395-406. DOI:10.1002/da.22033.	Kovess-Masfety V, Alonso J, Angermeyer M et al. Irritable mood in adult major depressive disorder: results from the world mental health surveys. <i>Depress Anxiety</i> . 2013;30(4):395-406. DOI:10.1002/da.22033.
37	Lee J, Wachholtz A, Choi K. A Review of the Korean Cultural Syndrome Hwa-Byung: Suggestions for Theory and Intervention. — <i>Journal of Asia Pacific Counseling</i> . — 2014. — Vol.4. — P.49-64. DOI:10.18401/2014.4.1.4.	Lee J, Wachholtz A, Choi K. A Review of the Korean Cultural Syndrome Hwa-Byung: Suggestions for Theory and Intervention. <i>Journal of Asia Pacific Counseling</i> . 2014;4(1):49-64. DOI:10.18401/2014.4.1.4.
38	Linden M. Posttraumatic Embitterment Disorder. — <i>Psychother Psychosom</i> . — 2003. — Vol.72. — P.195-202. DOI:10.1159/000070783.	Linden M. Posttraumatic Embitterment Disorder. <i>Psychother Psychosom</i> . 2003; 72:195-202. DOI:10.1159/000070783.

39	Linden M, Baumann K, Rotter M, Schippan B. Diagnostic criteria and the standardized diagnostic interview for posttraumatic embitterment disorder (PTED). — <i>Int J Psychiatry Clin Pract.</i> — 2008. — Vol.12. — P.93-96. DOI:10.1080/13651500701580478.	Linden M, Baumann K, Rotter M, Schippan B. Diagnostic criteria and the standardized diagnostic interview for posttraumatic embitterment disorder (PTED). <i>Int J Psychiatry Clin Pract.</i> 2008; 12(2):93-96. DOI:10.1080/13651500701580478.
40	Maeda K, Sugino H, Akazawa H et al. Brexpiprazole I: In Vitro and In Vivo Characterization of a Novel Serotonin-Dopamine Activity Modulator. — <i>Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics.</i> — 2014. — Vol.350. — P.589-604. DOI:10.1124/jpet.114.213793.	Maeda K, Sugino H, Akazawa H et al. Brexpiprazole I: In Vitro and In Vivo Characterization of a Novel Serotonin-Dopamine Activity Modulator. <i>Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics.</i> 2014; 350:589-604. DOI:10.1124/jpet.114.213793.
41	Mammen O, Pilkonis P, Chengappa K, Kupfer D. Anger Attacks in Bipolar Depression. — <i>J Clin Psychiatry.</i> — 2004. — Vol.65. — P.627-633. DOI:10.4088/jcp.v65n0506.	Mammen O, Pilkonis P, Chengappa K, Kupfer D. Anger Attacks in Bipolar Depression. <i>J Clin Psychiatry.</i> 2004; 65(5):627-633. DOI:10.4088/jcp.v65n0506.
42	McGlashan T, Grilo C, Sanislow C et al. Two-Year Prevalence and Stability of Individual DSM-IV Criteria for Schizotypal, Borderline, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders: Toward a Hybrid Model of Axis II Disorders. — <i>American Journal of Psychiatry.</i> — 2005. — Vol.162. — P.883-889. DOI:10.1176/appi.ajp.162.5.883.	McGlashan T, Grilo C, Sanislow C et al. Two-Year Prevalence and Stability of Individual DSM-IV Criteria for Schizotypal, Borderline, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders: Toward a Hybrid Model of Axis II Disorders. <i>American Journal of Psychiatry.</i> 2005; 162(5):883-889. DOI:10.1176/appi.ajp.162.5.883.
43	Meshkat D, Kutzelnigg A, Kasper S Winkler D. Ärgerattacken bei Depressionen: Geschlechtsspezifische Aspekte. — <i>Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie.</i> — 2010. — Vol.11. — P.22-25.	Meshkat D, Kutzelnigg A, Kasper S Winkler D. Ärgerattacken bei Depressionen: Geschlechtsspezifische Aspekte <i>Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie.</i> — 2010. — Vol.11. — P.22-25.
44	Min S. Clinical Correlates of Hwa-Byung and a Proposal for a New Anger Disorder. — <i>Psychiatry Investig.</i> — 2008. — Vol.5. — P.125. DOI:10.4306/pi.2008.5.3.125.	Min S. Clinical Correlates of Hwa-Byung and a Proposal for a New Anger Disorder. <i>Psychiatry Investig.</i> 2008; 5:125. DOI:10.4306/pi.2008.5.3.125.
45	Min S, Suh S, Song K. Symptoms to Use for Diagnostic Criteria of Hwa-Byung, an Anger Syndrome. — <i>Psychiatry Investig.</i> — 2009. — Vol.6. — P.7. DOI:10.4306/pi.2009.6.1.7.	Min S, Suh S, Song K. Symptoms to Use for Diagnostic Criteria of Hwa-Byung, an Anger Syndrome. <i>Psychiatry Investig.</i> 2009;6(1):7. DOI:10.4306/pi.2009.6.1.7.
46	Morand P, Thomas G, Bungener C, Ferreri M, Jouvent R. Fava's Anger Attacks Questionnaire: evaluation of the French version in depressed patients. — <i>European Psychiatry.</i> — 1998. — Vol.13. — P.41-45. DOI:10.1016/s0924-9338(97)86750-8.	Morand P, Thomas G, Bungener C, Ferreri M, Jouvent R. Fava's Anger Attacks Questionnaire: evaluation of the French version in depressed patients. <i>European Psychiatry.</i> 1998; 13:41-45. DOI:10.1016/s0924-9338(97)86750-8.
47	Painuly N, Sharan P, Mattoo S. Antecedents, concomitants and consequences of anger attacks in depression. — <i>Psychiatry Res.</i> — 2007. — Vol.153. — P.39-45. DOI:10.1016/j.psychres.2006.03.001.	Painuly N, Sharan P, Mattoo S. Antecedents, concomitants and consequences of anger attacks in depression. <i>Psychiatry Res.</i> 2007; 153:39-45. DOI:10.1016/j.psychres.2006.03.001.
48	Painuly N, Grover S, Gupta N, Mattoo S. Prevalence of anger attacks in depressive and anxiety disorders: Implications for their construct? — <i>Psychiatry Clin Neurosci.</i> — 2011. — Vol.65. — P.165-174. DOI:10.1111/j.1440-1819.2010.02177.x.	Painuly N, Grover S, Gupta N, Mattoo S. Prevalence of anger attacks in depressive and anxiety disorders: Implications for their construct?. <i>Psychiatry Clin Neurosci.</i> 2011; 65:165-174. DOI:10.1111/j.1440-1819.2010.02177.x.
49	Painuly NP, Grover S, Mattoo SK, Gupta N. Anger attacks in obsessive compulsive disorder. — <i>Ind Psychiatry J.</i> — 2011. — Vol.20. — P.115-119. DOI:10.4103/0972-6748.102501.	Painuly NP, Grover S, Mattoo SK, Gupta N. Anger attacks in obsessive compulsive disorder. <i>Ind Psychiatry J</i> 2011; 20:115-119. DOI:10.4103/0972-6748.102501.

50	Pasquini M, Picardi A, Specca A et al. <i>Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health</i> . — 2007. — Vol.3. — P.3. DOI:10.1186/1745-0179-3-3.	Pasquini M, Picardi A, Specca A et al. <i>Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health</i> . 2007; 3:3. DOI:10.1186/1745-0179-3-3.
51	Perlis R, Fava M, Trivedi M et al. <i>Irritability is associated with anxiety and greater severity, but not bipolar spectrum features, in major depressive disorder</i> .— <i>Acta Psychiatr Scand</i> . — 2009. — Vol.119. — P.282-289. DOI:10.1111/j.1600-0447.2008.01298.x.	Perlis R, Fava M, Trivedi M et al. <i>Irritability is associated with anxiety and greater severity, but not bipolar spectrum features, in major depressive disorder</i> . <i>Acta Psychiatr Scand</i> . 2009; 119:282-289. DOI:10.1111/j.1600-0447.2008.01298.x.
52	Perlis R, Smoller J, Fava M, Rosenbaum J, Nierenberg A, Sachs G. <i>The prevalence and clinical correlates of anger attacks during depressive episodes in bipolar disorder</i> .— <i>J Affect Disord</i> . — 2004. — Vol.79. — P.291-295. DOI:10.1016/s0165-0327(02)00451-2.	Perlis R, Smoller J, Fava M, Rosenbaum J, Nierenberg A, Sachs G. <i>The prevalence and clinical correlates of anger attacks during depressive episodes in bipolar disorder</i> . <i>J Affect Disord</i> . 2004; 79:291-295. DOI:10.1016/s0165-0327(02)00451-2.
53	Rosenbaum JF, Fava M, Pava JA et al. <i>Anger attacks in unipolar depression, Part 2: Neuroendocrine correlates and changes following fluoxetine treatment</i> . — <i>American Journal of Psychiatry</i> . — 1993. — Vol.150. — P.1164-1168. DOI:10.1176/ajp.150.8.1164.	Rosenbaum JF, Fava M, Pava JA et al. <i>Anger attacks in unipolar depression, Part 2: Neuroendocrine correlates and changes following fluoxetine treatment</i> . <i>American Journal of Psychiatry</i> . 1993; 150:1164-1168. DOI:10.1176/ajp.150.8.1164.
54	Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H, Rihmer Z, Wälinder J. <i>Prevention of male suicides: lessons from Gotland study</i> . — <i>The Lancet</i> . — 1995. — Vol.345. — P.524. DOI:10.1016/s0140-6736(95)90622-3.	Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H, Rihmer Z, Wälinder J. <i>Prevention of male suicides: lessons from Gotland study</i> . <i>The Lancet</i> . 1995; 345:524. DOI:10.1016/s0140-6736(95)90622-3.
55	Saini M. <i>A Meta-analysis of the Psychological Treatment of Anger: Developing Guidelines for Evidence-Based Practice</i> . — <i>J Am Acad Psychiatry Law</i> . — 2009. — Vol.37. — P.473-488.	Saini M. <i>A Meta-analysis of the Psychological Treatment of Anger: Developing Guidelines for Evidence-Based Practice</i> . <i>J Am Acad Psychiatry Law</i> . 2009; 37:473-488.
56	Sayar K, Guzelhan Y, Solmaz M et al. — <i>Annals of Clinical Psychiatry</i> . — 2000. — Vol.12. — P.213-218. DOI:10.1023/a:1009082409702.	Sayar K, Guzelhan Y, Solmaz M et al. — <i>Annals of Clinical Psychiatry</i> . 2000; 12:213-218. DOI:10.1023/a:1009082409702.
57	Siever L. <i>Neurobiology of Aggression and Violence</i> . — <i>American Journal of Psychiatry</i> . — 2008. — Vol.165. — P.429-442. DOI:10.1176/appi.ajp.2008.07111774.	Siever L. <i>Neurobiology of Aggression and Violence</i> . <i>American Journal of Psychiatry</i> . 2008; 165:429-442. DOI:10.1176/appi.ajp.2008.07111774.
58	Van Praag H. <i>Anxiety/aggression — driven depression</i> . <i>Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry</i> . — 2001. — Vol.25. — P.893-924. DOI:10.1016/s0278-5846(01)00151-8.	Van Praag H. <i>Anxiety/aggression — driven depression</i> . <i>Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry</i> . 2001;25(4):893-924. DOI:10.1016/s0278-5846(01)00151-8.
59	Van Praag H. <i>Faulty cortisol/serotonin interplay. Psychopathological and biological characterisation of a new, hypothetical depression subtype (SeCA depression)</i> . — <i>Psychiatry Res</i> . — 1996. — 65. — P.143-157. DOI:10.1016/s0165-1781(96)02923-x.	Van Praag H. <i>Faulty cortisol/serotonin interplay. Psychopathological and biological characterisation of a new, hypothetical depression subtype (SeCA depression)</i> . <i>Psychiatry Res</i> . 1996;65(3):143-157. DOI:10.1016/s0165-1781(96)02923-x.
60	Vidal-Ribas P, Brotman M, Valdivieso I, Leibenluft E, Stringaris A. <i>The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative Review</i> . — <i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i> . — 2016. — Vol.55. — P.556-570. DOI:10.1016/j.jaac.2016.04.014.	Vidal-Ribas P, Brotman M, Valdivieso I, Leibenluft E, Stringaris A. <i>The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative Review</i> . <i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i> . 2016;55(7):556-570. DOI:10.1016/j.jaac.2016.04.014.

61	Weissman M, Klerman G, Paykel E. <i>Clinical Evaluation of Hostility in Depression.</i> — <i>American Journal of Psychiatry.</i> — 1971. — Vol.128. — P.261-266. DOI:10.1176/ajp.128.3.261.	Weissman M, Klerman G, Paykel E. <i>Clinical Evaluation of Hostility in Depression.</i> <i>American Journal of Psychiatry.</i> 1971;128(3):261-266. DOI:10.1176/ajp.128.3.261.
62	Winkler D, Pjrek E, Kasper S. <i>Anger Attacks in Depression—Evidence for a Male Depressive Syndrome.</i> — <i>Psychother Psychosom.</i> — 2005. — Vol.74. — P.303-307. DOI:10.1159/000086321.	Winkler D, Pjrek E, Kasper S. <i>Anger Attacks in Depression—Evidence for a Male Depressive Syndrome.</i> <i>Psychother Psychosom.</i> 2005; 74:303-307. DOI:10.1159/000086321.
63	Winkler D, Pjrek E, Kindler J, Heiden A, Kasper S. <i>Validation of a Simplified Definition of Anger Attacks.</i> — <i>Psychother Psychosom.</i> — 2006. — Vol.75. — P.103-106. DOI:10.1159/000090894.	Winkler D, Pjrek E, Kindler J, Heiden A, Kasper S. <i>Validation of a Simplified Definition of Anger Attacks.</i> <i>Psychother Psychosom.</i> 2006; 75:103-106. DOI:10.1159/000090894.
64	Winkler D, Pjrek E, Konstantinidis A et al. <i>Anger attacks in seasonal affective disorder.</i> — <i>Int J Neuropsychopharmacol.</i> — 2005. — Vol.9. — P.215. DOI:10.1017/s1461145705005602.	Winkler D, Pjrek E, Konstantinidis A et al. <i>Anger attacks in seasonal affective disorder.</i> <i>Int J Neuropsychopharmacol.</i> 2005;9(02):215. DOI:10.1017/s1461145705005602.
65	Yoon S, Jeon S, Ko Y et al. <i>Adjunctive Brexpiprazole as a Novel Effective Strategy for Treating Major Depressive Disorder.</i> — <i>J Clin Psychopharmacol.</i> — 2017. — Vol.37. — P.46-53. DOI:10.1097/jcp.0000000000000622.	Yoon S, Jeon S, Ko Y et al. <i>Adjunctive Brexpiprazole as a Novel Effective Strategy for Treating Major Depressive Disorder.</i> <i>J Clin Psychopharmacol.</i> 2017; 37(1): 46-53. DOI:10.1097/jcp.0000000000000622.
66	Zaidi U. <i>Gender Difference in Perceived Social Support and Clinical Anger in Depressed Patients.</i> — <i>IOSR Journal of Humanities and Social Science.</i> — 2014. — Vol.19. — P.79-84. DOI:10.9790/0837-191217984.	Zaidi U. <i>Gender Difference in Perceived Social Support and Clinical Anger in Depressed Patients.</i> <i>IOSR Journal of Humanities and Social Science.</i> 2014;19(12):79-84. DOI:10.9790/0837-191217984.

Сведения об авторе

Симуткин Герман Геннадьевич — д.м.н., в.н.с. отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья. Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». E-mail: ggsimutkin@gmail.com

DOI : 10.31363/2313-7053-2018-3-22-31

Особенности непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией в инициальном периоде заболевания

Громов С.А., Липатова Л.В., Якунина О.Н., Сивакова Н.А.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Резюме. На клиническом материале 239 больных эпилепсией, 123 — с длительностью заболевания до 3-х лет проведено клинико-психологическое исследование с использованием батареи экспериментально-психологических методик, позволяющее уточнить особенности непсихотических психических расстройств в инициальном периоде заболевания. Установлено, что в исследуемой популяции преобладают легкие когнитивные расстройства (F06.72). Предложены способы их лечения, обеспечившие получение у 80% больных стойкого контроля приступов с полным регрессом эпилептических паттернов на ЭЭГ у 45% наблюдаемых.

Ключевые слова: эпилепсия, когнитивные расстройства, инициальный период, экспериментально-психологические методы.

The features of nonpsychotic mental disorders in patients with epilepsy in the initial period of the disease.

Gromov S.A., Lipatova L.V., Yakunina O.N., Sivakova N.A.
National Medical Research Centre of Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev, Saint-Petersburg

Summary. Clinical, psychological and neurophysiological studies were conducted in 239 patients with epilepsy, 123 with duration of the disease no more than 3 years, for clarify the features of nonpsychotic psychiatric disorders in the initial period of epilepsy. It was established, that the light cognitive disorders (F06.72) dominated in the initial period of epilepsy. In this article provides methods of treatment with obtaining a control of seizures in 80% of patients and regression of epileptic patterns on the EEG in 45% of patients with epilepsy.

Key words: epilepsy, cognitive disorders, initial period, experimental-psychological methods.

Этиопатогенетический механизм развития психических расстройств при эпилепсии остается недостаточно выясненным. Чаще его связывают с видом приступов, сроками длительности заболевания, хотя высказываются и другие соображения [2, 3, 5, 13]. Изучение их особенностей на начальных стадиях заболевания может дать ответ на возникающие вопросы. Согласно МКБ-10, они относятся к легким когнитивным расстройствам при эпилепсии (F 06.72). Начальным периодом заболевания принято считать первые три года от дебюта приступов [11]. Обычно в течение этого времени возникают и стабилизируются виды припадков, формы заболевания и другие клинико-параклинические симптомы. Это могут быть нарушения памяти, внимания, эмоционального реагирования, мышления и другие когнитивные расстройства [4, 6, 7, 14, 20, 22]. На их фоне роль припадков как бы отодвигается на второй план, а на первое место выступают характерологические особенности, приводящие к нарушению отношений больного в семье, обществе. Именно поэтому разработка вопросов ранней диагностики изменения психической деятельности больных эпилепсией приобретает большое значение [2-21, 24, 25].

Возникающие расстройства, часто трактуемые как невротические, в дальнейшем, под влиянием

эпилептического процесса, могут трансформироваться в пограничные невротоподобные нарушения и рассматриваться как начальные коморбидные проявления органического симптомокомплекса, выявленных с помощью данных ЭЭГ и МРТ исследований [10, 12, 18].

Проведенные нами и другими авторами исследования, с использованием экспериментально-психологических методик, позволили выявить больных с различными типами когнитивных и поведенческих нарушений в виде ослабления памяти, внимания, умственной работоспособности, изменений характера и страха повторения приступов, которые могут привести к осложнениям жизни и профессиональной деятельности. Однако материалом этих исследований были больные с длительными сроками эпилепсии [15, 16, 19, 22].

Большое значение имеет также изучение отношения больного к своему заболеванию. В инициальном периоде болезни чаще отмечается недооценка тяжести своего состояния. Больные считают его результатом экстремальных ситуаций. Некоторые из них амнезируют свои приступы, или они возникают во время сна и не осознаются больным. Здесь возможно отрицание больным самого факта болезни, а, следовательно, и необходимости лечения. Однако имеется категория пациентов, обладающих ипохондрическими,

тревожно-мнительными чертами, а также мнением о неизлечимости эпилепсии. Они склонны преувеличивать тяжесть заболевания [4, 5].

Как отмечено выше, уже на ранних этапах болезни имеются нарушения структуры личности. В связи с этим встает вопрос об изучении именно преморбидных особенностей личности при эпилепсии. И не только в плане генетической предрасположенности, но и потому, что само заболевание может развиваться уже на базе имеющихся органических нарушений, вызванных родовой или постнатальной черепно-мозговой травмой, нейроинфекциями различного генеза, накладывающих отпечаток на личность больного [8, 9, 17].

Существует представление о том, что выраженность психических изменений имеет линейную зависимость от длительности и тяжести течения эпилепсии, а в инициальном периоде не наблюдаются. По имеющимся данным, в начальном периоде заболевания (до 3 лет от начала припадков) изменения личности можно выявить у 13% больных. Типичные изменения личности, такие как психическая ригидность, торпидность, злопамятность, педантичность, раздражительность, могут отмечаться как черта характера с детства, задолго до развития первых припадков [11, 21].

В связи с полиморфизмом эпилептических припадков, порой представляется крайне трудным провести анализ зависимостей наблюдаемых пограничных психических расстройств от вида припадков и эпилептической болезни. Тем более, что в новой классификации эпилепсии Международной противоэпилептической Лиги (2017), термин «психический» заменен на «когнитивный» [1].

Изменения личности чаще обнаруживаются у больных с фокальными и генерализованными судорожными припадками. При сочетании судорожных и вегетативно-висцеральных пароксизмов у большинства больных выявляется сочетание эпилептических изменений личности и истерических расстройств, проявляющихся демонстративным поведением, эгоистичностью, склонностью к развитию псевдоэпилептических припадков. Лицам, страдающим миоклоническими припадками, свойственны такие особенности личности, как безответственность, эйфория, легковесность, непоследовательность действий, склонность к асоциальному поведению. При наличии в структуре приступа сложных психопатологических феноменов, таких как зрительные, слуховые или обонятельные галлюцинации, деперсонализация и дереализация, нередко у больных обнаруживаются особенности личности шизоидного типа, что может приводить к диагностическим ошибкам, необоснованному установлению диагноза «шизофрения» и последующему безрезультатному лечению больных нейролептиками. Нередко при эпилепсии наблюдаются депрессивные состояния, как по типу невротической, так и эндогенной депрессии с элементами витальной тоски, суточными колебаниями настроения и истинными суицидальными намерениями. Депрессивные состояния развиваются одинаково часто

как у лиц с генерализованными типами пароксизмов (судорожными и абсансами), так и у лиц с парциальными припадками [5, 22, 23].

Неэффективность лечения заболевания приводит к нарушению психических функций в 2,5 раза чаще, чем при правильно подобранной терапии. Полиморфизм личностных особенностей больных порой обусловлен не только собственно дефицитарными симптомами, но и типом поведения, обусловленным компенсаторными механизмами. В основе развившегося психического дефекта могут лежать разные факторы: органическое поражение тех или иных отделов мозга, нейронные эпилептиформные разряды, влияющие на функцию мозга пораженной области, противоэпилептическая терапия; сам факт наличия болезни и реакция больного на заболевание (особенно в ранней стадии, при постановке впервые диагноза эпилепсия) и на связанные с ним ограничения.

В инициальной стадии заболевания симптомы изменений личности не всегда четко клинически выражены, поэтому необходимо использовать для диагностической работы экспериментально-психологические методы и уточнить наличие психического дефекта совместно с психологом. В настоящее время существует большое количество экспериментально-психологических методик, направленных на оценку и изучение различных личностных проявлений [4, 5, 7]. Психологическое обследование решает задачи совершенствования диагностики когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферы у больных эпилепсией в инициальном периоде заболевания и обосновывают психокоррекционную работу с этой категорией больных.

Целью исследования явились: 1) изучение начальных и скрытых нарушений когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферы у пациентов в инициальном периоде заболевания; 2) сравнение особенностей личности больных эпилепсией на начальных и отдаленных стадиях заболевания.

Материалы и методы. Исследование выполнено в условиях специализированного стационара отделения лечения больных с органическими психическими заболеваниями и эпилепсией НИМЦПН им. В.М. Бехтерева на клиническом материале, составляющем 239 больных эпилепсией, 123 с длительностью болезни от нескольких недель до трех лет и 40 здоровых испытуемых. Среди 239 больных было 125 мужчин (52,3%) и 114 (47,7%) женщин, 67,8% больных составили лица моложе 36 лет. Все пациенты подписывали информированное согласие участия в исследовании и обработку данных. Критерии включения в исследование: установленный диагноз эпилепсия, подписанное информированное согласие, возраст пациента ≥ 18 лет. Критерии исключения: отказ от подписания информированного согласия, грубое нарушение когнитивных функций, не понимание и не выполнение инструкций к заданиям.

В зависимости от наличия изменений личности (непсихотических психических расстройств), определяемых на основе клинико-

психологического и психиатрического обследования больные были разделены на две группы. В первую группу вошли лица с изменениями личности — 112 человек (46,9%), в другую — пациенты без клинически очерченных личностных нарушений — 127 человек (53,1%).

Применялись следующие методы исследования: 1) метод клинического наблюдения; 2) экспериментально-психологические методики; 3) нейрофизиологический (ЭЭГ); 4) нейровизуализационный (МРТ головного мозга).

Основу предлагаемого авторами комплексного метода диагностики изменений личности у больных эпилепсией, выявляемых в начальной стадии заболевания и при его прогрессировании, составляет принятый в психоневрологии и усовершенствованный нами, так называемый, тройственный диагноз, включающий нозологическую, личностную и социальную диагностику с использованием современных клинических, психологических и инструментальных методик. Правильная диагностика психических расстройств поможет выработать и своевременно начать адекватное комплексное лечение больного, включающее использование антиэпилептических препаратов, психотропных средств и способов психокоррекционной работы [5, 6, 10].

Реализация метода позволяет практическим врачам избежать распространенных, особенно на начальных стадиях заболевания, ошибок в диагностике и лечении больных эпилепсией и будет способствовать улучшению качества их жизни.

Предлагаемый метод диагностики может быть использован как в начальной стадии заболевания на протяжении первых трех лет после первого припадка, так и на последующих его этапах.

Психологическая диагностика проводилась совместно с врачом неврологом или психиатром и носила комплексный характер, охватывая показатели интеллектуально-мнестической деятельности, эмоционального реагирования, поведения и системы отношений больных. Ее результаты, помимо качественной оценки, имеют количественное, т.е. числовое выражение и носят вероятностно-статистический характер, при их обобщении применимы математические методы, выполненные с использованием пакетов прикладных программ Microsoft Excel и SPSS. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. По характеру пароксизмальных состояний больные распределились следующим образом: эпилепсия с общесудорожными припадками диагностирована у 70 больных. Эпилепсия с психомоторными и психосенсорными приступами (височная форма) — у 72. Эпилепсия со смешанными припадками (судорожными и абсансами, преимущественно простыми) — у 74 больных. У 23 пациентов имелись другие виды пароксизмов, в основном, парциальные припадки джексоновского типа. По частоте припадков были выделены три группы больных: 1) с редкими припадками, единичными пароксизмами — от одного до нескольких припадков в год — 47 больных (19,7%);

2) с припадками средней частоты — ежемесячные и еженедельные приступы — 111 (46,4%) пациентов; 3) с частыми припадками (ежедневные) — 81 (33,9%) больной.

Психические изменения в инициальном периоде заболевания, по данным психологического обследования, неоднородны. Выявляемые астенические состояния, связывают с ослаблением активного торможения и повышением в связи с этим нервно-психической возбудимости, так и ослаблением основных нервных процессов со снижением возбудимости нервных клеток. Выявляют различные формы астенических состояний: гиперстеническая, гипостеническая, астеноипохондрическая, астеновегетативная и раздражительная слабость.

У больных в инициальном периоде заболевания выявляются нерезко выраженные замедленность и тугоподвижность психических процессов. Указанные особенности предшествуют развитию характерологических изменений, на формирование которых оказывают влияние не только органическое поражение головного мозга, локализация эпилептического очага, но и преморбидное своеобразие личности, особенности воспитания больного и другие факторы.

Большое значение имеет отношение больного к своей болезни. Отмечается как недооценка тяжести своего заболевания (больные считают его результатом экстремальных ситуаций), так и преувеличение его тяжести. Имеется категория лиц, обладающих ипохондрическими, тревожно-мнительными чертами, а также представлениями о неизлечимости эпилепсии.

При психологическом исследовании количественные показатели методик, выявляющих особенности интеллектуально-мнестической деятельности больных эпилепсией с длительностью заболевания до 1 года, в ряде наблюдений, незначительно отличаются от одноименных показателей у здоровых испытуемых. В то же время, по мере увеличения сроков течения заболевания, увеличивается время выполнения психологических проб. Оно последовательно возрастает при длительности заболевания в 2 и 3 года, т.е. происходит усиление торпидности психической деятельности даже в рамках инициального периода, однако, эти различия не достигают уровня статистической значимости. При увеличении времени выполнения корректурной пробы увеличивается и число ошибок в ней. К концу инициального периода заболевания подобную тенденцию можно отметить и при сопоставлении успешности выполнения таких методик, как «Запоминание 10 слов», теста визуальной ретенции, методики исследования интеллекта Д. Векслера. Если здоровые испытуемые при 5-кратном предъявлении ряда из 10 слов правильно воспроизводят в среднем 41,4 слова, то больные эпилепсией с длительностью болезни до 1 года — 38 слов, а при длительности 3 года — 36,2. Показатели методики Векслера менее вариативны, хотя и здесь выявляется тенденция к их ухудшению по мере развития заболевания.

По результатам обследования с помощью многопрофильного личностного опросника ММРП, также выявляется неоднородность структуры личности больных эпилепсией на начальных этапах заболевания. В основном, это слабо структурированные изменения, однако и здесь можно выявить тенденцию к формированию гиперстенического и невротоподобного вариантов изменений. Чаще достигают верхних границ нормы показатели шкал опросника, отражающие склонность к колебаниям фона настроения, импульсивность поведения, повышенную тревожность, эмоциональную и психомоторную возбудимость. При этом имеется тенденция к усилению этих проявлений у больных с длительностью заболевания 3 года. И здесь повышенная фиксация на болезненных проявлениях и самом факте болезни обусловлена как самим болезненным процессом, так и невротизацией личности, реакцией больного на возникающие в связи с болезнью ограничения образа жизни и социально-психологическими трудностями.

В системе отношений больных эпилепсией к болезни можно также диагностировать определенные изменения. При длительности заболевания от нескольких месяцев до двух лет у 42% больных преобладает гармоничный тип отношения к своему заболеванию, т.е. больные адекватно оценивают свое состояние, стремятся активно содействовать успеху проводимой терапии, умеют переключаться на доступные им интересы и жизненные ценности. У ряда больных выявляются эргопатический и анозогнозический типы отношения к заболеванию. Эти типы, как и гармоничный, составляют блок шкал, отражающих достаточно хороший уровень социальной адаптации больных.

У большинства больных с длительностью заболевания менее двух лет выраженной социальной дезадаптации не обнаруживается, однако у 1/5 из них имеются элементы сенситивного отношения к болезни. Эти больные озабочены отношением к ним окружающих, опасаются, что их будут избегать и считать неполноценными. Сенситивный тип отношения к болезни становится преобладающим у больных с длительностью болезни 3 года, что свидетельствует о нарастании дезадаптивных тенденций к концу принятого инициального периода заболевания. Дисфорический тип отношения к болезни почти не встречается у этой категории больных. Кроме того, у больных выявляются и невротические типы отношения к болезни (тревожный и неврастенический), когда проявляются беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения заболевания. При неврастеническом варианте наблюдается поведение по типу «раздражительной слабости».

Таким образом, формирование клинической симптоматики и процесс эпилептизации мозга вызывают постепенную дезорганизацию интеллектуально-мнестической, эмоционально-волевой и поведенческой сфер больных эпилепсией уже на начальных этапах заболевания.

При рутинной записи ЭЭГ в начальной стадии заболевания пароксизмальные нарушения биоэлектрической активности мозга регистрируются у 30-50% больных, однако, проанализировав ЭЭГ больных с изменениями личности, развившимися на начальной стадии заболевания, было обнаружено, что наличие пароксизмальной активности встречается значительно чаще. На ЭЭГ у больных с изменениями личности в инициальном периоде заболевания выявляются диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с преобладанием высокоамплитудных медленных колебаний и признаки ирритации коры головного мозга в виде появления в записи множественных острых волн, пиков, генерализованных синхронных вспышек сложной структуры, состоящих из заостренных волн. Чаще пароксизмальная активность регистрируется в левой височной области, реже — в правой. У большинства больных зарегистрированы генерализованные вспышки пароксизмальной активности, свидетельствующие о вовлечении в патологический процесс ствола мозга.

В целом, можно отметить, что на начальной стадии эпилепсии рутинная ЭЭГ, особенно выполненная в условиях практических лечебных учреждений, с коротким периодом записи, чаще всего не содержит изменений, поэтому, представленные выше сведения получены в условиях специализированного ЭЭГ-обследования.

Принято считать, что у больных эпилепсией с психическими нарушениями обязательно должны выявляться признаки органического поражения головного мозга, однако это не всегда подтверждается на практике. Мы обобщили данные морфометрии, полученной с помощью компьютерной томографии, включавшей определение ширины и индексов передних рогов боковых желудочков, ширины и индексов центральных отделов боковых и третьего желудочка, ширины правой и левой силвиевых борозд и ширины межполушарной щели, у больных рассматриваемой группы. Анализ полученных результатов показал, что наименее выраженные морфологические изменения мозга выявлены у больных с классическими эпилептическими изменениями личности, такими как психическая ригидность, торпидность, педантичность, в то время как на ЭЭГ у них выявлялась выраженная эпилептическая активность мозга. Это дало нам основание предположить, что развитие указанных психических особенностей реже связано с какой-либо локализацией органического поражения мозга и обусловлено психопатологическими механизмами эпилептического процесса.

Наличие органического поражения тех или иных отделов головного мозга больных эпилепсией может играть определенную роль в патогенезе развития психических расстройств неэпилептического типа, таких как истерические, депрессивные, шизофреноподобные и может привносить полиморфизм в симптоматику психического дефекта при эпилепсии. На начальных стадиях заболевания эти изменения выражены слабее.

Таблица 1. Процент выявляемости нарушений различных сторон личности больных эпилепсией в зависимости от способа их оценки.

Способ оценки	Сфера психической деятельности (% выявляемости нарушений)				
	Память	Внимание	Умственная работоспособность	Интеллект	Эмоц. реагирование и поведение
Субъективная оценка больным своих проявлений (жалобы больного)	16,9	0	7,6	0,4	22,8
Оценка психического состояния больного методом беседы и клинического наблюдения	45,1	4,2	4,6	29,1	53,3
Данные психологического исследования	70,1	38,4	48,2	41,5	50,4

Таблица 2. Результаты исследования памяти, внимания, умственной работоспособности у больных эпилепсией на начальных и отдаленных этапах заболевания

Методика	Длительность заболеваний				
	до 6 мес.	1 год	2 года	3 года	>10 лет
Цифровая корректурная проба: — время выполнения, секунды	736,8	731,3	832,6	846,9	863,1
- количество ошибок	15,3	18,9	16,6	21,2	24,9
Методика «10 слов»: - кол-во воспроизведенных слов за 5 предъявлений	38,0	35,0	36,2	36,2	33,9
Тест визуальной ретенции: — оценка	7,0	6,0	5,6	5,9	4,9
- количество ошибок	5,1	5,3	6,7	6,3	9,1

Обоснованность применения методов экспериментально-психологического исследования в клинике эпилепсии подтверждается данными, представленными в табл. 1.

Из таблицы 1 видно, что данные полученные методом психологического исследования более информативны и в диагностическом плане представляют особую ценность.

Для оценки памяти, внимания, темпа умственной работоспособности, мышления, особенностей эмоционального реагирования, системы отношений использованы экспериментально-психологические методики у 200 больных эпилепсией (123 человека с длительностью болезни около трех лет, 77 больных с длительностью заболевания более 10 лет) (табл. 2).

Из таблицы 2 видно, что длительность заболевания отрицательно влияет на полученные результаты. Так, особенности интеллектуально-мнестической деятельности больных эпилепсией с длительностью заболевания до 1 года, незначительно отличаются от одноименных показателей у здоровых испытуемых. Цифровая корректурная проба здоровыми лицами выполняется в среднем за 604,5 с, а больными эпилепсией этой группы — за 736,8 с. По мере увеличения сроков течения заболевания увеличивается и время выполнения этого задания. Оно последовательно возрастает до 832,6 и 846,9 с. при длительности заболе-

вания 2 и 3 года, т.е. происходит усиление торпидности психической деятельности даже в рамках инициального периода, однако эти различия не достигают уровня статистической значимости ($p \geq 0,05$).

Подобную тенденцию можно отметить и при сопоставлении успешности выполнения таких методик как «10 слов», тест визуальной ретенции и др.

Результаты индивидуального комплексного обследования здоровых испытуемых и больных демонстрируют большую неравномерность психологических показателей заболевших. Так, если у здорового испытуемого относительно высокие оценки слухоречевой памяти, то у него обычно хорошая память и на стимулы зрительной модальности, достаточно устойчивое внимание и нет замедления темпа умственной работоспособности. У больных эпилепсией в инициальном периоде заболевания может быть умеренное или достаточно выраженное ослабление зрительной памяти при хорошей слухоречевой, а также при сохранности объема памяти могут возникать качественные ее изменения. Например, ввод новых, не заданных инструкцией слов при заучивании ряда из 10 слов, или персевераторное их повторение, или не соблюдение порядка воспроизведения слов. То же можно сказать и об особенностях выполнения теста визуальной ретенции. При зарисовке

геометрических фигур по памяти в этом задании 44,4% больных с длительностью заболевания менее 1 года правильно воспроизводят 8-9 карточек из 10 предъявленных. Однако состав допущенных ошибок (например, наличие ошибок типа персеверации и ротации фигур) свидетельствует о нарушении памяти зрительной модальности, хотя и не резко выраженном.

Подобные примеры можно привести и в отношении других функций, однако общий вывод состоит в том, что в инициальном периоде эпилепсии у больных чаще всего нет выраженных нарушений интеллектуально-мнестической деятельности, но выявляется качественное ее своеобразие.

По мере увеличения длительности заболевания ухудшаются результаты выполнения предлагаемых психологических методик. Экспериментально-психологическое обследование больных с многолетним течением заболевания обнаружило нарушение активного внимания, снижение памяти, замедление темпа умственной работоспособности, снижение уровня обобщенности мышления. Длительное течение заболевания приводит к снижению преимущественно невербальных (наглядно-образных) функций интеллекта ($p \leq 0,05$).

Результаты обследования с помощью многопрофильной методики ММРП также свидетельствуют о неоднородности структуры личности больных на начальных этапах заболевания, что иллюстрируют данные полученные в таблице №3.

В основном, это слабо структурированные изменения, однако и здесь можно выявить тенденцию к формированию гиперстенического и невротоподобного варианта изменений. Чаще достигают верхних границ нормы показатели шкал ме-

тодики, отражающих склонность к колебаниям фона настроения, импульсивность поведения, повышенную тревожность, эмоциональную и психомоторную возбудимость. При этом имеется тенденция к усилению этих проявлений у больных с длительностью заболевания 3 года. В инициальном периоде заболевания оценка по шкале 2 ММРП превышает верхнюю границу нормы у 55% больных. В группе больных с длительностью заболевания более 10 лет эта цифра достигает 64%.

Подобная тенденция прослеживается и в отношении показателей шкал импульсивности (соответственно 30 и 47%), тревожности (30 и 54,7%), социальной интроверсии (5 и 18,9%). По мере развития заболевания усиливается невротический компонент в структуре личности больных эпилепсией. Повышаются показатели шкал невротической триады ($p \leq 0,05$), усиливается тревожность, эгоцентризм, торпидность психической деятельности, ригидность жизненных установок ($p \leq 0,05$).

Изучение типа отношения к болезни у пациентов на начальных стадиях заболевания показало, что при длительности заболевания от нескольких месяцев до 2 лет у 42% больных преобладает гармоничный тип отношения к болезни. Пациенты адекватно оценивают тяжесть своего состояния, стремятся активно содействовать успеху проводимой терапии, умеют переключаться на доступные им интересы и жизненные ценности.

У большинства пациентов с длительностью заболевания менее 2 лет выраженной социальной дезадаптации не выявляется, однако у 21% имеются элементы сенситивного типа отношения к болезни. Эти больные озабочены отношением к ним

Таблица 3. Результаты обследования с помощью методики ММРП больных эпилепсией на начальных и отдаленных этапах заболевания

Шкалы методики ММРП	Длительность заболеваний				
	до 6 мес.	1 год	2 года	3 года	>10 лет
Шкала L	47,2	52,5	52,7	48,8	57,6
Шкала F	64,7	64,9	65,9	65,6	72,4
Шкала K	53,9	52,7	55,2	50,3	51,9
Шкала 1	57,0	56,6	63,9	61,5	68,0
Шкала 2	69,0	69,3	70,0	73,4	78,8
Шкала 3	54,1	56,6	61,6	60,1	65,4
Шкала 4	66,0	63,2	66,6	65,0	68,2
Шкала 5	57,5	56,6	57,5	57,5	56,8
Шкала 6	55,6	63,5	63,8	68,1	69,4
Шкала 7	63,0	63,8	68,1	69,7	70,9
Шкала 8	65,9	68,3	75,3	74,1	78,1
Шкала 9	61,6	63,8	63,6	65,3	64,2
Шкала 0	60,2	54,8	55,7	59,5	61,9

окружающих, опасаются, что их будут избегать и считать неполноценными.

Степень выраженности нарушений психической деятельности у больных эпилепсией в инициальном периоде заболевания часто незначительна и обнаруживается только при психологической диагностике с использованием экспериментально-психологических методик. Однако в дебюте эпилепсии, особенно у больных с частыми полиморфными приступами, с грубым органическим поражением головного мозга травматической, инфекционной и другой этиологии, возможны более грубые нарушения памяти, внимания, мышления, аффективной сферы и поведения. Структура этих нарушений уточняется при психологическом исследовании.

Таким образом, формирование когнитивных расстройств у больных эпилепсией на начальных этапах заболевания идет параллельно развитию заболевания. При малой длительности болезни (до 1 года) они слабо выражены или отсутствуют, по мере прогрессирования болезни, эпилептизации мозга и изменения социального функционирования больного степень их выраженности нарастает. В то же время, при своевременном диагностировании заболевания, адекватной противосудорожной терапии, достижения контроля над приступами и полным их купированием наступает стабилизация болезненного процесса с последующим регрессом, как пароксизмальных расстройств, так и изменений личности.

Своевременная диагностика формирования непсихотических психических расстройств на начальных стадиях эпилепсии и проведение соответствующих психокоррекционных мероприятий позволяет обеспечить более надежные результаты терапии при эпилепсии.

Лечение когнитивных и других расстройств личности у больных эпилепсией лишь косвенно корригируются противосудорожной терапией и требуют дополнительных медикаментозных и психотерапевтических воздействий неэпилептического ряда. В 39% наблюдений состояния пациентов требовало назначения дополнительных препаратов: транквилизаторов (реланиум, нитразепам, феназепам, грандаксин) — в 23%, нейролептиков (аминазин, тизерцин, галоперидол) — в 3%, антидепрессантов (флуоксетин, коаксил, амиксид, тритико) — в 4% и сочетания препаратов (нейролептики, транквилизаторы) — в 9%.

Психотерапия является традиционным дополнительным методом лечения эпилепсии, играющим важную роль в комплексной терапии [5-7, 13, 16].

Нами были выявлены изменения в эмоционально-волевой, интеллектуально-мнестической, характерологической сфере у 86% больных эпилепсией (умеренные у 61% и выраженные у 25%). Изменения личности в большинстве наблюдений зависят от частоты приступов, их полиморфизма, возраста начала заболевания, а также его длительности.

С учетом предлагаемой нами эволюционно-патогенетической гипотезы развития измене-

ния личности при эпилепсии, следует полагать, что они развиваются в результате эпилептизации нейронов, оказывающих дезинтегрирующее действие на функционирование коры головного мозга и приводящих к растормаживанию подкорки, оживлению инстинктов и возникновению поведенческих нарушений.

Учитывая сказанное, лечение изменений личности должно быть, прежде всего, направлено на подавление пароксизмальной нейрональной активности, т.е. получение контроля над эпилептическими приступами с помощью использования антиэпилептических препаратов.

Лекарственное лечение эпилептических изменений личности на начальных стадиях болезни разработать трудно, т.к. они слабо выражены, разнообразны и сугубо индивидуальны, поэтому терапевтические рекомендации могут быть составлены только для аффективно протекающих расстройств, дисфорических состояний и перманентно протекающих пролонгированных эпизодов возбуждения. Обычно назначают в таких случаях в малых дозах тизерцин 25 мг, реже — аминазин 50 мг 2—3 раза в день на протяжении 1—3 суток, галоперидол 5 мг 2—3 раза в сутки, при необходимости дозу можно повысить до 5—10 мг/сут. При недостаточном эффекте эти препараты вводят в инъекциях.

При назначении адекватной терапии контроль над приступами можно получить уже через несколько месяцев от начала лечения, но эпилептическая активность на ЭЭГ при этом иногда сохраняется еще на неопределенно долгое время. Она зависит от ряда факторов, но чаще, как показали исследования, от наличия органических изменений головного мозга. Для полной нормализации ЭЭГ и психологических показателей требуется, как правило, несколько лет, особенно если лечение начато поздно и указанные изменения имеют системный характер. У большинства больных (примерно у 60%) полной ремиссии эпилепсий можно не получить вообще. Это объясняется тем, что не раскрыт окончательно этиопатогенез заболевания, не всегда можно реализовать потенциал фармакотерапии, если болезненный процесс перешел в необратимое устойчивое патологическое состояние. Правильная терапия в таких случаях может обеспечить разную степень улучшения вплоть до контролирования приступов.

Заключение. Полученные результаты позволяют сказать, что в соответствии с типом личностной структуры строится программа психокоррекционной работы с больными эпилепсией.

Психотерапевтическая работа при эпилепсии должна начинаться уже на ранних этапах развития заболевания и осуществляться, наряду с противосудорожным и седативным медикаментозным лечением, постоянно, имея своей целью по мере возможностей обеспечить стойкий контроль приступов и купировать нарастание психических расстройств. Особое значение психокоррекционные воздействия имеют для больных в инициальном периоде заболевания. Поэтому важно скорри-

гировать их установки, на лечебную перспективу, нацелить на систематическое лечение. Систематические психокоррекционные воздействия в данном случае будут способствовать сохранению и повышению механизмов саморегуляции больного, клинической компенсации и адаптации к требованиям современной жизни.

Лечение непсихотических психических расстройств, когнитивного уровня недостаточно разработано, поэтому эта проблема остается актуальной. Основное место в терапии отводится медикаментозному лечению АЭП. Обоснована врачебная тактика по устранению выявляемых изменений и излагаются методы психокоррекционной работы с больными эпилепсией.

Прогноз течения изменений личности при правильно подобранной адекватной и оптимальной противоэпилептической терапии зависит от получения стойкого контроля над припадками. После прекращения припадков регресс изменений личности, по полученным нами в процессе психологического исследования данным, осуществляется на протяжении 5-6 лет.

Согласно разработанной нами (Громов С.А., 1997, 2015) и проверенной на практике, теории о восстановлении нарушенных в процессе болезни физиологических компенсаторных антиэпилептических механизмов защиты, наступает нормализация нейрональной активности в виде исчезновения пароксизмальной активности на ЭЭГ [11, 24]. В дальнейшем снимается дезинтегрирующее влияние этих нарушений на деятельность мозга. Компенсацию болезненного процесса («разрешение эпилепсии»), можно получить у 30-50% больных со стойким контролем приступов.

Таким образом, изложенное выше свидетельствует о том, что полученные данные пока не позволяют определенно высказываться об этиопатогенезе когнитивных расстройств у больных в начальной стадии эпилепсии. Однако, складывается впечатление, что их возникновение связано с фармакорезистентностью приступов у лиц со стигмами резидуально-органической энцефалопатии перинатального генеза. Остается фактом, что стойкий контроль приступов обеспечивает положительный прогноз.

Литература

1	Авакян Г.Н., Блинов Д.В., Лебедева А.В., Бурд С.Г., Авакян Г.Г. Классификация эпилепсии Международной Противозепилептической Лиги: пересмотр и обновление 2017 года // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. — 2017. — Т. 9. — №.1. — С.6-25	Avakyan G.N., Blinov D.V., Lebedeva A.V., Burd S.G., Avakjan G.G. Classification of epilepsy of the International League Against Epilepsy: Revision and Update of 2017. <i>Jepilepsija i paroksizmal'nye sostojanija</i> . 2017; 9(1): 6-25. (In Rus.).
2	Болдырев А.И. Психические особенности больных эпилепсией. — М.: Медицина. — 2000. — 370 с.	Boldyrev A.I. The mental characteristics of patients with epilepsy. — М.: Meditsina. 2000. — 382 p. (In Rus.).
3	Броун Т.Р., Холмс Г.Л. Эпилепсия. — Клиническое руководство. — М.: Бином. — 2006. — 288с.	Broun T., Holms G. Epilepsy. — <i>Klinicheskoe rukovodstvo</i> . — М.: Binom. — 2006. — 288 p. (In Rus.).
4	Вассерман Л.И. Психологическая диагностика типов отношения к болезни у больных эпилепсией // Современные методы исследования и лечения больных эпилепсией: труды НИИ им. В.М. Бехтерева. — Л., 1989. — Т.122 — С. 14-20	Vasserman L.I. Psychological diagnosis of the types of relationship to the disease in patients with epilepsy. <i>Sovremennye metody issledovaniya i lecheniya bol'nyh jepilepsiej: trudy NII im. V.M. Behtereva</i> . 1989; 122:14-20. (In Rus.).
5	Громов С.А. Киссин М.Я., Якунина О.Н., Ерошина Е.С. Эпилепсия, изменения личности, лечение // СПб.: ИИЦ Балтика. — 2006. — 320 с.	Gromov S.A., Kissin M.Ja., Jakunina O.N. Epilepsy, personality changes, treatment. SPb.: ИИЦ Балтика; 2006. (In Rus.).
6	Громов С.А., Липатова Л. В., Незнанов Н. Г. Эпилепсия: Реабилитация больных, лечение — СПб.: «ИИЦ ВМА». — 2008. — 392 с.	Gromov S. A., Lipatova L.V., Neznanov N.G. Epilepsy, patient's rehabilitation, treatment. SPb.: ИИЦ ВМА; 2008. (In Rus).
7	Громов С.А., Незнанов Н.Г. Биопсихосоциальные аспекты реабилитации больных эпилепсией. — Эпилепсия. Под общей редакцией Н.Г. Незнанова. СПб.: — 2015. — С. 857-891.	Gromov S.A., Neznanov N.G. Biopsychosocial aspects of rehabilitation of patients with epilepsy. In <i>Jepilepsija</i> . SPb.; 2015:857-891. (In Rus.).
8	Громов С.А., Попов Ю.В., Федотенкова Т.Н. Ремиссии эпилепсии. — СПб.: Издательство СПбНИПИ им. В.М. Бехтерева. — 1995. — 186 с.	Gromov S.A., Popov Yu.V., Fedotenkova T.N. Remission of epilepsy. SPb.: SPbNIPNI im. V.M. Bekhtereva; 1995. (In Rus.).

9	Громов С.А. Ремиссии эпилепсии. Классификация, диагностика, клиника.— Эпилепсия. Под общей редакцией Н.Г. Незнанова. СПб.:— 2015.— С. 839-857.	Gromov S.A. Remission of epilepsy. Classification, diagnosis, clinic. In <i>Jepilepsija</i> . SPb.; 2015:839-857. (In Russ.).
10	Громов С.А., Сивакова Н.А., Корсакова Е.А., Катаева М.Ф. Эпилепсия: классификация ремиссий припадков и болезни, их клинико-психолого-нейрофизиологическое обоснование, вопросы диагностики и фармакотерапии // Обозрение психиатрии и психологии — 2017. — №3. — С. 34-45.	Gromov S.A., Sivakova N.A., Korsakova E.A., Kataeva M.F. Epilepsy: classification of remission of seizures and diseases, their clinical and psychological and neurophysiological studies, diagnostic and pharmacotherapy. <i>Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva</i> . 2017; 3: 34-45. (In Russ).
11	Громов С.А. Контролируемая эпилепсия: этапы компенсации эпиактивности и вопросы выздоровления // Эпилептология в системе нейронаук. Сборник материалов конференции. Под редакцией: проф. Незнанова Н.Г., проф. Михайлова В.А.— СПб.— 2015.— С. 5-9.	Gromov S.A. Controlled epilepsy: Stages compensation of epiactivity and questions of recovery. <i>Epileptologija v sisteme neyronauk</i> . SPb; 2015:5-9. (In Russ.).
12	Зенков Л.Р. Электроэнцефалография при эпилепсии.— Эпилепсия. Под общей редакцией Н.Г. Незнанова. СПб.:— 2010.— С. 105-123.	Zenkov L.R. Electroencephalography in epilepsy. In <i>Jepilepsija</i> . SPb.; 2010:105-123. (In Russ.).
13	Казаковцев Б. А. Психические расстройства при эпилепсии. М.: 1999.— 419 с.	Kazakovcev B. A. Psychiatric disorders in epilepsy. M.;1999. (In Russ.).
14	Карлов В.А. Патопсихология эпилепсии.— Эпилепсия. Под общей редакцией Н.Г. Незнанова. СПб.:— 2010.— С. 105-123.	Karlov V.A. The pathophysiology of epilepsy. In <i>Jepilepsija</i> . SPb; 2010:105-123. (In Russ.).
15	Карлов В.А. Фармакорезистентность и толерантность.— Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин. Руководство для врачей.— М.— 2010.— С.667-676.	Karlov V.A. Drug-resistance and tolerance. <i>Jepilepsija u detej i vzroslyh zhenshhin i muzhchin</i> . Rukovodstvo dlja vrachej. M.; 2010:667-676. (In Russ.).
16	Карлов В.А. Пароксизмальный мозг: клинические и нейрофизиологические аспекты // Эпилепсия и пароксизмальные состояния.— 2015. —Т7. —№4 — С.13-15.	Karlov V.A. Paroxysmal brain: clinical and neurophysiological aspects. <i>Jepilepsija i paroksizmal'nye sostojanija</i> . 2015; 7(4):13-15. (In Russ.).
17	Крыжановский Г.Н. Детерминантные структуры в патологии нервной системы.— М.: Медицина.— 1997.— 282с.	Kryzhanovskii G. N. Determinant structures in the pathology of the nervous system. M.: Medicina; 1997. (In Russ.).
18	Михайлов В.А. Клинико-ЭЭГ корреляция у больных эпилепсией в процессе реабилитации // Реабилитация больных эпилепсией.— СПб.: Издательство СПбНИПИ им. В.М. Бехтерева.— 1980.— Т.94 — С.42-48.	Mikhailov V.A. Clinical and EEG correlation in patients with epilepsy in the process of rehabilitation. <i>Reabilitacija bol'nyh epilepsy</i> . 1980; 94:42-48. (In Russ.).
19	Незнанов Н.Г., Киссин М.Я. Изменения личности у больных эпилепсией.— Эпилепсия. Под общей ред. НГ Незнанова. СПб.— 2010.— С.463-490.	Neznanov N.G., Kissin M.Ja. Personality changes in patients with epilepsy. In <i>Jepilepsija</i> . SPb; 2010:463-490. (In Russ).
20	Незнанов Н.Г., Киссин М.Я. Изменения личности как проявление транс синдромальной коморбидности у больных эпилепсией // Современная эпилептология.— М.— 2011.— С.385-396.	Neznanov N.G., Kissin M.Ja. Personality changes as a manifestation of trans syndromic comorbidity in patients with epilepsy. <i>Sovremennaja Jepileptologija</i> . 2011:385-396. (In Russ).
21	Новиков А. Е. Эволюция в клинической эпилептологии.— Иваново: ИвГМА.— 2006.— 388с.	Novikov A. E. Evolution in clinical Epileptology. <i>Ivanovo: IvGMA</i> ; 2006. (In Russ).

22	<i>Сивакова Н.А. Коцюбинский А.П., Липатова Л.В. Структура непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией в зависимости от наличия или отсутствия фармакорезистентности // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2017. — Т.117. — №.2. — С. 10-14.</i>	<i>Sivakova N.A. Kotsubinskij A.P., Lipatova L.V. Structure of nonpsychotic psychiatric disorders in patients with drug-resistance epilepsy and controlled epilepsy. Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova. 2017;117(2):10-14. (In Russ).</i>
23	<i>Якунина О.Н. Интракорреляционные связи некоторых психологических характеристик при эпилепсии // Реабилитация больных эпилепсией: Труды НИИ им. В.М. Бехтерева. — Л. — 1980. — Т.94 — С. 87-91.</i>	<i>Yakunina O.N. Intracorrelation of some psychological characteristics in epilepsy. Reabilitacija bol'nyh jepilepsiej: Trudy NII im. V.M. Behtereva. 1980; 94:87-91. (In Russ).</i>
24	<i>Gromov S.A. Classification of epilepsy remission // Epilepsie-BlatterKily — 1997 — Bd.10. — P. 72-73.</i>	<i>Gromov S.A. Classification of epilepsy remission // Epilepsie-BlatterKily. 1997; 10:72-73.</i>
25	<i>Wolf P. Epileptic seizures and syndromes. — London. — 1994. — 678 p.</i>	<i>Wolf P. Epileptic seizures and syndromes. London; 1994.</i>

Сведения об авторах

Громов Сергей Александрович — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, главный научный сотрудник отделения лечения больных с органическими психическими заболеваниями и эпилепсией ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» МЗ РФ. E-mail: epilepsy-net@yandex.ru

Липатова Людмила Валентиновна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения больных с органическими психическими заболеваниями и эпилепсией ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» МЗ РФ. E-mail: l_lipatova@mail.ru

Якунина Ольга Николаевна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения лечения больных с органическими психическими заболеваниями и эпилепсией ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» МЗ РФ. E-mail: olga.n.yakunina@gmail.com

Сивакова Наталия Александровна — кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения лечения больных с органическими психическими заболеваниями и эпилепсией ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» МЗ РФ. E-mail: sivakova-natali@rambler.ru

DOI : 10.31363/2313-7053-2018-3-32-39

Психологическая диагностика факторов риска вовлечения подростков в употребление наркотических веществ: разработка методического комплекса

Часть 1. Структура шкал и психометрические характеристики

¹ Деменко Е.Г., ^{2,3} Рассказова Е.И., ² Тхостов А.Ш., ¹ Брюн Е.А., ¹ Аршинова В.В.

¹ Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы,

² Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова,

³ Научный центр психического здоровья, Москва

Резюме. Работа посвящена разработке и апробации методического комплекса психодиагностики факторов риска вовлечения подростков в употребление наркотических веществ. Диагностика лиц, употребляющих психоактивные вещества, затрудняется их искажением своих ответов — как из-за намеренного желания сохранить свое поведение в тайне, так и из-за нарушений в оценке себя и своего поведения. Развернутое клинико-психологическое обследование, ввиду высоких затрат на его проведение, возможно не всегда, что делает актуальной задачу разработки первичной скрининговой диагностики, на основе которой можно выявить группы риска, для которых клинико-психологическое обследование особенно важно, контролируя возможные искажения в ответах. В данной работе для преодоления этих трудностей последовательно применены три психодиагностических подхода: при изначальной теоретической разработке конструкторов отбор пунктов осуществляется по их способности дифференцировать клиническую и контрольную группы, а затем шкалы уточняются на основе их психометрических характеристик в клинической, а не контрольной группе. В данной части статьи представлены результаты проверки надежности-согласованности и факторной валидности шкал методического комплекса, проведенные на выборке 637 учащихся старших классов общеобразовательных школ из 12 субъектов Российской Федерации и 108 старшеклассников, вовлеченных в употребление наркотических веществ. Методический комплекс включает шкалы склонности к технологическим зависимостям, антисоциальных тенденций, возможностей произвольной регуляции, контроля эмоций, поиска новизны, рискованного поведения, взаимопонимания в детско-родительских отношениях, копинг-стратегий разрешения проблем, социальной поддержки и избегания, а также дополнительные показатели социально желательных и случайных ответов.

Ключевые слова. Вовлечение в употребление наркотических веществ, психологические факторы риска, подростковый возраст, психодиагностика.

Psychological diagnostic of risk factors for involving adolescents in the use of narcotic substances: the development of a methodical complex. Part 1. Scale structure and psychometric characteristics

¹ Demenko E.G., ^{2,3} Rasskazova E.I., ² Tkhostov A.Sh., ¹ Brun E.A., ¹ Arshinova B.V.

¹ Moscow Research and Practical Center of Narcology of the Moscow City Health Department, Russia

² M.V. Lomonosov's Moscow State University, Russia

³ Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Summary. Paper is devoted to the development and validation of the methodological complex for psychological diagnostic of the risk factors for involving adolescents in the use of narcotic substances. The diagnostic of people using psychoactive substances is difficult due to their defensive strategy of answers — both because of the intentional desire to keep their behavior in secret, and because of distortion of the assessment of Self and own behavior. An expanded clinical-psychological observation, due to its high costs, is not always possible, which makes it urgent to develop a primary screening instruments, on the basis of which it is possible to identify risk groups for whom the clinical-psychological examination is especially important, controlling for possible falsifications in the responses. In this work three psychodiagnostic approaches are consistently applied to overcome these difficulties: after the initial theoretical development of constructs, items are selected based on “empirical keying” approach (by their ability to differentiate the clinical and control groups), and then scales are refined based on their psychometric characteristics in the clinical not a control group. This first part of the paper presents the results of testing consistency and factor validity of the methodological complex scales conducted on a sample of 637 pupils of the upper grades of general education schools from 12 subjects

of the Russian Federation and 108 pupils involved in the use of narcotic substances. The methodological complex includes scales of technological addictions, antisocial tendencies, self-regulation, emotional control, novelty seeking, risky behavior, child-parent relations, coping strategies for problem solving, social support and avoidance, as well as additional indicators of socially desirable and random answers.

Key words. Involvement in the use of narcotic substances, psychological risk factors, adolescence, psychodiagnostic.

Проблема профилактики и преодоления вовлечения людей в употребление психоактивных веществ (ПАВ) относится к числу центральных проблем здравоохранения. Будучи относительно распространенной проблемой в подростковом возрасте во многих странах мира [2; 6], именно для подростков, претерпевающих бурное нейрокognитивное и социальное развитие [15], прием наркотических веществ становится особенно разрушительным.

При этом, несмотря на активное развитие социальных программ профилактики и преодоления употребления психоактивных веществ, их эффект по-прежнему довольно ограничен [4]. На этом фоне актуальность задачи выявления факторов риска и мишеней для профилактической работы с подростками особенно очевидна.

Данная работа посвящена разработке и апробации методического комплекса психологической диагностики факторов риска вовлечения подростков в употребление наркотических веществ. Диагностика лиц, употребляющих психоактивные вещества, затрудняется искажением их ответов как из-за намеренного желания сохранить свое поведения в тайне, так и из-за нарушений в оценке себя и своего поведения. Развернутое клинико-психологическое обследование, ввиду высоких затрат на его проведение, возможно не всегда, что делает актуальной задачу разработки первичной скрининговой диагностики, на основе которой можно выявить группы риска. Можно предполагать, что решение этой проблемы требует, во-первых, косвенной оценки психологических факторов риска (которая довольно редко применяется в опросниковых психологических инструментах) и, во-вторых, учета стратегии ответов респондентов на вопросы, т.е. отношения к тестированию.

Работа состоит из двух частей. Данная, первая часть, посвящена анализу психологических факторов употребления психоактивных веществ и возможностей их диагностики, описанию этапов разработки и структуры методического комплекса, а также процедур по обеспечению его достоверности, надежности-согласованности и факторной валидности шкал. Во второй части будут представлены результаты проверки критериальной валидности и результаты исследования профилей психологических факторов у подростков с разными стратегиями ответов на пункты методики.

* Единственный в настоящее время широко известный и созданный таким способом инструмент — Миннесотский многофакторный личностный опросник MMPI-2.

Психологические факторы употребления психоактивных веществ

В клинической психологии и психологии здоровья употребление психоактивных веществ относится к рискованному для здоровья поведению, тесно связанному с системой субъективных представлений и переживаний [2]. Рассмотрим ряд наиболее вероятных психологических факторов риска употребления психоактивных веществ.

К числу ключевых факторов относят трудности произвольной регуляции и контроля деятельности^{**}, как трудностей выполнения заданий, требующих самоконтроля и планирования [9], преодоление которых может быть связано с успешным преодолением злоупотребления ПАВ. Ряд исследований указывает на роль импульсивности и трудностей подавления и контроля в употреблении наркотических веществ [17; 18], а согласно нейрпсихологическим данным, эти факторы выступают в качестве модератора, опосредствующего связь реагирования на награду с риском и тягостью употребления психоактивных веществ [11]. Значительный объем эмпирических данных указывает на связь употребления наркотических веществ с трудностями эмоциональной регуляции [16], а также антисоциальным, в том числе, агрессивным, поведением в подростковом возрасте [10], хотя в большинстве случаев направление этой связи остается неясным.

Другие данные свидетельствуют в пользу важности поиска ощущений, стремления к риску и поиска новизны в готовности «попробовать» и последующем пристрастии к употреблению наркотических веществ [5;12].

Нарушения детско-родительских отношений — непонимание, дефицит эмоциональной поддержки и конфликты в отношениях, недостаточность баланса между поддержкой автономии ребенка и установлением стандартов и правил поведения, также являются факторами, повышающими вероятность проблемного поведения у подростков, включая употребление алкоголя и психоактивных веществ [2; 13].

Особенности совладающего поведения относятся к числу неспецифических факторов риска употребления психоактивных веществ в подростковом возрасте [2]: использование непродуктивных копинг-стратегий, таких как подавление, опо-

** Обсуждение разных пониманий термина «произвольной регуляции и контроля» деятельности выходит за рамки данной работы. Заметим здесь, что на уровне операционализации речь идет о возможностях целеполагания и целедостижения, а также самоконтроля как способности отсрочить или задержать непосредственные реакции или стремления ради отдаленных позитивных последствий.

ра на других, а не на себя в стрессогенных ситуациях сопряжены с более высоким уровнем риска [19].

В целом, несмотря на широкий объем накопленных эмпирических данных, до настоящего времени отмечается дефицит как интегративных психологических моделей, так и диагностических инструментов, учитывающих широкий спектр различных факторов. В связи с этим предложенный в данной работе методический комплекс разрабатывался так, чтобы содержательно охватить как можно более широкий круг конструктов.

Этапы разработки методического комплекса

1. Разработка методического комплекса диагностики психологических факторов риска вовлечения подростков в употребление наркотических веществ проводилась в несколько этапов:
2. На первом этапе на основе оценок экспертов были отобраны из существующих инструментов и сформулированы новые пункты, отражающие психологические конструкты, связанные с риском употребления психоактивных веществ у подростков по данным эмпирических исследований.
3. На втором этапе проводилась проверка экологической валидности пунктов. Небольшой группе московских школьников-старшеклассников было предложено заполнить пункты методики, после него обобщать все возникшие трудности и непонимание. На основе этого этапа формулировки пунктов были скорректированы.
4. На третьем этапе после сбора данных клинической и контрольных групп проводилась проверка надежности и факторной валидности шкалы социальной желательности (табл. 1), а затем из методического комплекса исключались пункты, коэффициент корреляции которых со шкалой социальной желательности превышал 0,25 по модулю хотя бы в одной группе.
5. На четвертом этапе проводилось предварительное сопоставление частот ответов на каждый пункт у старшеклассников, вовлеченных в потребление наркотических веществ, и групп сравнения.
6. На пятом этапе пункты, по которым были выявлены значимые различия между группами, были сформированы в новые шкалы в максимальном соответствии с (1) изначальной теоретической моделью и (2) психометрическими показателями шкалы (надежность-согласованность и факторной валидностью). Приоритетными для нас были показатели надежности-согласованности в группе старшеклассников, употребляющих наркотические вещества, поскольку именно на эту группу ориентируется методический комплекс.

7. Наконец, проводилась итоговая проверка критериальной валидности полученных шкал. Под критериальной валидностью понимается исследование дифференциально-диагностических возможностей методики в сравнении по критерию клинической группы с группой нормы. Кроме того, сопоставлялись два типа профилей психологических факторов в зависимости от того, использовали ли подростки защитную стратегию ответов или стратегию самораскрытия (открытого предъявления трудностей).

Структура методического комплекса диагностики психологических факторов риска вовлечения подростков в употребление наркотических веществ

Полученный по результатам первых трех этапов предварительный методический комплекс включал три блока вопросов, направленных на диагностику трудностей произвольной регуляции и контроля, детско-родительских отношений и со-владающего поведения.

Блок трудностей произвольной регуляции включил пункты, направленные на оценку произвольной регуляции и контроля, импульсивности, поиска новизны, рискованного поведения, склонности к технологическим зависимостям (от Интернета и мобильного телефона). Часть пунктов была отобрана по результатам экспертной оценки из шкалы поиска ощущений М. Цукермана [1], шкалы импульсивности Ф. Баррета [14], а также сформулирована на основе англоязычных инструментов — Frontal Systems Behavior Scale [8], Behavior Rating Inventory of Executive Functions [7].

Блок диагностики детско-родительских отношений был представлен четырьмя шкалами опросника детско-родительских отношений подростков [3]: принятия, эмпатии, сотрудничества и конфликтности. Блок диагностики со-владающего поведения представлен опросником «Индикатор стратегий преодоления стресса» Д. Амирхана [2], включающим три шкалы — разрешение проблем, поиск социальной поддержки, избегание.

Дополнительно в первый блок методики включены пункты, направленные на оценку достоверности протоколов. Обеспечение достоверности предполагает возможность отбора так называемых «невалидных» протоколов. Это предполагает выявление протоколов, в которых испытуемые намеренно или ненамеренно искажали свои ответы (в первую очередь, по типу социально желательных ответов), а также протоколов со случайными, невнимательными ответами. Во-первых, два утверждения были продублированы с близкими формулировками (чтобы избежать эффекта влияния шкалы, пункты отобраны из разных шкал) — расхождения в ответах на эти пункты свидетельствуют о невнимательном ответе на вопросы методики. Во-вторых, были включены шесть пунктов диагностики социальной жела-

тельных ответов (например, «Я все рассказываю родителям», «Я никогда не списывал»).

В целом в первый блок было включено 82 пункта, во второй блок 16 пунктов, в третий блок 33 пункта. Респонденты оценивали свое согласие с каждым из пунктов по шкале Лайкерта от 1 до 4.

Ниже описаны результаты четвертого и пятого этапов разработки окончательной версии методического комплекса, включая описание структуры шкал и их психометрических характеристик в клинической и контрольных группах. Результаты проверки критериальной валидности и исследованию профилей психологических факторов у подростков с разными стратегиями ответов на пункты методики будет посвящена вторая часть работы.

Материалы и методы исследования

Контрольная группа включила 637 учащихся старших классов общеобразовательных школ в возрасте от 12 до 18 лет из 12 субъектов Российской Федерации (Адыгея, Дагестан, Краснодарский край, Красноярский край, Ленинградская область, Московская обл. и г. Москва, Омская область, Ростовская область, Татарстан, Челябинская область, Якутия).

257 человек (40,3%) были мужского пола, 368 (57,8%) — женского, 12 (1,9%) не указали свой пол. Большинство учеников практически равномерно распределены по возрастам 13, 14, 15 и 16 лет; около 12% отметили, что им 17 лет и несколько человек были 12 и 18 лет.

Клиническая группа включает 108 старшеклассников г. Москвы от 12 до 19 лет различных школ г. Москвы, вовлеченных в потребление наркотических веществ. Исследование проводилось на базе Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы (директор — Брюн Е.А.). Из них 62 мальчика (57,4%) и 46 (42,6%) девочек. В исследовании включались подростки, имеющие диагноз пагубного употребления ПАВ (F1-F19). Большинство употребляли синтетические и натуральные каннабиониды, в некоторых случаях — синтетические и натуральные опиоиды. Длительность употребления в среднем составляла 1 год, варьировала от 6 месяцев до 3 лет. К сожалению, в данном исследовании не было возможности подробно учесть анамнестические данные, результаты патофизиологического исследования и какие-либо психосоциальные особенности респондентов, что является задачей дальнейших исследований. На данном этапе ставилась задача общей дифференциации любой склонности к злоупотреблению ПАВ.

Поскольку все старшеклассники, вовлеченные в употребление наркотических веществ, учились в г. Москве, контрольная группа была разделена на две подгруппы: старшеклассники г. Москвы (214 человек, 33,6%) и старшеклассники других регионов РФ (424 человека, 66,4%). При этом первая подгруппа рассматривалась как основная контрольная, поскольку соответствовала клини-

ческой территориально, а вторая — как дополнительная, различия с которой могут быть объясняться не только риском вовлечения в употребление ПАВ, но и региональными различиями.

Результаты

Надежность-согласованность и факторная валидность шкал психологических факторов риска вовлечения школьников в употребление наркотических средств

Шкала склонности к технологическим зависимостям. По итогам сравнения ответов старшеклассников различных регионов РФ и клинической группы на пункты шкалы склонности к технологическим зависимостям были выделены шесть пунктов, содержание которых отражает чрезмерное использование технологий (мобильного телефона и Интернета) и их субъективную незаменимость, и характеризующихся хорошей согласованностью во всех выборках (табл. 1). Факторный анализ подтверждает наличие единого фактора, объясняющего 56,1% дисперсии данных в клинической группе, 49,0% в выборке старшеклассников города Москвы и 46,3% в выборке старшеклассников других регионов РФ (факторные нагрузки пунктов составляют 0,64-0,90, 0,42-0,81 и 0,49-0,78, соответственно).

Шкала нарушений произвольной регуляции деятельности. В шкалу истинных нарушений произвольной регуляции вошли 5 пунктов, описывающих стремление жить настоящим днем, не планировать, трудности сосредоточения и соблюдения пунктуальности. Шкала характеризуется приемлемой надежностью-согласованностью в клинической группе, но низкой надежностью-согласованностью в контрольных группах. Факторный анализ подтверждает однофакторное решение в клинической группе (объясняющее 44,5% дисперсии данных, факторные нагрузки 0,42-0,81), группе старшеклассников г. Москвы (объясняющее 34,4% дисперсии данных, факторные нагрузки 0,48-0,64) и группе старшеклассников других регионов России (37,1% объясненной дисперсии, факторные нагрузки 0,48-0,70).

Шкала антисоциальных тенденций. Шкала включила пять пунктов, три из которых отражают собственно антисоциальные тенденции («Представления о вреде алкоголя часто преувеличены», «Мне нравятся пирсинг и татуировки», «Нужно идти против всех правил, если ты уверен в своей правоте»), а остальные два — специфические особенности общения («Общаться по мобильному телефону мне проще и удобнее, чем лично», «Я люблю проводить время дома» — обратный пункт). Следует отметить, что низкого приемлемого уровня надежность-согласованность шкалы достигает лишь в клинической группе. Факторный анализ подтверждает однофакторную структуру в клинической группе (объясняющую 36,9% дисперсии данных, факторные нагрузки 0,42-0,77).

Шкала трудностей контроля эмоций. В шкалу вошли шесть пунктов, характеризующих трудно-

Таблица 1. Структура и надежность шкал методического комплекса психологических факторов риска вовлечения в употребление наркотических веществ у старшекласников в контрольной и клинических группах

Шкалы методического комплекса психологических факторов риска вовлечения в употребление наркотических веществ у школьников	Кол-во пунктов	Старшекласники, потребляющие наркотические вещества	Старшекласники г. Москвы	Старшекласники других регионов РФ
Социальная желательность	6	0,70	0,49	0,54
Склонность к технологическим зависимостям	6	0,84	0,78	0,77
Антисоциальные тенденции	5	0,55	0,19	0,23
Возможности произвольной регуляции	5	0,67	0,52	0,57
Контроль эмоций	6	0,76	0,53	0,58
Поиск новизны	5	0,75	0,64	0,55
Рискованное поведение	7	0,81	0,69	0,74
Взаимопонимание в детско-родительских отношениях	7	0,91	0,90	0,88
Копинг-стратегии — Разрешение проблем	2	0,74	0,59	0,61
Копинг-стратегии — Социальная поддержка	4	0,75	0,84	0,78
Копинг-стратегии — Избегание	3	0,61	0,34	0,31

сти контроля эмоций, желаний, а также остановки при чрезмерной увлеченности чем-либо. При этом отбирались те трудности контроля, которые старшекласники, потребляющие наркотические вещества были склонны у себя отрицать, в отличие от их московских сверстников. Надежность-согласованность шкалы была достаточной в группе употребляющих наркотические вещества и низкой в контрольной группе. В обеих группах факторный анализ поддерживает однофакторное решение: процент объясненной дисперсии данных составил 45,9%, 30,5%, 32,6% в клинической, основной контрольной и дополнительной контрольной группах, соответственно, (факторные нагрузки пунктов на фактор 0,62-0,73, 0,46-0,66, 0,47-0,67 соответственно).

Шкала поиска новизны. В шкалу вошли пять пунктов, описывающие стремление к новому и неизвестному, желание пробовать новое. Она характеризуется достаточной надежностью-согласованностью, а факторный анализ подтверждает возможность однофакторной структуры за эмпирическими данными как в группе старшекласников, потребляющих наркотические вещества (50,2% объясненной дисперсии, факторные нагрузки 0,64-0,77), так и в группе московских старшекласников (41,3% объясненной дисперсии, факторные нагрузки 0,45-0,74). В выборке из разных регионов России надежность-согласованность этой шкалы оказалась ниже, чем в группе сравнения, однако показатели однофакторного решения приемлемы: факторные нагрузки пунктов составляют 0,53-0,68 при проценте объясненной дисперсии 35,9%.

Шкала рискованного поведения. Для данной шкалы было отобрано 7 пунктов, описывающих стремление к риску. Шкала характеризуется достаточной надежностью-согласованностью и фак-

торной валидностью как в группе потребляющих наркотические вещества (47,3% объясненной дисперсии, факторные нагрузки 0,54-0,79), так и в группе московских старшекласников (36,2% объясненной дисперсии, факторные нагрузки 0,45-0,74). В выборке старшекласников разных регионов факторный анализ также поддерживает однофакторную модель, за тем исключением, что пункт «Определенность вызывает у меня скуку» в этой выборке слабо связан с общим показателем по шкале (факторная нагрузка 0,29). Остальные факторные нагрузки достаточны и варьируют 0,60-0,72.

Шкала взаимопонимания в детско-родительских отношениях. Итоговая шкала включила семь пунктов с высокой надежностью-согласованностью и факторной валидностью: во всех трех группах факторный анализ позволил выявить 1 фактор, объясняющий 55,8-65,4% дисперсии данных с факторными нагрузками пунктов 0,58-0,88.

Диагностика копинг-стратегий. Как и в случае предыдущих шкал, пункты, по которым респондентов контрольной и клинических групп дают разные ответы, могут содержательно быть разделены на две группы: группу вероятных предикторов риска и группу переоценки продуктивности своих копинг-стратегий. В первую группу вошли два пункта, которые в соответствии с ключом относились к стратегии разрешения проблем: старшекласники, употребляющие наркотические вещества, реже соглашались с ними, т.е. признавали, что не стараются перебрать все возможные решения и действия в поисках наилучших. Заметим, что эти ответы согласуются с описанными выше: оба пункта акцентируют внимание на обдумывании и планировании.

К группе переоценки продуктивности своих копинг-стратегий можно отнести 7 пунктов, четыре из которых характеризуют обращение за социальной поддержкой и три — избегание. Старшеклассники, вовлеченные в употребление наркотических веществ, чаще, чем старшеклассники московских школ, отвечают, что обращаются за социальной поддержкой, и реже — что избегают трудностей. В обоих случаях речь может идти об иллюзии продуктивных копинг-стратегии или защитном стиле самопрезентации.

Анализ надежности-согласованности (табл. 1) свидетельствует в пользу приемлемой надежности полученных трех шкал в клинической группе, тогда как в контрольных группах надежной можно признать лишь шкалу социальной поддержки.

Факторный анализ девяти отобранных пунктов соответствует предполагаемой структуре: трехфакторное решение включает факторы социальной поддержки, разрешения проблемы и избегания. В целом, в группе старшеклассников, принимающих наркотические вещества, трехфакторное решение объясняет 65,7% дисперсии данных (факторные нагрузки варьируют 0,43-0,88), в группе старшеклассников города Москва — 62,8% дисперсии данных (факторные нагрузки 0,70-0,89, за исключением пункта «Больше времени, чем обычно, провожу один», который с негативной нагрузкой связан с фактором социальной поддержки и слабо связан с фактором избегания), в группе старшеклассников других регионов России — 58,8% дисперсии данных (0,33-0,86).

Выводы

Итак, по итогам первой части работы методический комплекс включил 56 пунктов, 50 из которых позволяют дифференцировать клиническую группу старшеклассников, вовлеченных в употребление наркотических веществ, и хотя бы одну из контрольных групп. Психометрические свойства в клинической группе были для нас центральными, поскольку методический комплекс ориентирован на эту группу. В клинической группе надежность-согласованность шкал варьирует от приемлемой до высокой; причем, наименее согласованы пункты шкалы антисоциальных тенденций. Во всех случаях подтверждена факторная валидность каждой из шкал.

В соответствии с гипотезой о важности учета стратегии ответа на пункты предварительно было показано, что в зависимости от того, как операция анализируется понятие произвольной регуляции и контроля деятельности, результаты диагностики различаются: так, старшеклассники, вовлеченные в употребление наркотических веществ, по сравнению с контрольными группами, выше оценивают свои возможности контроля эмоций, отрицают стремление к новизне, рискованному поведению и избеганию в стрессогенных ситуациях. Однако они скорее готовы признать стремление жить настоящим днем, не планировать, трудности сосредоточения и соблюдения пунктуальности.

Вторая часть статьи будет посвящена результатам проверки критериальной валидности полученных шкал и разделению профилей респондентов с различными стратегиями ответов на пункты методики.

Литература

1	Гульдэн В.В., Корсун А.М. Поиск впечатлений как фактор приобщения подростков к наркотикам. — Вопросы наркологии. — 1990. — №2. — С.40-44.	Guldan, V.V., Korsun, A.M. Sensation seeking as a factor of involving adolescents to drug consumption. <i>Voprosy narkologii</i> . 1990; 2: 40-44. (In Rus.).
2	Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма. — М.: Издательский центр «Академия». — 2009.	Sirota N.A., Yaltonskii V.M. <i>Prophylaxis of drug addiction and alcoholism</i> . Moscow: Izdatel'skii tsentr «Akademiya», 2009. (In Rus.).
3	Трояновская П. Методика «Детско-родительские отношения в подростковом возрасте» — родитель глазами подростка // Семейная психология и семейная терапия. — 2003. — №3. — С.17-21.	Trojanovskaya P. Methodic "Child-parent relationships in adolescence" — parent as perceived by child. <i>Semeinaya psikhologiya i semeinaya terapiya</i> . 2003; 3: 17-21. (In Rus.).
4	Bertrand, K., Brunelle, N., Richer, I., Beaudoin, I., Lemieux, A., Ménard, J. Assessing covariates of drug use trajectories among adolescents admitted to a Drug Addiction Center: mental health problems, therapeutic alliance, and treatment persistence. <i>Substance Use & Misuse</i> . 2013; 48(1/2): 117-128. DOI: 10.3109/10826084.2012.733903	Bertrand, K., Brunelle, N., Richer, I., Beaudoin, I., Lemieux, A., Ménard, J. Assessing covariates of drug use trajectories among adolescents admitted to a Drug Addiction Center: mental health problems, therapeutic alliance, and treatment persistence. <i>Substance Use & Misuse</i> . 2013; 48(1/2): 117-128. DOI: 10.3109/10826084.2012.733903
5	Bidwell, L.C., Knopik, V.S., Audrain-McGovern, J., Glynn, T.R., Spillane, N.S., Ray, L.A., Riggs, N.R., Guillot, C.R., Pang, R.D., Leventhal, A.M. Novelty seeking as a phenotypic marker of adolescent substance use. <i>Substance Abuse: Research & Treatment</i> . 2015; Suppl. 1(9): 1-10. DOI: 10.4137/SART.S22440.	Bidwell, L.C., Knopik, V.S., Audrain-McGovern, J., Glynn, T.R., Spillane, N.S., Ray, L.A., Riggs, N.R., Guillot, C.R., Pang, R.D., Leventhal, A.M. Novelty seeking as a phenotypic marker of adolescent substance use. <i>Substance Abuse: Research & Treatment</i> . 2015; Suppl. 1(9): 1-10. DOI: 10.4137/SART.S22440.

6	Burrow-Sanchez, J.J. <i>Understanding adolescent substance abuse: Prevalence, risks factors, and clinical implications. Journal of Consulting Development.</i> 2006; 84: 283–290. DOI: 10.1002/j.1556-6678.2006.tb00407.x	Burrow-Sanchez, J.J. <i>Understanding adolescent substance abuse: Prevalence, risks factors, and clinical implications. Journal of Consulting Development.</i> 2006; 84: 283–290. DOI: 10.1002/j.1556-6678.2006.tb00407.x
7	Gioia, G.A., Isquith, P.K., Guy, S.C., Kenworthy, L. <i>The Behavior Rating Inventory of Executive Function professional manual.</i> Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 2000.	Gioia, G.A., Isquith, P.K., Guy, S.C., Kenworthy, L. <i>The Behavior Rating Inventory of Executive Function professional manual.</i> Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 2000.
8	Grace, J., Malloy, P.F. <i>Frontal Systems Behavior Scale: Professional manual.</i> Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc, 2001.	Grace, J., Malloy, P.F. <i>Frontal Systems Behavior Scale: Professional manual.</i> Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc, 2001.
9	Hagger, M., Wood, C., Stiff, C., Chatziasarantis, N.L.D. <i>The strength model of self-regulation failure and health-related behavior. Health Psychology Review.</i> 2009; 3(2): 208-238. DOI: 10.1080/17437190903414387	Hagger, M., Wood, C., Stiff, C., Chatziasarantis, N.L.D. <i>The strength model of self-regulation failure and health-related behavior. Health Psychology Review.</i> 2009; 3(2): 208-238. DOI: 10.1080/17437190903414387
10	Jesús Gázquez, J, del Carmen Pérez-Fuentes, M, del Mar Molero, M., Barragán Martín, A.B., Marios Martínez, A., Sánchez-Marchán, C. <i>Drug use in adolescents in relation to social support and reactive and proactive aggressive behavior. Psicothema.</i> 2016; 28 (3): 318-322. DOI: 10.7334/psicothema2015.327	Jesús Gázquez, J, del Carmen Pérez-Fuentes, M, del Mar Molero, M., Barragán Martín, A.B., Marios Martínez, A., Sánchez-Marchán, C. <i>Drug use in adolescents in relation to social support and reactive and proactive aggressive behavior. Psicothema.</i> 2016; 28 (3): 318-322. DOI: 10.7334/psicothema2015.327
11	Kim-Spoon, J., Deater-Deckard, K., Holmes, C., Lee, J., Chiu, P., King-Casas, B. <i>Behavioral and neural inhibitory control moderates the effects of reward sensitivity on adolescent substance use. Neuropsychologia.</i> 2016; 91: 318-326. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2016.08.028.	Kim-Spoon, J., Deater-Deckard, K., Holmes, C., Lee, J., Chiu, P., King-Casas, B. <i>Behavioral and neural inhibitory control moderates the effects of reward sensitivity on adolescent substance use. Neuropsychologia.</i> 2016; 91: 318-326. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2016.08.028.
12	Kong, G., Smith, A.E., McMahon, T.J., Cavallo, D.A., Schepis, T.S., Desai, R.A., Potenza, M.N., Krishnan-Sarin, S. <i>Pubertal status, sensation-seeking, impulsivity, and substance use in high school-aged boys and girls. Journal of Addiction Medicine.</i> 2013; 7(2): 116-121. DOI: 10.1097/ADM.0b013e31828230ca.	Kong, G., Smith, A.E., McMahon, T.J., Cavallo, D.A., Schepis, T. S., Desai, R. A., Potenza, M. N., Krishnan-Sarin, S. <i>Pubertal status, sensation-seeking, impulsivity, and substance use in high school-aged boys and girls. Journal of Addiction Medicine.</i> 2013; 7(2): 116-121. DOI: 10.1097/ADM.0b013e31828230ca.
13	Lewis, M.A., DeVellis, B.M., Sleath, B. <i>Social influence and interpersonal communication in health behavior. In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (Eds.) Health behavior and health education. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. P. 240-264.</i>	Lewis, M.A., DeVellis, B.M., Sleath, B. <i>Social influence and interpersonal communication in health behavior. In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (Eds.) Health behavior and health education. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. P. 240-264.</i>
14	Patton, J.H., Stanford, M.S., & Barratt, E.S. <i>Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. Journal of Clinical Psychology.</i> 1995; 51: 768-774.	Patton, J.H., Stanford, M.S., & Barratt, E.S. <i>Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. Journal of Clinical Psychology.</i> 1995; 51: 768-774.
15	Patton, G.C., Viner, R. <i>Adolescent health 1: Pubertal transitions in health. Lancet.</i> 2007; 369: 1130–1139. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60366-3	Patton, G.C., Viner, R. <i>Adolescent health 1: Pubertal transitions in health. Lancet.</i> 2007; 369: 1130–1139. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60366-3
16	Poon, J., Turpyn, C.C., Hansen, A., Jacangelo, J., Chaplin, T. M. <i>Adolescent substance use & psychopathology: Interactive effects of cortisol reactivity and emotion regulation. Cognitive Therapy and Research.</i> 2016; 40(3): 368-380. DOI: 10.1007/s10608-015-9729-x	Poon, J., Turpyn, C.C., Hansen, A., Jacangelo, J., Chaplin, T. M. <i>Adolescent substance use & psychopathology: Interactive effects of cortisol reactivity and emotion regulation. Cognitive Therapy and Research.</i> 2016; 40(3): 368-380. DOI: 10.1007/s10608-015-9729-x

17	<i>Shin, S.H., Chung, Y., Jeon, S.-M. Impulsivity and Substance Use in Young Adulthood. The American Journal on Addictions. 2013; 22: 39–45. DOI: 10.1111/j.1521-0391.2013.00324.x.</i>	<i>Shin, S.H., Chung, Y., Jeon, S.-M. Impulsivity and Substance Use in Young Adulthood. The American Journal on Addictions. 2013; 22: 39–45. DOI: 10.1111/j.1521-0391.2013.00324.x.</i>
18	<i>Verdejo-Garcia A, Bechara A, Recknor EC, et al. Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. Drug Alcohol Depend. 2007; 91: 213–219. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2007.05.025</i>	<i>Verdejo-Garcia A, Bechara A, Recknor EC, et al. Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. Drug Alcohol Depend. 2007; 91: 213–219. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2007.05.025</i>
19	<i>Wong, C., Silva, K., Schrager, S. M., Bloom, J. J. Iverson, E., Lankenau, S. E. Coping and emotion regulation profiles as predictors of nonmedical prescription drug and illicit drug use among high-risk young adults. Drug and Alcohol Dependence. 2013; 132(1-2): 165-171. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2013.01.024</i>	<i>Wong, C., Silva, K., Schrager, S.M., Bloom, J.J. Iverson, E., Lankenau, S. E. Coping and emotion regulation profiles as predictors of nonmedical prescription drug and illicit drug use among high-risk young adults. Drug and Alcohol Dependence. 2013; 132(1-2): 165-171. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2013.01.024</i>

Сведения об авторах

Деменко Елена Геннадьевна — доктор медицинских наук, заведующий Центром профилактики зависимого поведения (филиалом) ГБУЗ «Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения города Москвы». E-mail: mnpcn@zdrav.mos.ru

Рассказова Елена Игоревна — кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», старший научный сотрудник отдела медицинской психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com.

Тхостов Александр Шамилевич — доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой нейро- и патопсихологии факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова». E-mail: tkhostov@gmail.com.

Брюн Евгений Алексеевич — доктор медицинских наук, профессор, директор ГБУЗ «Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения города Москвы». E-mail: mnpcn@zdrav.mos.ru.

Аршинова Виктория Викторовна — доктор психологических наук, профессор, ведущий научный сотрудник ГБУЗ «Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения города Москвы». E-mail: mnpcn@zdrav.mos.ru.

DOI : 10.31363/2313-7053-2018-3-40-46

Однонуклеотидный полиморфизм MTHFR677C>T и выраженность метаболических побочных эффектов антипсихотиков у больных шизофренией: результаты пилотного исследования

Косатая М.А.¹, Марьина А.В.¹, Сергеева А.В.¹, Жилиева Т.В.¹, Благодирова А.С.¹, Мазо Г.Э.²¹ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Министерства Здравоохранения РФ, Нижний Новгород

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

Резюме. Для прогнозирования развития побочных эффектов и персонализированного подбора лекарственной терапии актуальным представляется изучение ассоциации носительства минорных аллельных вариантов отдельных функциональных однонуклеотидных полиморфизмов с наличием нежелательных побочных явлений антипсихотиков у хронических пациентов с шизофренией, длительное время получающих лечение. В связи с этим целью данной работы было оценить наличие ассоциации между носительством Т-аллеля однонуклеотидного генетического полиморфизма MTHFR677C>T и выраженностью метаболических побочных эффектов антипсихотиков. В результате исследования выявлена большая выраженность компонентов метаболического синдрома (статистически не значимая при имеющемся малом числе наблюдений), а также достоверно более высокий уровень глюкозы крови натощак в группе пациентов-носителей минорного Т-аллеля полиморфизма MTHFR 677 C>T.

Ключевые слова: шизофрения, дефицит фолатов, однонуклеотидный генетический полиморфизм MTHFR677C>T, метаболический синдром

Single nucleotide polymorphism MTHFR677C>T and the severity of metabolic side effects of antipsychotics in patients with schizophrenia: the results of a pilot study

Kosataya M.A.¹, Marina A.V.¹, Sergeeva A.V.¹, Zhilyaeva T.V.¹, Blagonravova A.S.¹, Mazo G.E.²¹ «Privolzhskiy Research Medical University», Nizhny Novgorod² «National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev», Saint-Petersburg

Summary. To predict the development of side effects and personalized selection of drug therapy, it seems relevant to study the association of individual genetic risk factors with undesirable side effects of antipsychotics in chronic patients with schizophrenia. Thereby the purpose of this study was to evaluate the association between the carriage of the T-allele of the single nucleotide genetic polymorphism MTHFR677C> T and the severity of the metabolic side effects of antipsychotics. As a result of the study a greater risk of developing components of the metabolic syndrome was revealed, as well as a significantly higher fasting blood glucose level in the group of carriers of the minor T-allele of polymorphism MTHFR 677 C> T.

Key words: schizophrenia, folate deficiency, single nucleotide genetic polymorphism MTHFR677C>T, metabolic syndrome

Актуальность. Широкий спектр побочных эффектов антипсихотиков значительно влияет на терапевтический процесс, снижает приверженность пациентов к терапии, создает дополнительные проблемы соматического характера, ухудшает результативность терапии основного заболевания. Если при использовании антипсихотиков первого поколения основной акцент приходился на неврологические побочные эффекты, то в настоящее время, когда препаратами выбора стали антипсихотики второго поколения, одной из наиболее значимых проблем лечения шизофрении стали метаболические побочные эффекты и как следствие — целый ряд сердечно-сосудистых заболеваний [4]. Последние занимают весомое место в структуре причин смертности больных шизофренией, приводят к снижению продолжительности их жизни (в среднем на

15 лет меньше, чем в общей популяции) [1]. Причем, в последние годы наблюдается значительный рост смертности больных шизофренией именно от сердечно-сосудистых расстройств [10].

Современная персонализированная медицина подразумевает индивидуальный подбор терапии пациентам с учетом оценки рисков, в том числе с учетом генетических факторов риска развития тех или иных побочных эффектов [2, 3].

Согласно результатам ряда исследований, при шизофрении чаще, чем в общей популяции, выявляются нарушения обмена фолатов, в том числе носительство минорных аллелей однонуклеотидных полиморфизмов в генах ферментов фолатного (одноуглеродного) метаболизма. Показано, в частности, что у больных шизофренией генетический полиморфизм фермента метилентетрагидрофолатредуктазы (далее MTHFR) 677C>T встреча-

ется чаще, чем в общей популяции. По результатам одного из мета-анализов, наличие минорного аллеля Т этого полиморфизма в гомозиготной форме повышает вероятность развития шизофрении на 36% по сравнению с носительством «дикого» генотипа. В ряде работ было установлено, что носительство минорного Т-аллеля МТНFR677С>Т ассоциировано с тяжестью негативной симптоматики при шизофрении [17].

Фермент МТНFR является ключевым ферментом фолатного цикла, который превращает 5,10-метилентетрагидрофолат в биологический активный 5-метилтетрагидрофолат, последний в свою очередь играет ведущую роль в преобразовании гомоцистеина в метионин. Полиморфизм МТНFR677С>Т (замена цитозина на тимин в позиции 677 гена) представляет собой наиболее изученный в связи с заболеваниями человека функциональный однонуклеотидный полиморфизм фермента МТНFR. При носительстве минорного аллеля Т активность фермента МТНFR снижается и развиваются биохимические нарушения (гипергомоцистеинемия, дефицит метионина и другие), которые обладают мультимодальным патогенетическим эффектом на различные ткани и органы [6, 12]. Гомоцистен обладает патологическим воздействием на сосудистую стенку, участвует в оксидативном стрессе, может оказывать влияние на NMDA- и метаболитные рецепторы глутамата, за счет чего участвовать в процессах эксайтотоксичности и вызывать апоптоз нейронов. Дефицит метионина может приводить к нарушениям процессов метилирования ДНК, а также белков, в связи с чем меняется активность ферментативных реакций, возникает риск мутаций de novo. Кроме того, производные метионина участвуют в процессах синтеза моноаминов, поэтому дефицит метионина может приводить к дефициту ряда нейромедиаторов.

При этом уже более 15 лет известно, что носительство Т-аллеля МТНFR677С>Т, а также гипергомоцистеинемия являются независимыми факторами риска сердечно-сосудистых расстройств [9]. В течение последних лет объем данных о влиянии гипергомоцистеинемии на заболеваемость и исходы сердечно-сосудистых заболеваний неуклонно увеличивается, хотя механизмы остаются не до конца изученными [14, 19]. Более того, в последних мета-анализах получены данные о возможности снижения риска сердечно-сосудистых расстройств путем коррекции гипергомоцистеинемии дополнительным приемом фолатов [5, 11].

Учитывая, что носительство минорного Т-аллеля МТНFR677С>Т является фактором риска и шизофрении, и сердечно-сосудистых расстройств, можно предположить, что данный генетический полиморфизм может обуславливать развитие метаболических побочных эффектов антипсихотиков, лежащих в основе развития сердечно-сосудистой патологии у больных шизофренией. При этом антипсихотики в ряде случаев могут выступать как триггеры развития сердечно-сосудистых заболеваний у генетически

предрасположенных к ним пациентов с психическим расстройством.

Van Winkel R. et al. (2010) впервые провели исследование ассоциации аллельных вариантов полиморфизмов гена МТНFR с метаболическими побочными эффектами антипсихотиков и получили противоречивые результаты: была выявлена роль полиморфизма МТНFR A1298С, но не МТНFR С677Т в развитии метаболических побочных эффектов [18]. Согласно Delvin A.M. et al. (2012) носительство полиморфного аллеля Т МТНFR С677Т ассоциировано с риском развития метаболического синдрома у детей, получавших лечение антипсихотиками второго поколения (OR 5.75, 95% CI= 1.18-28.12) [7]. В исследовании Као А.С.С. et al. (2014) были получены противоречивые результаты: уровень холестерина липопротеидов высокой плотности был выше у носителей полиморфных аллелей МТНFR 1298А>С и 677С>Т, но значимого влияния этих аллелей на набор веса на фоне приема оланзапина и клозапина обнаружено не было [8]. В дальнейшем Misiak B. et al. (2016) обнаружили, что носительство минорного Т-аллеля МТНFR677С>Т коррелирует с отдельными параметрами метаболического синдрома при шизофрении в самом начале лечения антипсихотиками, однако, в долгосрочной перспективе эта ассоциация не была изучена, кроме того, определенные параметры метаболического синдрома (индекс массы тела и окружность талии) по разному ассоциировались с минорным аллелем Т [16]. В 2016 MacNeil R.R. и Müller D.J. в обзорной статье отметили, что полиморфизм МТНFR677С>Т преждевременно рассматривать как генетический маркер развития метаболического синдрома у больных шизофренией из-за противоречий в результатах разных исследований [15]. Согласно базе данных «PharmGKB» (<https://www.pharmgkb.org/>) уровень доказательности данных по ассоциации носительства аллеля Т МТНFR677С>Т с выраженностью метаболических побочных эффектов антипсихотиков «3(С)» (проведены только нерандомизированные клинические исследования на ограниченном количестве пациентов) [15]. В связи с этим представляется актуальным дальнейшее изучение выраженности метаболических побочных эффектов антипсихотиков у пациентов с носительством разных аллелей МТНFR677С>Т.

Целью данного исследования было проанализировать ассоциацию между носительством минорного Т-аллеля генетического полиморфизма МТНFR677С>Т и выраженностью метаболических побочных эффектов антипсихотиков у пациентов с шизофренией.

Материалы и методы

С сентября 2014 по май 2017 года были собраны образцы венозной крови 500 пациентов, соответствовавших критериям МКБ-10 для шизофрении (F20), проходивших на момент забора биообразцов лечение в круглосуточном пси-

психиатрическом стационаре (Клинической психиатрической больницы №1 г. Н.Новгорода и Нижегородской областной психиатрической больницы №3). У всех 500 биообразцов была выделена ДНК и проведена молекулярная диагностика аллелей полиморфизма MTHFR677C>T методом ПЦР с аллель-специфичными праймерами («SNP-экспресс-РВ») и последующей детекцией в режиме реального времени. Использовались тест-системы для выделения ДНК из лейкоцитов «ДНК-Экспресс-кровь» и набор для определения аллелей MTHFR Ala222Val (C677T) производства НПФ «Литех», г.Москва. Все пациенты подписывали добровольное информированное согласие на участие в исследовании (протокол № 2 клинического исследования одобрен Локальным этическим комитетом Нижегородской государственной медицинской академии 21.02.2014 г.).

Согласно данным ретроспективного анализа амбулаторных карт 150 пациентов, первых включенных в исследование, метаболический синдром и соматические заболевания, ассоциированные с ним (ожирение, сахарный диабет 2 типа) в группе пациентов с носительством минорного аллеля T встречались чаще, чем в группе сравнения (генотип MTHFR677CC): 11/77 (0,14) против 5/73 (0,068) случаев соответственно, однако статистически не достоверно при имеющемся числе наблюдений ($\chi^2=1,533$, $p=0,216$, группы были сопоставимы по возрасту, полу и длительности течения заболевания). Ретроспективный дизайн исследования с оценкой формальных записей в медицинской документации обладает слабой степенью доказательности, так как врачи-терапевты, консультирующие пациентов в отделениях психиатрического стационара, не всегда отражали в заключениях данные о наличии у пациента метаболических нарушений (ожирения), кроме того, не всегда данные о заключении врача консультанта выносятся в эпикриз, который в дальнейшем остается в амбулаторных картах.

В связи с этим далее было проведено одномоментное обследование 34 пациентов с известным генотипом MTHFR677C>T на наличие метаболических нарушений на фоне приема антипсихотиков. Проводилась оценка массы тела, индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ).. Все пациенты на момент обследования находились на стационарном лечении. Результаты ПЦР-анализа были заслеплены для исследователя, проводившего физикальное обследование. Из медицинских карт стационарного больного были получены данные о результатах исследования уровня глюкозы крови натощак во время текущей госпитализации ($n=22$).

Проверка нормальности распределения данных осуществлялась с помощью критерия Шапиро-Вилка. Для статистического анализа полученных данных использовался двухвыборочный t-тест с различными дисперсиями, двухсторонний вариант, если распределение было нормальным: возраст пациентов ($W=0,95$, $p=0,14$), длительность течения заболевания ($W=0,97$, $p=0,58$), рост

($W=0,96$, $p=0,42$), вес ($W=0,95$, $p=0,11$), объем талии ($W=0,97$, $p=0,43$), или критерий Манна-Уитни, если распределение отличалось от нормального: дозы антипсихотиков в хлорпромазиновом эквиваленте ($W=0,83$, $p=0,0001$), ИМТ ($W=0,92$, $p=0,019$), глюкоза крови натощак ($W=0,85$, $p=0,0029$). При анализе таблиц сопряженности использовался критерий χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность (Statistica 6.0). Проводился анализ статистической мощности выборки одномоментного обследования для определения необходимого объема выборок для достижения статистической значимости результатов при $p<0,05$ (Power Analysis, Statistica 6.0).

Характеристика групп сравнения по полу, возрасту, длительности течения заболевания и особенностям лечения представлена в таблице 1. Рассчитывались суточные дозы антипсихотиков, которые пациенты получали в день физикального обследования в стационаре.

Результаты

Как видно из Таблицы 2, у носителей минорного аллеля T полиморфизма MTHFR677C>T больше выражены все измеренные проявления метаболического синдрома (ИМТ, окружность талии и глюкоза крови натощак). Наличие ожирения (ИМТ>30) в этой группе пациентов встречается почти в 3 раза чаще, чем среди пациентов с «диким» генотипом MTHFR677CC. При этом уровни статистической значимости различия достигали только по уровню глюкозы крови натощак.

Таким образом, в результате проведения пилотного исследования была выявлена большая частота развития компонентов метаболического синдрома (статистически не достоверная при имеющемся числе наблюдений), а также достоверно более высокий уровень глюкозы крови натощак в группе пациентов-носителей минорного T-аллеля MTHFR677. Полученные результаты свидетельствуют о перспективности проведения полномасштабного исследования. Согласно оценке мощности выборки (Power Analysis) по показателям «доля пациентов с ожирением» и «средний ИМТ» при заданной целевой мощности 0,8 (Statistica 6.0), в таком исследовании необходимый объем выборок для достижения статистически достоверных различий при $p<0,05$: $n=47$ в каждой группе — для получения различий по частоте ожирения, и $n=134$ в каждой группе — для получения различий по показателю «средний ИМТ» (t-тест, двусторонний вариант).

Обсуждение результатов

Выявленная в данном пилотном исследовании большая частота развития компонентов метаболического синдрома, а также достоверно более высокий уровень глюкозы крови натощак в группе пациентов-носителей минорного T-аллеля MTHFR677 дополняет данные, полученные в зарубежных исследованиях [7, 8, 15, 16, 18], и гово-

Показатель	Носители аллеля Т (генотипы СТ), n=14	Носители генотипа СС, n=20	Уровень значимости различий
Пол: мужчины / женщины, абс.	7 / 7	10 / 10	$\chi^2=0,12$, $p=0,73$
Возраст, лет, $m \pm \sigma^1$	46,86 \pm 10,93	45,35 \pm 13,94	$p=0,73$
Длительность течения заболевания, лет, $m \pm \sigma$	16,86 \pm 5,67	18,20 \pm 10,55	$p=0,64$
Доза антипсихотиков, хлорпромазиновый эквивалент, мг, Me [Q1; Q3] ²	293 [200; 500]	400 [200; 675]	Z=-0,55; $p=0,58$
Число пациентов, получавших АПП ³ / АВП ⁴ / АПП+АВП, абс.	8 / 4 / 2	14 / 3 / 3	$\chi^2=0,95$, $p=0,62$
Доля пациентов, получавших дополнительную психофармакотерапию (абс.):			
Антидепрессанты	1 / 14	0 / 20	$\chi^2=0,033$, $p=0,86$
Нормотимики	1 / 14	3 / 20	$\chi^2=0,025$, $p=0,87$
Транквилизаторы	1 / 14	0 / 20	$\chi^2=0,033$, $p=0,86$
Корректоры нейролепсии	4 / 14	5 / 20	$\chi^2=0,026$, $p=0,87$

Примечание: здесь и далее ¹ «M \pm SD» - среднее \pm стандартное отклонение; ² «Me [Q1; Q3]» - медиана и межквартильный размах; ³ «АПП» - антипсихотики первого поколения; ⁴ «АВП» - антипсихотики второго поколения.

Показатель	Носители аллеля Т (генотипы ТТ, СТ), n=14	Носителя генотипа СС, n=20	Уровень значимости различий
Масса тела, кг, M \pm SD	82,43 \pm 24,96	75,60 \pm 16,76	P=0,35
ИМТ, Me [Q1; Q3], кг/м ²	26,90 [21,63; 35,98]	25,69 [22,95; 28, 85]	P=0,59
Наличие ожирения (ИМТ>30), доля пациентов	6/14 (0,43)	3/20 (0,15)	P=0,16, $\chi^2= 2.01$
окружность талии, M \pm SD, см	96,29 \pm 17,14	94,95 \pm 11,73	P=0,79
уровень глюкозы крови натощак, Me [Q1; Q3], ммоль/л	4,89 [4,52; 5,00]	4, 32 [3,94; 4,49]	P=0,0037

рит о том, что носительство Т аллеля однонуклеотидного полиморфизма фермента MTHFR677C>T в российской популяции может играть роль генетического фактора, предрасполагающего к развитию метаболических побочных эффектов антипсихотиков у пациентов с шизофренией. Для получения достоверной ассоциации выраженности параметров метаболического синдрома (средний ИМТ в подгруппе) и частоты выявления ожирения, очевидно, требуется большее число наблюдений (не менее 134 и 47 пациентов в каждой подгруппе соответственно). При этом, исходя из анализа статистической мощности выборки, более перспективным (мене затратным) будет выбор дизайна исследования с оценкой качественного параметра — частоты выявления ожирения в каждой подгруппе.

Природа ассоциации носительства однонуклеотидных полиморфизмов ферментов фолатного цикла с развитием метаболического синдрома у больных шизофренией требует специального изучения. С одной стороны, больший ИМТ у пациентов с шизофренией — носителей минорного аллеля Т может объясняться большей выраженностью именно у данной категории больных негативной симптоматики [17], а значит и гиподинамии, гипобулии, способности контролировать аппетит. С другой стороны, повышенный уровень гомоцистеина ассоциирован с повышенным ИМТ и окружностью талии не только при шизофрении, что говорит о возможных причинно-следственных отношениях этих показателей, вовлечении особых молекулярных механизмов одноуглеродного обмена в развитие метаболического синдрома [13].

К настоящему времени практически не существует сведений об ассоциации минорных аллельных вариантов генетических полиморфизмов ферментов фолатного обмена с выраженностью параметров метаболического синдрома и его отдельных компонентов у пациентов, не получавших антипсихотики (“drug-naïve”), что представляет чрезвычайный интерес, поскольку позволило бы ответить на вопрос, является ли развитие метаболического синдрома только ответом на терапию или представляет собой коморбидное состояние, обусловленное общими молекулярными механизмами. Также не существует проспективных наблюдательных исследований об эффективности приема фолатов в качестве средства, способствующего профилактике развития метаболического синдрома у больных шизофренией, хотя уже появились первые положительные результаты о способности фолатов снижать риск осложнений метаболического синдрома в общей популяции — сердечно-сосудистых заболеваний [11].

Таким образом, если полученные в данном предварительном исследовании результаты подтвердятся в дальнейшем, группу пациентов с шизофренией с наличием нарушений одноуглеродного метаболизма (в частности, наличием полиморфизма MTHFR677C>T) можно будет рассматривать как наиболее сложных в терапевтическом отношении, так как у них повышены риски развития одних из наиболее частых побочных эффектов антипсихотиков второго поколения (метаболический синдром), наиболее часто применяющихся в настоящее время. При этом возможность коррекции нарушений обмена фолатов аугментацией витаминами открывает возможности для персонализированного снижения рисков этих побочных эффектов, что является перспективной задачей для дальнейших проспективных исследований.

Литература

1	Волков, В.П. Естественные причины смерти больных шизофренией // Психическое здоровье. — 2013. — Т. 11. — №. 12. — С. 52-57.	Volkov, V.P. Natural causes of death of patients with schizophrenia // <i>Psihicheskoe zdorove</i> . — 2013. — Т. 11. — №. 12. — S. 52-57. (In Rus.).
2	Кибитов, А. О., Иващенко, Д. В., Сычев, Д. А. Фармакогенетический подход к повышению эффективности и безопасности антипсихотической фармакотерапии шизофрении // Современная терапия психических расстройств. — 2017. — №. 1. — С. 2-13. DOI: 10.21265/PSYPH.2017.40.4982.	Kibitov, A.O., Ivaschenko, D.V., Syichev, D.A. Pharmacogenetic approach to increase efficacy and safety of schizophrenia treatment with antipsychotics // <i>Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstroystv</i> . — 2017. — №. 1. — S. 2-13. (In Rus.). DOI: 10.21265/PSYPH.2017.40.4982.
3	Кибитов, А.О., Мазо, Г.Э. Метаболические побочные эффекты атипичных антипсихотиков: межиндивидуальная вариабельность и генетический риск. Социальная и клиническая психиатрия. — 2018. — Т. 28. — № 1. — С.78-88.	Kibitov, A.O., Mazo, G.E. Metabolic side effects of atypical antipsychotics: interindividual variability and genetic risk. <i>Sotsialnaya i klinicheskaya psichiatriya</i> . — 2018. — Т. 28. — № 1. — S. 78-88. (In Rus.).
4	Мазо, Г.Э. Перспективы развития эндокринологической психиатрии / Сборник научных трудов «Современные достижения в диагностике и лечении эндогенных психических расстройств». — С.-Пб., 2008. — С. 210 — 224.	Mazo, G.E. Prospects for development of endocrinological psychiatry / <i>Sbornik nauchnykh trudov «Sovremennyye dostizheniya v diagnostike i lechenii endogennykh psichicheskikh rasstroystv»</i> . — S.-Pb., 2008. — S. 210 — 224. (In Rus.).
5	Незнанов, Н.Г., Козлова С.Н., Мазо Г.Э., Шляхто Е.В., Смирнов Б.И. Коморбидность депрессивных расстройств и ишемической болезни сердца: общие аспекты патогенеза // Журнал неврологии и психиатрии им Корсакова. — 2015. — № 5. — С. 20-26. DOI:10.17116/jnevro20151155120-26	Neznanov, N.G. Kozlova S.N., Mazo G.E., Shlyakhto N.G., Smirnov B.I. Comorbidity of depressive disorders and coronary heart disease: general aspects of pathogenesis // <i>Zhurnal nevrologii i psichiatrii im Korsakova</i> . 2015. № 5. S. 20 — 26. (In Rus.). DOI:10.17116/jnevro20151155120-26
6	Boldyrev, A.A. Molecular mechanisms of homocysteine toxicity. <i>Biochemistry (Moscow)</i> . — 2009. — Vol. 74. — № 6. — P. 589–598. doi:10.1134/s0006297909060017	Boldyrev, A.A. Molecular mechanisms of homocysteine toxicity. <i>Biochemistry (Moscow)</i> . — 2009. — Vol. 74. — № 6. — P. 589–598. doi:10.1134/s0006297909060017
7	Devlin, A.M., Ngai, Y.F., Ronsley, R., Panagiotopoulos, C. Cardiometabolic risk and the MTHFR C677T variant in children treated with second-generation antipsychotics. <i>Translational Psychiatry</i> . — 2012. — Vol. 2. — №1. — P. e71–e71. doi:10.1038/tp.2011.68	Devlin, A. M., Ngai, Y. F., Ronsley, R., Panagiotopoulos, C. Cardiometabolic risk and the MTHFR C677T variant in children treated with second-generation antipsychotics. <i>Translational Psychiatry</i> . — 2012. — Vol. 2. — №1. — P. e71–e71. doi:10.1038/tp.2011.68

8	Kao, A. C. C., Rojnic Kuzman, M., Tiwari, A. K. et al. Methylenetetrahydrofolate eductase gene variants and antipsychotic-induced weight gain and metabolic disturbances. <i>Journal of Psychiatric Research</i> . — 2014. — Vol. 54. — P. 36–42. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.03.012	Kao, A. C. C., Rojnic Kuzman, M., Tiwari, A. K. et al. Methylenetetrahydrofolate reductase gene variants and antipsychotic-induced weight gain and metabolic disturbances. <i>Journal of Psychiatric Research</i> . — 2014. — Vol. 54. — P. 36–42. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.03.012
9	Klerk, M., Verhoef, P., Clarke, R. et al. MTHFR 677C->T polymorphism and risk of coronary heart disease: a meta-analysis. <i>JAMA</i> . — 2002. — Vol. 288. — № 16. — P. 2023–2031. doi:10.1001/jama.288.16.2023	Klerk, M., Verhoef, P., Clarke, R. et al. MTHFR 677C->T polymorphism and risk of coronary heart disease: a meta-analysis. <i>JAMA</i> . — 2002. — Vol. 288. — № 16. — P. 2023–2031. doi:10.1001/jama.288.16.2023
10	Kugathasan, P., Jensen, S. E., Laursen, T. M., Aagaard, J., Nielsen, R. E. P6497Increased mortality following myocardial infarction in patients with schizophrenia: a national population based cohort study. <i>European Heart Journal</i> . — 2017. — Vol. 38(suppl_1). doi:10.1093/eurheartj/ehx493.p6497	Kugathasan, P., Jensen, S. E., Laursen, T. M., Aagaard, J., Nielsen, R. E. P6497Increased mortality following myocardial infarction in patients with schizophrenia: a national population based cohort study. <i>European Heart Journal</i> . — 2017. — Vol. 38(suppl_1). doi:10.1093/eurheartj/ehx493.p6497
11	Li, Y., Huang, T., Zheng, Y. et al. Folic Acid Supplementation and the Risk of Cardiovascular Diseases: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. <i>Journal of the American Heart Association</i> . — 2016. — Vol. 5. — № 8. — P. e003768. doi:10.1161/jaha.116.003768	Li, Y., Huang, T., Zheng, Y. et al. Folic Acid Supplementation and the Risk of Cardiovascular Diseases: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. <i>Journal of the American Heart Association</i> . — 2016. — Vol. 5. — № 8. — P. e003768. doi:10.1161/jaha.116.003768
12	Liew, S.-C., Gupta, E.D. Methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) C677T polymorphism: Epidemiology, metabolism and the associated diseases. <i>European Journal of Medical Genetics</i> . — 2015. — Vol. 58. — № 1. — P. 1–10. doi:10.1016/j.ejmg.2014.10.004	Liew, S.-C., Gupta, E. D. Methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) C677T polymorphism: Epidemiology, metabolism and the associated diseases. <i>European Journal of Medical Genetics</i> . — 2015. — Vol. 58. — № 1. — P. 1–10. doi:10.1016/j.ejmg.2014.10.004
13	Lind, M.V., Lauritzen, L., Vestergaard, H. et al. One-carbon metabolism markers are associated with cardiometabolic risk factors. <i>Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases</i> . — 2018. — Vol. 28. — № 4. — P. 402–410. doi:10.1016/j.numecd.2018.01.005	Lind, M. V., Lauritzen, L., Vestergaard, H. et al. One-carbon metabolism markers are associated with cardiometabolic risk factors. <i>Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases</i> . — 2018. — Vol. 28. — № 4. — P. 402–410. doi:10.1016/j.numecd.2018.01.005
14	Liu, J., Jia, X., Li, H. et al. Association between MTHFR C677T polymorphism and abdominal aortic aneurysm risk. <i>Medicine</i> . — 2016. — Vol. 95. — № 36. — P. e4793. doi:10.1097/md.0000000000004793	Liu, J., Jia, X., Li, H. et al. Association between MTHFR C677T polymorphism and abdominal aortic aneurysm risk. <i>Medicine</i> . — 2016. — Vol. 95. — № 36. — P. e4793. doi:10.1097/md.0000000000004793
15	MacNeil, R.R., Müller, D.J. Genetics of Common Antipsychotic-Induced Adverse Effects. <i>Molecular Neuropsychiatry</i> . — 2016. — Vol. 2. — № 2. — P. 61–78. doi:10.1159/000445802	MacNeil, R.R., Müller, D.J. Genetics of Common Antipsychotic-Induced Adverse Effects. <i>Molecular Neuropsychiatry</i> . — 2016. — Vol. 2. — № 2. — P. 61–78. doi:10.1159/000445802
16	Misiak, B., Łaczmański, Ł., Słoka, N. K. et al. Genetic Variation in One-Carbon Metabolism and Changes in Metabolic Parameters in First-Episode Schizophrenia Patients. <i>International Journal of Neuropsychopharmacology</i> . — 2016. — pyw094. doi:10.1093/ijnp/pyw094	Misiak, B., Łaczmański, Ł., Słoka, N. K. et al. Genetic Variation in One-Carbon Metabolism and Changes in Metabolic Parameters in First-Episode Schizophrenia Patients. <i>International Journal of Neuropsychopharmacology</i> . — 2016. — pyw094. doi:10.1093/ijnp/pyw094
17	Roffman, J.L., Weiss, A.P., Purcell, S. et al. Contribution of Methylenetetrahydrofolate Reductase (MTHFR) Polymorphisms to Negative Symptoms in Schizophrenia. <i>Biological Psychiatry</i> . — 2008. — Vol. 63. — № 1. — P. 42–48. doi:10.1016/j.biopsych.2006.12.017	Roffman, J. L., Weiss, A. P., Purcell, S. et al. Contribution of Methylenetetrahydrofolate Reductase (MTHFR) Polymorphisms to Negative Symptoms in Schizophrenia. <i>Biological Psychiatry</i> . — 2008. — Vol. 63. — № 1. — P. 42–48. doi:10.1016/j.biopsych.2006.12.017

18	<i>Van Winkel, R., Moons, T., Peerbooms, O. et al. MTHFR genotype and differential evolution of metabolic parameters after initiation of a second generation antipsychotic: an observational study. International Clinical Psychopharmacology. — 2010. — Vol. 25. — № 5. — P. 270–276. doi:10.1097/yic.0b013e32833bc60d</i>	<i>Van Winkel, R., Moons, T., Peerbooms, O. et al. MTHFR genotype and differential evolution of metabolic parameters after initiation of a second generation antipsychotic: an observational study. International Clinical Psychopharmacology. — 2010. — Vol. 25. — № 5. — P. 270–276. doi:10.1097/yic.0b013e32833bc60d</i>
19	<i>Yeh, J.-K., Chen, C.-C., Hsieh, M.-J. et al. Impact of Homocysteine Level on Long-term Cardiovascular Outcomes in Patients after Coronary Artery Stenting. Journal of Atherosclerosis and Thrombosis. — 2017. — Vol. 24. — №7. — P. 696–705. doi:10.5551/jat.36434</i>	<i>Yeh, J.-K., Chen, C.-C., Hsieh, M.-J. et al. Impact of Homocysteine Level on Long-term Cardiovascular Outcomes in Patients after Coronary Artery Stenting. Journal of Atherosclerosis and Thrombosis. — 2017. — Vol. 24. — №7. — P. 696–705. doi:10.5551/jat.36434</i>

Сведения об авторах:

Косатая Мария Александровна, студентка 5 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский медицинский университет Минздрава России, kkosataya@gmail.com

Марьина Анастасия Владимировна, студентка 6 курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский медицинский университет Минздрава России, yfcnfcmz.ru@mail.ru

Сергеева Анжелика Вячеславовна, к.м.н., доцент кафедры эпидемиологии, зав. проблемной научной лабораторией ПЦР-диагностики НИИ профилактической медицины ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский медицинский университет Минздрава России, sergeeva-av2013@yandex.ru

Жилыева Татьяна Владимировна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский медицинский университет Минздрава России, bizet@inbox.ru, 8-904-395-04-89.

Благонравова Анна Сергеевна, д.м.н., профессор кафедры эпидемиологии, директор НИИ профилактической медицины ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский медицинский университет Минздрава России, a.blagonravova@mail.ru

Мазо Галина Элевна, д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отделения эндокринологической психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, Россия, Санкт-Петербург, galina-mazo@yandex.ru

Динамика восприятия качества жизни у пациентов с когнитивным снижением в период пребывания в комплексной программе нейрокогнитивной реабилитации

Курмышев М.В., Савилов В.Б., Костюк Г.П.

«Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева» Департамента Здравоохранения города Москвы (Медико-реабилитационное отделение «Клиника памяти»)

Резюме. В статье рассматриваются результаты исследования субъективного восприятия качества жизни людьми пожилого возраста с мягким когнитивным снижением в начале и по окончании реабилитационного курса (комплексной программы нейрокогнитивной реабилитации). Программа направлена на улучшение когнитивных функций.

Ключевые слова: пожилой возраст, когнитивное снижение, качество жизни, субъективное восприятие.

Dynamics of life quality perception among patients with cognitive decline during an integrated rehabilitation process.

Kurmyshev M.V., Savilov V.B., Kostyuk G.P.

Psychiatric Hospital № 1 named after N.A. Alekseev of Moscow Department of Health

Summary. The article examines research results of life quality perception among older persons with mild cognitive decline at the beginning and at the end of the rehabilitation course (intergrated programme of neurocognitive rehabilitation). This course is aimed at improving cognitive functions.

Key words: old age, cognitive decline, quality of life, subjective perception.

Актуальность исследования восприятия качества жизни (КЖ) в пожилом возрасте обусловлена демографическими изменениями, связанными с увеличением продолжительности жизни.

В России, по данным пенсионного фонда РФ, число пенсионеров увеличивается ежегодно на 700 тысяч и составляет в настоящее время более 40 миллионов человек.

Когнитивные нарушения выявляются примерно у 25% людей пожилого возраста, в том числе, у 6-8% диагностируется деменция, а у 16-19% — легкое когнитивное расстройство [1, 2]. Падение работоспособности, быстрая утомляемость, эмоциональная неустойчивость и истощаемость нервно-психических процессов, как проявления старческой астении, приводят к снижению адаптивных возможностей и, как следствие, к понижению КЖ [3].

По определению ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), КЖ — это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей в соответствии с их целями, ожиданиями, нормами и заботами. КЖ определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни человека, имеющими для него значение. Индекс КЖ пожилых людей рассчитывается на основе статистических данных, получаемых от национальных институтов и организаций [4].

Множество показателей, которые специалисты относят к области КЖ, условно можно разделить на две категории: объективные и субъек-

тивные. Критериями объективной оценки КЖ служат нормативы потребностей и интересов людей, исходя из которых можно оценить степень удовлетворения человека (финансовое положение, жилищные условия, потребление продуктов, товаров, услуг и пр.). К субъективным критериям оценки КЖ относят самооценку человеком состояния своего здоровья, благополучия, семейных отношений, удовлетворенности жизнью [3, 5].

Необходимо учитывать, что КЖ стареющего человека во многом зависит от сохранности психики.

Ранее проводились исследования по оценке КЖ у людей с различными формами когнитивных нарушений, фиксирующие низкие показатели КЖ в зависимости от уровня когнитивного дефицита [6].

В представленном нами исследовании акцент сделан на динамике восприятия КЖ в процессе реабилитационных мероприятий.

Цель исследования: изучить влияние комплексной программы нейрокогнитивной реабилитации (КПНР) на субъективное восприятие КЖ у пациентов пожилого и старческого возраста с когнитивным снижением.

Материалы и методы

Описание выборки. В исследование было включено 87 участников в возрасте от 59 до 85 лет, страдающих мягким когнитивным снижением и проходивших курс КПНР на базе медико-реабилитационного отделения «Клиника Памяти»

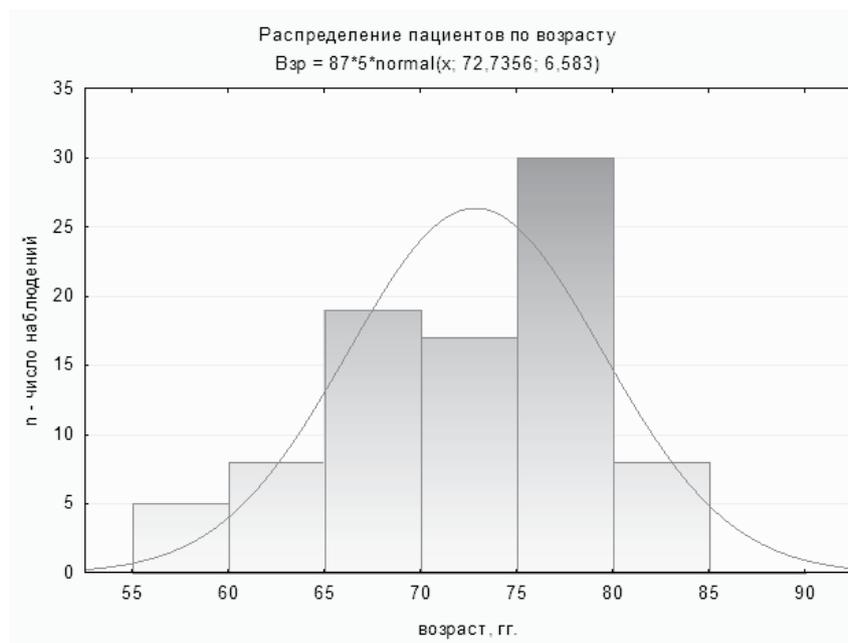


Рис. 1. Распределение пациентов по возрасту

филиала ПНД № 15 ГБУЗ ПКБ № 1 имени Н.А. Алексеева ДЗМ в 2017-2018 гг.

Мужчин — 13, женщин — 74. Средний возраст составил 73 ± 7 лет, Ме 73 (68; 79). Распределение по возрасту представлено на рисунке 1.

Критериями включения в Программу являлось наличие у пациентов снижения когнитивных функций, диагностированного на основании комплекса клинично-anamnestических данных (жалобы пациента, данные наблюдения лечащего врача) и результатов психологического исследования, так же наличие письменного информированного согласия и одобрение независимого этического комитета при ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева».

Критериями исключения являлись: соматические заболевания в фазе обострения, синдром нарушения функций тазовых органов, выраженные депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства (выше 10 баллов по шкале HADS, требующие специализированной терапии), наличие в анамнезе эндогенной патологии.

Методом воздействия являлась Комплексная программа нейрокогнитивной реабилитации. Это связанный комплекс специально разработанных психотерапевтических и психологических тренингов, занятий адаптивной физической культурой.

Время пребывания в Программе составляет 6 недель.

Описание Программы представлено в статье «Клиника памяти – модель реабилитации когнитивных функций у людей пожилого возраста с мягким когнитивным снижением» [7].

Методы исследования

Для оценки субъективного восприятия КЖ была использована форма оценки здоровья (Short

Form Medical Outcomes Study) SF-36 (John E. Ware), разработанная в 80-х годах прошлого века в США. В 1998 году опросник протестировали и одобрили к применению в Межнациональном Центре исследования качества жизни в Санкт-Петербурге [8].

36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: две группы по четыре шкалы. Одна группа содержит четыре шкалы, характеризующие восприятие соматического статуса (*Physical Functioning, Role-Physical, Bodily Pain, General Health*) и интегральную шкалу (**Physical health**), обобщающую результаты четырех шкал соматического здоровья. Другая — четыре шкалы, характеризующие восприятие психического состояния (*Vitality, Social Functioning, Role-Emotional, mental Health*), и интегральную шкалу, обобщающую результаты четырех шкал психологического состояния (**Mental Health**).

I. Физический компонент здоровья (Physical health — PH)

1. Физическое функционирование (*Physical Functioning — PF*), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

2. Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (*Role-Physical Functioning — RP*), отражает влияние физического состояния на повседневную рольевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свиде-

тельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

3. Интенсивность боли (Bodily pain — BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

4. Общее состояние здоровья (General Health — GH) — оценка большим состоянием своего здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

II. Психологический компонент здоровья (Mental Health — MH)

5. Жизненная активность (Vitality — VT) подразумевает ощущение себя, полным сил и энергии, или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.

6. Социальное функционирование (Social Functioning — SF), определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

7. Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role Emotional — RE), предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

8. Психическое здоровье (Mental Health — mH) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Оценка проводится в баллах по 8-ми шкалам; высокая оценка указывает на соответственно высокий уровень КЖ. Показатель каждой из шкал варьируется между 0 и 100, где оценка в 100 баллов ассоциирована с полным здоровьем.

Балльная оценка по каждой из шкал интерпретируется в следующие категории восприятия собственного состояния:

- высокий уровень — 81-100 баллов,
- повышенный — 61-80 баллов,
- средний — 41-60 баллов,
- пониженный — 21-40 баллов,
- низкий — 0-20 баллов.

Оценивание проводилось дважды: перед началом КПНР (срез 1) и по завершении участия в Программе (срез 2).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ STATISTICA. Категориальные порядковые данные в таблицах представлены средними значениями со стандартным отклонением $M \pm SD$ и медианами с квартильным размахом Me (1 квартиль; 3 квартиль). Динамические сравнения проводились с использованием рангового критерия Вилкоксона. Для оценки клинической значимости выявленных различий рассчитывали стандартизованную разницу между двумя средними — стандартизованный эффект. Для долевых сравнений использовали точный критерий Фишера.

Результаты

Результаты исследования изменений восприятия КЖ пожилыми людьми в результате пребывания в КПНР представлены в таблице 1.

Изменения были зафиксированы как по физическим, так и по психологическим шкалам в сторону позитивной переоценки. Несколько улучшилось восприятие общего соматического состояния (GH): оценка возросла с $51,56 \pm 18,4$, Me 55,0(40,0; 67,0) баллов до $54,9 \pm 18,0$, Me 55,0(40,0; 67,0) на уровне значимости различий $p=0,041$, критерий Вилкоксона. Стандартизованный эффект составил $Es=0,18$, то есть изменения были незначительно выражены. Низкая мощность исследования $P=0,25$ указывает на то, что при росте числа наблюдений результат может измениться.

Была отмечена тенденция к росту активности, ограниченной восприятием боли (BP): оценка активности возросла с $58,2 \pm 22,4$, Me 52,0(41,0; 74,0) баллов до $63,5 \pm 24,8$, Me 62,0(41,0; 84,0) на уровне значимости различий $p=0,064$, критерий Вилкоксона. Клинический эффект — умеренный: $Es=0,22$. Мощность исследования $P=0,34$ также предполагает дальнейшее продолжение наблюдений, увеличение числа наблюдений.

Более значимые по силе эффекта различия были получены относительно самооценки психического здоровья (mH): $60,3 \pm 17,4$, Me 60,0(44,0; 72,0) баллов в начале и $66,4 \pm 17,0$, Me 68,0(56,0; 76,0) по завершении КПНР, $p=0,0003$, критерий Вилкоксона. $Es=0,36$. $P=0,68$.

Также была отмечена тенденция к росту жизненной активности (VT): оценка возросла с $56,0 \pm 16,8$, Me 55,0(45,0; 65,0) баллов до $59,7 \pm 18,2$, Me 60,0(50,0; 75,0) на уровне значимости различий $p=0,065$, критерий Вилкоксона. $Es=0,21$. $P=0,31$.

Что касается обобщающей интегральной оценки, то относительно соматической составляющей здоровья статистически значимых различий не было выявлено: $41,7 \pm 8,2$, Me 42,4(36,5; 47,6) баллов в начале и $41,3 \pm 8,6$, Me 40,6(36,3; 47,7) в итоге; $p=0,358$, критерий Вилкоксона. А обобщающая оценка психологической составляющей здоровья статистически значимо улучшилась: $43,7 \pm 10,4$, Me 44,2(35,1; 52,4) и $45,8 \pm 9,9$, Me 45,7(37,6; 53,3) баллов соответственно; $p=0,037$; $Es=0,21$; $P=0,30$.

Таблица 1. Динамика показателей субъективного восприятия КЖ по шкале SF-36 (n=87)

Шкалы SF-36	Срез 1 M±SD Me (1 кв.; 3 кв.)	Срез 2 M±SD Me (1 кв.; 3 кв.)	р критерий Вилкоксона	Es	р
Физический компонент здоровья (PH)	41,7±8,2 Me 42,4(36,5; 47,6)	41,3±8,6 Me 40,6(36,3; 47,7)	0,358	-0,04	
Физическое функционирование (Physical Functioning-PF)	66,8±20,0 Me 70,0(55,0; 80,0)	64,8±20,0 Me 70,0(50,0; 80,0)	0,111	-0,10	
Рольное функционирование (Role-Physical -RP)	45,7±40,0 Me 50,0(0,0; 75,0)	40,8±39,1 Me 25,0(0,0; 75,0)	0,274	-0,12	
Интенсивность боли (Bodily Pain-BP)	58,2±22,4 Me 52,0(41,0; 74,0)	63,5±24,8 Me 62,0(41,0; 84,0)	0,064	0,22	0,34
Общее состояние здоровья (General Health-GH)	51,56±18,4 Me 55,0(40,0; 67,0)	54,9±18,0* Me 55,0(40,0; 67,0)	0,041	0,18	0,25
Психологический компонент здоровья (MH)	43,7±10,4 Me 44,2(35,1; 52,4)	45,8±9,9 Me 45,7(37,6; 53,3)	0,037	0,21	0,30
Жизненная активность (Vitality -VT)	56,0±16,8 Me 55,0(45,0; 65,0)	59,7±18,2 Me 60,0(50,0; 75,0)	0,065	0,21	0,31
Социальное функционирование (Social Functioning -SF)	70,0±20,6 Me 75,0(50,0; 87,5)	71,0±21,3 Me 75,0(50,0; 87,5)	0,705	0,05	
Эмоционально-ролевое функционирование (Role-Emotional -RE)	50,2±40,6 Me 33,3(0,0; 100,0)	48,7±40,3 Me 33,3(0,0; 100,0)	0,667	-0,04	
Психическое здоровье (mental Health -mH)	60,3±17,4 Me 60,0(44,0; 72,0)	66,4±17,0 Me 68,0(56,0; 76,0)	0,0003	0,36	0,68

Таблица 2. Динамика долевой оценки субъективного восприятия уровня КЖ (высокий+повышенный, средний, пониженный+низкий уровни) (n=87)

	Уровни КЖ — исходная оценка			Уровни КЖ — после реабилитации			Критерий Фишера		
	Пониженный и низкий	средний	повышенный и высокий	Пониженный и низкий	средний	повышенный и высокий	р	р	р
Физический компонент здоровья (Physical health-PH)	44,8%	55,2%	0%	48,3%	50,6%	1,1%	0,76	0,65	1,0
Физическое функционирование (Physical Functioning-PF)	12,6%	20,7%	66,7%	12,6%	29,9%	57,5%	1,0	0,22	0,27
Рольное функционирование (Role-Physical -RP)	46,0%	16,1%	37,9%	46,0%	19,5%	34,5%	1,0	0,69	0,75
Интенсивность боли (Bodily Pain-BP)	11,5%	40,2%	48,3%	10,3%	32,2%	57,5%	1,0	0,34	0,29
Общее состояние здоровья (General Health-GH)	27,6%	41,4%	31,0%	25,3%	34,5%	40,2%	0,86	0,44	0,27
Психологический компонент здоровья (Mental Health — MH)	46,0%	48,3%	5,7%	28,7%*	60,9%	8,0%	0,028	0,19	0,77
Жизненная активность (Vitality -VT)	17,2%	50,6%	32,2%	19,5%	34,5%*	46,0%*	0,85	0,046	0,087
Социальное функционирование (Social Functioning -SF)	9,2%	16,1%	74,7%	9,2%	17,2%	73,6%	1,0	1,0	1,0
Эмоционально-ролевое функционирование (Role-Emotional -RE)	50,6%	0%	49,4%	54,0%	0%	46,0%	0,76	1,0	0,76
Психическое здоровье (mental Health -mH)	18,4%	32,2%	49,4%	10,3%	21,8%	67,8%	0,19	0,18	0,021

Категориальное представление о произошедших изменениях можно получить из долевых сравнений, которые приведены в таблице 2.

Почти половина участников КПНР оценили свой уровень КЖ перед началом реабилитации как пониженный и низкий по физическому (РН) и по психическому (МН) компонентам здоровья: 44,8% и 46,0%. До начала реабилитации позитивной общесоматической оценки (повышенный и высокий уровни) не наблюдали, а психический компонент позитивно оценили лишь 5,7% респондентов.

По завершении КПНР негативная оценка общего психического состояния (МН) (пониженный и низкий уровни) статистически значимо снизилась с 46,0% до 28,7%, $p=0,028$, критерий Фишера. Статистически значимо снизилась доля пациентов с оценкой «средний уровень» по показателю жизненной активности (VT): с 50,6% до 34,5% ($p=0,046$, критерий Фишера) за счет тенденции к росту позитивных оценок (повышенный и высокий уровни) с 32,2% до 46,0% на уровне значимости $p=0,087$ (критерий Фишера).

Все выявленные изменения были небольшими по силе клинического эффекта, что являлось вполне ожидаемым, так как респонденты — люди пожилого возраста, которые в течение шести недель испытывали физические нагрузки и находились в Программе по шесть часов пять дней в неделю. Это объясняет незначительное снижение показателя интегральной шкалы РН, но при этом показатель Интенсивность боли ВР и субъективная оценка Общего состояния здоровья ГН улучшились. Кроме того, позитивные изменения отмечены по трем шкалам Психологического состояния здоровья (VT, SF, mH).

Заключение

Полученные результаты исследования отражают позитивную динамику субъективного восприятия КЖ в блоке опросника **Психологический компонент здоровья**: Жизненная активность, Социальное функционирование и Психическое здоровье. В блоке **Физический компонент здоровья** позитивные изменения выявлены по шкалам — Интенсивность боли и Общее состояние здоровья.

Полученные данные позволяют предположить, что пребывание в КПНР в течение шести недель повлияло на самооценку восприятия своего здоровья участниками Программы.

В процессе пребывания пациентов в Программе мы наблюдали определенные изменения: снижение конфликтных, манипулятивных проявлений, повышение уровня терпимости к своим соматическим недомоганиям, конструктивную перемену в отношении к себе и социуму. Этим наблюдениям мы нашли подтверждение в результатах представленного исследования.

Участие в КПНР оказывало статистически значимое влияние на уровень когнитивных функций [9], а также способствовало адекватной поведенческой коррекции, положительной переоценке достигнутых целей и расширению адаптивного потенциала у людей пожилого возраста с мягким когнитивным снижением.

И хотя основной целью Программы было улучшение когнитивных функций, позитивные изменения при самооценке здоровья, выявленные в этом исследовании, расширяют представление об эффективности **комплексной программы нейрокогнитивной реабилитации**.

Литература

1	Гаврилова С.И. Концепция мягкого когнитивного снижения // Психиатрия. — 2003. — №4. — С.10-16.	Gavrilova S.I., The Concept of mild cognitive impairment. <i>Psychiatria</i> . 2003; 4: 10-16. (In Rus.).
2	Гаврилова С.И., Калын Я.Б. Социально-средовые факторы и состояние психического здоровья пожилого населения (клинико-эпидемиологическое исследование) // Вестник РАМН. — 2002. — Т.9. — С.15-20.	Gavrilova S.I., Kalin, J.B. Socio-environmental factors and mental health of the elderly population (clinical-epidemiological study). <i>Vestnik RAMN</i> . 2002; 9: 15-20. (In Rus.).
3	Недошивин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н., Варшавский С.Ю., Перепеч Н.Б. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью // Сердечная недостаточность. — 2000. — Т.1, №4. — С. 19-23.	Nedoshivin, A.A., Kutuzov A.E., Petrov N.N., Warsaw S.Y., Perepech N. B., The study of quality of life and psychological status of patients with chronic heart failure. <i>Serdechnaia nedostatochnost</i> . 2000; 1 (4): 19-23. (In Rus.).
4	Малыхин Ф.Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста // Качественная клиническая практика. — 2011. №1. — С.11-18.	Malykhin F.T. Quality of life, determined by health status of elderly and senile age. <i>Kachestvennaya klinicheskaya praktika</i> . 2011; 1: 11-18. (In Rus.).
5	Руководство по геронтологии // под ред. Академика РАМН В.Н. Шабалина. — М. — 2005. — 800с.	Leadership in gerontology // under the editorship of academician of RAMS V.N. Shabalina. — M. — 2005. — 800 p. (In Rus.).

6	Стурова Ю.В. Когнитивные, эмоционально-аффективные расстройства и качество жизни у больных с дисциркуляторной энцефалопатией: диссертация кандидата медицинских наук: 14.01.11 // [Место защиты: Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова]. — Санкт-Петербург. — 2016. — С.84-91.	Stúrova Yu. V. Cognitive, emotional, affective disorders and quality of life in patients with discirculatory encephalopathy of the dissertation the candidate of medical Sciences: 14.01.11// [a protection Place: First Saint Petersburg state medical University named after academician I. P. Pavlov]. — St. Petersburg. 2016; 84-91. (In Rus.).
7	Курмышев М.В., Савилов В.Б., Масыкин А.В., Костюк Г.П. Клиника памяти — инновационная модель реабилитации когнитивных функций у людей пожилого возраста с мягким когнитивным снижением// Социальная и клиническая психиатрия. — 2018. — Т.28, №2. — С.36-40.	Kurmyshev M.V., Savilov V.B., Masiakin A.V., Kostyuk G. P. MEMORY CLINIC-innovative model of rehabilitation of cognitive functions in elderly people with mild cognitive decline. Socialnaya i klinicheskaya psichiatria. 2018; 28 (2): 36—40. (In Rus.).
8	Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине // А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. академика РАМН Ю. Л. Шевченко — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: РАЕН. — 2012. — 528с.	Novik, A.A. assessment Manual quality of life in medicine / A. A. Novik, T. I. Ionova; under the editorship of academician of RAMS Yu. l. Shevchenko — 3rd ed., Rev. and extra— M.: RAEN. — 2012. — 528 p. (In Rus.).
9	Костюк Г.П., Курмышев М.В., Савилов В.Б., Пак М.В., Бурьгина Л.А. Восстановление когнитивных функций у лиц пожилого возраста в условиях специализированного медико-реабилитационного подразделения «Клиника памяти»// Социальная и клиническая психиатрия. — 2017. — Т.27. — С.25-31.	Kostyuk G.P., Kurmyshev M.V., Savilov V.B., Pak M.V., Burygina L.A. Restoration of cognitive functions in elderly persons in the conditions of specialized medical-rehabilitation division «Clinic of memory». Socialnaya i klinicheskaya psichiatria. 2017; 27 (4): 25–31. (In Rus.).

Сведения об авторах

Курмышев Марат Витальевич — кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по филиалу ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева» Департамента здравоохранения Москвы, Психоневрологический диспансер № 15. E-mail: 5086773@mail.ru

Савилов Виктор Борисович — заведующий медико-реабилитационным отделением «Клиника памяти» филиала ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А.Алексеева» Департамента здравоохранения Москвы, Психоневрологический диспансер № 15. E-mail: info@memoryclinic.ru

Костюк Георгий Петрович — доктор медицинских наук, профессор, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А.Алексеева» Департамента здравоохранения Москвы, главный внештатный психиатр ДЗМ. E-mail: kgr@yandex.ru

Клинико-психологическая и психофизиологическая характеристика головной боли напряжения у лиц, подвергшихся радиационному воздействию

Литвинчук Е.А., Кантина Т.Э.

ФГБУН Уральский научно-практический центр радиационной медицины
ФМБА России, г. Челябинск

Резюме. Одним из осевых клинических проявлений радиационного воздействия, как в раннем, так и в отдаленном периоде является головная боль. До настоящего времени нет четких представлений о механизмах развития головной боли при радиационном воздействии. Существующие теории (более 30) не дают исчерпывающего ответа на данные вопросы. Чаще всего среди первичных головных болей диагностируется головная боль напряжения, ведущим фактором возникновения которой является эмоциональный фактор, в том числе и психологический стресс. В настоящей работе проведено углубленное клиническое обследование 92 человек. Описаны клинические характеристики трех групп: облученных и необлученных с головной болью напряжения, облученных без головной боли напряжения. Проведено исследование типологии головной боли у облученных, клинических вариантов, изучены психологические (акцентуации характера, реактивная и ситуативная тревожность, депрессия), психофизиологические характеристики обследуемых, и клинические проявления головной боли напряжения.

Ключевые слова: ионизирующее излучение, река Теча, психическое здоровье, стресс, головная боль напряжения.

Clinical-psychological and psychophysiological characteristics of tension headache in people affected by radiation exposure

Litvinchuk E.A., Kantina T.E.

Urals Research Center for Radiation Medicine of FMBA of Russia, Chelyabinsk

Summary. One of the main clinical manifestations of radiation exposure in the early and later periods is headache. Until present time there is no clear understanding of the mechanisms of headache development under radiation exposure. The theories that exist (more than 30) do not give a comprehensive answer to these questions. Out of all primary headaches, tension headache is diagnosed more often. Emotional factors including psychological stress is the major cause of its development. In the current paper the findings of the in-depth clinical examination of 92 people are presented. Clinical characteristics of three groups that of exposed people with tension headache, unexposed people with tension headache, exposed people without tension headache are described. Nosological and clinical forms of headaches in exposed people are investigated, psychological (accentuation on personality traits, state anxiety, depression), psychophysiological characteristics of the examined people, and clinical manifestations of the tension headache are studied.

Key words: ionizing radiation, Techa River, mental health, stress, tension headache.

Радиационные аварии и инциденты влекут за собой кроме изменений в окружающей среде, значительные изменения в психологическом состоянии человека [15, 17]. Психологический стресс, закономерно сопровождающий эти ситуации, имеет сложную структуру, для него характерно отсутствие сенсорного восприятия опасности радиационного воздействия, представление о безусловном вреде радиации, ожидание отсроченных эффектов для своего здоровья в будущем или у будущих поколений [9, 11]. Вследствие этого у данной категории людей наблюдается рост психических и психосоматических расстройств [1, 11].

Так у лиц, подвергшихся радиационному воздействию в результате аварий на Южном Урале (сброс радиоактивных отходов в реку Теча—1949—1952 гг., взрыв хранилища радиоактивных отходов с образованием Восточно-Уральского радиоактивного следа—1957г.), от-

мечается усложнение психической симптоматики (от посттравматических стрессовых расстройств к хроническим изменениям личности). Комплексные медико-психологические обследования населения показали увеличение числа лиц, предъявляющих жалобы преимущественно на головные боли, головокружение, повышенную утомляемость, общую слабость, раздражительность, нарушение сна [1-3].

Среди всех видов головной боли наиболее распространенным видом является головная боль напряжения, частота ее встречаемости оценивается от 30 до 78 % в различных популяциях [10, 12]. В настоящее время по результатам многочисленных исследований установлена достоверная связь между хроническим эмоциональным стрессом и появлением головной боли, в первую очередь, головной боли напряжения [4-6, 13, 14, 16, 18]. На современном этапе проблема головной боли у лиц, подвергшихся радиационному воздействию,

остаётся одной из наименее разработанных и изученных.

Цель исследования: комплексное изучение и оценка головной боли у лиц, подвергшихся аварийному радиационному воздействию.

Задачи исследования:

Изучить клинические характеристики головной боли у лиц, подвергшихся радиационному воздействию.

Оценить клиничко-психологические и психофизиологические характеристики лиц, подвергшихся радиационному воздействию, имеющих головную боль.

Материалы и методы исследования. Исследование осуществлялось на базе клинического отделения Федерального государственного бюджетного учреждения науки Уральского научно-практического центра радиационной медицины России (ФГБУН УНПЦ РМ ФМБА России). Исследование было одобрено локальным этическим комитетом ФГБУН УНПЦ РМ ФМБА России.

В исследование были включены 92 человека, из числа находящихся в базе данных ФГБУН УНПЦ РМ ФМБА России, проживающих в населенных пунктах бассейна реки Теча, 1961 г. рождения и старше, подвергшихся хроническому радиационному воздействию в результате сброса радиоактивных отходов в реку Теча в 1949—1952 г.г. У 78 человек была диагностирована первичная головная боль (т.е. случаи, когда сама боль и связанные с нею симптомы лежат в основе клинической картины), которая представлена различными формами головной боли напряжения (как эпизодической с частыми и редкими эпизодами, так и хронической). У оставшихся 14 (11,4%) человек головных болей не отмечалось. Все пациенты, включенные в исследование, дали подписанное информированное согласие на участие в исследовании.

Критериями исключения из выборки пациентов стали: хронические и острые психические расстройства психотического уровня, онкологические заболевания в анамнезе, тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации, острые нарушения мозгового кровообращения в анамнезе, с момента которых прошло не более пяти лет. Пациенты, имевшие тяжёлые черепно-мозговые травмы в анамнезе, изначально также исключались из выборки. Пациенты могли быть включены в группу исследования, если черепно-мозговые травмы были получены в детском возрасте и носили лёгкий характер.

Для выполнения задач исследования были сформированы три группы: Группа I: пациенты, подвергшиеся радиационному воздействию (облученные) и имеющие головную боль напряжения (34 человека), Группа II: пациенты, с дозой облучения не выше фоновых значений (необлученные) страдающие головной болью напряжения, (44 человека), Группа III: пациенты, подвергшиеся радиационному воздействию (облученные),

но не страдающие головной болью (14 человек). Группы сопоставимы по половозрастному составу. Средний возраст обследуемых Группы I составил $62,4 \pm 4,8$ лет, Группы II — $59,6 \pm 4,5$ лет, Группы III — $61,1 \pm 5,5$ лет.

В основе клинической диагностики головной боли лежит сбор анамнеза. Клиничко-психиатрическая оценка статуса включает осмотр врача-психиатра, с заполнением соответствующей карты осмотра больного, в которую входит социальное — гигиенический раздел (возраст, пол, образование, семейное положение, наследственная отягощенность психическими и соматическими заболеваниями и др.), клиничко-диагностический раздел (экзогенные вредности (черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, интоксикации), психогении, симптоматика за последний год), анкета с вопросами, позволяющими охарактеризовать головную боль (длительность заболевания; наиболее частая причина возникновения боли; частота приступов головной боли в неделю; длительность эпизодов головной боли и др.).

Постановка диагноза эпизодической или хронической головной боли напряжения у обследуемых пациентов основывалась на диагностических критериях 2-го издания Международной классификации головной боли [8]. При этом наличие того или иного вида головной боли не исключало сочетания этого типа боли с другими цефалгиями (наиболее часто — с головной болью, связанной с гипертонической энцефалопатией или гипертоническим кризом, которые, исходя из классификации, так же должны соответствовать определённым критериям, отличным от проявлений головной боли напряжения). При распросе один и тот же пациент нередко заявлял о различных видах головной боли, которые у него возникают, которые он мог четко разграничить: такие боли отличались и локализацией, и интенсивностью, и причиной, их вызвавшей, и наличием или отсутствием повышенного артериального давления на момент возникновения боли.

Для выявления клиничко-психологических характеристик головной боли у пациентов Группы I и Группы II были использованы следующие методики: методика «Визуальная аналоговая шкала (ВАШ)» и «Мак-Гилловский болевой опросник (McGillPainQuestionnaire)». Личностные особенности обследуемых всех трех групп были изучены с помощью опросника для выявления типа акцентуации характера К. Леонгарда, шкалы тревоги Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина), шкалы депрессии Бека. Для определения психофизиологических характеристик была использована методика «Простая зрительно-моторная реакция (ПЗМР)». Тестирование личностных и психофизиологических особенностей было проведено с помощью компьютерного комплекса для проведения психофизиологических и психологических тестов «НС-Психотест». Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием приложения пакета статистического анализа данных «STATISTICA

7». Значимость различий при распределении частот дихотомических показателей оценивалась с помощью точного критерия Фишера. Для установления значимости различий между Группами I и II по клинико-психологическим характеристикам головной боли, измеренным количественно, был использован U — критерий Манна-Уитни. Для оценки различий между тремя группами по уровню проявления тревожности, депрессии, психофизиологических параметров был использован H -критерий Крускала-Уоллиса. Уровнем статистической значимости считалась вероятность случайного различия между величинами менее 5% ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам клинического обследования можно отметить, что во всех трех группах чаще встречается наследственная отягощенность алкоголизмом (5 чел. — 14,7%, 8 чел. — 18,2% и 5 чел. — 35,7% соответственно), артериальной гипертензией (16 чел. — 47%, 22 чел. — 50%, 6 чел. — 42,9% соответственно).

Большинство пациентов всех трех групп не злоупотребляют алкоголем и не курят (34 чел. — 100%, 43 чел. — 97,7%, 10 чел. — 71,4% соответственно), имеют в анамнезе легкие черепно-мозговые травмы, которые получили в детском возрасте (14 чел. — 41,2%, 14 чел. — 31,8% и 2 чел. — 14,3% соответственно), нейроинфекции отмечены только среди обследуемых Группы I (3 чел. — 8,8%). Психотравмирующие ситуации во всех группах наиболее часто связаны с болезнью или смертью близких, тяжестью течения собственных болезней или конфликтными ситуациями на работе.

Из сопутствующей соматической патологии во всех трёх группах у исследуемых наиболее часто отмечается артериальная гипертензия (27 чел. — 79,4%, 35 чел. — 79,5%, 6 чел. — 42,9% соответственно), при этом в Группе I и II таких пациентов достоверно больше, чем в третьей (Группа I — $p=0,01$, Группа II — $p=0,008$). Следует отметить у данных пациентов эффективность антигипертензивной терапии и достигнутый контроль артериального давления. На втором месте — ИБС (16 чел. — 47%, 16 чел. — 36,4% и 6 чел. — 42,9% соответственно). Кроме того, среди исследуемых отдельных групп встречается достаточное количество лиц с другими соматическими патологиями: Группа I — пациенты с заболеваниями щитовидной железы (15 чел. — 44,1%), Группа II — с заболеваниями щитовидной железы и ожирением (по 11 чел. — 25%).

По данным опроса пациентов Группы I и Группы II были выявлены три вида головной боли: эпизодическая головная боль напряжения (9 чел. — 26,4% и 21 чел. — 47,7% соответственно), хроническая головная боль напряжения (14 чел. — 41,2% и 10 чел. — 22,8% соответственно), сочетанные головные боли — сочетание головной боли напряжения с головными болями при гипертонической энцефалопатии (11 чел. — 32,4% и 13

чел. — 29,5% соответственно). Для частой эпизодической головной боли напряжения характерны не менее 10 эпизодов, с частотой от 1 до 15 дней в месяц, продолжительностью от нескольких минут до нескольких суток. Боль обычно двусторонняя, сжимающего или давящего характера, легкой или умеренной интенсивности, не усиливается при обычной физической нагрузке; боль не сопровождается тошнотой, однако может отмечаться фотофобия или фонофобия. Для хронической головной боли напряжения — расстройство, происходящее из эпизодической головной боли напряжения и проявляющееся очень частыми или ежедневными (не менее 15 дней в месяц на протяжении в среднем более 3 месяцев) эпизодами головной боли продолжительностью от нескольких минут до нескольких суток) [8,10,12].

Наиболее часто встречаемыми в течение последнего года в Группе I и II были жалобы на забывчивость, головокружение, метеочувствительность, шум в голове и ушах, нарушения сна, раздражительность и плаксивость, снижение памяти на текущие события, трудности сосредоточения. При этом в Группе I чаще наблюдались пациенты с нарушением сна, в Группе II — с плохой переносимостью жары и духоты. В Группе III достоверно меньше число пациентов с жалобами сосудистого характера, когнитивными нарушениями: головокружения (Группа I — $p=0,002$, Группа II — $p=0,0005$), метеочувствительность (Группа I — $p=0,02$, Группа II — $p=0,03$), забывчивость (Группа I — $p=0,007$, Группа II — $p=0,004$), трудности сосредоточения (Группа I — $p=0,02$, Группа II — $p=0,01$).

Пациентов всех трех групп в качестве сопутствующей симптоматики наиболее часто встречается гриппозный синдром (22 чел. — 64,7%, 19 чел. — 43,2%, 4 чел. — 28,6% соответственно). В Группе I и Группе II чаще выявляли астенический синдром (причем, в Группе I достоверно чаще, чем в Группе III, $p=0,002$) и синдром когнитивных нарушений.

При количественной оценке выраженности головной боли по методике «ВАШ» показатели Группы I и Группы II находились в числовом промежутке от 5 до 6 баллов, что входит в область средних значений (Группа I — $5,9 \pm 1,95$, Группа II — $5,4 \pm 1,9$).

По Мак-Гилловскому болевому опроснику выявлены достоверные различия между группами по ранговому показателю боли по сенсорной шкале ($p=0,041$). Отмечается повышение рангового показателя боли по этой шкале в группе облученных лиц с головной болью (Группа I), что может свидетельствовать о том, что обследуемые этой группы чаще выбирали слова, которые указывают на более интенсивные проявления сенсорной составляющей боли, которая характеризует боль в терминах механического или термического воздействия, изменения пространственных или временных параметров. Среднее значение рангового показателя в Группе I — $16,5 \pm 7,6$ ($p=0,041$), в Группе II — $13,9 \pm 8,1$. По показателям аффективной шка-

лы опросника достоверных различий между группами не выявлено, можно предположить, что чувства, которые вызывает боль у обследуемых значительно не отличаются по выраженности. Выявлены достоверные различия между группами по общему ранговому показателю боли ($p=0,034$), более интенсивные проявления сенсорной составляющей в Группе I, способствовали тому что в этой группе данный показатель значимо отличается от показателя Группы II (Группа I — $26,2 \pm 8,98$, Группа II — $22,5 \pm 9,9$). Следует отметить, что субъективные оценки интенсивности головной боли по эвалюативной шкале Мак-Гилловского болевого опросника у обследуемых из группы облученных лиц с головной болью (Группа I) более разнообразны, они использовали все дескрипторы, входящие в эту шкалу и оценивали интенсивность боли от «слабой» до «невыносимой», тогда как исследуемые Группы II избегали крайних оценок и использовали только три дескриптора: «умеренная», «сильная» и «сильнейшая». Тем не менее, наиболее часто в обеих группах выделяли два дескриптора, которые характеризуют головную боль как «умеренную» (Группа I — 14 чел. — 41,2%, Группа II — 26 чел. — 59,1%) и «сильную» (Группа I — 12 чел. — 35,3%, Группа II — 17 чел. — 38,6%). Среднее значение по группе показателей по эвалюативной шкале обеих групп находится в диапазоне значений интенсивности боли от «умеренных» до «сильных».

При сравнении групп по наличию акцентуаций характера установлено, что во всех трёх группах преобладают лица с акцентуацией по эмотивному типу также достаточно много лиц, имеющих черты дистимического (сниженный фон настроения, сконцентрированность на мрачных и печальных сторонах жизни) и застревающего (высокая устойчивостью аффекта, длительность эмоционального отклика, переживания) типов акцентуации характера.

Исследование по шкале депрессии Бека выявило отсутствие проявлений депрессивной симптоматики у большинства обследуемых трех групп (17 чел. — 50%, 25 чел. — 56,8%, 8 чел. — 57,1% соответственно). Вместе с тем выявлены отдельные проявления депрессивного спектра, которые не достигали уровня клинически выраженной депрессии.

Средние по группе показатели реактивной (ситуативной) тревожности пациентов всех трех групп находятся в зоне умеренных значений. Высокий уровень реактивной тревожности отмечается у 15 пациентов Группы II (34,1%), 8 обследуемых Группы I (23,5%), 3 пациентов Группы III (21,4%). Показатели личностной тревожности большинства пациентов Группы I и Группы II находятся в зоне высоких значений (17 чел. — 50% и 26 чел. — 59,1% соответственно), тогда как в Группе III больше лиц с умеренно выраженной личностной тревожностью — 9 чел. (64,3%).

По результатам психофизиологического исследования было отмечено, что большинство обследуемых всех трех групп относятся к инерт-

ному типу нервной системы (33 чел. — 97,1%, 39 чел. — 88,6% и 12 чел. — 85,7% соответственно) и имеют в Группе I (облученные с головной болью напряжения) — умеренно замедленную (17 чел. — 50%), в Группе II и III — легко замедленную (20 чел. — 45,5% и 8 чел. — 57,1% соответственно) скорость сенсомоторной реакции. Наблюдается тенденция увеличения в Группе I лиц с более низкими показателями средней скорости сенсомоторной реакции. Следует отметить, что работоспособность большинства испытуемых всех трех групп значительно снижена (23 чел. — 67,6%, 31 чел. — 70,5% и 9 чел. — 64,3% соответственно) и существенно снижена (7 чел. — 20,6%, 8 чел. — 18,2% и 3 чел. — 21,4% соответственно).

Кроме того, авторы методики выделили три количественных критерия, отражающих разные стороны функционального состояния центральной нервной системы исследуемых лиц: функциональный уровень системы (ФУС), устойчивость реакции (УР), уровень функциональных возможностей (УФВ) [8]. Большинство обследуемых всех трех групп имеют низкий ФУС (29 чел. — 85,3%, 32 чел. — 72,7% и 12 чел. — 85,7% соответственно), можно предположить, что у данных обследуемых снижен тонус функциональной системы, и она сложнее организуется для реализации реакции и время реакции длиннее. Наблюдается тенденция уменьшения лиц с низкими показателями и увеличения обследуемых со средними показателями в Группе II. Однако следует отметить достаточную устойчивость функционального состояния центральной нервной системы (средний уровень УР наблюдается у 24 чел. (70,6%) Группы I, 39 чел. (88,6%) Группы II и 10 чел. (71,4%) Группы III) и наличие способности достаточно длительно удерживать инструкцию в памяти (средний УФВ отмечается у 19 чел. (55,9%) Группы I, 28 чел. (63,6%) Группы II и 9 чел. (64,3%) Группы III).

Выводы. В сравнительном аспекте у лиц, подвергшихся радиационному воздействию (облученных) и лиц с дозой облучения не выше фоновых значений (необлученных) не выявлено достоверных различий в имеющихся клинических вариантах головной боли. Синдромально чаще во всех трех группах наблюдался агрипнический синдром. В Группе I и II также отмечались синдром когнитивных нарушений и астенический синдром.

Выявлен ряд особенностей в клинико-психологических характеристиках обследуемых групп. Наблюдаются достоверные различия между группами облученных и необлученных с головной болью по ранговому показателю боли по сенсорной шкале ($p=0,041$) и по общему ранговому показателю боли ($p=0,034$), с повышением данного показателя боли в группе облученных с головной болью напряжения, т.е. субъективно обследуемые этой группы чаще выбирали дескрипторы, свидетельствующие о более интенсивном проявлении головной боли напряжения.

Личностно-типологические особенности исследуемых пациентов всех трех групп характеризовались преобладанием лиц с акцентуацией по

Исследования

эмотивному типу. Число обследуемых с высоким уровнем личностной тревожности больше в группах облученных и необлученных с головной болью напряжения.

По результатам психофизиологического исследования большинство исследуемых всех трех групп относятся к инертному типу нервной системы, который отличается медленным протеканием нервных процессов, сниженной работоспособностью, сниженной скоростью сенсомоторной реакции.

Полученные данные расширяют представление о клинических, клинко-психологических и психофизиологических характеристиках лиц с головной болью напряжения из числа подвергшихся воздействию ионизирующего излучения и являются еще одним шагом в исследовании отдаленных эффектов радиационного воздействия на центральную нервную систему.

Литература

1	Аклеев А.В. [и др.]. Теча: до и после атомного проекта. — Челябинск: Книга. — 2015. — 352 с.	Akleev A.V., Novoselov V.N., Shalaginov S.A., Burtovaya E.Yu. The Techa River: before and after the atomic project. Chelyabinsk: Kniga, 2015; 352s. (In Rus.).
2	Буйков В.А. Характер аллопатических расстройств у пострадавших в результате радиационных аварий на Южном Урале в отдаленные периоды // Международный Научный Институт «Educatio» — 2014. — №3. — С.8-11.	Buykov V.A. Nature of pathological disorders in persons affected due to radiation accidents in the Southern Urals at later time. Mezhdunarodnyy Nauchnyy Institut «Educatio». 2014; № 3 (5); 8-11. (In Rus.).
3	Буртова Е.Ю. [и др.]. Депрессивные расстройства у облученного населения Южного Урала в отдаленные периоды после радиационных инцидентов. — М.: Фрегат, 2008. — 208 с.	Burtovaya E.Yu., Akleev A.V., Buykov V.A., Kolmogorova V.V. Depressive disorders in exposed Southern Urals population long after radiation incidents. M.: Fregat, 2008; 208s. (In Rus.).
4	Есин Р.Г., Есин О.Р., Наприенко М.В. Клинические особенности головной боли напряжения и принципы лечения // Журнал неврологии и психиатрии. — 2010. — №9. — С.27-32.	Esin R.G., Esin O.R., Naprienko M.V. Clinical features of the headache of tension and principles of treatment. Zhurnal nevrologii i psikiatrii. 2010; 9; 27-32. (In Rus.).
5	Карпова М.И. [и др.]. Клинико-психологические особенности хронических первичных головных болей // Мед. вестник Башкортостана. — 2011. — Т.6. — С.31-34.	Karpova M.I., Shamurov Yu.S., Ermakova L.A., Zueva A.V. Clinical and psychological features of the chronic primary headaches. Med. vestnik Bashkortostana. 2011; 6 (1); 31-34. (In Rus.).
6	Колосова О.А. [и др.]. Головная боль напряжения (ГБН). Эпидемиология, патогенез, диагностика и лечение [Электронный ресурс] — URL: https://medi.ru/info/399/ (дата обращения 02.10.2017).	Kolosova O.A., Fokina N.M., Strachunskaya E.Ya., Bobeyko L.A. Headache of tension (HAT). Epidemiology, pathogenesis, diagnostics and treatment [Electronic source]. URL: https://medi.ru/info/399/ (data obrashcheniya 02.10.2017). (In Rus.).
7	Лоскутова Т.Д. Оценка функционального состояния центральной нервной системы человека по параметрам простой двигательной реакции // Физиологический журнал СССР им. И.М.Сеченова. — 1975. — Т.61. — №1. — С.3-11.	Loskutova T.D. Evaluation of the functional status of a central nervous system of a person according to the parameters of a simple motor response. Fiziologicheskii zhurnal SSSR im. I.M.Sechenova. 1975; 61 (1); 3-11. (In Rus.).
8	Международная классификация головных болей / Пер. В.В. Осиповой, Т.Г. Вознесенской. — 2-е изд. — М. — 2003. — 219 с.	International classification of headaches / Per. V.V. Osipovoy, T.G. Voznesenskoy. 2-e izd. M., 2003; 219s. (In Rus.).
9	Нуртаева Г.К. [и др.]. Исследование влияния ионизирующего излучения радона на организм человека // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований — 2016. — №3. — С.203-206.	Nurtaeva G.K., Baydullaeva G.E., Abdrasilova V.O., Almabaeva N.M., Alimkul I.O. Studies of the effect of radon on a human body. Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy. 2016; 3; 203-206. (In Rus.).
10	Осипова В.В. Головная боль напряжения. — М.: ОГГИ. — 2009. — 36 с.	Osipova V.V. Tension-type headache. M.: OGGI, 2009. 36 s. (In Rus.).

11	Румянцева Г.М., Левина Т.М., Степанов А.Л. Особенности нарушений психического здоровья после радиационной аварии [Электронный ресурс] // Альманах клинической медицины. — 2006. — №10. — URL: http://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-narusheniy-psihicheskogo-zdorovya-posle-radiatsionnoy-avarii (дата обращения 01.10.2017).	Rumyantseva G.M., Levina T.M., Stepanov A.L. Peculiarities of mental health problems after radiation accidents [Electronic source]. <i>Al'manakh klinicheskoy meditsiny</i> . 2006; 10. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-narusheniy-psihicheskogo-zdorovya-posle-radiatsionnoy-avarii (data obrashcheniya 01.10.2017). (In Rus.).
12	Сергеев А.В. Головная боль напряжения: современное состояние проблемы // Российский медицинский журнал. — 2014. — №22. — С.1573-1581.	Sergeev A.V. Tension-type headache: current status of the problem. <i>Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal</i> . 2014; 22; 1573-1581. (In Rus.).
13	Шнайдер Н.А., Кондратьев А.В., Шульмин А.В. Эпидемиология головных болей [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования: электронный научный журнал. — 2015. — №6. — URL: https://science-education.ru/ru/article/view?id=22811 (дата обращения 11.10.2017).	Shnayder N.A., Kondrat'ev A.V., Shul'min A.V. Epidemiology of headaches. [Electronic source]. <i>Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya: elektronnyy nauchnyy zhurnal</i> . 2015; 6. URL: https://science-education.ru/ru/article/view?id=22811 (data obrashcheniya 11.10.2017). (In Rus.).
14	Юдельсон Я.Б. Патогенез головной боли напряжения [Электронный ресурс] — URL: http://headachejournal.ru/no4/03.htm (дата обращения 01.10.2017).	Yudel'son Ya.B. Pathogenesis of the headache of tension [Electronic source]. URL: http://headachejournal.ru/no4/03.htm (data obrashcheniya 01.10.2017). (In Rus.).
15	Baverstock K., Williams D. The Chernobyl accident 20 years on: an assessment of the health consequences and the international response // <i>Environ Health Perspect.</i> — 2006. — Vol.114. — № 9. — P.1312-1317. DOI: 10.1289/ehp.9113	Baverstock K., Williams D. The Chernobyl accident 20 years on: an assessment of the health consequences and the international response // <i>Environ Health Perspect.</i> 2006; 114 (9); 1312-1317. DOI: 10.1289/ehp.9113
16	Omidi A., Zargar F. Effect of mindfulness-based stress reduction on pain severity and mindful awareness in patients with tension headache: a randomized controlled clinical trial // <i>Nursing and midwifery studies.</i> — 2014. — Т.3. — №.3. DOI: 10.17795/nmsjournal21136	Omidi A., Zargar F. Effect of mindfulness-based stress reduction on pain severity and mindful awareness in patients with tension headache: a randomized controlled clinical trial // <i>Nursing and midwifery studies.</i> 2014; 3 (3). DOI: 10.17795/nmsjournal21136
17	Preston D.L., Shimizu Y., Pierce D.A. et al. Studies of mortality of atomic bomb survivors. Report 13: Solid cancer and noncancer disease mortality: 1950-1997. <i>Radiation Research.</i> — 2012. — Vol.178. — P.146-172. DOI: 10.1667/rrav12.1	Preston D.L., Shimizu Y., Pierce D.A. et al. Studies of mortality of atomic bomb survivors. Report 13: Solid cancer and noncancer disease mortality: 1950-1997. <i>Radiation Research.</i> 2012; Vol.178:146-172. DOI: 10.1667/rrav12.1
18	Waldie K.E. et al. Tension-type headache: A life-course review // <i>Journal of Headache & Pain Management.</i> — 2015. — Т.1. — №.1. DOI: 10.4172/2472-1913.100002	Waldie K.E. et al. Tension-type headache: A life-course review // <i>Journal of Headache & Pain Management.</i> 2015; T.1. DOI: 10.4172/2472-1913.100002

Сведения об авторах

Литвинчук Елена Александровна — м.н.с. лаборатории экологической патопсихологии Уральского научно-практического центра радиационной медицины ФМБА России, г. Челябинск. E-mail: lea22121971@mail.ru

Кантина Татьяна Эдуардовна — м.н.с. лаборатории экологической патопсихологии Уральского научно-практического центра радиационной медицины ФМБА России, г. Челябинск. E-mail: rejven@yandex.ru

Субъективное восприятие психоза у больных шизофренией: опыт транскультурального исследования

Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Новикова К.Е., Вид В.Д.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург.

Резюме. Активное развитие теории салютогенеза в психологии лечебного процесса обуславливает интерес к изучению субъективного опыта переживания психиатрическими пациентами перенесённого психоза. В пилотажном исследовании приняли участие 85 больных шизофренией. Выполнены перевод и адаптация Гамбургского теста для изучения субъективного смысла психоза (SuSi). Подтверждена гипотеза о связи более конструктивного переживания психоза со способностью больных интегрировать болезненный опыт в свой жизненный контекст. Получены данные о существенных культуральных различиях немецкой и русскоязычной популяции. Обсуждены дальнейшие перспективы транскультуральных исследований в психиатрии и изучения субъективной концепции морбидности психиатрических пациентов.

Ключевые слова: салютогенез в психиатрии, восприятие психоза, транскультуральное исследование, шизофрения.

Subjective perception of psychosis in patients with schizophrenia: the experience of transcultural research

Lutova N.B., Sorokin M.Yu., Novikova K.E., Vid V.D.

Bekhterev V.M. National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St.Petersburg

Summary. Development of salutogenesis theory in the psychology of therapeutic process causes an interest in studying the subjective experience of psychosis in psychiatric patients. In the pilot study 85 patients with schizophrenia took part. Translation and adaptation of Hamburg test of subjective meaning of psychosis (SuSi) have been completed. Hypothesized connection of constructive experience of psychosis and the ability of patients to integrate disease experience into their life context was confirmed. Data on significant cultural differences between the German and Russian-speaking populations were obtained. Further perspectives of transcultural studies in psychiatry and the study of the subjective concept of morbidity in psychiatric patients were discussed.

Key words: salutogenesis in psychiatry, perception of psychosis, transcultural study, schizophrenia

Введение. В последние десятилетия в медицине все большее место занимает новое исследовательское направление — салютогенез («salus» — здоровье, «genesis» — происхождение), где главным предметом внимания является вопрос происхождения здоровья. Для этого подхода первичным становится вопрос: «Откуда берется здоровье и как его можно укрепить?» вместо главного вопроса патогенетической концепции: «Откуда берется болезнь и как ее можно избежать?». Теория салютогенеза была предложена Аароном Антоновски [5] при изучении адаптивности людей, оказавшихся в тяжелой жизненной ситуации. Его концепция акцентирует внимание на рефлексировании копинга, самоопределяющего эффективность индивида, который по существу является одним из аспектов саногенеза, описывающего количественные ресурсы устойчивости к стрессору, а также обратную динамику морбидных структур. Акцентирование этого аспекта, к которому обращается салютогенез, вполне оправдано, поскольку позволяет глубже понять личностные ресурсы сохранения здоровья. В частности, результаты исследования А. Антоновски показали, что часть людей,

несмотря на пережитой стресс, сохранили здоровье, поскольку, по мнению автора, обладали про-теktivными факторами, которые он определил как «чувство связанности», включающее три основных фактора, предопределяющих устойчивость личности, переживающей стресс: 1) постижимость; 2) управляемость и 3) осмысленность.

Применение салютогенетического подхода в психиатрии привело к пониманию необходимости фокусировать внимание не только на психопатологических проявлениях, но и рассматривать субъективный опыт больного как звено салютогенеза [16]. По мнению К.М. Boydell с соавт. [9], восстановление после психоза в соответствии с индивидуальными историями болезни, по-видимому, во многом зависит от способности пациентов обнаруживать определенное значение или смысл в собственном психическом расстройстве. Эти интересные выводы могут быть объяснены потребностью человека в смысле. Таким образом, потребность в смысле можно рассматривать как универсальный принцип, служащий для адаптации к стрессовым событиям жизни или для поддержания здоровья в целом [4].

Теоретическая основа, позволяющая понять сложный процесс смыслообразования в поиске приспособления к стрессовой жизненной ситуации описана в современной модели С. Park [14].

Автор определяет процесс смыслообразования как усилие, направленное на достижение соответствия между основными жизненными ориентирами («глобальный смысл») и значением данной (конкретной) стрессовой ситуации («определенное значение события»). В случае противоречия между этими двумя составляющими (в результате конфронтации между ними) и запускается процесс смыслообразования, итогом которого действительно может стать обретение смысла. На основе модели смыслообразования С. Park было показано, что найденный смысл стресс-фактора обладает положительным эффектом или завершается психологически положительным итогом (например, принятие, понимание причин [11]; ощущение личностного роста или позитивные изменения жизни [10]). Благодаря этой концепции появились публикации, исследующие значение субъективных детерминант, участвующих в салютогенезе. В частности, изучаются ресурсы хронически больных, способствующие поддержанию здоровья, качества жизни и автономности существования [3, 13, 14, 15].

До последнего времени эмпирических исследований, касающихся субъективного смысла у пациентов с психотическими расстройствами не существовало. Это может быть объяснено тяжестью психотических расстройств, которые, как предполагается, препятствуют опыту положительных психологических изменений. Однако такой подход не кажется удовлетворительным для психиатров-исследователей, поскольку существующие разработки концепции посттравматического роста свидетельствуют о том, что люди, переживающие стрессовые жизненные ситуации, сообщают о положительных результатах подобного опыта [6, 17].

Что значит для больного перенесенный психоз? Как показывают современные исследования, при столкновении с психозом больному важно придать этому феномену смысл и значение. Таким образом, у немецких коллег возникла идея разработки шкалы субъективного смысла при психозах [7, 8]. Благодаря проведенной работе ими был создан инструмент Гамбургский тест SuSi для определения субъективного смысла и значения психоза, предназначенный для квантификации родственных концепций — общие стратегии переработки, смысл жизни, общий смысл заболевания, концепции болезни, салютогенез и стратегии преодоления негативных последствий психоза. Апробация созданного инструмента подтвердила его хорошие психометрические свойства, что позволило у немецкоговорящих пациентов получить эмпирические данные для оценки субъективного восприятия психоза, позволяющие обосновать применение психологически и биографически ориентированной терапии [12]. При этом известно, что с 30-х годов XX века проводились кросскультуральные исследования, позволяющие принимать

решения о применимости различных психодиагностических тестов в различных популяциях.

Цель исследования

Целью настоящего исследования стало: 1) создание русскоязычной версии теста и обработка данных; 2) изучение транскультуральных различий субъективного восприятия и значения психоза.

Материалы и методы

В пилотном исследовании приняло участие 85 пациентов отделения интегративной фармакопсихотерапии больших психических расстройствами НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, получавших лечение в соответствии со стандартами оказания психиатрической помощи. Средний возраст составил $31,6 \pm 10,71$ лет. Среди обследуемых: мужчины — 46%, женщины — 64%. Из них: работающие/учащиеся — 29%, имеющих инвалидность — 43%, не работали/не учились — 28%. Имели среднее образование 9% респондентов, среднее профессиональное 38% больных, высшее — 53%. Средняя продолжительность заболевания составила $8,6 \pm 9,32$ лет, среднее количество госпитализаций — 4.

Критериями включения служили: способность по текущему психическому состоянию прочитать, понять и подписать добровольное информированное согласие на участие в исследовании, а также выполнять связанные с ним процедуры исследования; добровольное нахождение на стационарном лечении в отделении интегративной фармакопсихотерапии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; наличие психиатрического диагноза, соответствующего критериям рубрики F2 МКБ-10; нахождение на этапе формирования ремиссии или в ремиссии. **Критериями невключения:** наличие иных психиатрических диагнозов, за исключением кодируемых в рубрике F2 МКБ-10; отсутствие как минимум одного перенесенного в течение жизни психотического эпизода; нахождение пациента на режиме усиленного наблюдения в связи с острой психотической симптоматикой, выраженными когнитивными нарушениями либо аффективной симптоматикой; отсутствие подписанного добровольного информированного согласия на участие в исследовании; отказ от выполнения процедур исследования на любом из его этапов.

Процедуры исследования. Участники исследования были однократно обследованы с использованием Гамбургского теста SuSi для определения субъективного смысла и значения психоза, содержащего несколько уровней и субшкал:

1) Уровень «возникновения психоза» отражает взгляд в прошлое, позволяющий реконструкцию «того, кем я становился», то есть возникновение психоза. Именно связь понимания условий возникновения психоза с восприятием позитивных последствий предстает как смысловая интеграция заболевания в биографии. Субшкала «привязка к

событиям жизни» отражает то, какую роль играет собственный жизненный опыт при возникновении и формировании психоза. Психозом заболел человек с определенной личностью и соответствующим жизненным опытом.

2) Уровень «переживания симптомов». Этот уровень фокусируется на содержании и конкретных симптомах психоза — восприятии действительности. Субшкала «позитивное переживание симптомов» отражает установку на то, что симптомы не только имеют свою историю, но и являются посланием, означающим целостность более пристального рассмотрения психотического опыта, поскольку это послание означает также обогащение личности. Противоположную установку отражает субшкала «негативное переживание симптомов», содержащая высказывания о том, что психоз не имеет ни смысла, ни значения и острая симптоматика является лишь отягощающей и мучительной.

3) Уровень «последствия психоза». Он отражает взгляд в будущее — может ли из психотического опыта быть извлечен урок, оказывающий положительное влияние на жизнь (субшкала «конструктивные последствия»), или он никак не повлиял на жизнь, либо оказал лишь отрицательное воздействие (субшкала «деструктивные последствия»).

Тест является самоопросником, содержащим 29 утверждений, соответствующих 3 темам: «Возникновение психоза у Вас», «То, что Вы переживаете во время психоза», «Какое влияние оказал психоз на Вас». В каждом из разделов также есть открытый вопрос, позволяющий респонденту свободно описать своё отношение к заявленной теме. Ответы с запрограммированным выбором оцениваются по четырёхбалльной шкале Лайкерта от 1 балла — соответствует, до 4 баллов — не соответствует. При организации исследования был осуществлен двойной перевод оригинального опросника с немецкого языка и проведено сопоставление полученных с использованием его русскоязычной версии результатов с показателями немецкой выборкой.

Математико-статистическая обработка данных проводилась с использованием программного продукта SPSS. Проверка на нормальность распределения полученных данных проводилась с использованием Z-критерия Колмогорова-Смирнова, в результате чего для последующего анализа были использованы критерии непараметрической статистики. Для проведения факторного анализа выбран метод главных компонент с косоугольным вращением Promax, поскольку параметры отдельных факторов по результатам исследований немецкой выборки не были независимыми от остальных факторов. Подтверждение результатов осуществлённого факторного анализа проведено с использованием MAP-теста (Minimum-Average-Partial-Tests of Velicer; Originalversion, 1976). Используются дискрептивные статистики, α Кронбаха, формула коррекции Спирмена-Брауна и корреляционный анализ (коэффициенты ранговой корреляции Спирмена).

Результаты

Полученные данные русскоязычной выборки в целом соответствовали ожидаемым на основании проведённых ранее исследований немецкой популяции. За исключением семи разделов, абсолютное большинство пунктов опросника демонстрируют адекватные средние показатели без неоправданного смещения. Только один раздел уровня «переживание симптомов» исключён из дальнейшего анализа ввиду малой дисперсии ответов, что свидетельствует о его неадекватной формулировке. Последнее может означать, что прямой перевод формулировок немецкого оригинала требует переработки, либо объясняется культуральными различиями русскоязычной и немецкой выборки. Таким образом, 28 разделов опросника были включены в дальнейший анализ, поскольку здесь разброс показателей свидетельствовал об их содержательности.

Факторный анализ подтвердил содержательную валидность предварительно выделенных на основании немецких исследований факторов. Первый фактор определяет 43,97% дисперсии и соответствует уровню «возникновение психоза». Из пяти его разделов четыре продемонстрировали достаточные факторные нагрузки $> 0,3$. В отношении уровня «переживание симптомов» факторный анализ подтвердил корректность выделения двух факторов (43,29% и 63,36% дисперсии соответственно), описывающих «позитивное» и «негативное» переживание симптомов. При этом единственный исключённый из дальнейшего анализа раздел относился к данному уровню, и имел обратные факторные нагрузки. Ещё два раздела продемонстрировали перекрёстные факторные нагрузки $> 0,3$ с обеими субшкалами данного уровня, однако были сохранены в целях поддержания содержательной валидности. Для уровня «последствия психоза» также подтверждена корректность выделения двух факторов (46,73% и 57,97% дисперсии) с достаточными факторными нагрузками по всем разделам $\geq 0,3$. MAP-тест подтвердил корректность выделения двух факторов в каждом из уровней «переживания симптомов» и «последствий психоза», однако не выявил единого фактора для уровня «возникновение психоза».

Оценка внутренней согласованности субшкал опросника дополнила результаты факторного анализа и показала, что уровень «возникновение психоза» и один из факторов уровня «переживание симптомов» («позитивное восприятие») имеют недостаточно согласованную структуру: α Кронбаха 0,569 и 0,538 соответственно. Внутренняя согласованность оставалась низкой при удалении разделов, имеющих слабые корреляционные связи с суммарными показателями соответствующих им субшкал. Применение формулы коррекции Спирмена-Брауна позволило спрогнозировать, что достижение всеми субшкалами удовлетворительной внутренней согласованности, возможно при формулировке четырёх дополнительных разделов в каждый из недостаточно согласован-

ных уровней. Психометрические параметры трёх из пяти субшкал были достаточными: α Кронбаха от 0,713 до 0,732.

Корреляционный анализ подтвердил наиболее существенную гипотезу, впервые сформулированную по данным исследования немецкой выборки больных: отношение к возникновению психоза как к неслучайному и как к следствию сочетанного влияния ряда жизненных обстоятельств достоверно коррелирует с более конструктивным восприятием больными шизофренией их заболевания и влиянию психоза на дальнейшую жизнь. Также чем более склонны больные шизофренией переживать факт развития психоза конструктивно и видеть смысл в его преодолении, тем менее деструктивным они оценивают дальнейшее влияние заболевания на их собственную жизнь. Тем не менее, магнитуда описанных зависимостей в русскоязычной выборке была существенно ниже, чем в немецкой при сохранении общего высокого уровня достоверности (таблица 1). Кроме того, были выявлены достоверные взаимосвязи биографических данных больных и их склонности воспринимать развитие психоза содружественно с событиями жизни. Коэффициенты ранговой корреляции Спирмена показателей уровня «возникновение психоза» с возрастом пациентов и их трудовым статусом составили соответственно $r=-0,247$ и $r=-0,298$ при $p \leq 0,05$. Таким образом, молодой возраст больных и более полная трудовая занятость были связаны с повышением показателей субшкалы «привязка к событиям жизни» опросника SuSi.

Таблица 1. Взаимосвязь уровней опросника SuSi «Возникновение психоза» и «Последствия психоза»; N=80, * $p \leq 0,05$

		Привязка к событиям жизни	Деструктивное переживание психоза
Конструктивное переживание психоза	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена, r	0,244*	-0,257*
	Уровень значимости, p	0,029	0,019

В соответствии со шкалой Лайкерта, по которой участники исследования оценивали своё отношение к утверждениям опросника, ответы в 1 и 2 балла рассматривались как согласие, а 3 и 4 балла — как несогласие. Таким образом, по субшкале содружественного возникновения психоза большинству больных (56,4%) характерно стремление находить взаимосвязи между предшествовавшими событиями жизни и развитием заболевания. Не удивительно, что в показателях уровня «Последствия психоза» более 65% ответов подтверждали превалирование у больных русскоязычной выборки стремления находить конструктивные последствия у развившегося заболевания. Однако, у трети пациентов (32%) ответы содержали указания на субъективно деструктивное восприятие эффек-

тов психоза. Больным шизофренией было характерно негативное отношение к воспринимаемым симптомам (в 54,5% случаев), и лишь 22,5% пациентов демонстрировали позитивное отношение к переживаемой симптоматике.

Заключение. Проведенное исследование позволило установить, что предлагаемый опросник имеет конструктивную валидность и корректную факторную структуру. Три из пяти субшкал оказались согласованными. Их показатели были сопоставимы с немецкой выборкой. Достоверность двух субшкал: «возникновение психоза» и «позитивное восприятие симптомов» при использовании в русскоязычной выборке больных оказалась недостаточной. Отсутствие связи между возникновением симптомов и их позитивным осмыслением может означать, что конструктивность восприятия не определяется структурой личности. Это ставит вопрос о том, насколько адекватны пункты, отражающие структуру личности для выявления связи с конструктивностью восприятия психоза, а также насколько правомерна синонимизация конструктивности и позитивности восприятия психоза.

Важной находкой работы стало то, что более молодые и активные пациенты больше склонны к приданию смысла морбидному эпизоду и переработка восприятия психоза у них происходит в сторону большей конструктивности, с большей эффективностью совладающего поведения и меньшей деструктивностью в постгоспитальном периоде. Эти данные подводят фундамент под концепцию того, что правильно направленная врачом когнитивная активность больного, фокусирующаяся на морбидном эпизоде, может значительно повысить эффективность его совладающего поведения.

Полученные результаты ставят перед нами ряд важных вопросов как глобального, так и технического характера. Во-первых, на первый план выходит вопрос особенности психодиагностики и культурных отличий [2]. Как известно, само содержание диагностических методик адекватно своеобразному опыту испытуемого, который складывается из требований реальной жизни и в условиях, которые предоставляет ему общество. В свою очередь требования содержатся в обычаях и традициях, характере обучения и воспитания, в общественном мнении и других социокультурных факторах. Так, прямой перевод опросника с сохранением авторских формулировок не был приемлем для русскоязычных испытуемых, что отразилось в несогласованности ряда субшкал, касающихся субъективных представлений больных о возникновении психоза и восприятии симптомов. Это еще раз подтверждает взгляд, что каждая методика выполняет функцию социо-культурного фильтра и через нее не сумеет пройти индивид, чьему опыту чужды используемые в ней слова, термины, ситуации и прочее [1].

Во-вторых, с нашей точки зрения приведенный тест имеет некоторые технические недостатки, поскольку, например, в субшкале «возник-

новение психоза» полностью исключены биологические детерминанты возникновения психоза, что сужает понимание субъективной концепции больного. Кроме того, требуются более ясная установка и дифференцировка уровней, поскольку главное происходит на втором уровне — поиск осмысления больным морбидных переживаний и привлечение избирательной информации с первого уровня, а, соответственно, ревизия пунктов опросника.

Тем не менее, проведенное исследование имеет несомненную ценность, поскольку осмысление

зарубежного опыта и интегрирование его в отечественную школу биопсихосоциальной модели позволяет обогатить отечественную науку, в частности поставить на новый уровень проблему отношения человека к своей психической патологии. Вследствие этого, с нашей точки зрения, важным становится развитие «субъективной концепции морбидности», которая позволит вскрыть не только рисунок поведения больного и непосредственное переживание болезни, но и когнитивные механизмы их формирования, открывающий возможности их психотерапевтической коррекции.

Список литературы

1.	Акимова М.К. Психологическая диагностика / Под ред. М.К. Акимовой. — СПб.: Питер. — 2005. — 303с.	Akimova M.K. Psychological diagnostics. Pod red. M.K. Akimovoj. SPb.: Piter. 2005; 303s. (In Rus.)
2.	Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. Сравнительный анализ отечественного и зарубежного подходов к изучению когнитивных процессов у пациентов с шизофренией. // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Научное издание. Коллективная монография / под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Роциной. — Мю: ООО «Сам Полиграфист». — 2016. — С. 65-82.	Isaeva E.R., Lebedeva G.G. Comparative analysis of domestic and foreign approaches to the study of cognitive processes in patients with schizophrenia. Diagnostika v medicinskoj (klinicheskoj) psihologii: sovremennoe sostojanie i perspektivy. Nauchnoe izdanie. Kollektivnaja monografija. Pod red. N.V. Zverevoj, I.F. Roshhinoj. Mju: ООО «Sam Poligrafist». 2016; S. 65-82. (In Rus.)
3.	Коцюбинский А.П. Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы) /А.П. Коцюбинский. — Санкт-Петербург: СпецЛит. — 2017. — 285с.	Kocjubinskij A.P. Multidimensional (holistic) diagnostics in psychiatry (biological, psychological, social and functional diagnoses). A.P. Kocjubinskij. Sankt-Peterburg: SpecLit. 2017; 285s. (In Rus.)
4.	Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем./ Общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева. — М.: Прогресс. — 1990. — 368с.	Frankl V. Man in search of meaning: Sbornik: Per. s angl. i nem. Obshh. red. L.Ja. Gozmana i D.A. Leont'eva. M.: Progress. 1990; 368s. (In Rus.)
5.	Barskova T, Oesterreich R. Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systematic review. Disabil Rehabil. 2009;31(21):1709-1733. doi:10.1080/09638280902738441	Barskova T, Oesterreich R. Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systematic review. Disabil Rehabil. 2009;31(21):1709-1733. doi:10.1080/09638280902738441
6.	Bock T, Brysinski T, Klapheck K, Bening U, Lenz A, Naber D. Zum subjektiven Sinn von Psychosen. Psychiatr Prax. 2010;37(06):285-291. doi:10.1055/s-0030-1248424	Bock T, Brysinski T, Klapheck K, Bening U, Lenz A, Naber D. Zum subjektiven Sinn von Psychosen. Psychiatr Prax. 2010;37(06):285-291. doi:10.1055/s-0030-1248424
7.	Bock T, Priebe S. Psychosis Seminars: An Unconventional Approach. Psychiatric Services. 2005;56(11):1441-1443. doi:10.1176/appi.ps.56.11.1441	Bock T, Priebe S. Psychosis Seminars: An Unconventional Approach. Psychiatric Services. 2005;56(11):1441-1443. doi:10.1176/appi.ps.56.11.1441
8.	Boydell K, Stasiulis E, Volpe T, Gladstone B. A descriptive review of qualitative studies in first episode psychosis. Early Interv Psychiatry. 2010;4(1):7-24. doi:10.1111/j.1751-7893.2009.00154.x	Boydell K, Stasiulis E, Volpe T, Gladstone B. A descriptive review of qualitative studies in first episode psychosis. Early Interv Psychiatry. 2010;4(1):7-24. doi:10.1111/j.1751-7893.2009.00154.x

9.	Calhoun L., Tedeschi R. TARGET ARTICLE: «Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence.» <i>Psychol Inq.</i> 2004;15(1):1-18. doi:10.1207/s15327965pli1501_01	Calhoun L., Tedeschi R. TARGET ARTICLE: «Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence.» <i>Psychol Inq.</i> 2004;15(1):1-18. doi:10.1207/s15327965pli1501_01
10.	Davis C, Nolen-Hoeksema S, Larson J. Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. <i>J Pers Soc Psychol.</i> 1998;75(2):561-574. doi:10.1037//0022-3514.75.2.561	Davis C, Nolen-Hoeksema S, Larson J. Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. <i>J Pers Soc Psychol.</i> 1998;75(2):561-574. doi:10.1037//0022-3514.75.2.561
11.	Klapheck K, Nordmeyer S, Cronjäger H, Naber D, Bock T. Subjective experience and meaning of psychoses: the German Subjective Sense in Psychosis Questionnaire (SUSE). <i>Psychol Med.</i> 2011;42(01):61-71. doi:10.1017/s0033291711001103	Klapheck K, Nordmeyer S, Cronjäger H, Naber D, Bock T. Subjective experience and meaning of psychoses: the German Subjective Sense in Psychosis Questionnaire (SUSE). <i>Psychol Med.</i> 2011;42(01):61-71. doi:10.1017/s0033291711001103
12.	Koenig H. Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. <i>The Canadian Journal of Psychiatry.</i> 2009;54(5):283-291. doi:10.1177/070674370905400502	Koenig H. Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. <i>The Canadian Journal of Psychiatry.</i> 2009;54(5):283-291. doi:10.1177/070674370905400502
13.	Park C. Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. <i>Psychol Bull.</i> 2010;136(2):257-301. doi:10.1037/a0018301	Park C. Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. <i>Psychol Bull.</i> 2010;136(2):257-301. doi:10.1037/a0018301
14.	Rasmussen H, Scheier M, Greenhouse J. Optimism and Physical Health: A Meta-analytic Review. <i>Annals of Behavioral Medicine.</i> 2009;37(3):239-256. doi:10.1007/s12160-009-9111-x	Rasmussen H, Scheier M, Greenhouse J. Optimism and Physical Health: A Meta-analytic Review. <i>Annals of Behavioral Medicine.</i> 2009;37(3):239-256. doi:10.1007/s12160-009-9111-x
15.	Strauss J. Subjectivity and Severe Psychiatric Disorders. <i>Schizophr Bull.</i> 2010;37(1):8-13. doi:10.1093/schbul/sbq116	Strauss J. Subjectivity and Severe Psychiatric Disorders. <i>Schizophr Bull.</i> 2010;37(1):8-13. doi:10.1093/schbul/sbq116
16.	Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology—A critical review and introduction of a two component model. <i>Clin Psychol Rev.</i> 2006;26(5):626-653. doi:10.1016/j.cpr.2006.01.008	Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology—A critical review and introduction of a two component model. <i>Clin Psychol Rev.</i> 2006;26(5):626-653. doi:10.1016/j.cpr.2006.01.008

Сведения об авторах

Лутова Наталия Борисовна — д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; e-mail: lutova@mail.ru; (812)6700232

Сорокин Михаил Юрьевич — младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; e-mail: m.sorokin@list.ru;

Новикова Ксения Евгеньевна — клинический психолог отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; e-mail: ksu.novik91@gmail.com

Вид Виктор Давыдович, — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; e-mail: wied@mail.ru

Особенности сексуальности как «Я-функции» больных эпилепсией

Соснина В.Г., Сарайкин Д.М., Липатова Л.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург

Резюме. В данной статье рассматривается проблема сексуального здоровья больных эпилепсией, делается акцент на психологической его составляющей. Приводятся результаты исследования, посвященного изучению сексуальности, как «Я-функции», у больных эпилепсией, которое было проведено на выборке 102 человека (52 больных имеющих верифицированный диагноз «эпилепсия» и 50 условно здоровых респондентов) в возрасте от 19 до 45 лет. Отмечено, что больные эпилепсией страдают недоразвитием структурных функций, что затрудняет формирование зрелой сексуальности.

Ключевые слова: эпилепсия, сексуальные отношения, гуманфункция, «Я-структура».

Sexuality features as ego-function in patients with epilepsy

Sosnina V.G., Saraykin D.M., Lipatova L.V.

V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St. Petersburg

Summary. This article deals with the problem of sexual health of epileptic patients, emphasis is placed on its psychological component. The authors present the results of their research devoted to the study of sexuality as Ego-function in patients with epilepsy, which was conducted on a sample of 102 persons (52 patients with a verified diagnosis of «epilepsy» and 50 conditionally healthy respondents) at the age from 19 to 45 years. It was noted that patients with epilepsy suffer from underdevelopment of structural functions, which complicates the formation of mature sexuality.

Key words: epilepsy, sexual relations, humane function, Ego-structure.

Проблема сексуальных отношений у больных эпилепсией (БЭ), особенно их психологическая сторона, является недостаточно изученной, так как акцент в исследованиях, посвященных интимным отношениям, делается преимущественно на соматическом и репродуктивном здоровье [2, 4, 13]. В настоящее время наиболее изучена роль биологических факторов в возникновении сексуальных нарушений БЭ: дисрегуляция функции структур головного мозга, отвечающих за сексуальное поведение, изменение уровня половых гормонов в крови вследствие самого заболевания и приема антиэпилептических препаратов [8-10, 16-20]. Наименьшее внимание в литературе уделено психологическим и социальным факторам в развитии сексуальных проблем у БЭ, однако установлено, что заострение определенных черт характера, стигматизация и дискриминация, зачастую невозможность реализации прокреативной функции сексуальности играют важную роль в возникновении сексуальных нарушений у БЭ.

Например, наличие эпилепсии оказывает значимое влияние на качество межличностных взаимоотношений БЭ, так как для многих из них характерны стойкие изменения личности, входящие в понятие «эпилептический характер». С развитием эпилептического процесса, у пациентов появляются обидчивость, застреваемость отдельных аффектов и переживаний, внезапные вспышки гнева, подозрительность, мстительность, «фиксация» на обидах (нередко мнимых), трудности адаптации к условиям сложной обстановки, сужение круга интересов, эгоизм. Кроме того, со вре-

менем изменения личности при эпилепсии становятся клинически более выраженными и могут быть верифицированы как психопатоподобные, проявляющиеся в развязности, грубости, эгоцентризме, высокомерии, повышенной требовательности к окружающим, претензии на особое положение в обществе [1, 5, 14, 15]. Наличие вышеуказанных характерологических изменений неминуемо приводит к сексуальным дисгармониям, которые, на сегодняшний день, занимают главное место среди сексуальных проблем в отношениях [3]. Сексуальную дисгармонию В.А. Доморацкий (2008) определяет, как нарушение сексуального взаимодействия в паре, которое вызывает недовольство партнеров существующими интимными отношениями [12]. Стоит подчеркнуть, что сексуальные расстройства в таких случаях носят относительный характер и проявляются только по отношению к конкретному партнеру. Общая закономерность здесь заключается в том, что проблема снижения сексуального желания и нарушения физиологической стороны сексуальной жизни партнеров является вторичной по отношению к межличностным недоразумениям и конфликтам [6, 7].

Кроме того, стоит отметить, что на сегодняшний день сексуальное здоровье больше не сводится исключительно к физиологической составляющей и определяется Всемирной Организацией Здравоохранения как комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность и способность к любви [6, 12]. Сегод-

ня здоровая сексуальность связана с отсутствием страхов, чувства стыда и вины в сфере секса, свободой от принуждения и отсутствием агрессивности, она полагается, как право человека испытывать самому и давать другому наслаждение и радость жизни.

Особое место сексуальность занимает в концепции личности Г. Аммона (2003), которую он представил как гуманструктуральную модель. «Я-структура» в его понимании состоит из различных «Я-функций», которые интегрируются в идентичность. Данная структура развивается на основе приобретенного опыта общения с другими людьми. Ядро личности составляют центральные гуманфункции, к которым принадлежат агрессия, страх, внешнее и внутреннее «Я-ограничение», нарциссизм и сексуальность [11]. У любого человека есть конструктивные, деструктивные и дефицитарные элементы «Я-структуры», индивидуально выраженные с различной интенсивностью. Сексуальность занимает особое место среди других гуманфункций, ведь ее развитие является следствием роста других основных структур. Поскольку сексуальность больше связана с другими центральными гуманфункциями, чем они между собой, она нуждается в определенной степени здорового развития агрессии, страха, отграничения и нарциссизма. Ведь проявлять адекватную сексуальность возможно лишь при наличии гибких границ, отсутствии страха построения отношений с окружающими, отсутствии склонности к выстраиванию симбиотических отношений с другими, при наличии свободы в выражении собственных эмоций, что указывает на здоровую способность к страху и успешное «Я-ограничение».

Конструктивная сексуальность определяется качественной составляющей интимных отношений, что включает в себя подлинную интимность партнеров, умение наслаждаться близостью, свободой проявления сексуальных фантазий, такой сексуальный контакт способствует обогащению личности.

Однако развитие всех центральных функций «Я» (включая сексуальность) может нарушаться, приобретая деструктивный или дефицитарный характер. Так, при деструктивной сексуальности нет как таковой связи с партнером, чаще всего партнер нужен исключительно лишь для своего удовлетворения, что вызывает у него чувство униженности и чувство вины. Свойственны сексуальные перверсии. Самой крайней формой проявления деструктивной сексуальности может являться насилие, доходящее до убийства. Для дефицитарной сексуальности характерен запрет на проявление сексуальности и наслаждения, отсутствие сексуального желания, бедность эротического фантазирования, отвращение и брезгливость к интимной жизни, в целом отказ от нее.

На основе гуманструктуральной теории ее автор со своими сотрудниками разработали опросник диагностики центральных личностных функций: агрессии, страха, внешнего и внутреннего «Я-ограничения», нарциссизма и сексуаль-

ности. «Я-структурный» тест Г. Аммона включается в себя 220 пунктов, распределенных на 18 шкал, позволяющих получить представления о конструктивных, деструктивных и дефицитарных проявлениях каждой составляющей.

Целью исследования было изучить особенности сексуальности, как одной из центральных и стержневых «Я-функций» у БЭ.

Материалы и методы. Обследовано 102 человека в возрасте от 19 до 45 лет. Основную группу составили 52 БЭ (27 мужчин и 25 женщин), контрольную — 50 условно здоровых респондентов (3Р), 25 женщин и 25 мужчин. Основные социально-демографические характеристики исследуемой выборки представлены в Таблице 1. Психологическое исследование включало клиническое интервью и «Я-структурный тест Г. Аммона» (ISTA). Для выявления различий между группами БЭ и 3Р использовался непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Компьютерная обработка осуществлялась с помощью пакета программ SPSS версии 17.

Средний возраст дебюта заболевания у БЭ составил 13,6 лет. Возникновение данного заболевания в возрасте «до года» у себя отметили 7,7% респондентов, «от 1 года до 10 лет» — 26,9%, «от 11 до 15 лет» — 26,9%, «от 16 до 20 лет» — 19,2%, «от 21 года до 25 лет» — 9,6%, «от 26 до 30 лет» — 7,7%, «после 30 лет» — 1,9%. Начало заболевания БЭ связывали со стрессом, переутомлением, заболеваниями с лихорадкой, травмой головы, женщины — с менархе и рождением детей.

Средняя продолжительность заболевания составила 16,65 лет (минимальная — 1 год, максимальная — 40 лет). «Менее 5 лет» длительности заболевания отмечена у 11,5% респондентов, «от 6 до 10 лет» — у 28,8%, «от 11 до 15 лет» — у 13,5%, «от 16 до 20 лет» — у 9,6%, «от 21 года до 25 лет» — у 15,4%, «от 26 до 30 лет» — у 5,8%, «от 31 до 35 лет» — у 9,6% и «от 36 до 40 лет» — у 5,8%.

Простые парциальные припадки отмечены у 34,6% БЭ со следующей периодичностью: «от 4-5 раз в день до 1 раза в месяц» — у 1,9%, «ежедневно» — у 7,7%, «раз в неделю» — у 3,8%, «несколько раз в неделю» — у 13,5%, «раз в месяц» — у 3,8%, «несколько раз в год» — у 1,9%, «однократно» — у 1,9%. Сложные парциальные припадки характерны для 44,2% БЭ (частота: «несколько раз в день» — у 1,9%, «от нескольких раз в день до 1 раза в месяц» — у 1,9%, «ежедневно» — у 11,5%, «несколько раз в неделю» — у 13,5%, «раз в месяц» — у 1,9%, «несколько раз в месяц» — у 11,5%, «несколько раз в год» — у 1,9%). Генерализованные судорожные припадки отмечались у 84,6% респондентов («от нескольких раз в сутки — до 2 раз в неделю» — у 1,9%, «ежедневно» — у 9,6%, «несколько раз в неделю» — у 13,5%, «несколько раз в месяц» — у 25%, «раз в месяц» — у 13,5%, «раз в несколько месяцев» — у 13,5%, «раз в год» — у 5,7%, «однократно» — у 1,9%). У 9,6% больных эпилепсией было отмечено наличие миоклоний и у 3,8% — абсансов.

Социально-демографические характеристики	БЭ		ЗР	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Возраст	средний возраст — 30,5 лет		средний возраст — 28,12 лет	
	29,7 лет	28,12 лет	28,2 лет	28,04 лет
Образовательный уровень	21,2% — высшее образование		56% — высшее образование	
	17,3%	3,9%	26%	30%
	5,7% — неполное высшее		4% — неполное высшее	
	–	5,7%	4%	–
	32,7% — средне-специальное		30% — средне-специальное	
	3,9%	28,8%	14%	16%
	17,3% — среднее		10% — среднее	
	11,5%	5,8%	6%	4%
	9,6% — неоконченное среднее		–	
	5,7%	3,9%	–	–
Трудоустроенность	46,2% — трудоустроены		70% — трудоустроены	
	30,8%	15,4%	38%	32%
	46,2% — не работают		26% — не работают	
	19,2%	27%	8%	18%
	7,6% — являются студентами		4% — являются студентами	
	1,9%	5,7%	4%	–
Социальный статус	19% — состоят в браке		22% — состоят в браке	
	7,5%	11,5%	10%	12%
	69,2% — никогда не состояли в браке		64% — никогда не состояли в браке	
	40,4%	28,8%	32%	32%
	11,5% — разведены		14% — разведены	
	8%	6%	8%	6%
Наличие детей	имеются дети у 19,2% респондентов		имеются дети у 22% респондентов	
	1,9%	17,3%	10%	12%

№	Показатели	Ранги		p
		ЗР	БЭ	
1.	Дефицитарная агрессия (А3)	43,49	58,36	0,010
2.	Деструктивный страх (С2)	43,19	58,66	0,007
3.	Дефицитарное внешнее отграничение Я (О3)	43,66	58,20	0,012
4.	Дефицитарный нарциссизм (N3)	44,16	57,71	0,019
5.	Конструктивная сексуальность (S1)	57,51	44,62	0,025
6.	Деструктивная сексуальность (S2)	56,97	45,15	0,041
7.	Дефицитарная сексуальность (S3)	41,38	60,43	0,001

* В данной таблице представлены только статистически значимые различия

Результаты обсуждения. Как видно из Таблицы 2, между группами БЭ и ЗР обнаружилось статистически значимые различия по таким показателям, как: *дефицитарная агрессия* ($U = 899$, $\rho = < 0,01$), *деструктивный страх* ($U = 884$, $\rho = < 0,01$), *дефицитарное внешнее отграничение «Я»* ($U = 908$, $\rho = < 0,05$), *дефицитарный нарциссизм* ($U = 933$, $\rho = < 0,05$), *конструктивная сексуальность* ($U = 949$, $\rho = < 0,05$), *деструктивная сексуальность* ($U = 976$, $\rho = < 0,05$), *дефицитарная сексуальность* ($U = 794$, $\rho = < 0,001$).

Статистически значимые более низкие показатели по шкале *дефицитарной агрессии* у БЭ означают то, что им в большей степени свойственны безынициативность, недоразвитие активности, избегание ситуаций конкуренции, боязнь проявления своих эмоций. При общении с другими людьми у них также может отмечаться желание избегать окружающих, неумение завязывать социальные контакты, неспособность открываться другим людям, склонность жертвовать своими интересами. В сексуальной сфере это может проявляться, например, в том, что БЭ склонны игнорировать свои чувства и желания относительно сексуальной сферы, излишне уступать партнеру, при этом быть неудовлетворенными существующими партнерскими сексуальными взаимоотношениями. Кроме того, БЭ в большей степени пассивны при выстраивании отношений с партнером. Вышеописанные проявления могут приводить к сексуальной дисгармонии.

Более высокие значения относительно *деструктивного страха* у БЭ проявляются в том, что для них зачастую характерна чрезмерно необоснованная тревожность, боязнь «что-то сделать не так». При общении с другими это может приводить к тому, что БЭ начинают испытывать страх перед другими людьми и перед близкими отношениями, могут вовсе прерывать общение. В сексуальных отношениях это может проявляться в том, что партнер, страдающий эпилепсией, склонен постоянно переживать за отношения с сексуальным партнером, стараться чрезмерно угодить партнеру, предугадать его желания. Кроме того, у БЭ может отмечаться боязнь сексуальных отношений из-за состояния своего здоровья и страха отвержения со стороны партнера, что порой приводит к снижению сексуальной активности, либо полному отказу от сексуальной жизни.

Более выраженные значения относительно *дефицитарного внешнего отграничения «Я»* у БЭ проявляются в том, что зачастую они не способны выстраивать гибкие границы с окружающим миром. БЭ часто игнорируют свои потребности и чувства, подстраиваясь под интересы и потребности других. При построении интимных отношений с партнером, это может проявляться в стремлении к выстраиванию симбиотических отношений с ним, в возникновении эмоциональной зависимости от него, что препятствует построению зрелых партнерских отношений на равных. Кроме того, в сексуальных отношениях БЭ могут пода-

влять свои потребности, соглашаться на действия, не приносящие им сексуального удовлетворения.

Статистически более низкие показатели *дефицитарного нарциссизма* у БЭ проявляются в том, что респонденты данной группы негативно относятся к себе, зачастую не видят в себе никакой ценности, ощущают себя малозначимыми, при этом неспособны находиться в одиночестве. Данные факторы могут негативным образом сказываться на построении отношений с противоположным полом, и проявляться, например, в неумении заинтересовать и увлечь партнера, пренебрежительном отношении к себе и своей внешности.

Более высокие значения по *конструктивной сексуальности* у условно здоровых людей говорят о том, что они более открыты в вопросах сексуальности, позитивнее относятся к сексуальной сфере, получают более интенсивное удовольствие от секса, способны доставлять большее удовольствие партнеру, стараются выстраивать с партнером равные отношения, учитывая при этом свои потребности и интересы партнера в сексуальной сфере.

Исходя из полученных данных относительно *деструктивной сексуальности*, можно сделать вывод о том, что ЗР в большей степени свойственно стремление к новизне, большая смелость и свобода в отношении сексуальных фантазий, более широкий диапазон приемлемости. Так, ЗР во время клинического интервью предоставляли исследователю больше спонтанных ассоциаций относительно сексуальной тематики, были более свободны в выражении своих сексуальных фантазий, менее стеснялись разговоров о сексе.

Значения по шкале *дефицитарной сексуальности* говорят о том, что БЭ свойственна более низкая сексуальная активность, бедность эротического фантазирования, отвращение ко многим сексуальным действиям. Так, во время клинической беседы БЭ часто проявляли негативное отношение к самой сексуальности, мастурбации, альтернативным формам секса, были менее свободны при выражении своих фантазий и ассоциаций относительно сексуальной тематики. В сексуальной сфере у БЭ это может приводить к отсутствию сексуального желания и возбуждения, неспособности достижения оргастической разрядки, холодности к партнеру, отношению к сексуальной жизни исключительно как к обязанности и репродуктивному процессу, игнорированию гедонистического аспекта сексуальности.

Выводы. Таким образом, для БЭ более свойственна пассивность и уход в себя, повышенная тревожность, неспособность отказывать другим и дифференцировать себя от других, склонность отказываться от своих интересов и подстраиваться под интересы других, негативное отношение к себе. Сексуальная сфера БЭ характеризуется меньшей способностью к доставлению удовольствия сексуальному партнеру и наслаждением сексуальными контактами, наличием большого количества сексуальных стереотипов, вы-

раженным отсутствием сексуальных фантазий и желаний. При этом для ЗР свойственно большее стремление к новизне, необычным сексуальным желаниям и фантазиям. Как было отмечено выше, сексуальность сильно зависит от развития других «Я-функций», в отношении которых в данном исследовании у БЭ отмечается недоразвитие, что затрудняет формирование зрелой сексуальности.

Литература

1.	Громов С.А., Липатова Л.В., Якунина О.Н., Киссин М.Я. Комплексная медико-психологическая диагностика и реабилитация больных, страдающих эпилепсией с психическими расстройствами. Методические рекомендации. — СПб. — 2012. — 21с.	Gromov S.A., Lipatova L.V., Yakunina O.N., Kissin M.Ya. Comprehensive medical and psychological diagnosis and rehabilitation of patients with epilepsy with mental disorders. Metodicheskie rekomendatsii. SPb. 2012: 21 s. (In Rus.).
2.	Дамулин И.В., Есилевский Ю.М. Эректильная дисфункция: патогенетические и терапевтические аспекты // Неврологический журнал. — 2015. — №1. — Т.20. — С.4-11.	Damulin I.V., Esilevsky Yu.M. Erectile dysfunction: pathogenetic and therapeutic aspects. Nevrologicheskii zhurnal. 2015; 1(20): 4-11. (In Rus.).
3.	Доморацкий В.А. Диагностика нарушений сексуальных функций // Психотерапия. — 2013. — №11. — С.14-22.	Domoratsky V.A. Diagnosis of sexual functions disorders. Psikhoterapiya. 2013; 11 (131):14-22. (In Rus.).
4.	Карашева Б.Г., Кибрик Н.Д. Сексуальные дисфункции в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы // Социальная и клиническая психиатрия. — 2013. — №2. — Т.23. — С.106 — 109.	Karasheva B.G., Kibrik N.D. Sexual dysfunctions in the long-term period of craniocerebral trauma. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya. 2013; 2 (23): 106 — 109. (In Rus.).
5.	Киссин М.Я. Клиническая эпилептология. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2009. — 254 с.	Kissin M.Ya. Clinical epileptology. M.: GEOTAR-Media. 2009; 254 s. (In Rus.).
6.	Кришталь В.В. Сексология. В.В. Кришталь, С.Р. Григорян — М.: ПЕРСЭ. — 2002. — 878с.	Krishtal V.V. Sexology. V.V. Krishtal, S.R. Grigoryan. M.: PERSE. 2002; 878 s. (In Rus.).
7.	Либих С.С. Сексуальные дисгармонии. — Ташкент: Медицина. — 1990. — 142с.	Libikh S.S. Sexual disharmonies. Tashkent: Meditsina. 1990; 142 s. (In Rus.).
8.	Липатова Л.В. Медико-социальные аспекты риска осложнений жизни у больных эпилепсией: дис. канд. мед. наук. — СПб. — 1999. — 191с.	Lipatova L.V. Medical and social aspects of the risk of complications in patients with epilepsy. dis. kand. med. nauk. SPb. 1999; 191 s. (In Rus.).
9.	Липатова Л.В., Мазо Г.Э., Жуков Н.Э. Расстройства биполярного спектра при эпилепсии: актуальное состояние проблемы // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2016. — №3. — С.30-40	Lipatova L.V., Mazo G.E., Zhukov N.E. Disorders of the bipolar spectrum in epilepsy: the current state of the problem. Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2016; 3: 30-40. (In Rus.).
10.	Липатова Л.В., Якунина О.Н., Сивакова Н.А., Рукавишников Г.В., Капустина Т.В., Мазо Г.Э. Расстройства биполярного спектра при эпилепсии: клинико-психологическое исследование. — Ж. Обозрение психиатрии. — 2017. — №3. — С.28-34.	Lipatova L.V., Yakunina O.N., Sivakova N.A., Rukavishnikov G.V., Kapustina T.V., Mazo G.E. Disorders of the bipolar spectrum in epilepsy: clinical and psychological study. Obozreniye psikhiiatrii. 2017; 3: 28-34. (In Rus.).
11.	Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. — СПб.: институт им. В.М. Бехтерева — 2003. — 438с.	Essays on dynamic psychiatry. Transcultural research / Ed. by M.M. Kabanov, N.G. Neznanov. St. Petersburg: Institute n/a V.M. Bekhterev. 2003; 438 s. (In Rus.).
12.	Современная сексология: энциклопедия // под общ. ред. В.А. Доморацкого. — Минск: Белорусская энциклопедия имени П. Бровки. — 2008. — 384с.	Contemporary Sexology: encyclopedia / pod obshch. red. V.A. Domoratskogo. Minsk: Belorusskaya entsiklopediya imeni P. Brovki. 2008; 384 s. (In Rus.).

13.	Стеняева Н.Н., Хритинин Д.Ф., Сухих Г.Т. Сексуальное функционирование и качество жизни в бесплодном браке // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2016. — №4. — С.91 — 100.	Stenyayeva N.N., Khritinin D.F., Sukhikh G.T. Sexual functioning and quality of life in infertile marriage. Vestnik nevrologii, psikiatrii i neurokhirurgii. 2016; 4: 91 — 100. (In Rus.).
14.	Частная сексопатология: в 2-х т. / под ред. Г.С. Васильченко. — М.: Медицина. — 1983. — Т.2. — 352с.	Private sexopathology: in 2 vol. pod red. G.S. Vasilchenko. M.: Meditsina. 1983; 2: 352 s. (In Rus.).
15.	Эпилепсия / под общ. ред. Н.Г. Незнанова. — СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2010. — 960с.	Epilepsy / pod obshch. red. N.G. Neznanova. SPb.: SPbNIPNI im. V.M. Bekhtereva. 2010: 960 s. (In Rus.).
16.	Gil-Nagel A., Lopez-Munoz F., Serratos J.M., Moncada I. et al. Effect of lamotrigine on sexual function in patients with epilepsy. Seizure — 2006. — P.142 — 149.	Gil-Nagel A., Lopez-Munoz F., Serratos J.M., Moncada I. et al. Effect of lamotrigine on sexual function in patients with epilepsy. Seizure — 2006. № 15. — P.142 — 149.
17.	Hellmis E. Sexual problems in males with epilepsy — An interdisciplinary challenge! Seizure. — 2008. — №17. — P.136-140.	Hellmis E. Sexual problems in males with epilepsy — An interdisciplinary challenge! Seizure. — 2008. — № 17. — P. 136 -140.
18.	Luef G.J. Epilepsy and sexuality. Seizure. — 2008. — №17. — P.127 — 130.	Luef G.J. Epilepsy and sexuality. Seizure. — 2008. — № 17. — P. 127 — 130.
19.	Nikoobakht M., Motamedi M., Orandi A., Meysamie A., Emamzadeh A. Sexual dysfunction in epileptic men. — Urology Journal. — 2007. — Vol4. — №2. — P.222-226.	Nikoobakht M., Motamedi M., Orandi A., Meysamie A., Emamzadeh A. Sexual dysfunction in epileptic men. Urology Journal. — 2007. — Vol 4. — № 2. — P. 222-226.
20	Zelena V., Kuba R., Pohanka M. et al. Sexual functions in women with focal epilepsy. A preliminary study. — Epileptic Disord. — 2007. — Vol.9. — P.83-92.	Zelena V., Kuba R., Pohanka M. et al. Sexual functions in women with focal epilepsy. A preliminary study. Epileptic Disord. — 2007. — Vol. 9, Supplement 1. — P. 83-92.

Сведения об авторах

Соснина Валерия Геннадьевна — психолог, магистр психологии, слушатель программы профессиональной переподготовки по специальности «клиническая психология» ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: leriksos@gmail.com

Сарайкин Дмитрий Михайлович — м.н.с. лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: saraikindm@yandex.ru

Липатова Людмила Валентиновна — гл.н.с., д.м.н., руководитель отделения лечения органических психических заболеваний и эпилепсии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: epilepsy-net@yandex.ru

Формирование и течение алкоголизма, особенности суицидального поведения у лиц, перенесших алкогольный психоз (гендерный аспект)

Уманская П.С.¹, Агарков А.П.², Агарков А.А.³

¹ Областной наркологический диспансер, г. Тюмень

² Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

³ ФГБУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»

Резюме. В настоящее время вопросам распространенности алкоголизма, алкогольных психозов и особенностям суицидальной активности алкогольно-зависимых посвящено большое количество как отечественной, так и зарубежной литературы. Алкоголизм формируется у женщин позднее, чем у мужчин, так как позже начинается систематическое потребление спиртных напитков. В последнее время весьма актуальной стала проблема суицидов у женщин, страдающих алкоголизмом. Следует подчеркнуть, что данные о связи алкоголизма и самоубийств среди женщин, как правило, являются заниженными.

Целью данного исследования, было выявление особенностей формирования и течения алкогольной зависимости и своеобразия суицидальной активности у молодых женщин и мужчин, перенесших алкогольный психоз.

Результаты. Мужчины в большинстве своем начинали алкоголизироваться до 18 лет, женщины — в 18-20 лет. Начало систематической алкоголизации приходилось на достаточно молодой возраст (18—20 лет), у женщин же — на более поздний возраст. Продолжительность I стадии алкоголизма чаще, чем у женщин, составляла 3 года или не превышала 8—9 лет ($p < 0,05$), а продолжительность II стадии — 5—10 лет ($p < 0,01$). Первая стадия алкоголизма у них длилась более 4 лет, но не превышала 7 лет. Продолжительность II стадии чаще составляла до 3 лет ($p < 0,01$).

У женщин чаще, чем у мужчин, отмечались попытки суицида. Наиболее частыми способами совершения суицидальных попыток у женщин являются самопорезы, применение лекарственных препаратов, падение с высоты. У мужчин из всех форм суицидального поведения превалировали замыслы, только у них отмечались суицидальные намерения.

Выводы. В связи с достаточно быстрым формированием и течением алкоголизма у женщин, по сравнению с мужчинами, необходимо проводить своевременную профилактику алкоголизма у женщин молодого возраста. У больных наркологического профиля часто наблюдаются аутоагрессивные тенденции, которые имеют определенные гендерные отличия.

Ключевые слова: формирование алкоголизма, течение алкоголизма, женщины молодого возраста, алкоголь, суицидальная активность.

Formation and course of alcoholism, features of suicidal behavior in persons who have experienced alcoholic psychosis (gender aspect)

Umanskaya P.S.¹, Agarkov A.P.², Agarkov A.A.³

¹Regional Narcological Dispensary, Tyumen

²Siberian State Medical University,

³Federal State Budgetary Institution «Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences»

Summary. Currently, a large number of both native and foreign literature are devoted to the issues of prevalence of alcoholism, alcoholic psychoses and peculiarities of suicidal activity of alcohol-dependent ones. Female alcoholism is formed in later than men's, since later systematic consumption of alcoholic beverages begins. Recently, the problem of suicides among women suffering from alcoholism has become very relevant. It should be emphasized that the data on the relationship between alcoholism and suicide among women are usually underreported.

The purpose of this study was to identify the features of the formation and progress of alcohol dependence and the specificity of suicidal activity among young women and men who had experienced alcoholic psychosis.

Results. Men in the majority began to be alcoholized till 18 years, women — in 18-20 years. The beginning of systematic alcoholization was at a rather young age (18-20 years), among women — at a later age. The duration of the first stage of alcoholism was more often than in women, 3 years or not more than 8-9 years ($p < 0.05$), and the duration of stage II — 5-10 years ($p < 0.01$). The first stage of alcoholism lasted more than 4 years, but did not exceed 7 years. The duration of second stage was usually up to 3 years ($p < 0.01$).

Women more often than men have had suicide attempts. The most common ways of committing suicidal attempts among women are self-cutting, the use of drugs, falling from height. Among men, of all forms of suicidal behavior, designs prevailed, only they had suicidal intentions.

Conclusions. Due to the rather rapid formation and flow of alcoholism in women, compared with men, it is necessary to conduct timely prevention of alcoholism among women of young age. Among patients with a narcological profile, autoaggressive tendencies are often observed, which have certain gender differences.

Key words: formation of alcoholism, alcoholism, young women, alcohol, suicidal activity.

В настоящее время вопросам распространённости алкоголизма, алкогольных психозов и особенностям суицидальной активности алкогольно-зависимых посвящено большое количество как отечественной, так и зарубежной литературы [26, 35].

Закономерности формирования алкоголизма изучались рядом российских авторов [3, 6, 9, 20, 22], а темп формирования алкоголизма у женщин является предметом дискуссии между специалистами [19, 20]. Авторами сообщается как о большей скорости развития болезни в сравнении с мужчинами, так и о невозможности точно измерить величину этого показателя в силу субъективных и объективных причин [14]. Большинство исследователей отмечают ускоренное развитие алкоголизма у молодых женщин в отличие от мужчин. Данный факт значительно чаще встречается в работах, основанных на обследовании госпитализированных в стационар больных [29, 33, 40], и реже при изучении пациентов в амбулаторных условиях [10, 24].

Развитию алкоголизма у женщин посвящен целый ряд работ [17, 21, 31, 23]. Показано, что при возникновении алкоголизма у молодых женщин алкогольная болезнь развивается злокачественно [7] и соответствует развитию алкоголизма у мужчин [18]. По мнению исследователей [12], алкоголизм формируется у женщин позднее, чем у мужчин, так как позже начинается систематическое потребление спиртных напитков. Другими авторами также сообщается, [15], что алкоголизм у женщин имеет более позднее начало заболевания. Согласно исследованиям сотрудников ФГБУ «НЦПЗ» РАМН Москвы прежде всего это выражается в более позднем возрасте начала заболевания (у женщин в среднем 25,6 года, у мужчин 21,8 года [35]). Но заболевание у женщин прогрессирует быстрее, поэтому они вынуждены обращаться за лечением раньше (спустя 7,4 года), чем мужчины (16,2 года). Это явление получило название «телескопирование» женского алкоголизма [34].

Несмотря на то, что женский алкоголизм, по сравнению с мужским, развивается в более позднем возрасте (25—35 лет), большинство исследователей отмечают его особую тяжесть и злокачественность. Тем не менее, некоторые авторы не разделяют точку зрения о большей злокачественности женского алкоголизма, подчеркивая противоречивость полученных разными специалистами данных и указывая на отсутствие четких критериев оценки этого параметра болезни.

Длительное время исследователи уделяли мало внимания изучению взаимосвязи между алко-

лем и суицидом на популяционном уровне. В последние десятилетия были получены убедительные данные, указывающие на то, что изменения общего уровня потребления алкоголя сопровождаются синхронными изменениями уровня суицидов [27, 28, 32, 38, 39, 42]. Особое внимание следует уделять суицидальной активности, так как известна роль алкоголя, как в индуцировании суицидальных идей, так и при реализации суицидальных тенденций [14]. Эти факторы указывают на необходимость всестороннего исследования данной проблемы [25, 1, 5, 13, 8, 2].

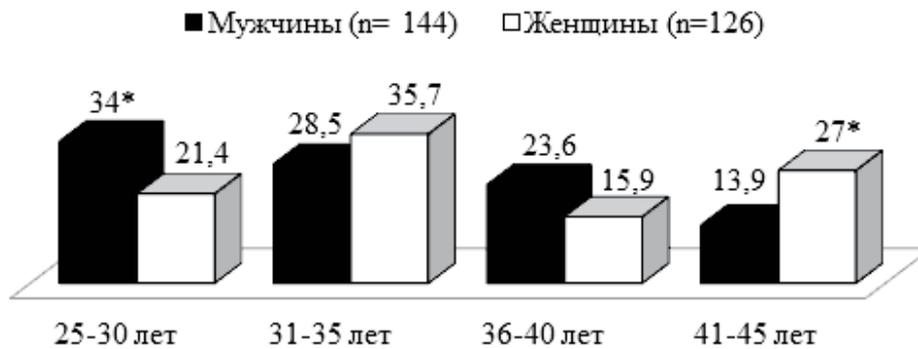
В последнее время весьма актуальной стала проблема суицидов у женщин, страдающих алкоголизмом [16, 30]. Следует подчеркнуть, что данные о связи алкоголизма и самоубийств среди женщин, как правило, являются заниженными. Вероятно, это связано в первую очередь с этическими соображениями. Наиболее острой является проблема, связанная с самоубийствами, совершаемыми в состоянии алкогольного опьянения [16, 36, 41].

Несмотря на существующие причины возникновения суицидов у женщин молодого возраста, в большинстве случаев имеются возможности предотвращения у них самоубийств [16]. Для этого необходимо проводить своевременную профилактику алкоголизма у женщин молодого возраста, используя комплекс социальных и медицинских мероприятий. Так, национальная стратегия профилактики суицидальной активности должна предусматривать снижение уровня потребления алкогольных напитков [28].

В связи с этим целью данного исследования, проведенного на базе Тюменского областного наркологического диспансера в отделении неотложной наркологической помощи, было выявление особенностей формирования и течения алкогольной зависимости и своеобразия суицидальной активности у молодых женщин и мужчин, перенесших алкогольный психоз.

Материалы и методы исследования. Для исследования нами были отобраны 270 молодых пациентов, из них мужчин -126, женщин -144, в возрасте от 25 до 44 лет (возрастные границы соответствуют классификации возрастных периодов ВОЗ от 2012 г.), поступивших на стационарное лечение в отделение неотложной наркологической помощи г. Тюмени в период 2011-2014 гг. по поводу алкогольных психозов. Подбор больных в ходе проведения исследования осуществлялся выборочно, с учетом разработанных нами критериев включения и исключения.

Критериями включения в исследование служили: 1) возраст пациентов от 25 до 44 лет (лица мо-



Примечание. Достоверность различий: * — $p < 0,05$.

Диаграмма 1. Распределение исследуемых больных по возрасту

лодого возраста по классификации ВОЗ); 2) установленный диагноз психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя, синдром зависимости, II стадия; 3) установленный диагноз алкогольного психоза (острый алкогольный делирий, острый алкогольный галлюциноз, структурно-сложный психоз).

Критериями исключения из исследования являлись: 1) случаи острого алкогольного параноида и энцефалопатии Гайе-Вернике из-за их редкой встречаемости среди лиц молодого возраста, невозможности их набора для адекватной статистической обработки; 2) наличие тяжелой соматической патологии — постинфарктные и послеоперационные состояния, сердечная недостаточность, дыхательная недостаточность вследствие пневмонии, острого нарушения мозгового кровообращения и т. д.; 3) наличие психического заболевания — шизофрения, биполярное расстройство, олигофрения, ранее перенесенные психозы вследствие органического поражения головного мозга.

Клинический диагноз больным был выставлен в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (Психические расстройства и расстройства поведения, класс V, адаптированный для использования в Российской Федерации. — М.: МЗ РФ, 1998).

Все обследованные пациенты в возрасте от 25 до 44 лет получали традиционную медикаментозную терапию в соответствии с медицинскими стандартами оказания наркологической помощи (приказ МЗ РФ № 323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

В ходе работы были использованы следующие методы исследования: клинко-психопатологический, клинко-динамический, статистический. Нами проводилась обработка результатов исследования методами многомерной статистики, корреляционного анализа, оценка достоверности полученных данных с применением χ^2 -критерия Манна-Уитни (для неравномерных выборок) и t -критерия Стьюдента (для равномерных выборок в исключительных случаях). Достоверными считались различия (по Манну-Уитни)

между сравниваемыми рядами с уровнем достоверной вероятности 95 % и выше ($p < 0,05$). При динамическом анализе, сравнении независимых выборок использовали метод проверки значимости среднего значения пар. Для обработки использовали статистические функции программ «Excel» и «Statistica 6.0». Результаты обработки выводились в виде таблиц и графиков.

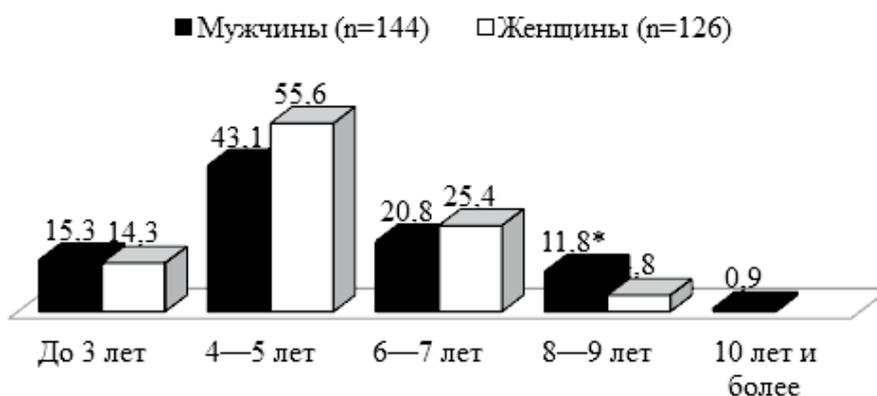
Систематизация полученных данных клинического исследования больных осуществлялась с применением разработанной и модифицированной нами в связи с особенностями изучаемого контингента, на кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС Тюменской государственной медицинской академии «Базисной карты наркологического больного, перенесшего острый алкогольный психоз».

Результаты исследования. Все исследуемые (270) были разделены на 2 группы по полу (мужчины и женщины) и на 4 группы по возрасту (25—30 лет, 31—35 лет, 36—40 лет, 41—44 года).

Первая группа, мужчин, включала 144 больных, средний возраст которых составил $33,6 \pm 4,6$ года. Вторую группу — группу женщин — составили 126 пациенток, со средним возрастом $35,44 \pm 4,8$ года. Наибольшее количество исследованных находилось в возрасте 31—35 лет. Больше количество женщин, чем мужчин, находилось в возрасте 41—44 года ($p < 0,05$). Мужчины преобладали над женщинами в возрастной группе 25—30 лет ($p < 0,05$).

При проведении исследования выявлено, что из 270 пациентов 83,0 % начали употреблять спиртные напитки еще до наступления совершеннолетия. Мужчины (86,1 %) чаще женщин (79,4 %) начали употреблять алкоголь до 18 лет. Женщины (19,0 %, $p < 0,05$) чаще мужчин (13,9 %) начали алкоголизироваться в 18—20 лет, только у женщин в нашем исследовании было отмечено начало употребления алкоголя в возрасте 21—25 лет (1,6 %).

Возраст начала систематической алкоголизации исследуемых варьировался в диапазоне 18-31 год и старше. Под систематической алкоголизацией [4] подразумевается употребление 200—300 мл (максимум 500 мл) водки 1—2 раза в неделю.



Примечание. Достоверность различий: * — $p < 0,05$.

Диаграмма 2. Продолжительности I стадии алкоголизма

Мужчины (31,9 %) чаще женщин (30,2 %) начали систематически употреблять алкоголь в возрасте 18—20 лет и 21—25 лет (46,5 % мужчин и 38,9 % женщин). Женщины (19,8 %) чаще мужчин (15,3 %) начинают систематически употреблять алкоголь в 26—30 лет и в 1,8 раза чаще в 31 год и старше.

В ходе проведения исследования выявлено, что продолжительности I стадии алкоголизма (диаграмма 2) у наибольшего числа женщин (55,6 %) и мужчин (43,1 %) была длительностью 4—5 лет. У 25,4 % женщин чаще, чем у мужчин (20,8 %), длительность I стадии алкоголизма составляла 6—7 лет. У мужчин (15,3 %) несколько чаще, чем у женщин (14,3 %), длительность I стадии была до 3 лет, достоверно чаще ($p < 0,05$) составляла 8—9 лет (11,8 %).

Продолжительность II стадии алкоголизма у женщин (27,8 %) достоверно чаще ($p < 0,01$), чем у мужчин (9,7 %) составляла до 3 лет. Несколько чаще у женщин (7,1 %), чем у мужчин (6,3 %), длительность II стадии алкоголизма была до 2 лет и только у 5,6 % женщин она длилась до 1 года. У мужчин чаще, чем у женщин, была отмечена длительность II стадии алкоголизма до 10 лет (35,4 %, $p < 0,01$) или более 10 лет (11,1 %). У 37,5 % мужчин и 36,5 % женщин II стадия алкоголизма имела продолжительность до 5 лет.

Все вышесказанное о длительности I и II стадий свидетельствует о более быстром формировании и течения алкогольной болезни у молодых женщин.

Возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома также имел определенные отличия (табл. 1). У женщин чаще, чем у мужчин, похмельный синдром формировался в возрасте 26—30 лет (30,2 %) и в 31 год и старше (22,1 %). У мужчин (8,3 %) в 1,5 раза чаще, чем у женщин (5,6 %), похмельный синдром формировался в возрасте 18—20 лет.

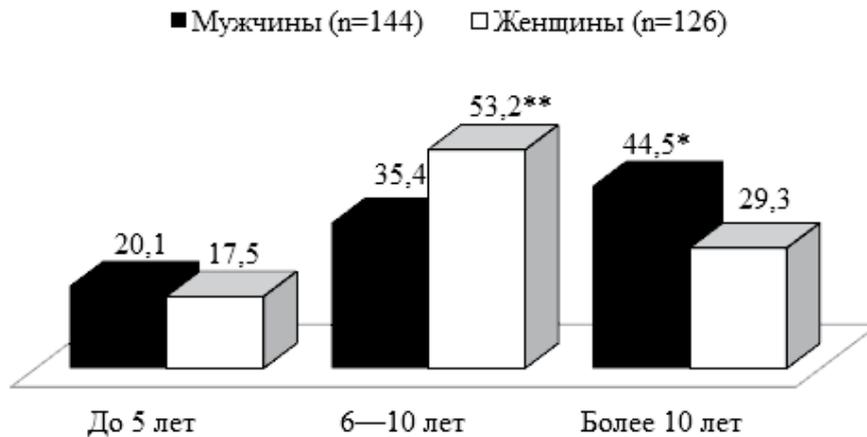
Таблица 1. Возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома

Возраст больших, лет	Мужчины (n=144)		Женщины (n=126)		Всего (n=270)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
18—20 лет	12	8,3	7	5,6	19	7
21—25 лет	68	47,2	53	42,1	121	44,8
26—30 лет	43	29,9	38	30,2	81	30
31 год и старше	21	14,6	28	22,1	49	18,2

Длительность течения алкоголизма до наступления первого психоза варьирует до 10 лет и более (диаграмма 3). У женщин (53,2 %), достоверно чаще ($p < 0,01$), чем у мужчин (35,4 %), алкогольные психозы развивались при длительности течения алкоголизма от 6 до 10 лет. У мужчин чаще, чем у женщин, длительность течения алкоголизма до наступления первого алкогольного психоза составляла 10 лет и более (44,5,0 %, $p < 0,05$) и до 5 лет (20,1 %).

Из вышесказанного следует, что формирование и течение алкогольной зависимости у мужчин и женщин молодого возраста, перенесших алкогольный психоз, имеют определенные особенности. Мужчины в большинстве своем начали алкоголизироваться до 18 лет. Начало систематической алкоголизации приходилось на достаточно молодой возраст (18—20 лет). Продолжительность I стадии алкоголизма чаще, чем у женщин, составляла 3 года или не превышала 8—9 лет ($p < 0,05$), а продолжительность II стадии — 5—10 лет ($p < 0,01$). Алкогольный абстинентный синдром у большинства мужчин формировался в возрасте 21—25 лет. У мужчин в 1,3 раза чаще женщин первый психоз возникал при систематическом употреблении алкоголя в течение 10 лет и более ($p < 0,05$).

Исследования



Примечание. Достоверность различий: * — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$.

Диаграмма 3. Длительность течения алкоголизма до наступления первого психоза

Женщины же начинали употреблять спиртные напитки в 18—20 лет; начало систематической алкоголизации приходилось на более поздний, чем у мужчин, возраст (26—30 лет и 31 год и старше). Первая стадия алкоголизма у них длилась более 4 лет, но не превышала 7 лет. Продолжительность II стадии чаще составляла до 3 лет ($p < 0,01$). В 1,3 раза чаще, чем у мужчин, у женщин похмельный синдром формировался после 26 лет. У женщин достоверно чаще ($p < 0,01$), чем у мужчин, алкогольные психозы развивались через 6—10 лет от формирования зависимости.

По данным Тюменского суицидологического центра за 2013 г., более 50 % суицидентов находились в состоянии алкогольного опьянения. В связи с частым сочетанием алкоголизма с аутоагрессивными тенденциями мы посчитали необходимым изучить особенности суицидального поведения молодых мужчин и женщин, страдающих алкоголизмом, перенесших алкогольный психоз.

Из всех обследованных больных у большинства (56,9 %) наблюдались различные формы суицидального поведения (табл. 2).

В большинстве случаев (28,1 %) пациенты отмечали наличие суицидальных попыток и несколько реже — мыслей (20,1 %). Замыслы суицидального характера отмечали 5,9 % пациентов, намерения — 2,8 %. Отсутствие каких-либо форм суицидального поведения отмечали практически в равном количестве мужчины (42,9 %) и женщины (43,3 %). У женщин чаще, чем у мужчин, имели место суицидальные попытки (33,6 %, $p < 0,05$) или мысли (20,9 %). У мужчин чаще были отмечены суицидальные замыслы (9,1 %, $p < 0,05$) и суицидальные намерения (5,2 %).

Из многочисленных способов ухода из жизни в нашем исследовании (табл. 3). У женщин чаще, чем у мужчин, отмечались попытки самоубийства с помощью самоперезов (19,8 %), отравления лекарственными препаратами (7,5 %), падения с высоты (4,5 %). Только у женщин имели место от-

равление уксусом (0,7 %) и попытки суицида с использованием транспорта (0,7 %). Мужчины чаще женщин пытались совершить самоубийство с использованием самоповешения (11,2 %), самострела (3,3 %). Только мужчины совершали попытки утопления (5,9 %) или использовали другие способы совершения суицида (0,6 %)

Таблица 2. Формы суицидального поведения по группам обследуемых

Формы суицидального поведения	Количество признаков					
	у мужчин (n=154)		у женщин (n=134)		общее (n=288)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Суицидальное поведение отсутствует	66	42,9	58	43,3	124	43,1
Суицидальные попытки	36	23,4	45	33,6*	81	28,1
Суицидальные мысли	30	19,4	28	20,9	58	20,1
Суицидальные замыслы	14	9,1*	3	2,2	17	5,9
Суицидальные намерения	8	5,2			8	2,8

Примечание. Достоверность различий: * — $p < 0,05$.

Количество суицидальных попыток у пациентов в нашем исследовании варьирует от 1 до 5. У большинства пациентов (62,2 %) не отмечено суицидальных попыток. 22,3 % обследованных имели 1 попытку суицида, 2 раза пытались покончить с собой 9,6 % пациентов, 3 раза — 5,9 %. У 66,0 % мужчин и у 57,9 % женщин никогда не было суицидальных попыток. Мужчины (6,3 %) чаще женщин (5,5 %) повторяли суицидальные попытки 3 и более раз. Женщины чаще мужчин совершали суицидальную попытку 1 (24,6 %) и 2 (11,9 %) раза.

Таблица 3. Способы суицидального поведения по группам обследованных

Способы суицидального поведения	Количество признаков					
	у мужчин (n=152)		у женщин (n=136)		общее (n=288)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Самопорезы	22	14,5	27	19,8	49	17
Нет представления о способе суицида	18	11,9	17	12,5	35	12,2
Самоповешение	17	11,2	15	11	32	11,1
Отравление лекарственными препаратами	8	5,3	10	7,5	18	6,3
Падение с высоты	6	3,9	6	4,5	12	4,2
Утопление	9	5,9			9	3,1
Самострел	5	3,3	1	0,7	6	2,1
Отравление уксусом			1	0,7	1	0,3
Самоубийство с использованием транспорта			1	0,7	1	0,3
Другие способы совершения суицида	1	0,6			1	0,3
Суицидальное поведение отсутствует	66	43,4	58	42,6	124	43,1

Анализ представленных выше данных об особенностях суицидального поведения мужчин и женщин молодого возраста, перенесших алкогольный психоз, показывает, что из всех форм суицидального поведения у женщин достоверно чаще ($p < 0,05$), чем у мужчин, отмечались попытки суицида. Наиболее частыми способами совершения суицидальных попыток у женщин являются самопорезы, применение лекарственных препаратов, падение с высоты. Только среди женщин отмечались отравления уксусом и попытки суицида с использованием транспорта. Женщины чаще мужчин совершали суицидальные попытки 1 или 2 раза.

У мужчин из всех форм суицидального поведения достоверно ($p < 0,05$) преобладали замыслы, только у них отмечались суицидальные намерения. Мужчины чаще женщин пытались совершить суицид путем самоповешения, самострела или утопления и были склонны к повторному совершению суицидальных попыток (3 и более раз).

ВЫВОДЫ. Таким образом, у женщин, начинающих алкоголизироваться позже мужчин, отмечено более быстрое формирование алкоголизма и раннее возникновение алкогольных психозов, по сравнению с мужчинами. Также отмечено, что у больных наркологического профиля часто наблюдаются аутоагрессивные тенденции, которые имеют определенные гендерные отличия, что необходимо учитывать при диагностике, назначении и проведении лечебных и реабилитационных мероприятий.

Литература

1	Антонова А.А., Бачило Е.В., Барыльник Ю.Б. Факторы риска развития суицидального поведения // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2012. — Т.8, №2. — С.403–409.	Antonova A.A., Bachilo E.V., Baryl'nik YU.B. Risk factors of development of suicide behavior. — Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal. — 2012. — 8. — S. 403–409. (In Rus.).
2	Антропов, А. Ю. Динамика формирования герединтарного и социопатического алкоголизма (I-II стадии) у мужчин // Вопросы наркологии. — 2004. — №3. — С. 28–37.	Antropov A. YU. Dynamics of formation of gereditarny and sociopathic alcoholism (the I-II stage) at men. — Voprosy narkologii. — 2004. — № 3. — S. 28–37. (In Rus.).
3	Бехтель Э. Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем // М. — 1986. — С.181.	Bekhtel' E.H. E. Donozologichesky forms of abuse of alcohol. — M. — 1986. — S. 181. (In Rus.).
4	Бисалиев Р.В. Предикторы суицидального поведения у больных алкогольной зависимостью // Наркология. — 2010. — №3. — С.57–69.	Bisaliev R.B. Predictors of suicide behavior at patients with alcohol addiction. — Narkologiya. — 2010. — № 3. — S. 57–69. (In Rus.).
5	Бохан Н.А., Матвеева Н.П., Хоютанова М.И., Томский М.И., Максимова Н.Р., Степанов В.А., Марусин А.В., Олесова Л.Д., Кривошапкина З.Н. Клинико-патобиологические закономерности формирования алкоголизма у коренного населения республики Саха (Якутия): результаты и перспективы междисциплинарных исследований // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2012. — №3. — С.21–28.	Bohan N.A., Matveeva N.P., Hoyutanova M.I., Tomskij M.I., Maksimova N.R., Stepanov V.A., Marusin A.V., Olesova L.D., Krivoshapkina Z.N. Kliniko-patobiologichesky regularities of formation of alcoholism at indigenous people of the Sakha (Yakutia) Republic: results and prospects of cross-disciplinary researches. — Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii. — 2012. — № 3. — S. 21–28. (In Rus.).

Исследования

6	Веретилло Л.В., Трусова А.В., Ерышев О.Ф., Рыбакова К.В., Ерошин С.П., Крупицкий Е.М. Клинические варианты злокачественного течения алкогольной зависимости // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2011. — № 4. — С. 14–19.	Veretilo L.V., Trusova A.V., Eryshev O.F., Rybakova K.V., Eroshin S.P., Krupickij E.M. Clinical options of a malignant course of alcohol addiction. — <i>Obzrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V. M. Bekhtereva.</i> — 2011. — №4. — S. 14–19. (In Rus.).
7	Ворошилин С.И. Алкогольный фактор среди причин роста самоубийств в СССР и в постсоветских государствах // Суицидология. — 2012. — №2. — С. 24–33.	Voroshilin S.I. Alcoholic factor among the reasons of growth of suicides in the USSR and in the Post-Soviet states. — <i>Suicidologiya.</i> — 2012. — № 2. — S.24–33. (In Rus.).
8	Гасанзаде Н.Ю. Скорость формирования алкоголизма в зависимости от ряда психоконституциональных особенностей // Вопросы наркологии. — 1999. — №3. — С. 35–38.	Gasanzade N.YU. Speed of formation of alcoholism depending on a number of psychoconstitutional features. — <i>Voprosy narkologii.</i> — 1999. — № 3. — S.35–38. (In Rus.).
9	Горденя Ф.Ф. Особенности формирования и течения алкоголизма у женщин // Клинические проблемы алкоголизма. — Л. — 1974. — С. 33–40.	Gordenya F.F. Features of formation and the course of alcoholism at women. <i>Klinicheskie problemy alkogolizma.</i> — L. — 1974. — S.33–40. (In Rus.).
10	Гофман А.Г. Клиническая наркология. // М.: Миклош. — 2003. — С. 215.	Gofman A.G. Clinical narcology. — M.: Miklosh, — 2003. — S.215. (In Rus.).
11	Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд // СПб. — 1998. — С. 360.	Dyurkgejm E.H. Suicide. Sociological etude. — SPb. — 1998. — S.360. (In Rus.).
12	Егоров А.Ю. Клиника и психология девиантного поведения // СПб.: Речь. — 2010. — С. 398	Egorov A.YU. Clinic and psychology of deviant behavior. — SPb.: Rech'. — 2010. — S.398 (In Rus.).
13	Зотов П.Б., Уманский М.С. Суицидальная активность больных алкоголизмом позднего возраста в условиях синдрома отмены алкоголя // Тюменский медицинский журнал. — 2012. — № 3. — С. 31–32.	Zotov P.B., Umanskij M.S. Suicide activity of patients with alcoholism of late age in the conditions of an alcohol cancellation syndrome. — <i>Tyumenskij medicinskij zhurnal.</i> — 2012. — № 3. — S.31–32. (In Rus.).
14	Иванец Н.Н. Лекции по наркологии // под ред. Н.Н. Иванца. М.: Нолидж. — 2000.	Ivanec N. N. Lectures on narcology. pod red. N.N. Ivanca. — M. : Nolidzh. — 2000. (In Rus.).
15	Ишков Ю.В., Никонова О.А. Профилактика и меры борьбы с суицидами у женщин молодого возраста, страдающих алкоголизмом (на примере Астраханского региона) // Вестник Астраханского государственного технического университета. — 2013. — № 2 (56). — С. 108–114.	Ishkov YU.V., Nikonova O.A. Prevention and measures of fight against suicides at the women of young age having alcoholism (on the example of the Astrakhan region). — <i>Vestnik Astrahanskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta.</i> — 2013. — № 2 (56). — S.108–114. (In Rus.).
16	Кисель Н.И., Бохан Н.А., Мандель А.И., Анкудинова И.Э., Ляшенко Г.П. Клиническая динамика алкогольной зависимости у женщин с преморбидными личностными расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2011. — № 3. — С. 32–34.	Kisel' N.I., Bohan N.A., Mandel' A.I., Ankudinova I.E.H., Lyashenko G.P. Clinical dynamics of alcohol addiction at women with premorbidny personal frustration. — <i>Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii.</i> — 2011. — № 3. — S.32–34. (In Rus.).
17	Князева Т.М., Шапиро Ю.Г. Социоклинический анализ женского алкоголизма // Вопросы наркологии. — 2006. — № 3. — С. 43–48.	Knyazeva T.M., Shapiro YU.G. Sotsio-klinichesky analysis of female alcoholism. — <i>Voprosy narkologii.</i> — 2006. — № 3. — S.43–48. (In Rus.).
18	Корнетов Н.А., Губерник В.Я., Самохвалов В.П. Возрастной патоморфоз темпа прогрессивности алкоголизма у больных, перенесших алкогольный делирий // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1985. — Вып. 2. — С. 259–262.	Kornetov N.A., Gubernik V.YA., Samohvalov V.P. Pathomorfosis age of rate of a progrediynnost of alcoholism at the patients who have transferred alcoholic deliriya. — <i>ZHurn. nevropatologii i psihiatrii.</i> — 1985. — 2. — S.259–262. (In Rus.).

19	Кравченко С.Л. Соотношение преморбидных факторов и прогрессивности алкоголизма у женщин // Вопросы наркологии. — 2002. — № 5. — С. 26–31.	Kravchenko S.L. Ratio of premorbidny factors and a progrediyentnost of alcoholism at women. — Voprosy narkologii. — 2002. — № 5. — S.26-31. (In Rus.).
20	Кривулин Е.Н., Мингазов А.Х., Байнова Н.А. К вопросу о профилактике алкоголизма у женщин в разные возрастные периоды // Тюменский медицинский журнал. — 2011. — № 2. — С. 39–40	Krivulin E.N., Mingazov A.H., Bajnova N.A. To a question of prevention of alcoholism at women during the different age periods. — Tyumenskij medicinskij zhurnal. — 2011. — № 2. — S.39-40. (In Rus.).
21	Кузнецов В.Н., Бохан Н.А., Мандель А.И. Формирование алкогольной зависимости у нарымских селькупов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2012. — № 3. — С. 97–100.	Kuznecov V.N., Bohan N.A., Mandel' A.I. Formation of alcohol addiction at narymsky Selkups. — Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii. — 2012. — № 3. — S.97-100. (In Rus.).
22	Курьянова Н.Н. О формировании алкоголизма у женщин Астрахани // Вопросы наркологии. — 2005. — № 6. — С. 68–71	Kur'yanova N.N. About formation of alcoholism at women of Astrakhan. — Voprosy narkologii. — 2005. — № 6. — S.68-71 (In Rus.).
23	Литманович А.А. Сравнительная характеристика различных методов противоалкогольной терапии в амбулаторных условиях // Вопросы психиатрии и неврологии: сб. трудов Ленинградского научного общества невропатологов и психиатров. — 1966. — Вып XII. — С. 420–426.	Litmanovich A.A. The comparative characteristic of various methods of antialcoholic therapy in out-patient conditions. — Voprosy psichiatrii i nevrologii: sb. trudov Leningradskogo nauchnogo obshchestva nevropatologov i psichiatrov. — 1966. — XII. — S.420-426. (In Rus.).
24	Меринов А.В., Шустов Д.И., Васяткина Н.Н. Эпи-скрипт как вариант внутрисемейной динамики аутоагрессивных паттернов в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Суицидология. — 2012. — № 1. — С. 26–29.	Merinov A.V., Shustov D.I., Vasyatkina N.N. Epi script as option of intra family dynamics of autoagressivny patterns in families of the men having alcohol addiction. Suicidologiya. 2012. № 1. S.26-29. (In Rus.).
25	Мингазов А.Х., Виноградов Д.Б., Бабин К.А., Изаровский Б.В., Бозан Н.А., Шатрова Ю.М., Цейликман О.Б., Изаровская И.В. Уровень биогенных аминов при абстинентном синдроме и алкогольном делирии // Вестник Южно-Уральского государственного университета. — 2013. — Т. 13. — № 3. — С. 69–72.	Mingazov A.H., Vinogradov D.B., Babin K.A., Izarovskij B.V., Bozan N.A., Shatrova YU.M., Cejlikman O.B., Izarovskaya I.V. Level of biogenous amines at an abstinence syndrome and alcoholic deliriya. — Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. — 2013. — 13. — № 3. — S.69-72. (In Rus.).
26	Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты) // М.: РИО ФГУ ГНЦ ССП им. В. П. Сербского. — 2010. — С. 232.	Polozhij B.S. Suicide behavior (kliniko-epidemiological and ethnocultural aspects). — M. : RIO FGU GNC SSP im. V. P. Serbskogo. — 2010. — S.232. (In Rus.).
27	Разводовский Ю.Е. Суициды и алкогольные психозы в Беларуси: анализ временных серий // Вестник Витебского государственного медицинского университета. — 2009. — Т. 8. — № 4. — С. 160–165.	Razvodovskij YU.E. Suicides and alcoholic psychoses in Belarus: analysis of temporary series. — Vestnik Vitebskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. — 2009. — 8. — № 4. — S.160-165. (In Rus.).
28	Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем // 2-е доп. изд-е. М.: Медицина. — 1973. — С. 384.	Strel'chuk I.V. Sharp and chronic intoxication alcohol. 2-e dop. izd-e. — M.: Me-dicina. — 1973. — S.384. (In Rus.).
29	Тормосина Н.Г. Психологическое исследование особенностей аутодеструктивного поведения // Вестник Университета (Государственный университет управления). — 2011. — № 7. — С. 99–100.	Tormosina N.G. Psychological research of features of autodestruktivny behavior. — Vestnik Universiteta (Gosudarstvennyj universitet upravleniya). — 2011. — № 7. — S.99-100. (In Rus.).
30	Штырков А.Г. Алкоголизм у женщин с эпилептоидным складом характера // Вопросы наркологии. — 2002. — № 5. — С. 47–51.	Shtyrkov A.G. Alcoholism at women with an epileptoidny warehouse of character. — Voprosy narkologii. — 2002. — № 5. — S.47-51. (In Rus.).

31	<i>Caces P. Time series analyses of alcohol consumption and suicide mortality in the US, 1984–1987 // Studies Alcohol. — 1998. — № 59. — P. 455–461.</i>	<i>Caces P. Time series analyses of alcohol consumption and suicide mortality in the US, 1984–1987. — Studies Alcohol. — 1998. — № 59. — P. 455–461. DOI: 10.15288/jsa.1998.59.455</i>
32	<i>Deshaies G. L'alcoolisme de la femme // Revue de l'Alcoolisme. — 1963. — vol. 9. — p. 235–247.</i>	<i>Deshaies G. L'alcoolisme de la femme. — Revue de l'Alcoolisme. — 1963. — vol. 9. — p. 235–247.</i>
33	<i>Gomberg E. The female alcoholic // Alcoholism: Interdisciplinary Approaches to an Enduring Problem. Reading, MA.: Addison-Wesley. — 1976.</i>	<i>Gomberg E. The female alcoholic // Alcoholism: Interdisciplinary Approaches to an Enduring Problem. Reading, MA.: Addison-Wesley. — 1976.</i>
34	<i>Hesselbrock M.N. Women alcoholics: a comparison of the natural history of alcoholism between men and women // NIAAA Res MonogrSer. — 1981. — V. 5. — P. 129–144.</i>	<i>Hesselbrock M.N. Women alcoholics: a comparison of the natural history of alcoholism between men and women/— NIAAA Res MonogrSer. — 1981. — V. 5. — P. 129–144.</i>
35	<i>Kingston S., Raghavan C. The relationship of sexual abuse, early initiation of substance use, and adolescent trauma to PTSD // Journal of Traumatic Stress. — 2009. — № 22 (1). — P. 65–68.</i>	<i>Kingston S., Raghavan C. The relationship of sexual abuse, early initiation of substance use, and adolescent trauma to PTSD. — Journal of Traumatic Stress. — 2009. — № 22 (1). — P. 65–68. DOI: 10.1002/jts.20381</i>
36	<i>Kolves K., Varnik A., Tooding L., Wasserman D. The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study // Psychological Medicine. — 2006. — № 4. — P. 1–8.</i>	<i>Kolves K., Varnik A., Tooding L., Wasserman D. The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study. — Psychological Medicine. — 2006. — № 4. — P. 1–8. DOI: 10.1017/s0033291706007707</i>
36	<i>Lester D. The association between alcohol consumption and suicide and homicide rates: a study of 13 nations // Alcohol and Alcoholism. — 1995. — № 13. — P. 98–100.</i>	<i>Lester D. The association between alcohol consumption and suicide and homicide rates: a study of 13 nations. — Alcohol and Alcoholism. — 1995. — № 13. — P. 98–100. DOI: 10.1093/oxfordjournals.alcalc.a045759</i>
38	<i>Mitchell J. SAD: Suicide, Alcohol & Drugs in the Entertainment Industry // J. Mitchell. — Hampster: Old Line Publishing. — 2011. — P. 104</i>	<i>Mitchell J. SAD: Suicide, Alcohol & Drugs in the Entertainment Industry. — J. Mitchell. — Hampster: Old Line Publishing. — 2011. — P. 104</i>
39	<i>Nachin Ch. L'alcoolismefeminin // Rew. de Alcoolisme. — 1963. — Vol. 9. — P. 248–262.</i>	<i>Nachin Ch. L'alcoolismefeminin. — Rew. de Alcoolisme. — 1963. — Vol. 9. — P. 248–262.</i>
40	<i>Najdowski C. J., Ullman S.E. Prospective effects of sexual victimization on PTSD and problem drinking // Addictive Behaviors. — 2009. — № 34 (11). — P. 965–968.</i>	<i>Najdowski C. J., Ullman S.E. Prospective effects of sexual victimization on PTSD and problem drinking. — Addictive Behaviors. — 2009. — № 34 (11). — P. 965–968. DOI: 10.1016/j.addbeh.2009.05.004</i>
41	<i>Nemtsov A.V. Suicides and alcohol consumption in Russia, 1965–1999 // Drug and Alcohol Dependence. — 2003. — № 71. — P. 161–168.</i>	<i>Nemtsov A.V. Suicides and alcohol consumption in Russia, 1965–1999. — Drug and Alcohol Dependence. — 2003. — № 71. — P. 161–168. DOI: 10.1016/s0376-8716(03)00094-2</i>

Сведения об авторах

Уманская Полина Станиславовна — к.м.н., врач психиатр-нарколог отделения неотложной наркологической помощи. E-mail: umanskie@gmail.com

Агарков Александр Прокопьевич — д.м.н., проф., заслуженный врач России, профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии. E-mail: agarkov@sibmail.com

Агарков Алексей Александрович — д.м.н., ведущий научный сотрудник научно-исследовательского института психического здоровья. E-mail: alagarkov@gmail.com

DOI : 10.31363/2313-7053-2018-3-80-89

Некоторые проблемные и дискуссионные вопросы психосоматических соотношений и соматоформных расстройств с позиций клинической психиатрии

Литвинцев С.В.

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов
Министерства труда и социальной защиты»

Резюме. В статье приводится краткий исторический экскурс в учение о психосоматике и установление понятия «психосоматическая медицина». Рассмотрены некоторые взгляды на формирование и систематизацию психосоматических расстройств. Анализируются научные основания выделения соматоформных расстройств в отдельную группу и включения их в современные классификации психических болезней (DSM и МКБ-10). Утверждается, что клиническая картина соматоформных расстройств не содержит специфических психопатологических симптомов и синдромов, а большей частью состоит из разрозненных симптомокомплексов, что оставляет открытым вопрос о месте этой патологии в психиатрической номенклатуре. Предполагается необходимость дальнейшего поиска специалистами разных областей науки научно обоснованных принципов очерчивания клинических границ соматоформных расстройств на междисциплинарном уровне, что позволит разработать валидные лечебно-реабилитационные программы для данной группы пациентов.

Ключевые слова: психосоматическая медицина, клиническая психиатрия, соматоформные расстройства, психопатологический симптом, психопатологический синдром, соматический симптом, клинико-психологический подход, клинико-психопатологический метод, классификация психических и поведенческих расстройств.

Some problematic and discussion issues of psychosomatic relationships and somatoform disorders from the standpoint of clinical psychiatry

Litvintsev S.V.

St.-Petersburg institute of postgraduate improvement of physicians-experts of the Ministry of Labour
and Social Protection

Summary. A brief historical digression into the doctrine of psychosomatics and the establishment of the term «psychosomatic medicine» are represented in the article. Some views on the formation and systematization of psychosomatic disorders are examined. The scientific grounds for isolating somatoform disorders into a separate group and their inclusion in the modern classifications of mental diseases (DSM and ICD-10) are analyzed. It is stated that the clinical picture of somatoform disorders does not contain specific psychopathological symptoms and syndromes but mostly consists of disparate symptom complexes, and this fact puts a question of the place of this pathology in psychiatric nosology. It is suggested that further research by experts from different fields of science should lead to the science-based principles for delineating the clinical boundaries of somatoform disorders at an interdisciplinary level that will allow developing valid therapeutic and rehabilitation programs for this group of patients.

Key words: psychosomatic medicine, clinical psychiatry, somatoform disorders, psychopathological symptom, psychopathological syndrome, somatic symptom, clinical-and-psychological approach, clinical-and-psychopathological method, classification of mental and behavioral disorders.

Появление термина «психосоматический» относится к 1818 году и принадлежит профессору психиатрии Лейпцигского университета Иоганну Христиану Гейнроту, использовавшему его в своей публичной лекции для объяснения развития некоторых заболеваний с психологической точки зрения. В 1822 году немецкий психиатр Карл Якоби этот термин дополнил родственным понятием — «соматопсихический» [13]. Последователь З. Фрейда, американский врач и психоаналитик австрийского происхождения, Феликс Дейч, в 1922 году ввёл понятие «психосоматическая медицина» и в 1939 году стал первым главным редактором специализированного журнала под тем же названием [2]. У истоков психо-

соматических идей стоял ещё один последователь З. Фрейда, Георг Вальтер Гродекк (1866-1934), немецкий психиатр, психоаналитик и писатель, который, используя понятие «психосоматическая медицина», создал представление о бессознательном «Оно» как формирующем принципе всех нормальных и патологических процессов организма [7]. Основа психосоматической медицины и включение в неё части ранее традиционно только психической патологии, а части — соматической, всё больше выкристаллизовывалась на повсеместном принятии факта единства двух важнейших сфер человеческого организма — сомы и психики, тесном переплетенных и взаимодействующих в любом патологическом процессе. «Психосоматиче-

ская медицина» как новая область медицинских знаний, быстро структурировалась в один из разделов клинической психиатрии и находила повсеместное распространение, в том числе, и в нашей стране. Фраза, принадлежащая советскому психиатру Д.Д. Плетнёву (1927): «Нет соматических болезней без вытекающих из них психических отклонений, как нет и психических заболеваний, изолированных от соматических симптомов» [27], приобрела постулированное значение и цитировалась чуть ли не в каждой отечественной публикации, посвящённой данной проблеме. Не вдаваясь в детальное изложение истории формирования учения о психосоматике, нельзя не отметить вклад, внесённый многими учениками и последователями З. Фрейда. Особое среди них место принадлежит американскому психоаналитику Ф. Александру, разработавшему в 1934 году концепцию психосоматических расстройств на основе теории «специфичности интрапсихического конфликта» [4,37], что позволило ему не только специфицировать психологические факторы для разных болезней, но и для каждой из них гипотетически определить механизмы психосоматической связи. Решающую роль в признании эмоционального напряжения значимым фактором возникновения и развития широкого спектра патологических процессов сыграло выдвинутое им утверждение, что «организм образует единое целое со всеми своими взаимосвязанными частями», включая психику. Соответственно, он полагал, что поскольку психическое и соматическое в человеке неразрывно связаны и «каждый телесный процесс подвергается прямому или косвенному воздействию психологических стимулов» [1], то различные физиологические сдвиги (повышенное кровяное давление, дисфункции желудочно-кишечного тракта и т.д.) являются результатом длительно сохраняющихся бессознательных эмоциональных состояний. Отсюда Ф. Александер предложил механизм «соматизации», учитывающий важную роль внутреннего конфликта и невыраженных эмоций, причём, использованный им термин «соматизация» не предполагал символический смысл, а прямо указывал на склонность переживать и выражать психологический стресс в форме соматических симптомов [35]. Если до него соматические симптомы рассматривались лишь «как невербальный по форме и архаичный по сути призыв о помощи» [3], то он оценивал их не в качестве замещения подавленного конфликтного содержания, а как нормальное физиологическое сопровождение хронизированных эмоциональных состояний. Важной заслугой Ф. Александра явилось выделение им группы психогенных расстройств, проявляющихся симптоматикой в вегетативных системах организма, которые он назвал вегетативными невротами, рассматриваемыми сейчас в рамках соматоформных расстройств как «соматоформная вегетативная дисфункция» [21].

Понятие психосоматических расстройств не является устоявшимся, оно постоянно наполняется всё новым и новым содержанием. На смену

прежней психосоматической модели, возникшей на основе психоаналитического учения о психосоматическом единстве человеческого организма и учитывающей в формировании психосоматических расстройств преимущественно психогенные факторы, пришла биопсихосоциальная [17], предполагающая существенное участие социальных и личностных характеристик. Причём, есть все основания полагать, что со временем будут учитываться ещё и экологические факторы, вне всякого сомнения, также играющие большую роль в образовании психосоматической патологии [16]. Исходя из накапливаемых знаний по широкому комплексу соматопсихосоциальных взаимодействий человека с внешней средой, практическое здравоохранение всё больше ориентирует медицинских работников на тщательный анализ природы любого заболевания с обязательным учётом всех обстоятельств, влияющих на психосоматические взаимоотношения. Важность такого подхода определяется продолжающейся распространённостью психосоматических расстройств, достигающей в общей медицине, по разным данным, 19-50% [11], и поиском причин, этому способствующих.

Дальнейший рост распространённости психосоматической патологии очевиден за счёт повышения частоты психических расстройств, спровоцированных тяжёлыми соматическими и инфекционными заболеваниями, травмами, неправильным питанием и образом жизни, социальной и экономической нестабильностью, неблагоприятной экологической обстановкой. Перечисленные реалии нашей сегодняшней действительности не в состоянии обеспечить достаточную надёжность гармонии взаимовлияния сомы и психики как основного гаранта поддержания устойчивого психосоматического здоровья и всё чаще приводят к дисбалансу взаимоотношений этих двух сфер, чреватому возникновением многочисленной психосоматической патологии. Клиническое разнообразие психосоматических расстройств объяснимо избирательной уязвимостью человеческого организма, обусловленной конституциональными, соматическими, личностными, возрастными, гендерными, генетическими, морфологическими особенностями к тому или иному стрессорному фактору из числа постоянно сопутствующих нашему повседневному существованию, но приобретающему в какой-то конкретной ситуации значение дистресса.

Сочетание разных предрасполагающих факторов создаёт основу патофизиологической многовариантности процессов формирования и течения психосоматических расстройств, накладывающих отпечаток не только на их патогенез, но и на клиническое обрамление. Таким образом, формирование психосоматических расстройств, происходящее «в результате двунаправленного взаимодействия психических/характерологических расстройств с соматическими», проявляется широтой психопатологических проявлений, другими словами, — «обширной симптоматикой в границах практически всей психопатологической феноме-

нологии невротического, психопатического/патологического и психотического уровней» [33,34]. Рассматривая возникновение психосоматических расстройств как результат взаимодействия участвующих в болезненном процессе соматических и психологических факторов риска, А.Б. Смулевич с соавт. (1999) предложили оригинальную клинко-психопатологическую двухуровневую модель, согласно которой в построении каждого отдельно взятого синдрома обязательно участвует симптоматика соматопсихики («телесного Я», по К. Jaspers, 1976) и аутопсихики («собственно Я»). По мнению авторов, симптоматика соматопсихического уровня представлена патологическими телесными сенсациями и функциональными расстройствами органов и систем (алгии, психовегетативные нарушения и др.) без объективного подтверждения соматической патологии, а аутопсихического уровня — симптомами, относимыми как к так называемым рефлексивным (тревожные, депрессивные, фобические, обсессивные), экспрессивным (истерические), так и к кругу образных представлений [20]. На наш взгляд, недостатком предложенной модели является отсутствие представленности должной роли социальных (микросоциальных) факторов, вносящих безусловную лепту в клиническое оформление синдромов обоих уровней, особенно, — аутопсихического. Тем не менее, данная модель заслуживает внимания, поскольку психосоматические расстройства представлены здесь не простой совокупностью симптомов, а определёнными соотношениями, отражающими синдромальное единство нарушений сомато- и аутопсихики.

Из-за значительного полиморфизма психосоматических расстройств они не соединены единой рубрикой в современных классификациях. Более того, в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) они не ограничиваются кругом психических расстройств в её соответствующих разделах, а занимают места ещё и в соматических классах. Поэтому, несмотря на сведение психосоматических расстройств в одну область медицинской науки (психосоматическую), их этиопатогенетическая разнородность и клиническая несхожесть реализованы сразу в нескольких неидентичных рубриках: F0 «Органические, включая симптоматические психические расстройства» (F06 «Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга либо вследствие физической болезни»); F4 «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F45 «Соматоформные расстройства»); F5 «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» (F50 «Расстройства приёма пищи», F 51.0 «Расстройства сна неорганической природы», F52 «Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием, F54 «Психологические или поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицируемыми в других разделах) [21].

Такой разброс психосоматических расстройств по нескольким рубрикам МКБ-10 указывает, что часть из них имеет преимущественно органический генез, часть — психогенный, а часть представлена отдельными, часто этиопатогенетически неясными и не связанными между собой расстройствами синдромального уровня. Последние, наряду с нарушениями сна, пищевого и сексуального поведения, включают ещё и «депрессии и мнестические расстройства, развивающиеся после операции аортокоронарного шунтирования» (В.П. Зайцев и соавт., 1990; Н.И. Скачкова, 1996; С.В. Прохорова, 1996) [10, 33], аффективные тревожные и астенические состояния у больных, получающих гемодиализ (М.В. Коркина, В.В. Мариллов, 1995) [15] и т.д. Попытки разобраться со всем этим хаотическим нагромождением психических расстройств, представленными как в виде нозологических форм, так и синдромальными образованиями, втиснутыми в область психосоматической медицины только на основе мало кем оспариваемого единства и взаимовлияния биологической, психической и социальной сфер человеческой жизнедеятельности, и систематизировать их в рамках одной парадигмы до сих пор оказываются безуспешными. На разном рода научных форумах среди исследователей, причём не только психиатров, но и представителей других отраслей знаний (терапевты, неврологи, психофизиологи, психологи и т.д.), идут дискуссии по путям решения данной проблемы, однако, единый взгляд на клинику, диагностику и систематику психосоматических расстройств у широкого круга медицинских специалистов до сих пор не сформирован. Такое положение дел сложилось, в первую очередь, из-за отсутствия интеграции усилий широкого специалистов, а разрозненность их мнений существенно сказывается на разработке концептуальных подходов к решению вопросов организации психопрофилактических мероприятий и оказания медицинской помощи таким пациентам.

К тому же за последние десятилетия границы психосоматики пополнились ещё и обширной «наднозологической группой» [6] ранее не описывавшихся соматоформных расстройств (СФР). Несмотря на то, что они рассматриваются в пограничном разделе психиатрической дисциплины [12] и в МКБ-10 приведены единой рубрикой (F45) в разделе неврологии, освещение их клинической картины в современных учебниках и руководствах отличается аморфностью и почти не содержит специфической психопатологической феноменологии, затрудняя тем самым применение к ним традиционных диагностических подходов в рамках психиатрической пропедевтики, направленных на выявление психопатологических симптомов и синдромов. Во главу диагностических критериев ставится невозможность установления у пациента соматической патологии, несмотря на упорное предъявление им соматических жалоб [3, 24,26,29,32,35]. Ещё более уязвимым проблему очерчивания границ соматоформных расстройств

делает то обстоятельство, что они «могут сопутствовать шизофрении, тревожным и обсессивным расстройствам в случаях, когда имеющаяся симптоматика не может быть объяснена наличием указанных состояний» [3]. В основу клинических проявлений СФР закладывается наличие у пациента разнообразных телесных ощущений и дисфункций без обнаружения у него соответствующих морфологических изменений и не поддающихся лечению симптоматическими фармакологическими средствами, что, по мнению ряда авторов, «определяет место данной патологии на стыке психиатрической и общемедицинской практики» [30].

Одним из наиболее весомых аргументов в пользу СФР, называется неправильное поведение пациента, выражаемое настойчивыми требованиями проведения ему медицинских обследований вопреки подтверждающим отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии для этого реальной основы [26,29]. В порядке возражения такому «диагностическому критерию» укажем на невозможность представить человека, испытывающего боли и не получающего ожидаемого облегчения от проводимой терапии, при этом не проявляющим тех или иных поведенческих реакций, соответствующих его характеру, воспитанию, культуре, возрасту, полу и т.п., возможно, даже и гротескно выраженных. В этом плане нельзя не согласиться с авторами [22,23,39], предлагающими вообще исключить в качестве психопатологических признаков поведенческие критерии, исходя из пристрастного их употребления, условности понимания адекватности/неадекватности и логичности.

Отсутствие понятного психиатрам феноменологического аппарата, который бы содержал достаточный набор психопатологических симптомов для структурирования психического статуса клинической картины СФР, затрудняет формулирование диагностических критериев. Указание на частую коморбидность этой группы расстройств с аффективными, тревожными и обсессивными расстройствами [5,28,32], размывающее представление о синдромальном содержании, порождает серьёзные сомнения, касающиеся возможности очерчивания чётких границ каждой из этих форм. Такие сомнения усиливаются и целым рядом других предлагаемых клинических характеристик. К примеру, высокая коморбидность хронического соматизированного соматоформного расстройства с депрессией (60-100%) предполагает наличие болевого варианта маскированной депрессии, причём не исключаящего в этих случаях и того, что депрессия может являться следствием хронического болевого синдрома [32]. Соматоформную вегетативную дисфункцию А.Г. Нарышкин с соавт. (2015) вполне обоснованно рассматривают «... и как самостоятельное полиэтиологичное, но монопатогенетичное заболевание, и как синдром, входящий в структуру отдельных нозологических форм (неврозы, органическое поражение центральной нервной системы, гипоталамические

расстройства, первичное поражение внутренних органов, желез внутренней секреции и др.)» [25]. Полиморфизм клинических проявлений и этиопатогенетическая неопределённость, наблюдающиеся и при описании других форм СФР, указывают на отсутствие дифференцированных критериев, позволяющих уложить их в прокрустово ложе самостоятельных нозологических единиц.

Тем не менее, несмотря на отсутствие этих критериев, приходится исходить из того, что СФР к настоящему времени являются реальностью, они устойчиво заняли свою формальную нишу в современных классификациях (DSM и МКБ-10) и надёжно задекларировали факт своего существования огромным значением для финансовой политики [30,32]. По результатам публикуемых эпидемиологических исследований, их распространённость достигает 6,3% [46]. Приводимые данные о том, что пациенты, страдающие СФР, составляют от 25% до 40% всех больных общесоматической практики и поглощают не менее 20% всех средств, расходуемых на здравоохранение [11,28,32], вынуждают исследователей к поиску весомой клинической аргументации уже состоявшихся решений о выделении этим расстройствам нозологического места в клинической психиатрии.

Впервые СФР отдельной рубрикой обозначились в американской классификации психических расстройств — в DSM-III. В неё были включены расстройство соматизации, конверсионное расстройство, психогенное болевое расстройство, ипохондрия и атипичное соматоформное расстройство. При последующих пересмотрах DSM данная рубрика всё более усложнялась и дополнялась новыми расстройствами. В DSM-V она получила название «Расстройство соматических симптомов и близкие расстройства» и включила в себя такие формы как расстройство соматических симптомов, расстройство тревоги по поводу возможных заболеваний, конверсионное расстройство, психологические факторы, влияющие на другие общемедицинские состояния, симулятивное расстройство, другие формы расстройства соматических симптомов и близких расстройств, а также неспецифическое расстройство соматических и близких расстройств [42,43]. Перечень СФР, представленных в МКБ-10 диагностической рубрикой (F45), несколько отличается от американской и содержит следующий спектр: соматизированное расстройство (F45.0); недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1); ипохондрическое (небредовое) расстройство (F45.2); соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы («органные неврозы») (F45.3); устойчивое соматоформное болевое расстройство (F45.4); другие соматоформные расстройства (F45.8) и соматоформное расстройство неуточнённое (F45.9) [21].

Несмотря на некоторые расхождения в количестве и формах СФР, их клиническая характеристика в обеих классификациях одинаково доминирована вегетативными симптомами и акцентом на отсутствие органической почвы для упор-

но высказываемых соматических жалоб. При этом психопатологические симптомы, либо замаскированные, либо находящиеся на втором плане [24], оставляют открытым возможность их выявления и встраивания в алгоритм диагностического процесса. В свою очередь, вегетативные симптомы, сопровождающие, как известно, любую патологию (соматическую, неврологическую и психическую), являются мало значащими, а атрибутивное утверждение о первостепенном значении соматических симптомов в клинике СФР нивелирует результативность применения клинкопсихопатологического метода исследования.

Дело в том, что соматические симптомы, вне связи с другими психопатологическими феноменами, являются лишь неопределёнными признаками некоего неблагополучия в организме и однозначно рассматриваться в качестве патологических проявлений психической жизни, то есть психопатологических симптомов, не могут. С одной стороны, они трактуются как нарушения соматических функций, возникающие, в том числе и при психическом заболевании, с другой — выступают в качестве симптомов соматического заболевания, с третьей — считается, что они вызываются психологическими факторами-причинами, но проявляются телесно (соматически) в виде заболеваний отдельных органов или систем. Теоретическое значение психопатологического симптома соматические симптомы могут приобрести при условии наличия у пациента патологической сознательной деятельности, являющейся основой «нарушений телесной перцепции, рассматриваемой в рамках общей психопатологии как проявление рецепторных нарушений — патологии чувственного познания либо как проявление интрапсихических нарушений» [19], указывающих на психическое расстройство. Но поскольку описание клинической картины ни одной из форм СФР не содержит явных очертаний сложного динамического психопатологического процесса, то и ни одна искусственно выделенная его часть не предоставляет видения психиатра психопатологических симптомов, отличающихся, как считает В.К. Смирнов (1973), от обычных признаков многомерностью своей структуры [38].

Затруднённая квалификация соматических симптомов клиницистами вызвала заметный исследовательский интерес у психологов. По мнению Е.И. Рассказовой (2013), имеющийся вакуум надёжных и валидных инструментов для распознавания на клиническом уровне этих симптомов обусловлен недоучётом психологических и поведенческих факторов, который может быть восполнен применением клинкопсихологического подхода [35]. Проведение в этих целях клинкопсихологических исследований, считает она, должно опираться либо на исторически сложившиеся представления о соматизации, конверсии и диссоциации, либо на широкие и нейтральные конструкты — «субъективные соматические жалобы», часто трактуемые как «необъяснённые симптомы». Их клинкопсихологическое квалифи-

цирование на основе предложенного ею психологического анализа переживаний, отношений и реакций личности существенно дополняет клинический взгляд и открывает новые возможности, способствующие «... определению, классификации и диагностике соматических симптомов, не имеющих достаточных органических оснований, а также психологических и поведенческих факторов, призванных объяснить процессы симптомообразования (таких, как поведение болезни, дисфункциональные убеждения о здоровье и болезни и т.п.)» [35]. Но, справедливо отмечает автор, именно здесь возможны трудности операционализации и диагностики, а во втором случае — ещё и трудности дальнейшего осмысления полученных результатов в рамках медицинской терминологии, в результате чего ответ психологов врачам зачастую непонятен. Безусловно, что для преодоления между ними языкового барьера необходимо взаимное интегрирование знаний и умений, позволяющих в перспективе обмениваться феноменологической терминологией, определяющей клиническое и клинкопсихологическое содержание СФР, исследованное этими специалистами. Это представляется весьма важным и потому, что на непонимание происхождения соматических симптомов и их верификацию в рамках СФР существенно влияет нередкое оперирование существующими в зарубежной литературе терминами, как «необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы» (medically unexplained symptoms) и «функциональные соматические симптомы» (functional somatic symptoms) [29,44,45]. Их синонимичное соматическим симптомам толкование подтверждает несовершенство существующего понятийного аппарата, обозначающего всякого рода тягостные и болезненные ощущения, не находящие при обследовании клинического объяснения.

Не будучи психопатологическими феноменами, соматические симптомы могут являться следствием тех или иных физиологических и эмоциональных перегрузок индивида, приводящих к астении, и существовать вне каких-либо заболеваний. В то же время точно такие же по степени выраженности и уровню их восприятия interoцептивные ощущения могут сигнализировать и о соматическом неблагополучии в организме, требующем физического обследования пациента, в силу разных причин не исключающего диагностических ошибок. Одна из этих причин состоит в ограниченном лимите времени, регламентированном существующими нормативными документами на проведение осмотра больного в условиях поликлиники. Вряд ли 15 минут, отводимые пациенту согласно приказу Минздрава РФ № 290н от 2 июня 2015 года [31] на посещение участкового врача, и 18 минут — врача общей практики, включающие ещё и затраты на оформление медицинской документации, можно считать достаточными для распознавания болезни. В таком временном цейтноте не представляется возможным провести даже детальный сбор анамнеза, а если учесть, что ряд больных, часто обращающихся

с жалобами на соматическое недомогание, обладают бедной лингвистической дифференциацией эмоций и не способны транслировать тонкости своих интрапсихических ощущений, то в ситуации неполноценного диалога клиническое мышление врача нередко направляется в ошибочное диагностическое русло.

Диагноз СФР, вынесенный на основе упорно высказываемых соматических жалоб без достаточных биологических и физиологических объяснений, т.е. без обнаружения морфологических изменений соответствующих тканей, но при наличии в организме неспецифических и функциональных нарушений, вызывает много вопросов. Как пишут В.Д. Тополянский и М.В. Струковская (1986), в патологии нет областей без «функциональных проявлений в начале заболевания и своих функциональных последствий при уже остановившемся или даже полностью отзвучавшем патологическом процессе» [40]. И.В. Давыдовский (1958, 1962) считал, что «не только функциональные нарушения, но и вообще любые функциональные сдвиги всегда имеют известную метаболическую основу», причём «функциональные нарушения нередко предшествуют анатомическим, заметно обгоняя их в своём развитии на определённых этапах болезни». «Отсутствие конкретных морфологических изменений, — указывал он, — адекватных» тем или иным функциональным расстройствам в представлении лечащих врачей и узких специалистов отнюдь не означает ещё действительного отсутствия какого-либо материального субстрата страдания» [8,9]. По этому поводу весьма образно высказался в 1932 году В.М. Коган-Ясный: «не слышком ли часто действительное мы смешиваем функциональные расстройства с органическими поражениями, забывая, что они часто маскируются в форму последних» [14]. Это высказывание, не утратившее и сегодня своей актуальности, является ярким подтверждением отсутствия убедительных критериев, позволяющих придать соматоформным расстройствам чёткие очертания самостоятельных патологических образований, убедительно отделяемые их от иных, внешне схожих нозологических единиц.

Сложившаяся ситуация с клинической неопределённостью этой группы расстройств во многом обусловлена стремительным отходом от привычной систематизации психопатологических состояний, разработанной в русле крепелиновской нозологии и переходом на новые классификационные схемы (DSM, МКБ-10). Диагностические критерии, заложенные в них, исключают необходимость пользования клинко-психопатологическим методом исследования, основанным на структурном анализе выявляемых у пациента психопатологических феноменов. Стандартные опросники,

подменившие традиционное исследование психического статуса и процесс сбора анамнеза, сделали ненужным вербальное общение практикующего врача с пациентом, направленное на всестороннее изучение его личности [41]. Сухая и бесстрастная регистрация основных контуров СФР сводит на нет проведение тонкой дифференциации признаков функциональных и органических расстройств от психопатологических феноменов. Описание статуса пациентов с СФР содержит набор разрозненных симптомокомплексов, совершенно не увязанных между собой единой этиопатогенетической платформой, часть из которых представлена проявлениями психопатологических аффективных регистров невротического уровня, синдромально не завершённых. Психиатры, основываясь на диагностических рубриках МКБ-10, делают акцент при постановке диагноза СФР на выявляемых «соматических» симптомах и других психологических признаках и оставляют вне своего внимания подробную характеристику сфер психической деятельности.

Такой мало результативный подход является следствием отсутствия доказательной клинической базы, позволяющей рассматривать СФР как самостоятельные заболевания с установленным этиопатогенезом. Более того, проведённый нами анализ феноменов, предлагаемых в качестве диагностических признаков этих расстройств, свидетельствует, что ни один из них не может однозначно выступать в качестве «косвенного свидетельства» [36] психической болезни, то есть психопатологического симптома. Сведение этих признаков в некие компоненты без патофизиологического обоснования и наличия, как писал Кронфельд, «внутренней связи» [18] образует лишь симптомокомплексы, не обладающие «сущностной характеристикой», и не являющимися «динамическими категориями», обязательными для включения в понятие «синдром» [36]. Дифференциация выше перечисленных феноменов (симптом, симптомокомплекс, синдром) — путь поиска и нахождения диагностически высокозначимых таксономических признаков для выстраивания клинически узнаваемого общепризнанного каркаса СФР. По нашему мнению, в этих целях необходимо пересмотреть целый ряд проблемных вопросов, касающихся происхождения и формирования данной группы расстройств, что может быть достигнуто лишь комплексными усилиями специалистов медицинских и психологических наук. В свою очередь, это позволит на научно обоснованном уровне перейти к разработке лечебно-реабилитационных программ для пациентов с подобными страданиями, включая адекватную психофармакотерапию и валидные психотерапевтические технологии.

Литература

1	Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. — М.: Институт Общегуманитарных Исследований. — 2006. — 336с.	Alexander F. Psychosomatic medicine. It's principles and applications. M.: Institut Obshchegumanitarnykh Issledovaniy. — 2006. — 336s. (In Rus.).
2	Аммон Г. Психосоматическая терапия. — СПб.: Речь. — 2000. — 238с.	Ammon G. Psychosomatic therapy. SPb.: Rech'. 2000. 238 s. (In Rus.).
3	Бобров А.Е. Проблема психосоматических соотношений и некоторые методологические вопросы психопатологии // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. — №1. — С. 98-103.	Bobrov A.E. The problem of psychosomatic relationships and some methodological questions of psychopathology. — Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya. — 2017. — №1. — S.98-103. (In Rus.).
4	Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина / Пер. с нем. — М.: ГЭОТАР Медицина. — 1999. — 376с.	Broitigam V., Kristian P., Rad M. Psychosomatic medicine / Per. s nem. — M.: GEOTAR Meditsina. — 1999. — 376s. (In Rus.).
5	Васильева А.В., Караваева Т.А., Полторак С.В. Комбинированная терапия панических расстройств в кардиологической практике // Врач. — 2017. — №8. — С.18-22.	Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Poltorak S.V. Combined therapy of panic disorders in cardiac practice. — Vrach. — 2017. — #8. — S.18-22. (In Rus.).
6	Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). — М.: Триада-Х. — 2000. — 256с.	Gindikin V. Ya. Manual: somatogenic and somatoform mental disorders (clinic, differential diagnosis, treatment). — M.: Triada-Kh. — 2000. — 256 s. (In Rus.).
7	Гродекк Г. Книга об Оно. Психоаналитические письма подруге / Пер. с нем. — Ижевск: ERGO. — 2014. — 352с.	Grodekk G. The book of Id. Psychoanalytic letters to a girlfriend / Per. s nem. — Izhevsk: ERGO. — 2014. — 352s. (In Rus.).
8	Давыдовский И.В. Проблема причинности в медицине (этиология). — М.: Медгиз. — 1962. — 175с.	Davydovskii I.V. The problem of causality in medicine (etiology). — M.: Medgiz. — 1962. — 175s. (In Rus.).
9	Давыдовский И.В. Общая патология человека. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина. — 1969. — 612с.	Davydovskii I.V. General pathology of human being. 2-e izd., pererab. i dop. — M.: Meditsina. — 1969. — 612s. (In Rus.).
10	Зайцев В.П., Кольцова Т.И. Применение пирлиндона при ишемической болезни сердца // Тер. арх. — 1980. — №2. — С.84-87.	Zaitsev V.P., Kol'tsova T.I. The use of pyrlyndone in ischemic heart disease. — Ter. arkh. — 1980. — #2. — S.84-87. (In Rus.).
11	Иванов С.В., Смудевич А.Б. Психосоматические расстройства / Психиатрия: Научно-практический справочник // Под ред. акад. РАН А.С. Тиганова. — М.: Медицинское информационное агентство. — 2016. — С.397-426.	Ivanov S.V., Smulevich A.B. Psychosomatic disorders / Psychiatry: scientific and practical manual // Pod red. akad. RAN A.S. Tiganova. — M.: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo. — 2016. — S.397-426. (In Rus.).
12	Караваева Т.А., Михайлов В.А., Васильева А.В., Полторак С.В., Поляков А.Ю., Разина М.В., Сафонова Н.Ю. Разработка комплексной персонализированной программы коррекции диссомнических нарушений в структуре невротических расстройств // Неврологический вестник. — 2017. — №2. — С.31-36.	Karavaeva T.A., Mikhailov V.A., Vasileva A.V., Poltorak S.V., Polyakov A.Yu., Razina M.V., Safonova N.Yu. Development of a comprehensive personalized program for the correction of dissonmic disorders in the structure of neurotic disorders. — Nevrologicheskii vestnik. — 2017. — #2. — S.31-36. (In Rus.).
13	Карвасарский Б.Д., Бизюк А.П., Володин Н.Н. Клиническая психология: Учебник для вузов / Под ред. Б.Д. Карвасарского. — 5-е изд., доп. — СПб.: Питер. — 2014. — 896с.	Karvasarskii B.D., Bizyuk A.P., Volodin N.N. Clinical psychology: a textbook for universities / Pod red. B.D. Karvasarskogo. 5-e izd., dop. — SPb.: Piter. — 2014. — 896s. (In Rus.).
14	Коган-Ясный В.М. Сердце и вегетативная система соматических симптомов // Клиническая медицина. — 1932. — №13-16. — С. 498-509.	Kogan-Yasnyi V.M. Heart and vegetative system of somatic symptoms. — Klinicheskaya meditsina. — 1932. — #13-16. — S.498-509. (In Rus.).

15	Коркина М.В., Марилев В.В. Варианты психосоматического развития личности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1955. — №6. — С.43-47.	Korkina M.V., Marilov V.V. Variants of psychosomatic personality development in diseases of the gastrointestinal tract. — Zhurn. nevropat. i psikhiatr. im. S.S. Korsakova. — 1955. — #6. — S.43-47. (In Rus.).
16	Королёва Е.Г. Психосоматика: учебное пособие. — Минск: ИВЦ Минфина. — 2007. — 216с.	Koroleva E.G. Psychosomatics: a tutorial. — Minsk: IVTs Minfina. — 2007. — 216s. (In Rus.).
17	Коцюбинский А.П. Холистический подход к диагностике психических расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2015. — №4. — С.22-32.	Kotsyubinskii A.P. A holistic approach to the diagnosis of mental disorders. — Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva. — 2015. — #4. — S.22-32. (In Rus.).
18	Кронфельд А.С. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии (Отдельный оттиск из трудов Института психиатрии им. Ганнушкина, вып. V, 1940). — М. — 1940. — 147с.	Kronfel'd A.S. Problems of syndromology and nosology in modern psychiatry (A separate impression from the works of the Institute of psychiatry named after Gannushkin, issue V, 1940). М. — 1940. — 147s. (In Rus.).
19	Крылов В.И. Психопатология телесной перцепции // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. — 2006. — №2. — С.15-20.	Krylov V.I. Psychopathology of bodily perception. // Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya im. P.B. Gannushkina. — 2006ю — №2. — S.15-20. (In Rus.).
20	Мариничева Л.П., Злоказова М.В. Особенности терапии при депрессивных расстройствах у подростков с психосоматической патологией // Психические расстройства в общей медицине. — 2009. — №3. — С.37-39.	Marinicheva L.P., Zlokazova M.V. Features of therapy for depressive disorders in adolescents with psychosomatic pathology. — Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine. — 2009. — #3. — S.37-39. (In Rus.).
21	Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. на русский язык под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина — СПб. — 1994. — 304с.	International statistical classification of diseases and related health problems (10th review). Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines / Per. na russkii yazyk pod red. Yu.L. Nullera, S.Yu. Tsirkina. SPb. — 1994. — 304s. (In Rus.).
22	Менделевич В.Д. Казус художника-акциониста Петра Павленского: психопатология или современное искусство? — Неврологический вестник. — 2015. — №1. — С.4-16.	Mendelevich V.D. The special case of the artist-actor Pyotr Pavlensky: psychopathology or contemporary art? — Nevrologicheskii vestnik. — 2015. — #1. — S.4-16. (In Rus.).
23	Менделевич В.Д. От Ганнушкина до Павленского: классификация расстройств и реальная жизнь // Неврологический вестник. — 2016. — №4. — С.58-60.	Mendelevich V.D. From Gannushkin to Pavlensky: classification of disorders and real life. — Nevrologicheskii vestnik. — 2016. — #4. — S.58-60. (In Rus.).
24	Менделевич В.Д., Соловьёва С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. — М.: Городец, — 2016. — 596с.	Mendelevich V.D., Solov'eva S.L. Science of neuroses and psychosomatic medicine. М.: Gorodets, — 2016. — 596s. (In Rus.).
25	Нарышкин А.Г., Галанин И.В., Горелик А.Л., Скоромец Т.А., Второв А.В., Лисичик М.В., Орлов И.А., Бондарева М.М., Клочков М.Н. Неспецифический метод лечения соматоформных, вегетативных и гипоталамических расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2015. — № 3. — С.56-62.	Naryshkin A.G., Galanin I.V., Gorelik A.L., Skoromets T.A., Vtorov A.V., Lisichik M.V., Orlov I.A., Bondareva M.M., Klochkov M.N. Nonspecific method of treatment of somatoform, vegetative, and hypothalamic disorders. — Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva. — 2015. — #3. — S.56-62. (In Rus.).
26	Пережогин Л.О. Соматоформные расстройства. Диагностика, лечение, профилактика: Клин. рекомендации. — М.: Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии Минздрава России. — 2015. — 22с.	Perezhogin L.O. Somatoformnyye rasstroistva. Somatoform disorders. Diagnosis, treatment, prevention: clinical recommendations. М.: Federal'nyi meditsinskii issledovatel'skii tsentr psikhiatrii i narkologii Minzdrava Rossii. — 2015. — 22s. (In Rus.).

27	Плетнёв Д.Д. К вопросу о «соматической» циклотимии // Русская клиника. — 1927. — № 36. — С.496-500.	Pletnev D.D. To the question of «somatic» cyclothymia. — Russkaya klinika. — 1927. — #36. — S.496-500. (In Rus.).
28	Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — М.: Экспертное бюро. — М. — 1997. — 496 с.	Popov Yu.V., Vid V.D. Modern clinical psychiatry. — M.: Ekspertnoe byuro. — M. — 1997. — 496s. (In Rus.).
29	Прибытков А.А., Еричев А.Н., Коцюбинский А.П., Юркова И.О. Вопросы терапии соматоформных расстройств и психотерапевтические подходы // Социальная и клиническая психиатрия. — 2014. — № 4. — С.73-80.	Pribytkov A.A., Erichev A.N., Kotsyubinskii A.P., Yurkova I.O. Questions of therapy of somatoform disorders and psychotherapeutic approaches. — Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya. — 2014. — #4. — S.73-80. (In Rus.).
30	Прибытков А.А., Юркова И.О., Баженова Ю.Б. Структура личности и механизмы психологической защиты при соматоформных расстройствах // Социальная и клиническая психиатрия. — 2016. — № 2. — С.31-35.	Pribytkov A.A., Yurkova I.O., Bazhenova Yu.B. Personality structure and mechanisms of psychological defense in somatoform disorders. — Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya. — 2016. — #2. — S.31-35. (In Rus.).
31	Приказ Минздрава России от 02.06.2015 № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога».	Order of the Ministry of Health of Russia from 02.06.2015 № 290n «On approval of the standard time for the performance of work related to the one patient's visit of a pediatrician district doctor, a district doctor, a general practitioner (family doctor), a neurologist, an otorhinolaryngologist, an ophthalmologist and a doctor-obstetrician-gynecologist».
32	Психиатрия / под ред. Н.Г. Незнанова и др. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2009. — 512с.	Psychiatry/ Pod red. N.G. Neznanova i dr. — M.: GEOTAR-Media. — 2009. — 512s. (In Rus.).
33	Психические расстройства в клинической практике / Под ред. акад. РАМН А.Б. Смулевича. — М.: МЕДпресс-информ. — 2011. — 720с.	Mental disorders in clinical practice / Pod red. akad. RAMN A.B. Smulevicha. — M.: MEDpress-inform. — 2011. — 720s. (In Rus.).
34	Психосоматические расстройства в клинической практике / под ред. акад. РАН А.Б. Смулевича. — М.: МЕДпресс-информ. — 2016. — 776с.	Mental disorders in clinical practice / Pod red. akad. RAN A.B. Smulevicha. — M.: MEDpress-inform. — 2016. — 776s. (In Rus.).
35	Рассказова Е.И. Клинико-психологический подход к диагностике трудноклассифицируемых симптомов в рамках соматоформных расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2013. — № 3. — С. 25-32.	Rasskazova E.I. Clinical and psychological approach to the diagnosis of difficult-to-categorize symptoms in somatoform disorders. — Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii. — 2013. — #3. — S.25-32. (In Rus.).
36	Савенко Ю.С. Симптомы, феномены и синдромы в клинической практике // Независимый психиатрический журнал. — 2009. — № 2. — С.31-35.	Savenko Yu.S. Symptoms, phenomena and syndromes in clinical practice. — Nezavisimyi psikhiatricheskii zhurnal. — 2009. — #2. — S.31-35. (In Rus.).
37	Сидоров П.И., Соловьёв А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей / Под ред. акад. РАМН П.И. Сидорова. — М.: МЕДпресс-информ. — 2006. — 568с.	Sidorov P.I., Solov'ev A.G., Novikova I.A. Psychosomatic medicine: a guide for doctors / Pod red. akad. RAMN P.I. Sidorova. — M.: MEDpress-inform. — 2006. — 568s. (In Rus.).
38	Смирнов В.К. О патологии сознания при шизофрении: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Л. — 1973. — 35 с.	Smirnov V.K. On the pathology of consciousness in schizophrenia: author's abstract. of diss. ... doctor of medicine sciences. — L. — 1973. — 35 s. (In Rus.).
39	Снедков Е.В. Современная концепция психического здоровья // Актуальные проблемы военной психиатрии / Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции. — СПб.: ВМедА. — 2011. — С. 10-22.	Snedkov E.V. Modern concept of mental health. Aktual'nye problemy voennoi psikhiiatrii / Materialy Vserossiiskoi yubileinoi nauchno-prakticheskoi konferentsii. — SPb.: VMedA. — 2011. — S.10-22. (In Rus.).

40	Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. — М.: Медицина. — 1986. — 384 с.	Topolyanskii V.D., Strukovskaya M.V. Psychosomatic disorders. — M.: Meditsina. — 1986. — 384 s. (In Rus.).
41	Точилов В.А. Классификация психических расстройств // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой и др. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2009. — С. 290-305.	Tochilov V.A. Classification of mental disorders // Psikhatriya: natsional'noe rukovodstvo / Pod red. T.B. Dmitrievoi i dr. — M.: GEOTAR-Media. — 2009. — S.290-305. (In Rus.).
42	APA Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders DSM-IV-TR Fourrth Edition (Text Revision) // Amer. Psychiatric Pub. — 2000. — 943 p.	APA Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders DSM-IV-TR Fourrth Edition (Text Revision). — Amer. Psychiatric Pub. — 2000. — 943 p.
43	APA Diagnostic statistical manual of mental disorders (5th ed.) // Arington, VA: American Psychiatric Publishing. — 2013. — 947 p.	APA Diagnostic statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arington, VA: American Psychiatric Publishing. — 2013. — 947 p.
44	Creed F. The outcome of medically unexplained symptoms — will DSM-V improve on DSM-IV somatoform disorders? // J. Psychom. Res. — 2009. — Vol.66. — №5. — P. 379-381.	Creed F. The outcome of medically unexplained symptoms — will DSM-V improve on DSM-IV somatoform disorders? — J. Psychom. Res. — 2009. — Vol.66. — P. 79-381.
45	Creed F., Guthrie E., Fink P. et al. Is there a better term than “medically unexplained symptoms”? // J. Psychom. Res. — 2010. — Vol.68. — № 1. — P. 5-8.	Creed F., Guthrie E., Fink P. et al. Is there a better term than “medically unexplained symptoms”? — J. Psychom. Res. — 2010. — Vol.68. — P. 5-8.
46	Wittchen H.U., Jacobi F. Et al. The size and burden of mental disorders and other disoders of the brain in Europe 2010 // Eur Neuropsychopharmacol. — 2011. — Vol.21. — № 9. — P. 655-679.	Wittchen H.U., Jacobi F. Et al. The size and burden of mental disorders and other disoders of the brain in Europe 2010. — Eur Neuropsychopharmacol. — 2011. — Vol.21. — P. 655-679.

Сведения об авторе

Литвинцев Сергей Викторович — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, лауреат Государственной премии Российской Федерации в области науки и техники, заведующий кафедрой социальной психиатрии и психологии ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Министерства труда и социальной защиты». E-mail: sergejlitvincev@yandex.ru

Роль ацетилхолиновой нейротрансмиссии в фармакотерапии когнитивной дисфункции

Захаров Д.В., Михайлов В.А.

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

Резюме. Важную роль в формировании когнитивных нарушений играет микроангиопатия и дефицит холинергической системы, иннервирующей церебральную кору и контролирующей нейрональную пластичность структур. Основные подходы к терапии деменции и органических поражений с когнитивным расстройством базируются на гипотезе восполнения ацетилхолина. Среди предшественников холина особое место занимает холина альфосцерат благодаря доказанной эффективности в лечении ишемических и нейро-дегенеративных поражений центральной нервной системы. В статье представлены материалы проведенных экспериментальных и клинических исследований препарата холин альфосцерат (Глиатилин).

Ключевые слова: микроангиопатия, когнитивная дисфункция, холинергический дефицит, холина альфосцерат, лечение деменции.

The role of acetylcholine neurotransmission in the pharmacotherapy of cognitive dysfunction

Zaharov D.V., Mihailov V.A.

V.M. Bekhterev National medical research center of psychiatry and neurology

Summary. Microangiopathy and deficit in cholinergic system innervating cerebral cortex and controlling the plasticity of neuronal structures play an important role in the formation of cognitive disorders. The main approaches to the therapy of dementia and organic lesions followed by cognitive disorder are based on the hypothesis of replenishment of acetylcholine. Choline alfoscerate takes a special place among the precursors of choline due to its proven effectiveness in the treatment of ischemic and neurodegenerative lesions of the central nervous system. The article presents the materials of experimental and clinical studies of the drug choline alfoscerate (Gliatilin).

Key words: microangiopathy, cognitive dysfunction, cholinergic deficiency, choline alfoscerate, treatment of dementia.

Увеличение продолжительности жизни неизменно влечет за собой распространение хронических форм цереброваскулярных заболеваний. В настоящее время эта патология доминирует в структуре сосудистых заболеваний головного мозга [1, 15]. В нашей стране исторически сложившимся термином, обобщающим разные формы цереброваскулярной патологии, является дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ), связанная с многоочаговым и/или диффузным поражением головного мозга и проявляющаяся комплексом неврологических и нейропсихологических расстройств [5, 19, 20]. Термин хоть и вызывает дискуссии в отечественной ангионеврологии, однако, по-прежнему, активно применяется в рутинной практике [14].

Прогрессирующее течение этого заболевания приводит к выраженным неврологическим, интеллектуально-мнестическим и эмоциональным нарушениям и, как следствие, стойкой утрате трудоспособности больных, что определяет медико-социальную значимость вопросов ранней диагностики заболевания, адекватной его профилактики и терапии [1, 8]. В настоящее время достигнут значительный прогресс в изучении различных форм патологии головного мозга, развивающихся при атеросклерозе, артериальной гипертензии и других заболеваниях, которые приводят

к возникновению острых и хронических нарушений мозгового кровообращения [10]. Значительное развитие методов нейровизуализации в настоящее время позволяет проводить прижизненное сопоставление клинических и морфологических данных у больных с разными формами хронических нарушений мозгового кровообращения, что существенно повышает точность диагностики этих состояний. Однако, не смотря на значительный арсенал современных фармакологических средств, не удается существенно снизить риск тяжелых осложнений и скорость прогрессирования патологического процесса.

Основой патогенеза дисциркуляторной энцефалопатии является преимущественно изменение микроциркуляторного русла. И хотя в редких случаях причиной постепенного безинсультного прогрессирования может быть снижение насосной функции сердца, поражение крупных мозговых артерий с микроэмболизацией дистального русла и возможным развитием микроинфарктов, а также поражение церебральных вен, все же основным морфологическим субстратом является микроангиопатия [9, 12]. Этому состоянию сопутствует утрата целостности эндотелия мелких сосудов и ослабление гематоэнцефалического барьера. Как следствие в белом веществе выявляется широкий диапазон изменений, включа-

ющий бледность миелина, расширенные периваскулярные пространства, лакунарные инфаркты, глиоз [25, 31, 35, 44]. Полученные при томографии изменения вещества головного мозга получили в практической ангионеврологии обобщающее название «признаки дисциркуляторной энцефалопатии» и свидетельствуют о прогрессирующей гипоперфузии мозга, следствием которой и являются морфологические изменения.

На фоне прогрессирующей гипоперфузии развивается воспалительный процесс, нарастают свободные радикалы и оксидантный стресс, вызывающие каскад необратимых нарушений в метаболизме и в структуре нейрона, происходит повреждение клеточных органелл, прежде всего, митохондрий, играющих фундаментальную роль в энергетическом обмене нейрональной ткани и в регуляции гомеостаза клеточного кальция, оказываются наиболее ранимыми органеллами в ситуациях ишемических и реперфузионных поражений, а также при старении мозга [43].

Химическая регуляция физиологических и патологических процессов поддержания постоянства клеточного состава мозга осуществляется многоступенчатой системой, включающей химические соединения различной структуры и сложности. В настоящее время определяют шесть классов химических регуляторов, которые участвуют в организации очень сложной и подвижной системы жизнедеятельности мозга: низкомолекулярные органические соединения (клеточные медиаторы и нейротрансмиттеры — оксид азота, цАМФ, глутамат, ацетилхолин, гистамин, серотонин, ГАМК, допамин и др.); физиологически активные пептиды — олигопептиды (опиоиды, ангиотензины, эндотелины, тахикинины, пептидные гормоны), нейротрофические и ростовые факторы; цитокины, которые контролируют взаимодействие большинства клеток организма, включая клетки нервной системы, а также участвуют в регуляции иммунного ответа и процессов острого и хронического воспаления; гормоны; сигнальные белки, представляющие собой систему ферментов и функциональных белков [6].

С этих позиций современные представления позволяют рассматривать причину развития ишемических и вторичных дегенеративных изменений в мозге как нарушение соразмерности синтеза и функционирования компонентов перечисленных систем химических регуляторов [16]. Каскад апоптозных процессов может быть спровоцирован дисбалансом медиаторов (глутамат, интерлейкины и др.), может быть запущен причинами, связанными с ишемией клетки, ее повреждением, токсическим воздействием, либо прямым действием на геном клетки (вирусы) [4].

Важную роль в формировании когнитивных нарушений, в том числе при нарастающей гипоперфузии мозга, играет дефицит холинергической системы, в том числе контролирующей нейрональную пластичность. Холинергические нейроны мозга обнаруживают высокую чувствительность к нейротоксическим воздействиям в соот-

ветствии с гено- или фенотипической вариабельностью метаболизма ацетилкоэнзима А и ацетилхолина. Клинико-нейрохимические сопоставления свидетельствуют о том, что в основе большинства симптомов деменции лежит ацетилхолинергический дефицит. В 70–80-е годы прошлого века проведенные нейрохимические исследования показали, что запоминание вербальной и невербальной информации сопровождается активацией холинергической системы, что сочетается со снижением синтеза ацетилхолина в головном мозге [7]. Дефицит ацетилхолинергической медиации наблюдается также и при хронической ишемии мозга.

Холинергическая передача нервного импульса играет важную роль во многих процессах, происходящих в головном мозге. Взаимодействие нейропептидов различных классов с центральными структурами холинергической системы представляет особый интерес в связи с участием этих двух гуморальных регуляторных систем в контроле когнитивных, мнестических и ноцицептивных процессов. Установлена роль активации холинергической передачи в реализации синаптической пластичности рецепторов, обеспечивающей адаптацию головного мозга к таким повреждениям, как инсульт, травма, длительное введение лекарственных препаратов, потеря нейронов головного мозга при старении. Холинергические механизмы играют существенную роль в фармакологических эффектах многих собственно психотропных препаратов, в частности, нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов, ноотропов.

Лечение ДЭ должно быть комплексным и этиопатогенетически ориентированным. Традиционно считается, что наиболее эффективной мерой по предупреждению дальнейшего прогрессирования заболевания, особенно на его ранней стадии, является воздействие на сосудистые факторы риска, и прежде всего адекватная гипотензивная терапия [29, 32, 34, 36]. Вместе с тем, учитывая патогенетический субстрат когнитивного снижения при дисциркуляторной энцефалопатии в виде дефицита холинергической трансмиссии, целесообразно использовать препараты, ориентированные на активацию и восполнение дефекта медиаторных систем, в том числе связанных с гибелью холинергических нейронов [22].

Для повышения уровня холина используются различные молекулы: предшественники холина, ингибиторы ацетилхолинэстеразы, агонисты никотиновых рецепторов и антагонисты M2 рецепторов [17].

Среди предшественников холина особое место занимает холинаальфосцерат (Глиатилин) благодаря его доказанной эффективности в лечении ишемических и нейродегенеративных поражений центральной нервной системы. Глиатилин является холиномиметиком центрального действия с преимущественным влиянием на центральную нервную систему. В состав препарата входит 40,5% стабильного защищенного холина. Механизм действия основан на расщеплении молекулы

на холин и глицерофосфат. Образовавшийся холин служит основой и стимулирует синтез ацетилхолина, улучшающего передачу нервных импульсов в холинергических нейронах, а глицерофосфат стимулирует образование фосфатидилхолина, который восстанавливает фосфолипидный состав мембран нейронов, улучшая их пластичность. В экспериментах, посвященных нейропротекции, было установлено, что использование холина альфосцерата предотвращало гибель нервных клеток и патологическую активацию глии, то есть холина альфосцерат (Глиатилин) является центральным нейропротектором.[41]. Также было обнаружено, что совместное введение галантамина с холина альфосцератом вызывает нейропротекторные эффекты, превосходящие результаты монотерапии этими препаратами [39].

Согласно данным мета-анализа, посвященному эффективности ноотропных препаратов, холина альфосцерат является наиболее активным из холин-содержащих фосфолипидов в повышении уровня ацетилхолина в головном мозге [27]. В нескольких исследованиях сообщалось, что повышение выделение ацетилхолина в гиппокампе на фоне приема холин-альфосцерата коррелировало с улучшением памяти и внимания, а также аффективных и общемозговых симптомов (усталость, головокружение) у пациентов с сосудистой деменцией [38].

Глиатилин увеличивает церебральный кровоток, усиливает метаболические процессы и активизирует структуры ретикулярной формации головного мозга [30]. В клинических исследованиях, посвященных когнитивной дисфункции, связанной с цереброваскулярной патологией, включая мультиинфарктную деменцию, Глиатилин (холина альфосцерат) продемонстрировал высокую эффективность. Так во всех клинических испытаниях лечение холина альфосцератом улучшало когнитивные и психоэмоциональные нарушения (такие как дезориентация, устный счет, эмоциональная лабильность, раздражительность, безразличие к окружающей среде и др.), о чем свидетельствуют изменения балльных оценок по соответствующим шкалам [2, 3, 37]. Также было обнаружено, что по сравнению с цитиколином в равных дозах (1000 мг в/м) Глиатилин оказывает более благоприятное влияние по шкале Сандоз [37].

Кроме того, при острых цереброваскулярных заболеваниях (например, инсульт) лечение холина альфосцератом (Глиатилин, 1000 мг/день внутривенно в течение 4 недель с последующим приемом «peros» 1200 мг/сут в течение 5 месяцев) приводило к заметному улучшению неврологических функций по шкалам MMSE, GDS и гериатрической шкалы Crichton [2, 21, 24, 40].

Установлены эффективность и безопасность применения холина альфосцерата у пациен-

тов с нейродегенеративной деменцией [7]. Так, в многоцентровом рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании с двойным контролем, проведенном у 261 пациента с деменцией при болезни Альцгеймера, лечение холином альфосцератом (Глиатилин, 1200 мг/день в течение 180 дней) значительно замедлило ухудшение познавательной способности. Кроме того, у пациентов, получавших препарат, наблюдались улучшения всех симптомов по основным клиническим шкалам (MMSE, GDS и др.) [28].

У пациентов с деменцией применение холина альфосцерат может быть в качестве монотерапии, либо в комбинации с ингибиторами ацетилхолинэстеразы. Использование комбинаций указанных средств в экспериментах показывают больший уровень ацетилхолина в мозге, особенно в области гиппокампа, чем при использовании монотерапии ингибиторов АХЭ [23, 42]. Холина альфосцерат (Глиатилин) имеет доказанный профилактический и лечебный эффект при развитии у пожилых пациентов также проявлений психоорганического синдрома [2, 3]. А комбинация приема с ингибитором холинэстеразы у пациентов с деменцией показывает более низкие поведенческие нарушения, чем в группе монотерапии донепезилом [26].

В 2015 году в России закончено многоцентровое открытое проспективное исследование влияния холина альфосцерата, применяемого в питьевой форме по 600 мг (7 мл) два раза в день в течение трех месяцев у 283 пациентов с различными формами деменции. В ходе нейропсихологических исследований (тест «Пять слов», «Рисованные часы», пробы Шульте, шкалы MMSE и др.) достоверно показано положительное влияние на когнитивные функции. При анализе динамики показателей инструментальных методов исследования пациентов, было выявлено улучшение показателей ЭЭГ и улучшение кровотока на интракраниальном уровне [18].

В ряде работ было установлено, что холина альфосцерат способен повышать синтез и выброс ацетилхолина у пациентов с иными поражениями головного мозга. Так имеются сведения о его успешном применении у пациентов с травмами головного мозга и болезнью Паркинсона [13, 33].

Резюмируя все вышеперечисленное следует отметить, что Глиатилин (холина альфосцерат) является на сегодняшний день одним из наиболее ориентированных препаратов не только на восстановление физиологического уровня внутри мозгового ацетилхолина, но и на уменьшение биохимических и электрофизиологических последствий гипоперфузии мозговой ткани, что способствует более эффективному восстановлению неврологических функций у пациентов с повреждением головного мозга различного генеза.

Литература

1	Балунов О.А., Захаров Д.В. Динамика показателей функционального состояния и качества жизни у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией в процессе лечения. — Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — СПб., 2007. — № 2. — С.12-16	Balunov O.A., Zakharov D.V. Dynamics of indicators of the functional state and quality of life in patients with dyscirculatory encephalopathy during treatment. — <i>Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V. M. Bekhtereva.</i> — SPb., 2007. — № 2. — S.12-16
2	Балунов О.А., Михайлов В.А., Садов О.Г., Алемасова А.Ю. Эффективность глиатилина в системе реабилитационных мероприятий у постинсультных больных с мнестико-интеллектуальными нарушениями. в сб. «Сосудистая патология нервной системы». — СПб. — 1998. — С.173-174	Balunov O.A., Mikhailov V.A., Sadov O.G., Alemasova A.Yu. The effectiveness of gliatilin in the system of rehabilitation measures in post-stroke patients with mental disorders. v sb. « <i>Sosudistaya patologiya nervnoi sistemy</i> ». — SPb. — 1998. — S.173-174
3	Балунов О.А., Черненко В.П., Михайлов В.А., Садов О.Г., Алемасова А.Ю. Исследование клинической эффективности глиатилина у больных с мультиинфарктной деменцией в сб. «Неотложная неврология» материалы научно-практической конференции. — Омск. — 1998. — С.7-9	Balunov O.A., Chernenkov V.P., Mikhailov V.A., Sadov O.G., Alemasova A.Yu. A study of the clinical efficacy of gliatilin in patients with multi-infarction dementia v sb. « <i>Neotlozhnaya nevrologiya</i> » materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii. — Omsk. — 1998. — S.7-9
4	Барышников А.Ю., Шишкин Ю.В. Иммунологические проблемы апоптоза. — М. — 2002. — 318с.	Baryshnikov A.Yu., Shishkin Yu.V. Immunological problems of apoptosis. — M. — 2002. — 318s.
5	Верещагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии. — М.: Медицина. — 1997. — 287с	Vereshchagin N.V., Morgunov V.A., Gulevskaya T.S. Pathology of the brain in atherosclerosis and arterial hypertension. — M.: Meditsina. — 1997. — 287s
6	Гомазков О.А. Нейропептиды и ростовые факторы мозга. — М. — 2002. — 239с.	Gomazkov O.A. Neuropeptides and brain growth factors. — M. — 2002. — 239s.
7	Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. — М. Медицина. — 2001. — 326с.	Gusev E.I., Skvortsova V.I. Ischemia of the brain. — M. Meditsina. — 2001. — 326 s.
8	Дамулин И.В., Захаров В.В., Яхно Н.Н. Дисциркуляторная энцефалопатия. Методические рекомендации — М.: РКИ Северо-пресс. — 2001. — 32с.	Damulin I.V., Zakharov V.V., Yakhno N.N. Dyscirculatory encephalopathy. Metodicheskie rekomendatsii — M.: RKI Severo-press. — 2001. — 32s.
9	Захаров Д.В., Михайлов В.А. Проблемы церебральной микроциркуляции как терапевтическая мишень // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2016. — N 3. — С. 103-108	Zakharov D.V., Mikhailov V.A. Problems of cerebral microcirculation as a therapeutic target // <i>Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva.</i> — 2016. — № 3. — S. 103-108
10	Карлов В.В., Куликов Ю.А., Ильина Н.Л., Грабовская Н.В. Дисциркуляторная энцефалопатия у больных артериальной гипертензией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова — М., 1997. — Т. 97. — С.15-18.	Karlov V.V., Kulikov Yu.A., Ilyina N.L., Grabovskaya N.V. Dyscirculatory encephalopathy in patients with arterial hypertension // <i>Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova</i> — M., 1997. — T. 97. — S.15-18.
11	Левин О.С. Клинико-магнитнорезонансно-томографическое исследование дисциркуляторной энцефалопатии с когнитивными нарушениями / Дисс. канд. мед. наук. — М. — 1996.	Levin O.S. Clinical-magnetic resonance tomographic study of circulatory encephalopathy with cognitive impairment/ <i>Diss. kand. med. nauk.</i> — M. — 1996.
12	Левин О.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: анахронизм или реальность? // Современная терапия в психиатрии и неврологии — 2012. — №3. — С.40-46.	Levin O.S. Dyscirculatory encephalopathy: an anachronism or reality? // <i>Sovremennaya terapiya v psikiatrii i nevrologii</i> — 2012. — №3. — S.40-46.

13	Левин О.С., Батукаева Л.А., Аникина М.А., Юнищенко Н.А. Эффективность и безопасность холин-альфосерата (Cereton) у пациентов с болезнью Паркинсона с когнитивными нарушениями. - <i>NeurosciBehav Physiology</i> . — 2011. — Т.41. — С.47-51.	Levin O.S., Batukayeva L.A., Anikina M.A., Yushchenko N.A. Efficacy and safety of choline-alfoserate (Cereton) in patients with Parkinson's disease with cognitive impairment. — <i>NeurosciBehav Physiology</i> . — 2011. — T.41. — S.47-51.
14	Левин О.С., Юнищенко Н.А. Диагностика и лечение когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии // <i>Consilium medicum</i> . — 2007. — №8. — С.47-53.	Levin O.S., Yushchenko N.A. Diagnosis and treatment of cognitive impairment in dyscirculatory encephalopathy // <i>Consilium medicum</i> . — 2007. — №8. — С.47-53.
15	Одинак М.М., Михайленко А.А., Иванов Ю.С. Сосудистые заболевания головного мозга. — СПб. — 1998. — 160с.	Odinak M.M., Mikhaylenko A.A., Ivanov Yu.S. Vascular diseases of the brain. — SPb. — 1998. — 160s.
16	Парфенов В.А., Захаров В.В., Преображенская И.С. Когнитивные расстройства. — М. — 2014. — 176с	Parfenov V.A., Zakharov V.V., Preobrazhenskaya I.S. Cognitive disorders. — M. — 2014. — 176s/
17	Чуканова Е.И., Чуканова А.С. Отдельные механизмы патогенеза формирования недостаточности мозгового кровообращения. Жур. Фарматека (кардиология / неврология). — 2014. — Т.13. — С.14-20	Chukanova E.I., Chukanova A.S. Separate mechanisms of the pathogenesis of the formation of cerebral insufficiency. <i>Zhur. Farmateka (kardiologiya / neurologiya)</i> . — 2014. — T.13. — S.14-20
18	Чуканова Е.И., Чуканова А.С. // Холина альфосцерат (Делецит) как одно из направлений лечения когнитивных расстройств // <i>Медицинский алфавит</i> . — 2016. — №14. — С.12-16	Chukanova E.I., Chukanova A.S. // Choline alfoscerat (Delecit) as one of the treatment of cognitive disorders // <i>Meditsinskii alfavit</i> . — 2016. — №14. — S.12-16
19	Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология: справочник практического врача. 6-е изд. — М.: Медпресс-информ. — 2008. — 1080с	Shtulman D.R., Levin O.S. Neurology: a reference practitioner. 6-e izd. — M.: Medpress-inform. — 2008. — 1080s
20	Яхно Н.Н., Дамулин И.В., Захаров В.В. Дисциркуляторная энцефалопатия. — М. — 2000. — 32с.	Yahno N.N., Damulin I.V., Zakharov V.V. Dyscirculatory encephalopathy. — M. — 2000. — 32s.
21	Aguglia E., Ban T.A., Panzarasa R.M., Borra S., Fietland O.K. Choline alphoscerate in the treatment of menthal pathology following acute cerebrovascular accident. <i>FunctNeurol</i> 1993;8 (Suppl):5-24.	Aguglia E., Ban T.A., Panzarasa R.M., Borra S., Fietland O.K. Choline alphoscerate in the treatment of menthal pathology following acute cerebrovascular accident. <i>FunctNeurol</i> 1993;8 (Suppl):5-24.
22	Amenta F., Tayebati S.K. Pathways of acetylcholine synthesis, transport and release as tarzets for treatment of adult-onset cognitivedysfunction. — <i>Curr. Med. Chem.</i> 2008; 15 (5): 488-498.	Amenta F., Tayebati S.K. Pathways of acetylcholine synthesis, transport and release as tarzets for treatment of adult-onset cognitivedysfunction. — <i>Curr. Med. Chem.</i> 2008; 15 (5): 488-498.
23	Amenta F., Tayebati S.K., Vitali D., Di Tullio M.A. Association with the cholinergic precursor choline alphoscerate and the cholinesterase inhibitor rivastigmine: an approach for enhancing cholinergic neurotransmission. <i>Mech Ageing Dev</i> 2006; 127:173-179.	Amenta F., Tayebati S.K., Vitali D., Di Tullio M.A. Association with the cholinergic precursor choline alphoscerate and the cholinesterase inhibitor rivastigmine: an approach for enhancing cholinergic neurotransmission. <i>Mech Ageing Dev</i> 2006; 127:173-179.
24	BarbagalloSangiorgi G., Barbagallo M., Giordano M., Meli M., Panzarasa R. alpha-Glycerophosphocholine in the mental recovery of cerebral ischemic attacks. An Italian multicenter clinical trial. <i>Ann N.Y. Acad Sci.</i> 1994; 717: 253-269	BarbagalloSangiorgi G., Barbagallo M., Giordano M., Meli M., Panzarasa R. alpha-Glycerophosphocholine in the mental recovery of cerebral ischemic attacks. An Italian multicenter clinical trial. <i>Ann N.Y. Acad Sci.</i> 1994; 717: 253-269
25	Brown W.R., Moody D.M., Challa V.R., Thore C.R., Anstrom J.A. Venous collagenosis and arteriolar tortuosity in leukoaraiosis / <i>NeurolSci.</i> 2002; 203-4:159-163	Brown W.R., Moody D.M., Challa V.R., Thore C.R., Anstrom J.A. Venous collagenosis and arteriolar tortuosity in leukoaraiosis / <i>NeurolSci.</i> 2002; 203-4:159-163

26	<i>Carotenuto et al. // The Effect of the Association between Donepezil and Choline Alfoscerate on Behavioral Disturbances in Alzheimer's Disease: Interim Results of the ASCOMALVA Trial // Journal of Alzheimer's Disease. — 2017. — Vol.56. — P.805-815.</i>	<i>Carotenuto et al. // The Effect of the Association between Donepezil and Choline Alfoscerate on Behavioral Disturbances in Alzheimer's Disease: Interim Results of the ASCOMALVA Trial // Journal of Alzheimer's Disease. — 2017. — Vol.56. — P.805-815.</i>
27	<i>Colucci L., Bosco M., Ziello A.R., Rea R., Amenta F., Fasanaro A.M. Effectiveness of nootropic drugs with cholinergic activity in treatment of cognitive deficit: a review. Journal of Experimental Pharmacology. 2012; 4:163-172.</i>	<i>Colucci L., Bosco M., Ziello A.R., Rea R., Amenta F., Fasanaro A.M. Effectiveness of nootropic drugs with cholinergic activity in treatment of cognitive deficit: a review. Journal of Experimental Pharmacology. 2012; 4:163-172.</i>
28	<i>De Jesus Moreno Moreno M. Cognitive improvement in mild-to-moderate Alzheimer's dementia after treatment with acetylcholine precursor choline alfoscerate: a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. Clin Ther 2003;25:178-193</i>	<i>De Jesus Moreno Moreno M. Cognitive improvement in mild-to-moderate Alzheimer's dementia after treatment with acetylcholine precursor choline alfoscerate: a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. Clin Ther 2003;25:178-193.</i>
29	<i>Dufouil C., Chalmers C., Coskun O., et al. Effects of blood pressure lowering on cerebral white matter hyperintensities in patients with stroke. The PROGRESS (Perindopril Protection against Recurrent Stroke Study) magnetic resonance imaging substudy // Circulation. — 2005. — V. 112. — P.1644-1650.</i>	<i>Dufouil C., Chalmers C., Coskun O., et al. Effects of blood pressure lowering on cerebral white matter hyperintensities in patients with stroke. The PROGRESS (Perindopril Protection against Recurrent Stroke Study) magnetic resonance imaging substudy // Circulation. — 2005. — V. 112. — P.1644-1650.</i>
30	<i>Everitt B.J., Robbins T.W. Central cholinergic systems and cognition. Annu Rev Psychol 1997;48:649-684</i>	<i>Everitt B.J., Robbins T.W. Central cholinergic systems and cognition. Annu Rev Psychol 1997;48:649-684</i>
31	<i>Fazekas F., Kleinert R., Offenbacher H. et al. Pathologic correlates of incidental MRI white matter signal hyperintensities. Neurology 1993; 43:1683-1689.</i>	<i>Fazekas F., Kleinert R., Offenbacher H. et al. Pathologic correlates of incidental MRI white matter signal hyperintensities. Neurology 1993; 43:1683-1689.</i>
32	<i>Forette F., Seux M., Staessen J. et al. Prevention of dementia in Syst-Eur trail // Lancet. — 1998. — V.352. — P.1347-1351.</i>	<i>Forette F., Seux M., Staessen J. et al. Prevention of dementia in Syst-Eur trail // Lancet. — 1998. — V.352. — P.1347-1351.</i>
33	<i>Mandat T., Wilk A., Manowiec R., Koziarski A., Zielifski G., Podgórski J.K. Preliminary evaluation of risk and effectiveness of early choline alfoscerate treatment in craniocerebral injury. Neurol Neurochir Pol. 2003; 37:1231-1238 [Polish]].</i>	<i>Mandat T., Wilk A., Manowiec R., Koziarski A., Zielifski G., Podgórski J.K. Preliminary evaluation of risk and effectiveness of early choline alfoscerate treatment in craniocerebral injury. Neurol Neurochir Pol. 2003; 37:1231-1238 [Polish]].</i>
34	<i>McGuinness B., Todd S., Passmore A., Bullock R. Systematic review: blood pressure lowering in patients without prior cerebrovascular disease for prevention of cognitive impairment and dementia // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 2008. — V.79. — P 4-5</i>	<i>McGuinness B., Todd S., Passmore A., Bullock R. Systematic review: blood pressure lowering in patients without prior cerebrovascular disease for prevention of cognitive impairment and dementia // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 2008. — V.79. — P 4-5</i>
35	<i>Nag S. Blood-brain barrier permeability using tracers and immuno-histochemistry. Methods Mol Med 2003; 89:133-144.</i>	<i>Nag S. Blood-brain barrier permeability using tracers and immuno-histochemistry. Methods Mol Med 2003; 89:133-144.</i>
36	<i>Oveisgharan S., Hachinski V. Hypertension, Executive Dysfunction, and Progression to Dementia // Arch. Neurol. — 2010. — V.67. — P.187-192.</i>	<i>Oveisgharan S., Hachinski V. Hypertension, Executive Dysfunction, and Progression to Dementia // Arch. Neurol. — 2010. — V.67. — P.187-192.</i>
37	<i>Parnetti L., Amenta F., Gallai V. Colinealfoscerate in cognitive decline and in acute cerebrovascular disease: an analysis of published clinical data. Mech Ageing Dev 2001;122:2041-2055.</i>	<i>Parnetti L., Amenta F., Gallai V. Colinealfoscerate in cognitive decline and in acute cerebrovascular disease: an analysis of published clinical data. Mech Ageing Dev 2001;122:2041-2055.</i>

38	<i>Parnetti L., Mignini F., Tomassoni D., Traini E., Amenta F. Cholinergic precursors in the treatment of cognitive impairment of vascular origin: ineffective approaches or need for re-evaluation? J NeurolSci 2007; 257:264-269</i>	<i>Parnetti L., Mignini F., Tomassoni D., Traini E., Amenta F. Cholinergic precursors in the treatment of cognitive impairment of vascular origin: ineffective approaches or need for re-evaluation? J NeurolSci 2007; 257:264-269</i>
39	<i>Tayebati S.K., Di Tullio M.A., Tomassoni D., Amenta F. Neuroprotective effect of treatment with galantamine and choline alfoscerate on brain microanatomy in spontaneously hypertensive rats. J NeurolSci 2009; 283:187-194</i>	<i>Tayebati S.K., Di Tullio M.A., Tomassoni D., Amenta F. Neuroprotective effect of treatment with galantamine and choline alfoscerate on brain microanatomy in spontaneously hypertensive rats. J NeurolSci 2009; 283:187-194</i>
40	<i>Tomasina C., Manzano M., Novello P., Pastorino P. Studio clinicodell'efficaciaterapeutica e dellatollerabilitàdellacolinalfoscerato in 15 soggetti con compromissionedellefunzioni cognitive successiva ad ischemia cerebralefocaleacuta. Rivista Neuropsichiatria SciAffini 1991; 37:21-28.</i>	<i>Tomasina C., Manzano M., Novello P., Pastorino P. Studio clinicodell'efficaciaterapeutica e dellatollerabilitàdellacolinalfoscerato in 15 soggetti con compromissionedellefunzioni cognitive successiva ad ischemia cerebralefocaleacuta. Rivista Neuropsichiatria SciAffini 1991; 37:21-28.</i>
41	<i>Tomassoni D., Avola R., Mignini F., Parnetti L., Amenta F. Effect of treatment with choline alfoscerate on hippocampus microanatomy and glial reaction in spontaneously hypertensive rats. — Brain Res. — 2006. — Vol.1120. — P.183-190.</i>	<i>Tomassoni D., Avola R., Mignini F., Parnetti L., Amenta F. Effect of treatment with choline alfoscerate on hippocampus microanatomy and glial reaction in spontaneously hypertensive rats. — BrainRes. — 2006. — Vol.1120. — P.183-190.</i>
42	<i>Trabace L., Coluccia A., Gaetani S. et al. In vivo neurochemical effects of the acetylcholinesterase inhibitor ENA713 in rat hippocampus. Brain Res 2000; 865:268-271. Gauthier S. Advances in the pharmacotherapy of Alzheimer's disease. CMAJ 2002;166:616-623</i>	<i>Trabace L., Coluccia A., Gaetani S. et al. In vivo neurochemical effects of the acetylcholinesterase inhibitor ENA713 in rat hippocampus. Brain Res 2000; 865:268-271. Gauthier S. Advances in the pharmacotherapy of Alzheimer's disease. CMAJ 2002;166:616-623</i>
43	<i>Wardlaw J.M., Doubal F., Armitage Petal. Lacunar stroke is associated with diffuse blood-brain barrier dysfunction. AnnNeurol. 2009; 65:194-202.</i>	<i>Wardlaw J.M., Doubal F., Armitage Petal. Lacunar stroke is associated with diffuse blood-brain barrier dysfunction. Ann Neurol. 2009; 65:194-202.</i>
44	<i>Young V.G., Halliday G.M., Kril J.J. Neuropathologic correlates of white matter hyperintensities. — Neurology. — 2008. — Vol.71. — P.804-11.</i>	<i>Young V.G., Halliday G.M., Kril J.J. Neuropathologic correlates of white matter hyperintensities. — Neurology. — 2008. — Vol.71. — P.804-11.</i>

Сведения об авторах

Захаров Денис Валерьевич—к.м.н., врач-невролог, заведующий отделением реабилитации больных с психосоматическими нарушениями ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева». E-mail:zaharov_dv@mail.ru

Михайлов Владимир Алексеевич—д.м.н., главный научный сотрудник, заместитель директора по инновационному научному развитию и международному сотрудничеству, руководитель отделения реабилитации больных с психосоматическими нарушениями ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева». E-mail: vladmikh@yandex.ru

Социально-этические аспекты самоубийства в романе Л.Н. Толстого «Анна Каренина» (часть 1)

Безчасный К.В.

ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по г. Москве»

Резюме. В статье освещены взгляды Л.Н. Толстого на понимание сущности вопросов жизни и смерти, на почве религиозно-философских разночтений по вопросам самоубийства, обсуждаемых в российском обществесередине XIX века. Сама атмосфера и политическая обстановка в стране способствовали формированию «положительного» образа самоубийцы и пропаганде террористического акта, как разновидности суицида. Трагические события в родительской семье писателя послужили толчком к размышлениям о ценности жизни, которые и легли в основу романа «Анна Каренина».

Ключевые слова: самоубийство, художественная литература, Л.Н. Толстой.

Social and ethical aspects of suicide in the novel by L.N. Tolstoy «Anna Karenina» (Part 1)

Bezchasniy K.V.

Medical Department of the Ministry of Internal Affairs of Russia across Moscow

Summary. L.N. Tolstoy's views of understanding of essence of a matter of life and death, because of the religious and philosophical discrepancies concerning suicide discussed in the Russian society of the middle of the 19th century. The atmosphere and a political situation in the country promoted formation of a «positive» image of the suicide and promotion of act of terrorism as kinds of a suicide. Tragic events in parental family of the writer were an incitement to reflections about life values which have formed the basis of the novel «Anna Karenina».

Key words: suicide, fiction, L.N. Tolstoy.

Роман «Анна Каренина» появился в преддверии духовного перелома Л. Н. Толстого, в результате которого он пришёл к иному пониманию веры. Трагические события в семье писателя вновь способствовали размышлениям автора о том, что у каждого человека есть своя судьба, «тот крест, который он должен нести».

С конца 1873 по 1875 годы семья Толстых потеряла пятерых человек: в 1873 году умер полуторагодовалый сын Петя, в 1874 году ушла из жизни любимая всеми Татьяна Александровна Ергольская. Л. Н. Толстой писал об этом А.А. Фету: «Мы третьего дня похоронили тётушку Татьяну Александровну. Она медленно и равномерно умирала, и я привык к умиранию её, смерть её была, как и всегда смерть близкого и дорого человека, совершенно новым, единственным и неожиданно поразительным событием» [13, С.96]. В 1875 году мучительной смертью умер десятимесячный сын Николушка, потом Софья Андреевна преждевременно родила девочку, которая через полчаса умерла. Затем скончалась тётушка Пелагея Ильинишна Юшкова, к которой писатель чувствовал духовную привязанность.

Л.Н. Толстому всё чаще приходится преодолевать сомнения в трудные периоды жизни, искать достойный выход из кризисных ситуаций, пытаться не утратить веру в Бога и желание жить. С 1875-1876 гг. у автора начался период активных религиозных исканий. Летом 1877 года Л.Н. Толстой вместе с Н.Н. Страховым совершил своё первое путешествие в Оптину пустынь и общался со старцем Амвросием. В конце семидесятых годов он усиленно читает древнехристианские ис-

точники и больше, чем когда-либо прежде, пытается уяснить смысл жизни и смерти. Всё чаще автор ощущает духовное опустошение, растерянность, впадает в уныние. Такие периоды он называл «становкой жизни».

П.И. Бирюков предположил, что ещё в 1874 году Л.Н. Толстой задумал написать произведение, говорящее о необходимости религии? как основы жизни («нечто вроде исповеди»): «Философский язык выдуман для противодействия возражению. Я не принадлежу ни к какому лагерю. Это первое условие для философии. Материалистам я должен возразить в предисловии. Они говорят, что кроме земной жизни ничего нет. Проживив под пятьдесят, я убедился, что земная жизнь ничего не даёт, и тот умный человек, который взглянет в земную жизнь серьёзно: труды, страх, упреки, борьба, зачем? Род сумасшествия, тот сейчас застрелится, и Гартман, и Шопенгауэр прав. Но Шопенгауэр давал чувствовать, что есть что-то, отчего он не застрелился. Чем мы живём? — Религия» [2]. Некоторые отрывки из переписки с А.А. Фетом свидетельствуют о том, что Л.Н. Толстым начинает всё более и более овладевать мысль о смерти, посещавшая его и раньше. Так в одном из писем Фет просил его повидаться перед смертью. В ответ Л.Н. Толстой 28-29 апреля 1876 года написал следующие строки: «Перед смертью дорого и радостное общение с людьми, которые в этой жизни смотрят за пределы её, и вы, и те редкие настоящие люди, с которыми я сходил в жизни, всегда стоят на самом краешке и ясно видят жизнь только оттого, что глядят то в нирвану, в беспредельность, в неизвестность, то в сансару, и этот взгляд

в нирвану укрепляет зрение. А люди житейские, сколько они не говори о Боге, неприятны нашему брату и должны быть мучительны во время смерти, потому что они не видят того, что мы видим — именно того Бога, более неопределённого, более далёкого, но более высокого и несомненно, как говорится в этой статье. Вы больны и думаете о смерти, а я здоров и не перестаю думать о том же и готовиться к ней» [13].

По утверждению самого автора, именно эти мысли были отражены в описании смерти Николая Левина в романе «Анна Каренина». Софья Андреевна Толстая в сентябре 1876 года писала своей сестре о муже, что он часто думает и говорит о смерти, и о том, что всё кончено для него, скоро умирать, ничто не радует, нечего больше ждать от жизни. То же настроение отражено в письме Л.Н. Толстого к Н.Н. Страхову, которому он писал 13 ноября 1876 года: «Сплю духовно и не могу проснуться. Нездоровится, уныние. Отчаяние в своих силах. Что мне суждено судьбой — не знаю, но доживать жизнь без уважения к ней, а уважение к ней даётся только известного рода трудом — мучительно» [13].

В период с 1875 по 1878 годы автор всё чаще старается заглянуть «за пределы жизни», хотя это стремление было свойственно для него и раньше, о чём свидетельствует его творчество. Душевная жизнь Л. Н. Толстого и внешние толчки в виде смерти близких людей, напоминающие о том, что есть что-то неразрешённое в этой жизни, привели его к желанию убить себя. Жизнь стала казаться писателю насмешкой кого-то злого над ним; состояние его было подобно состоянию того человека, про которого говорится в восточной сказке о путнике, прыгнувшем в безводный колодец, на дне которого он видит дракона, разинувшего пасть и желающего съесть его. Автор испытывал ужас, боялся смерти, но желал приближения конца жизни.

В первую очередь, Л.Н. Толстой пытался найти разумный выход, обратился к опытной и умозрительной науке, а также к философии. Наука не помогла ему выйти из духовного кризиса, поскольку опытное знание игнорирует вопросы о конечных целях существования мира и человека. Философия оказалась бессильной перед конкретно поставленными проблемами: в чём смысл существования мира и человека в частности? что может удержать личность от самоубийства и почему не стоит уходить из жизни по собственной воле?

Спор философов о самоубийстве продолжается со времён античности, т.е. 2500 лет и единства в этом вопросе достигнуто не было, как и по сей день. Одни философы оправдывали самоубийство: Сократ, школа стоиков во главе с её основателем Зеноном, Сенекой и поздними стоиками (Эпиктетом и Марком Аврелием). Стоики создали этическую систему, доказывающую целесообразность добровольного самоумерщвления: человек имеет право не только на достойную жизнь, критерии которой — разумность и нравственность, но и на не менее достойную смерть. Быть хозяи-

ном своей судьбы, надеяться только на себя, поскольку Богу нет дела до людей — вот убеждение стоиков. К числу апологетов самоубийства принадлежала школа эпикурейцев во главе с Эпикуром, Лукрецием и Горацием. Они проповедовали безмятежность духа, свободу от страха перед миром и небытием. Эпикуреизм учил человека жить счастливо, благородно, весело и умирать смело, когда явится необходимость расстаться с жизнью. Основная мысль этого учения выражена в словах Эпикура: «Приучай себя к мысли, что смерть не имеет к нам никакого отношения. Ведь всё хорошее и дурное заключается в ощущении, а смерть есть лишение ощущения. Поэтому правильное знание того, что смерть не имеет к нам никакого отношения, делает смертность жизни усладительной. И действительно, нет ничего страшного в жизни тому, кто всем сердцем постиг, что в жизни нет ничего страшного».

В XVI веке М. Монтень также признавал за человеком право выбора в главном из вопросов: жить? или не жить? особенно если самоубийство совершенно из благородных мотивов. Он утверждал, что лучше всего добровольная смерть, поскольку жизнь зависит от воли других, смерть же зависит только от решения самого человека.

«Биатанатос» (1648) Джона Дона стал первым трактатом, полностью посвящённым апологии самоубийства. Основная мысль этого произведения заключается в том, что Иисус Христос, Сын Божий, покончил с собой, чтобы спасти человечество, искупив своей жизнью грехи людей и даровав им жизнь вечную. Дэвид Юм также встал на защиту суицида в своей работе «О самоубийстве» (1777), в которой он предпринял попытку разобрать все обычные аргументы против самоубийства и показать, что указанное деяние свободно от всякой греховности и не подлежит порицанию. К числу апологетов суицида принадлежал и Ф. Ницше: «Свою смерть хвалю я вам, свободную смерть, которая приходит ко мне, потому что я хочу» [7, С. 51].

Оппоненты суицида, в том числе и Отцы церкви, строили свою систему доказательств, опираясь во многом на Платона и Аристотеля. По мнению Платона, человек — раб Божий, следовательно, он не имеет права по своей воле уходить из жизни. Аристотель указывал на антиобщественность акта самоубийства, являющегося преступлением против государства.

Против суицида выступал Спиноза, считая, что человек, лишаящий себя жизни, имеет душу, поражённую бессилием; его натура потерпела полное поражение в борьбе с внешними обстоятельствами. По мнению И. Канта, человеческая жизнь священна, поскольку она является частью природы, и, исходя из этого положения, доказывал, что самоубийство безнравственно, поскольку самоубийца, совершая преступление против категорического императива и высшего долга в лице всеобщего закона природы, предаёт цель своего существования. А. Шопенгауэр, хоть с юридической точки зрения и защищал акт самоумерщвле-

ния, всё же выступал против него. Его онтология представляет собой учение о воле как первооснове бытия. «Воля к жизни» — непознаваемый научными способами иррациональный мировой принцип. Человек наделён интеллектом и способен познать эту волю. Если он жертвует собой во имя отказа от эгоизма, то он отрицает волю добровольно. Преодоление эгоизма и означает отказ от воли к жизни. Следовательно, самоубийца — это слабый и безвольный человек. Труд Шопенгауэра «Мир как воля и представление» (1818) в полной мере отражает позицию философа.

Можно с определённой долей уверенности утверждать, что Л.Н. Толстой хорошо знал аргументы философов, выступавших за и против самоубийства. Но ни рационалистические, ни религиозные теории не помогли ему выйти из духовного кризиса и избавиться от мыслей о суициде. Ему представлялись 4 возможных выхода примирения со смертью и обретения душевного покоя:

Неведение. Сам Л.Н. Толстой, погружённый в проблему поиска смысла жизни, вернуться к неведению уже не мог.

Эпикурейство. После многих потерь писатель не мог обрести безмятежность духа. Страх небытия, мучавший его, и невозможность подвести под желание смерти единую базу, содержащую моральное, философское, этическое, религиозное оправдание были очевидны.

Самоубийство. Писатель надеялся найти конструктивный путь выхода из кризиса. Ощущения полной безнадёжности ситуации у него не было. Сомнения в правильности рационального оправдания суицида являлись следствием размышлений. По словам П.И. Бирюкова, «Л.Н. Толстой считал, что если его разум — творец жизни, то как же он приводит к отрицанию её? Если же разум есть сын жизни, последствие её, то как может он отрицать то, что породило его? Писатель выработал для себя понятие «сознание жизни», подразумевающее ту силу жизни, которая спасает миллионы людей от самоубийства, при всём понимании тщетности земных усилий человека. Хоть они и знают рассуждения о тщете жизни, но, всё же, находят в ней высший смысл» [2].

Вера в Бога. Л.Н. Толстой в этот период понял, что жизнь человека выражается в отношении конечного к бесконечному и это отношение определяется и объясняется верою. Вера придаёт конечному существованию смысл бесконечного. Вера не основана на выводах разума, но она всеобща: где вера, там жизнь. Вера есть сила жизни. Но особенность мировоззрения Л.Н. Толстого была такова, что верить он должен был сознательно, поэтому разум не давал ему покоя. Он стал изучать различные веры. Писатель обратился к изучению различных вероисповеданий: читал Ренана, Штрауса, Макса Мюллера, изучал Талмуд и ислам, увлекался буддизмом, но, всё же, останавливался на христианстве, изучая его различные направления.

В раннем христианстве ещё не было однозначного негативного отношения к суициду. В Библии

описаны 7 случаев «оправданного» самоубийства (Авимелех, Самсон, царь Саул и его оруженосец, Ахитофел, советник царя Давида и участник заговора Авессалома, Разис). В Новом Завете говорится о самоубийстве Иуды Симонова из Кариота. Сам Иисус Христос принял смерть добровольно, исполнив волю Пославшего Его.

Святой Августин первым из Отцов церкви осудил самоубийство, т.к. он считал, что человек получает спасение только от Бога, а суицид — тяжкий грех, поскольку в нём нет возможности раскаяться. Святой Бруно (XI век) и Фома Аквинский (XIII век) завершили дело Августина. Человек не является полным хозяином своей жизни, которая дарована ему Богом и которая может прерваться по Его воле. Самоубийство является также нарушением заповеди «Не убий» и приравнивается к убийству. С.Н. Булгаков отмечал в «Настольной книге для священно-церковнослужителей» (1892), что христиане, налагающий на себя убийственную руку, вдвойне оскорбляет Бога: и как Творца, и как Искупителя. В иудаизме также прослеживается негативное отношение к самоубийству, хотя в Талмуде, как и в Ветхом Завете, нет категорического осуждения суицида. Мученики, совершившие альтруистическое самоубийство, не подвергаются осуждению, а почитаются. В остальных случаях самоубийство названо худшим из грехов, ещё более тяжёлым злодеянием, чем убийство, ибо самоубийца отвергает Божий суд и пренебрегает правом на грядущую жизнь. Вместе с тем, преступления этого рода считались подсудным не людям, а Богу — то есть не земному суду, а небесному. В иудаизме не считается преступлением и самоубийство несовершеннолетних, неуравновешенных, психически невменяемых людей. В определённых случаях (возможность впасть в грех идолопоклонничества, убийства или прелюбодеяния) иудею разрешается убить себя. В иудаизме большую роль играет также личная ответственность человека и рациональность его мышления.

Ислам, подобно христианству и иудаизму, осуждает самоубийство, но толерантно относится к самоубийцам. Религиозный аспект осуждения суицида в исламе заключается в том, что человек в некотором роде восстаёт против Аллаха, поскольку противится судьбе, которая предопределена каждому свыше. Таким образом, самоубийца добровольно отказывается от Рая и попадает в Ад. В наказание он вновь и вновь будет совершать своё злодеяние. Повторяемость действия в виде наказания напоминает древнегреческий миф о Сизифе.

Итак, в христианстве, иудаизме и в исламе религиозное и этическое осуждение суицида определено в большей степени не священными Книгами, а позицией их толкователей и более поздних учителей веры. В этих религиях существует понятие инобытия (Рая и Ада), откуда нет возврата в мир живых. Смерть — это таинство перехода в инобытие. Она познаваема, но опыт умирания непередаваем. Смерть, как и всё неизвест-

ное, вызывает страх и является важным событием в жизни верующего.

В индуизме и буддизме существует понятие реинкарнации (повторяемость земных перерождений человека), которая обесмысливает акт самоубийства. В этих религиозных учениях нет заикленности на смерти, так как в процессе достижения нирваны человек несколько раз рождается и умирает. Смерть теряет свою уникальность, а добровольный уход из жизни становится бессмысленным. Тем не менее, религиозное самоубийство возводится в ранг подвига и трактуется как самопожертвование Богу или очищение от грехов.

Эти религиозно-философские разночтения по вопросу суицида, как и по другим проблемам, бесспорно, учитывались Л. Н. Толстым. И всё же он осознавал, что его жизненная позиция более всего близка к христианству. Анализируя жизнь современного ему общества, писатель пришел к выводу, что вера дворянства в большей степени формальна и не является органической частью мировоззрения. Следовательно, она не упорядочивает жизнь большинства представителей дворянства и является одним из эпикурейских утешений: «И снова он обращается к народу, творящему жизнь, и видит, что для него вера есть основа жизни. Жизнь верующих высшего круга была противоречием их вере; жизнь верующих из народа была подтверждением их вере; последствием её. И среди них он не видел боязни страдания и смерти, а напротив, спокойную и даже радостную покорность им. Как же отразилась проблема самоубийства в народных верованиях? В народном православии, сочетавшем христианское мировоззрение и элементы язычества, феномену самоубийства придавалось важное значение. В представлениях народа христианское понятие о смертном грехе уступало место чувству опасности, поскольку, согласно язычеству, самоубийцы принадлежали к группе существ, именуемых «заложеными покойниками» [13]. К этой категории относились также жертвы самоубийств, убийств, несчастных случаев и умершие при неизвестных обстоятельствах. «Заложеными покойники» не могут перейти в инобытие до тех пор, пока не наступит конец их жизни, известный только Богу. До этого срока «земля их не принимает» и «небо» тоже. Церковь не служит заупокойные службы за спасение их душ. В итоге они приобретают статус «условно мёртвых» и обитают в пространстве между «миром живых и мёртвых».

Более того, по верованиям русского народа, они представляют большую опасность, поскольку служат сатане. «Нечистая сила» всегда находится в оппозиции к миру живых и по мере возможностей наносит ему вред. Дьявол является проводником в мир ложных ценностей, следуя которым, человек совершает суицид. Согласно записям этнографа С. В. Максимова, «на самоубийцах на том свете сам сатана разъезжает таким образом, что запрягает вместо лошадей, других сажает в кучера править, а сам садится на главном месте вразвалку, понукает и подхлестывает. Когда же са-

тана сидит на своём троне в преисподней, то всегда держит на коленях Иуду, хриstopродавца и самоубийцу» [6, С. 17-18]. Это не единственное свидетельство о связи самоубийцы с дьяволом. По словам фольклориста В. Добровольского, «народу присуще воззрение, что человек не сам лишает себя жизни, а доводит его до самоубийства, иногда даже непосредственно убивает, топит чёрт, леший» [4, С. 204]. Размышления Л. Н. Толстого о смерти и самоубийстве, интерес к данной проблеме в контексте мировых религий, народных верований и философии не случайны и не являлись только личной потребностью автора. Они были результатом той социально-культурной обстановки, которая сложилась в России в 1860- 1880-х гг.

Самоубийство представителей дворянства стало весьма характерной чертой того времени. Близкий же к природе народ, с его естественным восприятием жизни, был менее склонен к суицидальному поведению, чем рефлектирующая «интеллигенция», стремящаяся к благам цивилизации и подверженная влияниям моды. Проблема самоубийства широко начала обсуждаться в печати. В 1870 г. был издан труд правоведа и реформатора Н. С. Таганцева «О преступлениях против жизни по русскому праву», в котором впервые в России суицид сделался предметом изучения и дискуссии [8, С.76]. Вопрос о самоубийстве обсуждался на уровне государства, церкви и науки. Человек, наложивший на себя руки, не мог быть похоронен без предварительного следствия со стороны полицейских и медицинских властей. В науке существовало несколько точек зрения на суицид: одни считали его исключительно результатом душевной болезни (П. М. Ольхин «О самоубийстве в медицинском отношении» (1859)), другие, увлечённые «моральной статистикой», отказывали человеку в проявлении свободной воли и считали, что существуют законы, которые управляют индивидуальными и коллективными действиями. Моральные статисты бросали вызов в вопросе о свободе воли философам и христианской религии. Книга Г. Бокля «История цивилизации в Англии» получила широкую популярность в Москве и Петербурге. Публицист-радикал Варфоломей Зайцев из «Русского слова», следуя за Карлом Фогтом и Адольфом Кетле, объяснял регулярность преступных действий связью между предрасположенностью к преступлениям и состоянием мозга, крови и нервных окончаний. Большая часть русских позитивистов считала самоубийства, как и преступления, результатом влияния социума и определенных социальных условий. Дарвинизм рассматривал самоубийство как следствие борьбы за существование в условиях развития цивилизации.

Сообщения о самоубийствах стали печататься в российских газетах, начиная с 1830-х годов. В 1839 году в «Санкт-Петербургских ведомостях» и «Северной пчеле» появился раздел «дневник происшествий». Затем сообщения о суицидах стали постоянным явлением. Пресса была органом, формирующим общественное мнение и ориентирующимся на вкус массового читателя. Жур-

налы «Отечественные записки», «Дело», «Русское богатство» уделяли особое внимание проблеме. В 1860-1880-е годы феномен самоубийства приобрел статус культурного символа или «знамения времени».

И действительно, пресса сделала тему самоубийств обыденной, приучила людей к этому явлению, способствовала формированию и внедрению в массовое сознание схемы суицидального поведения, более того, предлагала перечень наиболее распространенных способов добровольного ухода из жизни. В популярных печатных изданиях появилась стандартная схема изображения трагического случая: место происшествия, имя самоубийцы, способ самоубийства, состояние тела и фраза «причины самоубийства неизвестны» или «о причинах самоубийства ведётся расследование». Поскольку о личности самоубийцы и обстоятельствах самоубийства было известно мало, наибольшее место в газетном отчете занимало описание тела, заимствованное из отчёта о судебно-медицинском вскрытии. Читатель часто оказывался в роли наблюдателя, осматривающего обезображенное тело вместе с очевидцем событий.

В романе «Анна Каренина» Л.Н. Толстой противопоставил свое понимание проблемы добровольного ухода из жизни нарастающей тенденции унифицирования личности самоубийцы, и как гениальный художник воспроизвел историю человеческой души, находящейся в «пороговой ситуации», в трагическом столкновении добра и зла во всех pro et contra. Обратил внимание на то, что в романе нет подробного описания событий после рокового поступка героини. Писатель вскользь, в нескольких деталях, через восприятие Вронского описал безжизненное тело Анны Карениной. Образно выражаясь, роман Л.Н. Толстого — это «пролог» к газетной заметке, восполняющий самые важные недостающие «детали» из жизни самоубийцы. Произведение автора вступает в полемику с прессой, утверждая приоритет души над телом (возможно, именно этой причиной объясняется метафорическое уподобление любовного акта расчленению тела). Л.Н. Толстой словно предполагал, что после самоубийства Анны в газете появится формальный «отчёт» о происшествии, а истинные причины трагедии останутся в тени. Широкое обсуждение проблемы самоубийства явилось следствием изменений, произошедших в социальной антропологии. Все имело значение: противопоставление научного мировоззрения религиозному (христианскому), приоритет, отдаваемый индивидуальному над коллективным, патернализм в медицине и юриспруденции.

На вторую половину XIX века приходится «изобретение» и пропаганда террористического акта, как вида альтруистического самоубийства. Первой ласточкой было покушение на императора, совершенное в апреле 1866 года бывшим студентом Дмитрием Каракозовым. За ним последовали и другие. Исходя из всего вышесказанного, можно утверждать, что заострение в романе

«Анна Каренина» проблемы самоубийства — не случайное явление в творчестве автора и в русской литературе в целом.

Л.Н. Толстой начал писать роман по случайной случайности, прочитав «Отрывок» А.С. Пушкина, который начинался словами «Гости съехали на дачу...». Кто-то из присутствующих предложил писателю воспользоваться этим началом и написать свое произведение. На следующий день, 18 января 1872 года, Софья Андреевна Толстая в письме к сестре упомянула, что в основу романа легла история, происшедшая в Ясенках: самоубийство женщины (Анны Степановны), из ревности, бросившейся под поезд. Известно, что Л.Н. Толстой ездил смотреть, как её анатомировали в анатомический театр. Возможно, этот случай способствовал размышлениям автора по поводу самоубийства, как выхода из кризисной ситуации. Тем более, что «почва» для подобных размышлений была весьма благодатная: выше мы приводили некоторые факты из личной жизни автора, изучение Толстым философии, мировых религий, имели значение социально-культурная обстановка в России, дискуссия о суициде в печати, реформа закона о самоубийстве и т.д. Кроме того, тема самоубийства была не нова и для Толстого-художника: в ряде произведений 1850-1880-х гг. он дал галерею образов дворян-самоубийц.

Имеет смысл остановиться на поведении героев некоторых художественных произведений Л.Н. Толстого, взяв за точку отсчета степень осознания ими своего стремления уйти из жизни в момент совершения рокового поступка. Л.Н. Толстой в своем раннем творчестве часто обращался к проблеме понимания соотношения в человеке добродетелей и пороков. Древние стоики (Зенон, Клеанф, Хрисипп) сводили благо человека к 4 добродетелям: благоразумию, умеренности, справедливости и мужеству. Противоположности этих понятий являют собой зло.

Поведение Аланина (Набег) и братьев Козельцовых (Севастопольские рассказы), а также Петра Ростова (Война и мир) условно можно отнести к суицидальному, поскольку, мечтая о героическом поступке, они не видели в нем опасности для себя или пытались не видеть. Тем не менее, логика действий, подводит юных героев к роковой черте. Можно полагать, что, решившись на гибель этих персонажей, не успевших познать тяготы жизни, Л.Н. Толстой разделял точку зрения философов на проблему самоубийства: уходить из жизни нужно тогда, когда ты счастлив и находишься на пике своих возможностей. Подобной концепции придерживался Плутарх, позже Гёте реализовал этот жизненный принцип в формуле: «остановись мгновенье, ты прекрасно». Крайняя форма подобного непонимания жизни выражена автором и в героях севастьяновских очерков, и в образе молодого Петра Ростова.

П.М. Бицилли справедливо утверждает, что, по замыслу автора, Петр всецело выражает себя в смерти. К ней он стремится безотчётно, как гётевская бабочка к огню («*Selige Sehnsucht*»). Картина

смерти героя напоминает П.М. Бицилли последние трепетания бабочки, полной жизни, но сгорающей у фонаря [3, С. 488]. Здесь можно уловить соответствие толстовского замысла поэтической метафоре Ф. Ницше, в которой он уподобляет себя свече и отмечает, что он погаснет, как свеча, которую задувает не ветер, но которая сама устаёт от себя и пресыщается собою, — выгоревшая свеча? Или, наконец: задует ли сам себя, чтобы не выгореть? Аланин, братья Козельцовы и Петр Ростов уходят из жизни, «чтобы не сгореть», а зафиксировать кажущуюся им полноту жизни в вечности. Отметим также, что в творчестве Л.Н. Толстого выгоревшая свеча часто является символом человеческой жизни и человека вообще. Образы Андрея Болконского и Алексея Вронского связаны с символом выгоревшей свечи опосредованно. Эти люди разочаровались во всём, что раньше ценили, они испепелены страстями и не дорожат собой. Оба героя не живут, а тлеют, поэтому и выбрали однотипный выход из сложившейся ситуации — война и смерть. Князь Андрей не прятался от пуль, так же, по-видимому, будет воевать и Вронский. Это даёт нам основание рассматривать поведение персонажей как суицидальное, хотя и не вполне осознанное. Следует вспомнить в связи со сказанным и Наташу Ростову. Ее объединяет с Алексеем Вронским попытка самоубийства вследствие несчастной любви. В обоих произведениях существует косвенная перекличка с повестью Гёте «Страдания юного Вертера». В произведении «Война и мир» эта связь является ситуативно-обусловленной.

В романе «Анна Каренина» писатель явно соотносит Вронского с Вертером, отмечая, что матери персонажа «не нравилось то, что по всему, что она узнала про эту связь, это не была та блестящая, грациозная светская связь, но какая-то вертеровская, отчаянная страсть, как ей рассказывали, которая могла вовлечь его в глупости» [11, С. 184]. Вронский, как и герой Гёте, стрелялся из-за любви к замужней женщине. Однако Л. Н. Толстой трансформирует ситуацию: герой пытался свести счёты с жизнью, находясь в полусознательном состоянии, страдая от понимания своей униженности: «Он всё лежал, стараясь заснуть и всё повторял шёпотом случайные слова из какой-нибудь мысли. Он прислушался — и услышал странным, сумасшедшим шёпотом повторяемые слова: «Не умел ценить, не умел пользоваться. «Что это? Или я с ума схожу? — сказал он себе. — Может быть. «Так сходят с ума, — повторил он, — и так стреляются, чтобы не было стыдно», — добавил он медленно» [11, С. 438]. Вронский думал о счастье, потерянном, как ему казалось, навсегда, и о бессмысленности своей предстоящей жизни. Выстрелив в себя, герой удивленно оглянулся и с трудом осознал, что пытался наложить на себя руки. Исходя из текста романа, мы полагаем, что Вронский не вполне осознавал мотивы своего поступка. Он действовал по заложенной в его подсознании модели поведения, сложившейся в обществе, как мы отмечали ранее, и под влиянием литера-

турных образцов. В письме к Н.Н. Страхову от 26 апреля 1876 года Л.Н. Толстой, говоря о бесконечном лабиринте сцеплений в романе «Анна Каренина», остановился на сцене самоубийства Вронского: «Этого никогда со мной так ясно не бывало. Глава о том, как Вронский принял свою роль после свидания с мужем, была у меня давно написана. Я стал поправлять, и совершенно для меня неожиданно, но, несомненно, Вронский стал стреляться. Теперь же для дальнейшего оказывается, что это было органически необходимо» [13, С. 269]. Но вернемся к мотиву сгоревшей свечи. Он в большей степени реализован в образе Анны Карениной. Как отмечалось ранее, свеча в контексте творчества Л. Н. Толстого тесно связана с мотивами судьбы, жизни и смерти. В романе эта мысль подтверждается описанием рокового поступка героини: «Господи, прости мне все!» — проговорила она, чувствуя невозможность борьбы. И свеча, при которой она читала исполненную тревог, обманов, горя и зла книгу, вспыхнула более ярким, чем когда-нибудь, светом, осветила ей все то, что прежде было во мраке, затрещала, стала меркнуть и навсегда потухла» [12, С. 349].

Тот факт, что самоубийство Анны Карениной было не вполне осознанным действием, подтверждают мысли героини: «И в то же мгновение она ужаснулась тому, что делала. «Где я? Что я делаю? Зачем?». Она хотела подняться, откинуться» [12, С. 348]. Что заставило Анну совершить отчаянный поступок? Суицидальное поведение героини во многом обусловлено комплексом импульсов, идущих из глубин подсознания. Связь смерти со снами Анны и Вронского в романе в большей степени обусловлена влиянием фольклорной традиции. Об этом, в частности, свидетельствует сон Анны Карениной о лохматом мужике. В народных представлениях смерть, уподобленная сну, вызывает образы ночного мрака, поскольку заснувший напоминает умершего. Сон Анны о лохматом мужике, хотя и может иметь несколько толкований, все же предвещает смерть героини, и это тоже закономерно. В контексте славянской мифологии образ лохматого мужика может восприниматься как одно из толкований бесовщины, черта, а в силу этого — смерти. «Смерть признавалась у язычников нечистью, злою силою. Смерть и черт в народных сказаниях нередко играют тождественные роли» [1, С. 326-327]. А.Н. Афанасьев также отмечает схожесть их деятельности: они представляют собой «...тип хитрого ловчего и губителя христианских душ...» [1, С. 330]. Черт правит антимиром и является искусителем, он «нашептывает» героине лжеценности, подчиняет ее волю себе, распаяя ее страстность и плотские влечения. Инфернальное начало страсти героев романа проявилось уже в самом начале их отношений. Именно эту черту отметила Кити Щербацкая, увидев на балу Анну вместе с Вронским: «... было что-то ужасное и жестокое в ее прелести. «Да, что-то чуждое, бесовское и прелестное есть в ней», — сказала себе Кити» [11, С. 89]. Вхождение Анны Карениной в сферу дьявольского анти-

мира произошло на платформе станции, во время метели. И это не случайно, т.к. «по народному поверью, зимние вьюги бывают оттого, что нечистые духи, бегая по полям, дуют в кулак. Сверх того, веяние ветров сравнивали с действием кузнечных мехов в руках бога-громовника и его помощников» [1, С. 91]. Бог-громовник имеет двойственный характер: он одновременно является светлым божеством и лукавым, злобным, демоническим существом. В античной мифологии этот амбивалентный образ разделился на две враждебные ипостаси: Зевс — владыка неба, Плутон — царь подземелья или того света, возле плодородящего Тора находится лукавый Локи, который соответствует хромому Гефесту (Вулкану), богу подземного огня, искусному кузнецу. «В народных сказках черт нередко является искусным кузнецом, с чем (как нельзя более) гармонируют и его черный вид, и его пребывание в горящих адским пламенем пещерах» [1, С. 325].

Важно также, что путь бога-громовника был, согласно поверьям, непрямым, следствием чего является изогнутость молнии. Изогнутость пути — изогнутость души. Поэтому кривизна является олицетворением неправды, той кривой дороги, или луки, какую идет человек недобрый, увертливый, не соблюдающий справедливости, а также коварства и хитрости. Эпитет «лукавый» по отношению к бесу закрепила и христианская традиция: «Избави нас от лукавого», — сказано в молитвенном каноне. Все вышеперечисленные признаки беса и бесовства отражены в сцене встречи Анны и Вронского во время метели: «Метель и ветер рванулись ей навстречу и заспорили с ней о двери. И это ей показалось весело. Ветер как будто только ждал ее, радостно засвистел и хотел подхватить, и унести ее. Страшная буря рвалась и свистела между колесами вагонов по столбам из-за угла станции. На мгновение буря затихла, но потом опять налетела такими порывами, что, казалось, нельзя было противостать ей. Согнутая тень человека проскользнула под ее ногами, и послышались стуки молотка по железу» [11, С. 108].

А вот описание объяснения героев: «...как бы одолев препятствия, ветер засыпал снег с крыши вагона, затрепетал каким-то железным оторванным листом, и впереди плачевно и мрачно заревел густой свисток паровоза. Она ничего не отвечала, и на лице ее он видел борьбу» [11, С. 109]. В этой сцене Вронский действует как разбойник, поскольку «крадет» душевное спокойствие Анны, поступает как оболститель, толкающий на несправедливый путь лжи и обмана. Подтверждением тому служат звуковые образы бушующей стихии: «...ветер радостно засвистал, буря свистела, плачевно и мрачно заревел густой свисток паровоза» [11, С. 110]. Необходимо подчеркнуть, что демоном грозовой тучи является и Соловей-разбойник, которому присущ смертоносный свист. Таким же разбойником-похитителем является Анатолий Курагин. Он планировал увезти Наташу Ростову также зимой, во время метели.

Мы уже отмечали ранее, что герою в тексте присутствуют элементы демона-искусителя, хотя и соотносили их с романтической традицией. Курагин, подобно Вронскому, не знал и не думал, что выйдет из его затеи. Влияние дьявольского наваждения на душу, и поведение Анны проявляется в ее движении из света (из вагона) в темноту (на платформу, где царилась ночь и метель). Свет у древних славян ассоциировался с понятием о высшей справедливости и благе, а также с добром, счастьем и нравственным началом в человеке. Темнота связывалась с нечистой силой, неправдой и бесчестием, она враждебна нравственным основам жизни. Анна, вступив в темноту, вошла тем самым в мир беса или антимир, где встретилась с Вронским, который также действует по законам антимира. Неслучайно во время объяснения он стоит в тени: тень в этом эпизоде трактуется как предвестник смерти.

Представляется важным тот факт, что «нечистая сила, по русскому поверью, не знает семейных уз, этих единственных форм, которые у племен патриархальных поддерживали и воспитывали нравственные отношения; она блуждает по свету, не имея мирного пристанища» [1, С. 49].

«Вронский никогда не знал семейной жизни. Женитьба для него никогда не представлялась возможностью. Он не только не любил семейной жизни, но в семье, и в особенности в муже он представлял себе нечто чуждое, враждебное, а всего более — смешное» [11, С. 62].

В семейной жизни Карениных также царилась фальшь, что сразу заметила Долли: «ей не нравился самый дом их; что-то было фальшивое во всем складе их семейного быта» [11, С. 71]. Основной отношений Анны и Вронского была плотская, разрушительная страсть, а не желание создать семью. Они и будут, словно гонимые нечистой силой, вместе скитаться по свету, постепенно охладевая друг к другу. Это хорошо понимал и сам Л. Н. Толстой, утверждая приоритет семьи: «Если цель брака есть семья, то тот, кто захочет иметь много жен и мужей, может быть, получит много удовольствия, но ни в каком случае не будет иметь семьи» — писал он в романе «Война и мир» [10, С. 268].

«Анна Каренина» представляет собой яркое доказательство мысли автора о неизбежности нравственных начал, необходимых для счастливой жизни: в противном случае человек может погибнуть духовно и физически, что и произошло с героиней романа. Мотив брака, свадьбы звучит в сцене метели так же явно, как и мотив бесовщины, антимира. И здесь нет противоречия, поскольку отношения героев определяются законом особой свадьбы-самокрутки.

Барбара Лённkvист в своем исследовании связывает воедино звуки ударов по железу и образ лохматого мужика (которого трактует как кузнеца) именно со свадебным мотивом: «Образ мужика из сна Анны можно трактовать как кузнеца, образ которого имеет широкие культурные коннотации» [14, С. 81]. Кузнец в своей кузнице «кует» судьбу Анны. Отношение этого образа

к браку обусловлено обрядами восточных славян, в соответствии с которыми «кузнец кует свадьбу». Кузнец так же является персонажем тех подблюдных песен, которые поются молодыми русскими девушками в двенадцатую ночь перед Крещением. В песне, которую цитирует Леннkvист, предсказание брака проявляется в том, что кузнецы куют «золотые венцы», используемые в православном венчании. Святочные празднества в двенадцатую ночь также включают в себя эротические игры, во время которых молодые парни, переодетые в кузнецов, «подковывают девок», дотрагиваясь до их ног и ступней щипцами и молотками. Исследовательница справедливо отмечает, что это же выражение «подковать девку» в иносказательном смысле обозначает незаконную любовную связь. «Именно такие коннотации приобретает звук уда-

ра молотка по железу в сцене, где Вронский признается в любви Анне, когда она возвращается в Санкт-Петербург. После его слов о том, что он хотел бы быть везде, где будет находиться Анна, вновь слышен звук дребезжащего железа. Звук ударов по железу и грохота железа сопровождает встречу, которая скрепила отношения между Анной и Вронским» [14, С. 82].

Необходимо обратить внимание и на то, что взаимосвязь мифологического значения кузнеца, кующего брачные узы, с образом красного мешочка Анны Карениной, как женского лона, проявляется в возможности соотношения железа с областью смерти. Удары кузнеца подчеркивают «протivoестественность брака Анны Карениной и Вронского, выраженного в неосознаваемом решении героини не рожать детей» [14, С. 81-82].

Литература

1	Афанасьев А. Н. <i>Древо жизни</i> . — М.: Современник. — 1982. — 464с.	Afanas'ev A.N. <i>Life tree</i> . — М.: Sovremennik. — 1982. — 464s. (In Rus.)
2	Бирюков П. И. <i>Биография Л. Н. Толстого (книга первая)</i> . — М.: Алгоритм. — 2000. — 528с.	Biryukov P.I. L.N. Tolstoy's biography. — М.: Algoritm. — 2000. — 528s. (In Rus.)
3	Бицилли П.М. <i>Проблема жизни и смерти в творчестве Толстого // Л. Н. Толстой: pro et contra</i> . — СПб.: РХГИ. — 2000. — С.473.	Bicilli P.M. <i>Problem of life and death in Tolstoy's creativity// L. N. Tolstoy: pro et contra</i> . — SPb.: RHGI. — 2000. — S. 473. (In Rus.)
4	Добровольский В. <i>Народные сказания о самоубийцах // Живая старина</i> . — № 1. — 1894. — С.204.	Dobovol'skij V. <i>National legends on suicides // ZHivaya starina</i> . — № 1. — 1894. — S.204. (In Rus.)
5	Маковский М.М. <i>Сравнительный словарь мифологической символики в индоевропейских языках: Образ мира и миры образов</i> . — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС. — 1996. — 416 с.	Makovskij M.M. <i>The comparative dictionary of mythological symbolics in Indo-European languages: Image of the world and worlds of images</i> . — М.: Gumanit. izd. centr VLADOS. — 1996. — 416s. (In Rus.)
6	Максимов С.В. <i>Нечистая, неведомая и крестная сила</i> . — СПб. — 1903. — С.15-20.	Maksimov C.B. <i>Evil, unknown and God spirit</i> . — SPb. — 1903. — S.15-20. (In Rus.)
7	Ницше Ф. <i>Сочинение в двух томах. Т. 2</i> . — СПб.: Изд-во Кристалл. — 1998. — 1120с.	Nicshe F. <i>The composition in two volumes. Vol. 2</i> . — Spb.: Izd-voKristall. — 1998. — 1120s. (In Rus.)
8	Паперно И. <i>Самоубийство как культурный институт</i> . — М.: Новое литературное обозрение. — 1999. — 256с.	Paperno I. <i>Suicide as cultural institute</i> . — М.: Novoe literaturnoe obozrenie. — 1999. — 256s. (In Rus.)
9	Сато Юсуке, Сорокина В.В. «Маленький мужик с взъерошенной бородой»: (об одном символическом образе в «Анне Карениной») // <i>Phylologica, Moscow; London</i> . — 1998. — Т.5. — С.139-154.	Sato YUsuke, Sorokina V.V. «The little man with the tousled beard»: (about one symbolical image in «Anna the Kareniny») // <i>Phylologica, Moscow; London</i> . — 1998. — T.5. — S.139-154. (In Rus.)
10	Толстой Л.Н. <i>Полн. собр. соч. — Репр. воспроизвел. изд. 1928-1958 гг.</i> — М.: Terra-Terra. — 1992. — Т. 12. — 424с.	Tolstoj L.N. <i>Collected works. — Repr. vosproizvel. izd. 1928-1958 gg.</i> — М.: Terra-Terra. — 1992. — T. 12. — 424s. (In Rus.)
11	Толстой Л.Н. <i>Полн. собр. соч. — Репр. воспроизвед. изд. 1928-1958 гг.</i> — М.: Terra-Terra. — 1992. — Т.18. — 455с.	Tolstoj L.N. <i>Collected works. — Repr. vosproizved. izd. 1928-1958 gg.</i> — М.: Terra-Terra. — 1992. — T.18. — 455s. (In Rus.)
12	Толстой Л.Н. <i>Полн. собр. соч. — Репр. воспроизвед. изд. 1928-1958 гг.</i> — М.: Terra-Terra. — 1992. — Т.19. — 517с.	Tolstoj L.N. <i>Collected works. — Repr. vosproizved. izd. 1928-1958 gg.</i> — М.: Terra-Terra, 1992. — T. 19. — 517 s. (In Rus.)
13	Толстой Л.Н. <i>Полн. собр. соч. — Репр. воспроизвед. изд. 1928-1958 гг.</i> — М.: Terra-Terra. — 1992. — Т.62. — 571с.	Tolstoj L.N. <i>Collected works. — Repr. vosproizved. izd. 1928-1958 gg.</i> — М.: Terra-Terra. — 1992. — T.62. — 571s. (In Rus.)

14	<i>Lönnqvist B. A text within a text: the dream in «Anna Karenina»//Scando-Slavica. Copenhagen. — 1998. — Т. 44. — P.75-83.</i>	<i>Lönnqvist V. A text within a text: the dream in «Anna Karenina»//Scando-Slavica. Copenhagen. — 1998. — Т. 44. — P. 75-83. (In Eng.)</i>
----	---	--

Сведения об авторе

Безчасный Константин Васильевич — к.м.н., врач психиатр ФКУЗ «Медико-санитарной части МВД России по г. Москве». E-mail: kv2005spb@mail.ru

DOI : 10.31363/2313-7053-2018-3-106-107

Динамическая психиатрия — персонализированная модель лечения, ориентированная на личность пациента (к столетию со дня рождения Г. Аммона)

Васильева А.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева»

Dynamic psychiatry — patients personality oriented personalized treatment model (to the centenary of Gunter Ammon birth)

Vasileva A.V.

V.M. Bekhterev National research medical center of psychiatry and neurology
Health Ministry of Russia, Saint-Petersburg

Персонализированный подход приобретает все большую популярность в современной медицине в целом, однако, к сожалению, надо отметить, что основное внимание отводится генетическим исследованиям, поиску специфических биотипов. Одновременно самими учеными генетиками признается важная роль эпигенетических факторов, влиянию средовых и в первую очередь в широком смысле групповых (общественных, семейных, референтных групп) воздействий на реализацию того или иного генотипа. Собственно, в самом термине заложена именно ориентация на личность, во всем многообразии ее как биологических, так и психосоциальных характеристик. Результаты интердисциплинарных исследований убедительно показывают взаимоперекрываемость звеньев патогенеза и тесную взаимосвязь между психическими и соматическими заболеваниями. Самые современные методы лечения, продемонстрировавшие высокую силу доказательности в эксперименте на практике могут оказаться гораздо менее эффективными при игнорировании психологических аспектов терапевтического процесса. С точки зрения персонализированной парадигмы, интересной представляется модель понимания личности, развития психической и психосоматической патологии в едином скользящем спектре и системы терапевтических воздействий, направленной в первую очередь на личность пациента и ее структурные дефициты, способствующие возникновению и рецидивированию заболевания, основателя немецкой школы динамической психиатрии и Всемирной Ассоциации Динамической Психиатрии (аффилированно члена ВПА) Гюнтера Аммона. Интересно, что его представления нашли подтверждения в ряде современных исследований, выявивших наличие общих для соматической патологии и депрессивных расстройств кластеров генетического риска и утверждающих, что начало одного из заболеваний запускает «патологический каскад» биохимических и патофизиологических процессов, которые могут создавать условия для развития других нарушений.

В концепции Г. Аммона представлена попытка соединить в единую модель структуру личности, включающую в себя ее биологическую основу (генетические особенности, вытекающие из них темперамент и специфическую органическую уязвимость), центральные глубинно-психологические персонологические Я-функции, вторичные по большей части социально обусловленные составляющие личности, проявляющиеся в специфических паттернах поведения и социальных навыках; особенности симптоматики и ее связь с индивидуальным развитием, прежде всего, с особенностями групповой динамики (динамики системы отношений со значимыми другими, в своих осознаваемых и неосознаваемых составляющих). В рамках этой теории симптом является способом патологического восполнения имеющегося дефекта «Я» или дефицита идентичности субъекта (пациента). Он выполняет важную функцию поддержания психического гомеостаза для индивида и всей группы, в которой находится идентифицированный пациент. Смена симптомов при паллиативном лечении отчасти объясняется именно этой необходимостью факта болезни для патологической адаптации. В зависимости от уровня организации личности и степени декомпенсации в скользящем спектре возникают соответствующие психосоматические расстройства. Г. Аммон определяет болезнь и здоровье как динамические процессы, где в клинической картине отражается актуальное состояние личности, которое может измениться, может быть понято и включено в процесс терапии. Болезнь определяется, как неудавшаяся попытка преодоления из неосознаваемого или ставшего непереносимым на данный момент ограничения, как дезинтеграция тела, психики и духа. Одним из принципиальных отличий его подхода является совсем иное, чем в ортодоксальном психоанализе, определение агрессии и признание ее созидательных возможностей и важной роли в процессах самореализации.

Г. Аммон получил сначала классическое психоаналитическое образование, затем он много лет проработал в институте и клинике психиатрии,

созданных К. и В. Меннингерами. Именно там начиналась пионерская работа по интеграции психотерапии в стационарную помощь психически больным. Один из основоположников современной психосоматической медицины Ф. Александер первым предложил термин «динамическая психиатрия», вместе с К. и В. Меннингерами они во многом способствовали упрочению нового направления психиатрии. Эта школа объединила в себе модифицированные идеи классического психоанализа, теории объектных отношений и эгопсихологии, а также принципы системного групподинамического мышления. Карл и Вильгельм Меннингеры были одними из первых, кто начал использовать психотерапию в комплексном стационарном лечении шизофрении, личностных и тяжелых психосоматических расстройств. На этом пути им удалось получить новые данные об этиологии и динамике психических и психосоматических заболеваний, а также разработать методы их реабилитации и ресоциализации, где существенное место заняли более дифференцированные психотерапевтические подходы, такие, как групповая и милье-терапия, экспрессивные формы психотерапии, подробно представленные в данной книге.

12 мая 2018 г. в Берлине прошел международный симпозиум «Способность к поддержанию мира (миротворчеству), идентичность и группа», посвященный столетию со дня рождения основателя немецкой школы динамической психиатрии и аффилированного члена ВПА Всемирной ассоциации динамической психиатрии (ВАДП) Гюнтера Аммона и 50-летию юбилею Берлинского научного и учебного института. Российских и немецких коллег связывает практически полувековое интенсивное научное сотрудничество. Гюнтер Аммон был одним из первых западных ученых, психиатров, проявивших интерес к советской психиатрии, он всегда считал отечественных специалистов важной частью мирового профессионального сообщества, выступал против их исключения из ВПА, неоднократно посещал научные мероприятия во времена Советского Союза, проводившиеся в Тбилиси, Баку, Москве, Ленинграде.

Наиболее интенсивное научно-практическое сотрудничество у школы динамической психиатрии сложилось с коллегами из НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Это объясняется определенной общностью теоретических позиций: признание основополагающей биопсихосоциальной парадигмы, апелляция в первую очередь к личности больного и ее здоровому ресурсу в процессе лечения, акцент на принцип партнерства и ориентация на реинтеграцию пациента в социум, а не только на редукцию симптомов. За время сотрудничества были реализованы многочисленные научные и образовательные проекты, открыты отделения динамической психиатрии в российских психиатрических больницах. Санкт-Петербург трижды принимал у себя всемирный конгресс ВАДП, были подготовлены монографии



На фото: руководитель российского отделения ВАДП А.В. Васильева вручает генеральному секретарю ВАДП проф. Марии Аммон, вдове Гюнтера Аммона подготовленный российскими коллегами сборник классических трудов Г. Аммона и работ его учеников и последователей из разных стран мира.

и учебные пособия. Основные вехи совместной работы и наиболее интересные события были отражены в докладе проф. Н.Г. Незнанова и д.м.н. А.В. Васильевой, представленном на симпозиуме. Другие докладчики проф. М. Аммон и проф. И. Бурбиль осветили научную биографию Г. Аммона и этапы развития его учения, в частности, указав на то, что он был первым, кто использовал групповую психотерапию в ФРГ. Известный немецкий нейробиолог и популяризатор проф. Й. Бауэр представил данные современных нейровизуализационных исследований по функционированию самости в индивидуалистских и групповых культурах, что отчасти объективизирует предположения, высказанные Г. Аммоном в 70-е гг. прошлого века. Симпозиум прошел в атмосфере интенсивного профессионального обмена, председатель Берлинской врачебной палаты также пришел сердечно поприветствовать участников. Российское отделение ВАДП к этой юбилейной дате подготовило монографию на английском языке, в которую вошли основные труды Г. Аммона, а также работы его учеников и последователей из Германии, России, Франции, Израиля, Польши, не только известных специалистов, но и молодых ученых, в которых идеи динамической психиатрии получили свое дальнейшее развитие.

DOI : 10.31363/2313-7053-2018-3-108-109

Об организации «Международного общества друзей В.М. Бехтерева»

Незнанов Н.Г., Акименко М.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева»

Резюме. В сообщении приводится информация о создании новой общественной организации на базе «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» с целью дальнейшего углубленного изучения научного наследия В.М. Бехтерева и создания на этой основе его Персональной Энциклопедии В.М. Бехтерева.

Ключевые слова: В.М. Бехтерев, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, научное наследие.

On the Foundation of the "V. M. Bekhterev Friends' International Society"

Neznanov N.G., Akimenko M.A.

Federal State Budgetary Institution "V. M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology" of the Russian Federation Ministry of Health

Summary. The article presents information about the foundation of a new public organization, the "V. M. Bekhterev Friends' International Society", at the V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology with the aim to further extend the study of V.M. Bekhterev's scientific legacy and to create, on the basis of the Society, the V. M. Bekhterev Encyclopedia.

Key words: V.M. Bekhterev, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, scientific legacy.

17 мая 2018 г., в первый день проведения Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Клиническая психиатрия XXI века: интеграция инноваций и традиций для диагностики и оптимизации терапии психических расстройств», посвященной памяти профессора Руслана Яковлевича Вовина (90-летию со дня рождения), состоялось учредительное собрание «Международного Общества друзей В.М. Бехтерева» в помещении мемориального музея В.М. Бехтерева при ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗРФ.

Владимир Михайлович Бехтерев (1857-1927) — ученый широчайшего диапазона (морфолог, физиолог, невропатолог, психиатр, психолог, философ, педагог), необычайного богатства мысли и творческой продуктивности. Он обладал удивительным инстинктом нового в науке, став основоположником психоневрологии в России, — первым осознав ее историческую необходимость. Он утвердил своими многочисленными научными открытиями приоритет отечественной науки во многих областях учения о мозге и мозговой патологии.

Для реализации идей по развитию психоневрологии В.М. Бехтерев в 1907 г. основал в Санкт-Петербурге Психоневрологический институт, носящий с 1925 г. его имя, который вот уже 111 лет успешно развивает научное наследие этого самобытного русского ученого и мыслителя. В 2017 г., изменился статус института — он стал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бех-

терева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, что не изменило приверженности к традициям, заложенным великим ученым.

Для дальнейшего углубленного изучения научного наследия В.М. Бехтерева сотрудникам «Национального центра» представлялось целесообразным создать «Международное Общество друзей В.М. Бехтерева» при ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, которое, по нашему мнению, призвано преследовать две цели: научную и практическую.

Научная цель «Общества» заключается в дальнейшей углубленной разработке научного наследия В.М. Бехтерева, в оценке роли зарубежного опыта в его научном творчестве, в изучении влияния научных достижений В.М. Бехтерева на развитие мировой науки, а также в изучении этапов жизненного пути В.М. Бехтерева.

Практическая цель «Общества» состоит в использовании накопленных данных для создания Всемирной Персональной Энциклопедии В.М. Бехтерева, которую мы хотели бы подготовить к 2027 г., к столетию его трагической кончины

Принять участие в работе «Общества» выразили желание 67 представителей различных специальностей: врачи общей практики, научные сотрудники, физиологи, психиатры, неврологи, психологи, историки медицины не только из Санкт-Петербурга и Москвы, но из Вятки, Набережных Челнов и других регионов России, а также из зарубежья. Среди них: ректор Тартуского университета академик ЭАН Т.К. Асер, ректор Российского государственного педагогического уни-

верситета им. А.И. Герцена, член-корреспондент РАО С.И. Богданов, академик РАН А.А. Скородец, академик РАН С.В. Медведев, директор Института истории медицины Рижского университета им. П. Страдыня Ю.М. Салакс, профессор И. Кестнер (Лейпциг), профессор Е. Ружечка (Карлов Университет, Прага), член-корреспондент РАН М.М. Одинак и др. специалисты.

На учредительном собрании был утвержден «Устав Общества», «Диплом», который будет вручен членам «Общества», а также принят к реализации ряд практических задач, стоящих перед членами «Общества». Среди первоочередных задач, значится: 1) дальнейшее изучение архивных материалов, относящихся к жизнедеятельности и научному творчеству В.М. Бехтерева, в том числе к созданному им научному направлению — психоневрологии и 2) создание в самом «Обществе» специальных секторов для изучения конкретных тем, относящихся к составлению Энциклопедии В.М. Бехтерева («Библиография В.М. Бехтерева», «Биография В.М. Бехтерева, этапы и события», «Казанский период творчества В.М. Бехтерева», «Работа в Военно-медицинской Академии», «Психоневрологический институт» и т.д. — на сегодняшний день их более 40) с выделением лиц, ответственных за ту или иную тему исследований. На основании полученных данных будет создан «словник» «Всемирной Персональной Энциклопедии В.М. Бехтерева».

Завершается работа над составлением полной библиографии трудов и выступлений В.М. Бехте-

рева на русском языке (около 1700 работ), многие из которых не потеряли актуальности и в настоящее время, в том числе, и работы по социальной психологии. Уже собраны материалы по библиографии работ В.М. Бехтерева, изданных на немецком, французском и английском языках, что дает представление о том, какие работы В.М. Бехтерева представляли интерес для зарубежных исследователей.

Кроме того, подготовлен список приблизительно на 700 персоналий, т.е. лиц которые имели к В.М. Бехтереву непосредственное отношение: сотрудники в Казанском университете, в Военно-медицинской академии, в Психоневрологическом Институте, соавторы его работ, либо лица, на работы, которых имеются опубликованные выступления В.М. Бехтерева, его ученики, преподаватели Университета при Психоневрологическом Институте и его выпускники, родственники великого ученого и т.д. Несомненно, что этот список будет еще дополняться. Биографии этих замечательных людей, о которых нам выпадет честь писать в энциклопедии, во многом составили историю психоневрологии. Они, несомненно, одобрили бы нашу инициативу, поскольку начатое ими дело уже более ста лет успешно развивается.

Создание «Всемирной Персональной Энциклопедии В.М. Бехтерева» будет служить В.М. Бехтереву достойным памятником.

Всех желающих принять участие в этом проекте приглашаем к сотрудничеству.

Сведения об авторах

Незнанов Николай Григорьевич — з. д. н. РФ, д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: spbinstb@bekhterev.ru

Акименко Марина Алексеевна — д.м.н., профессор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, главный хранитель мемориального музея В.М. Бехтерева. E-mail: akimenko-m@yandex.ru

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА

на научно-практический рецензируемый журнал

«Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева»

Учредителем журнала, основанного в 1896 году Владимиром Михайловичем Бехтеревым, является ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Издание входит в рекомендованный ВАК РФ перечень научных журналов для опубликования основных научных результатов диссертаций. Выходит 4 раза в год.

В редакционный совет журнала входят известные российские ученые, врачи-психиатры и психологи, а также представители ведущих научных учреждений в области психиатрии и психологии из стран дальнего и ближнего зарубежья.

Подписаться на журнал можно в любом почтовом отделении.
Подписной индекс по каталогу агентства «Роспечать» —

70232 (полугодовая подписка)

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

Требования к содержанию и оформлению статей, направляемых в журнал «Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева»

1. К рассмотрению принимаются рукописи, ориентированные на тематические рубрики журнала и соответствующие профилю журнала и настоящим требованиям. Журнал публикует результаты оригинальных исследований, обзорные статьи, статьи проблемного характера, краткие сообщения, дискуссионные работы, информацию в раздел «Психиатрическая газета».

Статья должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа; к статьям, выполненным по личной инициативе автора (идущей не от учреждения), должно прилагаться подписанное письмо с просьбой о публикации. Как в официальном направлении от учреждения, так и в письме с просьбой о публикации, должно быть указано, что статья ранее не была опубликована в других изданиях. Ответственность за достоверность этих сведений несут авторы статьи.

Статья подписывается всеми авторами. Направление от учреждения и страницу с подписями авторов можно прислать в отсканированном виде или обычным письмом по почте.

2. В конце статьи должна быть представлена следующая информация о каждом авторе:

ФИО полностью, ученая степень и звание, иные регалии, должность и полное название учреждения (учреждений), в котором работает автор, адрес электронной почты.

Автор, ответственный за переписку с редакцией, указывает и свой телефон.

3. Присылаемые статьи должны быть написаны на русском языке, шрифтом Times New Roman, размер шрифта 14, междустрочный интервал — 1,5, примерный объем одной страницы — стандартные 1800 знаков (считая с пробелами).

Правила оформления статей:

1) после названия статьи указываются фамилии и затем инициалы всех авторов, далее названия учреждений, которые представляют авторы. В случае, когда соавторы представляют более одного учреждения, рядом с фамилией каждого автора должна стоять цифровая сноска (сноски), указывающая на его принадлежность к конкретному учреждению (учреждениям);

2) - объем проблемной статьи не должен превышать 35 тыс. знаков (считая с пробелами) вместе со списком литературы, аннотациями и информацией об авторах (10-12 страниц без списка литературы);

- объем обзорных статей не должен превышать 45 тыс. знаков (считая с пробелами) вместе со списком литературы, аннотациями и информацией об авторах (12-15 страниц без списка литературы);

- статьи в другие рубрики журнала должны быть не более 30 тыс. знаков (8-10 страниц без списка литературы);

- все аббревиатуры (кроме общепринятых сокращений) при первом упоминании должны быть раскрыты;

- таблицы должны иметь название и нумерацию, их заголовки точно отображать содержание графа, а все цифровые данные должны соответствовать цифрам в тексте статьи. Таблицы не должны полностью дублировать цифровые показатели, уже приведенные в тексте. Каждый рисунок, диаграмма, график, иллюстрация также должны быть пронумерованы и иметь название, помещаются в тексте статьи;

- статья, а также таблицы, рисунки (графики), информация об авторах и аннотации подаются единым документом (файлом). Название файла состоит из фамилии первого автора на русском языке. Рисунки, графики и фотографии (иллюстрации) должны быть черно-белыми;

- статьи, содержащие результаты оригинальных исследований, должны включать следующие разделы: введение, материалы и методы, результаты, заключение или выводы;

- в разделе «материалы и методы» должны быть подробно описаны: общая схема проведения исследования, критерии включения и невключения в исследование, терапевтические интервенции (если таковые имели место), методы оценки результатов исследования, методы статистического анализа должны быть также подробно описаны.

В статьях, содержащих результаты исследований на пациентах или здоровых испытуемых, обязательно указывается наличие подписанного информированного согласия и наличие одобрения локального этического комитета (указать точное название).

Обязательно должны быть представлены на русском и английском языках аннотации работы, включающие название статьи, фамилии и инициалы авторов, официальное название учреждения (в английской версии — именно официальное название, а не вольный перевод), кратко изложенные результаты работы и ключевые слова.

4. После текста статьи приводится список литературы (библиографический список). Цитируемая литература нумеруется и приводится в алфавитном порядке (сначала работы на русском языке, потом — на иностранных языках). Не допускаются ссылки на неопубликованные работы. Номер ссылки в тексте статьи заключается в квадратные скобки и должен соответствовать нумерации в списке литературы.

Библиографическое описание оформляется в виде трехколоночной таблицы: первый столбец — порядковый номер источника, второй столбец — описание источника на русском языке согласно действующему ГОСТ (2010) для журнальных статей, третий столбец — библиографическое описание для международных индексов цитирования. Ссылки на зарубежные источники выглядят во втором и третьем столбцах одинаково. В конце библиографического описания приводится DOI статьи, если таковой имеется.

В третьем столбце фамилии и инициалы авторов на латинице и название научной работы на английском языке приводятся в оригинальной транскрипции, далее следует название русскоязычного журнала (книги, сборника) в транслитерации на латиницу в стандарте BSI, а уже далее следуют выходные данные (год, том, номер, страницы). Автоматическая транслитерация в стандарте BSI может быть произведена на страничке <http://ru.translit.net/?account=bsi> В конце источника с транслитерацией в круглые скобки помещают язык публикации: (In Rus.).

Ниже дан пример таблицы со списком литературы.

1	Буторин Г.Г., Бенько Л.А. К проблеме классификации клинических форм детской невропатии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2017. — № 4. — С. 3-12.	Buturin, G.G., Benko L.A. To the problem of classification of clinical forms of the pediatric neuropathy. Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2017; 4: 3-12. (In Rus.).
2	Гасанов Р.Ф., Макаров И.В. Роль мо-ноаминов у детей с гиперкинетическим расстройством // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2017. — Т. 117, № 11-2. — С. 88-91. DOI: 10.17116/jnevro201711711288-91	Gasanov R.F., Makarov I.V. Monoamine metabolism in children with hyperkinetic disorder. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Kor-sakova. 2017; 117 (11-2): 88-91. (In Rus.). DOI: 10.17116/jnevro201711711288-91
3	Makarov I.V., Kravchenko I.V. The syndrom of fantasizing in children and adolescents. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. — Vol. 60 (5). — S. 158. — July 2012. DOI: 10.1016/j.neurenf.2012.04.199	Makarov I.V., Kravchenko I.V. The syndrom of fantasizing in children and adolescents. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. Vol. 60 (5): S158. July 2012. DOI: 10.1016/j.neurenf.2012.04.199

5. Прочие условия.

Статья, не соответствующая требованиям, к публикации не принимается. Редакция оставляет за собой право редактировать текст при обнаружении технических или смысловых дефектов либо возвращать статью автору для исправления или сокращения, в том числе при наличии значительного количества грамматических ошибок.

Все рукописи, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование. Рецензия направляется авторам для внесения исправлений и доработки текста согласно замечаниям рецензента. Автор обязан предоставить исправленный вариант рукописи в срок не более 30 дней с даты отправки ему рецензии.

Датой поступления статьи считается день получения редакцией окончательного текста. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Плата за публикацию рукописей не взимается.

6. С материалами выпусков журнала можно ознакомиться на сайте ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ www.bekhterev.ru и Российского общества психиатров www.psychiatr.ru

Статье следует направлять ответственному секретарю журнала, д.м.н., профессору Игорю Владимировичу Макарову, адрес электронной почты ppsy@list.ru, тел./факс: +7 (812) 412-72-53.

Адрес для почтовой переписки: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3. НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, в редакцию журнала «Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева».

