



ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

имени В. М. Бехтерева



№ 4

2018 год

Основан в 1896 г. В. М. Бехтеревым

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



ЛП-0011540

П №011966/02

ЛП-003090



www.cscpharma.ru



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. Muratorio 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
№ 4, 2018

V.M. BEKHTEREV REVIEW OF PSYCHIATRY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

Главный редактор	Editor-in-chief
Н.Г. Незнанов, д.м.н., профессор, засл. деятель науки РФ (Санкт-Петербург)	N.G. Neznanov (Saint-Petersburg)
Заместители главного редактора	Deputy Chief Editor
Е.М. Крупницкий, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)	E.M. Krupitsky (Saint-Petersburg)
В.А. Михайлов, д.м.н. (Санкт-Петербург)	V.A. Mikhailov (Saint-Petersburg)
Члены редакционной коллегии	Editorial board
А.В. Васильева, д.м.н. (Санкт-Петербург)	A.V. Vasileva (Saint-Petersburg)
Л.Н. Горобец, д.м.н., профессор (Москва)	L.N. Gorobets (Saint-Petersburg)
Т.А. Караева, д.м.н. (Санкт-Петербург)	T.A. Karavaeva (Saint-Petersburg)
В.Л. Козловский, д.м.н. (Санкт-Петербург)	V.L. Kozlovskiy (Saint-Petersburg)
А.П. Коцюбинский, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)	A.P. Kotsubinsky (Saint-Petersburg)
А.О. Кибитов, д.м.н. (Москва)	A.O. Kibitov (Moscow)
Г.Э. Мазо, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)	G.E. Mazo (Saint-Petersburg)
И.В. Макаров, д.м.н., профессор (ответственный секретарь) (Санкт-Петербург)	I.V. Makarov (executive secretary) (Saint-Petersburg)
С.Н. Мосолов, д.м.н., профессор, засл. деятель науки РФ (Москва)	S.N. Mosolov (Moscow)
А.Б. Шмуклер, д.м.н., профессор (Москва)	A.B. Shmukler (Moscow)
О.Ю. Шелкова, д.псих.н., профессор (Санкт-Петербург)	O.Yu. Shchelkova (Saint-Petersburg)
В.М. Ялтонский, д.м.н., профессор (Москва)	V.M. Yaltonsky (Moscow)
Члены редакционного совета	Editorial council
Ю.А. Александровский, д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН (Москва)	Yu.A. Alexandrovsky (Moscow)
С.А. Алтынбеков, д.н.м., профессор (Алматы)	C.A. Altynbekov (Almaty)
М. Аммон, д.псих.н. (Берлин)	M. Ammon (Berlin)
Т.Н. Балашова, к.псих.н., профессор (Оклахома)	T.N. Balachova (Oklahoma)
Н.А. Бохан, д.м.н., профессор, академик РАН, засл. деятель науки РФ (Томск)	N.A. Bohan (Tomsk)
Л.И. Вассерман, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)	L.I. Wasserman (Saint-Petersburg)
В.Д. Вид, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)	V.D. Vid (Saint-Petersburg)
А.Ю. Егоров, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)	A.Yu. Egorov (Saint-Petersburg)
С.Н. Ениколопов, к.псих.н., доцент (Москва)	S.N. Enikolopov (Moscow)
Х. Кассинов, профессор (Нью-Йорк)	H. Kassinov (New York)
В.Н. Краснов, д.м.н., профессор (Москва)	V.N. Krasnov (Moscow)
О.В. Лиманкин, д.м.н. (Санкт-Петербург)	O.V. Limankin (Saint-Petersburg)
Н.Б. Лутова, д.м.н. (Санкт-Петербург)	N.B. Lutova (Saint-Petersburg)
В.В. Макаров, д.м.н., профессор (Москва)	V.V. Makarov (Moscow)
П.В. Морозов, д.м.н., профессор (Москва)	P.V. Morozov (Moscow)
В.Э. Пашковский, д.м.н. (Санкт-Петербург)	V.E. Pashkovskiy (Saint-Petersburg)
Н.Н. Петрова, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)	N.N. Petrova (Saint-Petersburg)
Ю.В. Попов, д.м.н., профессор, засл. деятель науки РФ (Санкт-Петербург)	Yu.V. Popov (Saint-Petersburg)
П.И. Сидоров, д.м.н., профессор, академик РАН (Архангельск)	P.I. Sidorov (Arkhangelsk)
А.Г. Софронов, д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН (Санкт-Петербург)	A.G. Sofronov (Saint-Petersburg)
Е.В. Снедков, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)	E.V. Snedkov (Saint-Petersburg)
С. Тиано, профессор (Тель-Авив)	S. Tiano (Tel-Aviv)
А.С. Тиганов, д.м.н., профессор, академик РАН (Москва)	A.S. Tiganov (Moscow)
Б.Д. Цыганков, д.м.н., профессор, член-корр. РАН (Москва)	B.D. Tsygankov (Moscow)
С.В. Цыцарев, профессор (Нью-Йорк)	S.V. Tsytsarev (New York)
Е. Чкония, д.м.н. профессор (Тбилиси)	E. Chkonია (Tbilisi)
А.В. Шаболтас, к.псих.н. (Санкт-Петербург)	A.V. Shaboltas (Saint-Petersburg)
В.К. Шамрей, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)	V.K. Shamrej (Saint-Petersburg)
В.М. Шкловский, д.пс.н., профессор, академик РАО (Москва)	V.M. Shklovsky (Moscow)
Э.Г. Эйдмиллер, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)	E.G. Eidemiller (Saint-Petersburg)
К.К. Яхин, д.м.н., профессор (Казань)	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.

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

Нейровизуализация гиппокампа: роль в диагностике болезни Альцгеймера на ранней стадии
Незнанов Н.Г., Ананьева Н.И., Залуцкая Н.М., Андреев Е.В., Ахмерова Л.Р., Ежова Р.В., Саломатина Т.А., Стулов И.К.

Доказательная психотерапия психозов: современный анализ проблемы
Вид В.Д., Лутова Н.Б.

ИССЛЕДОВАНИЯ

Аффективная симптоматика субклинического уровня у подростков
Дашиева Б.А., Карауш И.С., Куприянова И.Е.

Психологическая диагностика факторов риска вовлечения подростков в употребление наркотических веществ: разработка методической проблемы
Часть 2. Критериальная валидность шкал и анализ профилей
Деменко Е.Г., Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Брюн Е.А., Аршинова В.В.

Интернет-зависимое поведение у подростков с психическими расстройствами
Егоров А.Ю., Чарная Д.И., Хуторянская Ю.В., Павлов А.В., Гречаный С.В.

Опросник для оценки структуры и выраженности эмоционального выгорания у матерей подростков, больных шизофренией
Кмить К.В., Попов Ю.В., Боcharов В.В., Яковлева О.В.

Клинико-нейрофизиологические особенности психических расстройств у больных ВИЧ-инфекцией
Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б., Хобейш М.А., Захарова Н.Г., Киссин М.Я.

Взаимосвязь исполнительных функций и суицидальных тенденций у девушек-подростков с нервной анорексией
Пичиков А.А., Попов Ю.В., Яковлева Ю.А.

Показатели социально-психологической адаптации и эмоционального статуса подростков и лиц юношеского возраста
Эворт Л.С., Потупчик Т.В., Гришкевич Н.Ю., Ахмедьдинова Ю.Р.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

ПТСР у пациенток с раком молочной железы после оперативного лечения (мастэктомии). Клинико-психологические особенности
Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П., Вайс Э.Э., Яковлева Ю.А.

Роль ацетилхолиновой нейротрансмиссии в патогенетической терапии болезни Альцгеймера
Захаров Д.В., Михайлов В.А., Котюбинская Ю.В.

Динамика клинико-психологических показателей больных с тревожными невротическими расстройствами при лечении краткосрочной индивидуальной аналитико-катартической психотерапией
Ильченко Е.Г., Караваева Т.А., Яковлева Ю.А.

Этические проблемы информированного добровольного согласия у больных шизофренией в связи с особенностями их когнитивного функционирования
Семенова Н.В., Янушко М.Г., Яковлева Ю.А.

Опыт материнства у женщин, инфицированных ВИЧ
Трегубенко И.А., Выходцев С.В., Федорова А.И., Лукьянова А.А.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

Резолюция Всероссийского конгресса с Международным участием «Женское психическое здоровье: междисциплинарный статус (к 100-летию кафедры психиатрии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, бывшего Женского Медицинского Института)»

PROBLEM-SOLVING ARTICLES

Neurovisualisation of the hippocampus: role in diadnostic of the early alzheimer disease
Neznanov N.G., Ananyeva N.I., Zalutskaya N.N., Andreev E.V., Akhmerova L.R., Ezhova R.V., Salomatina T.A., Stulov I.K.

The evidence-based psychotherapy of psychoses: current analysis of the problem
Vid V.D., Lutova N.B.

INVESTIGATIONS

Affective symptoms subclinical level in adolescents
Dashieva B., Karaush I., Kupriyanova I.

Psychological diagnostic of risk factors for involving adolescents in the use of narcotic substances: the development of a methodical complex.
Part 2. Criterion validity and analysis of profiles
Demenko E.G., Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh., Brun E.A., Arshinova B.V.

Internet-dependent behavior in adolescents with mental disorders
Egorov A.Y., Charnaya D.I., Khutorianskaya Y.V., Pavlov A.V., Grechanyi S.V.

The questionnaire designed to measure structure and severity of emotional burnout among mothers of adolescents with schizophrenia
Kmit K.V., Popov Y.V., Bocharov V.V., Yakovleva O.V.

Clinical and neurophysiological features of mental disorders in patients with HIV infection
Neznanov N.G., Khalezova N.B., Hobeys M.A., Zakharova N.G., Kissin M.Ya.

The interrelation of executive functions and suicidal tendencies in adolescent girls with anorexia nervosa
Pichikov A.A., Popov Y.V., Yakovleva Iu.A.

Indicators of socio-psychological adaptation and emotional status of adolescents and adolescents
Evert L.S., Potupchik T.V., Grishkevich N.Yu., Akhmeddinova Yu.R.

GUIDELINES FOR THE PRACTITIONER

Breast cancer related PTSD in patients after surgical treatment (mastectomy). Clinical and psychological issues
Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Lukoshkina E.P., Veiss E.E., Yakovleva Iu.A.

Choline Alphoscerat (Gliatilin) in the pathogenetic therapy of Alzheimer's disease
Zaharov D.V., Mihailov V.A., Kotsiubinskaya Y.V.

Dynamics of clinical and psychological indicators of patients with anxiety neurotic disorders in the treatment of short-term individual analytical-cathartic psychotherapy
Ilchenko E.G., Karavaeva T.A., Yakovleva Iu. A.

Ethical issues of the informed consent procedure in schizophrenia patients in view of cognitive dysfunction
Semenova N.V., Yanushko M.G., Yakovleva A.Iu.

Maternity Experience of HIV-infected Women
Tregubenko I.A., Vykhodtcev S.V., Fedorova A.I., Lukyanova A.A.

PSYCHIATRIC NEWSPAPER

Resolution of Russian Congress with International participation «Women's mental health: interdisciplinary status»

Нейровизуализация гиппокампа: роль в диагностике болезни Альцгеймера на ранней стадии

Незнанов Н.Г., Ананьева Н.И., Залуцкая Н.М., Андреев Е.В., Ахмерова Л.Р.,
Ежова Р.В., Саломатина Т.А., Стулов И.К.
Национальный медицинский исследовательский центр неврологии и психиатрии
им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Резюме. В работе на основании литературных данных и собственного опыта проанализированы данные МРТ-исследования медиобазальных отделов височных долей у здоровых добровольцев и пациентов с болезнью Альцгеймера на ранней стадии. Определен способ выявления и измерения объемов различных отделов гиппокампа.

Ключевые слова: болезнь Альцгеймера, гиппокамп, МРТ, сегментация.

Neurovisualisation of the hippocampus: role in diagnosis of the early alzheimer disease

Neznanov N.G., Ananyeva N.I., Zalutskaya N.N., Andreev E.V., Akhmerova L.R.,
Ezhova R.V., Salomatina T.A., Stulov I.K.
Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology

Summary. In our study we have analyzed MRI of mediobasal parts of temporal lobes in healthy volunteers and patients with Alzheimer disease in early stage based on medical literature and our experience. We have determined method of definition and volume evaluation of different hippocampal subfields.

Key words: anatomical variants, temporal lobe epilepsy, hippocampus, MRI, segmentation.

Количественные данные о размерах и толщине структур головного мозга в норме и при патологии чрезвычайно актуальны не только для понимания вариантов нормы, но и для уточнения патологических изменений, особенно на ранних стадиях заболеваний головного мозга [1, 18, 19, 21]. Поэтому исследования, проведенные методами нейровизуализации, позволяющие получать такие данные, столь важны для неврологии, психиатрии, медицинской психологии [1, 2, 3, 6, 15, 16]. Одним из современных и наиболее перспективных методов изучения анатомии головного мозга является магнитно-резонансная томография (МРТ), которая позволяет получать прижизненную морфометрическую характеристику головного мозга и его структур [4, 5, 17]. В большинстве литературных источников по МРТ представлен качественный [4, 6, 10, 15] и, в меньшей степени, количественный анализ структур головного мозга [3, 5, 7, 12]. Такие данные востребованы, прежде всего, как основа оценки изменений структур головного мозга при различной его патологии.

В настоящее время в международной литературе широко обсуждается вопрос о заинтересованности структур лимбической системы в реализации различных патологических состояний головного мозга [8, 9, 11, 13]. Однако получаемые результаты носят нередко противоречивый характер. Это может быть связано с недостаточной разработанностью нормы объемных и линейных размеров структур головного мозга, ответственных за функционирование когнитивной и эмоциональной сферы человека, в том числе в разные возрастные периоды [12, 14].

В связи с этим мы попытались в данной работе уточнить изменения объемов гиппокампа, его субрегионов и субполей на примере болезни Альцгеймера на ранней стадии в сравнении с нормальным возрастным старением.

Материалы и методы

Проведено обследование 150 человек в возрасте от 55 лет и больше, проходивших психолого-психиатрическое обследование на геронтологическом отделении ФГБУЗ НМИЦ НП им. В.М. Бехтерева. Все пациенты без выраженной неврологической и психопатологической симптоматики, а также без сахарного диабета, выраженных повышений артериального давления, атеросклероза и нейроинфекций.

В тесте MMSE пациенты набрали от 23 до 27 баллов (среднее значение - 25 баллов, в тесте «Рисование часов» — от 2 до 10 баллов (среднее значение - 7 баллов), в тесте «Батарейка лобной дисфункции» — от 10 до 17 баллов (среднее значение — 13 баллов).

Из этого числа пациентов было выделено 2 группы по 10 пациентов:

1 группа (основная): пожилые люди (мужчины и женщины) в возрасте от 55 лет, страдающие болезнью Альцгеймера (10 человек). Всем испытуемым контрольной группы был поставлен диагноз болезнь Альцгеймера на стадии ранней деменции.

2 группа (контрольная): условно-здоровые добровольцы в возрасте от 55 лет (10 человек) без неврологической и психопатологической симптоматики.

Общий статистический анализ результатов исследований выполнялся с использованием пакета

тов статистических программ «Statistica 6.0 for Windows» и «Microsoft Excel 2003».

Сканирование проводилось на МРТ-сканере AtlasExelartVantageXGV (Toshiba, Япония) с индукцией магнитного поля 1.5 Тесла. Использовали стандартную 8-канальную катушку для головы. Стандартный протокол МРТ головного мозга включал в себя импульсные последовательности быстрого спинного эха (FSE) для получения T1-взвешенных изображений (T1-ВИ) и T2-ВИ, а также T2-Flair-ВИ. Для прицельного исследования медиобазальных отделов височных долей применяли дополнительный протокол, включающий выполнение Flair-oblique Cor и Real IR-oblique Cor с толщиной среза 2.2 мм перпендикулярно к длинной оси гиппокампа, при котором визуализируются структуры медиобазальных отделов височных долей: энторинальная кора, головка, тело и хвост гиппокампа, височные рога боковых желудочков, цистерны основания мозга.

На следующем этапе выполнялась 3D-MPRAGE-ИП по следующему протоколу: TR=12, TE=5, FOV=25.6, MTX=256, ST=2.0, FA=20. Для определения объемов структур головного мозга выполнялась последующая постобработка и выполнение воксельной волюметрии как в автоматическом режиме (программные среды FreeSurfer), а также полуавтоматически и вручную (программный пакет DISPLAY) (Montreal Neurological Institute, Quebec,

Canada) [26]. В программной среде FreeSurfer 6.0 отдельно проводилась сегментация гиппокампа по субполям и субрегионам. FreeSurfer — программный пакет, который изначально разрабатывался для сегментации лишь кортикальных структур головного мозга, а позже эволюционировал до полноценного инструмента сегментации и визуализации структурных и функциональных структур (FreeSurfer/ MassachusettsGeneralHospital — URL: <http://surfer.nmr.harvard.edu>).

Изменения объема гиппокампа имеются при многих заболеваниях головного мозга, однако близость этих структур делает их трудноотделимыми друг от друга на магнитно-резонансных томограммах, в результате чего при проведении морфометрии есть вероятность исключения некоторых срезов из анализа, либо, напротив, совместного анализа амигдалогиппокампального комплекса [22, 23, 26]. Помимо этого, имеются трудности при разделении хвоста гиппокампа от таламуса. Поэтому появилась необходимость разработать надежную методику для объемного анализа гиппокампа и амигдалы (DISPLAY, Montreal Neurological Institute, Quebec, Canada), которая также используется для измерения внутричерепного объема и для построения трехплоскостных реконструкций. Изучение гиппокампа необходимо проводить, используя корональные срезы, начиная от хвоста гиппокампа [26]. Границы частей

Таблица 1. Объемы субрегионов и субполей гиппокампа по данным МР морфометрии у здоровых добровольцев и пациентов на ранней стадии болезни Альцгеймера

Название структуры	Пациенты с ранней стадией болезни Альцгеймера		Условно-здоровые добровольцы		Уровень значимости
	Левая гемисфера	Правая гемисфера	Левая гемисфера	Правая гемисфера	
Гиппокамп в целом	2799,399093	2683,796436	3445,861117	3414,173636	P=0.005 **
Хвост гиппокампа	427,1867558	447,1439666	541,5249371	527,6189509	P=0.003 **
Субикулум	347,5968633	307,1123568	435,7437506	415,3908504	P=0.01 **
CA1	526,9026083	520,1523616	621,8925157	627,5692734	P=0.055
Борозда гиппокампа	169,7623182	171,8908454	213,692648	211,3207803	P=0.025*
Пресубикулум	283,7844637	235,5906532	330,956494	301,8749004	P=0.109
Парасубикулум	68,0958173	62,3774332	68,42057929	55,22181486	P=0.887
Молекулярный слой гиппокампа	452,8983707	430,0827013	562,1268349	559,7053719	P=0.002 **
Молекулярный слой зубчатой фасции	237,2206008	229,4058588	303,3211026	312,4577006	P=0.003 **
CA3	161,9978932	162,9031309	209,4775464	221,8378734	P=0.002 **
CA4	205,5401381	200,9866502	261,986464	267,5831651	P=0.001 ***
Фимбрия	38,1266914	36,5683016	54,18618571	65,40572986	P=0.230
НАТА	50,0488899	51,4730216	56,22470671	59,50800443	P=0.270

*P≤0.05

**P≤0.01

***P≤0.001

гиппокампа сложны для идентификации. Границей хвоста и тела гиппокампа является место, где на корональных изображениях наиболее полно визуализируются столбы свода. Границей тела и головки является место, где четко визуализируется вершина крючка гиппокампа. Наиболее важной структурой для определения латеральной, передней и нижней границы гиппокампа является крючковидный карман нижнего рога бокового желудочка. В последние годы появилось возможность автоматической сегментации гиппокампа в программе Freesurfer 6.0., которая дает возможность получать данные об объемах как гиппокампа в целом, так и отдельно полей CA1-4, субикулума, пре- и парасубикулума, зубчатой фации, фимбрии, молекулярного слоя гиппокампа и зубчатой фации [23, 24].

Результаты

Проведено сопоставление данных воксельбазированной морфометрии после выделения по данным психологического обследования 2 групп:

1. ранняя стадия болезни Альцгеймера
2. возрастная норма

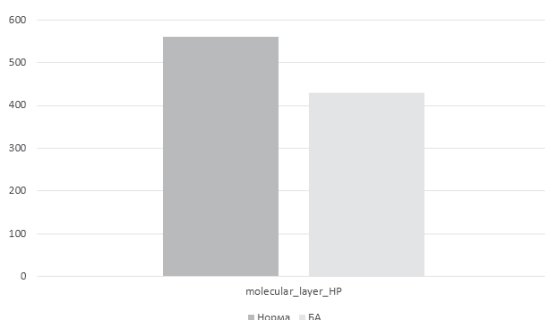
В результате проведения сравнительного анализа полных отсегментированных объемов гиппокампа в целом и отдельных его субполей были получены статистически значимые различия, представленные в табл. 1 и на рисунках 1-3.

Таким образом, достоверные различия в объемах субполей и субрегионов гиппокампа были выявлены только в СА3 поле Бродмана и молекулярных слоях гиппокампа и зубчатой фации.

Обсуждение

Бурное развитие нейронаук требует более детальных нейроморфологических данных об анатомии внутримозговых структур с учетом их индивидуальной вариабельности [18, 21, 27]. Сегодня с помощью методов нейровизуализации, таких как магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, мы можем тщательно исследовать особенности структуры различных участков головного мозга [8, 9, 11, 13]. Однако, несмотря на уже 25

Правая гемисфера



Левая гемисфера

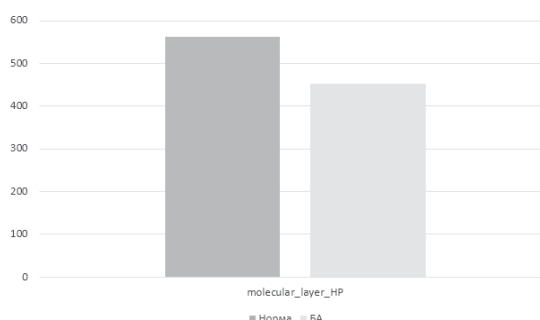
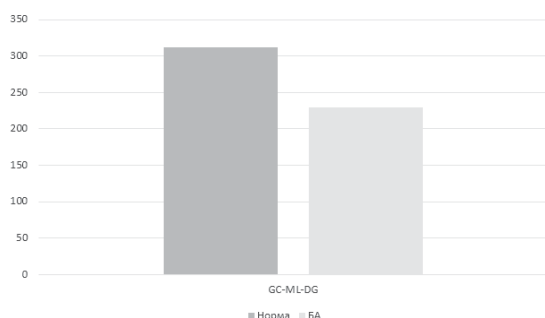


Рис.1. Объемы молекулярного слоя правого и левого гиппокампа у здоровых добровольцев и пациентов на ранней стадии болезни Альцгеймера в программе Freesurfer.

Правая гемисфера



Левая гемисфера

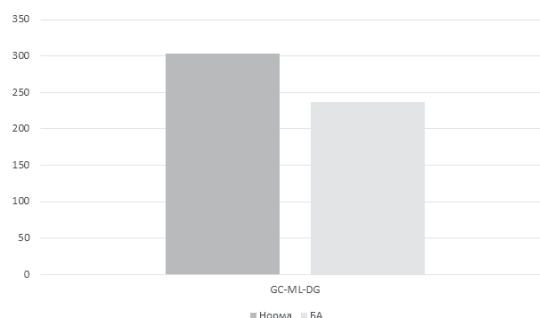
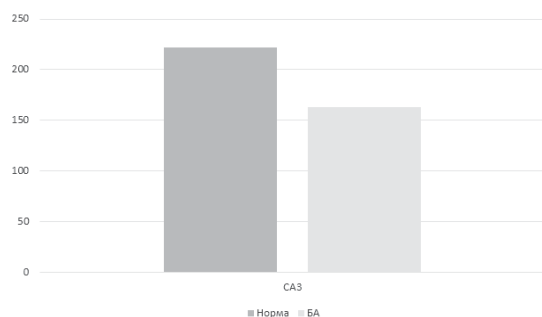


Рис. 2. Объемы молекулярного слоя правого и левого дентальной фации гиппокампальной формации у здоровых добровольцев и пациентов на ранней стадии болезни Альцгеймера в программе Freesurfer.

Правая гемисфера



Левая гемисфера

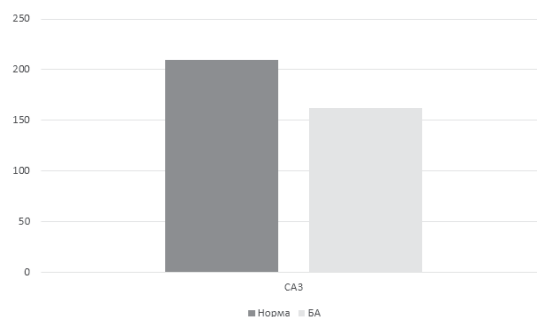


Рис.3. Объемы CA3 правого и левого гиппокампа у здоровых добровольцев и пациентов на ранней стадии болезни Альцгеймера в программе Freesurfer.

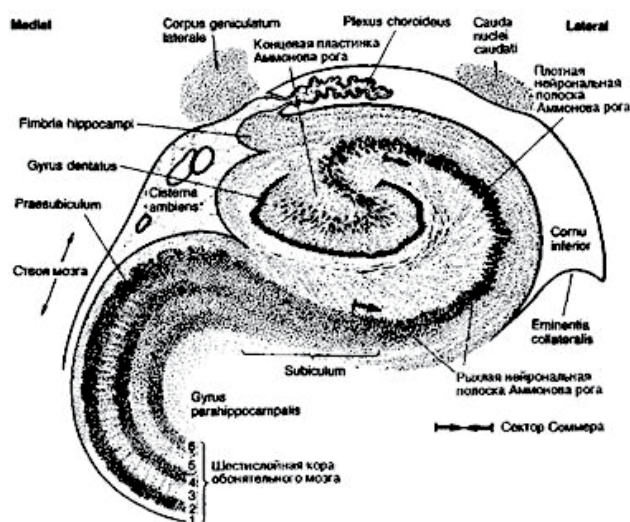


Рис. 5. Схема строения гиппокампа (цит. по Дуус П. Топический диагноз в неврологии, 1997.)



Рис. 6. Морфологический разрез гиппокампа (цит. по Гистология, эмбриология, цитология: учебник / Ю. И. Афанасьев, Н. А. Юрина, Е. Ф. Котовский и др. — 6-е изд., перераб. и доп. — 2012. — 800 с.)

летний опыт использования МРТ для выявления структурных изменений головного мозга, многие вопросы морфометрии и вариантов строения различных отделов головного мозга остаются до конца невыясненными. Это касается, в том числе, и лимбической системы, в первую очередь, медиобазальных отделов височных долей [2, 12, 13, 19].

Гиппокамп (*hippocampus*) — часть переднего мозга, давно привлекающая внимание исследователей в связи с важной ролью, которую она играет в контроле различных форм поведения. Морфологически гиппокамп представлен стереотипно повторяющимися модулями, связанными между собой и с другими структурами. [24, 25]. Неоспорима роль гиппокампа в механизмах памяти, в частности, пространственной памяти, и контроле пространственного обучения. Исследования гиппокампа имеют большое прикладное значение, так как нарушением функционирования этой структуры сопровождаются такие заболевания как височная эпилепсия, болезнь Альцгеймера, шизофрения [25, 27, 28, 29].

Несмотря на длительный период изучения, особенности функционирования гиппокампа постоянно уточняются, и их трактовка часто является предметом дискуссии. Особенно это касается специфических особенностей ее полей и субрегионов. В настоящее время имеются многочисленные доказательства функциональной гетерогенности, модульного строения гиппокампа вдоль его оси, от септального по темпорального полюса [19, 24, 25, 29]. Многочисленные связи гиппокампа со структурами как лимбической системы, так и других отделов мозга определяют его многофункциональность [20, 25].

Гиппокамп входит в гиппокампальную формуацию, включающую, помимо него, зубчатую фацию, субикулум, пресубикулум и энторинальную кору, и является ключевой структурой лимбической системы мозга [12]. Собственно гиппокамп (или Аммонов рог) представляет собой плотную ленту клеток, тянущуюся в переднезаднем направлении вдоль медиальной стенки нижнего рога бокового желудочка мозга. Основные нервные клетки гиппокампа представлены пирамидными нейронами и полиморфными клетками. Являясь древней корой, гиппокамп состоит из 3 основных слоев: полиморфного слоя (*stratum oriens*), слоя пирамидных нейронов (*stratum pyramidale*) и молекулярного слоя (*stratum radiatum* и *stratum lacunosum-moleculare*) [12] (Рис. 5).

Слой, лежащий на вентрикулярной поверхности, *alveus*, состоит в основном из идущих в горизонтальном направлении миелинизированных аксонов пирамидных нейронов гиппокампа. Базальные дендриты и начальные сегменты аксонов находятся в полиморфном слое. Далее следует слой пирамидных нейронов, а затем *stratum radiatum*, содержащий стволы апикальных дендритов, *istratum lacunosum-moleculare*, где располагаются претерминальные и терминальные ветвления апикальных дендритов. Четкая организация цитоархитектоники гиппокампа сохраняется

на всем его фронтокаудальном протяжении, что позволяет говорить о его ламинарной организации [6, 12] (Рис. 6).

Особенности цитоархитектоники пирамидного слоя гиппокампа послужили основанием для его деления на 4 основных поля, ориентированных в медиолатеральном направлении и обозначаемые как CA1—CA4. Основными полями собственно гиппокампа считаются поля CA1 и CA3. Поле CA1 отличается небольшими, плотно расположенными в 2 слоя пирамидными нейронами, клетки этого слоя в CA3 области имеют очень крупные размеры, расположены не так плотно. Аксоны пирамидных нейронов CA3 дают так называемые коллатерали Шаффера, контактирующие с апикальными дендритами пирамид CA1. Эти связи являются двумя основными ассоциативными путями гиппокампа, соединяющими воедино его основные элементы. Таким образом, гиппокамп можно представить, как набор последовательных морфофункциональных сегментов, которые могут функционировать относительно независимо. Таким образом, CA3-область гиппокампа является точкой конвергенции потоков информации от ассоциативной коры и филогенетически древних образований ствола мозга.

В нашем исследовании было выявлено достоверное уменьшение объема молекулярного слоя гиппокампа и молекулярного слоя дентальной фации гиппокампальной формации, а также CA3 поля Бродмана у пациентов на ранней стадии болезни Альцгеймера в сравнении со здоровыми добровольцами, что указывает на то, что уже на ранней стадии заболевания в основном страдают субполю гиппокампа, ответственные за координацию его деятельности и распределение потоков информации, поступающих от других структур головного мозга.

Заключение

Методы нейровизуализации находятся в состоянии постоянного развития и совершенствования. Это позволяет надеяться на то, что уже в недалеком будущем именно с помощью этих методов будут достигнуты успехи в диагностике и понимании генеза многих заболеваний головного мозга. Исследования гиппокампа имеют большое прикладное значение, так как нарушением функционирования этой структуры сопровождаются такие заболевания как височная эпилепсия, болезнь Альцгеймера, шизофрения.

Однако, несмотря на огромные достижения в области инструментальных методов прижизненного исследования мозга и их несомненные достоинства, многие вопросы морфологических особенностей медиобазального отдела височной доли, вариантов его строения, до сих пор остаются неясными. Вероятно, функциональные нарушения, приводящие к клинической симптоматике, опережают структурные (атрофические) изменения головного мозга на ранней стадии деменции.

Литература

1	Абриталин Е.Ю., Александровский Ю.А., Ананьева Н.И., Аничков А.Д., Ахапкин Р.В., Букреева Н.Д., Вандыш-Бубко В.В., Васильева А.В., Введенский Г.Е., Вельтищев Д.Ю., Винникова М.А., Гаврилова С.И., Горелик А.Л., Горобец Л.Н., Григорьева Е.А., Гурович И.Я., Демчева Н.К., Дубинина Е.Е., Егоров А.Ю., Захаров Д.В. и др. Психиатрия: Национальное Руководство. 2-е издание, переработанное и дополненное. — ГЭТОР-Медиа, М. — 2018. — 1008с.	Abritalin E.Yu., Aleksandrovsky Yu.A., Ananyeva N.I., Anichkov A.D., Akhapkin R.V., Bukreeva N.D., Vandysh-Bubko V.V., Vasilyev A.V., Vvedensky G.E., Veltishchev D.Yu., Vinnikova M.A., Gavrilova S.I., Gorelik A.L., Gorobets L.N., Grigorieva E.A., Gurovich I.Ya., Demcheva N.K., Dubinina E.E., Egorov A.Yu., Zakharov D.V.. Psychiatry: National Leaders. the 2nd edition processed and added. Moscow. 2018; 1008. (In Rus.).
2	Ананьева Н.И., Ежова Р.В., Гальсман И.Е., Давлетханова М.А., Ростовцева Т.М., Стулов И.К., Вассерман Л.И., Шмелева Л.М., Чуйкова А.В., Сорочкина А.В., Иванов М.В. Гиппокамп: Лучевая анатомия, варианты строения // Лучевая диагностика и терапия. — 2015. — №1. — С.39-44.	Ananyeva N.I., Ezhova R.V., Galsman I.E., Davletkhanova M.A., Rostovtseva T. M., Stulov I.K., Wasserman L.I., Shmelyova L.M., Chuykova A.V., Sorokina A.V., Ivanov M.V. Gippokamp: Beam Anatomy, Building Options. Radiodiagnosis and therapy. 2015; 1 (6): 39-44. (In Rus.).
3	Ананьева Н.И., Ежова Р.В., Ганзенко М.А. Исследование гендерных и возрастных особенностей анатомии гиппокампа при депрессивных расстройствах методом магнитно-резонансной морфометрии // Психическое здоровье. — 2016. — Т.14. — С. 8-25.	Ananyeva N.I., Ezhova R.V., Ganzenko M.A. A research of gender and age features of anatomy of a hippocampus at depressive frustration by method of a magnetic and resonant morphometry. Psikhicheskoe zdorov'e. 2016; 14:9:18-25. (In Rus.).
4	Ананьева Н.И., Залуцкая Н.М., Круглов Л.С., Семенова Н.В., Дроздова М.А. Комплексная диагностика сосудистых деменций. Пособие для врачей. М-во здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева. — СПб: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2007. — 44с.	Ananyeva N.I., Zalutskaya N.M., Kruglov L. S., Semyonova N.V., Drozdova M.A. Complex diagnosis of vascular dementias. A grant for doctors. Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, St. Petersburg research psychoneurological institute of V.M. Bekhterev. St. Petersburg. 2007. (In Rus.).
5	Андреев Е.В., Ананьева Н.И., Залуцкая Н.М., Бельцева Ю.А., Незнанов Н.Г. 5. рименение метода воксель-базированной морфометрии в диагностике деменции альцгеймеровского типа // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2017. — №4. — С.66-72.	Andreyev E.V., Ananyeva N.I., Zalutskaya N.M., Beltseva Yu.A., Neznanov N.G. Application of a method of the voxels-based morphometry in diagnosis of dementia of Alzheimer type. Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva. 2017; 4:66-72. (In Rus.).
6	Афанасьев Ю.И., Юрина Н.А., Котовский Е.Ф. и др., Гистология, эмбриология, цитология : учебник /Под ред. Ю.И. Афанасьева, Н.А. Юриной. — 6-е изд., перераб. и доп. изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2016. — 800с.	Afanashev Yu. I., Yurina N. A., Kotovsky E. F., et al., Histology, embryology, cytology: a textbook / Ed. Yu. I. Afanashev, N. A. Yurina. — 6 reissue. — 2016. — 800c.
7	Балунов О.А., Ананьева Н.И., Лукина Л.В. Сравнительные данные мрт головного мозга у пациентов с дисциркуляторной и с посттравматической энцефалопатией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2005. — Т.105. — С.39-44.	Balunov O.A., Ananyeva N.I., Lukina L.V. Comparative data MRI a brain at patients with dyscirculatory and with post-traumatic encephalopathy. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2005; 105:39-44. (In Rus.).
8	Богданов А.В., Гушанский Д.Е., Дегтярев А.Б., Лысов К.А., Ананьева Н.И., Незнанов Н.Г., Залуцкая Н.М. Гибридные подходы и моделирование активности человеческого мозга // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2017. — №1. — С.19-25	Bogdanov A.V., Gushchansky D. E., Degtyarev A.B., Lysov K.A., Ananyeva N.I., Neznanov N.G., Zalutskaya N.M. Hybrid approaches and modeling of activity of a human brain. Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva. 2017; 1:19-25. (In Rus.).

9	Вассерман Л.И., Ананьева Н.И., Горелик А.Л., Ежова Р.В. и др. Аффективно-когнитивные расстройства: методология исследования структурно-функциональных соотношений на модели височной эпилепсии // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. — 2013. — Т.6. — С.67-71.	Wasserman L.I., Ananyeva N.I., Gorelik A.L., Ezhova R.V., etc. Affective and cognitive frustration: methodology of a research structurally functional a ratio on model of temporal epilepsy. Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya. 2013; 6:67-71. (In Rus.).
10	Вассерман Л.И., Ананьева Н.И., Иванов М.В., Сорокина А.В., Ершов Б.Б., Ежова Р.В., Янушко М.Г., Чередникова Т.В., Крижановский А.С., Чуйкова А.В. Комплексная диагностика эндогенных депрессий с использованием нейровизуализационных и когнитивных показателей // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2014. — № 2. — С.39-44.	Wasserman L.I., Ananyeva N.I., Ivanov M.V., Sorokina A.V., Yershov B.B., Ezhova R.V., Yanushko M.G., Cherednikova T.V., Krizhanovsky A.S., Chuykova A.V. Complex diagnosis of endogenous depressions with use of neurovisualization and cognitive indicators. Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva. 2014; 2:39-44. (In Rus.).
11	Гайкова О.Н., Ананьева Н.И., Забродская Ю.М. Морфологические проявления общепатологических процессов в нервной системе. — Санкт-Петербург. — 2015.	Gaykova O.N., Ananyeva N.I., Zabrodskaya Yu.M. Morphological manifestations of all-pathological processes in nervous system. St. Petersburg; 2015. (In Rus.).
12	Дуус П. Топический диагноз в неврологии. — 1997 г.	Duus P. Topic the diagnosis in neurology. 1997. (In Rus.).
13	Ежова Р.В., Ананьева Н.И., Гальсман И.Е., Давлетханова М.М., Стулов И.К.; ред.: Незнанов Н.Г., Михайлов В.А. Воксельная морфометрия медиобазальных отделов височных долей у больных депрессией с помощью различных программных пакетов. В кн.: Эпилептология в системе нейронаук: сб. тз. — 2015. — С.84-85.	Ezhova R.V., Ananyeva N.I., Galsman I.E., Davletkhanova M.M., Stulov I.K.; edition: Neznanov N.G., Mikhaylov V.A. Voxel a morphometry of mediobasal departments of temporal shares at patients with a depression by means of various depressions by means of various software packages. In bk: Epileptologiya v sisteme neironauk: sb. tz. 2015:84-85.
14	Ежова Р.В., Шмелева Л.М., Ананьева Н.И., Киссин М.Я., Давлетханова М.А., Гальсман И.Е. Применение воксельной морфометрии для диагностики поражения лимбических структур при височной эпилепсии с аффективными расстройствами // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2013. — № 2. — С.23-31.	Ezhova R.V., Shmelyova L.M., Ananyeva N.I., Kissin M.Ya., Davletkhanova M.A., Galsman I.E. Application of a Voxel morphometry for diagnostics of defeat of limbic structures at temporal epilepsy with affective disorders. Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva. 2013; 2:23-31. (In Rus.).
15	Киссин М.Я., Ананьева Н.И., Шмелева Л.М. и др. Особенности нейроморфологии тревожных и депрессивных расстройств при височной эпилепсии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — №2. — С.11-17.	Kissin M.Ya., Ananyeva N.I., Shmelyova L.M., etc. Features of neuromorphology of disturbing and depressive frustration at temporal epilepsy. Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii. 2012; 2:11-17. (In Rus.).
16	Незнанов Н.Г., Ананьева Н.И. под ред.: Е.И. Гусева, А.Б. Гехт. Проблемы ранней диагностики болезни Альцгеймера // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием. В сб.: Болезни мозга — медицинские и социальные аспекты. — 2016. — С.179-198.	Neznanov N.G., Ananyeva N.I. under the editorship of: E.I. Guseva, A.B. Gekht. Problems of early diagnosis of Alzheimer's disease. Vserossiiskaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiem. V sb.: Bolezni mozga — meditsinskie i sotsial'nye aspekty. 2016:179-198. (In Rus.).
17	Незнанов Н.Г., Ананьева Н.И., Залуцкая Н.М., Стулов И.К., Гальсман И.Е., Бельцева Ю.А. Визуальная шкальная МРТ оценка атрофических изменений головного мозга в диагностике ранней стадии болезни Альцгеймера (1 этап исследования) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2016. — № 4. — С.61-66.	Neznanov N.G., Ananyeva N.I., Zalutskaya N.M., Stulov I.K., Galsman I.E., Beltseva Yu.A. Visualschool MRI assessment of atrophic changes of a brain in diagnostics of an early stage of Alzheimer's disease (1 investigation phase). Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva. 2016; 4:61-66. (In Rus.).

18.	Незнанов Н.Г., Залуцкая Н.М., Дубинина Е.Е., Захарченко Д.В., Щедрина Л.В., Ананьева Н.И., Ющин К.В., Кубарская Л.Г., Дагаев С.Г., Трилис Я.Г. Исследование параметров окислительного стресса при психических нарушениях в позднем возрасте (болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция, депрессивное расстройство) //Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2013. — № 4. — С.31-38.	Neznanov N.G., Zalutskaya N.M., Dubinina E.E., Zakharchenko D.V., Shchedrina L.V., Ananyeva N.I., Yushchin K.V., Kubarskaya L.G., Dagayev S. G., Trilis Ya.G. A research of parameters of an oxidizing stress at mental violations at late age (Alzheimer's disease, vascular dementia, depressive frustration). <i>Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva</i> . 2013; 4:31-38. (In Rus.).
19.	Трофимова Т.Н., Медведев Ю.А., Ананьева Н.И. и др. Использование посмертной магнитно-резонансной томографии головного мозга при патологоанатомическом исследовании. <i>Архив патологии</i> . — 2008. — Т.70. — С. 23-28.	Trofimova T. N., Medvedev Yu.A., Ananyeva N.I., etc. Use of posthumous magnetic resonance imaging of a brain at a pathoanatomical research. <i>Arkhiv patologii</i> . 2008; T.70; 3:23-28. (In Rus.).
20.	Трофимова Т.Н., Ананьева Н.И., Семенов С.Е. Гл. ред. тома Т. Н. Трофимова. Лучевая диагностика и терапия заболеваний головы и шеи. Национальное руководство. Сер. Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии. Т: Лучевая диагностика и терапия заболеваний головы и шеи: национальное руководство. — Москва. — 2013.	Trofimova T.N., Ananyeva N.I., Semyonov S.E. Chapter of an edition of volume of T.N. Trofimov. Radiodiagnosis and therapy of diseases of the head and neck. National leaders. Ser. Natsional'nye rukovodstva po luchevoi diagnostike i terapii. T: Luchevaya diagnostika i terapiya zabolevanii golovy i shei: natsional'noe rukovodstvo. Moskva; 2013. (In Rus.).
21.	Ananyeva N.I., Ezhova R.V., Rostovseva T.M. Voxel morphometry in patients with Alzheimer disease. <i>Neuroradiology</i> . — 2017. — Vol.59. — P.1-84.	Ananyeva N.I., Ezhova R.V., Rostovseva T.M. Voxel morphometry in patients with Alzheimer disease. <i>Neuroradiology</i> . — 2017. — Vol.59. — P.1 — 84.
22.	Boutet C., et al. Detection of volume loss in hippocampal layers in Alzheimer's disease using 7 T MRI: A feasible study. <i>Neuroimage Clin</i> . — 2014. — Vol.5. — P.341-348.	Boutet C., et al. Detection of volume loss in hippocampal layers in Alzheimer's disease using 7 T MRI: A feasible study. <i>Neuroimage Clin</i> . 2014; 5:341-348.
23.	Bernasconi N, Kinay D, Andermann F, et. al. Analysis of shape and positioning of the hippocampal formation: an MRI study in patients with partial epilepsy and healthy controls. <i>Brain</i> . — 2005. — Vol.128. — P.2442-2452.	Bernasconi N, Kinay D, Andermann F, et. al. Analysis of shape and positioning of the hippocampal formation: an MRI study in patients with partial epilepsy and healthy controls. <i>Brain</i> . 2005; 128 (Pt 10):2442-2452.
24.	Bogdanov A., Degtyarev A., Guschanskiy D., Lysov K., Ananyeva N., Zalutskaya N., Neznanov N. Analog-digital approach in human brain modeling. 2017 17th IEEE/ACM International Symposium on Cluster, Cloud and Grid Computing, CCGRID 2017.Bk: Proceedings. — 2017. — №17. — P.807-812.	Bogdanov A., Degtyarev A., Guschanskiy D., Lysov K., Ananyeva N., Zalutskaya N., Neznanov N. Analog-digital approach in human brain modeling. 2017 17th IEEE/ACM International Symposium on Cluster, Cloud and Grid Computing, CCGRID 2017.Bk: Proceedings. 2017; 17:807-812.
25.	Chupin M., et al. Segmenting the subregions of the human hippocampus at 7 Tesla. <i>NeuroImage</i> . — 2009. — Vol.47. — P.122.	Chupin M., et al. Segmenting the subregions of the human hippocampus at 7 Tesla. <i>NeuroImage</i> . 2009; 47:122.
26.	Diego A. Herrera, Julio Vargas, John Fredy Ochoa, Jon Edinson Duque, Sergio A., Vargas-Francisco Lopera, Mauricio Castillo. Alzheimer's Disease: Initial Clinical Implementation of Automated Volumetry. <i>A Canadian Journal of Neurological Sciences / Journal Canadien des Sciences Neurologiques</i> . — 2014. - Vol.41. — P.651-653.	Diego A. Herrera, Julio Vargas, John Fredy Ochoa, Jon Edinson Duque, Sergio A., Vargas Francisco Lopera, Mauricio Castillo. Alzheimer's Disease: Initial Clinical Implementation of Automated Volumetry. <i>A Canadian Journal of Neurological Sciences / Journal Canadien des Sciences Neurologiques</i> . 2014; 41:651-653.
27.	Harper L., Barkhof F. et al. An algorithmic approach to structural imaging in dementia. <i>J Neurol Neurosurg Psychiatry</i> . — 2014. — №85. — P.692-698.	Harper L., Barkhof F. et al. An algorithmic approach to structural imaging in dementia. <i>J Neurol Neurosurg Psychiatry</i> . — 2014; 85:692-698.

28.	Malykhin N. et al. Three-dimensional volumetric analysis and reconstruction of amygdala and hippocampal head, body and tail. <i>Psychiatry Research: Neuroimaging</i> . — 2007. — №2. — P.155-165.	Malykhin N. et al. Three-dimensional volumetric analysis and reconstruction of amygdala and hippocampal head, body and tail. <i>Psychiatry Research: Neuroimaging</i> . — 2007. — №2. — P.155-165.
29.	McLean J. The investigation of hippocampal and hippocampal subfield volumetry, morphology and metabolites using 3T MRI. Thesis for the degree of Ph.D. University Glasgow. — 2012. — P.354.	McLean J. The investigation of hippocampal and hippocampal subfield volumetry, morphology and metabolites using 3T MRI. Thesis for the degree of Ph.D. University Glasgow. 2012: 354.
30.	Murray M., et al. Clinicopathologic assessment and imaging of tauopathies in neurodegenerative dementias. <i>Alzheimer's Research & Therapy</i> . 2014; №6. Available at: http://alzres.com/content/6/1/1-13	Murray M., et al. Clinicopathologic assessment and imaging of tauopathies in neurodegenerative dementias. <i>Alzheimer's Research & Therapy</i> . 2014; №6. Available at: http://alzres.com/content/6/1/1-13
31.	Shen L.; et al. Comparison of Manual and Automated Determination of Hippocampal Volumes in MCI and Early AD. <i>Brain Imaging and Behavior</i> . — 2010. — № 4. — P.86-95.	Shen L.; et al. Comparison of Manual and Automated Determination of Hippocampal Volumes in MCI and Early AD. <i>Brain Imaging and Behavior</i> . — 2010. — № 4. — P.86-95.

Сведения об авторах

Ананьева Наталия Исаевна — главный научный сотрудник, руководитель отделения клинической диагностики, ФГБУ НМИЦ ПН (СПб НИПНИ) им. В.М. Бехтерева. Профессор института высоких медицинских технологий СПбГУ и образовательного центра «Лучевая диагностика и ядерная медицина. MD, PhD. E-mail: ananieva_n@mail.ru

Залуцкая Наталья Михайловна — кандидат медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева». E-mail: nzalutskaya@yandex.ru

Незnanов Николай Григорьевич — доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, научный руководитель отделения гериатрической психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. E-mail: spbinstb@bekhterev.ru

Ахмерова Линара Ринатовна — младший научный сотрудник «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗРФ, Санкт-Петербург, 192019, Россия, телефон моб.: 8 (911) 006-94-84; электронная почта: akhmerovalinaris94@gmail.com.

Саломатина Татьяна Александровна — младший научный сотрудник «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗРФ, Санкт-Петербург, 192019, Россия, телефон моб.: 8 (812) 670 02 29; электронная почта: tani.salomatina@gmail.com

Андреев Евгений Валерьевич — младший научный сотрудник отделения клинко-диагностических исследований, нейрофизиологии и нейровизуализации, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, ev.andreev94@gmail.com

Стулов Илья Константинович — врач-рентгенолог, рентгеновское отделение, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. E-mail: symrak.spb@mail.ru

Доказательная психотерапия психозов: современный анализ проблемы

Вид В.Д., Лутова Н.Б.

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

Резюме. Появление биопсихосоциальной модели психоза в конце прошлого века открыло путь к интеграции психофармакотерапевтического и психотерапевтического подходов в терапии психозов. Исследования, проведенные с начала текущего века, продемонстрировали несомненные преимущества доказательной эффективности интегративных моделей с использованием когнитивно-поведенческой терапии по сравнению с монофармакотерапией. Обсуждаются проблемы дальнейшей практической реализации биопсихосоциальной модели психотерапии психозов и пути их решения.

Ключевые слова: психотерапия психозов, когнитивно-поведенческая терапия, шизофрения.

The evidence-based psychotherapy of psychoses: current analysis of the problem

Vid V.D., Lutova N.B.

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

Summary. The appearance of the biopsychosocial model of psychosis near the end of the past century opened the way to the integration of psychopharmacological and psychotherapeutic approaches to the therapy of psychoses. The studies carried out since the beginning of the present century have demonstrated the undoubted advantage in the evidence-based effectiveness of the integrated models using the cognitive-behavioural therapy of psychoses over the monopharmacotherapy. The problems of the further practical implementation of the biopsychosocial model in the therapy of psychoses and the ways of their solving are discussed.

Key words: psychotherapy of psychoses, cognitive-behavioral therapy, schizophrenia.

Научные исследования эффективности терапии психозов, проводимые представителями биомедицинской модели лечения, с одной стороны и разнообразных психологических моделей с другой, привели в конце концов к прекращению ожесточенной конфронтации между сторонниками этих двух, как когда-то казалось, диаметрально противоположных концепций, достигшей своего апогея во второй половине прошлого века. Рухнула многовековая антиномия между односторонне понимаемыми биологической и психологической моделями психоза. Представители биологического направления уперлись в границы возможностей биологического (прежде всего, психофармакологического) воздействия на психотический процесс, будучи вынуждены признать несомненно объективное влияние ряда психологических и социальных факторов, недоступных действию препаратов, на психопатологические механизмы. Представители же психологических моделей были вынуждены признать тщетность своих попыток объяснить природу болезни, опираясь лишь на психологические концепции и игнорируя при этом ее нейробиологическую основу, чему немало способствовала очевидная эфемерность результатов терапии психозов, достигаемых исключительно с помощью психологических методов.

Сложившаяся картина привела к коренному изменению парадигмы психоза в психиатрии — появлению биопсихосоциальной модели [2,5] и началу интеграции психофармакологического и психотерапевтического подходов в единый комплекс терапии. Первоначально разрозненные и недо-

статочно строгие исследования к концу прошлого века подтвердили несомненность аддитивного эффекта психотерапевтических подходов в общем комплексе фармако-психотерапевтической модели лечения психозов. Преимущества интегративной модели по сравнению с монофармакотерапией продемонстрированы в таких параметрах, как снижение интенсивности симптоматики и длительности острого эпизода, улучшение социального функционирования в межприступных промежутках. Наиболее убедительным и весомым результатом выглядит сокращение частоты обострений психоза. Присоединение психотерапевтических и психосоциальных воздействий к базисной психофармакотерапии позволяет снизить частоту рецидивирования в среднем на одну треть [1].

Так выглядело развитие этого весьма актуального направления в психиатрии к концу прошлого века. Время, прошедшее с начала текущего, позволяет проанализировать его дальнейшие пути.

Основной тенденцией исследований эффективности современной интегративной фармако-психотерапии психозов является приближение их к требованиям доказательной медицины как относительно психофармакологического, так и психотерапевтического компонентов.

Требования к фармакотерапевтическому компоненту интегративной фармако-психотерапевтической модели для оценки ее эффективности в рамках доказательной медицины к началу текущего века достаточно устоялись и не вызывают существенных разноречий. Такие исследования включают, как правило, использование первоначально низких доз, показанных по состоянию

того или иного лекарственного средства с учетом побочных эффектов и характеристик комплайенса с последующей индивидуализированной модификацией курса фармакотерапии в зависимости от динамики состояния [9].

Сложнее дело обстоит с оценкой эффективности психотерапевтического компонента общего комплекса терапии. Анализ литературы показывает, что общеизвестные трудности в оценке последнего вполне ожидаемо приводят к сосредоточению на психотерапевтических моделях, наиболее доступных стандартизации и квантификации достигаемых результатов. Следует отметить, что такая избирательность представленности какой-то психотерапевтической модели в качестве эталонного компонента интегративного фармако-психотерапевтического комплекса означает не принципиальное превосходство ее результативности по сравнению с другими моделями, а лишь то, что она более всего конструктивно отвечает требованиям, предъявляемым доказательной медициной для участия в сравнительных исследованиях эффективности.

На данный момент таковой оказалась модель когнитивно-поведенческой терапии. Специфические модификации когнитивной терапии, первоначально разработанной А.Бек в конце прошлого века для терапии депрессивных расстройств, все шире используются в интегративной фармако-психотерапии шизофрении, подтвердив при этом свое соответствие требованиям доказательной медицины в отношении оценки своей эффективности [16].

Хотя отдельные приемы первоначальной модели когнитивной терапии депрессивных расстройств используются и сейчас в интегративной терапии шизофрении, в целом формат когнитивно-поведенческой терапии шизофрении выглядит теперь принципиально иначе. Ее приемы гораздо более тактически диверсифицированы. Первоначальный акцент на идентификации и коррекции базисных дисфункциональных когнитивных ошибок, не оставляемый в индивидуальной работе с больным, сменился стратегическим переходом к выявлению и коррекции сложных дефицитарных шаблонов проблемно-решающего поведения в социальной среде, также применительно к индивидуальным нуждам больного. Вот почему она теперь называется не просто когнитивной, а когнитивно-поведенческой терапией.

Поведенческий тренинг в групповом формате сопровождается анализом его результатов в отдельном разговоре с врачом. Частота и продолжительность сессий, длительность курса индивидуального и группового компонентов программы также согласованы с этапом болезни, остротой состояния и сопутствующими задачами семейной и фармакотерапии [9].

Хотя низкий уровень образования и высокая представленность негативной симптоматики достоверно снижают шансы вовлечения и удержания больных в программы когнитивно-поведенческой терапии [6], в целом результативность интегра-

тивной терапии психозов весьма убедительна. Наиболее доказательно подтвержденной в сравнении с монофармакотерапией является эффективность в снижении вероятности последующего рецидивирования, улучшения социального функционирования и самооценки в периоде ремиссии при использовании индивидуализированных программ интенсивной когнитивно-поведенческой и семейной терапии в амбулаторных и полустационарных условиях на фоне сопутствующей фармакотерапии [3,14]. Достоверно положительная разница в частоте рецидивирования сохраняется в течении 9 месяцев катамнестического наблюдения [13]. Также выявлено превосходство интегративной фармако-психотерапии в купировании интенсивности психотической симптоматики как в остром периоде, так и в ремиссии [7,12,18], причем оно сохраняется в катамнестическом периоде длительностью от 3 до 18 месяцев [15]. Время купирования острого периода при интегративной фармако-психотерапии также сокращается на 25-30% по сравнению с монофармакотерапией, причем, психотерапия демонстрирует по сравнению с антипсихотиками более благоприятное соотношение лечебного эффекта с риском побочных осложнений [14].

Программы когнитивно-поведенческой терапии не только повышают эффективность, но и удешевляют ее стоимость по сравнению с рутинным психиатрическим обслуживанием больных [10]. Они оказываются достаточно доступными для освоения работниками психиатрического здравоохранения. Показано, что даже в исполнении психиатров общего профиля, не имеющих психотерапевтической подготовки, кратковременные курсы когнитивно-поведенческой терапии оказываются достаточными, чтобы в работе с больными психозами продемонстрировать достоверное преимущество в купировании уровня острой симптоматики и сокращении срока госпитализации [17].

В свете таких благополучных результатов можно было бы только обрадоваться победному шествию биопсихосоциальной парадигмы по всему пространству мирового психиатрического сообщества, тем более, что голоса ее противников смолкли с обеих сторон. В литературе никто ее не пытается опровергать.

Но нет и потока сообщений, свидетельствующих о продолжении бурного развития этого действительно актуального научного направления. В течение последних двух десятилетий соответствующие исследования носят скорее единичный характер и сосредоточены преимущественно лишь на одной, пусть и продуктивной, когнитивно-поведенческой модели психотерапии, которую стараются применять в особенности в первом эпизоде психоза, когда данные об эффективности можно получить технически менее сложно.

Да, практическая ценность биопсихосоциальной концепции терапии психозов представляется несомненно доказанной. Но создается впечатление, что мало кто в мировом психиатрическом со-

обществе собирается сейчас пожинать ее плоды. Раздаются отдельные голоса, сетующие на крайне недостаточное использование психотерапии в комплексном лечении психозов в здравоохранении таких развитых стран, как Франция и Германия [11,14]. Хотя этого никак нельзя сказать о наших коллегах, занятых в частнопрактикующем секторе психиатрии. Рекламные объявления об интегративной фармако-психотерапии психозов в частных клиниках без труда можно найти в интернете. А уж руководителей этих клиник вряд ли можно заподозрить в затратах на рекламу услуг, не представляющих финансового интереса.

Может быть, успехи современной фармакотерапии делают затраты на лечение психозов сейчас не столь обременительными для государственных систем здравоохранения и не стимулируют подключение дополнительных психотерапевтических усилий? Да нет, по данным американской структуры здравоохранения Medicaid, психозы являются наиболее дорогостоящими из всех хронических расстройств. Ежегодные расходы на их лечение в США превышают затраты на терапию сердечно-сосудистых заболеваний и диабета [4,8]. Здесь, казалось бы, есть где развернуться конкуренции страховых компаний, представляющих комплексные лечебные подходы с убедительно доказанной эффективностью.

В чем же причина такого состояния данной проблемы? В литературном поиске нам удалось обнаружить лишь одну попытку ответа на этот вопрос. В проведенном исследовании выяснилось, что психиатрическое сообщество США недостаточно информировано о результатах доказательных исследований эффективности когнитивно-поведенческой терапии психозов, в силу чего лишь 50% руководителей центров психиатрического образования и 40% руководителей психологического образования США считают ее эффективной. Лишь 10% психиатрическим и 30% психологическим руководителям образования известно, что доказательность эффективности фармакопсихотерапии подтверждена мета-анализами [11].

Результаты этого исследования скорее всего отражают истинное положение вещей и вполне могут быть характерны не только для американского психиатрического здравоохранения. Но причины этого кроются, разумеется, не в относительной недоступности соответствующей информации для широкого круга заинтересованных лиц. Они гораздо глубже.

Создается впечатление, что формального признания валидности биопсихосоциальной концепции психозов оказалось недостаточно для полного преодоления глубочайшего, исторически многовекового идеологического раскола в умах приверженцев односторонне биологической и психологической парадигм природы заболевания, разделенных непроходимыми барьерами теоретических школ, ригидно воспроизводящих своих последователей и упорно сопротивляющихся попыткам реформ из опасений утраты своей исключительности.

Как реальное отражение этого противостояния в психиатрии, психофармакологии и психоте-

рапевты, занимавшиеся терапией психозов, слишком давно прекрасно обходились друг без друга. Признание соучастия психосоциальных факторов в сложных многоуровневых механизмах течения психопатологического процесса на разных его этапах означает для психофармаколога необходимость освоения новых сложных, обширных знаний и трудных навыков, чего от него никогда ранее не требовалось. Да и неизвестно, найдут ли эти труды достойное вознаграждение с учетом не всегда вполне адекватных принципов финансирования кадров в системе государственного психиатрического здравоохранения без достаточно учета качественных критериев работы врача и при практическом неучастии системы ОМС в обслуживании терапии психозов.

С другой стороны, погружение психотерапевта в рутину интегративной фармако-психотерапии при условии постоянной необходимости укладываться в жесткие рамки доказательной медицины означает для него утрату практической бесконтрольности своей терапевтической деятельности, осуществляемой под искренним лозунгом «психотерапия — это не наука, а искусство», в чем он привык уютно себя чувствовать полным хозяином.

Стоит ли удивляться тому, что от провозглашения биопсихосоциальной концепции до ее повсеместной практической реализации психиатрическое сообщество все еще отделяет значительная дистанция?

Положение может измениться лишь при дальнейшем продолжении преобразования парадигмы психоза в психиатрии, когда будет окончательно принято, что любая односторонняя биологически или психологически ориентированная терапия является уделом прошлого и подготовка специалиста по терапии психозов, когда одного учат, какую таблетку выбрать, а другого — как и о чем разговаривать с больным, заведомо порочно, ибо обречена на техническое несовершенство и дефицитарный контроль результативности.

Психиатр, занимающийся терапией психозов, должен с самого начала своей подготовки и практической деятельности знать, что он не только психофармаколог или психотерапевт, а специалист по интегративной фармако-психотерапии психозов. Такой специализации в медицине все еще нет, и это — одна из причин дефицита этих крайне востребованных пациентами кадров. Соответствующая реорганизация учебных программ в медицинских институтах, налаживание адекватного взаимодействия специалистов со страховыми системами, расширение использования полипрофессиональных бригад, обеспеченных квалифицированными специалистами под началом врача-психиатра, обладающего знаниями в области интегративной фармако-психотерапии психозов, под прозрачным контролем страховых структур и государственного здравоохранения — решение этих задач на современном этапе является условием окончательного утверждения доказательной психотерапии психозов в психиатрии.

Литература

1	Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. 3 изд. — СПб. — 2008. — 512с.	Vid V.D. Psychotherapy of schizophrenia. — SPb, Piter, 2008, 512 s. (In Rus.)
2	Коцюбинский А.П., Еричев А.Н., Клайман В.О., Шмонина А.Д. Биопсихосоциальная модель шизофрении и ранние неадаптивные схемы. Часть 1. Уязвимость — диатез — стресс // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2016. — №2. — С.3-7.	Kotsubinsky A.P., Erichev A.N., Klaiman V.O., Shmonina O.D. Biopsychosocial model of schizophrenia and early maladaptive schemas Part1. Vulnerability-diathesis-stress// Obozrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologiiim. V. M. Bekhtreva. — 2016. — №2. — S.3-7. (In Rus.)
3	Alvarez-Jimenez M., Parker A.G., Hetrick S.E., et al. Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and psychopharmacological trials in first-episode psychosis// Schizophrenia Bull. — 2011. — Vol.37. — P.619-630. Doi:10.1093/schbul/sbp129.	Alvarez-Jimenez M., Parker A.G., Hetrick S.E., et al. Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and psychopharmacological trials in first-episode psychosis.// Schizophrenia Bull. — 2011. — Vol.37. — P.619-630. Doi:10.1093/schbul/sbp129.
4	Chapel J.M., Ritchey M.D., Zhang D., Wang G. Prevalence and medical costs of chronic diseases among adult Medicaid beneficiaries// Am J Preventive Medicine. — 2017. — Vol.53. — P.143-154. Doi: 10.1016/j.amepre.2017.07.019	Chapel J.M., Ritchey M.D., Zhang D., Wang G. Prevalence and medical costs of chronic diseases among adult Medicaid beneficiaries// Am J Preventive Medicine. — 2017. — Vol.53. — P.143-154. Doi: 10.1016/j.amepre.2017.07.019
5	Engel G. The need for a new medical model: a challenge for a biomedicine// Science. — 1977. — Vol.196. — P.129-136.	Engel G. The need for a new medical model: a challenge for a biomedicine// Science. — 1977. — Vol.196. — P.129-136.
6	Fanning F., Foley S., Lawlor E., et al. Group Cognitive Behaviour Therapy for First Episode Psychosis: who's referred, who attends and who completes it?// Early Interv. Psychiatry. — 2012. — Vol.6. — P.432-441. Doi:10.1111/j.1751-7893.2011.00333.x	Fanning F., Foley S., Lawlor E., et al. Group Cognitive Behaviour Therapy for First Episode Psychosis: who's referred, who attends and who completes it?// Early Interv. Psychiatry. — 2012. — Vol.6. — P.432-441. Doi:10.1111/j.1751-7893.2011.00333.x
7	Farhall J., Freeman N.C., Shwyer F., Trauer T. An effectiveness trial of cognitive behavior therapy in a representative sample of outpatients with psychoses// Br J Clinical Psychology. — 2009. — Vol.48. — P.47-62. Doi: 10.1348/014466608X360727	Farhall J., Freeman N.C., Shwyer F., Trauer T. An effectiveness trial of cognitive behavior therapy in a representative sample of outpatients with psychoses// Br J Clinical Psychology. — 2009. — Vol.48. — P.47-62. Doi: 10.1348/014466608X360727
8	Garis I.E., Farmer K.C. Examining costs of chronic conditions in a Medicaid population// Managed Care. — 2002. — Vol.11. — P.43-50.	Garis I.E., Farmer K.C. Examining costs of chronic conditions in a Medicaid population// Managed Care. — 2002. — Vol.11. — P.43-50.
9	Heinssen R.K., Goldstein A.B., Azrin S.T. Evidence-based treatments for first episode psychosis: components of coordinated specialty care// National Inst. Ment. Health, Bethesda. — 2014.	Heinssen R.K., Goldstein A.B., Azrin S.T. Evidence-based treatments for first episode psychosis: components of coordinated specialty care// National Inst. Ment. Health, Bethesda. — 2014.
10	Ising H.K., Lokkerbol J., Rietdijk J., et al. Four-year cost-effectiveness of cognitive behavior therapy for preventing first episode psychosis: the Dutch early detection intervention evaluation (EDIE-NL) trial// Schizophrenia Bull. — 2017. — Vol.43. — P.365-374. Doi:10.1093/schbul/sbw088	Ising H.K., Lokkerbol J., Rietdijk J., et al. Four-year cost-effectiveness of cognitive behavior therapy for preventing first episode psychosis: the Dutch early detection intervention evaluation (EDIE-NL) trial// Schizophrenia Bull. — 2017. — Vol.43(2). — P.365-374. Doi:10.1093/schbul/sbw088
11	Kimhy D., Terrier N., Essock S., et al. Cognitive behavioral therapy for psychosis — training practices and dissemination in the United States// J. Psychosis, psychological, social and integrative approaches. — 2013. — Vol.5. — P.296-305. Doi: 10.1080/17524439.2012.704932	Kimhy D., Terrier N., Essock S., et al. Cognitive behavioral therapy for psychosis — training practices and dissemination in the United States// J. Psychosis, psychological, social and integrative approaches. — 2013. — Vol.5(3). — P.296-305. Doi: 10.1080/17524439.2012.704932

12	Lecardeur L. Cognitive behavior therapy after first episode psychosis// <i>L'Encephale</i> . — 2013. — Vol.39. — P.115-120. Doi:10.1016/S0013-7006(13)70106-4	Lecardeur L. Cognitive behavior therapy after first episode psychosis// <i>L'Encephale</i> . — 2013 Sept. — Vol. 39 Suppl. 2.- P. 115-20. Doi: 10.1016/S0013-7006(13)70106-4
13	Lewis S. et al. Randomized controlled trial of cognitive behavior therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes// <i>Brit. J. Psychiatry</i> . — 2002. — Vol.2. — P.915-975.	Lewis S. et al. Randomized controlled trial of cognitive behavior therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes// <i>Brit. J. Psychiatry</i> . — 2002. Vol.2 — P. 915-975.
14	Muller H., Laier S., Bechdolf A. Evidence-based psychotherapy for the prevention and treatment of first-episode psychosis// <i>Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.</i> — 2014. — Vol.264. — P.17-25. Doi: 10.1007/s00406-014-0538-0	Muller H., Laier S., Bechdolf A. Evidence-based psychotherapy for the prevention and treatment of first-episode psychosis// <i>Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.</i> — 2014. — Vol.264. — P.17-25. Doi: 10.1007/s00406-014-0538-0
15	Rector N.A., Beck A.T. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review// <i>J. Nerv. Ment. Dis.</i> — 2001. — Vol.189. — P.278-287.	Rector N.A., Beck A.T. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review// <i>J. Nerv. Ment. Dis.</i> — 2001. — Vol.189. — P.278-287.
16	Thornicroft G., Susser E. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia// <i>British J. Psychiatry</i> . — 2001. — Vol.178. — P.2-4.	Thornicroft G., Susser E. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia// <i>British J. Psychiatry</i> . — 2001. — Vol.178. — P.2-4.
17	Turkington D., Kingdon D. Cognitive-behavioral techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychosis// <i>Brit. J. Psychiatry</i> . — 2000. — Vol.177. — P.101-106.	Turkington D., Kingdon D. Cognitive-behavioral techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychosis// <i>Brit. J. Psychiatry</i> . — 2000. — Vol.177. — P.101-106.
18	Wykes T., Steel C., Everitt B., et al. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor// <i>Schizophrenia Bulletin</i> . — 2008. — Vol.34. — P.523-537. Doi: 10.1093/schbul/sbm114.	Wykes T., Steel C., Everitt B., et al. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor// <i>Schizophrenia Bulletin</i> . — 2008. — Vol.34. — P.523-537. Doi: 10.1093/schbul/sbm114

Сведения об авторах

Вид Виктор Давыдович — д.м.н. профессор, главный научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева». E-mail: wied@mail.ru

Лутова Наталия Борисовна — д.м.н., главный научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева». E-mail: lutova@mail.ru

Аффективная симптоматика субклинического уровня у подростков

Дашиева Б.А., Карауш И.С., Куприянова И.Е.

НИИ психического здоровья, Томский Национальный исследовательский медицинский центр

Резюме. В статье обсуждаются вопросы выявления и клинической значимости аффективной симптоматики доклинического уровня в подростковом возрасте. Аффективные симптомы доклинического уровня маскируются личностными или поведенческими особенностями, пубертатными проявлениями. Часто такие подростки остаются вне поля зрения специалистов при высокой потребности в адекватной медико-психологической помощи. Цель настоящего исследования — выявление аффективной симптоматики субклинического уровня у разных групп подростков (подпороговой депрессии) и изучение ее клинических особенностей. Обследовано 659 подростков 12-17 лет. Использовались клинический, психологический (шкала депрессии М. Ковак), статистический методы.

Выделена группа подростков с риском развития депрессии (35,7%): с уровнем риска развития депрессивных симптомов «выше среднего» 26,6%, с высоким уровнем — 7,9% и с высокими показателями по отдельным шкалам (1,2%). Подростки общеобразовательных школ в сравнении с учащимися коррекционных школ имели значимо более высокие показатели по суммарному баллу и шкалам «Негативное настроение» и «Ангедония» в группе с высоким уровнем риска депрессии. Показатели шкалы «Межличностные проблемы» оказались высокими во всех группах учащихся. Подростки из городских школ имеют наибольший риск развития депрессии в сравнении, как с сельскими подростками, так и с учащимися коррекционных школ.

У 10,3% учеников определялись отдельные признаки аффективных нарушений, существенно отражающиеся на качестве функционирования, которые расценены нами как лица с подпороговой депрессией, из них 15,8% — городских, 10,8% — сельских и 6,3% — подростки с ОВЗ. Эта группа нуждается в динамическом наблюдении и проведении превентивных мероприятий с обязательным вовлечением социального окружения — родителей и педагогов.

Ключевые слова: подпороговая депрессия, подростки с ОВЗ, сельские и городские подростки, шкала депрессии М. Ковак

Affective symptoms subclinical level in adolescents

Dashieva B.A., Karaush I.S., Kupriyanova I.E.

Mental Health Research Institute Tomsk National Research Medical Center

Summary. In the article the issues of detection and clinical significance of affective symptoms of preclinical level in adolescence are discussed. Affective symptoms of the preclinical level are frequently masked by personality or behavioral characteristics, puberty manifestations. Quite often such adolescents remain out of sight of specialists with a high need for adequate medical and psychological assistance. The purpose of this study was to identify the subclinical level affective symptoms in different groups of adolescents (subthreshold depression) and to study its clinical features. There were examined 659 adolescents 7-17 years old. We used clinical, psychological (depression scale M. Kovak) and statistical methods. A group of adolescents with a risk of developing depression was identified (35.7%): with a «above average» level of depression's risk (26.6%), with a high level (7.9%) and high scores on particular scales (1.2%).

Adolescents in secondary schools, compared to the pupils in correctional schools, had significantly higher indicators on the total score and «Negative mood» and «Angelonia» scales in the group with a high risk of depression. The indicators of the «Interpersonal problems» scale were high in all groups of students. Adolescents from urban schools are at the greatest risk of developing depression compared to both rural adolescents and correctional school pupils.

In 10.3% of the pupils, the individual signs of affective disorders were identified that significantly affected the quality of functioning, which we regarded as persons with subthreshold depression, including 15.8% urban, 10.8% rural, and 6.3% teenagers with disabilities. This group needs a dynamic observation and carrying out preventive measures with the obligatory involvement of the social environment — parents and teachers.

Key words: subthreshold depression, adolescents with disabilities, rural and urban teenagers, depression scale M. Kovak

В последние годы наблюдается значительный интерес к определению аффективной симптоматики субклинического уровня в подростковом возрасте, описываемой зарубежными исследователями как подпороговая депрессия

(«subthreshold depression»/«subthreshold depressive disorder») [11, 12, 14, 19]. В отечественной литературе депрессивный эпизод, не достигающий клинически выраженного уровня (по МКБ-10), принято обозначать как «субсиндромальные, подпо-

роговые, малые, атипичные субклинические депрессии» [3, 4]. Данные понятия объединяют группу аффективных состояний, включающих депрессивные симптомы (оцениваемые по шкалам депрессии), которые при их клинической значимости по количеству и продолжительности не отвечают диагностическим критериям аффективных расстройств по DSM-IV или МКБ-10 [9, 13, 14, 17]. Момент, в который нарушение настроения становится диагностируемым расстройством, является предметом клинической оценки, но в настоящее время нет единого мнения относительно критериев дифференциации.

Распространенность данных состояний колеблется от 5% до 29% [5, 8]. По данным масштабного исследования «Проект SEYLE» (Saving and Empowering Young Lives in Europe/Сохранение здоровья и расширение возможностей молодых людей в Европе, $n=12395$, случайным образом набранных в школах 11 европейских стран), подпороговая депрессия выявлена у 30,4%, значительно чаще — у девочек [7]. Она рассматривается как предиктор формирования клинически очерченной психопатологической симптоматики, включая собственно депрессию [12, 13, 14], сопровождается нарушением функционирования в социальной и семейной сферах [17] и повышением суицидального риска. Подростки с высоким уровнем депрессивности, при этом не отвечающей диагностическим критериям депрессии, зачастую страдают от столь же высокого уровня социальной дезадаптации, как и подростки с клинически диагностированной депрессией [19].

В прогнозировании депрессивного расстройства к тридцатилетнему возрасту по данным D. N. Klein с соавт. (2009) у подростков с субклиническими депрессивными состояниями имеют значения следующие признаки: женский пол, выраженность депрессивной симптоматики, суицидальные мысли, наличие тревожного расстройства, семейная отягощенность по депрессии [14]. Наличие трех и более признаков определяет риск в 90,1%, менее трех факторов риска — в 46,6%. При изучении возможных факторов риска развития подпороговой депрессии и большой депрессии Wesselhöft R.T. с соавт. (2016) выявили связь с серьезными нарушениями соматического здоровья, наличием более двух стрессовых жизненных событий в предшествующем году, высоким уровнем депрессивных симптомов у матери [19]. Также обнаружено, что возникновению депрессивных симптомов у девочек способствует дефицит внимания в раннем подростковом возрасте [18] и жестокое обращение [20].

У взрослых пациентов с депрессией выявлена тесная связь эмоциональных расстройств с нарушениями позитивной автобиографической памяти и трудностями регулирования дисфорического настроения. У «уязвимых» групп подростков нарушения позитивной автобиографической памяти могут служить маркером риска для раннего возникновения депрессии, предшествовать раннему началу депрессии и сохраняться после ремиссии

депрессивного эпизода [6]. Расстройства позитивной автобиографической памяти могут негативно отражаться на функциях, регулирующих настроение и способствовать персистенции печали и ангедонии, являющимися основными характеристиками депрессии.

Стёртая аффективная симптоматика может скрываться под «маской» пубертатных проявлений, создавая дополнительные диагностические трудности. Подспудное изменение аффективного фона обычно приводит к усилению эмоциональной лабильности и снижению порога эмоциональной выносливости с готовностью к кратковременным ситуационно провоцированным эпизодам сниженного настроения [2]. Аффективная симптоматика субклинического уровня зачастую не распознается ни подростками, ни их родителями, ни врачами. Имеющиеся эмоциональные нарушения объясняются личностными или поведенческими особенностями, пубертатными проявлениями, низкой мотивацией, при этом такие подростки остаются вне поля зрения специалистов при высокой потребности в адекватной медико-психологической помощи.

Цель настоящего исследования — выявление аффективной симптоматики субклинического уровня у разных групп подростков (подпороговой депрессии) и изучение ее клинических особенностей.

Материал — 659 подростков 12-17 лет, из них — 139 учащихся городских общеобразовательных школ (55 человек — г. Новокузнецк, 84 человека — г. Томск), 297 учащихся сельских общеобразовательных школ (Томский район Томской области), 223 ученика специализированных коррекционных школ-интернатов для детей с нарушениями слуха и зрения (г. Томск), относящиеся к категории «дети с ограниченными возможностями здоровья» (дети с ОВЗ).

Критерии включения в исследование: возраст 12–17 лет; получение информированного согласия на обследование от родителей (законных представителей) и самого ребенка при достижении им 14 лет.

Критерии исключения: возраст младше 7 и старше 18 лет; наличие острой или обострение хронической соматической патологии в период проведения исследования; отказ родителей (опекунов) и/или самого ребенка от участия в исследовании.

Методы. Помимо клинического метода, для изучения уровня риска депрессии и выявления возможных доклинических её проявлений была использована шкала депрессии М. Ковак для детей и подростков 7–17 лет — Children's Depression Inventory [1, 15]. Вероятность, глубина и значимость депрессивных симптомов оцениваются по пяти составляющим шкалы — «Негативное настроение», «Межличностные проблемы», «Неэффективность», «Ангедония», «Негативная самооценка». Для обработки результатов исследования использована программа STATISTICA v.8.0. Показатели распространенности оценивались с помо-

щью критерия χ^2 с определением уровня значимости p .

На первом этапе проводилось скрининговое исследование учащихся городских, сельских общеобразовательных и коррекционных школ с помощью шкалы депрессии М. Ковак, предназначенной для выявления уровня риска депрессии и возможных доклинических её проявлений у детей и подростков. По результатам скрининга были выделены группы подростков для проведения клинического обследования (второй этап) и организации психологической, психокоррекционной, психотерапевтической помощи (третий этап).

Результаты. Скрининговое исследование учащихся с помощью шкалы депрессии М. Ковак позволило выделить группу подростков с риском развития депрессии — 35,7% (235 учеников). В нее вошли лица с уровнем риска развития депрессивных симптомов «выше среднего» 26,6% (175 учащихся), с высоким уровнем риска развития депрессивных симптомов — 7,9% (52 ученика) и 1,2% учащихся с высокими показателями по отдельным шкалам (8 учащихся).

У мальчиков риск развития депрессивных симптомов «выше среднего» составил 22,3%, у девочек — 28%. Выявлены значимые различия по группам девочек и мальчиков с высоким уровнем риска развития депрессивных симптомов — 14,5% и 1,7% соответственно ($p=0,00001$, $\chi^2=31,18$).

У подростков общеобразовательных школ в сравнении с учащимися коррекционных школ значимо чаще выявлялся высокий уровень риска развития депрессии (рис.1).

Подростки общеобразовательных школ в сравнении с учащимися коррекционных школ имели значимо более высокие показатели по суммарному баллу шкалы депрессии и шкалам «Негативное настроение» ($p=0,0008$, $\chi^2=11,20$) и «Ангедония» ($p=0,0007$, $\chi^2=11,50$) в группе с высоким уровнем риска депрессии. Также выявлены значимые различия по шкалам «Негативное настроение», «Неэффективность», «Ангедония», «Негативная самооценка» в группе с уровнем риска симптомов депрессии «выше среднего». Показатели шкалы «Межличностные проблемы» оказались высокими во всех группах учащихся.

Таблица 1. Выраженность симптомов депрессии по отдельным шкалам шкалы депрессии М. Ковак у мальчиков (n=341)

Шкалы	Подростки с ОВЗ, n=131	Городские подростки, n=69	Сельские подростки, n=141
Уровень депрессивных симптомов «выше среднего»			
Негативное настроение	11,5%	25,7%* ¹	18,4%
Межличностные проблемы	27,5%	48,6%* ^{1 2}	60,3%*** ³
Неэффективность	8,4%	32,9%*	9,2%
Ангедония	13,0%	24,3%	23,4%
Негативная самооценка	7,6%	14,3%*	17,0%
Общий балл	15,3%	34,3%* ¹	22,7%
Уровень депрессивных симптомов «высокий»			
Негативное настроение	0,8%	5,7%*	0
Межличностные проблемы	13%	7,1%	8,5%
Неэффективность	0	1,4%	0
Ангедония	0,8%	5,7%*	0,7%
Негативная самооценка	4,6%	11,4%****	1,4%
Общий балл	0,8%	7,1%*	0

Примечание: * — сравнение городских подростков с сельскими и группой с ОВЗ;
 ** — сравнение городских подростков с группой с ОВЗ;
 *** — сравнение сельских подростков и группы с ОВЗ;
 **** — сравнение городских и сельских подростков ($p<0,05$).

Таблица 2. Выраженность симптомов депрессии по отдельным шкалам шкалы депрессии М. Ковак у девочек (n=318)

Шкалы	Подростки с ОВЗ, n=92	Городские подростки, n=70	Сельские подростки, n=156
Уровень депрессивных симптомов «выше среднего»			
Негативное настроение	20,7%	37,1%	39,1%***
Межличностные проблемы	38%	27,1%	33,3%
Неэффективность	9,8%	34,3%**	21,2%***
Ангедония	21,7%	35,7%	34,6%
Негативная самооценка	26,1%	41,4%	32,7%
Общий балл	28,3%	38,6%*	23,1%
Уровень депрессивных симптомов «высокий»			
Негативное настроение	0	17,1%**	7,1%***
Межличностные проблемы	29,3%	40%	37,2%
Неэффективность	5,4%	20%	1,9%
Ангедония	2,2%	18,6%**	11,5%***
Негативная самооценка	6,5%	11,4%	8,3%
Общий балл	8,7%	20%	15,4%

Примечание: ** — сравнение городских подростков с группой с ОВЗ;
 *** — сравнение сельских подростков и группы с ОВЗ ($p<0,05$).

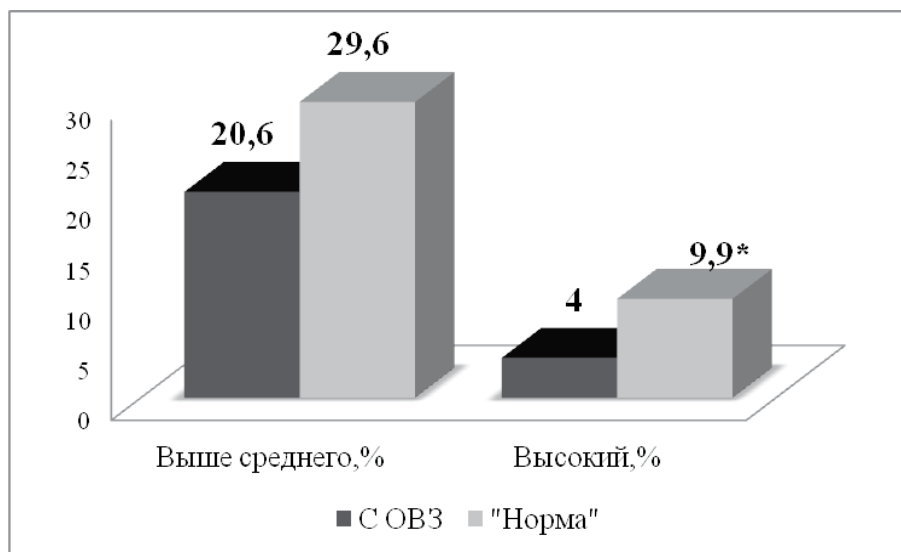


Рис. 1. Риск развития депрессивных симптомов у подростков, учащихся общеобразовательных и коррекционных школ, в соответствии со шкалой депрессии М. Ковак (*— $p=0,014$, $\chi^2=5,99$).

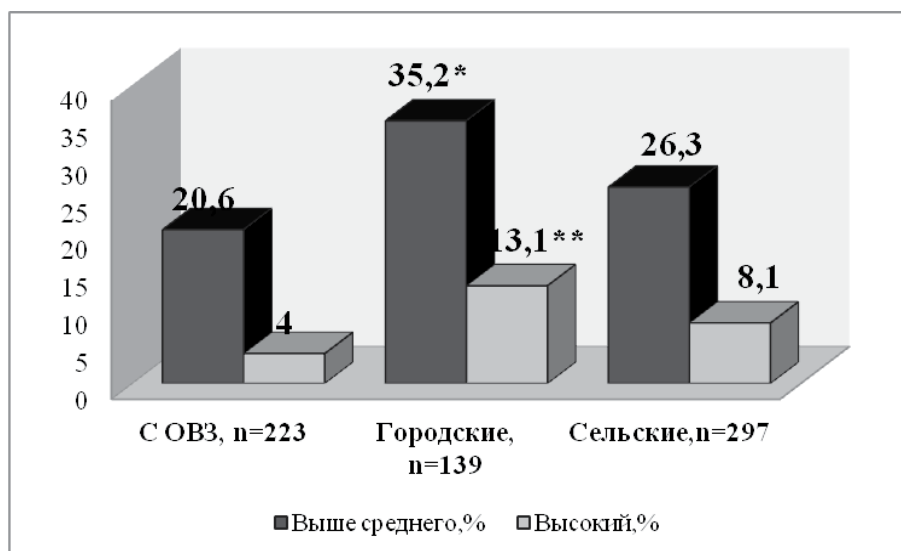


Рис. 2. Риск развития депрессии у подростков различных групп по шкале М. Ковак (* $p=0,0118$; $\chi^2=5,99$; ** $p=0,0022$ $\chi^2=9,36$).

Подростки из городских школ имеют наибольший риск развития депрессии в сравнении, как с сельскими подростками, так и с учащимися коррекционных школ (рис.2). При этом различия с последней группой наиболее выражены, значимые различия выявлены по суммарному показателю и большей части подшкал в группах риска «выше среднего» и высокого риска.

Сравнение городских и сельских подростков показало более выраженные различия в группе с высоким риском — по шкалам «Неэффективность» ($p=0,00001$, $\chi^2=20,42$) и «Негативная самооценка» ($p=0,024$, $\chi^2=5,08$).

Для подростков мужского пола в большей степени характерен уровень риска «выше среднего»

(таблица 1), при этом высокий уровень риска вообще не выявлен у сельских мальчиков, а у мальчиков с ОВЗ встречался лишь в единичном случае (0,8%), тогда как у городских — в 7,1% ($p=0,0018$, $\chi^2=9,75$).

У девочек более выраженные отличия выявляются при сравнении учащихся общеобразовательных школ с учащимися коррекционных школ (табл.2).

У девочек с высоким уровнем риска показатели шкалы «Негативное настроение» значимо выше у городских ($p=0,039$, $\chi^2=4,25$) в сравнении с сельскими; как и показатели шкалы «Неэффективность» — в сравнении с сельскими (0,00001, $\chi^2=18,45$) и с девочками с ОВЗ ($p=0,002$, $\chi^2=9,57$),

а показатели шкалы «Ангедония» выше и у городских ($p=0,0022$, $\chi^2=9,36$), и у сельских девочек ($p=0,0146$, $\chi^2=5,97$), по сравнению с девочками с ОВЗ (табл.2).

Необходимо отметить, что иногда при количественных показателях шкал тревоги и депрессии, характерных для низкого или среднего уровней, следует качественно анализировать ответы детей. Примером настораживающих ответов по шкале депрессии М. Ковак было согласие со следующими утверждениями — «Я часто бываю грустный», «Я часто испытываю беспокойство», «Я часто (всегда) чувствую себя одиноким», «Я не уверен в том, что меня кто-нибудь любит», «Я чувствую себя одиноким с людьми». Если суммарный показатель набранных баллов дает количественную оценку спектра депрессивных симптомов — сниженного настроения, гедонистической способности, вегетативных функций, самооценки, межличностного поведения, то при значениях «средний» или «ниже среднего» качественный анализ может дать ценную информацию о переживаниях ребёнка/подростка, как правило, не вербализуемых. Согласие с подобными утверждениями может стать поводом для дополнительных (уточняющих или наводящих) вопросов и являться первым признаком, отражающим внутренний конфликт или беспокойство.

При качественном анализе результатов были выявлены следующие тенденции. Преимущественно у мальчиков часто выявлялось сочетание низкого/среднего общего балла шкалы депрессии с высокими значениями показателей шкалы Е «Негативная самооценка» (включающей вопросы о суицидальном поведении). Самой проблемной областью оказались «Межличностные отношения»; высокие баллы по этой шкале (как у мальчиков, так и у девочек) наблюдаются у большинства подростков; причем как у подростков с высокими баллами по общему показателю шкалы депрессии, так и при низком/среднем его значении.

В группах подростков «с ОВЗ» и «без ОВЗ» имеются значимые различия по общему показателю шкалы депрессии ($p=0,014$, $\chi^2=5,99$); но по отдельным шкалам — «Межличностные отношения», «Неэффективность», «Негативная самооценка» различия не выявлены, что говорит о напряжении в этих сферах.

Анализ результатов исследования (как скринингового, так и клинического этапа) позволил выделить следующие *клинические особенности и предпосылки подпороговой депрессии*:

- гетерогенность симптоматики; преобладающими симптомами являются периодическое снижение настроения, раздражительность, негативная оценка себя и событий своей жизни, пессимистический настрой на собственное будущее. Как дополнительные симптомы рассматривались проблемы межличностного взаимодействия, снижение академической успеваемости, элементы рискованного поведения, предпочтение on-line общения;

- недостаточность энергетической составляющей психической деятельности — медлительность, неорганизованность, академические трудности, повышенная утомляемость;
- аффективный «дисбаланс» — периоды сниженного настроения, неустойчивость самооценки (чаще снижение), «застывание» на негативных переживаниях, негативное видение будущего;
- признаки пролонгированного пубертатного криза — недостаточная сформированность жизненной позиции, страх неудачи, потребность в опеке и защите, неуверенность в своих силах, значительная тревожность в ситуации проверки знаний и оценки извне;
- снижение или отсутствие интересов, апатия;
- маскированность нарушениями поведения — часто при отсутствии явно выраженных жалоб на снижение настроения отмечается негативизм, реакции протеста (семья, социум), агрессивный и аутоагрессивный компонент; элементы рискованного и/или аддиктивного поведения;
- в анамнезе часто перинатальная патология, диссоциированность психологического развития — сочетание своевременного развития интеллекта и незрелости эмоционально-волевой сферы.

По результатам скринингового анкетирования были сформированы группы с высоким (52 ученика) и средним уровнем риска (175 учеников). На клиническом уровне у детей и подростков нами не выявлены признаки большого депрессивного расстройства, у 29 подростков диагностировано расстройство адаптации (депрессивные реакции). У 10,3% (68 учеников) определялась аффективная симптоматика субклинического уровня, существенно отражающаяся на качестве функционирования (рис.3).

Подростки из данной группы, включающей 15,8% городских, 10,8% сельских учеников и 6,3% учащихся с ОВЗ, были расценены нами как лица с подпороговой депрессией. Эта группа нуждается в динамическом наблюдении и проведении превентивных мероприятий с обязательным вовлечением социального окружения — родителей и педагогов.

Обсуждение. Выявленный высокий уровень риска депрессии у подростков (35,7%) требует организации комплекса мероприятий профилактической, коррекционной и социальной направленности. Программы должны базироваться на мультидисциплинарном подходе, включать различные превентивные мероприятия с учетом выявленных особенностей в уровнях риска развития депрессии у мальчиков и девочек, а также в группах учащихся общеобразовательных и коррекционных школ. Приоритет должен отдаваться немедикаментозным методам: психологическим, психокоррекционным, психотерапевтическим.



Рис. 3. Результаты исследования подростков различных групп на выявление аффективных симптомов различного уровня (n=659).

При этом должен учитываться социокультурный аспект функционирования подростка, который обеспечивается организацией помощи в условиях образовательного учреждения. Это положение находит подтверждение и при анализе современных исследований, показывающих, что психологическая терапия имеет сравнимый эффект с применением антидепрессантов в отношении симптомов депрессии, отказа от учебы и длительности ремиссии [10].

Еще один аспект, обсуждаемый в литературе, касается эффективности влияния физических упражнений на снижение симптомов депрессии среди подростков с клиническими уровнями депрессивных симптомов [16], что должно обязательно учитываться при организации здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе. Особого внимания требуют подростки с хроническими соматическими заболеваниями, а также дети, матери которых имеют депрессивные симптомы.

Аффективная симптоматика, не отвечающая критериям психических расстройств по МКБ-10, при высокой встречаемости у подростков и ассоциированности с психическими нарушениями в периоде взрослости, представляется объектом дальнейшего изучения с целью выделения ранних прогностических критериев, уточнения клинической типологии и разработки социотерапевтической тактики.

Выводы

Выявленный высокий уровень риска депрессии (35,7%) у подростков требует организации комплекса мероприятий профилактической, коррекционной и социальной направленности.

Аффективная симптоматика субклинического уровня — подпороговая депрессия — выявляется у 10,3% подростков.

Сфера межличностного взаимодействия является проблемной для всех детей, что определяется возрастными аспектами, социальной ситуацией, а у детей с ОВЗ также трудностями коммуникации, обусловленными дефектом; она должна являться объектом внимания и воздействия психологов, педагогов, родителей и предметом «познания» самими подростками.

Обнаруженные различия в распространенности аффективных симптомов по полу определяются не только биологическими, психологическими характеристиками, но и, возможно, большей «чувствительностью» традиционных методик к выявлению этих симптомов у девочек; что определяет необходимость изучения особенностей аффективной патологии у мальчиков и включения в скрининговые шкалы дополнительных вопросов (например, касающихся поведенческих, аддиктивных, аутоагрессивных проявлений).

Трудности выявления психопатологических симптомов у детей с ОВЗ определяют необходи-

мость разработки диагностических инструментов, учитывающих их эмоциональные, когнитивные и речевые особенности, недостаток социального опыта. Выявленный уровень риска депрес-

сии у подростков с ОВЗ требует организации комплекса мероприятий по ее выявлению, профилактике и коррекции с учетом специфики дефекта и половых различий.

Литература

1	Воликова С.В., Калина О.Г., Холмогорова А.Б. Валидизация опросника детской депрессии М. Ковак // Вопросы психологии. — 2011. — №5. — С.121–132.	Volikova S.V., Kalina O.G., Kholmogorova A.B. Validation of M. Kovacs Children's Depression Inventory (CDI). Voprosy psikhologii. 2011; 5: 121–132. (In Rus.)
2	Кравченко Н.Е. Современные представления о депрессивных расстройствах настроения в подростковом возрасте и некоторых проблемах их терапии (аналитический обзор) // Трудный пациент. — 2007. — №11. URL.: http://t-pacient.ru/articles/6219/ (дата обращения 28.06.2017)	Kravchenko N.E. Modern ideas about depressive mood disorders in adolescence and some of the problems of their therapy (analytical review). Trudnyi patsient. November. 2007. URL.: http://t-pacient.ru/articles/6219/ (date of availability 28.06.2017) (In Rus.)
3	Селезнева Н.Д., Гаврилова С.И. Аффективные расстройства // Руководство по гериатрической психиатрии / Под ред. С.И. Гавриловой. — М. — 2011. — С.195–246.	Selezneva N.D., Gavrilova S.I. Affective disorder. In: Guide to geriatric psychiatry. Ed. by S.I. Gavrilova. M. 2011. 195–246 p. (In Rus.)
4	Смулевич А.Б. Маскированные депрессии // Нейронews Психоневрология и нейропсихиатрия. — № 9 (44) — 2012. URL.: http://neuronews.com.ua/ru/issue-article-727/Maskirovannye-depressii#gsc.tab=0 (дата обращения 28/06/2017)	Smulevich A.B. Masked depression. Neyronews Psikhonevrologiya i neyropsikhiatriya. 2012; 9 (44). URL.: http://neuronews.com.ua/ru/issue-article-727/Maskirovannye-depressii#gsc.tab=0 (date of availability 28/06/2017) (In Rus.)
5	Backenstrass M., Joest K., Rosenmann Th. et al. The care of patients with subthreshold depression in primary care: is it that bad? A qualitative study on the views of general practitioners and patients // BMS Health Services Research. — 2007. — №7. — С.190.	Backenstrass M., Joest K., Rosenmann Th. et al. The care of patients with subthreshold depression in primary care: is it that bad? A qualitative study on the views of general practitioners and patients. BMS Health Services Research. 2007; 7: 190.
6	Begovic E., Panaite V., Bylsma L.M. et al. Positive autobiographical memory deficits in youth with depression histories and their never-depressed siblings // Br J Clin Psychol. — 2017 — Vol.56. — P.329–346. doi: 10.1111/bjc.12141.	Begovic E., Panaite V., Bylsma L.M. et al. Positive autobiographical memory deficits in youth with depression histories and their never-depressed siblings. Br J Clin Psychol. 2017; 56(3): 329–46. DOI: 10.1111/bjc.12141.
7	Carli V., Hoven C. W., Wasserman C. et al. Новая группа подростков с «невидимым» риском психопатологии и суицидального поведения: находки исследования SEYLE // World Psychiatry (на русском). — 2014. — Vol.13. — №1. — P.78–86.	Carli V., Hoven C. W., Wasserman C. et al. A new group of adolescents with «invisible» risk of psychopathology and suicidal behavior: findings of SEYLE research. World Psychiatry (In Russian). 2014; 13 (1): 78–86. (In Rus) DOI: 10.1002/wps.20088
8	Carrellas N.W., Biederman J., Uchida M. How prevalent and morbid are subthreshold manifestations of major depression in adolescents? A literature review // J Affect Disord. — 2017. — Vol.1. — №210. — P.166–173. DOI:10.1016/j.jad.2016.12.037.	Carrellas N.W., Biederman J., Uchida M. How prevalent and morbid are subthreshold manifestations of major depression in adolescents? A literature review. J Affect Disord. 2017; 1(210):166–73. DOI: 10.1016/j.jad.2016.12.037.
9	Cuijpers P, Smit F. Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies // Acta Psychiatr Scand. — 2004. — Vol.109. — P.325–331. DOI: org/10.1111/j.1600-447.2004.00301.x	Cuijpers P, Smit F. Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. Acta Psychiatr Scand. 2004;109: 325–31. DOI: org/10.1111/j.1600-447.2004.00301.x

10	Das J.K., Salam R.A., Lassi Z.S. et al. Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews // <i>J Adolesc Health</i> . — 2016. — Vol.59 — №4S. — P. 49-S60. DOI: org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.020	Das J.K., Salam R.A., Lassi Z.S. et al. Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. <i>J Adolesc Health</i> . 2016;59(4S):S49-S60. DOI: org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.020
11	Georgiades K, Lewinsohn PM, Monroe SM, Seeley JR. Major depressive disorder in adolescence: the role of subthreshold symptoms // <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . — 2006. — Vol.45. — №8. — P.936–944. DOI: 10.1097/01.chi.0000223313.25536.47	Georgiades K, Lewinsohn PM, Monroe SM, Seeley JR. Major depressive disorder in adolescence: the role of subthreshold symptoms. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . 2006; 45(8): 936–944. DOI: 10.1097/01.chi.0000223313.25536.47
12	Jinnin R., Okamoto Y., Takagaki K. et al. Detailed course of depressive symptoms and risk for developing depression in late adolescents with subthreshold depression: a cohort study // <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i> . — 2016. — Vol. 13 — 2017. — Vol. 13 — P.25–33. DOI: https://doi.org / 10.2147/NDT.S117846	Jinnin R., Okamoto Y., Takagaki K. et al. Detailed course of depressive symptoms and risk for developing depression in late adolescents with subthreshold depression: a cohort study. <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i> . 2016; 13. 2017; 13: 25–33. DOI: https://doi.org/10.2147/NDT.S117846
13	Hwang J.W., Egorova N., Yang X.Q. et al. Subthreshold depression is associated with impaired resting-state functional connectivity of the cognitive control network // <i>Translational Psychiatry</i> . — 2015. — №5. — p.683. DOI: 10.1038/ tp.2015.174 .	Hwang J.W., Egorova N., Yang X.Q. et al. Subthreshold depression is associated with impaired resting-state functional connectivity of the cognitive control network. <i>Translational Psychiatry</i> . 2015; 5: e683; doi: 10.1038/tp.2015.174 .
14	Klein D.N., Shankman S.A., Lewinsohn P.M., Seeley J.R. Subthreshold Depressive Disorder in Adolescents: Predictors of Escalation to Full-Syndrome Depressive Disorders // <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . — 2009. — Vol.48. — №7. — P.703–710. DOI: 10.1097/CHI.0b013e3181a56606	Klein D.N., Shankman S.A., Lewinsohn P.M., Seeley J.R. Subthreshold Depressive Disorder in Adolescents: Predictors of Escalation to Full-Syndrome Depressive Disorders. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . 2009; 48(7): 703–10. DOI: 10.1097/CHI.0b013e3181a56606
15	Kovacs M. <i>The Children's Depression Inventory (CDI) manual</i> / New York: Multi-Health Systems. — 1992.	Kovacs M. <i>The Children's Depression Inventory (CDI) manual</i> . New York : Multi-Health Systems. 1992.
16	Radovic S., Gordon MS., Melvin G.A. Should we recommend exercise to adolescents with depressive symptoms? A meta-analysis // <i>J Paediatr Child Health</i> . — 2017. — Vol.53. — №3. — P.214–220. DOI: 10.1111/jpc.13426 .	Radovic S., Gordon MS., Melvin G.A. Should we recommend exercise to adolescents with depressive symptoms? A meta-analysis. <i>J Paediatr Child Health</i> . 2017; 53(3): 214–20. DOI: 10.1111/jpc.13426 .
17	Rodríguez M.R., Nuevo R., Chatterji S., Ayuso-Mateos J.L. Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: a systematic review // <i>BMC Psychiatry</i> . — 2012. — №12. — P.181.	Rodríguez M.R., Nuevo R., Chatterji S., Ayuso-Mateos J.L. Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: a systematic review. <i>BMC Psychiatry</i> . 2012;12: 181.
18	Rudolph K.D., Monti J.D., Flynn M. Stress Reactivity as a Pathway from Attentional Control Deficits in Everyday Life to Depressive Symptoms in Adolescent Girls // <i>J Abnorm Child Psychol</i> . — 2018. — Vol. 46. — №3. — P.613–624. doi: 10.1007/s10802-017-0318-1 .	Rudolph K.D., Monti J.D., Flynn M. Stress Reactivity as a Pathway from Attentional Control Deficits in Everyday Life to Depressive Symptoms in Adolescent Girls. <i>J Abnorm Child Psychol</i> . 2018; 46(3): 613–24. DOI: 10.1007/s10802-017-0318-1 .
19	Wesselhöft R.T. Childhood depressive disorders // <i>Dan Med J</i> . — 2016. — Vol.63. — №10. — P.5290.	Wesselhöft R.T. Childhood depressive disorders. <i>Dan Med J</i> . 2016; 63(10). pii: B5290.
20	Zietlow AL., Nonnenmacher N., Reck C. et al. Early life maltreatment but not lifetime depression predicts insecure attachment in women // <i>Arch Womens Ment Health</i> . — 2017. — Vol.20. — №4. — P.477–486. DOI: 10.1007/s00737-017-0731-z .	Zietlow AL., Nonnenmacher N., Reck C. et al. Early life maltreatment but not lifetime depression predicts insecure attachment in women. <i>Arch Womens Ment Health</i> . 2017; 20(4): 477–86. DOI: 10.1007/s00737-017-0731-z .

Сведения об авторах

Дашиева Баирма Антоновна — доктор медицинских наук, старший научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра. E-mail: bairma2009@mail.ru

Карауш Ирина Сергеевна — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра. E-mail: anir7@yandex.ru

Куприянова Ирина Евгеньевна — доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра. E-mail: irinakupr@rambler.ru

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

Часть 2. Критериальная валидность шкал и анализ профилей

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

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. Во второй части работы представлены результаты проверки критериальной 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. Старшеклассники, употребляющие наркотические вещества, характеризуются склонностью к технологическим зависимостям, антисоциальными тенденциями, трудностями планирования и ориентации на будущее при переоценке своих возможностей контроля эмоций, отрицанием поиска новизны, рискованного поведения и избегания, трудностями взаимопонимания в детско-родительских отношениях. Одни из этих особенностей проявляются при защитной стратегии ответов и другие — при открытой демонстрации трудностей, что позволяет разделить два профиля риска. При высокой оценке своих возможностей контроля эмоций риск вовлечения в употребление наркотических веществ сопряжен с презентуемым или иллюзорным чрезмерно «благополучным» профилем: высокой оценкой контроля эмоций и поиска социальной поддержки, отрицанием избегания, поиска новизны и рискованного поведения. При низкой оценке своих возможностей контроля эмоций риск выше при склонности к зависимостям, антисоциальных тенденциях, трудностях произвольной регуляции и худшем взаимопонимании в детско-родительских отношениях.

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 2. Criterion validity and analysis of profiles

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

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

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

³ Mental Health Research Center, Moscow

Summary. The second part of the paper presents the results of testing the criterion validity of the methodological complex scales conducted on a sample of 637 pupils of the upper grades of general education schools from 12 constituent entities of the Russian Federation and 108 pupils involved in the use of narcotic substances. Pupils using narcotic substances are characterized by a tendency to technological addictions, antisocial tendencies, difficulties in self-regulation accompanied by overestimation of the own ability to control emotions, denying the interest for novelty, risky behavior and avoidance as well as difficulties in child-parent relations. Some of these factors are manifested in those with a protective response strategy and others — in those with an open demonstration of difficulties, which allows us to separate the two risk profiles. In pupils appraising their ability to control emotions as high, the risk of involvement in the use of narcotic substances is associated with either a demonstrating or an illusory excessively «prosperous» profile: an overestimation of own emotional control and social support, denial of avoidance, denial of interest for novelty and risky behavior. In pupils appraising their ability to control emotions as low, the risk is higher in those with higher rates of technological addictions, antisocial tendencies, difficulties in self-regulation and in child-parent relationships.

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

Данная работа представляет вторую часть статьи, посвященной разработке и апробации методического комплекса диагностики психологических факторов риска употребле-

ния наркотических веществ в подростковом возрасте. В первой части описаны особенности отбора теоретических конструктов и последующее уточнение пунктов: отбирались пункты, на кото-

рые старшеклассники, вовлеченные в употребление наркотических веществ, отвечали иначе, чем старшеклассники контрольных групп. Далее, учитывая теоретическое содержание пунктов и их психометрические характеристики, были выделены шкалы склонности к технологическим зависимостям, антисоциальных тенденций, возможностей произвольной регуляции деятельности, контроля эмоций, поиска новизны, рискованного поведения, взаимопонимания в детско-родительских отношениях, копинг-стратегий разрешения проблем, социальной поддержки и избегания. Дополнительно комплекс позволяет рассчитать показатели социально желательных и случайных ответов и исключить недостоверные протоколы.

В первой 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.

В соответствии с основной гипотезой о *намеренных и ненамеренных искажениях ответов у лиц, употребляющих психоактивные вещества*, как ключевой трудности в применении скрининговых опросниковых методов для психодиагностики групп риска, сопоставление показателей по шкалам методического комплекса в группах, вовлеченных в потребление наркотических веществ, и школьников РФ показало, что для потребляющих наркотические вещества старшеклассников характерна защитная стратегия ответов, которая проявляется не только в социально желательных ответах (что «улавливается» шкалой социальной желательности), но и к инверсии показателей по ряду шкал (или отдельных пунктов), по сравнению с описанными в литературе. Например, употребляющие наркотические вещества старшеклассники чаще отвечали, что не приемлют риск в своей жизни, не стремятся к новизне и всегда могут себя контролировать. Хотя эти данные противоречат данным ряда исследований, они вполне обоснованы с психологической точки зрения. Во-первых, для употребляющих наркотические вещества характерно стремление скрыть это от взрослых – что может приводить к представлению себя в благожелательном свете, по сравнению с другими школьниками, готовыми признать некоторые трудности планирования и контроля, а также стремление к риску – являющиеся нормативными для подросткового возраста. Во-вторых, хроническое употребление наркотических веществ нередко сопряжено с *иллюзией* повышенного контроля и сохраненных возможностей, выполняющей также психологическую защитную функцию.

Данная, вторая, часть статьи, помимо описания проверки критериальной валидности, как способности шкал дифференцировать клиниче-

скую и контрольные группы, посвящена *исследованию профилей психологических факторов у подростков с разными стратегиями ответов на пункты методики*.

Особенности оценки критериальной валидности методического комплекса диагностики психологических факторов риска вовлечения в употребление наркотических веществ

Критериальная валидность каждой из шкал оценивалась в сравнении показателей в группах старшеклассников, вовлеченных в употребление наркотических веществ, и старшеклассников г. Москвы; затем полученные данные подтверждались в сравнении с другими российскими старшеклассниками. При этом использовались следующие критерии:

- **Наличие различий как с группой старшеклассников г. Москвы, так и с группой старшеклассников других регионов России свидетельствует о возможности применения шкалы в качестве индикатора, хотя не гарантирует его специфичности** (т.е. показатель может свидетельствовать об общем психологическом неблагополучии). Такой вывод обоснован в психологических исследованиях важностью учета не только статистической значимости, но и воспроизводимости эффекта и значимости содержательной [3].
- **Наличие различий при сравнении со старшеклассниками г. Москвы, но не России, позволяет предполагать, что шкала может рассматриваться как индикатор риска, но его показатели зависят от социальной и культурной ситуации в регионе, т.е. применение по всей России может быть затруднено.** Иными словами, показатели либо не должны интерпретироваться при применении в других регионах России, либо должны анализироваться внимательно, с учетом социальных и культурных особенностей региона.
- **Наличие различий при сравнении со старшеклассниками России, но не г. Москвы, позволяет предполагать, что высокий или низкий уровень показателей вызван специфической для Москвы социальной ситуацией.** Прямое применение таких показателей опасно артефактами и ошибками, поскольку особенности показателей у старшеклассников, живущих в данном регионе и вовлеченных в употребление наркотических веществ, не могут быть установлены.

Исследование профилей психологических факторов у подростков с разными стратегиями ответов на пункты методического комплекса

В соответствии с ключевой гипотезой за основу проявления защитной стратегии ответов была

* Характеризующей в клинической группе трудности планирования на будущее, сопоставление альтернатив и желание «жить сегодняшним днем».

принята переоценка своих возможностей контроля эмоций.

Медиана по этому показателю (рассчитанному как средний балл) в объединенной контрольной группе составляет 2 балла, а в клинической — 2,17 балла. Граница в 2 балла удобна и с содержательной точки зрения: школьники, чей показатель составляет 2 и менее балла в среднем говорят о трудностях регуляции и контроля своих эмоций и действий (а также считают, что полный самоконтроль невозможен). Школьники, набирающие более 2 баллов, оценивают свои возможности и человеческие возможности в целом более оптимистично.

Полученные группы — с высокой и низкой оценкой своего контроля эмоций — сопоставлялись далее по всем показателям и строились их усредненные профили.

Обработка данных проводилась в программе SPSSStatistiscs 23.0. Показатели по шкалам рассчитывались как усредненные значения.

Результаты

Критериальная валидность шкал методического комплекса психологических факторов во-

влечения школьников в группу потребителей наркотических средств

Как показано в таблице 1, старшекласники, употребляющие наркотические вещества, более склонны давать социально желательные ответы (приукрашая себя) и случайные ответы, по сравнению с учениками московских школ. Однако, при сравнении с другими регионами России, этих различий не выявлено. Соответственно, можно предполагать у них склонность к случайным и социально желательным ответам — но этот вопрос требует дальнейших исследований.

У старшекласников, употребляющих наркотические вещества, выше показатели по шкалам антисоциальных тенденций и нарушений произвольной регуляции, нежели в контрольных группах. Кроме того, у них выше склонность к технологическим зависимостям, хотя эти различия достигают уровня значимости только при сравнении с данными выборки школьников регионов России, но не москвичами. Возможно, что склонность к зависимости является проявлением не только и не столько риска употребления наркотических веществ, сколько следствием жизни в г. Москве.

Таблица 1. Сравнение показателей по шкалам методического комплекса старшекласников, употребляющих наркотические вещества (клиническая группа), со старшекласниками г. Москвы (основная контрольная группа) и старшекласниками других регионов России (дополнительная контрольная группа)

Шкалы	Употребляющие наркотические вещества		Старшекласники г. Москвы			Старшекласники других регионов РФ		
	Среднее	Ст. откл.	Среднее	Ст. откл.	t-критерий	Среднее	Ст. откл.	t-критерий
Случайные ответы	1,04	0,90	0,54	0,75	4,90**	1,09	1,07	-0,50
Социальная желательность	2,31	0,62	2,11	0,50	2,85**	2,41	0,52	-1,55
Склонность к технологическим зависимостям	2,68	0,82	2,59	0,70	0,94	2,48	0,69	2,39*
Антисоциальные тенденции	2,54	0,62	2,40	0,45	2,08*	2,27	0,48	4,23**
Возможности произвольной регуляции	2,44	0,65	2,62	0,54	-2,57*	2,70	0,55	-3,77**
Контроль эмоций	2,18	0,62	1,89	0,47	4,31**	2,08	0,52	1,56 Т
Поиск новизны	3,05	0,67	3,31	0,46	-3,65**	3,18	0,49	-1,93 Т
Рискованное поведение	2,71	0,65	3,02	0,50	-4,32**	2,85	0,58	-2,08*
Взаимопонимание в детско-родительских отношениях	3,14	0,68	3,24	0,72	-1,29	3,39	0,56	-3,49**
Копинг-стратегии — Разрешение проблем	3,08	0,61	2,85	0,82	2,82**	2,86	0,75	3,09**
Копинг-стратегии — Социальная поддержка	2,57	0,74	2,90	0,67	-4,02**	2,74	0,66	-2,22*
Копинг-стратегии — Избегание	3,27	0,67	3,38	0,57	-1,52	3,41	0,57	-2,17*

Примечания. Т — различия достигают уровня тенденции $p < 0,13$, * — уровень значимости различий * $p < 0,05$, ** — различия значимы на уровне $p < 0,01$.

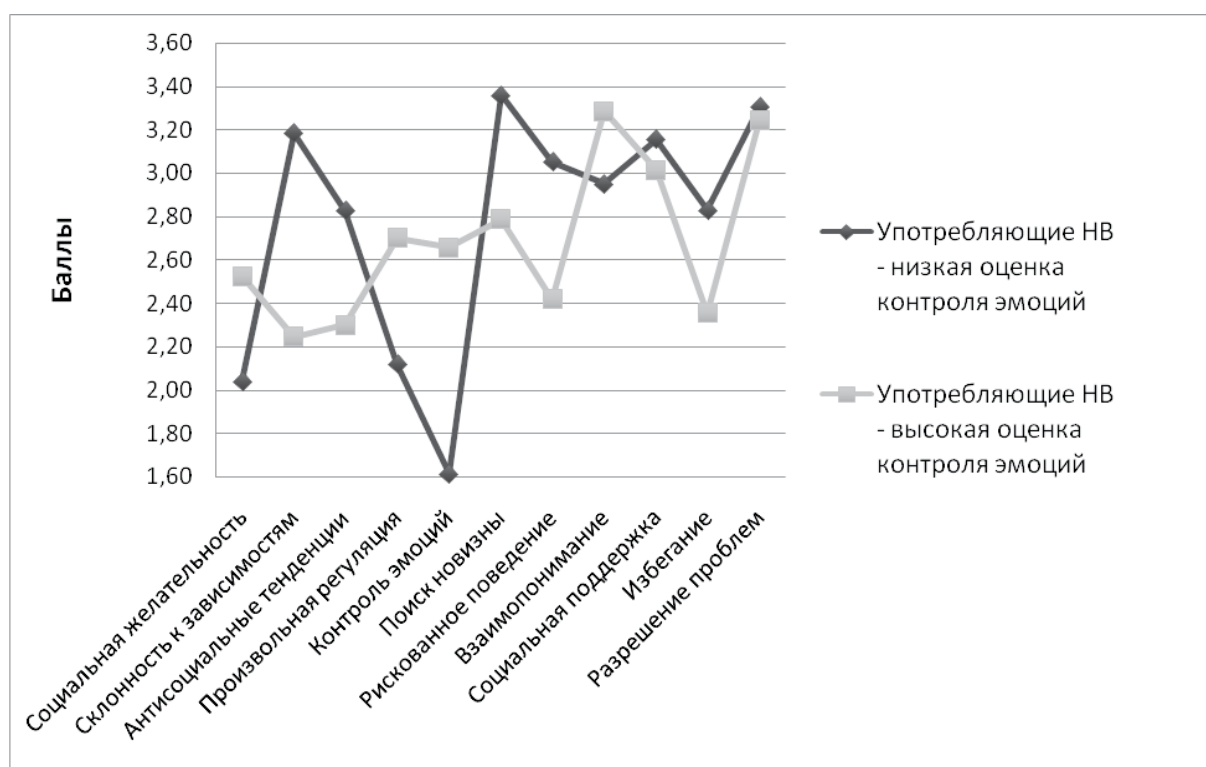


Рис. 1. Сравнение двух профилей старшекласников, употребляющих наркотические вещества, — с высокой оценкой и низкой своих возможностей самоконтроля.

Кроме того, для старшекласников, употребляющих наркотические вещества, характерны отрицание рискованного поведения и переоценка своих возможностей самоконтроля (в первую очередь, в эмоциональной сфере), что выражается в повышенных показателях по шкалам контроля эмоций и пониженных — по шкалам поиска новизны и рискованного поведения. Различия более четкие при сравнении с московскими старшекласниками и достигают уровня тенденции при сравнении со старшекласниками других регионов РФ (различия по шкале рискованного поведения достигают принятого уровня значимости).

У старшекласников, вовлеченных в употребление наркотических веществ, ниже общий балл по шкале взаимопонимания в детско-родительских отношениях, по сравнению со старшекласниками разных регионов России (табл. 1). Однако, не выявлено различий при сравнении со старшекласниками г. Москвы. Иными словами, различия могут свидетельствовать не о повышенном риске школьников, а об особенностях жизни в г. Москве, а их связь с собственно риском возможного вовлечения в употребление наркотических средств требует дальнейших исследований.

По сравнению с московскими старшекласниками, старшекласники, употребляющие наркотические вещества, значимо чаще говорят о поиске социальной поддержки в стрессогенной ситуации и значимо реже — об избегании трудностей. При сравнении их ответов с ответами школьников других регионов, различия по шкалам избе-

гания и социальной поддержки остаются значимыми. Кроме того, старшекласникам, употребляющим наркотические вещества, менее свойственен анализ разных возможных вариантов решения проблем.

Учет различных стратегий ответов на вопросы методического комплекса

В пользу предположения, что речь идет, как минимум, о двух разных стратегиях ответа на вопросы (возможно, двух разных личностных профилях старшекласников), свидетельствуют данные двухфакторного дисперсионного анализа 3 (группы) $\times$ 2 (оценка контроля эмоций). Различия между тремя группами (основной эффект группы) достигают принятого уровня значимости для всех шкал, кроме шкалы разрешения проблем, хотя величина статистического эффекта варьирует от слабой до средней ($F=3,26-21,77$, $p<0,05$, $\eta^2=0,01-0,06$). Различия между двумя группами с высокой и низкой оценкой контроля эмоций (основной эффект контроля эмоций) достигают принятого уровня значимости для всех шкал, кроме шкал разрешения проблем и взаимопонимания в детско-родительских отношениях ($F=14,52-74,45$, $p<0,01$, $\eta^2=0,02-0,09$).

Сравнение употребляющих наркотические вещества с высокой и низкой оценкой своих возможностей самоконтроля позволяет выявить следующие различия (рис.1): принятого уровня значимости достигают различия по всем шкалам, кроме шкал социальной поддержки и разрешения проблем ($|t|=3,48-5,70$, $p<0,05$, $\eta^2=0,10-0,23$). В

группе с высокой оценкой контроля эмоций выше показатели по шкале социальной желательности (что подтверждает гипотезу о защитной стратегии в ответах у тех, кто указывает на чрезмерные возможности в регуляции эмоций), показатели произвольной регуляции и особенно контроля эмоций, они лучше оценивают свое взаимодействие с матерью. Наоборот, в группе принимающих наркотические вещества, но низко оценивающих свои возможности контроля эмоций, выше показатели склонности к зависимости, антисоциальных тенденций, поиска новизны, рискованного поведения и избегания.

Профили психологических факторов возможного вовлечения в употребление наркотических веществ в клинической и контрольной группах с высокой оценкой контроля эмоций

В группе с высокой оценкой своих возможностей контроля эмоций и употребляющих наркотические вещества, по сравнению с теми школьниками контрольных групп, для которых также характерна высокая оценка контроля эмоций, отмечаются следующие особенности (рис. 2): более высокие показатели по шкалам контроля эмоций ($F=8,58$, $p<0,01$, $\eta^2=0,05$, *posthoc* различия с обеими контрольными группами по критерию Шеффе на уровне $p<0,01$), социальной желательности и социальной поддержки ($F=14,09$, $p<0,01$, $\eta^2=0,08$ и $F=6,52$, $p<0,01$, $\eta^2=0,04$, по критерию Шеффе различия отмечаются лишь с московскими старшеклассниками, $p<0,05$), а также более низкие показатели по шкалам поиска новизны, рискованного поведения и избегания ($F=10,21$, $p<0,01$, $\eta^2=0,06$; $F=12,82$, $p<0,01$, $\eta^2=0,07$; $F=10,07$, $p<0,01$, $\eta^2=0,06$, соответственно; различия с обеими кон-

трольными группами по критерию Шеффе на уровне $p<0,05$).

Иными словами, среди старшеклассников, высоко оценивающих свои возможности контроля эмоций, те, у кого есть опыт употребления наркотических веществ, отличаются чрезмерно высокими оценками этого контроля на фоне отрицания стремления к поиску новизны и рискованному поведению, а также отрицания избегания владения со стрессогенными ситуациями. Сравнение с московскими школьниками свидетельствует также в пользу того, что они чаще дают социально желательные ответы и выше оценивают свои возможности поиска социальной поддержки при переживании стресса. Отметим, что в этой подгруппе не отмечается повышения ни по шкале склонности к технологическим зависимостям, ни по шкале возможностей произвольной регуляции, ни по шкале антисоциальных тенденций.

Профили психологических факторов возможного вовлечения в употребление наркотических веществ в клинической и контрольной группах с низкой оценкой контроля эмоций

Хотя старшеклассники, вовлеченные в употребление наркотических веществ, чаще оценивают свои возможности высоко, некоторые из них склонны к противоположным оценкам — критичной оценке своих возможностей контроля эмоций.

Старшеклассники, имеющие опыт употребления наркотических веществ, но низко оценивающие свои возможности контроля эмоций, отличаются от общей выборки старшеклассников с низкой оценкой контроля эмоций более высокими показателями по шкалам склонности к техно-

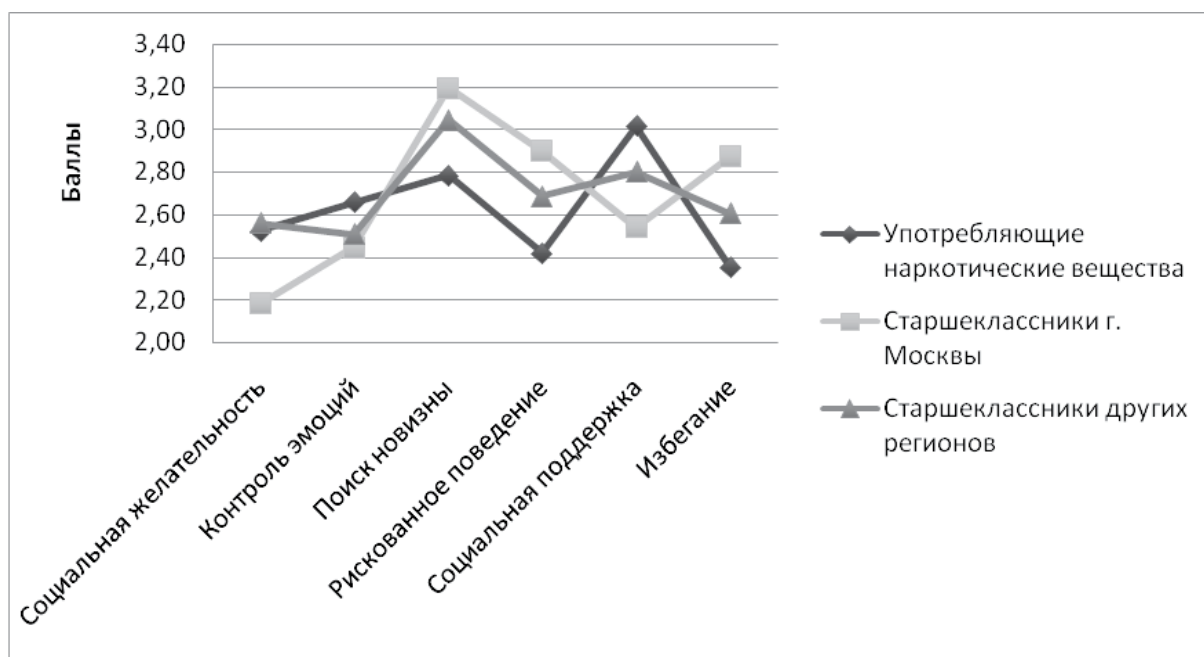


Рисунок 2. Особенности профиля употребляющих наркотические вещества, по сравнению со старшеклассниками г. Москвы и других регионов России — среди школьников с высокой оценкой своего контроля эмоций.

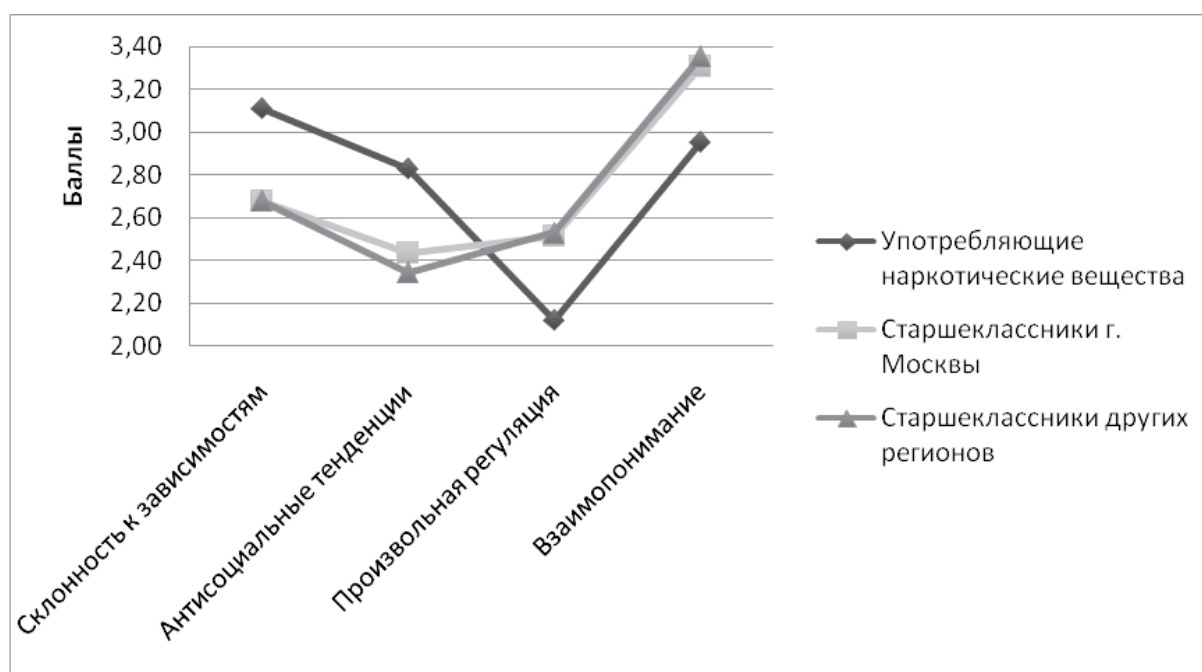


Рисунок 3. Особенности профиля употребляющих наркотические вещества, по сравнению со старшеклассниками г. Москвы и других регионов России — среди школьников с низкой оценкой своих возможностей контроля эмоций.

логическим зависимостям, антисоциальных тенденций ($F=8,67$, $p<0,01$, $\eta^2=0,04$; $F=17,94$, $p<0,01$, $\eta^2=0,08$; различия с обеими контрольными группами по критерию Шеффе на уровне $p<0,01$) и более низкими показателями по шкалам возможностей произвольного контроля и взаимопонимания в детско-родительских отношениях ($F=11,48$, $p<0,01$, $\eta^2=0,05$; $F=7,75$, $p<0,01$, $\eta^2=0,04$; различия с обеими контрольными группами по критерию Шеффе на уровне $p<0,01$).

Иными словами, при отсутствии явной защитной стратегии ответов, у старшеклассников с опытом употребления наркотических веществ выявляется целая серия признаков общего психологического неблагополучия: они говорят о своих антисоциальных желаниях, признаках чрезмерного использования Интернета и мобильного телефона, нежелании или трудностях рассматривать альтернативы и планировать на будущее, непонимании со стороны родителей. В отличие от старшеклассников с высокой оценкой контроля эмоций, отрицания стремления к поиску новизны, рискованному поведению и избеганию здесь не отмечается (рис.3).

Обсуждение результатов

Структура шкал методического комплекса. Отбор пунктов на основе их способности к дифференциации клинической и контрольной групп позволил выявить противоречие между данными исследователей о трудностях произвольной регуляции, импульсивности[5;8;9;10], антисоциальных тенденциях[4], поиске ощущений и стремлении к новизне[2;6], а также предпочтении пассив-

ных копинг-стратегий (подавления и избегания, [1;11]) и нарушении детско-родительских отношений [1;7] и действительными ответами старшеклассников. С одной стороны, стремление к новизне, поиск ощущений и рискованное поведение являются нормативными у подростков этого возраста — и таким образом, их высокий уровень вряд ли можно признать фактором риска в этой группе. С другой стороны, подростки, вовлеченные в употребление наркотических веществ, вопреки психологическим данным, говорят о том, что не стремятся к новизне, не интересуются рискованным поведением, хорошо контролируют свое состояние, не действуют импульсивно, а в трудных ситуациях обращаются за социальной поддержкой и не избегают трудностей. Выше предполагалось, что эта особенность ответов может быть вызвана как иллюзией собственной компетентности и ненужности риска, так и защитной стратегией (стремлением показать себя в благоприятном свете, создать впечатление низкого риска и хорошего прогноза).

С нашей точки зрения, хотя эти инвертированные показатели по шкалам (например, отрицание импульсивности, стремления к риску и новизне) не являются специфическими для выявления подростков, употребляющих наркотические вещества, и могут быть распространены при других психологических трудностях, на них можно ориентироваться в диагностике. Кроме того, они имеют практическое значение, поскольку требуют специального внимания работников образовательной сферы: связанные либо с иллюзией собственной компетентности, либо с желанием выгодной самопрезентации такие ответы отражают

защитную стратегию в тестировании у подростков — что требует выявления причин, по которым такие попытки самозащиты оказались важны для них в конфиденциальном опросе.

Тот результат, что большинство шкал характеризуется низкой надежностью-согласованностью в контрольных группах, не удивителен: он свидетельствует о том, что у старшеклассников, употребляющих наркотические вещества, на первый план в структуре особенностей произвольной регуляции и контроля могут выходить не те признаки, что в норме. Характерный пример упоминался в первой части статьи: в контрольных группах антисоциальные тенденции являются скорее проявлением склонности к экстрапунитивным реакциям и потому мало связаны или отрицательно связаны с одиночеством и изоляцией. Напротив, в клинической группе антисоциальные тенденции проявляются в употреблении психоактивных веществ, постепенно становясь из разделенной со сверстниками деятельности активностью, не требующей других. Соответственно, пункты, связанные с изоляцией (желание проводить время дома, предпочтение общения по мобильному телефону личному общению), «работают» в согласии с пунктами, представляющими собственно антисоциальные стремления.

С нашей точки зрения, для выявления группы риска предпочтительна ориентировка на структуру шкал в клинической группе.

Психологические профили у старшеклассников с разными стратегиями ответов. В данном исследовании получила подтверждение гипотеза о том, что критерии диагностики группы риска вовлечения в употребление наркотических веществ должны различаться в зависимости от стратегии ответов подростков. С теоретической точки зрения это означает, что различия между клинической и контрольными группами по одним шкалам получены за счет подростков с «защитной» стратегией ответов, а различия по другим шкалам — за счет подростков с «открытой» стратегией ответов.

С практической точки зрения, высокая оценка своих возможностей контроля эмоций подростком дает возможность заподозрить риск вовлечения в употребление наркотических веществ, если она сопряжена с чрезмерно высокой оценкой контроля эмоций и поиска социальной поддержки, отрицанием избегания, поиска новизны и рискованного поведения. Иными словами, в профиле таких подростков проявляются скорее признаки защитной стратегии ответов, нежели дефицита: они говорят о том, что легко находят помощь в трудных ситуациях, никогда не «пасуют» перед проблемами, не любят острых ощущений, а их эмоциональное состояние всегда у них под контролем.

Напротив, при низкой оценке своих возможностей контроля эмоций основные проявления сопряжены с описанными в исследованиях особенностями: риск вовлечения в употребление наркотических веществ выше при склонности к техно-

логическим зависимостям, антисоциальных тенденциях, трудностях произвольной регуляции и худшем взаимопониманием в детско-родительских отношениях.

Данных самоотчета недостаточно для того, чтобы сделать вывод о том, стоит ли за двумя разными профилями действительная неоднородность группы старшеклассников, вовлеченных в употребление наркотических веществ (т.е. есть разные профили личностных особенностей, сопряженные с повышенным риском), или разные стратегии ответов (степень саморефлексии и/или готовности признавать и демонстрировать собственные особенности и трудности). Возможно, что школьники с высоким риском вовлечения в употребление наркотических веществ иллюзорно уверены в том, что всегда могут справиться с собой — и именно эта особенность приводит к тому, что они готовы «попробовать» и дольше не замечают негативных последствий от употребления ПАВ. Точно также, желание спокойной жизни без новых событий и риска и уверенность в поддержке окружающих могут быть как декларируемыми, так и реальными — в последнем случае вовлечение в употребление наркотических веществ происходит не ради новых ощущений, а ради контроля и спокойствия, в том числе, по предложению знакомых.

Общие и региональные диагностические критерии. Жизнь в мегаполисе с ее стремительными изменениями, скоростью, социальными требованиями, предъявляемыми к подростку, может существенно отличаться от жизни в небольших городах. Различия касаются и социокультурных факторов в разных регионах РФ. При проведении диагностики в разных регионах с осторожностью следует опираться на такие признаки как трудности во взаимопонимании с родителями и отрицание избегания — поскольку они характерны и для общей группы москвичей в сравнении со старшеклассниками из других регионов.

Выводы

Таким образом, совмещение теоретического подхода с подходом, основанным на дифференциации групп, в разработке методического комплекса позволило сохранить содержательно осмысленную структуру шкал методического комплекса, характеризующихся факторной и критериальной валидностью, а также согласованностью в клинической группе. Старшеклассники, употребляющие наркотические вещества, сообщают о большей склонности к технологическим зависимостям, антисоциальных тенденциях, трудностях произвольной регуляции при переоценке своих возможностей контроля эмоций, отрицают поиск новизны, рискованное поведение и избегание, но говорят о трудностях взаимопонимания в детско-родительских отношениях.

Предполагая, что часть этих особенностей обусловлена специфической — защитной — стратегией ответов у подростков, употребляющих нар-

котические вещества, можно выделить два различных профиля риска в зависимости от оценки своих возможностей контроля эмоций. При высокой оценке своих возможностей контроля эмоций риск вовлечения в употребление наркотических веществ сопряжен с презентуемым или иллюзорным чрезмерно «благополучным» профилем: высокой оценкой контроля эмоций и поис-

ка социальной поддержки, отрицанием избегания, поиска новизны и рискованного поведения. При низкой оценке своих возможностей контроля эмоций проявлением риска могут быть склонность к технологическим зависимостям, антисоциальные тенденции, трудности произвольной регуляции и худшее взаимопонимание в детско-родительских отношениях, по ответам старшеклассников.

Литература

1	Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма. — М.: Издательский центр «Академия». — 2009.	Sirota N.A., Yaltonskii V.M. Prophylaxis of drug addiction and alcoholism. Moscow: Izdatel'skiitsentr «Akademiya», 2009. (In Rus.).
2	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). — P.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.
3	Cohen, J. The earth is round ($p < .05$). <i>American Psychologist</i> . 1994; 50(12): 1103. DOI: 10.1037/0003-066X.50.12.1103	Cohen J. The earth is round ($p < .05$). <i>American Psychologist</i> . 1994; 50(12): 1103. DOI: 10.1037/0003-066X.50.12.1103
4	JesúsGázquez, J, del Carmen Pérez-Fuentes, M, del Mar Molero, M., Barragán Martín, A.B., MariosMartínez, A., Sánchez-Marchán, C. Drug use in adolescents in relation to social support and reactive and proactive aggressive behavior. — <i>Psicothema</i> . — 2016. — Vol.28. — P.318-322. DOI: 10.7334/psicothema2015.327	JesúsGázquez J, del Carmen Pérez-Fuentes, M, del Mar Molero, M., Barragán Martín, A.B., Mari-osMartínez, A., Sánchez-Marchán, C. Drug use in adolescents in relation to social support and reactive and proactive aggressive behavior. <i>Psicothema</i> . 2016; 28 (3): 318-322. DOI: 10.7334/psicothema2015.327
5	Kim-Spoon J., Deater-Deckard K., Holmes C., Lee J., Chiu P., King-Casas B. Behavioral and neural inhibitory control moderates the effects of reward sensitivity on adolescent substance use. — <i>Neuropsychologia</i> . — 2016/ — Vol.91. — P.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. Behavioral and neural inhibitory control moderates the effects of reward sensitivity on adolescent substance use. <i>Neuropsychologia</i> . 2016; 91: 318-326. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2016.08.028.
6	Kong G., Smith A.E., McMahon T.J., Cavallo D.A., Schepis T.S., Desai R.A., Potenza M.N, Krishnan-Sarin S. Pubertal status, sensation-seeking, impulsivity, and substance use in high school-aged boys and girls. — <i>Journal of Addiction Medicine</i> . — 2013. — Vol.7. — P.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. Pubertal status, sensation-seeking, impulsivity, and substance use in high school-aged boys and girls. <i>Journal of Addiction Medicine</i> . 2013; 7(2): 116-121. DOI: 10.1097/ADM.0b013e31828230ca.
7	Lewis M.A., DeVellis B.M., Sleath B. Social influence and interpersonal communication in health behavior. In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (Eds.) — <i>Health behavior and health education</i> . San Francisco: Jossey-Bass. — 2002. — P.240-264.	Lewis M.A., DeVellis B.M., Sleath B. Social influence and interpersonal communication in health behavior. In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (Eds.) <i>Health behavior and health education</i> . San Francisco: Jossey-Bass. — 2002. — P.240-264.
8	Poon J., Turpyn C.C., Hansen A., Jacangelo J., Chaplin T.M. Adolescent substance use & psychopathology: Interactive effects of cortisol reactivity and emotion regulation. <i>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. Adolescent substance use & psychopathology: Interactive effects of cortisol reactivity and emotion regulation. <i>Cognitive Therapy and Research</i> . 2016; 40(3): 368-380. DOI: 10.1007/s10608-015-9729-x
9	Shin S.H., Chung Y., Jeon S.-M. Impulsivity and Substance Use in Young Adulthood. <i>The American Journal on Addictions</i> . 2013; 22: 39-45. DOI: 10.1111/j.1521-0391.2013.00324.x.	Shin, S.H., Chung, Y., Jeon, S.-M. Impulsivity and Substance Use in Young Adulthood. <i>The American Journal on Addictions</i> . 2013; 22: 39-45. DOI: 10.1111/j.1521-0391.2013.00324.x.

10	Verdejo-Garcia A, Bechara A, Recknor EC, et al. Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. <i>Drug Alcohol Depend.</i> 2007; 91: 213–219. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2007.05.025	Verdejo-Garcia A, Bechara A, Recknor EC, et al. Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. <i>Drug Alcohol Depend.</i> 2007; 91: 213–219. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2007.05.025
11	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. <i>Drug and Alcohol Dependence.</i> 2013; 132(1-2): 165–171. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2013.01.024	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. <i>Drug and Alcohol Dependence.</i> 2013; 132(1-2): 165–171. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2013.01.024

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. Тел.: 8(926)-3830945.

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.

Интернет-зависимое поведение у подростков с психическими расстройствами*

Егоров А.Ю.^{1,2,3}, Чарная Д.И.⁴, Хуторянская Ю.В.⁴, Павлов А.В.⁴, Гречаный С.В.⁴

¹ Институт эволюционной физиологии и биохимии имени И.М. Сеченова РАН, г. Санкт-Петербург,

² Санкт-Петербургский государственный университет,

³ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

⁴ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Резюме. Интернет-зависимость (ИЗ) стала серьезной проблемой современной аддиктологии, особенно среди молодого поколения. Имеется достаточное количество работ, посвященных коморбидности ИЗ и других психических и поведенческих расстройств, однако исследования особенностей ИЗ у психически больных носят единичный характер. Целью настоящего исследования было оценить особенности ИЗ поведения у детей и подростков, страдающих различными психическими расстройствами. Основную группу составили 71 подросток, 28 мальчиков и 43 девочки, в возрасте от 11 до 18 лет, проходившие лечение в психиатрическом стационаре с диагнозами Органические расстройства (F 06, F 07) — 35 человек, Расстройства поведения (F 91, F 92) -16, Невротические, связанные со стрессом расстройства (F 41, F 43) — 10 и Шизофрения, шизотипическое расстройство (F 20, F21) — 10. Контрольную группу составили 49 здоровых подростков, 24 мальчика, 25 девочек, в возрасте от 11 до 18 лет. Использовались следующие методики: Клинико-anamnestическая карта, Анкета участника исследования для оценки параметров ИЗ поведения, Шкала интернет-зависимости Чена в адаптации В.Л. Малыгина и К.А. Феклисова для оценки выраженности ИЗ. Показано, что у подростков с психической патологией ИЗ встречается достоверно чаще (более чем у ¼), чем в контрольной группе, одинаково у лиц женского и мужского пола. Психически больные подростки пользовались интернетом достоверно больше часов в неделю, больше пользовались соцсетями в день, имели больший суммарный балл по шкале ИЗ Чена. Из гендерных особенностей установлено, что девушки пользовались соцсетями чаще юношей. У пользователей игровых сообществ риск ИЗ оказался выше. ИЗ чаще отмечалась у пациентов с органическими нарушениями. Тенденция к ИЗ поведению оказалась более частой у пациентов с поведенческими расстройствами и шизофренией.

Ключевые слова: Интернет-зависимость, психические расстройства, подростки

Internet-dependent behavior in adolescents with mental disorders

Egorov A.Y.^{1,2,3}, Charnaya D.I.⁴, Khutorianskaya Y.V.⁴, Pavlov A.V.⁴, Grechanyi S.V.⁴

¹ I.M. Sechenov Institute of Evolutionary Physiology and Biochemistry of the Russian Academy of Sciences, Saint Petersburg

² St. Petersburg State University

³ I.I. Mechnikov North-West State Medical University, Saint Petersburg

⁴ St. Petersburg State Pediatric Medical University

Summary. Internet addiction (IA) has become a serious problem of modern addictology, especially among the younger generation. There is a sufficient number of works devoted to the comorbidity of IA and other mental and behavioral disorders, but the studies of the IA characteristics in mentally ill patients are of a single nature. The goal of this study was to evaluate the characteristics of the IA behavior in children and adolescents with various mental disorders. The main group consisted of 71 adolescents, 28 boys and 43 girls, aged 11-18 years, treated in a psychiatric hospital with diagnoses Organic disorders (F 06, F 07) — 35 subjects, Behavior disorders (F 91, F 92) -16, Neurotic, stress-related disorders (F 41, F 43) -10 and schizophrenia, schizotypic disorder (F 20, F21) -10. The control group consisted of 49 healthy adolescents, 24 boys, 25 girls, aged 11-18 years. The following methods were used: Clinical-anamnestic map, Participant questionnaire for assessing the parameters of IA behavior, of Chen Internet addiction scale (CIAS—in the adaptation of V.L. Malygin and K.A. Feklisov) to assess the severity of FM. It is shown that among teenagers with mental disorders IA occurs significantly more often (more than ¼) than in the control group, the same for females and males. Mentally ill adolescents used the Internet significantly more hours per week, used social networks more per day, had a larger overall score on the scale of CIAS. It is established from gender characteristics that girls used social networks more often than boys. The risk of IA was higher in users of gaming communities. IA was more often observed in patients with organic disorders. The tendency to IA behavior was more frequent in patients with behavioral disorders and schizophrenia.

Key words: Internet addiction, Mental disorders, Adolescents

* Работа частично поддержана темой Госзадания № АААА-А18-118012290373-7

Интернет-зависимость (ИЗ) — синонимы: Интернет-зависимое поведение (ИЗП), нетаголизм — впервые описанная американским психологом К. Янг в 90-е годы прошлого века, стала серьезной проблемой современной аддиктологии, особенно у детей и подростков. Термин «Интернет-зависимость» пока не включен в 5-е издание «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» (DSM-5). Однако термин «Internetgamingdisorder» (Расстройство Интернет игрового поведения) был включен в третий (исследовательский) раздел DSM-5 как феномен, требующий больше клинических исследований и опыта, прежде чем он сможет считаться формальным расстройством [26].

Распространенность ИЗ среди молодежи, согласно недавним эпидемиологическим исследованиям, в Северной Америке и Европе составляет от 1,5 до 13,9% [13; 21; 23; 29]. В странах Восточной Азии уровень ИЗ достиг 36,9% среди малайзийских студентов [11], 15,6% среди подростков из Гонконга [28], 21,2% во Вьетнаме [27], ИЗ среди китайских студентов оценивается как 15,2-21,3% [10; 22].

Имеются единичные работы, посвященные эпидемиологии ИЗ в России. Анализ распространенности ИЗ среди московских подростков показал, что она присутствует у 4,3% обследованных, а 29,3% находятся в группе риска [6]. ИЗ выявлена у 12% из 527 обследованных студентов университета в г. Уфе, Республика Башкирия [2]. Мониторинг 16 574 учащихся средней школы показал, что 89% мальчиков и 64% девочек играют в компьютерные игры, в то время как каждый третий мальчик и каждая пятая девочка входят в группу риска в ИЗ [7].

Имеется достаточное количество работ, посвященных коморбидности ИЗ и других психических и поведенческих расстройств. Абсолютное большинство недавних публикаций сообщало о более высокой ИЗ с депрессией, иногда с суицидальными тенденциями, СДВГ и тревожными расстройствами, особенно с социальной фобией и ОКР [8; 9; 14, 15, 16, 17; 18; 25; 30], с биполярным расстройством и расстройствами личности [3; 9, 31, 32], а также нарушениями сна [17; 30].

Существенная связь прослеживается между ИЗ и аддиктивными расстройствами: табакокурением, алкоголизмом, наркоманией, а также патологическим гемблингом [3; 8; 17; 31].

С другой стороны, мы обнаружили только два исследования, посвященные изучению особенностей ИЗ у больных с психическими расстройствами. Так, согласно немецкому исследованию, 11,3% из 81 психиатрических пациентов в возрасте от 8 до 17 лет отвечали критериям ИЗ. Это были лица более старшей возрастной группы и у них были более выражены проявления тревоги и депрессии, по сравнению с душевно больными без ИЗ [24]. В недавнем японском исследовании из 231 взрослых амбулаторных психически больных, страдавших различной патологией (зависимость от ПАВ, шизофрения, шизотипические и бредовые расстрой-

ства, аффективные расстройства, невротические, стрессовые и соматоформные расстройства и расстройства, связанные с поведенческим синдромом) 58 (25,1%) были отнесены к ИЗ [12].

Целью настоящего исследования было оценить особенности Интернет-зависимого поведения у подростков, страдающих различными психическими расстройствами.

Материал и методы исследования

Основную группу составил 71 подросток, 28 (39,4%) мальчиков и 43 (60,6%) девочки (количество пациентов по полу достоверно не различалось, $p=0,096$ по биномиальному критерию), в возрасте от 11 до 18 лет, средний возраст $15,6 \pm 0,2$ лет. Из них 12 человек (11-14 лет) были пациентами детских стационарных психиатрических отделений, остальные — большая часть (53 человека, $p<0,001$) — пациенты подростковых отделений на базе общего психиатрического стационара (15-18 лет).

Контрольную группу составили 49 здоровых подростков, 24 мальчика (48,9%), 25 девочек (51,0%), в возрасте от 11 до 18 лет, средний возраст $14,9 \pm 0,3$. Количество мальчиков и девочек достоверно не различалось ($p=1,000$ по биномиальному критерию). Средний возраст пациентов основной и контрольной групп достоверно не различался ($p=0,148$ по критерию U Манна-Уитни).

Критериями включения в исследование были:

1. Информированное согласие испытуемого или родителя (опекуна) на участие в исследовании.
2. Наличие психической патологии, верифицированной согласно критериям МКБ-10: Органические расстройства (F 06, F 07), Расстройства поведения (F 91, F 92), Невротические, связанные с стрессом расстройства (F 41, F 43), Шизофрения, шизотипическое расстройство (F 20, F 21).
3. Возраст старше 11 лет.

Критериями исключения были:

1. Возраст старше 18 лет.
2. Наличие умеренной и более тяжелых форм умственной отсталости
3. Отказ от участия в исследовании.

Дизайн исследования. Согласно критериям включения, на всех испытуемых заполнялась клиничко-анамнестическая карта. Далее всем пациентам, включенным в исследование, задавался вопрос: «Вы пользовались Интернетом в течение последних 6 месяцев?». В случае положительного ответа испытуемые продолжали участие в исследовании. На следующем этапе проводилась оценка ИЗП с помощью Анкеты участника исследования и Шкалы Шкала Интернет-зависимости Чена.

Пациенты были сгруппированы в 4 подгруппы в зависимости от диагностической рубрики по МКБ-10. Данные о диагнозах представлены в таблице 1.

Таблица 1
Число обследованных основной группы по различным диагностическим рубрикам МКБ-10

№	Диагнозы	Мальчики-подростки		Девочки-подростки		Всего	
		Абс., чел	В %	Абс., чел	В %	Абс., чел	В %
1	Органические расстройства (F 06, F 07)	19	67,9%	16	37,2%	35	49,3%
2	Расстройства поведения (F 91, F 92)	4	14,3%	12	27,9%	16	22,5%
3	Невротические, связанные с стрессом расстройства (F 41, F 43)	3	10,7%	7	16,3%	10	14,1%
4	Шизофрения, шизотипическое расстройство (F 20, F 21)	2	7,1%	8	18,6%	10	14,1%

Использовались следующие методики:

Разработанная авторами клинико-анамнестическая карта, включающая данные о длительности заболевания, количестве и сроках госпитализации, наличии/отсутствии инвалидности, семье, социальном и образовательном статусе и др.

Анкета участника исследования для оценки параметров ИЗП и включало вопросы о количестве времени, проведенного в Интернете (в день, в неделю), о характере деятельности в Интернете, как подростки проводят свободное время, об отношениях с друзьями, а также вопросы, касающихся типа предпочтительной игровой деятельности и о проблемах, связанных с использованием онлайн-выходных коммуникационных услуг.

Методика «Шкала Интернет-зависимости Чена» (Шкала CIAS в адаптации В.Л. Малыгина и К.А. Феклисова [5]). Тест позволяет измерять как специфические симптомы зависимости (толерантность, абстинентный синдром, компульсивность), так и психологические аспекты, такие как способность управлять своим временем и наличие внутриличностных проблем. Согласно методике Чена, 27-42 баллов соответствует минимальному риску развития интернет-зависимого поведения, 43-64 балла — склонности к интернет-зависимому поведению, 65 и выше соответствует статусу сформированного и устойчивого интернет-зависимого поведения.

Для статистической обработки полученных результатов (сравнения количественной представленности номинативных признаков) использовались методы непараметрической статистики (χ^2 -Пирсона, биномиальный критерий, критерий U Манна-Уитни, критерий H Краскела-Уоллиса, корреляционная связь номинативных признаков — V Крамера).

Работа одобрена Этическим комитетом ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Результаты исследования и их обсуждение

По семейному статусу 21 пациент (29,6%) был из полной семьи. Однако большая часть обследованных воспитывалась только матерями — 30 человек (42,3%). С отцами проживали 3 пациента

(4,2%). Две пациентки (2,8%) воспитывались бабушками. 10 подростков (14,1%) воспитывалось опекунами, а пять (7,0%) жили в интернатах. Таким образом, семейный статус пациентов в целом соответствовал средним популяционным цифрам, что не позволяет рассматривать семейный статус в качестве возможного фактора, оказывающего значимое влияние на интернет-поведение обследованных подростков.

Большая часть пациентов ($p=0,032$) на момент поступления очно обучались в школе (45 чел., 63,4%). 7 чел. (9,9%) были учащимися колледжа. 3 чел. (4,2%) работали. 12 чел. (16,9%) — не работали и учились. Социальный статус 4 пациентов (5,6%) не был однозначно определен. 4 чел. (5,6%) обучались по индивидуальной программе в связи с процессуальным заболеванием. Среди обучавшихся в школе пациентов разного возраста 46 чел. (78,0%) учились по массовой программе, в том числе дублируя классы. 6 чел. (10,2%) обучались по программе 7 вида, 6 чел. — 8-го вида (10,2%). Таким образом, образовательный статус большинства пациентов был сохранен, что не позволяет предполагать существенное влияние уровня образования на интернет-поведение в целом исследуемой выборки.

22 пациента (31,0%) ежедневно проводили время с друзьями, 24 пациента (33,8%) — несколько раз в неделю, 7 (9,9%) встречались с друзьями один раз в неделю, 8 чел. (11,3%) — несколько раз в месяц, 9 чел. (12,7%) виделись с друзьями всего 1 раз в месяц. Между основной и контрольной группами достоверных различий по частоте встреч с друзьями не было. Таким образом, значительно часть пациентов (46 чел., 64,8%, $p=0,017$ по биномиальному критерию) встречалась регулярно, не испытывала дефицита общения со сверстниками и их Интернет-поведение не являлось компенсаторной формой поведения, вызванного дефицитом общения с сверстниками.

Абсолютное большинство пациентов (69 из 71—97,2%) в месте своего проживания имели свободный доступ к интернету. К моменту обследования пациенты пользовались интернетом от 1 до 10 лет (медианное значение — 6,00). Мальчики-подростки и девочки-подростки по этому показателю не различались ($p=0,898$ по критерию U Манна-Уитни). Длительность пользования интер-

нетом не различалась также у пациентов с разными диагнозами ($\chi^2=1,230$ по критерию Н Краскела-Уоллиса, $p=0,746$).

Подростки пользовались интернетом от 1 до 14 часов в день (медиана—4,00). Мальчики-подростки и девочки-подростки по этому критерию достоверно не отличались ($p=0,463$ по критерий U Манна-Уитни). Не было также выявлено межгрупповых различий пациентов с разным диагнозом по данному показателю ($\chi^2=3,203$ по критерию Н Краскела-Уоллиса, $p=0,361$). Количество часов в неделю, проводимых в интернете, составило от 2 до 98 часов в неделю (медиана—21,00). Не было выявлено различий по указанному показателю у представителей разного пола ($p=0,253$ по критерий U Манна-Уитни) и у пациентов с разным диагнозом ($\chi^2=3,203$ по критерию Н Краскела-Уоллиса, $p=0,157$). Социальные сети пациенты посещали от 0 до 21 час в день, в среднем 3,00 час (медиана). Девочки-подростки (4,00) посещали соцсети достоверно чаще ($p=0,001$ по критерий U Манна-Уитни) по сравнению с мальчиками-подростками (2,00). В контрольной группе по данному показателю различий между мальчиками-подростками (1,00) и девочками-подростками (1,00) получено не было ($p=0,965$ по критерию U Манна-Уитни). Между мальчиками ($p=0,048$ по критерию U Манна-Уитни) и девочками ($p=0,0001$ по критерию U Манна-Уитни) двух изучаемых групп выявлены достоверные различия. По продолжительности пользованию соцсетями пациентов с разными диагнозами достоверно не отличались ($\chi^2=0,378$ по критерию Н Краскела-Уоллиса, $p=0,945$).

Особенности Интернет-поведения подростков основной и контрольной групп представлены в Таблице 2. Из таблицы видно, что по продолжительности пользования Интернетом подростки основной группы и контрольной группы достоверно не различались. Вместе с тем, в основной группе подростки пользовались интернетом больше часов в неделю, достоверно больше пользовались соцсетями в день, имели больший суммарный балл по шкале Чена, что свидетельствует о существенно более высоком риске ИЗ в этой груп-

пе. Достоверных различий в характеристиках ИЗ поведения между мальчиками и девочками контрольной группы не было.

Сравнение интернет-активности в основной и контрольной группах представлено в Таблице 3. Из таблицы видно, что пациенты основной группы достоверно реже были участниками социальных сетей.

Характеристика участников игрового сообщества представлена в Таблице 4.

Участниками игровых сообществ были 12 чел. (16,9%), что достоверно меньше по сравнению с пациентами, не участвующими в игровых сообществах ($p=0,0001$ по биномиальному критерию). В контрольной группе не участники игровых сообществ были также в меньшинстве ($p=0,0001$). Среди членов игрового сообщества достоверно преобладали мальчики-подростки—9 чел. ($\chi^2=7,647$; $p=0,006$). Это полностью соотносится с данными о предпочтении мальчиками игровой деятельности в Интернете, а девочками—социальных сетей [4]. Не было взаимосвязи между диагнозом и участием в игровом сообществе ($\chi^2=1,783$; $p=0,619$). У пациентов, участвующих в игровом сообществе, был достоверно выше суммарный балл по шкале Чена: 59,00 против 48,00; $p=0,046$ по критерию U Манна-Уитни. Это перекликается с данными о более высоком аддиктивном потенциале игровой деятельности в Интернете, по сравнению с использованием социальных сетей [1]. Кроме того, есть результаты, свидетельствующие, что ИЗ в форме онлайн-гейминга имеет худший прогноз, по сравнению с другими видами ИЗ поведения [19].

Анализировались данные 67 пациентов, заполнивших шкалу Чена (4 пациента с органическим расстройством допустили существенные ошибки в заполнении анкеты и их данные были исключены из обработки). Суммарное значение шкалы Чена у разных пациентов колебалось от 26 до 85, среднее 51,55. В контрольной группе суммарные значения шкалы Чена колебались от 26 до 53, среднее—36,00, что достоверно ниже ($p=0,0001$ по критерию U Манна-Уитни) по сравнению с основной группой, что свидетельствует о более высоком риске развития ИЗ у подростков с психиче-

Таблица 2. Характеристика Интернет-поведения у подростков основной и контрольной групп

Характеристики интернет-поведения	Основная группа		Контрольная группа		Достоверность различий по критерию U Манна-Уитни, p
	Медианное значение	Диапазон	Медианное значение	Диапазон	
Длительность пользования интернетом, в годах	6,00	1-10	7,00	3-9	$p=0,105$
Кол-во часов пользования интернетом в день	4,00	0-24	2,00	1-8	$p=0,056$
Кол-во часов пользования интернетом в неделю	21,00	1-160	14,00	1-56	$p=0,045^*$
Кол-во часов пользования соцсетями в день	3,00	0-21	1,00	0-8	$p=0,0001^*$
Суммарный балл по шкале Чена	50,00	26-85	36,00	26-53	$p=0,0001^*$

Таблица 3. Сравнение интернет-активности подростков в основной и контрольной группах

№	Варианты ответа	Основная группа (n=71)		Контрольная группа (n=49)		Достоверность различий по критерию χ^2 Пирсона, p
		Абс.	%	Абс.	%	
1	Социальные сети (одноклассники, вконтакте, мой круг и др.)	54	76,1%	48	98,0%	$\chi^2=10,908$ p=0,001*
2	Форумы	28	39,4%	17	34,7%	$\chi^2=0,278$ p=0,598
3	ICQ/skype и т.п.	35	49,3%	23	46,9%	$\chi^2=0,064$ 0,800
4	Онлайн игры	37	52,1%	24	49,0%	$\chi^2=0,114$ p=0,736
5	Азартные игры (карточные, рулетка и т.п.) и ставки на спор	23	32,4%	11	22,4%	$\chi^2=1,412$ p=0,235
6	Сайты «для взрослых»	19	26,8%	9	18,4%	$\chi^2=0,142$ p=0,285
7	Поиск информации	43	60,6%	34	69,4%	$\chi^2=0,982$ p=0,322
8	Интернет-магазины	33	46,5%	21	42,9%	$\chi^2=0,154$ p=0,695
9	Скачивание фильмов и музык	34	47,9%	24	49,0%	$\chi^2=0,014$ p=0,906
10	Сайты знакомств	16	22,5%	5	10,2%	$\chi^2=3,053$ p=0,081
11	Другое	12	16,9%	11	22,4%	$\chi^2=0,576$ p=0,448

Таблица 4. Участие в игровых сообществах пациентов с разными диагнозами

Диагнозы	Пациенты-участники игрового сообщества		Пациенты, не участвующие в игровых сообществах		Всего	
	Абс., чел.	В %	Абс., чел.	В %	Абс., чел.	В %
Основная группа						
Органические расстройства (F 06, F 07)	6	17,1	29	82,9	35	100,0
Расстройства поведения (F 91, F 92)	2	12,5	14	87,5	16	100,0
Невротические, связанные с стрессом расстройства (F 41, F 43)	1	10,0	9	90,0	10	100,0
Шизофрения, шизотипическое расстройство (F 20-23)	3	30,0	7	70,0	10	100,0
Средний балл по шкале Чена	59,0		48,0		50,00	
Всего	12	16,9	59	83,1	71	100,0
Мальчики	9	32,1	19	67,9	28	100,0
Девочки	3	7,0	40	93,0	43	100,0
Контрольная группа						
Всего	2	4,1	47	96,0	49	100,0
Мальчики	2	8,3	22	91,7	24	100,0
Девочки	-	-	25	100,0	25	100,0
Средний балл по шкале Чена	52,0		36,0		36,00	

скими расстройствами. Значения суммарного показателя шкалы Чена у мальчиков-подростков (50,00) и девочек-подростков (50,00) достоверно не различались.

Степени тяжести ИЗ поведения у подростков с психической патологией с учетом половых особенностей представлены в Таблице 5.

Из Таблицы 5 видно, что 25,4% психически больных подростков имеют сформированное и устойчивое ИЗП. Наши данные практически полностью совпали количественно с результатами японского исследования по распространенности ИЗ у взрослых психически больных [12]. Полученные данные более чем в 2 раза превышают показатели распространенности ИЗ среди психически больных детей и подростков, полученные немецкими исследователями [24], что может быть объяснено различиями в возрасте пациентов. В немецком исследовании возраст обследуемых был существенно ниже (8-17 лет), чем в данном исследовании. Установлено, что распространенность ИЗ обратно пропорциональна возрасту [20]. Достоверных различий по критерию степени тяжести интернет-зависимого поведения между пациентами разного пола не получено.

Степени тяжести ИЗ поведения в основной и контрольной группах приведены в Таблице 6.

Видно, что сравниваемые группы достоверно различались по степеням тяжести ИЗ поведения ($p=0,0001$ по критерию χ^2 Пирсона=23,325). Между данными показателями выявлена умеренная корреляционная взаимосвязь (V Крамера=0,448). Значения степеней тяжести основной и контрольной группы также имели достоверные различия как среди мальчиков-подростков ($\chi^2=7,986$; $p=0,018$) и девочек-подростков ($\chi^2=17,819$; $p=0,0001$).

Иными словами, выраженность ИЗ у психически больных существенно выше, чем контроле и не зависит от пола.

Из Таблицы 5 видно, что в контрольной группе не было отмечено случаев сформированного и устойчивого ИЗП. Склонность к ИЗП была достоверно выше в основной группе в выборке в целом ($\chi^2=4,787$; $p=0,029$) и у девочек ($\chi^2=7,538$; $p=0,006$). Между сравниваемыми группами и степенями тяжести ИЗП выявлена умеренная корреляционная взаимосвязь (V Крамера=0,448).

Выраженность ИЗ поведения у лиц с различными психическими и поведенческими расстройствами и суммарный балл по шкале Чена представлены в Таблице 6.

Межгрупповое сравнение значений шкалы Чена по методу Краскал-Уоллиса не выявило достоверных различий ($p=0,447$). Однако сравнение степеней тяжести при разных нозологических формах выявила ряд закономерностей.

Тенденция к ИЗП (по сравнению с минимальным риском) оказалась значимо более частой у пациентов с поведенческими расстройствами: ($\chi^2 = 9,125$, $p = 0,010$) и у пациентов с шизофренией ($\chi^2 = 6,200$, $p = 0,045$). ИЗ достоверно чаще отмечалась у пациентов с органическими нарушениями по сравнению с другими нозологиями ($\chi^2 =$

19,000, $p = 0,0001$). Пациенты с невротическими расстройствами оказались наиболее устойчивыми к развитию ИЗ. У пациентов с невротическими расстройствами достоверно чаще отмечался минимальный риск развития ИЗ. Это перекликается с положением, высказанным deVries с коллегами [12], что тяжесть психического расстройства прямо коррелирует с распространенностью ИЗ.

Полученные данные являются первыми в данной области, поскольку предыдущие исследования не соотносили выраженность ИЗ при разных нозологических формах психической патологии. В работе deVries с коллегами [12] приводятся данные, что ИЗ скорее возникает при наличии тревоги, аутизма и импульсивности. Полученные в нашем исследовании результаты косвенно подтверждают их.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование показало, у подростков с разными формами психической патологии ИЗ встречается достоверно чаще (более чем у $\frac{1}{4}$), чем в контрольной группе, одинаково у лиц женского и мужского пола. Психически больные подростки пользовались интернетом больше часов в неделю, достоверно больше пользовались соцсетями в день, имели больший суммарный балл по шкале ИЗ Чена. Из гендерных особенностей ИЗ поведения установлено, что девушки пользовались соцсетями достоверно чаще юношей. Вместе с тем, у пользователей игровых сообществ риск ИЗ оказался выше. ИЗ чаще отмечалась у пациентов с органическими нарушениями. Тенденция к ИЗП оказалась более частой у пациентов с поведенческими расстройствами и у пациентов с шизофренией. Пациенты с невротическими расстройствами оказались наиболее устойчивыми к развитию ИЗ.

Ограничениями данного исследования следует считать сравнительно небольшой объем выборки, особенно по различным нозологиям, что не позволяет экстраполировать полученные данные на всю популяцию детей и подростков с психическими расстройствами. В контрольной группе в силу технических причин не были полностью собраны данные семейного, статуса, уровня образования, информация о времяпровождении. Кроме того, не были обследованы пациенты амбулаторной сети, что не могло не отразиться на нозологической представленности лиц, вошедших в исследование. Методика Чена (в адаптации В.Л. Малыгина и др) является наиболее современной из адаптированных в РФ способов оценки ИЗ, поэтому не использовались другие известные зарубежные методики оценки ИЗ. Не проводилась шкальная оценка степени тяжести различных психических расстройств, а также оценка проводимой психотерапии.

Таблица 5. Степени тяжести ИЗ поведения в основной группе

Риск развития интернет-зависимого поведения	Всего		Мальчики		Девочки		Достоверность различия по полу
	Абс., чел	в %	Абс., чел	в %	Абс., чел	в %	
Минимальный риск развития ИЗ поведения (27-42)	19	28,4%	9	33,3%	10	25,0%	$\chi^2=0,053$ $p=0,819$
Склонность к ИЗ поведению (43-64)	31	46,3%	11	40,7%	20	50,0%	$\chi^2=2,613$ $p=0,106$
Сформированное и устойчивое ИЗ поведение (65 и выше)	17	25,4%	7	25,9%	10	25,0%	$\chi^2=0,529$ $p=0,467$
Всего	67	100,0	27	100,0	40	100,0	$\chi^2=2,522$ $p=0,112$

Таблица 6. Степени тяжести ИЗ поведения в основной и контрольной группах с половыми различиями

Риск развития ИЗП	Мальчики-подростки		Достоверность различий	Девочки-подростки		Достоверность различий	Всего		Достоверность различий
	Основная группа	Контрольная группа		Основная группа	Контрольная группа		Основная группа	Контрольная группа	
Минимальный риск развития ИЗП (27-42)	9	14	$\chi^2=1,087$ $p=0,297$	10	19	$\chi^2=2,793$ $p=0,095$	19	33	$\chi^2=0,381$ $p=0,537$
Склонность к ИЗП (43-64)	11	10	$\chi^2=0,048$ $p=0,827$	20	6	$\chi^2=7,538$ $p=0,006^*$	31	16	$\chi^2=4,787$ $p=0,029^*$
Сформированное и устойчивое ИЗП (65 и выше)	7	-	-	10	-	-	17	-	-
Итого	27	24	$\chi^2=0,176$ $p=0,674$	40	25	$\chi^2=3,462$ $p=0,063$	67	49	$\chi^2=1,991$ $p=0,158$

Таблица 6. Степени тяжести интернет-зависимого поведения в зависимости от диагноза

Диагнозы	минимальный риск развития интернет-зависимого поведения	склонность к интернет-зависимому поведению	сформированное и устойчивое интернет-зависимое поведение	Суммарный балл по шкале Чена	
				Медианное значение	диапазон
Органические расстройства (F 06, F 07)	8	11	12	53,0	26-85
Расстройства поведения (F 91, F 92)	3	11	2	50,0	26-72
Невротические, связанные с стрессом расстройства (F 41, F 43)	6	2	2	37,5	27-81
Шизофрения, шизотипическое расстройство (F 20, F 21)	2	7	1	49,0	33-69

Литература

1	Антоненко А.А. Особенности клинических проявлений интернет-зависимого поведения у подростков с различными типами деятельности в сети. — Вестник психотерапии. — 2013. — № 47 (52). — С.38–47.	Antonenko A.A. Features of clinical manifestations of Internet-dependent behavior in adolescents with different types of activities in the network. — Vestnikpsihoterapii. 2013;47: 38–47.(In Rus.).
2	Бакиров Л.Р. Психометрические показатели Интернет-аддикции у студентов-пользователей компьютером. — Неврологический вестник. — 2015. — Т.47. — №2. — С.94–96.	Bakirov L.R. Psychometric indicators of Internet-addiction in computer user students. Nevrologicheskij vestnik.2015; 47(2):94–96.(In Rus.).
3	Егоров А.Ю., Кузнецова Н.А., Петрова Е.А. Особенности личности подростков с Интернет-зависимостью. — Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2005. — Т.5. — №2. — С.20–27.	Egorov A.Ju., Kuznecova N.A., Petrova E.A. Personality characteristics of adolescents with Internet addiction. — Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2005; 5(2): 20–27.(In Rus.).
4	Короленко Ц.П., Шпикс Т.А. Постпсихиатрия: спектры психологических состояний и психических нарушений. — Новосибирск, Издательско-полиграфический центр НГМУ. — 2018.	Korolenko C.P., Shpiks T.A. Postpsychiatry: spectra of psychological conditions and mental disorders. Novosibirsk, Izdatel'sko-poligraficheskij centr NGMU. 2018. (In Rus.).
5	Малыгин В.Л., Феклисов К.А., Искандирова А.С., Антоненко А.А., Смирнова Е.А., Хомерики Н.С., Интернет-зависимое поведение. Критерии и методы диагностики. Учебное пособие. — М. МГМСУ. — 2011.	Malygin V.L., Feklisov K.A., Iskandirova A.S., Antonenko A.A., Smirnova E.A., Homeriki N.S., Internet-dependent behavior. Criteria and methods of diagnosis. Tutorial. M. MGMSU, 2011. (In Rus.).
6	Малыгин В.Л., Хомерики Н.С., Антоненко А.А. Индивидуально-психологические свойства подростков как факторы риска формирования интернет-зависимого поведения. — Медицинская психология в России. — 2015. — №1. http://mprj.ru/archiv_global/2015_1_30/nomer10.php	Malygin V.L., Homeriki N.S., Antonenko A.A. Individually-psychological qualities of adolescents as risk-factors for development of internet-addictive behaviour. MedicinskajapsihologijavRossii. 2015; 1(30). http://mprj.ru/archiv_global/2015_1_30/nomer10.php (In Rus.).
7	Скворцова Е.С., Постникова Л.К. Распространенность и структура занятий интернетом среди учащихся подростков. — Вопросы наркологии. — 2015. — №4. — С.29–40.	Skvorcova E.S., Postnikova L.K. The prevalence and structure of Internet activities among adolescents. Voprosynarkologii.2015; 4: 29–40.(In Rus.).
8	Bozkurt H., Coskun M., Ayaydin H., Adak I., Zoroglu S. S. Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet addiction. — Psychiatry ClinNeurosci. — 2013. — V.67. — P.352–359. DOI: 10.1111/pcn.12065	Bozkurt H., Coskun M., Ayaydin H., Adak I., Zoroglu S. S. Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet addiction. — Psychiatry ClinNeurosci. 2013; 67 (5): 352–359. DOI: 10.1111/pcn.12065
9	Cerniglia L., Zoratto F., Cimino S., Laviola, G., Ammaniti, M., Adriani W. Internet Addiction in adolescence: Neurobiological, psychosocial and clinical issues. —NeurosciBiobehav Rev. — 2017. — V. 76. — P.174–184. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2016.12.024.	Cerniglia L., Zoratto F., Cimino S., Laviola, G., Ammaniti, M., Adriani W. Internet Addiction in adolescence: Neurobiological, psychosocial and clinical issues. —NeurosciBiobehav Rev. 2017; 76(A): 174–184. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2016.12.024.
10	Chi X., Lin L., Zhang P. Internet Addiction among college students in China: Prevalence and psychosocial correlates. —CyberpsycholBehavSocNetw. — 2016. — V.19. — P.567–573. DOI: 10.1089/cyber.2016.0234	Chi X., Lin L., Zhang P. Internet Addiction among college students in China: Prevalence and psychosocial correlates. — CyberpsycholBehavSocNetw. 2016; (19) 9: 567–573. DOI: 10.1089/cyber.2016.0234

11	Ching S.M., Hamidin, A., Vasudevan, R., Sazlyna, M. S., Wan Aliaa, W. S., Foo, Y.L., Yee, A., Hoo, F.K. Prevalence and factors associated with internet addiction among medical students — A cross-sectional study in Malaysia. — <i>Med J Malaysia</i> . — 2017. — V.72. — N1. — P.7-11. http://www.e-mjm.org/2017/v72n1/internet-addiction.pdf	Ching S.M., Hamidin, A., Vasudevan, R., Sazlyna, M. S., Wan Aliaa, W. S., Foo, Y.L., Yee, A., Hoo, F.K. Prevalence and factors associated with internet addiction among medical students — A cross-sectional study in Malaysia. <i>Med J Malaysia</i> . 2017; 72 (1): 7-11. http://www.e-mjm.org/2017/v72n1/internet-addiction.pdf
12	de Vries H.T., Nakamae T., Fukui K., Denys D., Narumoto J. Problematic internet use and psychiatric co-morbidity in a population of Japanese adult psychiatric patients. — <i>BMC Psychiatry</i> . — 2018. — V.18. — N1. — P.9. DOI: 10.1186/s12888-018-1588-z.	de Vries H.T., Nakamae T., Fukui K., Denys D., Narumoto J. Problematic internet use and psychiatric co-morbidity in a population of Japanese adult psychiatric patients. <i>BMC Psychiatry</i> . 2018; 18 (1): 9. DOI: 10.1186/s12888-018-1588-z.
13	Durkee T., Kaess M., Carli V., Parzer, P., Wasserman, C., Floderus, B., Apter, A., Balazs, J., Barzilay, S., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Cotter, P., Despalins, R., Graber, N., Guillemin, F., Haring, C., Kahn, J. P., Mandelli, L., Marusic, D., Mészáros, G., Musa, G. J., Postuvan, V., Resch, F., Saiz, P. A., Sisask, M., Varnik, A., Sarchiapone, M., Hoven, C. W., Wasserman D. Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. — <i>Addiction</i> . — 2012. — V.107. — P.2210-2222. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2012.03946.x	Durkee T., Kaess M., Carli V., Parzer P., Wasserman C., Floderus B., Apter A., Balazs J., Barzilay S., Bobes J., Brunner R., Corcoran P., Cosman D., Cotter P., Despalins R., Graber N., Guillemin F., Haring C., Kahn J.P., Mandelli L., Marusic D., Mészáros G., Musa G.J., Postuvan V., Resch F., Saiz P.A., Sisask M., Varnik A., Sarchiapone M., Hoven C.W., Wasserman D. Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. <i>Addiction</i> . 2012; 107: 2210-2222. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2012.03946.x
14	Elhai J.D., Dvorak, R. D., Levine, J. C. Hall, B. J. Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. — <i>J Affect Disord</i> . — 2017. — V.207. — P.251-259. DOI: 10.1016/j.jad.2016.08.030	Elhai, J.D., Dvorak, R.D., Levine, J.C. Hall, B.J. Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. — <i>J Affect Disord</i> . 2017; 207: 251-259. DOI: 10.1016/j.jad.2016.08.030
15	Ioannidis K., Treder M.S., Chamberlain S.R., Kiraly F., Redden S.A., Stein D.J., Lochner C., Grant J.E. Problematic internet use as an age-related multifaceted problem: Evidence from a two-site survey. — <i>Addict Behav</i> . — 2018. — V.81. — P.157-166. DOI: 10.1016	Ioannidis K., Treder M.S., Chamberlain S.R., Kiraly F., Redden S.A., Stein D.J., Lochner C., Grant J.E. Problematic internet use as an age-related multifaceted problem: Evidence from a two-site survey. <i>Addict Behav</i> . 2018; 81: 157-166. DOI: 10.1016
16	Kaess M., Durkee T., Brunner, R., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Hoven, C., Apter, A., Balazs, J., Balint, M., Bobes, J., Cohen, R., Cosman, D., Cotter, P., Fischer, G., Floderus, B., Iosue, M., Haring, C., Kahn, J. P., Musa, G. J., Nemes, B., Postuvan, V., Resch, F., Saiz, P.A., Sisask, M., Snir, A., Varnik, A., Žiberna, J., Wasserman D. Pathological Internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviours. — <i>Eur Child Adolesc Psychiatry</i> . — 2014. — V.23. — N11. — P.1093-10102. DOI: 10.1007/s00787-014-0562-7	Kaess M., Durkee T., Brunner, R., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Hoven, C., Apter, A., Balazs, J., Balint, M., Bobes, J., Cohen, R., Cosman, D., Cotter, P., Fischer, G., Floderus, B., Iosue, M., Haring, C., Kahn, J. P., Musa, G. J., Nemes, B., Postuvan, V., Resch, F., Saiz, P.A., Sisask, M., Snir, A., Varnik, A., Žiberna, J., Wasserman D. Pathological Internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviours. — <i>Eur Child Adolesc Psychiatry</i> . 2014; 23 (11): 1093-10102. DOI: 10.1007/s00787-014-0562-7
17	Kim B.S., Chang S.M., Park J.E., Seong S.J., Won S.H., Cho, M.J. Prevalence, correlates, psychiatric comorbidities, and suicidality in a community population with problematic Internet use. — <i>Psychiatry Res</i> . — 2016. — V.244. — P.249-256. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.07.009	Kim B. S., Chang S. M., Park J. E., Seong S. J., Won S. H., Cho, M. J. Prevalence, correlates, psychiatric comorbidities, and suicidality in a community population with problematic Internet use. <i>Psychiatry Res</i> . 2016; 244: 249-256. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.07.009

18	King D. L., Delfabbro P. H., Zwaans T., Kaptsis, D. Clinical features and axis I comorbidity of Australian adolescent pathological Internet and video game users. <i>Aust N Z J Psychiatry</i> . — 2013. — V.47. — P.1058-1067. DOI: 10.1177/0004867413491159.	King D. L., Delfabbro P. H., Zwaans T., Kaptsis, D. Clinical features and axis I comorbidity of Australian adolescent pathological Internet and video game users. <i>Aust N Z J Psychiatry</i> , 2013; 47(11): 1058-1067. DOI: 10.1177/0004867413491159.
19	Ko C. H., Yen J. Y., Yen C. F., Lin H. C., Yang M. J. Factors predictive for incidence and remission of internet addiction in young adolescents: a prospective study. — <i>CyberPsychol and Behavior</i> . — 2007. — V.10. — P.545-551. DOI: 10.1089/cpb.2007.9992	Ko C. H., Yen J. Y., Yen C. F., Lin H. C., Yang M. J. Factors predictive for incidence and remission of internet addiction in young adolescents: a prospective study. — <i>CyberPsychol and Behavior</i> . 2007; 10: 545-551. DOI: 10.1089/cpb.2007.9992
20	Ko C.H., Yen J.Y., Yen C.F., Chen C..S, Chen C.C. The association between internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literature. — <i>Eur Psychiatry</i> . — 2012. — V.27. — N1. — P.1-8. DOI: 10.1016	Ko C.H., Yen J.Y., Yen C.F., Chen C..S, Chen C.C. The association between internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literature. — <i>Eur Psychiatry</i> . 2012; 27 (1): 1-8. DOI: 10.1016
21	Liu T. C., Desai R. A., Krishnan-Sarin, S., Cavallo, D. A., Potenza, M. N. Problematic Internet use and health in adolescents: data from a high school survey in Connecticut. — <i>J Clin Psychiatry</i> . — 2011. — V.72. — P.836-845. DOI: 10.4088/JCP.10m06057.	Liu T. C., Desai R. A., Krishnan-Sarin, S., Cavallo, D. A., Potenza, M. N. Problematic Internet use and health in adolescents: data from a high school survey in Connecticut. — <i>J Clin Psychiatry</i> . 2011; 72 (6): 836-845. DOI: 10.4088/JCP.10m06057.
22	Long J., Liu T.Q., Liao, Y.H., Qi, C., He, H.Y., Chen, S. B., Billieux J. Prevalence and correlates of problematic smartphone use in a large random sample of Chinese undergraduates. — <i>BMC Psychiatry</i> . — 2016. — V.16. — N1. — P.408. DOI: 10.1186/s12888-016-1083-3	Long J., Liu T. Q., Liao, Y. H., Qi, C., He, H. Y., Chen, S. B., Billieux J. Prevalence and correlates of problematic smartphone use in a large random sample of Chinese undergraduates. <i>BMC Psychiatry</i> . 2016; 16 (1): 408. DOI: 10.1186/s12888-016-1083-3
23	Müller K.W., Dreier M., Duven E., Giralto S., Beutel M.E., Wölfling, K. () Approach to investigate psychopathology and development-specific personality traits associated with Internet Addiction. — <i>J Clin Psychiatry</i> . — 2017. — V.78. — N3. — P.e244-e251. DOI: 10.4088/JCP.15m10447.	Müller K. W., Dreier M., Duven, E., Giralto S., Beutel, M. E., Wölfling, K. () Approach to investigate psychopathology and development-specific personality traits associated with Internet Addiction. <i>J Clin Psychiatry</i> . 2017; 78 (3): e244-e251. DOI: 10.4088/JCP.15m10447.
24	Müller K.W., Ammerschläger M., Freisleder F.J., Beutel, M.E., Wölfling, K. [Addictive internet use as a comorbid disorder among clients of an adolescent psychiatry—prevalence and psychopathological symptoms]. — <i>Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother</i> . — 2012. — V.40. — P.331-337 [Article in German] DOI: 10.1024/1422-4917/a000190.	Müller K.W., Ammerschläger M., Freisleder F. J., Beutel, M. E., Wölfling, K. [Addictive internet use as a comorbid disorder among clients of an adolescent psychiatry—prevalence and psychopathological symptoms]. — <i>Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother</i> . 2012; 40: 331-337 [Article in German] DOI: 10.1024/1422-4917/a000190.
25	Pearcy B.T., McEvoy, P.M. & Roberts, L.D. Internet gaming disorder explains unique variance in psychological distress and disability after controlling for comorbid depression, OCD, ADHD, and anxiety. — <i>CyberpsycholBehavSocNetw</i> . — 2017. — V.20. — P.126-132. DOI: 10.1089/cyber.2016.0304.	Pearcy B.T., McEvoy, P.M. & Roberts, L.D. Internet gaming disorder explains unique variance in psychological distress and disability after controlling for comorbid depression, OCD, ADHD, and anxiety. <i>CyberpsycholBehavSocNetw</i> . 2017; 20 (2): 126-132. DOI: 10.1089/cyber.2016.0304.
26	Petry N.M., O'Brien C.P. Internet gaming disorder and the DSM-5. — <i>Addiction</i> . — 2013. — V.108. — N 7. — P.1186-1187. DOI: 10.1111/add.12162.	Petry N.M., O'Brien C.P. Internet gaming disorder and the DSM-5. <i>Addiction</i> . 2013; 108:1186-1187. DOI: 10.1111/add.12162.

27	Tran B.X., Huong L.T., Hinh, N.D., Nguyen L.H., Le B.N., Nong V.M., Thuc V.T., Tho T.D., Latkin C., Zhang M.W., Ho R.C. A study on the influence of internet addiction and online interpersonal influences on health-related quality of life in young Vietnamese. — BMC Public Health. — 2017. — V.17. — P.138. DOI: 10.1186/s12889-016-3983-z.	Tran B.X., Huong L.T., Hinh, N.D., Nguyen, L.H., Le, B.N., Nong, V.M., Thuc, V.T., Tho, T.D., Latkin, C., Zhang, M. W., Ho R. C. A study on the influence of internet addiction and online interpersonal influences on health-related quality of life in young Vietnamese. BMC Public Health. 2017; 17 (1): 138. DOI: 10.1186/s12889-016-3983-z.
28	Wang C. W., Chan C.L., Mak K.K., Ho, S.Y., Wong, P.W., Ho, R.T. Prevalence and correlates of video and internet gaming addiction among Hong Kong adolescents: a pilot study. — Scientific World Journal. — 2014. — P.874648. DOI: 10.1155/2014/874648.	Wang C.W., Chan C.L., Mak K.K., Ho, S.Y., Wong, P. W., Ho, R. T. Prevalence and correlates of video and internet gaming addiction among Hong Kong adolescents: a pilot study. Scientific World Journal. 2014; 874648. DOI: 10.1155/2014/874648.
29	Weinstein A., Lejoyeux, M. Internet addiction or excessive internet use. — Am J Drug Alcohol Abuse. — 2010. — V.36. — N5. — P.277-283. DOI: 10.3109/00952990.	Weinstein A., Lejoyeux, M. Internet addiction or excessive internet use. — Am J Drug Alcohol Abuse. 2010; 36 (5):277-283. DOI: 10.3109/00952990.
30	Weinstein A., Yaacov Y., Manning M., Danon P., Weizman, A. Internet Addiction and Attention Deficit Hyperactivity Disorder among schoolchildren. — Isr Med Assoc J. — 2015. — V.17. — N12. — P.731-734. https://www.ima.org.il/imag/viewarticle.aspx?year=2015&month=12&page=731	Weinstein A., Yaacov Y., Manning M., Danon P., Weizman, A. Internet Addiction and Attention Deficit Hyperactivity Disorder among schoolchildren. Isr Med Assoc J. 2015; 17 (12): 731-734. https://www.ima.org.il/imag/viewarticle.aspx?year=2015&month=12&page=731
31	Wölfling K., Beutel M.E., Dreier, M., Müller K.W. Bipolar spectrum disorders in a clinical sample of patients with Internet addiction: hidden comorbidity or differential diagnosis? — J Behavioral Addictions. — 2015. — V.4. — N2. — P.101-105. DOI: 10.1556/2006.4.2015.011.	Wölfling K., Beutel M.E., Dreier M., Müller K.W. Bipolar spectrum disorders in a clinical sample of patients with Internet addiction: hidden comorbidity or differential diagnosis? — J Behavioral Addictions. 2015; 4 (2): 101-105. DOI: 10.1556/2006.4.2015.011.
32	Zadra S., Bischof G., Besser B., Bischof A., Meyer C., John U., Rumpf, H. J. The association between Internet addiction and personality disorders in a general population-based sample. — J Behavioral Addictions. — 2016. — V.5. — P.691-699. DOI: 10.1556/2006.5.2016.086.	Zadra S., Bischof G., Besser B., Bischof A., Meyer C., John U., Rumpf, H. J. The association between Internet addiction and personality disorders in a general population-based sample. — J Behavioral Addictions. 2016; 5 (4): 691-699. DOI: 10.1556/2006.5.2016.086.

Сведения об авторах

Егоров Алексей Юрьевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий лабораторией нейрофизиологии и патологии поведения Института эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова Российской академии наук; профессор кафедры психиатрии и наркологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета; профессор кафедры психиатрии и наркологии Северо-западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова/ E-mail: draegorov@mail.ru

Чарная Дина Игоревна — клинический ординатор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. E-mail: dichar@ya.ru

Хуторянская Юлия Валерьевна — клинический ординатор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. E-mail: julia.khutoryanskaya@gmail.com

Павлов Александр Викторович — студент 5 курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. E-mail: whitepavlik@gmail.com

Гречаный Северин Вячеславович — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. E-mail: svgrechany@mail.ru

Опросник для оценки структуры и выраженности эмоционального выгорания у матерей подростков, больных шизофренией

Кмить К.В.¹, Попов Ю.В.¹, Боcharов В.В.^{1,2}, Яковлева О.В.³

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ,

² Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,

³ Научно-исследовательская фирма PSI CRO AG, г. Санкт-Петербург

Резюме. В статье затрагивается проблема эмоционального выгорания в контексте детско-родительских отношений. Рассматривается возможность применения концепции выгорания для описания процессов, происходящих с родителями, чьи дети страдают хроническим психическим расстройством, излагается авторский взгляд на проблему. Обосновывается необходимость создания опросника для выявления эмоционального выгорания у матерей, чьи дети больны шизофренией, описывается процедура создания нового опросника, приводятся результаты его апробации.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, материнское выгорание, подростки, шизофрения, опросник для выявления эмоционального выгорания.

The questionnaire designed to measure structure and severity of emotional burnout among mothers of adolescents with schizophrenia

Kmit K.V.¹, Popov Y.V.¹, Bocharov V.V.^{1,2}, Yakovleva O.V.³

¹ V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St.Petersburg,

² St.Petersburg State Pediatric Medical University,

³ Contract Research Organization PSI CRO AG, St. Petersburg

Summary. This work is devoted to the problem of emotional burnout in the context of parent-child relationship. The possibility of applying the concept of burnout is being considered in order to describe the processes that occur in parents whose children suffer from a chronic psychiatric disorder, the author's point of view on the matter is being presented. The necessity of creating a questionnaire to measure emotional burnout among mothers of children with schizophrenia is being justified, the procedure of creation of the new questionnaire is described, and the results of its approbation are performed.

Key words: emotional burnout, maternal burnout, adolescents, schizophrenia, questionnaire to measure burnout.

Предположения о том, что выгорание имеет неспецифический характер и может развиваться за пределами производственных отношений, появились еще на заре изучения феномена. Первые исследования в этом направлении связывают, как правило, с именами американских психологов А.Пинес и Е.Аронсон [15], по мнению которых, выгорание представляет собой состояние физического, эмоционального и психического (mental) истощения, вызванного длительной вовлеченностью человека в эмоционально перегруженные ситуации. В настоящее время в зарубежной психологии накоплен немалый опыт изучения выгорания вне профессионального контекста, в частности, в контексте детско-родительских отношений [11, 13, 14, 16, 17].

В России феномен выгорания традиционно рассматривался в рамках психологии труда. Обзор литературы обнаруживает внушительное количество работ, посвященных выгоранию представителей различных профессий. В качестве основного психодиагностического инструментария при этом выступает опросник Н.Е. Водопьяновой «Профессиональное выгорание» — русскоязычная вер-

сия «Maslach Burnout Inventory» (MBI; Maslach and Jackson, 1981). Также популярным среди российских исследователей остается опросник «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко. Значительно реже в работах можно встретить методику «Диагностика психического выгорания» А.А. Рукавишников. Не останавливаясь подробно на качественном анализе данных методик, отметим только, что все три предназначены исключительно для оценки связанного с работой выгорания.

До недавнего времени вопрос о возможности развития выгорания за пределами профессионального поля отечественными психологами даже не поднимался. В немалой степени этому способствовало решение, принятое участниками I Международной научно-практической конференции, посвященной проблеме выгорания (г. Курск, 2007), считать данный феномен встречающимся только у профессионалов в коммуникативной сфере [8].

Однако в последние годы наметилась отчетливая тенденция к переосмыслению сложившегося подхода, о чем свидетельствует появление отечественных работ, посвященных эмоциональному

выгоранию родителей [1, 2, 3, 4, 6, 9, 10]. Разделяя интерес к теме родительского выгорания, мы обратили внимание на проблему эмоционального выгорания матерей, чьи дети-подростки страдают хроническим психическим расстройством — шизофренией.

Страх за жизнь ребенка и желание сделать все возможное для его выздоровления обуславливают высокую вовлеченность родителей в лечебный процесс, нередко превращая деятельность, направленную на борьбу с болезнью, в смыслообразующую. Однако в силу особенностей шизофренического процесса, желаемый результат достигается далеко не всегда: заболевание, как правило, носит рецидивирующий характер, терапия растягивается на годы, а глубокие личностные изменения, нарастающие со временем, нарушают социально-психологическое функционирование ребенка. В этих условиях у родителей нередко появляется ощущение собственной неэффективности, в результате чего, их смыслообразующая деятельность оказывается «блокированной».

Мы считаем, что процессы, происходящие в психике матерей, осуществляющих деятельность по воспитанию и опеке детей, страдающих хроническим психическим расстройством, возможно рассматривать с точки зрения концепции выгорания. В данном контексте эмоциональное выгорание понимается нами как *процесс, возникающий вследствие длительного осуществления деятельности, которая носит смыслообразующий характер (борьба за здоровье ребенка) и сопровождается ощущением собственной неэффективности*.

По мнению специалистов [7], именно семья пациента является «краеугольным камнем» лечебно-реабилитационного процесса. В этих обстоятельствах значимость адекватного эмоционально-психологического функционирования её членов, а главным образом матерей, сложно переоценить. Необходимость профилактики и своевременной коррекции эмоционального выгорания у матерей, чьи дети страдают хроническим психическим расстройством, а также отсутствие адекватного инструмента для выявления выгорания и оценки его выраженности у данного контингента, определили актуальность настоящего исследования.

Целью работы стало создание опросника для оценки структуры и выраженности эмоционального выгорания у матерей детей, больных шизофренией (далее — опросник ЭВМ).

Разработанная методика рассчитана на матерей в силу их традиционно большей вовлеченности в лечебно-реабилитационный процесс.

Процедура создания опросника

За основу новой методики был взят опросник MBI и трехкомпонентная модель выгорания С. Maslach [12]. Мы провели тщательную переработку структуры и содержания опросника в соответствии с нашими представлениями о материнском выгорании. Шкала «Эмоциональное ис-

тощение» была дополнена утверждениями, касающимися проявлений когнитивной и физической усталости, и стала называться «*Истощение*». Примеры утверждений, вошедших в шкалу: «я чувствую апатию и эмоциональную опустошенность», «болезнь ребенка и борьба с ней отнимают у меня очень много сил». Шкала «Деперсонализация» получила название «*Дистанцирование и утрата эмоциональной вовлеченности*». В отличие от профессиональной сферы, где в результате выгорания у специалистов наблюдается обезличивание взаимоотношений с реципиентами (пациентами, клиентами), а также формирование негативной, циничной установки по отношению к ним, в контексте детско-родительских отношений такая «дегуманизация» в отношении объекта деятельности едва ли возможна, в данном случае речь идет скорее о дистанцировании от источника хронического стресса — больного ребенка. Примеры утверждений: «бывает, я намеренно отдаляюсь от ребенка, чтобы не участвовать в решении его проблем», «в последнее время мне хочется свести общение с ребенком до минимума». Шкала «Редукция личных достижений» стала называться «*Разочарование и утрата мотивации*». Утверждения, включенные нами в шкалу, касаются материнских переживаний относительно собственной неэффективности («к сожалению, от моих усилий мало зависит благополучие моего ребенка», «иногда я впадаю в уныние и перестаю надеяться на лучшее»).

В рамках исследования нам представилось целесообразным введение в новый опросник дополнительной группы шкал для раскрытия процессуального аспекта выгорания: «*Снижение собственного участия*», «*Эмоциональная редукция*», «*Деструктивные формы поведения*», «*Психосоматические нарушения*» и «*Разочарование*». В основу шкал второго уровня легла динамическая модель выгорания М. Burish [5]. Мы предполагали, что создаваемая таким образом многофакторная двухуровневая конструкция позволит в наибольшей полноте раскрыть сущность выгорания в его содержательном и динамическом аспектах.

Процедура апробации

Материалы и методы. Сбор данных для оценки психометрических показателей методики ЭВМ проходил на базах лечебных психиатрических учреждений Санкт-Петербурга, Архангельска и Ростовской области. В исследовании приняли участие 60 женщин в возрасте от 35 до 62 лет, чьи дети-подростки находились на стационарном и амбулаторном лечении шизофренией.

Критерии включения в исследование:

- матери подростков, больных шизофренией (F20 по МКБ-10)
- продолжительность болезни ребенка не менее 1 года
- замотивированность женщин на участие в исследовании

Критерии исключения:

- грубые интеллектуальные или психические расстройства на момент исследования или в анамнезе
- наличие соматических заболеваний в состоянии декомпенсации
- наличие у матери других детей (кроме больного шизофренией)

В рамках проверки психометрических характеристик опросника, были проанализированы его валидность и надежность.

Результаты

Надежность опросника ЭВМ исследовалась расщеплением теста на две половины с вычислением коэффициента Спирмена-Брауна и с помощью повторного тестирования. В первом случае утверждения опросника были разделены на две части, в результате была получена статистически высоко значимая корреляционная связь между первой и второй половинами опросника ($r=0,89$). Во втором случае, группа матерей (30 человек) была исследована повторно с интервалом в 21 день. Коэффициенты надежности для шкал опросника по «тест-ретест» находятся в диапазоне от 0,86 до 0,95 ($p<0,001$).

Содержательная валидность опросника подтверждалась мнением группы экспертов, в которую входили психологи и психиатры. Анализ структуры опросника и содержания шкал показал, что они в полной мере соответствуют изучаемой предметной области и теоретическому пониманию материнского выгорания.

Перекрестная валидность изучалась путем сопоставления полученных результатов с результатами следующих методик: опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), в адаптации Н.В. Тарабриной; методика «Уровень невротической астении» (УНА) (Л.И. Вассерман с соавт., 1998); методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) (В.Е. Кагана, И.П. Журавлева, 1991); шкала апатии (S.Starkstein et al.)

Шкала «Истощение», продемонстрировала убедительную положительную взаимосвязь со шкалами невротического регистра: «Депрессивность» ($r=0,75$), «Тревожность» ($r=0,58$), «Обсессивность-компульсивность» ($r=0,56$), индексом выраженности симптоматики ($r=0,67$) и индексом симптоматического дистресса ($r=0,62$), при $p<0,001$ (SCL-90-R), показателем вероятности наличия невротической астении ($r=0,65$ при $p<0,001$) (УНА), апатией ($r=0,38$ при $p<0,01$), и такими показателями методики ДОБР, как «Тревога» ($r=0,41$ при $p<0,001$), «Нозогнозия» ($r=0,31$ при $p<0,05$), «Общая напряженность» ($r=0,29$ при $p<0,05$). В то же время не было выявлено значимых корреляций шкалы «Истощение» со шкалами «Интернальность» и «Контроль активности» (ДОБР), из чего следует, что истощение, развивающееся у матерей, воспитывающих детей, больных шизофренией, не связано с типом родительского контроля болезни и их педагогическими установками.

Шкала «Дистанцирование и утрата эмоциональной вовлеченности» имеет статистически значимые положительные корреляционные связи со шкалами «Паранойяльность» ($r=0,41$ при $p<0,001$), «Межличностная тревожность» ($r=0,38$ при $p<0,01$), «Соматизация» ($r=0,36$ при $p<0,01$), «Враждебность» ($r=0,36$ при $p<0,01$) опросника SCL-90-R. Согласно Н.В. Тарабриной, паранойяльность в данном контексте определяется как «вид нарушения мышления» и выявляет такие личностные характеристики, как враждебность, подозрительность, страх потери независимости, ригидность суждений. Таким образом, можно предположить, что женщины, воспринимающие окружающий мир враждебно, чувствующие себя неуверенно во взаимоотношениях с социумом, испытывающие страхи (например, стигматизации), ригидные в своих убеждениях и неспособные осознанно и конструктивно справиться с эмоциональным стрессом, демонстрируют большую эмоциональную дистанцированность в отношении больного ребенка. Не получены статистически значимые корреляционные связи шкалы «Дистанцирование и утрата эмоциональной вовлеченности» с параметрами методики ДОБР, уровнем невротической астении, апатией, шкалами «Обсессивность-Компульсивность», «Депрессивность», «Фобии» и индексом выраженности дистресса (SCL-90-R). Это свидетельствует о том, что утрата матерью эмоциональной вовлеченности не связана с отношением к болезни ребенка, а также переживаемыми ею астенией, апатией и общим дистрессом.

Шкала «Разочарование и утрата мотивации» имеет статистически достоверные положительные корреляционные связи со шкалами: «Паранойяльность», «Межличностная тревожность», «Враждебность», «Депрессивность», «Соматизация», «Тревожность», индексом проявления симптоматики (PSI) и выраженности дистресса (PDSI) (SCL-90-R), показателями астении (УНА) и нозогнозии (ДОБР). Иными словами, чем выше интенсивность проявления психопатологической симптоматики у матерей и выраженнее гипернозогнозия в отношении болезни ребенка, тем острее будет проявляться ощущение бессмысленности дальнейшей борьбы с болезнью. Показатель апатии и такие параметры методики ДОБР, как интернальность, тревога, контроль активности и общая напряженность, не имеют статистически значимых корреляционных связей со шкалой «Разочарование и утрата мотивации». Можно предположить, что потеря веры в выздоровление ребенка и снижение активности, направленной на достижение успеха, не связаны с наличием апатии и мировоззренческо-педагогическими установками матери в отношении болезни ребенка.

Таким образом, характер связи шкал опросника ЭВМ с приведенными психологическими методиками подтверждает валидность оцениваемых шкал. Конвергентная и дивергентная валидность оказываются подтвержденными вследствие наличия ожидаемой направленности соответствующих корреляций.

При анализе корреляционных связей параметров методик SCL-90-R, УНА, ДОБР, шкалы апатии и показателей шкал второго уровня (II) опросника ЭВМ, мы обнаружили, что их характер во многом совпадает с характером межтестовых корреляций шкал первого уровня (I). Например, шкала «Снижение собственного участия» (II) статистически достоверно положительно коррелирует со шкалами «Паранойальность», «Межличностная тревожность», «Враждебность», «Депрессивность», «Соматизация», «Тревожность», индексом проявления симптоматики (SCL-90-R), показателем астении (УНА) и не имеет статистически значимых корреляционных связей со шкалами ДОБР и апатией, тем самым обнаруживая значительное сходство со шкалой «Разочарование и утрата мотивации» (I). Более того, корреляционная связь шкал первого и второго уровней в ряде случаев была весьма высока: «Снижение собственного участия» (II) и «Дистанцирование и утрата эмоциональной вовлеченности» (I) ($r=0,817$ при $p<0,001$), «Эмоциональная редукция» (II) и «Дистанцирование и утрата эмоциональной вовлеченности» (I) ($r=0,849$ при $p<0,001$). Принимая во внимание полученные результаты, мы решили отказаться от шкал второго уровня в окончательном варианте методики, так как посчитали, что феномены, исследуемые с их помощью, трудно дифференцировать от тех, что выявляют первые три шкалы.

Характер внутренней согласованности шкал опросника ЭВМ определялся при помощи вычисления коэффициента α (альфа) Л. Кронбаха. Для трех шкал первого уровня коэффициент внутренней согласованности равен: «Истощение» — 0,89, «Дистанцирование и утрата эмоциональной вовлеченности» — 0,92, «Разочарование и утрата мотивации» — 0,82.

Проанализировав взаимосвязи между шкалами первого уровня, и выявив довольно высокую корреляцию шкал «Дистанцирование и утрата эмоциональной вовлеченности» и «Разочарование и утрата мотивации» ($r=0,716$ при $p<0,001$), мы сочли необходимым провести ряд процедур для повышения конструктивной валидности разрабатываемого опросника.

Для формирования трех независимых групп утверждений мы использовали кластерный анализ. Кроме того, мы посчитали необходимым сократить опросник, исключив наименее ценные, с диагностической точки зрения, вопросы, а также те, к формулировкам которых было много кри-

тических замечаний у исследуемых женщин. Для этих целей был использован метод главных компонент, а затем проведен повторный анализ содержания утверждений опросника.

Процедура кластеризации осуществлялась методом k -средних (Евклидово расстояние в комбинации с Методом наиболее удаленных соседей). Мы выбрали число кластеров, равное 3, с тем, чтобы получить распределение признаков (пункты опросника) на три группы и, таким образом, сформировать три независимые шкалы. Результаты кластеризации представлены в таблице 1.

Наиболее частыми ответами на подавляющую часть вопросов, вошедших в 1-ый кластер, были те, что занимают крайнее правое положение на шкале ответов — «скорее верно» и «абсолютно верно». Наиболее частым ответом на подавляющую часть вопросов, вошедших во 2-ой кластер, был — «абсолютно неверно» (крайнее левое положение на шкале). На вопросы, вошедшие в 3-ий кластер, чаще всего давались неопределенные ответы, занимающие срединное положение на шкале ответов — «скорее неверно», «трудно сказать», «скорее верно».

Полученный результат наглядно демонстрирует, что *выгорание — это динамическая структура, в основе которой лежат три относительно независимых процесса, возникающих один за другим и развивающихся во времени*. Очевидно, что 1-ый кластер отражает процесс истощения (подавляющая часть вопросов, попавших в 1-ый кластер (17 из 20) принадлежат шкале «Истощение»). Учитывая преобладающий характер ответов на данный тип утверждений («скорее верно» и «абсолютно верно»), можно сделать вывод о том, что в исследуемой группе мы имеем дело со сформировавшимся истощением. Второй кластер в большей степени имеет отношение к эмоциональному дистанцированию (подавляющая часть вопросов, попавших во 2-ой кластер (17 из 30) принадлежали шкале «Дистанцирование и утрата эмоциональной вовлеченности»). Учитывая преобладание отрицательных ответов на утверждения, вошедшие в данный кластер («абсолютно неверно»), можно сделать вывод о несформированности данного компонента выгорания в исследуемой группе. Третий кластер в основном был представлен утверждениями шкалы «Разочарование и утрата мотивации» и «Дистанцирование и утрата эмоциональной вовлеченности» — 7 и 9 утверждений соответственно. Однако при углубленном анализе,

Таблица 1

Распределение утверждений опросника на три группы в результате кластеризации

Кластеры	Кол-во вопросов	Кол-во вопросов, вошедших в кластер из каждой шкалы опросника		
		«Истощение»	«Дист. и УЭВ»	«Разоч. и УМ»
1-ый	20	17	0	3
2-ой	30	2	17	11
3-ий	19	3	9	7

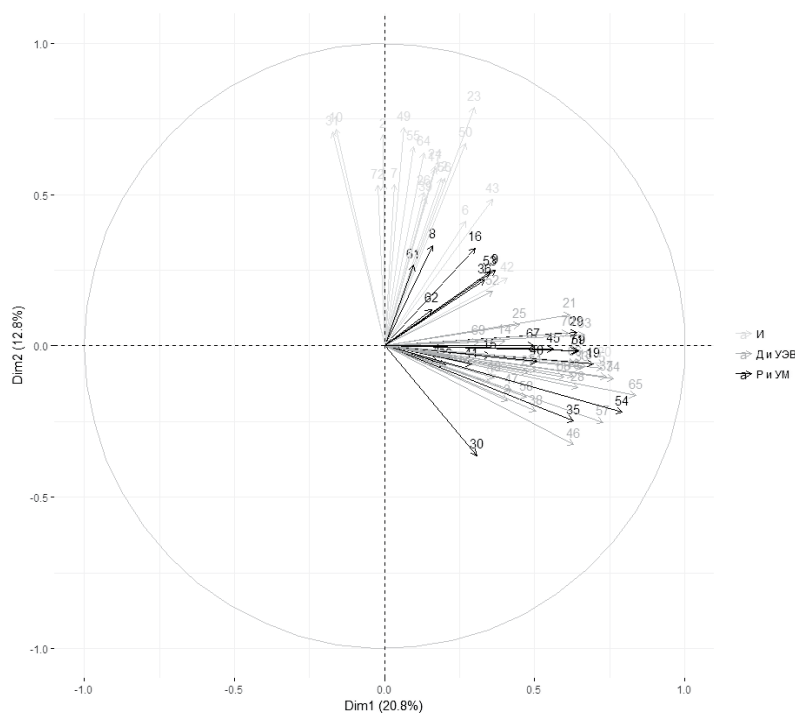


Рис.1. Результаты анализа главных компонент.

нами было установлено, что 5 из 9 утверждений шкалы «Дистанцирование и утрата эмоциональной вовлеченности», вошедших в 3-ий кластер, были сформулированы недостаточно корректно, что могло отразиться на результатах. Позже они были исключены из опросника.

Таким образом, можно считать, что 3-ий кластер в основном представлен утверждениями шкалы «Разочарование и утрата мотивации». Учитывая преимущественно неопределенный характер ответов на утверждения, вошедшие в данный кластер («скорее неверно», «трудно сказать», «скорее верно»), можно сделать вывод о том, что этот компонент выгорания, в целом, уже начал формироваться в группе исследуемых матерей, однако в силу еще слабой выраженности симптомов, его идентификация затруднена.

Метод главных компонент показал, что основной массив утверждений опросника «распадается» на две группы (компоненты), третья представлена значительно слабее (рис.1)

Первая главная компонента (Dim 1) представлена утверждениями шкалы «Истощение». Наибольший «вклад» в первую компоненту вносят вопросы, на которые в подавляющем большинстве случаев был дан ответ «скорее верно». Вторая главная компонента (Dim 2) представлена утверждениями, образующими шкалы «Дистанцирование и утрата эмоциональной вовлеченности» и «Разочарование и утрата мотивации». Наибольший «вклад» во вторую компоненту вносят вопросы, на которые в подавляющем большинстве случаев был дан ответ «абсолютно неверно». Третья компонента представлена утверж-

дениями шкалы «Разочарование и утрата мотивации», наибольший «вклад» в третью компоненту вносят вопросы, на которые в подавляющем большинстве случаев был дан ответ «скорее неверно». Отметим, что результаты метода главных компонент вполне сопоставимы с результатами кластеризации, подтверждая внутреннюю валидность опросника.

Опираясь на полученные данные, мы значительно сократили методику, исключив из общего списка спорные и наименее информативные утверждения, а также пересмотрели содержание всех трех шкал.

Таким образом, окончательная версия опросника ЭВМ представлена 46 утверждениями, 15 из которых формируют шкалу «Истощение», 17 — шкалу «Дистанцирование и утрата эмоциональной вовлеченности», 14 — шкалу «Разочарование и утрата мотивации». Проверка психометрических свойств конечного варианта опросника подтвердила его надежность и гомогенность.

Заключение. В отечественной психологии на протяжении длительного времени область применения концепции выгорания искусственно ограничивалась профессиональным контекстом. Инертность установок, как следствие доминирования «общепринятого» подхода к пониманию феномена, и отсутствие специализированного инструментария не позволяли использовать объяснительный потенциал концепции выгорания в более широком контексте межличностных отношений. Попытки переосмыслить сложившийся подход к выгоранию стали находить свое отражение в работах относительно недавно.

Наше исследование убедительно продемонстрировало, что эмоциональное выгорание является важным конструктом для понимания психологии матерей, чьи дети страдают хроническим психическим расстройством. Материнское выгорание представляет собой динамическую структуру, в основе которой лежат три относительно независимых процесса, возникающих один за другим и развивающихся во времени.

Разработанный опросник имеет высокую внутреннюю согласованность, является надежным и валидным инструментом для оценки структуры и выраженности эмоционального выгорания матерей. Методика может применяться в рамках индивидуального психологического консультирования матерей для углубленного изучения их переживаний с целью подбора адекватных методов для психокоррекционной работы.

Литература

1	Алиева Н.Ф., Кошелюк Н.А. Специфика социально-психологических условий в семье, воспитывающей ребенка-инвалида, как фактор развития синдрома эмоционального выгорания // Социально-педагогическая деятельность в социуме: теория, практика, перспективы: сб. науч. тр. VI Международных социально-педагогических чтений им. Б.И. Лившица. — Екатеринбург: Уральск. гос. пед. ун-т — 2014. — Ч. 2. — С.7-12.	Alieva N.F., Koshelyuk N.A. Specificity of social and psychological conditions in families that raise a child with disability as a factor in the formation of emotional burnout syndrome. Sotsialno-pedagogicheskaya deyatel'nost' v sotsiume: teoriya, praktika, perspektivy: sb. nauch. tr. VI Mezhdunarodnykh sotsialno-pedagogicheskikh chtenii im. B.I. Livshitsa. Ekaterinburg: Uralsk. gos. ped. un-t. 2014; 2: 7-12. (In Rus.).
2	Асламашова Л.А., Хаджимова Д.М. Проблема эмоционального выгорания у приемных родителей // Перспективы развития науки в области педагогики и психологии: сб. науч. тр. по итогам международной научно-практической конференции. — Челябинск. — 2015. — С.83-85.	Aslamazova L.A., Khadzhimova D.M. The problem of emotional burnout in foster parents. Perspektivy razvitiya nauki v oblasti pedagogiki i psikhologii: sb. nauch. tr. po itogam mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii. Chelyabinsk. 2015; 83-85. (In Rus.).
3	Базалева Л.А. Личностные факторы эмоционального «выгорания» матерей в отношениях с детьми: автореф. дисс... канд. психол. наук. — Краснодар. — 2010. — 26с.	Bazaleva L.A. Personal factors of maternal «burnout» in mother-child relationship: avtoref. diss... kand. psikholog. nauk. Krasnodar. 2010; 26 s. (In Rus.).
4	Бочаров В.В., Шишкова А.М., Черная Ю.С., Сивак А.А., Ипатова К.А. Перспективы исследования эмоционального выгорания родственников пациентов, страдающих алкоголизмом или опиоидной зависимостью // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — №4. — С.27-34.	Bocharov V.V., Shishkova A.M., Chernaya Yu.S., Sivak A.A., Ipatova K.A. Prospects for studies of emotional burnout in relatives of patients suffering from alcohol or opioid dependence. Obzrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii. 2017; 4: 27-34. (In Rus.).
5	Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. — СПб.: Питер. — 2009. — 223с.	Vodopyanova N.E., Starchenkova E.S. Burnout syndrome: diagnosis and prevention. SPb.: Piter. 2009; 223 s. (In Rus.).
6	Ефимова И.Н. Возможности исследования родительского «выгорания» // Вестник МГОУ. Серия: Психологические науки. — 2013. — №4. — С.31-40	Efimova I.N. The possibilities of investigating parental «burnout». Vestnik MGOU. Seriya: Psikhologicheskie nauki. 2013; 4: 31-40. (In Rus.).
7	Корень Е.В., Кашишкова А.А., Татарова И.Н., Коваленко Ю.Б. и соавт. Психосообразование в структуре комплексной помощи детям и подросткам с психическими расстройствами: Методические рекомендации. — М. — 2009. — 30с.	Koren E.V., Kashnikova A.A., Tatarova I.N., Kovalenko Yu.B. i soavt. Psychoeducation in the structure of comprehensive care for children and adolescents with mental disorders: Metodicheskie rekomendatsii. M. 2009; 30 s. (In Rus.).
8	Лукьянов В.В. Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография / под ред. В.В. Лукьянова, Н.Е. Водопьяновой, В.Е. Орла, С.А. Подсадного, Л.Н. Юрьевой, С.А. Игумнова; Курск. гос. ун-т. — Курск. — 2008. — 336с.	Lukyanov V.V. Modern problems of burnout syndrome research among specialists of communicative professions: kolektivnaya monografiya pod red. V.V. Lukyanova, N.E. Vodopyanovoi, V.E. Orlova, S.A. Podsadnogo, L.N. Yurevoi, S.A. Igumnova. Kursk. gos. un-t. Kursk. 2008; 336 s. (In Rus.).

9	Попов Ю.В., Кмит К.В. Эмоциональное «выгорание» — только лишь результат профессиональных отношений? // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — №2. — С.98-101.	Popov Yu.V., Kmit K.V. Emotional «burnout» — just the result of professional relations? <i>Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii</i> . 2012; 2: 98-101. (In Rus.).
10	Фисун Е.В., Поляков В.Г., Климова С.В. Проблема эмоционального выгорания у родителей детей, находящихся на стационарном лечении онкозаболевания // Детская онкология. — 2013. — №1/3. — С.43-49.	Fisun E.V., Polyakov V.G., Klimova S.V. The problem of emotional burnout in parents of children with cancer during inpatient treatment. <i>Detskaya onkologiya</i> . 2013; 1/3: 43-49. (In Rus.).
11	Lindstrom C., Aman J., Norberg A.L. Increased prevalence of burnout symptoms in parents of chronically ill children // <i>Acta Paediatrica</i> . — 2010. — Vol.99. — P.427-432. doi:10.1111/j.1651-227.2009.01586.x	Lindstrom C., Aman J., Norberg A.L. Increased prevalence of burnout symptoms in parents of chronically ill children. <i>Acta Paediatrica</i> . Vol. 99 (3): 427-432. doi:10.1111/j.1651-227.2009.01586.x
12	Maslach C., Jackson. The measurement of experienced burnout // <i>J. Occup. Behav.</i> — Vol.2. — P.99-113. — April 1981.	Maslach C., Jackson. The measurement of experienced burnout. <i>J. Occup. Behav.</i> Vol. 2: 99-113. April 1981.
13	Norberg A.L. Burnout in mothers and fathers of children surviving brain tumour // <i>Journal of clinical psychology in medical settings</i> . — 2007. — Vol.14 (2). — P.130-137. doi: 10.1007/s10880-007-9063-x	Norberg A.L. Burnout in mothers and fathers of children surviving brain tumour. <i>Journal of clinical psychology in medical settings</i> . 2007; 14:130-137. doi: 10.1007/s10880-007-9063-x
14	Norberg A. L. Parents of children surviving a brain tumor: burnout and the perceived disease-related influence on everyday life // <i>J. Pediatr. Hematology/Oncology</i> . — 2010. — Vol. 32 (7). — P. e285-e289. doi:10.1097/MPH.0b013e3181e7dda6	Norberg A. L. Parents of children surviving a brain tumor: burnout and the perceived disease-related influence on everyday life. <i>J. Pediatr. Hematology/Oncology</i> . 2010; 32 (7): e285-e289. doi:10.1097/MPH.0b013e3181e7dda6
15	Pines A.M., Aronson E., Kafry D. Burnout: from tedium to personal growth. — New York: Free Press. — 1981. — 229p.	Pines A.M., Aronson E., Kafry D. Burnout: from tedium to personal growth. — New York: Free Press. — 1981. — 229p.
16	Roskam I., Raes M-E., Mikolajczak M. Exhausted Parents: Development and Preliminary Validation of the Parental Burnout Inventory // <i>Front. Psychol.</i> — 2017. — Vol.8. — P.163. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00163	Roskam I., Raes M-E., Mikolajczak M. Exhausted Parents: Development and Preliminary Validation of the Parental Burnout Inventory. <i>Front. Psychol.</i> 2017; 8:163. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00163
17	Vinayak S., Dhanoa S. Relationship of Parental Burnout with Parental Stress and Personality among Parents of Neonates with Hyperbilirubinemia // <i>Int. J. Indian Psychol.</i> — 2017. — Vol.4. — P.102-111.	Vinayak S., Dhanoa S. Relationship of Parental Burnout with Parental Stress and Personality among Parents of Neonates with Hyperbilirubinemia. <i>Int. J. Indian Psychol.</i> 2017; 4: 102-111.

Сведения об авторах

Кмит Кристина Викторовна — медицинский психолог отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: kristina_kmit@mail.ru

Попов Юрий Васильевич — д.м.н., профессор, научный руководитель отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: popov62@yandex.ru

Бочаров Виктор Викторович — к.псх.н., руководитель лаборатории клинической диагностики и психодиагностики ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург; заведующий кафедры клинической психологии факультета клинической психологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ. E-mail: bochvikvik@gmail.com

Яковлева Ольга Валентиновна — программист-биостатистик научно-исследовательской фирмы PSI CRO AG. E-mail: o.yakovleva239@gmail.com

Клинико-нейрофизиологические особенности психических расстройств у больных ВИЧ-инфекцией

Незнанов Н.Г.¹, Халезова Н.Б.^{1,2}, Хобейш М.А.¹, Захарова Н.Г.², Киссин М.Я.¹

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,

² СПбГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

Резюме. Целью исследования явилось изучение клинической значимости изменений биоэлектрической активности с целью определения их как биологических маркеров психических нарушений у больных ВИЧ инфекцией. Проводилось кросс-секционное исследование с целью диагностики психических расстройств и поиска нейрофизиологических маркеров у 62 больных с ВИЧ-инфекцией в Санкт-Петербургском Центре по профилактике и борьбе с ВИЧ и инфекционными заболеваниями. **Результаты:** 50% больных ВИЧ-инфекцией, не страдающих синдромами зависимости или злоупотребления ПАВ, имели психические нарушения, характеризующиеся преимущественно расстройствами приспособительных реакций и легкими когнитивными нарушениями. Нормальные показатели биоэлектрической активности определялись у 16,1 % из 62 обследованных больных. У большинства пациентов (59,7%) определялась биоэлектрическая активность с преобладанием возбуждения в медиобазальных отделах и снижением активности коры головного мозга. У 41,9% больных были повышены процессы возбуждения ЦНС в виде усиления реакции на фотостимуляцию. Выявлены нейрофизиологические различия у больных с невротическими и связанными со стрессом расстройствами и органическими изменениями ЦНС. Для невротических психических расстройств по сравнению с органическими нарушениями скорее были характерны норма ЭЭГ и дезорганизованный тип с преобладанием альфа- и бета-активности, в то время, как при психических расстройствах органической природы чаще отмечался десинхронный тип ЭЭГ. Развитие психоорганического синдрома у больных ВИЧ сопровождалось глубокой перестройкой биоэлектрической активности в передних отделах головного мозга.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, нейрофизиологические маркеры психических расстройств, невротические и связанные со стрессом расстройства, органические расстройства.

Clinical and neurophysiological features of mental disorders in patients with HIV infection

Neznanov N.G.¹, Khalezova N.B.^{1,2}, Hobeys M.A.¹, Zakharova N.G.², Kissin M.Ya.¹

¹ St. Petersburg State Medical University named after I.P. Pavlov

² Center for the Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases

Summary. The aim of the study was to study the clinical significance of changes in bioelectric activity for the purpose of identifying them as biological markers of mental disorders in patients with HIV infection. A cross-sectional study was conducted to diagnose mental disorders and search for neurophysiological markers in 62 patients with HIV infection at the St. Petersburg Center for the Prevention and Control of HIV and Infectious Diseases. **Results:** 50% of patients with HIV infection without abuse disorders have mental disorders characterized mainly by adaptive reactions and mild cognitive impairment. Normal indicators of bioelectrical activity were determined in 16.1% of 62 patients. In the majority of patients (59.7%), bioelectrical activity was determined with a predominance of excitation in the medio-different areas and a decrease in activity of the cerebral cortex. In 41.9% of patients, the processes of CNS excitation were increased in the form of an intensification of the reaction to photostimulation. Neurophysiological differences were revealed in patients with neurotic and stress-related disorders and organic changes in the CNS. For neurotic disorders in comparison with organic disorders, the EEG was normal or the disorganized type with predominance of alpha and beta activity were more likely, while in the case of organic disorders the desynchronous type of EEG was more often noted. The development of psycho-organic syndrome in HIV patients is confirmed by deep restructuring of bioelectrical activity in the anterior parts of the brain.

Key words: HIV infection, neurophysiological markers of mental disorders, neurotic and stress-related disorders, organic disorders.

В настоящее время число ВИЧ-инфицированных россиян превысило один миллион человек, и распространенность ВИЧ-инфекции в популяции продолжает расти [2, 5]. В последние годы отмечается рост заболеваемости среди социально активных, профессионально успешных людей [22].

На ранних стадиях ВИЧ-инфекции наиболее частыми являются расстройства адаптации, когнитивные нарушения, а также астенические расстройства. Часто наблюдаются повышенная утомляемость, рассеянность, забывчивость, ухудшение настроения, расстройства сна [12]. По данным литературы, у 2/3 больных ВИЧ-инфекцией отмеча-

ются психические и неврологические расстройства, а распространенность ВИЧ-ассоциированного нейрокогнитивного расстройства (ВАНР) достигает 84% [1]. Так как когнитивные расстройства могут проявляться в разной степени выраженности, становится важным проследить начальные этапы их формирования с целью предотвращения развития грубых органических нарушений.

Одним из объективных методов исследования функционального состояния головного мозга человека в норме и при патологии является электроэнцефалография [7, 8]. По данным M.Esslen и соавт. [17], различные эмоциональные нарушения сопровождаются определенными пространственно-временными паттернами изменений электрических потенциалов мозга. По данным Американской нейропсихиатрической ассоциации [15], чувствительность и специфичность данных количественного анализа ЭЭГ для выявления депрессий, составляют 72–93% и 75–88% соответственно. Более того, Американская академия неврологии рекомендовала математический анализ ЭЭГ в качестве дополнительного инструмента дифференциации депрессивных больных от здоровых, а также пациентов, страдающих шизофренией, алкоголизмом и деменцией, классификации униполярных и биполярных расстройств [15].

Известно, что центральные нейротрансмиттерные нарушения могут быть вызваны прогрессированием ВИЧ-инфекции. Изменения в нейротрансмиттерной системе могут влиять как на эмоциональное состояние и уровень нейрокогнитивных функций, так и на биоэлектрическую активность [11].

В последние годы увеличился интерес к исследованию нейрофизиологических характеристик у ВИЧ-инфицированных людей, связанный с различными проявлениями ВАНР [6-8,16,18,21,23]. По данным литературы, ранние признаки формирования ВАНР можно выявить по электрофизиологическим изменениям еще до клинических изменений в когнитивном и неврологическом статусе [7]. Обнаружено, что у пациентов в начальных стадиях проявления инфекции (в среднем 1,9±0,1 лет) на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) определялись диффузные изменения преимущественно в виде нарушения зонального распределения и повышения синхронизации альфа-ритма. Локальные изменения биоэлектрической активности на ЭЭГ регистрировались у 92% больных, с преимущественным вовлечением височных областей коры больших полушарий. Диффузные изменения биоэлектрической активности на ЭЭГ на фоне дисфункции срединных стволовых структур наблюдались у 85% больных. Типичная эпилептиформная активность на ЭЭГ не выявлялась, однако редуцированная эпилептиформная активность (редуцированные формы острых волн и комплексов острая волна-медленная волна (ОВМВ) отмечалась у 54% больных [8].

На функциональное состояние головного мозга (ГМ), безусловно, влияют психические переживания. Возрастание интереса в послед-

ние годы к исследованиям специфических особенностей различных психических нарушений у ВИЧ-инфицированных больных связано со значительными изменениями качества жизни больных, особенно на ранних стадиях развития ВИЧ-инфекции.

Еще в работах Baldeweg, Gruzelier (1995) на тему нейрофизиологических изменений, связанных с развитием психических нарушений у ВИЧ-инфицированных лиц, проводился анализ данных ЭЭГ, неврологического исследования, оценки тревоги и депрессии. У ряда пациентов с высоким уровнем тревоги амплитуды альфа- и бета-ритма увеличивались. По результатам других исследований, было выявлено, что значительно большие значения амплитуды альфа-ритма обнаруживались на ЭЭГ у ВИЧ-положительных лиц на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, страдающих психическими расстройствами, по сравнению с группой контроля и ВИЧ-инфицированными людьми в бессимптомной стадии ВИЧ-инфекции. По мнению авторов, это может указывать на влияние настроения на фоновую активность на ЭЭГ [13,14].

В исследованиях Kremer, Lutz (2016) обсуждалась роль межполушарной асимметрии альфа-ритма с преобладанием альфа-волновой активности в левом полушарии, преимущественно в лобных долях, повышения медленной активности в области ростральной части передней цингулярной извилины в развитии депрессии у ВИЧ-инфицированных лиц [20].

Таким образом, изменения ЭЭГ при развитии психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных могут явиться объективным фактором показаний начала высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), также как и обоснованием назначения нейропротекторов и подбора психотропной терапии.

Целью исследования явилось обоснование нейрофизиологического метода, как биологического и функционального маркера психических нарушений у больных ВИЧ-инфекцией, не получавших специфическую противовирусную терапию.

Задачи исследования

1. Изучить комплексную характеристику состояния у больных ВИЧ-инфекцией позиций биопсихосоциального подхода.
2. Изучить нейрофизиологические особенности головного мозга у больных ВИЧ-инфекцией.
3. Оценить связь психического состояния и нейрофизиологических паттернов у больных ВИЧ-инфекцией.

Материал и методы

Обследованы 62 больных ВИЧ-инфекцией, находившихся на диспансерном наблюдении в Санкт-Петербургском Государственном центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекцион-

ными заболеваниями (Центр СПИД), не получавших ВААРТ.

Критерии включения в исследование: наличие диагноза ВИЧ-инфекция, отсутствие приема ВААРТ к моменту обследования.

Критерии исключения: наличие синдромов зависимости или злоупотребления психоактивных веществ (ПАВ) в анамнезе, посттравматических изменений ЦНС (не допускалось более 3 ЧМТ, сотрясения ГМ в анамнезе), наличие сопутствующих инфекционных поражений ЦНС в анамнезе, атеросклеротических поражений головного мозга, сопутствующих психических расстройств психотического уровня, выраженных явлений психоорганического синдрома, достигающих уровня деменции.

Все пациенты подписывали информированное согласие перед началом исследования.

Методы исследования

Клинико-анамнестический (в том числе по данным первичной медицинской документации); клинический психиатрический с применением психометрических шкал: шкала оценки депрессии — MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (1978)), шкала оценки тревоги — HAMA (Hamilton Anxiety Rating Scale (1959)), шкала глобального функционирования — GAF (Global Assessment of Functioning Scale (1987)), шкала краткого исследования когнитивных функций у ВИЧ-инфицированных больных — IHDS (The International HIV Dementia Scale (2005)). Экспериментально-психологический метод проводился с помощью опросника тревожности Спилбергера-Ханина (1976). Полученные данные сопоставлялись с показателями иммунного статуса больных и вирусной нагрузкой, которые были выполнены в лаборатории Центра СПИД.

Функциональное состояние ЦНС оценивалось нейрофизиологическим методом. Запись ЭЭГ осуществлялась на 16-канальном электроэнцефалографе-анализаторе ЭЭГА-21/26-«Энцефалан-131-03» в состоянии покоя с закрытыми глазами и при воздействии функциональных нагрузок: проба на открывание-закрывание глаз, ритмической фотостимуляции (РФС), подававшей дискретно 5-10-15-20-27 Гц и 2-минутной гипервентиляции. Электроды располагались по стандартной схеме 10x20 (Джаспер, 1947). Для анализа ЭЭГ использовалась схема отведений «CAR» (Common Average Reference — референтный электрод с усредненным потенциалом). В фоновых ЭЭГ визуально определяли индекс и амплитуду 4 основных составляющих ЭЭГ (альфа, бета, тета и дельта), а также наличие пароксизмальных и эпилептиформных признаков. При воздействии РФС оценивался характер перестроек ЭЭГ и степень их выраженности, по которой было проведено ранжирование. При воздействии гипервентиляции оценивались усиление фоновых патологических изменений, наличие эпилептиформных признаков или отсутствие изменений. С

целью комплексного представления и визуализации особенностей ритмов с помощью методов математического анализа ЭЭГ (программа «Энцефалан»), оценивались относительная мощность и абсолютная амплитуда ритмов по всем отведениям.

Статистическая обработка результатов производилась с использованием пакета статистических программ Statistica 10.0 (StatsoftInc., США). Для оценки нормальности распределения проводился тест Шапиро-Уилкса. Для оценки отличий количественных признаков между группами (при их распределении, близком к нормальному) использовался t-критерий Стьюдента для независимых выборок. Для показателей, имеющих заметно асимметричное распределение, применялась их симметризация с помощью преобразования, логарифмирования. В связи с этим для сравнения средних значений использовался непараметрический критерий Манна-Уитни для двух независимых выборок. Зависимость параметрических показателей оценивалась с помощью корреляционного анализа Пирсона, непараметрических — корреляционного анализа Спирмена. Различия принимались статистически значимыми при уровне значимости менее $p < 0,05$.

Дизайн исследования: кросс-секционное.

Первоначально проводилось обследование всей выборки. В дальнейшем выборка была разделена на 3 группы согласно имеющемуся психиатрическому диагнозу (МКБ-10): группа условно здоровых (без явных психических нарушений), группа людей, находящихся в состоянии стресса (в основном из-за факта ВИЧ-инфицирования) и группа пациентов, страдающих органическими заболеваниями ГМ. Органические психические расстройства предположительно были ВИЧ-генеза, так как у больных отсутствовали другие возможные факторы для появления психоорганического синдрома. Кроме того отмечалось совпадение во времени между появлением когнитивных жалоб у больных и нарастанием тяжести ВИЧ-инфекции. 3 группа феноменологически являлась наиболее сложной, так как зачастую у 3 группы наблюдались и коморбидные эмоциональные расстройства — тревожные или депрессивные. Проводилась оценка связи нейрофизиологических показателей с клиническими параметрами в каждой группе.

Результаты исследования

Психосоциальный статус пациентов

Всего обследовано 62 человека, из них 27 (43,5%) мужчин, 35 (56,5%) женщин в возрасте $34,1 \pm 8,2$ (от 18 до 60 лет).

Двадцать девять (49%) пациентов состояли в браке, у 38 (60%) не было детей. Пятьдесят три больных (89,8%) имели отдельное жилье. Тридцать один (50%) больной имел высшее образование. Подавляющее число (52 (84%)) были профессионально занятыми, 35 (56%) занимались высококвалифицированным трудом — менеджер, руководитель, что соответствует высокому социальному статусу жителей Санкт-Петербурга.

Шесть больных (9,7%) находились на 2Б стадии ВИЧ-инфекции, 22 (35,6%) — на 3 стадии, 32 (51,6%) — на 4А стадии, 2 (3,2%) — на 4Б стадии [4, 19].

Длительность диспансерного наблюдения в Центре СПИД составила $1,3 \pm 2,9$ лет (от 0 до 15,9 лет). Средний срок установления диагноза ВИЧ-инфекция соответствовал $1,5 \pm 3,2$ лет (от 0 до 17 лет). Путь инфицирования ВИЧ-инфекцией у большинства больных (57 (91,9%)) половой, у 4 (6,5%) — инъекционный, у 1 (1,6%) неизвестен.

Четыре пациента (6,5%) имели наименьшее количество CD4-Т-лимфоцитов (<200 кл/мкл), 37 (59,7%) — сниженное число CD4-Т-лимфоцитов (200-499 кл/мкл), 21 (33,9%) больной имел нормальные показатели клеточного иммунитета (≥ 500 кл/мкл). Количество РНК ВИЧ-1 было низким у 11 (17,7%) пациентов, соответствовало средним значениям у 30 (18,4%), было высоким у 21 (33,9%) пациентов.

Таким образом, у большинства больных уровень CD4-лимфоцитов был снижен или имел тенденцию к снижению и только у 33,9% соответствовал норме. Стадия активной репликации вируса определялась у всех больных, причем достаточно высокая вирусная нагрузка, более 50000 коп/мл — у 33,9%, что говорит о стадии прогрессии ВИЧ-инфекции у 1/3 больных.

Показатели клинико-лабораторного обследования (гематологические, биохимические) в целом не выходили за пределы нормативных данных, а имеющиеся отклонения были клинически не значимы. Среди сопутствующей патологии 5 человек (8,1%) имели минимальной степени активности хронический вирусный гепатит С и у двух (3,2%) — вирусный гепатит В. Сопутствующие заболевания наблюдались у $\frac{3}{4}$ больных (37 (75,8%)) (табл.3). Из ВИЧ-ассоциированных заболеваний чаще всего диагностировался себоррейный дерматит (у 7 (11,3%)). В связи с низким иммунным статусом 4 больных (6,5%) получали с профилактической целью противотуберкулезные препараты — изониазид и витамин В6 (пиридоксин).

В период диспансерного наблюдения большинство больных (39 (59,7%)) регулярно и 19 (30,6%) периодически посещали Центр СПИД. Три человека (4,8%) не были готовы к лечению и поэтому их посещаемость была крайне нерегулярной: среди них одна ранее принимала антиретровирусную терапию (АРВТ), но прекратила прием из-за развившихся побочных эффектов и не обращалась к врачу в течение 5 лет; две другие «старались забыть» факт ВИЧ-инфицирования и не обращались в Центр СПИД из-за хорошего самочувствия.

Наиболее частыми были жалобы астенического характера (у 31 (50%) пациентов). Тревожные переживания регистрировались у 39 (62,9%) больных: у 19 (30,6%) пациентов были представлены обсессиями, у 12 (19,4%) — фобиями преимущественно СПИДофобического содержания. Ипохондрия навязчивого уровня выявлялась у 19 (30,6%) больных, сверхценного — у 5 (8,1%).

С увеличением возрастной группы старше 30 лет возрастала степень депрессивных ($R=0,4$, $p<0,05$) (по шкале MADRS), тревожных переживаний ($R=0,4$, $p<0,05$) (по шкале НАМА).

Симптомы депрессии подтверждались клинически у 9 (14,5%) пациентов. У 3 (4,8%) больных присутствовали суицидные мысли. Суицидных попыток в анамнезе не было ни у одного из обследованных.

Нарушения сна проявлялись у 16 больных (25,8%), в том числе в виде ранней инсомнии у 10 (16,1%) больных, средней инсомнии — у 4 (6,5%), поздней — у 1 (1,6%), смешанной — у 1 (1,6%).

При объективном обследовании наблюдалась диссоциация между субъективными переживаниями пациента и данными объективного обследования. Средний оценочный балл по шкале MADRS соответствовал низкому уровню депрессии ($7,7 \pm 8,4$ баллов (от 0 до 29)), по шкале НАМА — низкому уровню тревожных переживаний ($8,9 \pm 8,3$ баллов (от 0 до 28)). Средние баллы по шкале Спилбергера-Ханина для ситуативной тревожности составили $43,0 \pm 9,0$ баллов (от 25 до 62), для личностной — $45,6 \pm 8,0$ баллов (от 30 до 68), что соответствовало умеренному уровню ситуативной тревожности и высокому уровню личностной тревожности.

Астенический вариант психоорганического синдрома отмечался у 18 (29%) пациентов: из них у 15 человек (24,2%) в анамнезе отмечались до 3 ЧМТ легкой степени тяжести.

Когнитивные нарушения определялись на низком уровне, средний балл по шкале IHDS был высоким и составил $11,8 \pm 0,4$ (от 11 до 12 баллов).

С достаточной критикой к своему диагнозу ВИЧ-инфекция относились 29 (46,8%) больных. Такие пациенты регулярно посещали врача-инфекциониста, так же как и других специалистов в Центре СПИД, проходили клинико-лабораторное обследование, были позитивно настроены на прием АРВТ. Уровень критики был недостаточным у 17 (27,4%) пациентов. Эти больные нерегулярно посещали Центр СПИД, затягивали прохождение обследований, необходимых для назначения ВААРТ, имели недостаточно высокую приверженность. У 16 (25,8%) больных уровень критики к заболеванию был чрезмерным и соответствовал ипохондрическим переживаниям. Эти пациенты посещали Центр СПИД чаще, чем необходимо, дотошно расспрашивали врачей о результатах обследований, со страхом и предубеждением относились к назначаемым лекарственным средствам, переживали из-за возможных побочных эффектов АРВТ.

Соответствие выявленных психических нарушений рубрикам МКБ-10 отражено в табл.1.

Нейрофизиологическая характеристика у больных с ВИЧ-инфекцией

Визуальный анализ ЭЭГ у ВИЧ-инфицированных больных свидетельствовал о неспецифичности и разнонаправленности перестрой-

Таблица 1. Распределение больных по диагнозам (МКБ-10)

Диагностическая рубрика (МКБ-10)	Диагноз (МКБ-10)	Число больных (абс. (% ко всей выборке))
Невротические и связанные со стрессом расстройства F4 20 (32,3%) человек	F42.8 Обсессивно-компульсивное расстройство	5 (8,1%)
	F43.2 Расстройство приспособительных реакций	10 (16,1%)
	F43.0 Острая реакция на стресс	3 (3,2%)
	F41.0 Паническое расстройство	2 (3,2%)
Органические, включая симптоматические, психические расстройства F0 9 (14,5%) человек	F06.8 Другие уточненные психические расстройства, обусловленные повреждением или дисфункцией ГМ или соматической болезнью.	6 (9,7%)
	F06.6 Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство	1 (1,6%)
	F06.7 Легкое когнитивное расстройство	1 (1,6%)
	F06.4 Органическое тревожное расстройство	1 (1,6%)
Аффективные расстройства F3	F34.0 Циклотимия	2 (3,2%)
Без диагноза		31 (50%)
Всего		62 (100%)

ки биоэлектрической активности головного мозга (Табл.2). Нормальная классическая ЭЭГ выявлялась лишь у 10 (16,1%) больных.

Характеристика типов ЭЭГ (Жирмунская Е.А., Лосев В.С., 1984) [9]

Организованный тип соответствовал норме и был зарегистрирован лишь у 16 (25,8%) пациентов.

У большинства больных (23 (37,1%)) определялась десинхронизация альфа-активности с почти полным отсутствием или резким снижением количества альфа-волн, с увеличением числа высоко частотных бета-колебаний или без такового, а также наличием единичных медленных тэта- или дельта-волн. Общий уровень амплитуды альфа-ритма был невысоким, иногда низким или очень низким (до 15 мкВ). По литературным данным [9, 10], десинхронизация биопотенциалов с доминированием на ЭЭГ бета-активности высокой частоты и снижением общего амплитудного уровня свидетельствует о высокой активности ретикулярной формации среднего мозга и продолговатого мозга способствует пониманию патогенетических механизмов ряда заболеваний и патологических состояний, сопровождающихся нестабильностью вегетативных реакций и нарушениями психоэмоционального статуса человека.

На третьем месте по частоте встречаемости определялся дезорганизованный тип с преобладанием альфа- и бета-активности (у 14 (22,6%)). Альфа-активность при этом типе была недостаточно регулярная или совсем нерегулярная по частоте, имела достаточно высокую амплитуду,

могла доминировать во всех областях мозга. Бета-активность была нередко усилена, часто представлена колебаниями низкой частоты увеличенной амплитуды. Наряду с этим могли регистрироваться тета- и дельта-волны, имеющие довольно высокую амплитуду.

Перестройка биоэлектрической активности не зависела от степени активной репликации вируса выраженности вирусной нагрузки ВИЧ и уровня CD4 Т-лимфоцитов. Возрастание клинических проявлений психических расстройств сопровождалось изменениями в ЭЭГ. В частности, чем выше был уровень тревоги, тем чаще регистрировалась МА в виде участков НПМА и групповых тета- и дельта-волн ($R=0,3$ $p<0,05$), чаще имелись нарушения правильности распределения альфа-ритма по конвексительной поверхности ($R=0,3$, $p=0,04$). У пациентов с высоким уровнем личностной тревожности ($R=0,3$, $p=0,04$) чаще обнаруживалась пароксизмальная активность преимущественно в виде одиночных медленных спайков ($R=0,3$, $p=0,04$).

Спектральный анализ относительной мощности на ЭЭГ у пациентов с ВИЧ-инфекцией позволил подтвердить взаимосвязь выявленных клинических синдромов психических расстройств с характером перестройки биоэлектрической активности, а также позволил определить преимущественные зоны ГМ, вовлеченные в данные процессы.

С повышением уровня ситуативной и личностной тревожности увеличивалась относительная мощность тета- и дельта- ритмов в лобных — Fp1, Fp2, F7, F8 ($R=0,3$, $p<0,05$), правой височной — T4 ($R=0,4$, $p<0,05$), теменных — P4, P3 ($R=0,3$, $p<0,05$) областях.

Таблица 2. Визуальный анализ ЭЭГ-активности у обследованных больных

Показатель	Результаты
Индексы ритмов в затылочных отведениях (O1, O2) ($M \pm SD, \%$)	O1 альфа — $27,7 \pm 22,6$ O2 альфа — $26,8 \pm 23,7$ O1 дельта — $23,0 \pm 13,7$ O2 дельта — $23,5 \pm 14,6$ O1 тета — $6,1 \pm 5,2$ O2 тета — $6,1 \pm 4,3$ O1 бета — $11,1 \pm 9,3$ O2 бета — $10,1 \pm 7,9$
Правильность распределения α-ритма по конвексительной поверхности	46,8% — правильное (норма) 25,8% — без зональных различий 27,4% — неправильное распределение
Симметричность α-ритма	85,7% — симметричный (норма) 14,3% — асимметричный
Медленная активность (МА) регистрировалась в виде	76,6% — участки низкоамплитудной полиморфной медленной активности (НПМА) (норма); 17% — НПМА 4,3% — групповые τ -, δ - волны 2,1% — МА не определялась
Частая активность (ЧА) регистрировалась в виде	55,3% — всплески регулярного β1-ритма (норма) 36,2% — в виде диффузной асинхронной активности 6,4% — доминирующий α -подобного β 1-ритма 2,1% — всплески регулярного α -подобного β 1-ритма
Очаговые изменения	91,5% — отсутствуют (норма) 8,5% — в виде регулярного τ -ритма (4-6 Гц)
Пароксизмальные изменения	59,7% — отсутствуют (норма) 27,7% — одиночные медленные спайки 10,6% — редуцированные эпи-комплексы 2,1% — истинные эпи-комплексы
Медленная активность в лобных отделах ГМ	73,5% — отсутствуют (норма) 26,5% — обнаруживаются
Реакция на ритмическую фотостимуляцию (РФС)	19,4% — отсутствие РФС 22,6% — (неотчетливое усвоение отдельных частот) 16,1% — отчетливое усвоение отдельных частот в диапазоне 8-20 Гц (норма) 9,7% — отчетливое усвоение 32,3% — усвоение с гармониками и субгармониками
Реакция на гипервентиляцию	37,1% — отсутствует 12,9% — ↑ амплитуды фоновой ритмики (норма) 22,6% — ↓ амплитуды фоновой ритмики 27,4% — ↑ индекса альфа-активности
Скорость восстановления ритм после гипервентиляции	У 7 (16,1%) — ритм не восстановился спустя 3 минуты после гипервентиляции У остальных — $29,1 \pm 28,1$ (от 3 до 150 секунд)

У больных с невротическими и связанными со стрессом расстройствами повышение тревоги (шкала HAM-A) сопровождалось усилением относительной мощности бета-ритма в левой затылочной O1 ($R=0,6$, $p<0,05$) и билатерально в лобных областях F4 ($R=0,5$, $p<0,05$), F3 ($R=0,5$, $p<0,05$); в передних отделах ГМ (Fp1, Fp2) отмечены связи между усилением ситуационной и личностной тревожности и повышением мощности дельта-ритма ($R=0,5$, $p<0,05$).

У пациентов с невротическими расстройствами визуально отмечался недостаток альфа-активности, что, согласно литературным данным, является показателем стресса, эмоциональной

перегрузки, тревожного компонента депрессии [20]. При нарастании уровня депрессии (шкала MADRS) у пациентов с невротическими нарушениями возрастала амплитуда бета-ритма по всей конвексительной поверхности ($p<0,05$).

У пациентов с диагностированным психоорганическим синдромом в отличие от больных без такового, выше ($p<0,05$) была относительная мощность дельта-ритма в височных T3, T4, T5, T6, лобных Fp1, Fp2, F3, F7 отведениях, мощность бета-ритма в правых лобных F4, F8, левом височном T3, левом центральном C3 отведениях.

У больных с органическими расстройствами ГМ (рис.2) в стадии выраженной прогрессии

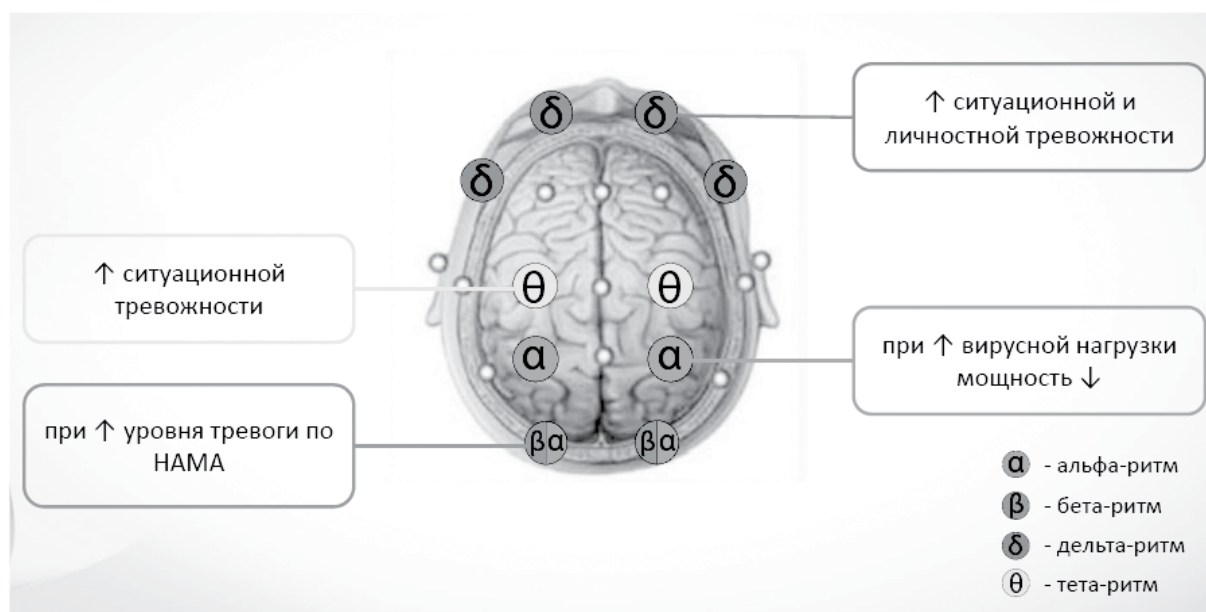


Рис.1. Спектральный анализ относительной мощности на ЭЭГ у ВИЧ-инфицированных больных с невротическими и связанными со стрессом расстройствами



Рис.2. Спектральный анализ относительной мощности на ЭЭГ у ВИЧ-инфицированных больных с органическими психическими расстройствами

ВИЧ инфекции снижалась мощность альфа-ритма в затылочной ($R=-0,9$ $p<0,05$) и теменной областях ($R=-0,8$ $p<0,05$). Чем выше был у них уровень тревоги и депрессии, тем больше снижалась мощность бета-ритма в лобных областях ($R=-0,8$, $p<0,05$ для тревоги; $R=-0,8$, $p<0,05$ для депрессии). Максимальная мощность дельта ритма в этой группе обнаруживалась у лиц с высокой вирусной нагрузкой ($R=0,9$ $p<0,05$), имеющих низкую критику по отношению к представлению о ВИЧ инфекции.

При анализе типов ЭЭГ (рис.3), обнаружилось, что для невротических и связанных со стрессом расстройств по сравнению с органическими нарушениями скорее были характерны организованный (40% vs 27,3%, $p<0,05$) и дезорганизованный с преобладанием альфа- и бета-активности типы (30% vs 18,2%, $p<0,05$), в то время, как при психических расстройствах органической природы чаще отмечался десинхронный тип (36,4% vs 20%, $p<0,05$). Гиперсинхронизация альфа-ритма чаще возникала у больных с органическими рас-

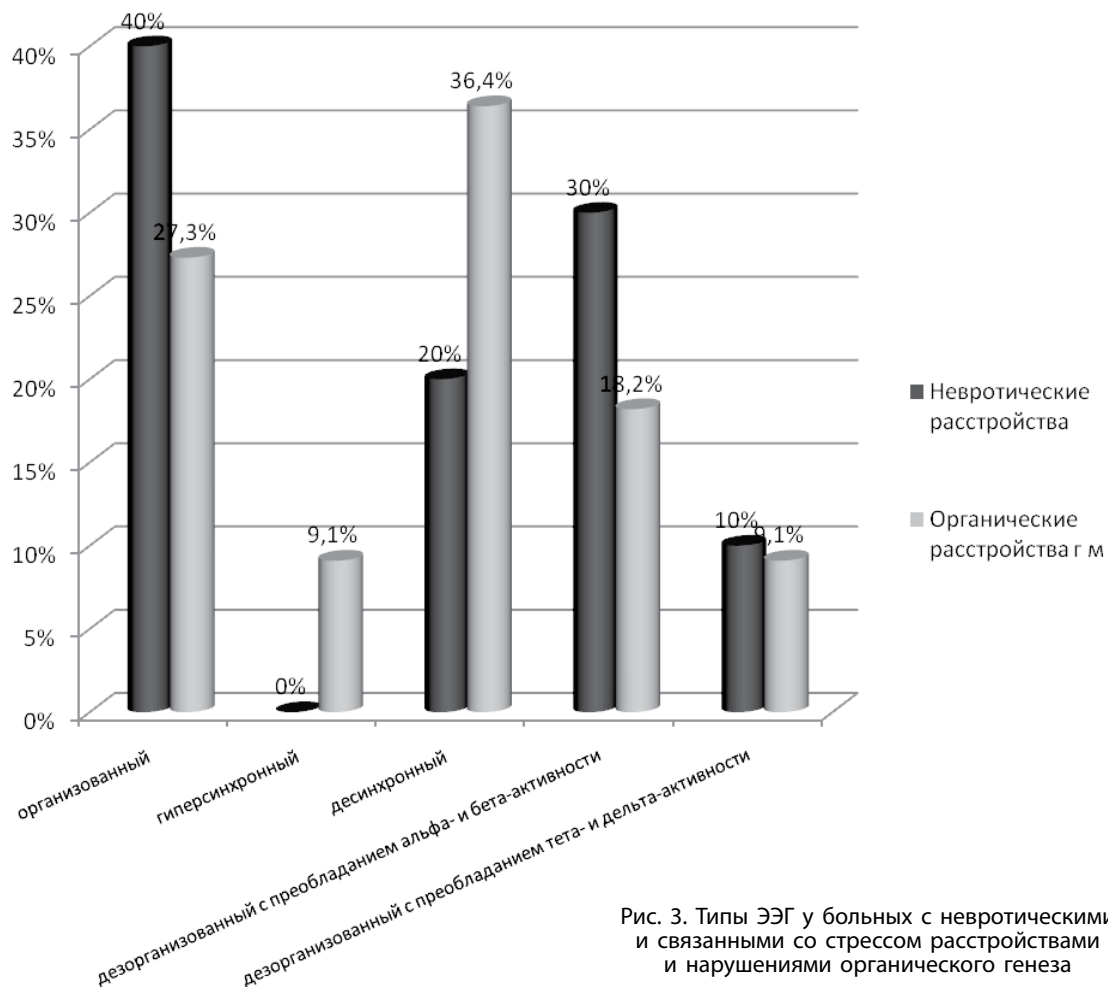


Рис. 3. Типы ЭЭГ у больных с невротическими и связанными со стрессом расстройствами и нарушениями органического генеза

стройствами ГМ, чем при невротических нарушениях (9,1% vs 0%, $p < 0,05$).

Заключение

Таким образом, формирование психопатологического состояния, возникающее как на функциональной, так и на органической основе, носит системный характер и сопровождается специфическими внутрицентрными перестройками. Эти перестройки находят отражение в организации структуры взаимодействия компонентов ЭЭГ и позволяют осуществлять компьютерную диагностику исследуемых форм психопатологии, а также контролировать развитие заболевания и эффективность лечения. Благодаря нейрофизиологическому методу исследования возможно выявить наличие эмоциональных нарушений, органических расстройств ГМ у ВИЧ-инфицированных больных.

Проведенное исследование выделило необходимость биопсихосоциального подхода в диагностической и лечебной работе с постепенным стиранием границ между различными дисциплинами, в частности между психиатрией, неврологией

и инфекционными болезнями, и важность комплексного отношения к больному с позиций инфекционных, психопатологических, нейробиологических, социальных факторов, а также факторов психологической адаптации.

Данные результаты необходимы для практической работы врача-инфекциониста и врача-психиатра. Электроэнцефалография является высокоинформативным и экономически выгодным методом исследования функционального состояния ЦНС. Результаты исследования дополняют клинический метод обследования больного, а также позволяют определить психопатологический синдром у ВИЧ-инфицированного больного, быстро сориентироваться в необходимости оказания психиатрической помощи, оценки тяжести состояния и врачу непсихиатрического профиля.

Выводы

Расстройства приспособительных реакций и легкие когнитивные нарушения наблюдаются у 50% больных ВИЧ-инфекцией, не страдающих синдромами зависимости или злоупотребления ПАВ.

Выявилось соответствие между результатами клинического, экспериментально-психологического и нейрофизиологического методов.

Норма ЭЭГ определялась лишь у 16,1% из 62 обследованных больных.

У большинства пациентов (59,7%) определялась биоэлектрическая активность с преобладанием возбуждения в медиобазальных отделах и снижением активности коры головного мозга. У 41,9% больных были повышены процессы возбуждения ЦНС в виде усиления реакции на фотостимуляцию.

У больных с невротическими и связанными со стрессом расстройствами усиление тревоги проявлялось появлением медленных ритмов в лобных отведениях, усилением мощности бета-ритма в левой затылочной и в лобных областях ГМ. Для тревожных переживаний характерны неправильное распределение альфа-ритма, наличие пароксизмальных явлений в виде генерализованно распространенных одиночных медленных спайков. При нарастании уровня депрессив-

ных переживаний у ВИЧ-инфицированных больных с невротическими расстройствами возрастала амплитуда бета-ритма по всей конвексительной поверхности.

На более поздних стадиях ВИЧ-инфекции, повышении вирусной нагрузки нарастала медленно-волновая активность в лобных отведениях, снижалась спектральная мощность альфа-ритма в затылочных отведениях.

Развитие психоорганического синдрома у больных ВИЧ сопровождается глубокой перестройкой биоэлектрической активности в передних отделах ГМ в виде нарастания мощности дельта-ритма в лобных отведениях.

Для невротических и связанных со стрессом психических расстройств по сравнению с органическими нарушениями скорее были характерны организованный и дезорганизованный с преобладанием альфа- и бета-активности типы ЭЭГ, в то время, как при психических расстройствах органической природы чаще отмечался десинхронный тип ЭЭГ.

Литература

1	Беляков Н.А. Головной мозг как мишень для ВИЧ. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр. — 2011. — 48с.	Belyakov N.A. The brain as a target for HIV. SPb.: Baltiyskiy meditsinskiy obrazovatel'nyy tsentr. 2011: 48 s. (In Rus.).
2	Бородкина О.И. Социальный контекст эпидемии ВИЧ/СПИДа в России // Журнал исследований социальной политики. — 2008. — Т.6, №2. — С.151-176.	Borodkina O.I. Social context of the HIV / AIDS epidemic in Russia. — Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki. 2008; 6 (2): 151-176. (In Rus.).
3	Вирус иммунодефицита человека — медицина: Руководство для врачей / Под ред. Н.А.Белякова и А.Г.Рахмановой. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр. — 2010. — 749с.	Human Immunodeficiency Virus — Medicine: A Guide for Doctors / Pod red. N.A.Belyakova i A.G.Rakhmanovoy. — SPb.: Baltiyskiy meditsinskiy obrazovatel'nyy tsentr. 2010: 749. (In Rus.).
4	ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В. В. Покровский, Т. Н. Ермак, В. В. Беляева, О. Г. Юрин; Под общ. Ред. В. В. Покровского. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР — МЕД. — 2003. — 488с.	HIV infection: clinic, diagnosis and treatment / V. V. Pokrovskiy, T.N. Yermak, V.V. Belyayeva, O.G. Yurin; Pod obshch. Red. V. V. Pokrovskogo. — 2-ye izd., ispr. i dop. — M.: GEOTAR — MED; 2003: 488. (In Rus.).
5	ВОЗ (2017). Всемирная организация здравоохранения. 10 ведущих причин смерти в мире. Информационный бюллетень. Июль 2017. URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/ru/ (дата обращения 11.01.2018).	WHO (2017). World Health Organization. 10 leading causes of death in the world. Informationsnyy byulleten'. Iyul' 2017. URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/ru/ (data obrashcheniya 11.01.2018). (In Rus.).
6	Гайсина А.В., Магонов Е.П., Громова Е.А., Гурская О.Е., Трофимова Т.Н., Рассохин В.В., Беляков Н.А. Патологические механизмы ВИЧ-ассоциированных нейрокognитивных расстройств // Лучевая диагностика и терапия. — 2016. - № 2. — С.6-21.	Gaysina A.V., Magonov E.P., Gromova E.A., Gurskaya O.E., Trofimova T.N., Rassokhin V.V., Belyakov N.A. Pathological mechanisms of HIV-associated neurocognitive disorders // Luchevaya diagnostika i terapiya. — 2016; 2: 6-21. (In Rus.).
7	Гурская О.Е., Галичева Е.В., Гайсина А.В. и др. Электрофизиологические методы в диагностике субклинических когнитивных нарушений у ВИЧ-инфицированных больных // Журнал Инфектологии. — 2010. — Т.4, № 3. — С.80-88.	Gurskaya O.E., Galicheva E.V., Gaisina A.V. Electrophysiological methods in the diagnosis of subclinical cognitive impairment in HIV-infected patients // Zhurnal Infekologii. 2010; 4 (3): 80-88. (In Rus.).

8	Гурская О.Е., Трофимова Т.Н., Рассохин В.В. и др. Особенности изменений функционального состояния головного мозга при ВИЧ-ассоциированной энцефалопатии // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2012. — Т. 4, № 1. — С.82–87.	Gurskaya O.E., Trofimova T.N., Rassokhin V.V. and others. Features of changes in the functional state of the brain in HIV-associated encephalopathy // VICH-infektsiya i imunosupressii. 2012; 4 (1): 82–87. (In Rus.).
9	Жирмунская Е.А., Лосев В.С. Системы описания и классификация электроэнцефалограмм человека. — М.: Наука. — 1984. — 81с.	Zhirmunskaya E.A., Losev V.S. Description and classification of human electroencephalograms. M.: Nauka; 1984: 81. (In Rus.).
10	Зенков Л.Р. Клиническая электроэнцефалография / Л.Р. Зенков и др. // МЕДпресс-форм. — 2004. — С.219–225.	Zenkov L.R. Clinical electroencephalography / LR Zenkov et al. // MEDpress-form. 2004: 219–225. (In Rus.).
11	Лапин М.А., Алфимова М.В. ЭЭГ-маркеры депрессивных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. — 2014. — Т. 24. — С.81–89.	Lapin M.A., Alfimova M.V. EEG-markers of depressive disorders // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiaetriya. 2014; 24 (4): 81–89. (In Rus.).
12	Халезова Н.Б., Незнанов Н.Г., Беляков Н.А. ВИЧ-инфекция и психические расстройства: современный взгляд на проблему // Медицинский академический журнал. — 2014. — Т.14. — №3. — С.14–32.	Khalezova N.B., Neznanov N.G., Belyakov N.A. HIV infection and mental disorders: a modern view of the problem // Meditsinskiy akademicheskiy zhurnal. 2014; 14 (3): 14–32. (In Rus.).
13	Baldeweg T., Riccio M., Gruzelier J., Hawkins D., Burgess A.P., Irving G., Stygal J., Catt S., Catalan J.: Neurophysiological evaluation of Zidovudine in asymptomatic HIV-Infection: a longitudinal placebo-controlled study. JNeuroSci. 1995; 132:162–169. https://doi.org/10.1016/0022-510x(95)00140-w	Baldeweg T., Riccio M., Gruzelier J., Hawkins D., Burgess A.P., Irving G., Stygal J., Catt S., Catalan J.: Neurophysiological evaluation of Zidovudine in asymptomatic HIV-Infection: a longitudinal placebo-controlled study. JNeuroSci. 1995; 132:162–169. https://doi.org/10.1016/0022-510x(95)00140-w
14	Baldeweg T., Catalan J., Lovett E., Gruzelier J., Riccio M., Hawkins D.: Long-term Zidovudine reduces neurocognitive deficits in HIV-1 infection. AIDS. 1995; 9: 589–596. https://doi.org/10.1097/00002030-199506000-00010	Baldeweg T., Catalan J., Lovett E., Gruzelier J., Riccio M., Hawkins D.: Long-term Zidovudine reduces neurocognitive deficits in HIV-1 infection. AIDS. 1995; 9: 589–596. https://doi.org/10.1097/00002030-199506000-00010
15	Coburn K.L., Lauterbach E.C., Boutros N.N., Black K.J., Arciniegas D.B., Coffey C.E. The value of quantitative electroencephalography in clinical psychiatry: A Report by the Committee on Research of the American Neuropsychiatric Association // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. — 2006. — Vol.18. — P.460–500. https://doi.org/10.1176/jnp.2006.18.4.460	Coburn K.L., Lauterbach E.C., Boutros N.N., Black K.J., Arciniegas D.B., Coffey C.E. The value of quantitative electroencephalography in clinical psychiatry: A Report by the Committee on Research of the American Neuropsychiatric Association // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 2006; 18: 460–500. https://doi.org/10.1176/jnp.2006.18.4.460
16	Elovaara I., Saar P., Valle S.L., et al. EEG in early HIV1 infection is characterized by anterior dysrhythmicity of low maximal amplitude // Clin. Electroencephalogr. — 1991. — Vol.22. — P.131–140. https://doi.org/10.1177/155005949102200303	Elovaara I., Saar P., Valle S.L., et al. EEG in early HIV1 infection is characterized by anterior dysrhythmicity of low maximal amplitude // Clin. Electroencephalogr. 1991; 22: 131–140. https://doi.org/10.1177/155005949102200303
17	Esslen M., Pascual-Marqui R.D., Hell D. et al. Brain areas and time course of emotional processing // Neuroimage. — 2004. — Vol.21. — P.1189–1203. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2003.10.001	Esslen M., Pascual-Marqui R.D., Hell D. et al. Brain areas and time course of emotional processing // Neuroimage. 2004; 21 (4): 1189–1203. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2003.10.001
18	Harold W.G., Konopka L.M. Quantitative Electroencephalography and HIV Disease—Where Do We Stand? // US Infectious Disease. — 2007. — № 1. — P.18–19.	Harold W.G., Konopka L.M. Quantitative Electroencephalography and HIV Disease—Where Do We Stand? // US Infectious Disease. 2007; 1: 18–19.

19	http://atripla.ru/hiv-info/stadii-vich-infekcii.html Электронный ресурс. Дата обращения 28.02.2018.	http://atripla.ru/hiv-info/stadii-vich-infekcii.html Elektronnyy resurs. Data obrashcheniya 28.02.2018. (In Rus.).
20	Kremer H., Lutz F.P., McIntosh R.C., Dévieux J.G., Ironson G. <i>Interhemispheric Asymmetries and Theta Activity in the Rostral Anterior Cingulate Cortex as EEG Signature of HIV-Related Depression: Gender Matters.</i> — Clin EEG Neurosci. — 2016. — Vol.47. — P.96-104. https://doi.org/10.1177/1550059414563306	Kremer H., Lutz F.P., McIntosh R.C., Dévieux J.G., Ironson G. <i>Interhemispheric Asymmetries and Theta Activity in the Rostral Anterior Cingulate Cortex as EEG Signature of HIV-Related Depression: Gender Matters.</i> Clin EEG Neurosci. 2016 Apr; 47(2): 96-104. https://doi.org/10.1177/1550059414563306
21	Nuwer M.R., Miller E.N., Visscher B.R., et al. <i>Asymptomatic HIV infection does not cause EEG abnormalities: Results from the Multicenter AIDS Cohort Study (MACS)</i> // Neurology. — 1992. — Vol.42. — P.1214. https://doi.org/10.1212/wnl.42.6.1214	Nuwer M.R., Miller E.N., Visscher B.R., et al. <i>Asymptomatic HIV infection does not cause EEG abnormalities: Results from the Multicenter AIDS Cohort Study (MACS)</i> // Neurology. 1992; 42: 1214. https://doi.org/10.1212/wnl.42.6.1214
22	Provladimir.ru Электронный журнал. Заведующая СПИД-Центром Татьяна Замковская: «Все чаще ВИЧ заражаются социально успешные люди». — О ВИЧ и работе владимирского СПИД-Центра. Интервью 20.12.2016. URL: https://provladimir.ru/news/intervyu/zaveduyushhaya-spid-centrom-tatyana-zamkovaya-vse-chashhe-vich-zarazhayutsya-socialno-uspeshnye-lyudi (дата обращения 11.01.2018).	Provladimir.ru Electronic Journal. Head of the AIDS Center Tatyana Zamkova: «People who are socially successful get infected more and more often.» — About HIV and the work of the Vladimir AIDS Center. Interview on 12/20/2016. URL: https://provladimir.ru/news/intervyu/zaveduyushhaya-spid-centrom-tatyana-zamkovaya-vse-chashhe-vich-zarazhayutsya-socialno-uspeshnye-lyudi (data obrashcheniya 11.01.2018). (In Rus.).
23	Samuelsson K., Pirskanenmatell R., Bremmer S., et al. <i>The nervous system in early HIV infection: a prospective study through 7 years</i> // Eur. J. Neurol. — 2006. — Vol.13. — P.283–291. https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2006.01173.x	Samuelsson K., Pirskanenmatell R., Bremmer S., et al. <i>The nervous system in early HIV infection: a prospective study through 7 years</i> // Eur. J. Neurol. 2006; 13: 283–291. https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2006.01173.x
24	Tinuper P., de Carolis P., Galeotti M. et al. <i>Electroencephalogram and HIV infection: a prospective study in 100 patients</i> // Clin. Electroencephalogr. — 1990. — Vol.21. — P.145–50. https://doi.org/10.1177/155005949002100310	Tinuper P., de Carolis P., Galeotti M. et al. <i>Electroencephalogram and HIV infection: a prospective study in 100 patients</i> // Clin. Electroencephalogr. 1990; 21: 145–50. https://doi.org/10.1177/155005949002100310

Сведения об авторах

Незнанов Николай Григорьевич — доктор медицинских наук профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУП ВПО МЗ РФ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им.акад. И.П. Павлова». E-mail: nezn@bekhterev.ru

Халезова Надежда Борисовна — кандидат медицинских наук доцент кафедры психиатрии и наркологии ГБОУП ВПО МЗ РФ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», врач-психиатр-нарколог СПбГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе с СПИД и инфекционными заболеваниями». E-mail: khalezo@gmail.com

Хобейш Мария Александровна — студент ГБОУП ВПО МЗ РФ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова». E-mail: mariakhobeysh@mail.ru

Захарова Наталия Георгиевна — доктор медицинских наук, заведующая отделением клинической фармакологии и фармации СПбГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе с СПИД и инфекционными заболеваниями». E-mail: zaharovang@inbox.ru

Киссин Михаил Яковлевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии ГБОУП ВПО МЗ РФ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова». E-mail: kissin.m@yandex.ru

Взаимосвязь исполнительных функций и суицидальных тенденций у девушек-подростков с нервной анорексией

Пичиков А.А., Попов Ю.В., Яковлева Ю.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Резюме. Нервная анорексия обычно развивается в подростковом возрасте, когда происходят значительные структурные и функциональные изменения мозга. В этот же период активизируются суицидальные мысли и резко возрастает число самоубийств среди молодежи. Исследования у взрослых показали наличие дефицита исполнительных функций как при различных психических расстройствах, так и при суицидальном поведении. Однако до сих пор не ясно, какую роль исполнительные функции играют в динамике нервной анорексии у девушек-подростков, а также влияют ли они на уровень суицидальной идеации? Мы исследовали исполнительные функции у девушек с нервной анорексией, имеющих суицидальные мысли. Было выявлено, что дисфункция в конкретных когнитивных доменах (исполнительная и психомоторная функции) и глобальная нейропсихологическая недостаточность (комбинированный балл BACS) могут способствовать формированию суицидальных мыслей при НА.

Ключевые слова: нервная анорексия, подростки, исполнительные функции, нейрокогнитивный дефицит, суицидальное поведение

The interrelation of executive functions and suicidal tendencies in adolescent girls with anorexia nervosa

Pichikov A.A., Popov Y.V., Yakovleva Yu.A.

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

Summary. Anorexia nervosa usually develops during adolescence when considerable structural and functional brain changes are taking place. Suicidal intentions could occur at this period and the number of teenage suicides spikes. The research among adults has registered the deficit of executive functions both in different mental disorders and in suicidal behavior. However, there is no clarity about what is the role of executive functions in dynamic of AN among female teenagers. The question is: do they have an effect on level of suicidal ideation? We have researched executive functions in adolescent girls with AN and suicidal ideas. We identified that the disfunction in specific cognitive domains (executive and psychomotor functions) and the global neuropsychological insufficiency (composite score BACS) could stimulate an appearance of suicidal ideas in AN.

Key words: anorexia nervosa, adolescents, executive functions, neurocognitive deficit, suicidal behavior.

К настоящему времени, несмотря на значительный научный (особенно в области нейробиологии) и социальный («снятие грифа секретности») прогресс в познании феномена суицидальности не разработано достаточно эффективных профилактических программ, которые могли ознаменовать хотя бы относительную «победу» человечества над таким трагическим исходом в жизни индивида. Ежегодно во всем мире от суицида умирает более 1 млн. человек и регистрируется около 10 млн. суицидальных попыток [40]. Самоубийству, даже импульсивному, предшествует разная выраженность суицидальная идеация. Наличие суицидальных мыслей не всегда приводит к попытке покончить с собой в краткосрочной перспективе, однако, их наличие и достаточная выраженность связаны с большей вероятностью совершения суицидальной попытки в будущем [20]. Пик суицидальных идеаций возникает в подростковом возрасте, а их распространенность увеличивается от 1% в 10 лет до 17% к 18 годам в данных возрастных когортах [27]. В этом возрасте появляется осознанность в отношении к конечности своего бытия и размышления

о смысле своего существования, но вместе с тем большинство подростков демонстрируют незрелость когнитивного контроля и недостаточность эмоциональной регуляции [25]. Подобный дисбаланс может способствовать возникновению суицидальных тенденций от антивиталяных переживаний до формирования четкого плана по уходу из жизни.

Особую важность приобретает наличие психической патологии у подростков, которая в значительной степени влияет на суицидальный процесс и многократно усиливает не только выраженность суицидальных мыслей, но и частоту суицидальных действий. Среди девушек молодого возраста к таким нарушениям можно отнести НА, характеризующуюся высокой летальностью — наивысшей в группе психических болезней. Летальность среди больных НА достигает 20% и более, будучи обусловлена прямыми последствиями голодания, острой сердечной недостаточностью, биохимическим и эндокринным дисбалансом, а также суицидами [15]. От 20 до 43% пациенток с НА подтверждают наличие текущих суицидальных мыслей [26]. По данным метаанализа считается, что

пациентки в возрасте 15-34 лет в 18 раз чаще умирают от самоубийства, чем в сопоставимых по возрасту группах женщин в населении [30].

Несмотря на неоднократные попытки улучшить модели лечения пациентов с НА, количество рецидивов заболевания и число неблагоприятных исходов, связанных, в том числе, с высоким уровнем суицидальности, предполагают их недостаточную эффективность [6]. Это подчеркивает необходимость дальнейших исследований для разработки новых теорий, объясняющих этиологию и патогенез пищевых расстройств, которые, в свою очередь, могут быть использованы для создания более эффективных методов лечения. В связи с этим возрастает интерес к нейропсихологическому профилю у пациентов с НА. Одна из гипотез заключается в том, что специфическими аспектами нейропсихологического функционирования могут быть биомаркеры, которые играют важную роль в предрасположенности и сохранению ключевых симптомов НА [11, 34].

Результаты исследований указывают на специфический когнитивный профиль, характеризующийся трудностями в смене психологической установки (психическая ригидность) и детальным информационным процессингом (слабая центральная когерентность) [14, 35, 38]. Этот когнитивный профиль был предложен как фактор риска, поддержания расстройства и эндофенотип НА [16, 22, 32]. Помимо этого, в некоторых исследованиях у пациентов с НА также была выявлена недостаточность когнитивной гибкости [1, 9, 33] и дефицит визуально-пространственного восприятия [3]. Причем подобные нарушения могли нормализоваться после восстановления веса и возобновления нормального гормонального функционирования [7, 23]. В ряде исследований была выявлена положительная корреляция выраженности когнитивного дефицита и нарушений пищевого статуса в активном периоде заболевания, предполагая значимую роль голодания и кахексии в развитии нейрокогнитивных аномалий [1, 2, 19, 39].

В настоящее время в нейропсихологических исследованиях особое значение придается изучению исполнительных функций. К ним относятся различные когнитивные процессы высокого порядка, такие как планирование, принятие решения, торможение, инициация и когнитивная гибкость, которые необходимы для целенаправленного поведения [21]. Пациенты же с НА демонстрируют поведенческую жесткость и отсутствие гибкости мышления [37]. Эти дисфункции могут влиять как на способность генерировать и управлять альтернативами, так и на возможность многозадачности (переключения внимания с одной задачи на другую), которые необходимы для успешного планирования [8]. Когнитивный дефицит, как предполагается, подкрепляет дезадаптивные формы поведения, направленные на похудание.

Интересно, что когнитивный дефицит в исполнительных функциях был также предложен в качестве эндофенотипа для исследования генетики суицида [24]. Существуют публикации,

посвященные рассмотрению исполнительных функций и их связи с суицидальным поведением при различных психических расстройствах: шизофрении [4, 17], аффективных нарушениях [18; 31], расстройстве личности [29], эпилепсии [10]. Впрочем, большинство из них имеют различные методологические погрешности (неоднородные клинические группы, различное понимание исполнительных функций, суицидального поведения или его оценки и т.д.) и чаще всего являются поперечными, что не позволяет оценить динамику суицидального процесса и исполнительных функций в связи с изменениями в психическом функционировании, в том числе и в процессе терапии [5]. Исследования, посвященные рассмотрению психических расстройств у подростков в этой связи, являются единичными и, как правило, касаются смешанных по нозологиям групп [12, 13, 28, 36]. К сожалению, практически отсутствующей работы, касающиеся связи нейрокогнитивного дефицита и суицидальных проявлений при НА. С нашей точки зрения, это создает значительные препятствия к пониманию не только причинности самого расстройства, но и созданию соответствующих терапевтических и профилактических программ.

Целью исследования явилось определение взаимосвязи нейропсихологических нарушений, в том числе исполнительных функций, с наличием суицидальных тенденций у девушек с нервной анорексией.

Материалы и методы исследования

Были обследованы 52 девушки-подростка с диагнозом нервная анорексия (F50.0) и 30 девушек-подростков, которые составили контрольную группу. Пациентки с расстройствами пищевого поведения проходили либо стационарное лечение в отделении подростковой психиатрии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, либо получали консультационную помощь по запросу врачей-специалистов (педиатров, гинекологов, эндокринологов). Исследование выполнялось поэтапно с использованием клиничко-анамнестического, клиничко-психопатологического, экспериментально-психологического и статистического методов. На первом этапе осуществлялась верификация расстройства пищевого поведения. Диагноз НА выставлялся психиатромна основе полного соответствия критериям МКБ-10, при этом исключались атипичные формы заболевания (F50.1), для которых характерны отсутствие одного/нескольких диагностических признаков или проявления заболевания в легкой форме. При оценке роста-весовых соотношений индекс массы тела (ИМТ) не являлся основным критерием, мы использовали специальные таблицы для определения соответствия уровня перцентеля возрасту подростка. В случае выявления перцентеля ниже 5 можно было говорить о недостаточной для роста и развития массе тела. Помимо этого, проводился прицельный расспрос об особенностях пищевого поведения с целью уточнения ограничительного

или очистительного типа НА, которые выделяются в DSM-5. В качестве дополнительного инструмента диагностики и оценки характерных признаков пищевых расстройств использовалась «Шкала оценки пищевого поведения» (ШОПП; О.А. Ильчик, С.В. Сивуха, О.А. Скугаревский, С. Суихи, 2011). Факторная структура опросника позволяла выделить 7 параметров: (1) стремление к худобе, (2) булимия, (3) неудовлетворенность телом, (4) неэффективность, (5) перфекционизм, (6) недоверие в межличностных отношениях, (7) интероцептивная некомпетентность. Соответствие (или превышение) уровня 7 стенойнов по 2, 3 или 7 шкале являлось критерием исключения для контрольной группы.

Все пациентки с НА, находившиеся на стационарном или амбулаторном наблюдении, проходили скрининговое обследование на наличие суицидальных идей за последний месяц до осмотра. Оценка проводилась при помощи Колумбийской шкалы оценки суицидального риска (C-SSRS; Posner K. et al., 2009). Определялись следующие уровни идеации по степени суицидоопасности: (1) желание умереть, (2) активные неспецифические мысли о самоубийстве, (3) активные суицидальные идеи, включая размышления о способе самоубийства (не о плане), при отсутствии намерения действовать, (4) активные суицидальные идеи, включая некое намерение действовать, при отсутствии конкретного плана и (5) активные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением. После идентификации суицидальных идей определялась их интенсивность по следующим признакам: (1) частота; (2) продолжительность; (3) контролируемость; (4) сдерживающие факторы и (5) основания суицидальных идей. Далее проводился подсчет уровня суицидальных идеаций, когда наиболее опасный тип идеи (от 1 до 5) умножался на количество баллов, набранных по шкале интенсивности (от 2 до 25). Таким образом, выраженность суицидальных мыслей могла составлять от 2 до 125 баллов. Также проводился сбор суицидологического анамнеза, сведений о наличии суицидальных попыток и самоповреждающего поведения в прошлом. Однако, данные факторы не являлись определяющими при формировании соответствующих групп исследования, поскольку разделение подростков по факту наличия суицидальной попытки в анамнезе, с нашей точки зрения, в меньшей степени могло быть связано с нейрокогнитивными особенностями в силу выраженных флюктуаций как суицидальности, так и пищевого поведения у динамично развивающегося подростка.

На основе суицидального скрининга была сформирована группа пациенток с НА (24 чел.), которые имели суицидальные мысли разной степени выраженности за последний месяц. В соответствии с размером выборки была сформирована группа пациенток с НА (28 чел.) и контрольная группа девушек-подростков (30 чел.), не имевших суицидальных тенденций ранее в анамнезе и в настоящее время.

Общими критериями включения для всех групп испытуемых в исследование являлись: наличие информированного согласия пациентки и ее родителей на участие в исследовании; возраст пациентки от 12 до 19 лет включительно; нормальные зрение, цветовосприятие и слух (проводился осмотр офтальмологом, ЛОР-врачом). Общими критериями исключения были: наличие серьезных неврологических заболеваний, злоупотребления алкоголем или наркотическими веществами в анамнезе или на момент обследования; обострение хронического соматического заболевания на момент обследования. Из исследования исключались пациентки с НА, имеющие выраженные проявления соматических нарушений, связанных с дефицитом массы тела, и требующие оказания помощи в условиях реанимационного отделения, а также девушки с аноректическим синдромом при шизофрении.

В нашей работе нейropsychологическое исследование было направлено на оценку исполнительных функций у пациенток с НА. Оно проводилось на этапе скрининга до назначения каких-либо психотропных препаратов. В батарею тестов были включены следующие методики, позволяющие оценить отдельные аспекты исполнительных функций: (1) Висконсинский тест сортировки карточек (WisconsinCardSortingTest — Lezak, 1995) — когнитивная гибкость и способность к использованию обратной связи; (2) Тест следования по маршруту (TrailMakingTest — Demakis, 2004) — зрительно-моторная функция, способность переключения и контроля за деятельностью; (3) Цветовой тест Струпа (StroopTest — Demakis, 2004) — торможение (произвольное подавление, уровень интерференции).

При прохождении Струп-теста испытуемому предлагалось три последовательных задания: (1) назвать слово, обозначающее цвет (красный, желтый, зеленый, синий) и написанное черным цветом; (2) назвать слово, обозначающее цвет и написанное этим же цветом; (3) назвать цвет слова, обозначающего другой цвет. Каждое задание включало в себя 100 слов. Эффект Струпа (интерференция) рассчитывался путем вычитания из количества правильных ответов (КПО) во втором задании КПО в третьем задании (обозначение цвета) и деления полученной разницы на КПО в третьем задании, затем полученный показатель умножался на 100 ($[(\text{КПО}_2 - \text{КПО}_3) / \text{КПО}_3] \times 100$). Более высокие оценки интерференции представляют собой более низкую производительность (снижение скорости обработки) и предполагают нарушения исполнительного функционирования.

Помимо этого для исследования проблемно-решающего поведения и планирования собственных действий использовался тест «Башня Лондона» (TowerofLondonTest — Benton, 1994; Lezak, 1995), который был включен в шкалу BACS (BriefAssessmentofCognitioninSchizophrenia, 1999). Данная шкала является батареей тестов, которые предъявляются в определенном порядке и позволяют полноценно оценить сферы когнитивного

функционирования у пациентов с шизофренией. Однако с целью стандартизации результатов исследования данная шкала используется в оценке когнитивного статуса и при других психических заболеваниях. Нами исследовались в порядке перечисления: (1) слухоречевая память — заучивание списка слов, (2) рабочая память — последовательность чисел, (3) моторные навыки — двигательный тест с фишками, (4) скорость обработки информации — семантическая беглость, (5) внимание и скорость обработки информации — кодирование символов, (6) исполнительные функции и проблемно-решающее поведение — тест «башня Лондона». Первичная оценка каждого теста BACS была стандартизована путем подсчета z-баллов, в результате чего каждый средний балл в группе контроля был определен как ноль, а стандартное отклонение было определено как единица. Композитное значение рассчитывалось путем усреднения z-баллов всех шести тестов, причем более высокие оценки отражали более высокую когнитивную функцию.

В связи с частым распространением аффективных расстройств среди лиц с расстройствами пищевого поведения дополнительно нами была предпринята попытка проанализировать уровень депрессии в исследуемых группах при помощи шкалы самооценки депрессии Цунга (Zung Self-Rating Depression Scale, ZDRS; Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 1995) с целью определения взаимосвязи уровня депрессии с суицидальными тенденциями и исполнительными функциями при НА.

Математико-статистический метод применялся для обработки собранного эмпирического материала и математической верификации выявленных закономерностей. В соответствии с поставленными задачами исследования, мы применяли математико-статистическую обработку при помощи пакета программ SPSS 16. Достоверность различий между показателями групп исследования оценивалась следующим образом: для параметрических данных на основании t-критерия Стьюдента, для непараметрических — U-критерия Манна-Уитни и χ^2 критерия Фишера. Для изучения взаимосвязи между характеристиками заболевания, показателями исполнительных функций, уровня депрессии и суицидальных идеаций рассчитывался коэффициент корреляции Спирмена. Кроме того, для выяснения независимого вклада оценок BACS и других нейропсихологических методик, которые показали существенные корреляции с суицидальными идеями, мы провели поэтапный множественный регрессионный анализ. При этом уровень суицидальной идеации являлся зависимой переменной с вероятностью F для постоянных параметров и критериями удаления 0,05 и 0,1 соответственно. Статистические гипотезы проверялись на уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования

При анализе социально-демографических характеристик девушек в исследуемых группах зна-

чимых различий найдено не было. Средний возраст пациенток 1 и 2 группы составлял $16,2 \pm 2,1$ и $15,8 \pm 1,9$ лет соответственно, в группе контроля $16,9 \pm 1,8$ лет. При анализе характеристик заболевания были выявлены различия в клинических группах. Средние значения ИМТ были достоверно ниже ($p < 0,05$) во 2 группе ($12,0 \pm 1,6$ кг/м²) по сравнению с 1 группой ($14,9 \pm 2,1$ кг/м²). В контрольной группе средний ИМТ у девушек составлял $21,4 \pm 1,7$ кг/м². Длительность заболевания статистически не различалась и составляла $1,9 \pm 0,3$ и $2,1 \pm 0,7$ лет в 1 и 2 группе соответственно.

По данным шкалы оценки пищевого поведения (ШОПП) в клинических группах были выявлены статистические значимые различия в показателях субшкал: стремление к худобе, неэффективность, перфекционизм, недоверие в межличностных отношениях. По всем этим субшкалам более высокие значения определялись у девушек, имеющих суицидальные мысли. Показатели контрольной группы не превышали нормативных значений (табл.1). Таким образом, в большей степени значимыми для суицидальной динамики являлись феномены, которые определяли дезадаптацию в психологическом контексте, но не в психопатологическом (неудовлетворенность телом, интроцептивная некомпетентность). Девушки во 2 группе в большей степени испытывали чувство одиночества, отсутствие ощущения безопасности и контроля различных аспектов своей жизни. Для них были характерны неадекватно завышенные ожидания в отношении высоких достижений и неспособность прощать себе недостатки, а также чувство отстраненности от контактов с окружающими. В целом, это полностью согласуется с описанием основных характеристик индивида, находящегося в пресуицидальном периоде, испытывающего безнадежность, беспомощность, одиночество и отреченность от ближайшего окружения.

Вместе с тем, одна из основных характеристик НА — стремление к худобе, являлась ведущей у девушек 2 группы и достоверно превышала этот показатель в 1 группе. Возможно, это было связано с большей представленностью навязчивых мыслей у таких девушек, по сути, руминаций, рассматриваемых обычно, как один из вариантов метакогнитивных стратегий (способ совладания с мыслями, «мыслями о мыслях»), обладающих высокой вязкостью, инертностью, стереотипностью, которые в свою очередь способствуют формированию ригидного когнитивного стиля, ведущего к выбору только определенных способов решения проблем и поведения, неспособности изменения в соответствии с требованием ситуации. С нашей точки зрения, подобный когнитивный стиль имел определяющее значение в формировании как мыслей о похудении, так и мыслей об уходе из жизни. Причем переходным звеном в данных когнитивных являлось чувство вины и стыда из-за несоответствия собственному «искаженному» телесному идеалу («хочу похудеть еще больше») и идеалу нормативному или общественному («они хотят сделать из меня жирного уroda»).

Таблица 1. Результаты субшкал по данным шкалы оценки пищевого поведения

№	Название субшкалы	1 гр. (n=28)	2 гр. (n=24)	Контр.гр. (n=30)
1	Стремление к худобе	8,3±3,6**	12,7±2,2**	2,8±1,6
2	Булимия	2,6±1,1	3,7±1,5	2,1±0,8
3	Неудовлетворенность телом	18,1±4,0	19,3±3,8	4,5±1,1
4	Неэффективность	12,6±2,5**	17,0±4,1**	2,9±1,3
5	Перфекционизм	11,2±2,4*	13,1±2,6*	5,1±2,5
6	Недоверие в межличностных отношениях	13,9±3,2*	16,2±1,5*	3,4±0,7
7	Интероцептивная некомпетентность	12,3±2,9	13,0±4,3	2,5±0,9

Статистическая достоверность различий между клиническими группами (U–Манна-Уитни):

*- $p < 0,05$, **- $p < 0,01$

Таблица 2. Показатели выполнения заданий по шкале BACS

№	Название субшкалы	1 гр. (n=28)	2 гр. (n=24)
1	Слухоречевая память	- 1,16 ± 1,38	- 1,23 ± 1,42
2	Последовательность чисел	- 0,63 ± 1,15	- 0,72 ± 1,24
3	Моторные навыки	- 0,92 ± 1,20	- 0,98 ± 1,17
4	Семантическая беглость	- 1,01 ± 1,76*	- 1,57 ± 1,43*
5	Кодирование символов	- 0,76 ± 1,34	- 0,68 ± 1,45
6	«Башня Лондона»	- 1,21 ± 1,69*	- 1,84 ± 1,73*
	Композитное значение	- 1,18 ± 1,22	- 1,32 ± 1,55

Статистическая достоверность различий между клин.группами (t-критерий Стьюдента): *- $p < 0,05$

Низкие показатели по субшкале «булимия» с нашей точки зрения были связаны с большей представленностью ограничительной формы НА в клинической выборке. Однако, несмотря на отсутствие объективных булимических приступов и рвотного поведения, в некоторых случаях девушки использовали различные средства, которые, с их точки зрения, помогали им регулировать аппетит (сIBUTрамин; комбинации эфедрина, кофеина и аспирина; курение) или снижать вес (диуретики, слабительные). Такие формы поведения достоверно чаще встречались у пациенток 2 группы по сравнению с 1 группой: 45,8% и 21,4% соответственно ($p < 0,05$).

При оценке результатов, полученных при помощи шкалы самооценки депрессии Цунга, было выявлено, что во 2 группе уровень депрессии достоверно выше ($p < 0,05$) по сравнению с 1 группой: $63,14 \pm 9,76$ и $49,35 \pm 10,18$ соответственно. В контрольной группе было получено значение $37,48 \pm 7,62$, что отвечает критериям отсутствия депрессивного состояния.

В результате проведения шкалы BACS каждая оценка была стандартизована путем подсчета z-баллов, после чего каждый средний балл в группе контроля был определен как ноль, а стандарт-

ное отклонение было определено как единица. В соответствии с этим рассчитывались показатели эффективности при выполнении тестов в клинических группах (Табл.2).

При анализе полученных данных было выявлено значимое снижение показателей в заданиях на семантическую беглость во второй группе по сравнению с первой. Можно предположить, что для пациенток с НА, имеющих суицидальные тенденции, в большей степени характерно нарушение управляющих функций, связанных с лобной корой, поскольку генерация списка слов требует создания стратегии их поиска в памяти, удержания инструкции, торможения повторений и автоматически всплывающих ассоциаций и неподходящих слов, а также гибкого переключения между субкатегориями. Это также подтверждается данными, полученными при проведении теста «Башня Лондона», показавшего худшие результаты в группе пациенток с суицидальными тенденциями. Возможно, что наиболее ранним индикатором суицидальности, связанной с дефицитом познавательных процессов при НА, могут являться показатели, полученные при помощи именно этих нейропсихологических тестов.

Таблица 3. Результаты нейропсихологических методик

№	Название методики		1 гр. (n=28)	2 гр. (n=24)	Контр.гр. (n=30)
1	Тест следования по маршруту (сек.)	А	27,35 ± 7,28	29,51 ± 7,36	24,72 ± 6,24
		Б	52,13 ± 11,08*	65,70 ± 21,52*	50,18 ± 14,63
2	Висконсинский тест (кол-во персеверат. ошибок)		7,79 ± 6,20**	12,79 ± 5,13**	4,25 ± 2,46
3	Струп (интерференция)		17,73 ± 10,21**	26,94 ± 11,52**	14,27 ± 9,44

Статистическая достоверность различий между клиническими группами (U–Манна-Уитни):

*- $p < 0.05$, **- $p < 0.01$

Таблица 4. Корреляционная взаимосвязь между показателями ШОПП, ВАСС, нейропсихологических методик и суицидальными мыслями / депрессией ($p < 0.05$)

Параметры	Суицидальные мысли	Депрессия
ШОПП — неэффективность	0,61	-
ШОПП — недоверие в межличностных отношениях	0,58	-
ШОПП — интероцептивная некомпетентность	-	0,53
ВАСС — моторные навыки	-	- 0,64
ВАСС — композитное значение	- 0,51	-0,72
Тест следования по маршруту (Б)	0,74	-
Висконсинский тест	0,67	-

С целью уточнения нарушений отдельных аспектов исполнительных функций были проведены висконсинский тест сортировки карточек, тест следования по маршруту и цветовой тест Струпа (табл.3). Значимые отличия между пациентами 1 и 2 групп наблюдались в результатах на выполнение всех проведенных нами методик, за исключением части А теста следования по маршруту.

В целом, по сравнению с контрольной группой пациенты с НА дольше проходили тест следования по маршруту, совершали больше персеверативных ошибок в висконсинском тесте и у них наблюдалась более высокая степень интерференции, что подтверждается ранее представленными исследованиями. Однако при рассмотрении клинических групп отдельно, нейрокогнитивный профиль больных НА без суицидальных тенденций показывал большую приближенность к показателям контрольной группы, между ними уже не наблюдалось статистических различий. Это свидетельствует о том, что наличие суицидальных идеаций у пациенток с НА, являющихся следствием перекрестного взаимодействия биологических, социальных и психологических факторов, тесно связано с нейрокогнитивными нарушениями и может усугубляться в состоянии кахексии, что требует пристального внимания специалистов.

При проведении корреляционного анализа было выявлено наличие значимых взаимосвязей между показателями исследования, суицидальными мыслями и депрессией (табл.4). Суицидальные идеации показали значительный положи-

тельный уровень корреляции с результатами по двум шкалам опросника ШОПП — неэффективность ($\rho = 0,61$ при $p < 0,05$) и недоверие в межличностных отношениях ($\rho = 0,61$ при $p < 0,05$), а также нейропсихологическим методикам — тесту следования по маршруту Б ($\rho = 0,74$ при $p < 0,05$) и висконсинскому тесту ($\rho = 0,67$ при $p < 0,05$). Положительную корреляцию с депрессией имела шкала ШОПП — интероцептивная некомпетентность ($\rho = 0,67$ при $p < 0,05$). Композитный балл по шкале ВАСС имел отрицательную корреляцию с суицидальными мыслями ($\rho = -0,51$ при $p < 0,05$) и наличием депрессии ($\rho = -0,72$ при $p < 0,05$), что может свидетельствовать о важности данного показателя в интегративной оценке психического статуса у пациенток с НА.

В свою очередь, оценка по шкале депрессии положительно коррелировала с суицидальной идеацией ($\rho = 0,83$, $p < 0,001$). Кроме того, значимую отрицательную корреляцию с депрессией показали результаты выполнения задания на моторные навыки шкалы ВАСС ($\rho = -0,64$ при $p < 0,05$), что подтверждает наличие психомоторных нарушений, часто сопутствующих депрессивным состояниям.

Для выяснения независимого вклада баллов по нейропсихологическим методикам на исполнительные функции, показавших существенные корреляции с суицидальными идеями, был проведен пошаговый множественный регрессионный анализ. В результате было обнаружено наличие корреляции исполнительной функции с выраженно-

стью суицидальных идей по данным теста следования по маршруту Б ($\beta = 0,63$, $p < 0,05$) и висконсинскому тесту ($\beta = 0,52$, $p < 0,05$), даже после коррекции депрессивных симптомов.

Заключение

В настоящем исследовании были продемонстрированы взаимосвязи между характеристиками пищевого расстройства, когнитивным функционированием и суицидальностью. Можно предположить, что когнитивный дефицит в исполнительных функциях и суицидальность имеют прямую взаимосвязь, а не опосредуются через депрессивные нарушения. В совокупности полученные данные свидетельствуют о том, что дисфункция в конкретных когнитивных доменах (например, исполнительная и психомоторная функции) и глобальная нейропсихологическая недостаточность (комбинированный балл BACS) могут способствовать формированию суицидальных идей у пациентов с НА, в особенности имеющих проявления депрессивных симптомов. Более того, было показано, что дефицит исполнительных функций

связан с уровнем суицидальных идеаций и, таким образом, он может являться предиктором суицидального риска.

Однако для подтверждения данных результатов необходимы дальнейшие лонгитудинальные исследования с расширением клинических выборок и изучением нейрокогнитивных особенностей пациенток с НА в динамике для выяснения прогностических предикторов суицидального риска, связанных с феноменологией отклоняющегося пищевого поведения.

В настоящее время разрабатываются новые подходы к коррекции когнитивных нарушений при НА (когнитивно-восстановительная терапия; нейрофизиологические методы — ТКМП, ТКМС) которые могут оказаться весьма перспективными не только на стадии выраженных клинических нарушений, но и для профилактики рецидивов расстройства. Можно предположить, что когнитивная реабилитация может оказаться эффективной и для коррекции суицидальных тенденций, как многофакторного явления, имеющего в основе нейрокогнитивный дефицит, особенно значимый при данной форме патологии.

Литература

1	Балакирева Е.Е., Зверева Н.В., Якупова Л.П. Психологическая квалификация когнитивных нарушений при нервной анорексии у детей и подростков // Современная терапия в психиатрии и неврологии. — 2014. — №1. — С.30-34.	Balakireva E.E., Zvereva N.V., Yakupova L.P. Psychological qualification of cognitive disturbance in anorexia nervosa in children and adolescents. Sovremennayaterapiya v psikiatrii i nevrologii. 2014; 1: 30-34. (In Rus.).
2	Коркина М.В., Цивилько М.А., Кареева М.А., Жигалова Н.Д., Кислова Е.К. Клинико-психопатологические корреляции психической ригидности при нервной анорексии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1990. — №10. — С.86-88.	Korkina M.V., Tsivil'ko M.A., Kareeva M.A., Zhigalova N.D., Kislova E.K. Clinical-psychopathological correlations of mental rigidity in anorexia nervosa. Zhurnalnevropatologiiipsikiatriiim. S.S. Korsakova. 1990; 10: 86-88. (In Rus.).
3	Andres-Perpina S., Lozano-Serra E., Puig O. et al. Clinical and biological correlates of adolescent anorexia nervosa with impaired cognitive profile // Eur. Child Adolesc. Psychiatry. — 2011. — Vol.20. — P.541-549. doi:10.1007/s00787-011-0216-y	Andres-Perpina S., Lozano-Serra E., Puig O. et al. Clinical and biological correlates of adolescent anorexia nervosa with impaired cognitive profile. Eur. Child Adolesc. Psychiatry. Vol.20 (11-12): 541-549. Dec 2011. doi:10.1007/s00787-011-0216-y
4	Barrett E.A., Sundet K., Simonsen C. et al. Neurocognitive functioning and suicidality in schizophrenia spectrum disorders // Compr. Psychiatry. — 2011. — Vol.52. — P.156-163. doi:10.1016/j.comppsy.2010.06.001	Barrett E.A., Sundet K., Simonsen C. et al. Neurocognitive functioning and suicidality in schizophrenia spectrum disorders. Compr. Psychiatry. Vol. 52(2): 156-163. Mar-Apr 2011. doi:10.1016/j.comppsy.2010.06.001
5	Bredemeier K., Miller I.W. Executive function and suicidality: a systematic qualitative review // ClinPsychol Rev. — 2015. — Vol.40. — P.170-183. doi: 10.1016/j.cpr.2015.06.005	Bredemeier K., Miller I.W. Executive function and suicidality: a systematic qualitative review. ClinPsychol Rev. 2015; 40:170-183. doi: 10.1016/j.cpr.2015.06.005
6	Brown T.A., Keel P.K. Current and emerging directions in the treatment of eating disorders // Substance Abuse. — 2012. — Vol.6. — P.33-61. doi: 10.4137/SART.S7864	Brown T.A., Keel P.K. Current and emerging directions in the treatment of eating disorders. Substance Abuse. 2012; 6: 33-61. doi: 10.4137/SART.S7864

7	Buehren K., Konrad K., Schaefer K. et al. Association between neuroendocrinological parameters and learning and memory functions in adolescent anorexia nervosa before and after weight recovery // <i>J. Neural Transm.</i> — 2011. — Vol.118. — P.963–968. doi: 10.1007/s00702-010-0567-4	Buehren K., Konrad K., Schaefer K. et al. Association between neuroendocrinological parameters and learning and memory functions in adolescent anorexia nervosa before and after weight recovery. <i>J. Neural Transm.</i> 2011; 118: 963–968. doi: 10.1007/s00702-010-0567-4
8	Burgess P.W., Veitch E., de Lacy Costello A., Shallice T. The cognitive and neuroanatomical correlates of multitasking // <i>Neuropsychologia</i> . — 2000. — Vol.38. — P.848–863. doi: 10.1016/S0028-3932(99)00134-7	Burgess P.W., Veitch E., de Lacy Costello A., Shallice T. The cognitive and neuroanatomical correlates of multitasking. <i>Neuropsychologia</i> . 2000; 38:848–863. doi: 10.1016/S0028-3932(99)00134-7
9	Calderoni S., Muratori F., Leggero C. et al. Neuropsychological functioning in children and adolescents with restrictive-type anorexia nervosa: an in-depth investigation with NEPSY-II // <i>J. Clin. Exp. Neuropsychol.</i> — 2013. — Vol.35. — P.16–179. doi: 10.1080/13803395.2012.760536	Calderoni S., Muratori F., Leggero C. et al. Neuropsychological functioning in children and adolescents with restrictive-type anorexia nervosa: an in-depth investigation with NEPSY-II. <i>J. Clin. Exp. Neuropsychol.</i> 2013; 35:16–179. doi: 10.1080/13803395.2012.760536
10	Christensen J., Vestergaard M., Mortensen P.B. et al. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study // <i>Lancet Neurol.</i> — 2007. — Vol.6. — P.693–698. doi: 10.1016/S1474-4422(07)70175-8	Christensen J., Vestergaard M., Mortensen P.B. et al. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. <i>Lancet Neurol.</i> 2007; 6: 693–698. doi: 10.1016/S1474-4422(07)70175-8
11	Connan F., Campbell I.C., Katzman M., Lightman S.L., Treasure J. A neurodevelopmental model for anorexia nervosa // <i>Physiol. Behav.</i> — 2003. — Vol.79. — P.13–24. doi: 10.1016/S0031-9384(03)00101-X	Connan F., Campbell I.C., Katzman M., Lightman S.L., Treasure J. A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. <i>Physiol. Behav.</i> 2003; 79: 13–24. doi: 10.1016/S0031-9384(03)00101-X
12	Dougherty D.M., Mathias C.W., Marsh-Richard D.M. et al. Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide // <i>Psychiatry Res.</i> — 2009. — Vol.169. — P.22–27. doi: 10.1016/j.psychres.2008.06.011	Dougherty D.M., Mathias C.W., Marsh-Richard D.M. et al. Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. <i>Psychiatry Res.</i> 2009; 169: 22–27. doi: 10.1016/j.psychres.2008.06.011
13	Dour H.J., Cha C.B., Nock M.K. Evidence for an emotion-cognition interaction in the statistical prediction of suicide attempts // <i>Behav Res Ther.</i> — 2011. — Vol.49. — P.294–298. doi: 10.1016/j.brat.2011.01.010	Dour H.J., Cha C.B., Nock M.K. Evidence for an emotion-cognition interaction in the statistical prediction of suicide attempts. <i>Behav Res Ther.</i> 2011; 49: 294–298. doi: 10.1016/j.brat.2011.01.010
14	Fitzpatrick K.K., Darcy A., Colborn D., Gudorf C., Lock J. Set-shifting among adolescents with anorexia nervosa // <i>Int. J. Eat. Disord.</i> — 2012. — Vol.45. — P.909–912. doi: 10.1002/eat.22027	Fitzpatrick K.K., Darcy A., Colborn D., Gudorf C., Lock J. Set-shifting among adolescents with anorexia nervosa. <i>Int. J. Eat. Disord.</i> 2012; 45: 909–912. doi: 10.1002/eat.22027
15	Harris E.C., Barraclough B. Excess mortality of mental disorder // <i>Br. J. Psychiatry.</i> — 1998. — Vol.173. — P.11–53. doi: 10.1192/bjp.173.1.11	Harris E.C., Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. <i>Br. J. Psychiatry.</i> 1998; 173: 11–53. doi: 10.1192/bjp.173.1.11
16	Harrison A., Tchanturia K., Naumann U., Treasure J. Social emotional functioning and cognitive styles in eating disorders // <i>Br. J. Clin. Psychol.</i> — 2012. — Vol.51. — P.261–279. doi: 10.1111/j.2044-8260.2011.02026.x	Harrison A., Tchanturia K., Naumann U., Treasure J. Social emotional functioning and cognitive styles in eating disorders. <i>Br. J. Clin. Psychol.</i> 2012; 51: 261–279. doi: 10.1111/j.2044-8260.2011.02026.x
17	Huber C.G., Schottle D., Lambert M. et al. Brief Psychiatric Rating Scale — Excited Component (BPRS-EC) and neuropsychological dysfunction predict aggression, suicidality, and involuntary treatment in first-episode psychosis // <i>Schizophr. Res.</i> — 2012. — Vol.134. — P.273–278. doi: 10.1016/j.schres.2011.12.002.	Huber C.G., Schottle D., Lambert M. et al. Brief Psychiatric Rating Scale — Excited Component (BPRS-EC) and neuropsychological dysfunction predict aggression, suicidality, and involuntary treatment in first-episode psychosis. <i>Schizophr. Res.</i> 2012; 134: 273–278. doi: 10.1016/j.schres.2011.12.002.

18	Keilp J.G., Gorlyn M., Russell M. et al. Neuropsychological function and suicidal behavior: attention control, memory and executive dysfunction in suicide attempt // <i>Psychol Med.</i> — 2013. — Vol.43. — P.539-551. doi: 10.1017/S0033291712001419	Keilp J.G., Gorlyn M., Russell M. et al. Neuropsychological function and suicidal behavior: attention control, memory and executive dysfunction in suicide attempt. <i>Psychol Med.</i> 2013; 43 (3): 539-551. doi: 10.1017/S0033291712001419
19	Kingston K., Szmukler G., Andrewes D. et al. Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa before and after refeeding // <i>Psychol. Med.</i> — 1998. — Vol.26. — P.15-28. doi: 10.1017/S0033291700033687	Kingston K., Szmukler G., Andrewes D. et al. Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa before and after refeeding. <i>Psychol. Med.</i> 1996; 26: 15-28. doi:10.1017/S0033291700033687
20	Lewinsohn P.M., Rohde P., Seeley J.R. Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence, risk factors, and clinical implications // <i>Clin. Psychol.: Sci. Pract.</i> -1996. — Vol.3. — P.25-46. doi: 10.1111/j.1468-2850.1996.tb00056.x	Lewinsohn P.M., Rohde P., Seeley J.R. Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence, risk factors, and clinical implications. <i>Clin. Psychol.: Sci. Pract.</i> 1996; 3: 25-46. doi: 10.1111/j.1468-2850.1996.tb00056.x
21	Lezak M., Howieson D., Loring, D. Neuropsychological assessment. — New York: Oxford University Press. — 2004. — 1016p.	Lezak M., Howieson D., Loring, D. Neuropsychological assessment. New York: Oxford University Press. 2004. 1016 p.
22	Lopez C., Tchanturia K., Stahl D., Treasure J. Weak central coherence in eating disorders: a step towards looking for an endophenotype of eating disorders // <i>J. Clin. Exp. Neuropsychol.</i> — Vol.31 (1). — P. 117-125. Jan 2009. doi: 10.1080/13803390802036092	Lopez C., Tchanturia K., Stahl D., Treasure J. Weak central coherence in eating disorders: a step towards looking for an endophenotype of eating disorders. <i>J. Clin. Exp. Neuropsychol.</i> Vol.31 (1): 117-125. Jan 2009. doi: 10.1080/13803390802036092
23	Lozano-Serra E., Andres-Perpina S. et al. Adolescent Anorexia Nervosa: cognitive performance after weight recovery // <i>J. Psychosom. Res.</i> — 2013. — Vol.76. — P.6-11. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.10.009	Lozano-Serra E., Andres-Perpina S. et al. Adolescent Anorexia Nervosa: cognitive performance after weight recovery. <i>J. Psychosom.</i> 2014;76: 6-11. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.10.009
24	Mann J.J., Arango V.A., Avenevoli S. et al. Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior // <i>Biol. Psychiatry.</i> — 2009. — Vol.65. — P.556-563. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.11.021	Mann J.J., Arango V.A., Avenevoli S. et al. Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. <i>Biol. Psychiatry.</i> 2009; 65: 556-563. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.11.021
25	Miller A.L., Rathus J.H., Linehan M.M. Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. — New York: The Guilford Press. — 2007. — 368p.	Miller A.L., Rathus J.H., Linehan M.M. Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. New York: The Guilford Press. 2007. 368p.
26	Milos G., Spindler A., Hepp U., Schnyder U. Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects // <i>Gen Hosp Psychiatry.</i> — 2004. — Vol.26. — P.129-135. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2003.10.005	Milos G., Spindler A., Hepp U., Schnyder U. Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. <i>Gen Hosp Psychiatry.</i> 2004; 26: 129-135. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2003.10.005
27	Nock M.K., Green J.G., Hwang I. et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement // <i>JAMA Psychiatry.</i> — 2013. — Vol.70. — P.300-310. doi:10.1001/2013.jamapsychiatry.55	Nock M.K., Green J.G., Hwang I. et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. <i>JAMA Psychiatry.</i> 2013; 70: 300-310. doi:10.1001/2013.jamapsychiatry.55
28	Ohmann S., Schuch B., König M. et al. Self-injurious behavior in adolescent girls. Association with psychopathology and neuropsychological functions // <i>Psychopathology.</i> — 2008. — Vol.41. — P.226-235. doi:10.1159/000125556	Ohmann S., Schuch B., König M. et al. Self-injurious behavior in adolescent girls. Association with psychopathology and neuropsychological functions. <i>Psychopathology.</i> 2008; 41: 226-235. doi:10.1159/000125556

29	Paris J., Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder // <i>Comprehensive psychiatry</i> . — 2001. — Vol.42. — P.482-487. doi:10.1053/comp.2001.26271	Paris J., Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. <i>Comprehensive psychiatry</i> . 2001; 42: 482-487. doi:10.1053/comp.2001.26271
30	Preti A., Rocchi M.B.L., Sisti D. et al. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders // <i>Acta Psychiatrica Scand.</i> — 2011. — Vol.124. — P.6-17. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01641.x	Preti A., Rocchi M.B.L., Sisti D. et al. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. <i>Acta Psychiatrica Scand.</i> 2011; 124: 6-17. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01641.x
31	Richard-Devantoy S., Berlim M.T., Jollant F. A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders // <i>Psychol. Med.</i> — 2014. — Vol.44. — P.1663-1673. doi:10.1017/S0033291713002304	Richard-Devantoy S., Berlim M.T., Jollant F. A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. <i>Psychol. Med.</i> 2014; 44: 1663-1673. doi:10.1017/S0033291713002304
32	Roberts M. E., Tchanturia K., Treasure J.L. Is attention to detail a similarly strong candidate endophenotype for anorexia nervosa and bulimia nervosa? // <i>World J. Biol. Psychiatry</i> . — 2013. — Vol.14. — P.452-463. doi:10.3109/15622975.2011.639804	Roberts M. E., Tchanturia K., Treasure J.L. Is attention to detail a similarly strong candidate endophenotype for anorexia nervosa and bulimia nervosa? <i>World J. Biol. Psychiatry</i> . 2013; 14: 452-463. doi:10.3109/15622975.2011.639804
33	Sarrar L., Ehrlich S., Merle J.V. et al. Cognitive flexibility and Agouti-related protein in adolescent patients with anorexia nervosa // <i>Psychoneuroendocrinology</i> . — 2011. — Vol.36. — P.1396-1406. doi:10.1016/j.psyneuen.2011.03.014	Sarrar L., Ehrlich S., Merle J.V. et al. Cognitive flexibility and Agouti-related protein in adolescent patients with anorexia nervosa. <i>Psychoneuroendocrinology</i> . 2011; 36: 1396-1406. doi:10.1016/j.psyneuen.2011.03.014
34	Schmidt U., Treasure J. Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice // <i>Br. J. Clin. Psychol.</i> — 2006. — Vol.45. — P.343-366. doi:10.1348/014466505X53902	Schmidt U., Treasure J. Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. <i>Br. J. Clin. Psychol.</i> 2006; 45: 343-366. doi:10.1348/014466505X53902
35	Stedal K., Rose M., Frampton I., Landro N.I., Lask B. The neuropsychological profile of children, adolescents, and young adults with anorexia nervosa // <i>Arch. Clin. Neuropsychol.</i> — 2012. — Vol.27. — P.329-337. doi: 10.1093/arclin/acs032	Stedal K., Rose M., Frampton I., Landro N.I., Lask B. The neuropsychological profile of children, adolescents, and young adults with anorexia nervosa. <i>Arch. Clin. Neuropsychol.</i> 2012; 27: 329-337. doi: 10.1093/arclin/acs032
36	Stewart J.G., Glenn C.R., Esposito E.C. et al. Cognitive Control Deficits Differentiate Adolescent Suicide Ideators From Attempters // <i>J Clin Psychiatry</i> . — 2017. — Vol.78. — P.614-621. doi: 10.4088/JCP.16m10647	Stewart J.G., Glenn C.R., Esposito E.C. et al. Cognitive Control Deficits Differentiate Adolescent Suicide Ideators From Attempters. <i>J Clin Psychiatry</i> . 2017; 78: 614-621. doi: 10.4088/JCP.16m10647
37	Tchanturia K., Davies H., Roberts M. et al. Poor cognitive flexibility in eating disorders: examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task // <i>PLoS One</i> . — 2012. — Vol.7. — P.28331. doi:10.1371/journal.pone.0028331	Tchanturia K., Davies H., Roberts M. et al. Poor cognitive flexibility in eating disorders: examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. <i>PLoS One</i> . 2012; 7: e28331. doi:10.1371/journal.pone.0028331
38	Tenconi E., Santonastaso P., Degortes D. et al. Set-shifting abilities, central coherence, and handedness in anorexia nervosa patients, their unaffected siblings and healthy controls: exploring putative endophenotypes // <i>World J. Biol. Psychiatry</i> . — 2010. — Vol.11. — P.813-823. doi:10.3109/15622975.2010.483250	Tenconi E., Santonastaso P., Degortes D. et al. Set-shifting abilities, central coherence, and handedness in anorexia nervosa patients, their unaffected siblings and healthy controls: exploring putative endophenotypes. <i>World J. Biol. Psychiatry</i> . Vol. 11 (6): 813-823. Sep. 2010. doi:10.3109/15622975.2010.483250
39	Zakzanis K.K., Campbell Z., Polsinelli A. Quantitative evidence for distinctive cognitive impairment in anorexia nervosa and bulimia nervosa // <i>J. Neuropsychol.</i> — 2010. — Vol.4. — P.89-106. doi:10.1348/174866409X459674	Zakzanis K.K., Campbell Z., Polsinelli A. Quantitative evidence for distinctive cognitive impairment in anorexia nervosa and bulimia nervosa. <i>J. Neuropsychol.</i> 2010; 4: 89-106. doi:10.1348/174866409X459674

40	<i>World Health Organization. Preventing Suicide: A Global Imperative. WHO, 2014. — 92p.</i>	<i>World Health Organization. Preventing Suicide: A Global Imperative. WHO. 2014. 92 p.</i>
----	--	---

Сведения об авторах

Пичиков Алексей Александрович — к.м.н., научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» МЗ РФ. E-mail: sigurros@mail.ru

Попов Юрий Васильевич — д.м.н., профессор, руководитель отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» МЗ РФ. E-mail: popov62@yandex.ru

Яковлева Юлия Александровна, к.м.н., старший научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» МЗРФ. E-mail: yya.08@mail.ru

Показатели социально-психологической адаптации и эмоционального статуса подростков и лиц юношеского возраста

Эверт Л.С.^{1,3}, Потупчик Т.В.², Гришкевич Н.Ю.², Ахмельдинова Ю.Р.²

¹ НИИ медицинских проблем Севера — обособленное подразделение Федерального исследовательского центра «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук»,

² Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ,

³ ФГБОУ ВО «Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова» Минобрнауки РФ, Абакан

Резюме. Целью исследования было изучение особенностей социально-психологической адаптации (СПА) и эмоционального статуса учащихся разных возрастов. Обследовано 60 студентов 17-20 лет и 60 школьников 12-16 лет. Показатели СПА, в том числе, ее интегральные характеристики, оценивались по опроснику К. Роджерса — Р. Даймонда. Показатели эмоционального статуса (тревога, депрессия) оценивались по шкале (HADS) (Zigmond AS. et Snaith R.P., 1983) и шкале Кови (Covi Anxiety Scale). Установлено, что структура нарушений СПА у подростков включает низкую степень адаптивности, принятие себя, принятие других, эмоционального комфорта и внутреннего контроля; низкие оценки интегральных характеристик: адаптации, самопринятия, принятие других, эмоциональной комфортности и интернальности. Отражением социально-психологической дезадаптации у студентов является умеренно выраженная дезадаптивность, неприятие себя, неприятие других, ведомость, эскапизм; из интегральных показателей — более высокие показатели шкал адаптация, самопринятие и стремление к доминированию. Студенты чаще отличаются субклинически, реже — клинически выраженной тревогой и/или депрессией. Имеются различия частоты встречаемости и структуры нарушений социально-психологической адаптации у лиц различных возрастных групп (студентов и подростков). Нарушения эмоционального статуса чаще характерны для студентов, чем подростков и представлены преимущественно субклинически, реже — клинически выраженной тревогой и/или депрессией.

Ключевые слова: подростки, студенты, социально-психологическая адаптация, тревога, депрессия

Indicators of socio-psychological adaptation and emotional status of adolescents and adolescents

Evert L.S.^{1,3}, Potupchik T.V.², Grishkevich N.Yu.², Akhmeddinova Yu.R.²

¹ The Scientific Research Institute of Medical Problems of the North is a separate subdivision of the Federal Research Center «Krasnoyarsk Scientific Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences»,

² Krasnoyarsk State Medical University named after professor V.F. Voyno-Yasenetsky Ministry of Health of the Russian Federation,

³ Federal State-Funded Educational Institution of Higher Education «Katanov Khakass State University» Ministry of Education and Science of the Russian Federation, Abakan

Summary. The purpose of the study was to study the features of socio-psychological adaptation (SPA) and the emotional status of students of different ages. 60 students 17-20 years and 60 schoolchildren 12-16 years old were examined. The parameters of the SPA, including its integral characteristics, were evaluated by the questionnaire of K. Rogers — R. Diamond. Indicators of emotional status (anxiety, depression) were assessed on a scale (HADS) (Zigmond AS, et Snaith R.P., 1983) and Covi Anxiety Scale. Established that the structure of violations of SPA in adolescents includes a low degree of adaptability, acceptance of oneself, acceptance of others, emotional comfort and internal control; Low estimates of the integral characteristics: adaptation, self-acceptance, acceptance of others, emotional comfort and internality. Reflection of social and psychological disadaptation among students is moderately pronounced disadaptation, rejection of self, rejection of others, list, escapism; From integrated indicators — higher scales of scales adaptation, self-perception and aspiration to domination. Students are more likely to differ subclinically, less often — clinically expressed anxiety and / or depression. There are differences in the frequency of occurrence and structure of violations of socio-psychological adaptation in persons of different age groups (students and adolescents). Emotional disorders are more common in students than in adolescents and are predominantly subclinical, less commonly with clinically expressed anxiety and / or depression.

Key words: adolescents, students, social and psychological adaptation, anxiety, depression

Современный этап развития медицины и образования ориентирует на создание условий для полноценного развития, сохранения и улучшения здоровья подрастающего поко-

ления. Фундаментальное значение приобретает изучение механизмов и закономерностей адаптации человека на различных уровнях, в разнообразных социальных условиях. Особое значение

в последние десятилетия приобрел социально-психологический аспект адаптации [1, 4, 12, 14, 19].

Социально-психологическая адаптация — это взаимодействие личности и социальной среды, которое приводит к оптимальному соотношению целей и ценностей личности и группы. В ходе социально-психологической адаптации реализуются потребности, интересы и стремления личности, раскрывается и развивается ее индивидуальность, личность входит в новое социальное окружение. Результатом социально-психологической адаптации личности является сформированность социальных и профессиональных качеств общения, поведения и деятельности, принятых в обществе. В настоящее время актуальную и значимую научную проблему представляет проблема формирования и причин нарушений социально-психологической адаптации школьников и студентов [3, 7, 10, 15]. Подростковый период и юность — очень важные периоды в психосоциальном развитии человека. Адаптационные способности во многом зависят от психологических особенностей личности, определяющих возможность адекватной регуляции функционального состояния организма и разнообразных условий жизни и деятельности [15].

Современное общество очень динамично, изменения происходят с большой скоростью, особенно в России: меняется экономическая и политическая ситуация, меняются ценности, на основе которых люди выстраивают отношения друг с другом, расширяется сфера дезадаптации [16]. Адаптация личности, особенно молодого человека, в обществе постоянных перемен затруднена, часто он не успевает за стремительным ходом событий. Причины трудностей подростка, которые, по мнению многих авторов [2, 5, 18] можно связать с трудностями освоения новых отношений, нового периода в жизни ребенка, многочисленны и могут быть представлены комплексами в самых разных сочетаниях. Как правило, это проблемы взаимоотношений с родителями, учителями и сверстниками, трудности усвоения учебного материала и трудности формирования жизненных планов и личностных позиций.

Оценить эффективность адаптации возможно с помощью методики диагностики социально-психологической адаптации, предложенной в 1954 г. К. Роджерсом и Р. Даймондом [22]. Данный опросник выявляет степень адаптированности и дезадаптированности в системе межличностных отношений и в качестве показателей дезадаптации предполагает ряд критериев: низкий уровень самопрятия, низкий уровень прятия других, эмоциональный дискомфорт, сильную зависимость от других, стремление к доминированию [13].

Одним из проявлений, свидетельствующих о нарушении СПА, является состояние тревожности. Доминирование тревожности может приводить к развитию неврозов, реактивных психозов и психастений [9]. С повышением учебных на-

грузок риск дезадаптации увеличивается, поэтому раннее выявление адаптационных нарушений и их коррекция способствует предотвращению более глубоких расстройств адаптации в виде соматических и нервно-психических нарушений [6, 11]. Исследования факторов тревожности и адаптации логически связаны с изучением поведенческих факторов риска различных социально значимых отклонений психосоматического здоровья [17, 20, 21]. В связи с чем не вызывает сомнений актуальность изучения особенностей не только СПА, но и психоэмоционального состояния у подростков и студентов.

Цель исследования: изучение особенностей социально-психологической адаптации и эмоционального статуса у учащихся разных возрастов (студентов и подростков).

Материалы и методы. Обследовано 60 студентов второкурсников фармацевтического колледжа 17-20 лет (основная группа) и 60 подростков 12-16 лет — учащихся одной из общеобразовательных школ (группа сравнения). Все участники исследования подписывали информированное согласие. Протокол исследования одобрен этическим комитетом НИИ МПС ФИЦ КНЦ СО РАН (протокол № 2 от 12.02.2018 г.). Для изучения особенностей социально-психологической адаптации применялась адаптированная А. К. Осницким [13] форма опросника К. Роджерса — Р. Даймонда. По 7-балльной шкале ответов определяли следующие показатели СПА: адаптивность, прятие себя, прятие других, эмоциональный комфорт, внутренний контроль, внешний контроль, доминирование, эскапизм (уход от проблем). Интерпретация осуществлялась в соответствии с нормативными данными, рассчитанными отдельно для подростков и взрослой выборки. Результаты «до» зоны неопределенности интерпретировались как низкие, а «после» самого высокого показателя в зоне неопределенности — как высокие. Оценивали также следующие интегральные показатели СПА (в %), рассчитываемые по формулам: адаптация, самопрятие, прятие других, интернальность, эмоциональная комфортность, стремление к доминированию. Уровни проявления интегральных показателей оценивались по следующим критериям: высокий уровень — значения показателя выше 60%, средний уровень — от 40% до 60%, низкий уровень — ниже 40%. Для описания основных показателей социально-психологической адаптации использовали определения Б.Д. Карвасарского [8]. Наличие и уровень тревоги и депрессии определяли по госпитальной шкале оценки тревоги и депрессии (HADS) (Zigmond A.S. et Snaith R.P., 1983), шкале Кови (Covi Anxiety Scale) [23]. Полученные результаты обработаны на персональном компьютере с применением ППП «Statistika 10.0 for Windows». Значимость различий бинарных признаков оценивали по критерию χ^2 Пирсона, различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования: При изучении показателей адаптивности, как приспособления живого организма к постоянно изменяющимся услови-

ям существования во внешней среде, была выявлена преимущественно средняя степень адаптивности у 95% студентов и 78% подростков. Низкая адаптивность значительно чаще встречалась у подростков, составляя 22% в сравнении со студентами (1,7%, $p=0,0007$), высокая адаптивность регистрировалась у небольшого числа обследованных и только среди студентов (3,3 и 0%). Под термином дезадаптивность подразумевают неспособность психической деятельности к условиям окружающей среды. В состоянии дезадаптивности намерения человека не совпадают с действиями, замыслы — с воплощением, побуждения к действию — с его итогами. Средние (умеренно выраженные) проявления дезадаптивности в 2 раза чаще встречались у студентов (66,7%) в сравнении с подростками (32%) ($p=0,0003$). Обратным оказалось соотношение студентов и школьников при анализе низкой степени дезадаптивности (33,3% и 68,0%).

Показатель принятие себя (достоинство) выражает представление о ценности личности и отражает моральное отношение человека к самому себе и общества к этому человеку. У обследованных нами подростков чаще, чем у студентов, регистрировалась как низкая (7,5% против 1,7%), так и высокая (25,0% и 15,0%) степень принятия себя, в то время как студенты отличались более частой встречаемостью средней оценки принятия себя (83,3% и 67,5%). Неприятие себя (перфекционизм) — сверхценное влечение к совершенству. Человек не способен принять себя таким, как он есть, испытывает сильный душевный дискомфорт, страдает от комплексов. По нашим данным, умеренно выраженные проявления неприятия себя наблюдались у 46,7% студентов и у 34,1% подростков.

Показатель принятие других (эмпатия), характеризующий понимание эмоционального состояния другого человека посредством сопереживания, проникновения в его субъективный мир, имел средние оценки у большинства студентов (85,0%) и подростков (79,6%). Наряду с этим, недостаточно выраженные проявления эмпатии чаще наблюдались у подростков (16,3%) в сравнении со студентами (1,7%) ($p=0,0057$). Высокая степень эмпатии была чаще характерна для студентов (13,3%), чем подростков (4,1%). Неприятие других (дискриминация, лат. *discriminatio* «ущемление») — это негативное отношение, предвзятость, насилие, несправедливость и лишение определенных прав людей по причине их принадлежности к определенной социальной группе, лишение членов одной из групп возможностей и привилегий, которые доступны другой группе. В нашем исследовании неприятие других умеренной (средней) степени выраженности чаще было характерно для студентов (63,3%), чем подростков (44,4%). Низкая оценка данного показателя превалировала среди подростков (55,6%) в сравнении со студентами (36,7%).

Сравнительный анализ такой характеристики СПА, как эмоциональный комфорт, означающий ощущение признания личностной, человеческой

ценности и значимости независимо от того, какими качествами обладает человек, показал, что большая часть студентов (90,0%) и подростков (81,4%) имели средние оценки этого показателя. У 18,6% подростков отмечался низкий уровень эмоционального комфорта в сравнении с аналогичным показателем среди студентов (5%, $p=0,0275$).

Эмоциональный дискомфорт (фрустрация) — негативное психическое состояние, возникающее в ситуации несоответствия желаний имеющимся возможностям, характеризующееся наличием отрицательных эмоций, таких как разочарование, раздражение, тревога, гнев, отчаяние, уныние, агрессия. Находящийся в состоянии безвыходности, отчужденности, человек пытается и хочет из него выйти, но не в состоянии это осуществить, находясь в постоянном состоянии борьбы за свои цели и желания. Умеренно выраженный эмоциональный дискомфорт в 2 раза чаще испытывали обследованные нами студенты в сравнении с подростками (61,7% и 30,9%, $p=0,0023$). Высокая выраженность показателя наблюдалась у незначительного числа студентов (3,3%) и не встречалась у подростков. У 2/3 подростков и 1/3 студентов уровень дискомфорта был низким.

Внутренний контроль (адекватное самопонимание, самоконтроль) — понимание самого себя, собственной психической жизни, взаимосвязей и взаимоотношений в самом себе и с самим собой, представления о самом себе за счет интеграции сознанием неосознаваемого ранее материала. Людям, подверженным внутреннему контролю, свойственно верить в то, что они могут управлять своей судьбой, они не отчаиваются и не снижают уровень своих ожиданий после множества неудач, сохраняют ощущение контроля над окружающей средой. Чрезмерно высокий уровень внутреннего контроля означает, что человек принимает на себя ответственность за все, что с ним происходит, — несчастные случаи, неудачи в жизни. По нашим данным, внутренний контроль имел среднюю оценку согласно критериям данной шкалы у большинства студентов и подростков (88,3% и 74,0%). Низкая оценка показателя чаще была характерна для подростков, чем студентов (26,0 и 3,3%, $p=0,0006$), а высокая оценка показателя отмечалась только у студентов (8,3%) и не встречалась у подростков. Внешний контроль (экзистенция) (лат. существование) означает способ бытия человеческой личности: человек постигает свою экзистенцию через борьбу, страдание, смерть, обретая при этом заботу, любовь, совесть, решимость. Людям, подверженным внешнему контролю, свойственно верить в то, что их судьба зависит от удачи, случая или власти имущих. Слишком высокий уровень внешнего контроля может быть связан с апатией и отчаянием, когда человек считает, что не имеет никакой власти над своей жизнью. В нашем исследовании низкие оценки данного показателя чаще имели подростки (61,5%), чем студенты (36,7%, $p=0,0153$).

Показатель шкалы «Доминирование» отражает степень стремления человека доминировать в

межличностных отношениях. Высокие показатели свидетельствуют о склонности подавлять другого человека, чувствовать превосходство над другими, низкие показатели — склонность к подчинению, мягкость, покорность. Нами у 2/3 обследованных в обеих группах диагностирована умеренная (средняя) степень доминирования, значительно реже встречалась низкая (30,0% и 32,4%) и высокая выраженность данной характеристики (5,0% и 5,4%). Противоположное свойство личности — ведомость, проявляющееся в повышенной восприимчивости к психическому воздействию со стороны другого лица или группы лиц, чаще имело среднюю оценку — у 75,0% студентов и 59,5% подростков, низкая оценка показателя имела место у 25,0% студентов и 35,7% подростков, высокая выраженная ведомость наблюдалась только у подростков (4,8%).

Эскапизм (уход от проблем) — это индивидуалистическо-примиренческое стремление личности уйти от действительности в мир иллюзий и фантазий. Умеренный уровень эскапизма установлен у большинства обследованных (у 83,3% студентов и 68,2% подростков), низкая степень выраженности эскапизма чаще была характерна для подростков (31,8%) в отличие от студентов (13,3%), высокий уровень показателя имел место только в группе студентов (у 3,3%).

Одной из основных интегральных характеристик СПА является адаптация, означающая приспособление психической деятельности человека к условиям окружающей среды. В нашем исследовании высоким уровнем адаптации отличались 62,0% подростков и 55,0% студентов. Средний уровень адаптации регистрировался у 45,0% студентов и 36,0% подростков, доля лиц с низкой адаптацией среди студентов и подростков составляла соответственно 0% и 2,0%.

Другой интегральный показатель СПА — «Самопрятие», характеризует степень дружелюбности-враждебности по отношению к собственному «Я». Высокие баллы по этой шкале означают одобрение себя в целом и в существенных частностях, доверие к себе и позитивную самооценку, низкие баллы — видение в себе в основном недостатков, низкую самооценку, готовность к самообвинению. Низкое самопрятие может достигать уровня патологических состояний, когда человек ненавидит всего себя и хочет коренным образом измениться. Такая степень выраженности самопрятия наблюдалась в единичном случае в группе студентов, умеренная степень самопрятия была характерна для 10% студентов и 15% подростков, доля лиц с высокой степенью самопрятия была сопоставимой в обеих группах (88,3% и 85,0%).

Интегральный показатель СПА по шкале «Прятие других» отражает уровень дружелюбности-враждебности к окружающим людям, к миру. Высокие баллы по этой шкале означают прятие людей, одобрение их жизни и отношения к себе в целом, ожидание позитивного отношения к себе окружающих, низкие баллы — критическое отно-

шение к людям, раздражение, презрение по отношению к ним, ожидания негативного отношения к себе. У большинства обследованных студентов и подростков прятие других было высоким (у 58,3% и 63,3%). Средняя уровень показателя выявлен у 38,3% студентов и 30,6% подростков, низкий — у 3,3% и 6,1% соответственно.

Показатель «Эмоциональный комфорт» отражает характер преобладающих эмоций в жизни индивидуума. Высокие баллы показателя по шкале свидетельствуют о преобладании положительных эмоций, ощущении благополучия своей жизни, низкие баллы — о наличии выраженных отрицательных эмоциональных состояний. Состояние эмоционального комфорта свидетельствует о наличии преимущественно позитивных эмоциональных состояний и ожиданий, спокойствии, уравновешенности, ощущении внутреннего благополучия. От уровня психологической комфортности зависит не только развитие ребенка и усвоение им знаний, но и физическое состояние детей. Создание атмосферы доброжелательности, адаптация к конкретным условиям, в т.ч. к условиям конкретной образовательной и социальной среды, позволяет снять напряженность и невротические состояния, негативно воздействующие на здоровье учащихся.

Эмоциональная комфортность также является одной из интегральных характеристик СПА. Показатель отражает состояние уверенности, спокойствия, удобства, когда человек всем доволен, оптимистичен, открыто выражает свои чувства, свободен от страха и тревоги. В нашем исследовании половина студентов и 67,4% подростков испытывали высокий уровень эмоциональной комфортности. Средней выраженностью эмоциональной комфортности отличались 40% студентов и 27,9% подростков, низкая эмоциональная комфортность регистрировалась значительно реже — у 10% студентов и 4,6% подростков. Показатель шкалы «Интернальность» отражает, в какой степени человек ощущает себя активным объектом собственной деятельности, и в какой — пассивным объектом действия других людей и внешних обстоятельств. Высокие значения баллов шкалы свидетельствуют о высокой степени ответственности, человек считает, что происходящие с ним события являются результатом его деятельности, низкие баллы — человек полагает, что происходящие с ним события являются результатом действия внешних сил (случая, других людей и т.д.). Интернальность — это преобладание внутреннего контроля, возложение ответственности за жизненно важные для индивида события на самого себя, объяснение их особенностями своего поведения, это уровень субъективного контроля. Человек осознает, что его жизнь зависит от него самого, он имеет возможность изменять среду и управлять ею. Лица данного типа менее тревожны, менее подвержены депрессиям, меньше проявляют агрессию, более доброжелательны, обладают терпением и тактичностью, они умеют добиваться желаемого. Высокая интернальность свиде-

тельствует о достаточном уровне приспособления. По нашим данным, высокий уровень интернальности чаще отмечался у подростков — 76% в сравнении со студентами — 53,3% ($p=0,0139$). Средний уровень интернальности был также в большей степени характерен для студентов (43,3%), чем подростков (22%, $p=0,0030$). Низкой интернальностью отличалось незначительное число обследованных в обеих сравниваемых группах (3,3% и 2,0%).

К интегральным характеристикам СПА относится и такой показатель, как «Стремление к доминированию». Высокая выраженность данного показателя была одинаково характерной для обеих групп обследованных — 21,7% студентов и 27,0% подростков. У 48,3% студентов и 45,9% подростков отмечались средние оценки стремления к доминированию, низкие оценки регистрировались у 30% студентов и 27% подростков.

В число показателей, отражающих эмоциональное состояние человека, входят такие характеристики, как тревога и депрессия. Проявления тревоги, оцененной нами по шкале HADS, наблюдались у 48,4% студентов (31,7% — субклинически выраженная тревога и 16,7% — клинически выраженная тревога). Аналогичные показатели в группе подростков составляли 14,1% (12,5% и 1,6%). Число лиц, имеющих проявления субклинически выраженной тревоги, оказалось больше в группе студентов (31,7%), чем подростков (12,5%). Клинически выраженная тревога также встречалась значительно чаще у студентов, чем у подростков (16,7% и 1,6%).

Для оценки степени выраженности тревоги нами была использована и шкала Кови. По данной шкале состояние тревоги имело место у 53,3% студентов и 18,7% подростков. Включенные в данную шкалу симптомы характеризуют различные формы проявления тревожных расстройств — жалобы, поведение и соматические симптомы. Среди различных форм тревожных расстройств жалобы на ощущение нервозности, дрожь, повышенной пугливости, неожиданного беспричинного страха; опасения, напряжения или взвинченность; необходимость избегать определенных мест и виды деятельности из-за возникновения страха; трудность сосредоточения на выполняемой задаче. В целом, тревожные состояния, выраженные в большей или меньшей степени, чаще регистрировались среди студентов (у 71,7%), чем подростков (у 40,0%). При этом, данные расстройства были слабо выражены у 36,7% студентов и 22,2% подростков, умеренно выражены — у 28,3% студентов и 17,8% подростков. Значительно и очень сильно выраженная симптоматика отмечалась только у студентов — в 6,6% случаев.

Особенности поведенческих реакций (испуг, дрожь, беспокойство, пугливость, взвинченность) чаще выявлялись в группе студентов (у 45,0%), чем подростков (у 20,4%). Слабо выраженные нарушения поведения отмечались в 2 раза чаще у студентов (31,7%), чем подростков (15,9%), умеренно

выраженные изменения поведения регистрировались у 8,3% студентов и у 4,5% подростков, значительные нарушения поведенческих реакций отмечались только у студентов — в 5,0% случаев.

Соматические симптомы тревоги в виде повышенного потоотделения, тремора, усиленного или ускоренного сердцебиения, затрудненного вдоха, ощущения приливов жара или холода, беспокойного сна, более частого посещения ванной комнаты, дискомфорта в эпигастральной области, «кома» в горле значительно чаще отмечались у студентов (56,7%), чем подростков (25,6%). При анализе степени выраженности данных проявлений было установлено, что слабо выраженными эти симптомы были у 33,3% студентов и 20,9% подростков, умеренно выраженными — у 13,3% студентов и 2,3% подростков и значительно выраженными — у 10,0% студентов и 2,3% подростков.

Проявления субклинически выраженной депрессии (по шкале HADS) чаще наблюдались у студентов (15%), чем школьников (7,8%). Процентное соотношение клинически выраженной депрессии было сопоставимым у студентов и подростков (соответственно 5% студентов и 3,1%). Не имели проявлений депрессивных состояний большинство обследованных — 80,0% студентов и 89,1% подростков.

Выводы

1. Имеются различия частоты встречаемости и структуры нарушений социально-психологической адаптации у лиц различных возрастных групп (студентов и подростков).

2. В структуре нарушений социально-психологической адаптации у подростков чаще, чем у студентов, имеет место низкая адаптивность, низкая степень выраженности приятия себя, приятия других (эмпатии), эмоционального комфорта и внутреннего контроля. Нарушения СПА у подростков представлены также низкими оценками ее интегральных характеристик: адаптации, самоприятия, приятия других, эмоциональной комфортности и интернальности.

3. В структуре нарушений социально-психологической адаптации у студентов преобладают умеренно выраженные проявления дезадаптивности, неприятия себя, неприятия других, ведомость; умеренно выраженное и выраженное стремление ухода от проблем. В числе интегральных показателей СПА у студентов отмечены более высокие показатели шкал адаптации, самоприятие и стремление к доминированию.

4. Нарушения эмоционального статуса чаще характерны для студентов, чем подростков и представлены преимущественно субклинически, реже — клинически выраженной тревогой и/или депрессией.

Литература

1	Бодров В.А. Информационный стресс : учеб. пособие для вузов. — М.: ПЕРСЭ. — 2000.	Bodrov V.A. Information stress: Textbook. manual for universities. M.: PERSE; 2000. (In Rus.)
2	Григорьева М.В. Основные концептуальные положения исследования школьной адаптации // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. — 2011. — Т. 2, № 5. — С. 63-66.	Grigoryeva M.V. Basic conceptual provisions of the study of school adaptation. Vektor nauki Tol'yattinskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika, psikhologiya. 2011;2(5):63-66. (In Rus.)
3	Григорьева М.В. Психология взаимодействия школьника и образовательной среды. — Саратов. — 2009.	Grigoryeva M.V. Psychology of student interaction and educational environment. Saratov; 2009. (In Rus.)
4	Дубовицкая Т.Д., Крылова А.В. Методика исследования адаптированности студентов в вузе // Психологическая наука и образование. — 2010. — №2. URL: http://psyedu.ru/journal/2010/2/Dubovitskaya_Krilova.phtml (дата обращения 09.01.2014).	Dubovitskaya T.D., Krylova A.V. A methodology for studying the adaptation of students in a university. Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie. 2010; (2). (In Rus.) Accessed Yanvar 9, 2014. URL: http://psyedu.ru/journal/2010/2/Dubovitskaya_Krilova.phtml
5	Зорина И.Г. Особенности психоэмоционального состояния школьников в течение учебного года // Российский педиатрический журнал. — 2013. — № 2. — С.47-51.	Zorina I.G. Features of the psychoemotional state of schoolchildren during the school year. Ros. pediatri. zhurn. 2013; 2:47-51. (In Rus.)
6	Иванова И.В., Черная Н.Л., Сенягина Е.И. Состояние здоровья и социально-психологические особенности учащихся школ разного типа // Российский педиатрический журнал. — 2010. — № 2. — С. 53-55.	Ivanova I.V., Chernaya N.L., Senyagina E.I. The state of health and socio-psychological characteristics of schoolchildren of various types. Ros. pediatri. zhurn. 2010;2: 53-55. (In Rus.)
7	Караваяева Е.М., Печерский В.Г., Иванов Д.Е. Различия показателей социально-психологической адаптации у школьников и студентов. PsyJournals.ru. — 2010. — С.807-811. URL: http://psyjournals.ru/files/34873/exp_collection_Karavaeva.pdf	Karavaeva E.M., Pechersky V.G., Ivanov D.E. Differences in indicators of socio-psychological adaptation among schoolchildren and students. PsyJournals.ru; 2010. 807-811. (In Rus.)] URL: http://psyjournals.ru/files/34873/exp_collection_Karavaeva.pdf
8	Карвасарский Б.Д. (ред). Психотерапевтическая энциклопедия — 3-е изд., перераб. и доп. — Питер-Юг. — 2006.	Karvasarskii B.D. (ed.). Psychotherapeutic encyclopedia — 3rd ed., Pererab. and additional. Piter-Yug; 2006. (In Rus.).
9	Кожевникова Н.Г. Особенности заболеваемости студентов-подростков в процессе адаптации к обучению в ВУЗе // Педиатрия. — 2011. — №4. — С.65-68.	Kozhevnikova N.G. Features of the incidence of teenage students in the process of adaptation to university education. Pediatriya. 2011;4:65-68. (In Rus.)
10	Локаткова О.В. Социально-психологические факторы адаптации первокурсников в высших и средних профессиональных учебных заведениях // Известия Саратовского университета. Серия Акмеология образования. Психология развития. — 2012. — Т.1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskie-factory-adaptatsii-pervokursnikov-v-vyshnih-i-srednih-professionalnyh-uchebnyh-zavedeniyah	Lokatkova O.V. Socio-psychological factors of adaptation of first-year students in higher and secondary vocational schools. Izvestiya Saratovskogo universiteta. 2012. T.1. Seriya Akmeologiya obrazovaniya. Psikhologiya razvitiya. Vyp. 3. (In Rus.)
11	Лыткин В.А., Эверт Л.С. Вазовагальные и ортостатические обмороки у детей и подростков // Сибирское медицинское обозрение. — 2011. — Т.1, № 67. — С.106-109.	Lytkin V.A., Evert L.S. Vasovagal and orthostatic fainting in children and adolescents. Sibirskoe meditsinskoe obozrenie. 2011;1(67):106-109.
12	Мельникова Н.Н. Диагностика социально-психологической адаптации личности: учеб. пособие. — Челябинск. — 2004.	Melnikova N.N. Diagnostics of socio-psychological adaptation of personality: Textbook. Chelyabinsk; 2004. (In Rus.)

13	Осницкий А.К. Определение характеристик социальной адаптации // Журнал практического психолога. — 1998. — №1. — С.54- 64.	Osnitsky A.K. Determination of the characteristics of social adaptation. Zhurnal prakticheskogo psikhologa. 1998; 1:54 64. (In Rus.)
14	Реан А.А., Кудашев А.Р., Баранов А.А. Психология адаптации личности. — СПб. — 2008.	Rean A.A., Kudashev A.R., Baranov A.A. Psychology of personality adaptation. SPb.; 2008. (In Rus.)
15	Тарасова Л.Е. Взаимосвязь характеристик Я-концепции старшеклассников и показателей адаптации к образовательной среде // Современные проблемы науки и образования. — 2013. — №4. URL: www.science-education.ru/110-9860 . (ссылка доступна на 21.08.2013).	Tarasova L.E. Interrelation of the characteristics of the I-concept of high school students and indicators of adaptation to the educational environment. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. 2013; 4. (In Rus.) Accessed Avgust 21, 2013. www.science-education.ru/110-9860 .
16	Тарасова Л.Е. Психологическая безопасность образовательной среды как условие развития адаптационной готовности старшеклассников. — 2012. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-bezopasnost-obrazovatelnoy-sredy-kak-uslovie-razvitiya-adaptatsionnoy-gotovnosti-starsheklassnikov	Tarasova L.E. Psychological safety of the educational environment as a condition for developing the adaptive readiness of high school students. 2012. (In Rus.) https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-bezopasnost-obrazovatelnoy-sredy-kak-uslovie-razvitiya-adaptatsionnoy-gotovnosti-starsheklassnikov
17	Туттер Н.В. Клинические, нейрофизиологические и психологические особенности пациентов с паническими расстройствами при неврозах // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. — 2008. — №12. — С.11-15.	Tutter N.V. Clinical, neurophysiological and psychological characteristics of patients with panic disorders in neuroses. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova. 2008; 12:11-15. (In Rus.)
18	Украинец О.В. Социально-психологические аспекты адаптации детей школьного возраста к обучению в школе // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. — 2007. — Т.8, № 8. — С.45-47.	Ukrainian O.V. Socio-psychological aspects of the adaptation of school-age children to schooling. Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo instituta psikhologii i sotsial'noi raboty. 2007; 8(8):45-47. (In Rus.)
19	Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. — М. — 2009.	Fetiskin NP, Kozlov VV, Manuylov G.M. Socio-psychological diagnosis of personality development and small groups. M.; 2009. (In Rus.)
20	Филиппова Е.А. Ранняя диагностика невротических и патохарактерологических расстройств у школьников // Педиатрия. — 2011. — №2. — С.138-141.	Filippova E.A. Early diagnosis of neurotic and pathocharacterological disorders in schoolchildren. Pediatriya. 2011; 2:138-141. (In Rus.)
21	Чубаровский В.В., Некрасов М.А. Пограничные психические расстройства и аддитивные формы поведения у лиц подросткового и юношеского возраста. — Орел. — 2005.	Chubarovsky V.V., Nekrasov M.A. Borderline mental disorders and addictive forms of behavior in adolescents and adolescents. Orel; 2005. (In Rus.)
22	Dymond R. Adjustment changes over Therapy Self-sorte. Psychotherapy and Personality Changes / Ed. by Rogers and R. Dymond. — Chicago. — 1954.	Dymond R. Adjustment changes over Therapy Self-sorte. Psychotherapy and Personality Changes. / Ed. by Rogers and R. Dymond. Chicago, 1954.
23	Zigmond AS., Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression scale. — Acta Psychiatr. Scand. — 1983. — Vol.67. — P.361-370.	Zigmond AS., Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression scale. Acta Psychiatr. Scand. 1983; 67:361-370.

Сведения об авторах

Эверт Лидия Семеновна — д.м.н., главный научный сотрудник клинического отделения соматического и психического здоровья детей, НИИ медицинских проблем Севера — обособленное подразделение Федерального исследовательского центра «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», профессор кафедры общепрофессиональных дисциплин ФГБОУ ВО «Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова» Минобрнауки РФ, г. Абакан. E-mail: lidiya_evert@mail.ru

Потупчик Татьяна Витальевна — к.м.н., доцент кафедры фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармацевтической технологии и курсом ПО ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ. E-mail: potupchik_tatyana@mail.ru

Гришкевич Наталья Юрьевна — к.м.н., доц. кафедры детских болезней с курсом ПО ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ. E-mail: grishkevitch@mail.ru

Ахмельдинова Юлия Ринатовна — студентка педиатрического факультета, ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ. E-mail: axmeldinova@mail.ru

ПТСР у пациенток с раком молочной железы после оперативного лечения (мастэктомии). Клинико-психологические особенности

Васильева А.В.^{1,2}, Караваева Т.А.^{1,3}, Лукошкина Е.П.⁴, Вайс Э.Э.³, Яковлева Ю.А.¹

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России,

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,

³ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,

⁴ ООО Многопрофильная клиника «Кадуцей», Санкт-Петербург

Резюме. В статье описываются клинико-психологические особенности формирования ПТСР у пациенток с раком молочной железы (РМЖ) после оперативного лечения (мастэктомии). Проведено сравнение с использованием батареи психодиагностических методик групп пациенток с ПТСР и успешно адаптировавшихся к своему заболеванию. На основании результатов регрессионного анализа выделены социально-психологические факторы риска развития ПТСР у женщин с РМЖ после мастэктомии.

Ключевые слова: тревога, ПТСР, рак молочной железы, мастэктомия, онкология, внутренняя картина болезни, регрессионный анализ, женское психическое здоровье.

Breast cancer related PTSD in patients after surgical treatment (mastectomy). Clinical and psychological issues

Vasileva A.V.^{1,2}, Karavaeva T.A.^{1,3}, Lukoshkina E.P.⁴, Veiss E.E.³, Iakovleva Ia.A.¹

¹ V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology of The Russian Federation Ministry of Health,

² I. I. Mechnikov North-Western Medical State University,

³ Saint-Petersburg State University,

⁴ «Caduseus» Clinic, St. Petersburg

Summary. The article describes clinical and psychological issues of the PTSD development in breast cancer patients after surgical treatment (mastectomy). The results of comparative analysis with the use of the psychodiagnostic tests battery of the breast cancer related PTSD symptoms group and the well coped with cancer related distress group are presented. The regression analysis results allowed to distinguish psycho-social risk factors for breast cancer related PTSD manifestation

Key words: anxiety, PTSD, breast cancer, mastectomy, oncology, internal model of the disease, regression analysis, women mental health

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) значительно расширило свои диагностические критерии за последние десятилетия, в настоящее время активно изучается манифестация и течение этой патологии при соматических жизнеугрожающих заболеваниях [1,6,16]. Тяжесть заболевания, неопределенность прогноза в отношении его течения и страх его прогрессирования, последствия для жизни как самого недуга, так и оперативного лечения требуют мобилизации всего адаптационного психического потенциала личности и могут быть причиной развития адаптационных расстройств различного уровня [3, 5, 12, 14].

Изучение такого коморбидного психического расстройства, как ПТСР является важной не только теоретической, но и практической задачей в связи с его влиянием на функционирование гипоталамо-гипофизарной надпочечниковой оси, что может влиять на течение соматического заболевания [2, 4, 11, 19].

Эпидемиологические данные о распространении ПТСР при соматических заболевани-

ях очень сильно варьируют в зависимости от используемых методов. При применении скрининговых опросников для самозаполнения частота ПТСР у онкологических и кардиологических больных составляет 29,2% и значительно снижается до 4,8%, когда диагноз верифицирует опытный специалист, использующий структурированное интервью [15]. Эббс Дж. С соавторами, проведя мета-анализ 25 исследований, из них 21 касались пациентов с раком молочной железы (РМЖ) с общей выборкой из 4189 пациентов, сделали вывод о достаточно большом разбросе частоты ПТСР от 7,3% до 13,8% в зависимости от используемых скрининговых инструментов [9].

В исследовании пациенток с РМЖ с использованием критериев DSM их в интервью прицельно спрашивали, воспринимали ли они постановку диагноза и план лечения как угрожающие жизни и физической целостности факты, а также переживали ли они в ответ тревогу, ужас и беспомощность, при этом 50-60% респонденток ответили утвердительно, выделяя угрозу жизни в качестве основного переживания [10]. А. Меннерт и

Ю. Кох указывают, что в их исследовании более половины пациенток с РМЖ определили их заболевание как высокотравматичное [17].

РМЖ был выбран в качестве одной из основных злокачественных нозологий для выявления ПТСР у онкологических больных неслучайно, вопреки успехам в лечении этой формы онкопатологии, в связи с его особой значимостью для самоотношения и самооценки женщины в плане собственной феминности и ценности для партнера, риск развития коморбидного ПТСР и самостигматизации особенно при хирургическом лечении (мастэктомии) значительно повышается [6,7].

В практическом плане коморбидные психические нарушения влияют на приверженность пациентов назначенному лечению, так пациентки с РМЖ могут отказываться от оперативного лечения в случаях, когда страх потери женской привлекательности превалирует над рациональными доводами необходимости операции.

Целью данного исследования стало уточнение клинико-психологических характеристик и выявление психосоциальных факторов риска развития ПТСР у женщин с РМЖ, находящихся в ремиссии после мастэктомии как оперативного лечения.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в несколько этапов: первоначально был проведен скрининг всех пациентов на наличие симптомов посттравматического стрессового расстройства при помощи опросника на скрининг ПТСР. В исследовании приняли участие 91 пациентка, среди них 40 женщин имели симптомы ПТСР (балл по скринингу выше 6), они составили экспериментальную группу. В контрольную группу была включена 51 женщина, которые имели достаточный уровень совладания со стрессом. Средний возраст участниц составил $55,8 \pm 11,08$ лет. Все пациентки контрольной и экспериментальной групп имели положительный прогноз и не имели послеоперационных осложнений. В целях адекватного измерения признаков посттравматического стресса была установлена временная граница — не менее 3 месяцев после проведения операции по удалению молочной железы.

Для этого на втором этапе исследования использовался клинический (клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, клинико-патогенетический) метод. С его помощью было возможно определить тяжесть клинических проявлений, течение заболевания, основную психопатологическую симптоматику, выявить анамнестические психо-социальные особенности пациентов. Было разработано авторское структурированное анамнестическое интервью для оценки клинических, социально-демографических и психосоциальных характеристик больных.

Также использовался экспериментально-психологический метод, который включал в себя комплекс методик: 1. Шкала субъективной оценки тяжести воздействия травматического события, ШОВТС (Тарабрина Н.В., 2001) 2. Тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева (Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова, 2006). 3. Я-структурный тест Г. Аммо-

на (Г. Аммон 1976, адаптация Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Т. В. Алхазова, Е. В. Бродская, 1998). 4. Методика для определения типов отношения к болезни «ТОБОЛ» (Вассерман Л. И. и соавт., 2005, 2014) 5. Методика «Опыт близких отношений» (К. Бреннан и К. Фрейли, 2000; адап. Т.В.Казанцева, 2008).

Клинические характеристики. Пациентки обеих групп были проанализированы в связи с длительностью заболевания, наличием осложнений и другими клиническими характеристиками.

Анализ полученных результатов позволяет говорить об отсутствии различий между группами в связи со степенью инвалидности: большинство пациенток экспериментальной и контрольной группы не имели инвалидность (39,6%); у пациенток с симптомами ПТСР инвалидность 1 группы была в 20% случаев, в то время как в контрольной группе лишь в 9,8%, инвалидность второй и третьей группы встречается с почти одинаковой частотой в обеих выборках (25,3% и 20,9% соответственно).

Длительность заболевания в обеих группах варьировала от 4 месяцев до 8 лет. При этом в группе пациенток с ПТСР наиболее часто встречались заболевания длительностью от двух до пяти лет (45%), в то время как в контрольной группе у большинства женщин (37,3%) заболевание имело длительность более 5 лет (37,3%).

Кроме того, следует сказать о тенденции ($p < 0.1$) к различию двух групп по наличию сопутствующих заболеваний, которые встречались несколько чаще в группе пациенток с симптомами ПТСР (67,5% в группе с симптомами ПТСР и 51% в контрольной группе).

Социальные характеристики. Пациентки экспериментальной и контрольной групп были проанализированы в связи с особенностями образования, семейного положения, факторами социальной поддержки. Анализ уровня образования показал, что пациентки с симптомами ПТСР имели более высокий уровень образования в сравнении с пациентками, устойчивыми к стрессу. Так, большинство пациенток с симптомами ПТСР имели высшее образование (70%), остальные имели среднее профессиональное образование (30%); в то время как в контрольной группе высшее образование имели несколько меньший процент женщин (64,7%) также встречались пациентки с незаконченным высшим образованием (11,8%), средним профессиональным (11,8%), средним (7,8%), и незаконченным средним образованием (3,9%).

Анализ семейного положения продемонстрировал следующие результаты: в группе пациенток, устойчивых к стрессу чаще выявлены случаи как одиночества (7,8% в контрольной группе и 0% в экспериментальной), так и вдовства (27,5% и 7,8% соответственно). При этом большее количество пациенток с симптомами ПТСР состояли в браке (62,5% пациенток с ПТСР и 52,9% пациенток, устойчивых к стрессу). Однако при уточнении особенностей семейного анамнеза выявил наличие частых межличностных конфликтов в груп-

пе пациенток с ПТСР (37,5% пациенток с ПТСР и 11,8% пациенток, устойчивых к стрессу), а большинство пациенток, устойчивых к стрессу отрицали наличие конфликтных семейных отношений (66,7%). Можно говорить о том, что наличие длительно существующих выраженных внутрисемейных конфликтов может выступать в качестве кумулятивной травмы, снижающей чувство базовой безопасности и ставящий под вопрос собственную феминность.

Пациентки также опрашивались относительно удовлетворенности в значимых сферах отношений. Анализ полученных результатов позволяет говорить о тенденции ($p < 0.1$) к различию двух групп по наличию ресурсных отношений в семье, которые встречались несколько чаще в группе пациенток, устойчивых к стрессу (58,8% в контрольной группе и 40% в группе с симптомами ПТСР).

Многие пациентки из обеих групп пережили утрату родителей (42,9%), однако в группе пациенток, устойчивых к стрессу большинство из тех, у кого родители еще живы были вполне удовлетворены отношениями с ними (27,5%), в то время как пациентки с симптомами ПТСР совсем не удовлетворены (37,5%). Хорошие отношениями с друзьями также чаще встречались в группе пациенток, устойчивых к стрессу (74,5% в контрольной группе и 45% в группе с симптомами ПТСР).

Были выявлены различия между группами по степени удовлетворенности свое работой: несмотря на то, что многие из пациенток в обеих группах не работали (62,6%), оставшееся большинство пациенток контрольной группы были удовлетворены своей работой полностью (31,4%), в то время как пациентки контрольной группы в большинстве своем были удовлетворены не в полной мере (22,5%).

Был проведен анализ анамнестических данных с помощью структурированного интервью для оценки условий развития. Большинство пациенток обеих групп воспитывались в полных семьях (65,2%), статистически значимых различий по семейному положению выявлено не было. Проявилась тенденция ($p < 0.1$) к различию двух групп по частоте семейных конфликтов: 40% пациенток в контрольной группы и только 15% пациенток с симптомами ПТСР отрицали наличие семейных конфликтов в нуклеарной семье. Случаи физического насилия в детстве достоверно чаще встречались в группе пациенток с симптомами ПТСР (15% в группе с симптомами ПТСР и 0% в контрольной группе).

Большинство пациенток обеих групп воспитывались в основном матерью (59,3%), при этом случаи отцовского воспитания не встречались в контрольной группе, когда как в группе пациенток с ПТСР встречались относительно часто (15%). Гармоничный тип воспитания часто встречался в обеих группах (58,4%); среди неправильных типов воспитания в группе контроля преобладали доминирующая гиперопека (16,3%) и противоречивое воспитание (12,2%), в то время как в группе пациентов с признаками ПТСР чаще встреча-

лись потворствующая гиперопека (15%) и гипоопека (15%). По характеристикам подросткового возраста не найдено значимых различий: у большинства пациенток обеих групп данный период прошел без конфликтов (94,5%).

В литературе, посвященной факторам риска развития ПТСР предшествующие жизненные события рассматриваются как значимый фактор риска для уязвимости в манифестации ПТСР у пациенток с РМЖ [13]. Поэтому в качестве одной из задач исследования стало изучение стрессовых и травматических событий в анамнезе у пациенток обеих групп и их сравнительный анализ. При изучении типа (содержания) травматического события в исследуемых выборках были обнаружены различия между группами, и ряд травматических событий отмечались достоверно чаще. Так, пациентки с коморбидным ПТСР достоверно чаще переживали сексуальное насилие (в данном случае подразумеваются ситуации изнасилования или попытки изнасилования). Среди респондентов подгруппы риска также выявлено больше случаев автомобильных аварий в сравнении с испытуемыми контрольной группы.

Изучение психических травм, связанных со смертью эмоционально значимых людей показало, что пациенты с клиническими признаками ПТСР достоверно чаще переживали утрату отца ($p < 0.05$) и друга ($p < 0.01$). При этом испытуемые контрольной группы чаще переживали утрату супруга ($p < 0.05$). В целом, пациентки обеих групп характеризовались наличием достаточно большого количества утраты близких людей, что возможно обусловлено возрастом испытуемых.

При сравнении обеих групп по наличию стрессовых событий, связанных с семейными отношениями, было обнаружено, что пациенты с ПТСР достоверно чаще сталкивались с постоянными семейными конфликтами ($p < 0.05$), в то время как пациентки, устойчивые к стрессу чаще переживали развод ($p < 0.05$).

При сравнении пациентов в связи с социальной травматизацией, было выявлено, что пациенты с ПТСР чаще сталкивались с вынужденным одиночеством ($p < 0.05$). Кроме того, среди респондентов подгруппы риска было выявлено большее количество случаев потери работы ($p < 0.05$).

Результаты психодиагностического исследования

Исследование жизнестойкости. Был проведен сравнительный анализ средних значений, полученных в ходе психодиагностического исследования.

Изучение показателей жизнестойкости пациенток обеих групп показало статистически значимые различия между группами по всем шкалам. Так, пациенты контрольной группы отличались от пациенток с ПТСР более высоким общим показателем жизнестойкости и трем ее компонентам: вовлеченностью, контролем, принятием риска. Таким образом, пациентки, демонстрирующие более

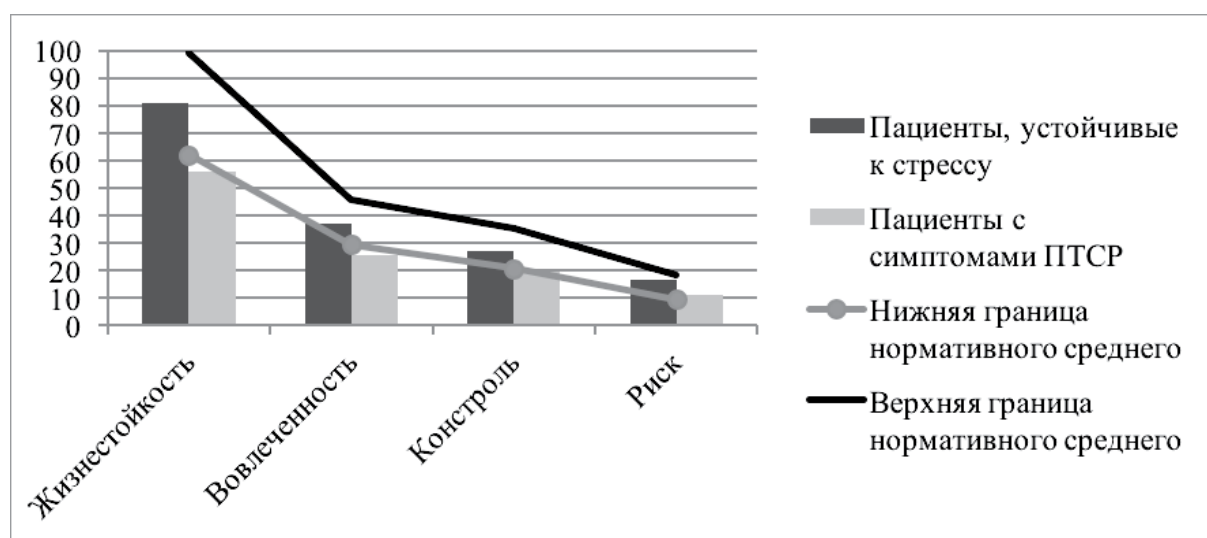


Рисунок 1. Среднегрупповые значения показателей шкал методики «Тест Жизнестойкости» в сравнении с нормативными значениями

Таблица 1. Среднегрупповые значения шкал Я-структурного теста Г. Аммона

Шкалы «Я-структурного теста Г. Аммона» (n=41)	Пациенты, устойчивые к стрессу (n=51)	Пациенты с ПТСР (n=40)	U-Манна-Уитни	p
	M+σ	M+σ		
Агрессия конструктивная (A1)	39,83±14,80	32,02±10,61	767,00	0,042
Агрессия деструктивная (A2)	39,94±6,58	51,00±11,90	1554,5	0,000
Агрессия дефицитная (A3)	46,42±10,39	64,27±10,42	1793,5	0,000
Тревога конструктивная (C1)	42,30±12,82	40,36±12,14	928	0,458
Тревога деструктивная (C2)	49,95±12,41	66,06±9,42	1727	0,000
Тревога дефицитная (C3)	42,68±9,78	55,20±13,74	1571	0,000
Внешнее Я-отграничение конструктивное (O1)	47,38±12,42	34,61±8,58	449	0,000
Внешнее Я-отграничение деструктивное (O2)	54,23±12,13	68,18±10,25	1641	0,000
Внешнее Я-отграничение дефицитное (O3)	35,32±12,13	50,56±7,28	1703,5	0,000
Внутреннее Я-отграничение конструктивное (Q1)	41,99±14,14	32,08±13,94	595,5	0,001
Внутреннее Я-отграничение деструктивное (Q2)	53,86±13,87	63,06±8,91	1423	0,001
Внутреннее Я-отграничение дефицитное (Q3)	40,09±11,31	56,30±9,69	1760	,000
Нарциссизм конструктивный (H1)	38,27±15,29	27,11±9,32	584,5	0,000
Нарциссизм деструктивный (H2)	48,87±16,63	63,36±14,64	1521,5	0,000
Нарциссизм дефицитный (H3)	33,95±9,68	45,06±11,21	1571	0,000
Сексуальность конструктивная (Ce1)	31,33±11,82	31,52±13,30	1016,5	0,977
Сексуальность деструктивная (Ce2)	39,43±10,02	44,86±11,82	1330	0,012
Сексуальность дефицитная (Ce3)	53,54±12,68	57,28±13,32	1,164	0,247

высокий уровень совладания со стрессом характеризовались большей выраженностью позитивных убеждений о вовлеченности в происходящее, своей способности повлиять на результат и положительном восприятии происходящих событий как приобретение опыта, которые способствовали эффективному совладанию со стрессом.

Наглядное соотнесение усредненных шкальных значений для обеих групп между собой и с нормативными значениями (Леонтьев Д.А., Расказова Е.И.) представлено на рис.1.

Анализ данного рисунка позволяет говорить о том, что в группе пациентов с симптомами ПТСР общий показатель жизнестойкости, а также показатель по шкале «Вовлеченность» оказались ниже нормативных значений, а значения по шкалам «Контроль» и «Риск» находились на нижней границе нормы. Вместе с тем, в группе пациенток, устойчивых к стрессу средние значения по всем шкалам оказались в пределах нормативного среднего.

Исследование базовых личностных функций. Изучение базовых личностных функций, полученных при помощи методики Я-структурный тест Г. Аммона [8] и их сравнительный анализ в группах пациентов, устойчивых к стрессу и пациентов с симптомами ПТСР позволило получить данные, представленные в табл.1.

Полученные данные позволяют говорить о статистически значимых межгрупповых различиях по всем шкалам, отражающим дефицитарные и деструктивные Я-Функции: деструктивная агрессия ($p < 0,001$), дефицитарная агрессия ($p < 0,001$), деструктивная тревога ($p < 0,001$), дефицитарная тревога ($p < 0,001$), деструктивное внутреннее Я — отграничение ($p < 0,001$), дефицитарное внутреннее Я — отграничение ($p < 0,001$), деструктивное внешнее Я — отграничение ($p < 0,001$), дефицитарное внешнее Я — отграничение ($p < 0,001$), деструктивный нарциссизм ($p < 0,001$), дефицитарный нарциссизм ($p < 0,001$), деструктивная сексуальность ($p < 0,05$). По всем перечисленным шкалам у пациенток с симптомами ПТСР были получены достоверно более высокие показатели в сравнении с контрольной группой. Кроме того, в группе пациентов, устойчивых к стрессу найдены значимо более высокие значения по шкалам, отражающим конструктивные Я-функции, а именно: конструктивная агрессия ($p < 0,05$), конструктивное внешнее Я-отграничение ($p < 0,001$), конструктивное внешнее Я-отграничение ($p < 0,001$), конструктивный нарциссизм ($p < 0,001$). Таким образом, в структуре личности пациенток с симптомами ПТСР преобладали деструктивно-дефицитарные составляющие Я-функций при сильном снижении их конструктивных показателей, что отражает наличие выраженной психологической дезадаптации в данной группе.

Так, усредненные значения по шкалам «конструктивная агрессия» оказались ниже нормы, в то время как показатели «дефицитарной агрессии» превысили норму. Это указывает на наличие конструктивного дефицита за счет недоразви-

тия Я-функции агрессии, что в поведении проявляется как избегание конфронтаций, неумение отстаивать собственные интересы, активно бороться с невзгодами и трудностями. Кроме того, при выраженной дефицитарной агрессии существенно затруднена возможность открыто проявлять свои эмоции, чувства и переживания.

На нижней границе нормы оказался показатель «конструктивной тревоги» при превышающем норму деструктивного показателя данной Я-функции, что свидетельствует в пользу нарушения способности личности выдерживать переживания, связанные со страхом и тревогой; нарушение гибкой эмоциональной регуляции поведения в случаях опасности в данном случае с тенденцией к катастрофизации и дезинтеграции в ситуации неопределенности, связанной со злокачественным заболеванием.

У пациенток с ПТСР были значительно превышены значения деструктивного внешнего и внутреннего Я-отграничения при крайне низких конструктивных проявлениях этих Я-функций, что отражает снижение способности дифференцировать и интегрировать свой жизненный опыт, ослабление контроля над своим аффективным состоянием и поведением, снижение способности адекватно воспринимать как собственные чувства и потребности, так и эмоции и желания окружающих. Можно говорить, что в данном случае пациентки имеют трудности в разграничении своих собственных негативных сценариев развития заболевания и последствий лечения и объективно существующей медицинской ситуации. Также информация доступная в интернете, в первую очередь негативная, очень быстро включается во внутреннюю картину заболевания без критической оценки. Особенности эго-функций отграничения способствуют более легкому возникновению интрузий (самопроизвольно вторгающихся мысленно-образных представлений), связанных со злокачественным заболеванием и оперативным лечением.

Эго-функция нарциссизма у пациенток с ПТСР имела сходные характеристики: показатели «конструктивного нарциссизма» были ниже нормы при крайне высоких показателях «деструктивного нарциссизма», что отражает выраженную противоречивость самооценки, несогласованность отдельных ее компонентов, нестабильность отношения к себе, обуславливающая большую ранимость самоотношения при стрессовых воздействиях, в частности, ее большую уязвимость в отношении мастэктомии для собственной феминности.

При этом средние значения по шкале «конструктивная сексуальность» оказались ниже нормы в обеих группах, что может быть обусловлено нарушением сексуальных отношений в связи с возрастом испытуемых, их физическим состоянием, последствиями лечения, изменением образа своего тела в связи с калечащим характером оперативного вмешательства.

В целом, анализируя соотношение профилей в двух группах, среди пациентов с ПТСР наблю-

Таблица 2. Среднегрупповые значения характеристик, методики «Тип отношений к болезни» (ТОБОЛ)

Шкалы методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (n=42)	Пациенты, устойчивые к стрессу (n=51)	Пациенты с ПТСР (n=40)	U-Манна-Уитни	p
	M±σ	M±σ		
Гармоничный (Г)	21,22±17,53	9,00±15,87	543	0,001
Эргопатический (Р)	21,83±15,19	21,50±11,90	837	0,687
Анозогнозический (З)	11,36±12,65	1,33±3,44	516	0,000
Тревожный (Т)	8,24±6,35	17,25±9,92	1 344	0,000
Ипохондрический (И)	9,46±6,32	13,66±10,44	85	0,045
Неврастенический (Н)	9,12±7,29	13,08±7,92	1117,5	0,035
Меланхолический (М)	2,40±3,88	8,75±10,34	1222,5	0,001
Апатический (А)	383±3,84	8,25±7,53	1122	0,029
Сенситивный (С)	17,65±9,15	22,75±10,80	1,134	0,025
Эгоцентрический (Э)	9,02±6,06	8,16±5,42	85	0,619
Паранойальный (П)	6,51±6,45	7,91±5,54	1060,5	0,109
Дисфорический (Д)	4,14±5,42	8,08±7,05	1186,5	0,005

дается тенденция к снижению показателей конструктивных шкал и повышению показателей деструктивных шкал в сравнении с группой пациенток, устойчивых к стрессу, что подтверждается результатами сравнительного анализа. В структуре личности пациентов с симптомами ПТСР преобладали деструктивные выражения Я-функций, что указывает на патологический характер отношений с самим собой, с другими людьми, с окружающим миром.

Исследование внутренней картины болезни. В ходе исследования внутренней картины болезни были получены данные, представленные в табл.2.

Анализ среднегрупповых значений по данной методике позволяет говорить о статистически значимых различиях между группами по шкале гармонического ($p<0.01$) и анозогнозического ($p<0.001$) типов отношения к болезни: в контрольной группе пациенток наблюдался больший балл по данным типам. Кроме этого, в группе пациентов с симптомами ПТСР наблюдаются достоверно более высокие значения по шкалам тревожного ($p<0.001$), ипохондрического ($p<0.05$), неврастенического ($p<0.05$), меланхолического ($p<0.01$), апатического ($p<0.05$), сенситивного ($p<0.05$) и дисфорического ($p<0.01$) типов.

Анализ полученных результатов позволяет говорить о том, что в контрольной группе чаще встречались (52,92%) адаптивные типы отношения к болезни (включенные авторами методики в первый блок гармоничный (29,41%), эргопатический (11,76%), и анозогнозический (11,76%).

В группе пациенток с ПТСР одинаково часто встречались как гармоничный (15%) и эргопатический (15%), так и тревожный (15%), сенситивный (15%) и эгоцентрический (15%) типы. При-

мечательно, что в этой группе не встречался анозогнозический тип, наличие которого подразумевает использование психологических защит по типу отрицания и вытеснения болезни. Сравнение двух групп пациентов по частоте встречаемости того или иного типа отношения к болезни позволяет говорить о том, что контрольная группа отличалась более адаптивным отношением к онкозаболеванию.

Типы привязанности. Анализ полученных результатов позволяет говорить о наличии значимых различий как по шкале «тревожность» ($p>0,01$), связанной с сенситивностью, зависимостью, эмпатией, эмоциональной незрелостью, так и по шкале «избегание близости» ($p>0,001$), отражающей эмоциональную сдержанность, осторожность, социальную пассивность, эгоцентричность, независимость в социальном поведении. В обоих случаях усредненные значения в группе пациенток с ПТСР оказались более высокими.

Результаты множественного регрессионного анализа (МРА). Для более глубокого изучения взаимосвязи психологических характеристик со степенью выраженности ПТСР и выявления совокупного влияния различных психологических факторов на степень ПТСР был проведен множественный регрессионный анализ.

В качестве зависимой переменной для проведения МРА была выбран балл, полученный пациентами по шкале скрининга ПТСР, при этом рассматривалось значение на шкале от 0 до 10, т.е. от минимального, что свидетельствует об отсутствии признаков ПТСР, до максимального, что соответствует наличию клинически выраженного ПТСР.

В качестве независимых переменных были выбраны значения, полученные по всем шкалам пси-

Таблица 3. Модель регрессионной зависимости психологических характеристик и выраженности симптомов ПТСР

Включенные переменные	Нестандартизованные		Стандартизованные	t	p
	B	Стандартная ошибка	β (beta)		
(Константа)	4,978	2,466		2,019	0,118
3 блок ТОБОЛ	-0,023	0,010	-0,188	-2,195	0,031
Деструктивность	0,079	0,031	0,304	2,569	0,012
Избегание близости	0,142	0,090	0,150	1,579	0,047
Жизнестойкость	-0,070	0,016	-0,488	-4,387	0,000

ходиагностической части исследования. С целью сокращения размерности данных шкалы методики ТОБОЛ были объединены в три блока, изначально выделенные авторами методики: **первый блок** включает гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается; **второй блок** включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации; в **третий блок** вошли сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных. Была также проведена методика оценки психического здоровья (МОПЗ) на основе показателей, полученных с помощью Я-структурного теста Г. Аммона.

Из нескольких моделей взаимосвязи исследуемых явлений для дальнейшего анализа была выбрана модель, включающая четыре переменные, оказывающие наибольшее влияние ($R^2=0,57$). Указанное значение квадрата детерминации говорит о том, что модель может объяснить 57% дисперсии зависимой переменной, т.е. группы, к которой в итоге можно отнести пациентку; стоит отметить, что данное значение является удовлетворительным показателем. Также данная модель характеризуется высоким значением F-критерия Фишера ($F=28,08$) и высоким уровнем значимости ($p<0,001$). В таблице 3 представлены коэффициенты для анализируемой модели.

Анализ модели позволяет увидеть, что на отнесение пациенток к той или иной группе влияет совокупность следующих факторов: значение по совокупной шкале «Деструктивность» согласно «Методике оценки психического здоровья», значение по шкале «Избегание Близости» методики «Опыт близких отношений», общий показатель жизнестойкости согласно методике «Тест Жизнестойкости», а также 3-й блок типов отношения к болезни. При этом наибольший вклад в общую прогностичность вносит переменная «Жизне-

стойкость» ($\beta=-0,488$; $p<0,001$), далее по значимости следует «Деструктивность» ($\beta= 0,304$; $p<0,05$), следующим значимости оказался 3-й блок ТОБОЛ ($\beta= -0,188$; $p<0,05$), меньшую значимость имел показатель «Избегание близости» ($\beta= 0,150$; $p<0,05$).

С учетом того, что максимальным значениям независимой переменной соответствовала максимальная выраженность ПТСР, мы можем интерпретировать полученные в ходе МРА результаты следующим образом: чем выше показатель по суммарной шкале «Деструктивность» вместе со шкалой «Избегание близости», с одновременным снижением показателя Жизнестойкости вместе с показателями сенситивного, эгоцентрического, дисфорического и паранойяльного типов отношения к болезни, тем больше вероятность наличия у пациента симптомов ПТСР.

Блок деструктивности формируется как суммарный показатель по шести деструктивным шкалам, и фактически отражает имеющуюся психопатологическую симптоматику. Повышение по данной шкале оценивается как деформированность структуры личности, ее дезинтегрированность, нарушение процесса становления Я-идентичности, что определяет повышенную готовность к манифестации психопатологической симптоматики в условиях психотравмирующего воздействия.

Повышение по шкале «избегание близости» отражает заострение таких личностных черт, как эмоциональная сдержанность, осторожность, социальная пассивность, эгоцентричность, независимость в социальном поведении, что приводит к нарушению близких отношений, трудностям в поиске социальной поддержки, выраженному страху утраты автономии и самостоятельности в условиях онкологического заболевания и его лечения.

Жизнестойкость представляет собой суммарный показатель по трем шкалам «Вовлеченность», «Контроль», «Принятие риска» и отражает систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром, которые препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания со стрессами и восприятия их как менее значимых. Снижение показателей жизнестойкости отражают ощущение себя «вне» жизни, переживание собственной беспомощности, стремление к комфорту и безопасности в противовес принятию риска.

Третий блок типов отношения к болезни включает сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных. Снижение показателей по данному блоку может быть сведено к преобладанию интрапсихического реагирования, т.е. фиксации на болезненном состоянии, уходе в болезнь и сверхсосредоточенности на проявлениях недуга в противовес отреагированию эмоций, собственного интерпсихического реагирования.

В результате разработанной модели можно выделить следующие факторы риска развития ПТСР в данном контингенте больных: преобладание деструктивного профиля Я-функций; дефицит, не-

сформированность базовых позитивных убеждений о мире и себе, определяющих эффективное совладание с психотравмирующим фактом болезни; чрезмерная автономность и стремление к независимости в близких отношениях, ведущие к снижению способности открыто проявлять и отреагировать во вне эмоции и переживания; снижение способности использовать социальное окружение в качестве поддержки в ситуации онкологического заболевания.

Полученные данные могут быть использованы в онкопсихологии для выделения уязвимых контингентов в отношении развития ПТСР, также выделенные факторы риска могут одновременно быть определены как основные мишени для психотерапевтических интервенций и повышения адаптационного потенциала пациенток с РМЖ.

Литература

1	Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П. Развитие посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями // Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов: руководство. — СПб.: Изд-во АНО «Вопросы онкологии». — 2017. — С.228–241.	Vasilieva A.V., Karavaeva T.A., Lukoshkina E.P. Development of posttraumatic stress disorder in patients with oncological diseases. <i>Oncopsychologia dlya vrachei-onkologov I medicinskih psichologov: rukovodstvo</i> . St. Petersburg: Izdatelstvo ANO «Voprosi onkologii». 2017: 228-241. (In Rus.).
2	Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П. Социально-психологические факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями прямой кишки, подвергшихся хирургическому лечению с формированием колостомы // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2018. — № 2. — С.44–53.	Vasilieva A.V., Karavaeva T.A., Lukoshkina E.P. Socio-psychological risk factors for the development of post-traumatic stress disorder in patients with oncological diseases of the rectum, subjected to surgical treatment with the formation of colostomy. <i>Obozrenie psichiatrii I medicinskoj psichologii imeni V. M. Bekhtereva</i> . 2018; 2: 44-53. (In Rus.).
3	Лукошкина Е.П., Караваева Т.А., Васильева А.В. Этиология, эпидемиология и психотерапия сопутствующих психических расстройств при онкологических заболеваниях // Вопросы онкологии. — 2016. — №6. — С.774–784.	Lukoshkina E.P., Karavaeva T.A., Vasilieva A.V. Etiology, epidemiology and psychotherapy of concomitant mental disorders in oncological diseases. <i>Voprosi onkologii</i> . 2016; 6: 774-784. (In Rus.).
4	Олейникова И.Н., Генс Г.П., Коробкова Л.И., Московченко Д.В., Сирота Н.А. Диагностика посттравматического стрессового расстройства у больных раком яичников // Вопросы онкологии — 2013 — №59. — С.12-25.	Oleinikova I.N., Gens G.P., Korobkova L.I., Moskochenko D.V., Sirota N.A. Diagnosis of posttraumatic stress disorder in patients with ovarian cancer. <i>Voprosi onkologii</i> . 2013; 59 (3): 12-25. (In Rus.).
5	Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психодиагностика страха прогрессирования заболевания: результаты апробации русскоязычной версии опросника страха прогрессирования заболевания // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2014. — № 4. — С.86-91.	Sirota N.A., Moskochenko D.V. Psychodiagnostics of the fear of disease progression: results of approbation of the Russian-language version of the questionnaire of fear of disease progression. <i>Obozrenie psichiatrii I medicinskoj psichologii imeni V.M. Bekhtereva</i> . 2014; 4: 86-91. (In Rus.).
6	Тарабрина Н.В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. — 2014. — № 1. — С.9-13.	Tarabrina N.V. Post-traumatic stress in patients with life-threatening (oncological) diseases. <i>Consultativnaya psichologia i psichoterapiya</i> . 2014; 1: 9-13. (In Rus.).

7	Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., Падун М.А., Шаталова Н.Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы / М.: Изд-во «Институт психологии РАН». — 2010. — №1. — С.175.	Tarabrina NV, Vorona OA, Kurchakova MS, Padun MA, Shatalova NE Oncopsychology: post-traumatic stress in breast cancer patients. М.: Izdatelstvo «Institut Psychologii RAN». 2010; 1:175. (In Rus.).
8	Я-структурный тест Аммона: опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей // НИПНИ им. В. М. Бехтерева. — СПб. — 1998. — 70с.	I-structural test of Ammon: a questionnaire for the assessment of central personal functions at the structural level: posobie dlya psichologov i vrachei NIPNI him. V. M. Bekhtereva. St. Petersburg. 1998; 70p. (In Rus.).
9	Abbey G., Thompson S.B., Hickish T., Heathcote D. A. Meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder // Psychooncology. — 2015. — №24. — P.371-381. DOI: 10.1002/pon.3654	Abbey G, Thompson SB, Hickish T, Heathcote D. A Meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. Psychooncology. 2015; 24: 371-381. DOI: 10.1002/pon.3654
10	Cordova M.J., Giese-Davis J., Colant M., Kronenwetter K., Chang V., Spiegel D. Breast cancer as trauma: posttraumatic stress and posttraumatic growth // Journal Clin. Psychol. Med. Setting. — 2007. — №14 — P.308-319.	Cordova M.J., Giese-Davis J., Colant M., Kronenwetter K., Chang V., Spiegel D. Breast cancer as trauma: posttraumatic stress and posttraumatic growth. Journal Clin. Psychol. Med. Setting. 2007; 14: 308-319.
11	Einsle F., Kraft D., Koellner V. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology –which diagnostic tools should be used // J.Psychosom Res. — 2012. — №72. — P.434-438. DOI:10.1016/j.jpsychores.2012.02.008	Einsle F., Kraft D., Koellner V. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology –which diagnostic tools should be used. J.Psychosom Res. 2012; 72(6): 434-438. DOI:10.1016/j.jpsychores.2012.02.008
12	Gil Moncayo F.L., Costa Requena G., Perez F.J., Salamero M., Sanchez N., and Sirgo A. Psychological adjustment and prevalence of psychiatric disorders in cancer patients // Med Clin (Bare). — 2008. — №130. — P.90-102.	Gil Moncayo F.L., Costa Requena G., Perez F.J., Salamero M., Sanchez N., and Sirgo A. Psychological adjustment and prevalence of psychiatric disorders in cancer patients. Med Clin (Bare). 2008; №130: 90-102.
13	Green B.L., Krupnick J.L., Rowland J. H. et. Al. Trauma history as a predictor of psychologic symptoms in women with breast cancer // Journal of clinical oncology. — 2000. — №18. — P.1084-1093.	Green B.L., Krupnick J.L., Rowland J.H. et. Al. Trauma history as a predictor of psychologic symptoms in women with breast cancer. Journal of clinical oncology. 2000; 18: 1084-1093.
14	Gurevich M., Devins G.M., Rodin G.M. Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues // Psychosomatics. — 2002. — №43. — P.259-281.	Gurevich M., Devins G.M., Rodin G.M. Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues. Psychosomatics. 2002; 43: 259-281.
15	Kokoszka A., Bohaterewicz B., Jelenska K. et. Al. Post-traumatic stress disorder among patients waiting for cardiac surgery // Archives of Psychiatry and Psychotherapy. — 2018. — №2. — P.20-25. DOI: 10.12740/app/91001	Kokoszka A., Bohaterewicz B., Jelenska K. et. Al. Post-traumatic stress disorder among patients waiting for cardiac surgery. Archives of Psychiatry and Psychotherapy. 2018; 2: 20-25. DOI: 10.12740/app/91001
16	Lee Y-L., Santacroce Sh.J. Posttraumatic stress in long-term young adult survivors of childhood cancer: A questionnaire survey // General Hospital Psychiatry. — 2007. — №29. — P.251-256.	Lee Y-L., Santacroce Sh.J. Posttraumatic stress in long-term young adult survivors of childhood cancer: A questionnaire survey. General Hospital Psychiatry. 2007; 29: 251-256.
17	Mehnert A., Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study // Psychooncology. — 2007. — №16. — P.181-188.	Mehnert A., Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. Psychooncology. 2007; 16: 181-188.

18	<i>Okamura H., Watanabe T., Narabayashi M. et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: Prevalence and risk factors // Breast Cancer Res Treat. — 2000. — №61 — P.131-137.</i>	<i>Okamura H., Watanabe T., Narabayashi M. et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: Prevalence and risk factors. Breast Cancer Res Treat. 2000; 61: 131-137.</i>
19	<i>Richter J.C., Waydhas C., Pajonk F-G. Incidence of Posttraumatic Stress Disorder After Prolonged Surgical Intensive Care Unit Treatment // Psychosomatics. — 2006. — №47. — P.223-230.</i>	<i>Richter J.C., Waydhas C., Pajonk F-G. Incidence of Posttraumatic Stress Disorder After Prolonged Surgical Intensive Care Unit Treatment. Psychosomatics. 2006; 47: 223-230.</i>

Сведения об авторах

Васильева Анна Владимировна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных расстройств и психотерапии, руководитель международного отдела ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, доцент кафедры психотерапии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail annavdoc@yahoo.com
ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-5116-836X>

Каравасева Татьяна Артуровна — доктор медицинских наук, руководитель, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (Санкт-Петербург). E-mail: tania_kar@mail.ru
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

Лукошкина Екатерина Павловна — клинический психолог, ООО многопрофильная клиника «Кадудей». E-mail: lukoshkina.ekaterina@gmail.com

Вайс Эвелина Эдуардовна — студентка 6 курса факультета клинической психологии СПбГУ. E-mail: evelina.vays@yandex.ru

Яковлева Юлия Александровна — к.м.н., старший научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава РФ. E-mail: yua.08@mail.ru

Роль ацетилхолиновой нейротрансмиссии в патогенетической терапии болезни Альцгеймера

Захаров Д.В., Михайлов В.А., Коцюбинская Ю.В.

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

Резюме. Болезнь Альцгеймера (деменция альцгеймеровского типа) (БА) представляет собой первичное прогрессирующее нейродегенеративное заболевание головного мозга с характерными клиническими и патоморфологическими чертами, индивидуальными особенностями течения и выраженности симптомов, а также множественными конвергирующими этиопатогенетическими механизмами. Наиболее удачно разработанной в настоящее время являются компенсаторная (заместительная) терапия, направленная на преодоление нейротрансмиттерного дефицита в различных нейрональных системах, которые в большей или меньшей степени страдают при развитии БА. Холина альфосцерат (Глиатилин) является холиномиметиком центрального действия с преимущественным влиянием на центральную нервную систему. В процессе метаболизма молекула Глиатилина (холина альфосцерат) проходит расщепление на холин (40,5 %) и глицерофосфат. Образовавшийся холин стимулирует синтез ацетилхолина, улучшающего передачу нервных импульсов в холинергических нейронах, а глицерофосфат стимулирует образование фосфатидилхолина, который восстанавливает фосфолипидный состав мембран нейронов, улучшая их пластичность. Помимо стимулирующего эффекта на когнитивные функции и улучшения памяти и внимания, коррекции психоэмоциональных нарушений, Глиатилин (холина альфосцерат) положительно влияет на церебральный кровоток, ускоряет метаболизм и активирует структуры ретикулярной формации головного мозга. Эффект воздействия на глию выражается в подавлении активации воспаления, уменьшении внутриклеточного отека и снижению микрососудистой проницаемости.

Холина альфосцерат (Глиатилин) может быть рекомендован к использованию у пациентов с БА как при монотерапии, так и при комплексном лечении.

Ключевые слова: болезнь Альцгеймера, когнитивный дефицит, холина ацетат (Глиатилин), лечение деменции,

Choline Alfoscerat (Gliatilin) in the pathogenetic therapy of Alzheimer's disease

Zaharov D.V., Mihailov V.A. Kotsiubinskaya Y.V.

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

Summary. Alzheimer's disease (Alzheimer's type dementia) (BA) is a primary progressive neurodegenerative disease of the brain with characteristic clinical and pathological features, individual characteristics of the course and severity of symptoms, as well as multiple converging etiopathogenetic mechanisms. The most successfully developed at the present time are compensatory (replacement) therapy aimed at overcoming the neurotransmitter deficiency in various neuronal systems, which are more or less affected by the development of Alzheimer's disease. Choline alfoscerat (Gliatilin) is a cholinomimetic of central action with a predominant effect on the central nervous system. In the process of metabolism, the molecule of Gliatilin (choline alfoscerate) undergoes cleavage into choline (40.5%) and glycerophosphate. The resulting choline stimulates the synthesis of acetylcholine, which improves the transmission of nerve impulses in cholinergic neurons, and glycerophosphate stimulates the appearance of phosphatidylcholine, which restores the phospholipid composition of neuronal membranes, improving their plasticity. Gliatilin (choline alfoscerate) has a stimulating effect on cognitive functions and improves memory and attention, leads to the correction of psycho-emotional disorders. Gliatilin (choline alfosceratus) positively increases in cerebral blood flow, accelerates metabolism and activates structure brain reticular formation. The effect on glia is expressed in suppressing the activation of inflammation, reducing intracellular edema and reducing microvascular permeability.

Choline alfoscerat (Gliatilin) can be recommended for use in patients with asthma as monotherapy, and about complex treatment.

Key words: Alzheimer's disease, cognitive dysfunction, cholinergic deficiency, choline alfoscerat (Gliatilin), treatment of dementia.

Болезнь Альцгеймера (деменция альцгеймеровского типа) (БА) принадлежит к числу наиболее распространенных и тяжелых заболеваний позднего возраста. По заключению экспертов Всемирной организации здравоохранения, БА является наиболее частой причиной слабоумия в пожилом и старческом возрасте. Глобаль-

ная распространенность деменции в мире (с преимущественным удельным весом БА), по данным 2010 г., составляет 35,6 миллионов лиц и будет практически удваиваться каждые 20 лет до 65, 7 миллионов в 2030 и 115, 4 миллионов в 2050 г. [7].

БА представляет собой первичное прогрессирующее нейродегенеративное заболевание голов-

ного мозга с характерными клиническими и патоморфологическими чертами, индивидуальными особенностями течения и выраженности симптомов, а также множественными конвергирующими этиопатогенетическими механизмами.

Этиология этого поражения до конца не изучена. Ряд исследователей предполагают, что сочетание факторов риска, которые включают пожилой возраст, наличие эпсилон 4 генотипа липопротеина Е, ожирение, резистентность к инсулину, васкулярные факторы, дислипидемию, гипертензию и воспалительные маркеры [11; 18; 22; 23], запускают патофизиологический каскад, который в течение десятилетий ведет к формированию нейродегенеративной патологии альцгеймеровского типа и развитию деменции.

На основании данных современных исследований создана модель патогенеза БА, которая может быть использована и для потенциальных терапевтических подходов.

Отложение нерастворимой β -формы амилويدного пептида ($A\beta$) рассматривают как первичное нейротоксическое воздействие на нейроны головного мозга. Накопление $A\beta$ в амилонидных пластинках может быть следствием нарушения в клиренсе амилоида или повышения активности протеаз, ответственных за образование $A\beta$ (β - и гамма-секретазы), что приводит к избытку его образования. ApoE-4 — один из основных факторов риска развития БА — участвует в механизмах отложения $A\beta$ пластинок за счет активации полимеризации $A\beta$ или нарушения его клиренса. Микротубулярный протеин тау подвергается гиперфосфорилированию с вовлечением процессов, связанных с формированием $A\beta$. В свою очередь, оксидантный стресс способствует агрегации тау-протеина в нейрофибриллярные клубочки путем образования патологических связей с окисленными белками.

Патологические изменения в клеточной физиологии и цитоскелетной морфологии влекут за собой дополнительные нейродегенеративные изменения, сопровождающиеся утратой синаптических связей и клеточных рецепторов. Воспалительный ответ на образование $A\beta$ усиливает нейрональную дисфункцию и приводит к гибели нейронов головного мозга. Возникающие при этом цитотоксические механизмы сопровождаются накоплением комплемента и освобождением цитокинов за счет активации микроглии. Формирующийся дефицит основных нейротрансмиттеров (в частности, ацетилхолина) и нарушение нейрональных связей клинически проявляются симптомами деменции в виде когнитивных и поведенческих нарушений. Патогенез поведенческих нарушений до конца не ясен, однако современные исследования подтверждают значимость нейротрансмиттерных вариаций, и прежде всего дисфункцию холинергических систем головного мозга [21].

В последние десятилетия предпринимались попытки целенаправленного воздействия как на уже известные звенья патогенеза нейродегенеративного процесса, лежащего в основе БА, так

и на последствия тех дисфункциональных расстройств, возникающих на клеточном и молекулярном уровнях. Наиболее хорошо разработанными из них являются компенсаторная (заместительная) терапия, направленная на преодоление нейротрансмиттерного дефицита в различных нейрональных системах, которые в большей или меньшей степени страдают при развитии БА.

Роль холинергической системы в развитии когнитивных расстройств была установлена еще в 1982 году R.T. Bartus с соавторами [9] и на сегодняшний день подтверждена многочисленными исследованиями, свидетельствующими о снижении холинергических базально-кортикальных проекций мозга; существенной утрате холинергических нейронов в базальном ядре Мейнерта; редуцированной активности холинацетилтрансферазы, необходимой для синтеза ацетилхолина; снижении концентрации мускариновых и никотиновых рецепторов; наличии корреляций между редуцированной холинотрансферазой, утратой нейронов в базальных ганглиях и бляшками, содержащими β -амилоидный белок, между холинергическим дефицитом и снижением выполнения когнитивных тестов [24]. В свою очередь, было установлено, что увеличение концентрации ацетилхолина в мозге способствует росту нейронов и увеличению числа синапсов. Поэтому наиболее перспективным направлением в лечении когнитивной дисфункции является воздействие на систему нейротрансмиттеров головного мозга.

Для повышения уровня холина используются различные молекулы: предшественники холина, ингибиторы ацетилхолинэстеразы, агонисты никотиновых рецепторов и антагонисты M2 рецепторов [5]. Терапевтические эффекты ингибиторов ацетилхолинэстеразы, так же как и безопасность их применения больными БА на стадии мягкой и умеренной деменции, были убедительно показаны в многочисленных отечественных и зарубежных клинических исследованиях. В ходе клинических исследований был выявлен также нейропротекторный эффект ингибиторов ацетилхолинэстеразы, приводящий к замедлению прогрессирования болезни Альцгеймера. Можно отметить дозозависимость их действия, а также наибольшую эффективность для пациентов с относительно более сохранными высшими психическими функциями. Однако применение ингибиторов ацетилхолинэстеразы в дозировках, обладающих большей эффективностью (высокие дозы), связано с возможным развитием побочных эффектов, включая брадикардию, которая относительно широко распространена при данных обстоятельствах. Также одной из главных проблем терапии ингибиторами ацетилхолинэстеразы является динамическое (зависимое от времени) снижение эффективности лечения и не способность повышать синтез ацетилхолина.

Еще одним классом медикаментозных препаратов, действие которых направлено на преодоление холинергической недостаточности являются препараты, непосредственно восполняющие дефи-

цит ацетилхолина. Среди предшественников холина особое место занимает холина альфосцерат (Глиатилин) благодаря его доказанной эффективности в лечении нейродегенеративных и ишемических поражениях центральной нервной системы. Глиатилин является холиномиметиком центрального действия с преимущественным влиянием на центральную нервную систему. В состав препарата входит 40,5% защищенного холина. Механизм действия основан на расщеплении молекулы на холин и глицерофосфат. Образовавшийся холин служит основой синтеза ацетилхолина, улучшающего передачу нервных импульсов в холинергических нейронах, а глицерофосфат стимулирует образование фосфатидилхолина, который восстанавливает фосфолипидный состав мембран нейронов, улучшая их пластичность [29; 16; 25].

Согласно данным мета-анализа, исследований эффективности ноотропных препаратов, холина альфосцерат является наиболее активным из холин-содержащих фосфолипидов в повышении уровня ацетилхолина в головном мозге [14]. Так в работе Тауебати S. с соавторами [27] продемонстрировано преимущество препарата Глиатилин в сравнении с цитиколином по влиянию на пресинаптический везикулярный транспорт ацетилхолина во фронтальной коре головного мозга. В нескольких исследованиях сообщалось, что повышение выделения ацетилхолина в гиппокампе на фоне приема холин-альфосцерата коррелировало с улучшением памяти и внимания, а также с редукцией аффективных и общемозговых симптомов (усталость, головокружение) у пациентов с сосудистой деменцией [19]. Глиатилин также увеличивает церебральный кровоток, усиливает метаболические процессы и активизирует структуры ретикулярной формации головного мозга [15]. 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 [1; 19]. Также было обнаружено, что по сравнению с цитиколином в равных дозах (1000 мг в/м) Глиатилин оказывает более благоприятное влияние по шкале Сандоз [19].

Установлены эффективность и безопасность применения холина альфосцерата у пациентов с нейродегенеративной деменцией [3]. Так в многоцентровом рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании с двойным контролем, проведенном у 261 пациента с деменцией при БА, лечение холина альфосцератом (1200 мг/день в течение 180 дней) значительно замедлило ухудшение познавательной способности [10].

В 2015 году в России закончено многоцентровое открытое проспективное исследование влия-

ния холина альфосцерата, 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», «Рисование часов», пробы Шульте, шкалы Mini-MentalStateExamination (MMSE)) достоверно показано положительное влияние на когнитивные функции. При анализе динамики показателей инструментальных методов исследования пациентов, было выявлено улучшение функциональной активности головного мозга, подтвержденные данными ЭЭГ и улучшение кровотока на интракраниальном уровне [6].

У пациентов с деменцией применение холина альфосцерата возможно 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 ацетилхолинэстеразы (АХЭ) [8]. Холина альфосцерат (Глиатилин) также имеет доказанный профилактический и лечебный эффект при развитии у пожилых пациентов также проявлений психоорганического синдрома [2].

В Европе проведено двойное слепое многоцентровое клиническое исследование ASCOMALVA [12], в котором оценивалась эффективность 2-х летнего комбинированного применения ингибитора холинэстеразы донепезила и холинергического предшественника холина альфосцерата (Глиатилин) у пациентов с ишемическим поражением головного мозга и диагностированной болезнью Альцгеймера. В исследование были включены 210 пациентов в возрасте от 59 до 93 лет (в среднем 77 лет). На этапе включения пациенты имели от 15 до 24 баллов по шкале MMSE. Все пациенты случайным образом были рандомизированы в группу активного (донепезил + холина альфосцерат) либо сравнительного лечения (донепезил + плацебо). При оценке показателей когнитивных функций по шкалам MMSE и шкале оценки когнитивных функций при болезни Альцгеймера (Alzheimer's Disease Assessment Scale — Cognitive Subscale (ADAS-cog)), выполненной у пациентов с болезнью Альцгеймера, получены следующие результаты. В группе сравнения (донепезил + плацебо) было выявлено их умеренное динамическое ухудшение. Лечение донепезилом и холина альфосцератом (основная группа), наоборот, препятствовало снижению результатов по шкалам MMSE и ADAS-cog. Влияние комбинированного лечения на показатели психометрических тестов спустя 12 и 24 месяца было статистически значимым.

При выполнении функциональной оценки показано снижение значений в баллах по шкале оценки основных видов деятельности в повседневной жизни (Basic Activities of Daily Living — BADL) и шкале оценки способности к самообслуживанию (Instrumental Activities of Daily Living — IADL) в обеих группах. По завершении 2-летней терапии значения по шкале BADL существенно отли-

чались между контрольной группой и группой донепезила и холина альфосцерата. Оценки по шкале IADL спустя 12 и 24 месяца наблюдения были лучше у пациентов, получавших активную терапию, по сравнению с контрольной группой. По данным, полученным при нейропсихиатрическом исследовании в отношении степени тяжести состояния пациента, а также степени дистресса ухаживающих лиц на 12-м месяце наблюдения и по окончании 2-летней терапии, отмечено значительное снижение рассматриваемых параметров у пациентов, использовавших донепезил и холина альфосцерат, по сравнению с теми, кто принимал только донепезил. Переносимость терапии в этой группе была оценена как «хорошая». В клиническом исследовании ASCOMALVA результаты двухлетнего клинического наблюдения продемонстрировали, что терапия на основе холина альфосцерата, максимально полно устраняет холинергический дефицит, оказывает выраженный клинический эффект в отношении восстановления когнитивных и двигательных функций, способности к самообслуживанию. А комбинация приема с ингибитором холинэстеразы у пациентов с деменцией показывает более низкие поведенческие нарушения, чем в группе монотерапии донепезилом. Результаты исследования ASCOMALVA и клинического наблюдения свидетельствуют, что комбинированное применение холинергических препаратов — холина альфосцерата и донепезила — замедляет прогрессирующее снижение терапевтического ответа, которое является распространенной пробле-

мой в случае долгосрочного лечения ингибиторами ацетилхолинэстеразы.

В экспериментах посвящённых нейропротективным эффектам терапии было установлено, что использование холина альфосцерата предотвращало гибель нервных клеток и патологическую активацию глии [28]. Применение холина альфосцерата подавляло транскрипцию провоспалительных агентов [30;31], уменьшало отек тканей и микрососудистую проницаемость [17]. В нескольких исследованиях описан защитный эффект холина альфосцерата на воспалительные цитокины (IL-1 β , IL-6 и TNF- α) [13; 20]. Также было обнаружено, что совместное введение галантамина с холина альфосцератом вызывает нейропротекторные эффекты, превосходящие результаты монотерапии этими препаратами [26]. В ряде работ было установлено, что холина альфосцерат способен повышать синтез и выброс ацетилхолина у пациентов с иными дегенеративными поражениями головного мозга. Так имеются сведения о его успешном применении у пациентов с болезнью Паркинсона [4].

Резюмируя все вышеперечисленное следует отметить, что значимость коррекции холинергического дефицита при деменции, в том числе нейродегенеративной, обусловлена патогенетическими аспектами, а препарат Глиатилин (холина альфосцерат) является на сегодняшний день одним из наиболее когнитивно-ориентированных препаратов, который также сохраняет социальное функционирование и способность к самообслуживанию.

Литература

1	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 // 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. «Sosudistayapatologiyannervisistemy». —SPb.—1998.—S.173- 174. (In Rus.).
2	Балунов О.А., Черненко В.П., Михайлов В.А., Садов О.Г., Алемасова А.Ю. Исследование клинической эффективности глиатилина у больных с мультиинфарктной деменцией // «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. «Neotlozhnayanevrologiya» materialynauchno-prakticheskoi konferentsii. — Omsk. — 1998. — S.7-9. (In Rus.).
3	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. — 326s. (In Rus.).
4	Левин О.С., Батукаева Л.А., Аникина М.А., Юнищенко Н.А. Эффективность и безопасность холин-альфосцерата (Cere-ton) у пациентов с болезнью Паркинсона с когнитивными нарушениями // Neurosci Behav Physiology. — 2011. — №41. — С.47-51.	Levin O.S., Batukayeva L.A., Anikina M.A., Yushchenko N.A. Efficacy and safety of choline-alfoserate (Cere-ton) in patients with Parkinson's disease with cognitive impairment.— NeurosciBehavPhysiology. — 2011. — T.41. — S.47-51. (In Rus.).

5	Чуканова Е. И., Чуканова А. С. Отдельные механизмы патогенеза формирования недостаточности мозгового кровообращения. Жур. Фарматека (кардиология / неврология). — 2014. — № 13. — С.14–20.	Chukanova E.I., Chukanova A.S. Separate mechanisms of the pathogenesis of the formation of cerebral insufficiency. Zhur. Farmateka (kardiologiya / nevrologiya). — 2014. — T.13. — S.14–20. (InRus.).
6	Чуканова Е.И., Чуканова А.С. Холина альфосцерат (Делецит) как одно из направлений лечения когнитивных расстройств // Медицинский алфавит. — 2016. — №14. — С.12–16.	Chukanova E.I., Chukanova A.S. // Choline alfoscerat (Delecit) as one of the treatment of cognitive disorders // Meditsinskiialfavit. — 2016. — №14. — S.12–16. (InRus.).
7	Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement. — 2013. — Vol.9. — P.208–267. DOI: 10.1016/j.jalz.2013.02.003.	Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. AlzheimersDement. 2013; 9:208–267. DOI: 10.1016/j.jalz.2013.02.003.
8	Amenta F, Tayebati SK, Vitali D, Di Tullio MA. Association with the cholinergic precursor choline alphoscerate and the cholinesterase inhibitor rivastigmine: an approach for enhancing cholinergic neurotransmission // Mech Ageing Dev. — 2006. — V.127. — P.173–179. DOI: 10.1016/j.mad.2005.09.017	Amenta F, Tayebati SK, Vitali D, Di Tullio MA. Association with the cholinergic precursor choline alphoscerate and the cholinesterase inhibitor rivastigmine: an approach for enhancing cholinergic neurotransmission // Mech Ageing Dev. — 2006. — V.127(2). — P.173–179. DOI: 10.1016/j.mad.2005.09.017
9	Bartus R.T., Dean III R.L., Beer B., Lippa A.S. The cholinergic hypothesis of geriatric memory dysfunctions // Science. — 1982. — V.217. — P.408–417. DOI: 10.1126/science.7046051}.	Bartus R.T., Dean III R.L., Beer B., Lippa A.S. The cholinergic hypothesis of geriatric memory dysfunctions // Science. — 1982. — V.217. — P.408–417. DOI: 10.1126/science.7046051}.
10	De Jesus Moreno M. Cognitive improvement in mild to moderate Alzheimer's dementia after treatment with the acetylcholine precursor choline alfoscerate: a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial // ClinTher. — 2003. — vol.25. — P.178–193. PMID: 12637119.	De Jesus Moreno M. Cognitive improvement in mild to moderate Alzheimer's dementia after treatment with the acetylcholine precursor choline alfoscerate: a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial // ClinTher 2003; 25: 1:178–193. PMID: 12637119.
11	De la Monte SM. Insulin resistance and Alzheimer's disease // BMB Rep. — 2009. — V.42. — P.475–481. DOI: 10.5483/BMBRep.2009.42.8.475	De la Monte SM. Insulin resistance and Alzheimer's disease // BMB Rep. — 2009. — V. 42. — P.475–481. DOI: 10.5483/BMBRep.2009.42.8.475
12	Carotenuto A, Rea R, Traini E, Fasanaro A, et al. The Effect of the Association between Donepezil and Choline Alphoscerate on Behavioral Disturbances in Alzheimer's Disease: Interim Results of the ASCOMALVA Trial // Journal of Alzheimer's Disease. — 2017. — V.56. — P.805–815. DOI: 10.3233/JAD-160675	Carotenuto A, Rea R, Traini E, Fasanaro A, et al. The Effect of the Association between Donepezil and Choline Alphoscerate on Behavioral Disturbances in Alzheimer's Disease: Interim Results of the ASCOMALVA Trial // Journal of Alzheimer's Disease. — 2017. — V. 56(2). — P. 805–815. DOI: 10.3233/JAD-160675
13	Cetinkaya M., Cansev M., Cekmez F., Tayman C., et al. CDP-choline reduces severity of intestinal injury in a neonatal rat model of necrotizing enterocolitis // J Surg Res. — 2013. — V.183. — P.119–128. DOI: 10.1016/j.jss.2012.11.032	Cetinkaya M., Cansev M., Cekmez F., Tayman C., et al. CDP-choline reduces severity of intestinal injury in a neonatal rat model of necrotizing enterocolitis // J Surg Res. — 2013. — V.183. — P.119–128. DOI : 10.1016/j.jss.2012.11.032
14	Colucci L., Bosco M., Ziello A.R., Rea R., et al. Effectiveness of nootropic drugs with cholinergic activity in treatment of cognitive deficit: a review // J of Experimental Pharmacology. — 2012. — V.4. — P.163–172. DOI : 10.2147/JEP.S35326	Colucci L., Bosco M., Ziello A.R., Rea R., et al. Effectiveness of nootropic drugs with cholinergic activity in treatment of cognitive deficit: a review // J of Experimental Pharmacology. — 2012. — V.4. — P.163–172. DOI : 10.2147/JEP.S35326
15	Everitt B.J., Robbins T.W. Central cholinergic systems and cognition // Annu Rev Psychol. — 1997. — V.48. — P.649–684. DOI: 10.1146/annurev.psych.48.1.649.	Everitt B.J., Robbins T.W. Central cholinergic systems and cognition // Annu Rev Psychol. — 1997. — V.48. — P.649–684. DOI: 10.1146/annurev.psych.48.1.649.

16	Gauthier S. Advances in the pharmacotherapy of Alzheimer's disease // CMAJ. — 2002. — V. — 166. — P.616-623. PMID: PMC99406 http://www.cmaj.ca/content/166/5/616	Gauthier S. Advances in the pharmacotherapy of Alzheimer's disease // CMAJ. — 2002. — V.166. — P.616-623. PMID: PMC99406 http://www.cmaj.ca/content/166/5/616
17	Gurun M.S., Parker R., Eisenach J.C., Vincler M. The effect of peripherally administered CDP-choline in an acute inflammatory pain model: The role of alpha 7 nicotinic acetylcholine receptor // Anesth. Anal. — 2009. — V.108. — P.1680-1687. DOI: 10.1213/ane.0b013e31819dcd08.	Gurun M.S., Parker R., Eisenach J.C., Vincler M. The effect of peripherally administered CDP-choline in an acute inflammatory pain model: The role of alpha7 nicotinic acetylcholine receptor // Anesth. Anal. — 2009. — V.108. — P.1680-1687. DOI: 10.1213/ane.0b013e31819dcd08.
18	Naderali E.K., Ratcliffe S.H., Dale M.C. Obesity and Alzheimer's disease: a link between body weight and cognitive function in old age // American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias. — 2010. — V.24. — P.445-449. DOI: 10.1177/1533317509348208.	Naderali E.K., Ratcliffe S.H., Dale M.C. Obesity and Alzheimer's disease: a link between body weight and cognitive function in old age // American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias. — 2010. — V. 24. — P.445-449. DOI: 10.1177/1533317509348208.
19	Parnetti L., Mignini F., Tomassoni D., Traini E., et al. Cholinergic precursors in the treatment of cognitive impairment of vascular origin: ineffective approaches or need for re-evaluation?// J Neurol Sci. — 2007. — V.257. — P.264-269. DOI: 10.1016/j.jns.2007.01.043.	Parnetti L., Mignini F., Tomassoni D., Traini E., et al. Cholinergic precursors in the treatment of cognitive impairment of vascular origin: ineffective approaches or need for re-evaluation?// J Neurol Sci. — 2007. — V.257. — P.264-269. DOI: 10.1016/j.jns.2007.01.043.
20	Parrish W.R., Rosas-Ballina M., Gallowitsch-Puerta M., Ochani M., et al. Modulation of TNF release by choline requires alpha7 subunit nicotinic acetylcholine-mediated signalling // Mol Med.- 2008.- V. 14.- P. 567-574. DOI: 10.2119/2008-00079.Parrish.	Parrish W.R., Rosas-Ballina M., Gallowitsch-Puerta M., Ochani M., et al. Modulation of TNF release by choline requires alpha7 subunit nicotinic acetylcholine-mediated signalling // Mol Med.- 2008.- V. 14.- P. 567-574. DOI: 10.2119/2008-00079.Parrish.
21	Pinto T., Lanctot K.L., Herrmann N. Revisiting the cholinergic hypothesis of behavioral and psychological symptoms dementia of the Alzheimer's type // Ageing Res Rev.- 2011.- V. 10.- P. 404-412. DOI: 10.1016/j.arr.2011.01.003.	Pinto T., Lanctot K.L., Herrmann N. Revisiting the cholinergic hypothesis of behavioral and psychological symptoms dementia of the Alzheimer's type // Ageing Res Rev.- 2011.- V. 10.- P. 404-412. DOI: 10.1016/j.arr.2011.01.003.
22	Rocchi A., Orsucci D., Tognoni G., Ceravolo R. et al. The role of vascular factors in late-onset sporadic Alzheimer's disease. Genetic and molecular aspects // Current Alzheimer Research. — 2009. — V.6. — P.224-237. DOI : 10.2174/156720509788486644.	Rocchi A., Orsucci D., Tognoni G., Ceravolo R. et al. The role of vascular factors in late-onset sporadic Alzheimer's disease. Genetic and molecular aspects // Current Alzheimer Research. — 2009. — V.6. — P. 224-237. DOI : 10.2174/156720509788486644.
23	Roriz-Filho S.J., Sá-Roriz T.M., Rosset I., Camozzato A.L. et al. (Pre)diabetes, brain aging, and cognition // BiochimBiophysActa. — 2009. — V.1792. — P.432-443. DOI: 10.1016/j.bbdis.2008.12.003.	Roriz-Filho S.J., Sá-Roriz T.M., Rosset I., Camozzato A.L. et al. (Pre)diabetes, brain aging, and cognition // BiochimBiophysActa. — 2009. — V. 1792. — P.432-443. DOI: 10.1016/j.bbdis.2008.12.003.
24	Schneider L.S. Discontinuing donepezil or starting memantine for Alzheimer's disease // N Engl J Med. — 2012. — V.3. — P.957-959. DOI: 10.1371/journal.pone.0046669.	Schneider L.S. Discontinuing donepezil or starting memantine for Alzheimer's disease // N Engl J Med. — 2012; 3:957-959. DOI: 10.1371/journal.pone.0046669.
25	Tayebati, S.K., Amenta, F. Choline-containing phospholipids: Relevance to brain functional pathways // ClinChem Lab Med. — 2013. — V.51. — P.513-521. DOI: https://doi.org/10.1515/cclm-2012-0559 .	Tayebati, S.K., Amenta, F. Choline-containing phospholipids: Relevance to brain functional pathways // ClinChem Lab Med. — 2013. — V.51. — P.513-521. DOI: https://doi.org/10.1515/cclm-2012-0559 .

26	Tayebati S.K., Di Tullio M.A., Tomassoni D., Amenta F. Neuroprotective effect of treatment with galantamine and choline alphoscerate on brain microanatomy in spontaneously hypertensive rats // <i>J Neurol Sci.</i> — 2009. — V.283. — P.187-194. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jns.2009.02.349 .	Tayebati S.K., Di Tullio M.A., Tomassoni D., Amenta F. Neuroprotective effect of treatment with galantamine and choline alphoscerate on brain microanatomy in spontaneously hypertensive rats // <i>J Neurol Sci.</i> — 2009. — V.283. — P.187-194. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jns.2009.02.349 .
27	Tayebati S.K., Tomassoni D., Di Stefano A., Sozio P. et al. Effect of choline-containing phospholipids on brain cholinergic transporters in the rat // <i>J Neurol Sci.</i> — 2011. — V.302. — P.49-57. DOI: 10.1016/j.jns.2010.11.028	Tayebati S.K., Tomassoni D., Di Stefano A., Sozio P. et al. Effect of choline-containing phospholipids on brain cholinergic transporters in the rat // <i>J Neurol Sci.</i> — 2011. — V.302. — P.49-57. DOI: 10.1016/j.jns.2010.11.028
28	Tomassoni D., Avola R., Mignini F., Parnetti L. et al. Effect of treatment with choline alphoscerate on hippocampus microanatomy and glial reaction in spontaneously hypertensive rats // <i>Brain Res.</i> — 2006. — V.1120. — P.183-190. DOI: 10.1016/j.brainres.2006.08.068 .	Tomassoni D., Avola R., Mignini F., Parnetti L. et al. Effect of treatment with choline alphoscerate on hippocampus microanatomy and glial reaction in spontaneously hypertensive rats // <i>Brain Res.</i> — 2006. — V.1120. — P.183-190. DOI: 10.1016/j.brainres.2006.08.068 .
29	Trabace L., Coluccia A., Gaetani S. et al. In vivo neurochemical effects of the acetylcholinesterase inhibitor ENA713 in rat hippocampus // <i>Brain Res.</i> — 2000. — V.865. — P.268-271. DOI: 10.1016/s0006-8993(00)02266-6 .	Trabace L., Coluccia A., Gaetani S. et al. In vivo neurochemical effects of the acetylcholinesterase inhibitor ENA713 in rat hippocampus // <i>Brain Res.</i> — 2000. — V.865. — P.268-271. DOI: 10.1016/s0006-8993(00)02266-6
30	Tracey K.J. Physiology and immunology of the cholinergic anti-inflammatory pathway // <i>J Clin Invest.</i> — 2007. — V.117. — P.289-296. DOI: 10.1172/JCI30555 .	Tracey K.J. Physiology and immunology of the cholinergic anti-inflammatory pathway // <i>J Clin Invest.</i> — 2007. — V.117. — P.289-296. DOI: 10.1172/JCI30555 .
31	Tracey K.J. Reflex control of immunity // <i>Nat Rev Immunol.</i> — 2009. — V.9. — P.418-428. DOI: 10.1038/nri2566 .	Tracey K.J. Reflex control of immunity // <i>Nat Rev Immunol.</i> — 2009. — V.9. — P.418-428. DOI: 10.1038/nri2566 .

Сведения об авторах

Захаров Денис Валерьевич — к.м.н., заведующий отделения реабилитации психоневрологических больных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗРФ. E-mail: zaharov_dv@mail.ru

Михайлов Владимир Алексеевич — д.м.н., заместитель директора по инновационному научному развитию и международному сотрудничеству, руководитель международного отдела, главный научный сотрудник и научный руководитель отделения реабилитации психоневрологических больных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗРФ. Email: vladmikh@yandex.ru.

Коцюбинская Юлия Вадимовна, к.м.н., старший научный сотрудник отделения реабилитации психоневрологических больных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗРФ. Email: juliak66@rambler.ru

Динамика клинико-психологических показателей больных с тревожными невротическими расстройствами при лечении краткосрочной индивидуальной аналитико-катартической психотерапией

Ильченко Е.Г.¹, Караваева Т.А.^{1,2} Яковлева Ю.А.¹

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург,

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Резюме. Современное развитие психотерапии предполагает концептуальную интеграцию методов, которая позволяет повысить эффективность и обеспечить качественное персонализированное лечение пациентов с невротическими расстройствами, учитывающие специфические мишени воздействия. В статье описано применение краткосрочной индивидуальной аналитико-катартической терапии, сочетающей в себе различные техники динамического подхода. Изучены клинические и индивидуально-психологические характеристики больных с тревожными невротическими расстройствами в динамике, отражающей результат применяемой терапии. Показаны позитивные изменения в выраженности симптоматики, напряженности психологических защит, спектра применяемых конструктивных копинг-механизмов, самооценки и межличностных отношениях. Выделены предикторы успешности применения этой модели психотерапии.

Ключевые слова: психотерапия, эффективность психотерапии, невротические расстройства, тревожные состояния, аналитико-катартическая терапия, АКТА, показания для психотерапии, предикторы эффективности психотерапии.

Dynamics of clinical and psychological indicators of patients with anxiety neurotic disorders in the treatment of short-term individual analytical-catharral psychotherapy

Ilchenko E.G.¹, Karavaeva T.A.^{1,2} Iakovleva Yu. A.¹

¹ Federal State Budgetary Institution «V. M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology» of The Russian Federation Ministry of Health,

² Federal State Budgetary Institution of Higher Education «Saint-Petersburg State University»

Summary. Modern development of psychotherapy involves conceptual integration of methods that allows to increase efficiency and provide quality personalized treatment for patients with neurotic disorders, taking into account specific impact targets. The article describes the application of short-term individual analytical-cathartic therapy, combining various techniques of dynamic approach. Clinical and individual psychological characteristics of patients with disturbing neurotic disorders in the dynamics reflecting the result of the applied therapy were studied. Positive changes in the severity of symptoms, the intensity of psychological defenses, the range of constructive coping mechanisms used, self-esteem and interpersonal relationships are shown. Predictors of successful application of this model of psychotherapy are singled out.

Key words: psychotherapy, the effectiveness of psychotherapy, neurotic disorders, anxiety, analitico-cathartic therapy, ACTA, indications for psychotherapy, predictors of the effectiveness of psychotherapy.

По официальным данным ВОЗ, число невротических расстройств за последние 65 лет выросло в 24 раза, в то время как общее количество всех психических заболеваний — в 1,6 раза [3, 11]. Существенное увеличение невротических расстройств в настоящее время, помимо известных причин, является также следствием их лучшей верификации, уточнения клинических, патопсихологических, лабораторных и инструментальных критериев, более четкой дифференциальной диагностики с другими пограничными психическими расстройствами [5, 9], имеющими сходную невротоподобную симптоматику, но иные патогенетические механизмы, а также более частой обращаемостью пациентов за медицинской помощью [4, 6]. Распространенность невротиче-

ских нарушений среди населения определенным образом связана с социально-экономическими и культуральными факторам, поэтому в развитых странах среди психических заболеваний увеличивается преимущественно доля этой патологии — наиболее весомой и динамичной социально-психологической и клинической переменной среди всех нервно-психических заболеваний [4, 10, 12]. В последние десятилетия в отечественной и зарубежной психотерапии все большую актуальность приобретают научно обоснованные разработки краткосрочных методов, базирующихся на повышении интенсивности воздействий и интегративности [2, 8, 9, 11]. Одним из немаловажных оснований применения краткосрочных методов лечения является сокращение

материальных и временных затрат без снижения эффективности психотерапевтического воздействия, что позволяет, используя персонализированный подход, уменьшить длительность лечения невротических расстройств, обеспечить более быстрое восстановление трудоспособности пациентов [4, 12].

Аналитико-катартическая терапия представляет собой интегративную, теоретически обоснованную [1, 2] модель краткосрочной психотерапии, базирующуюся на теории личности и концепции невроза В.Н. Мясищева [5, 7]. Имея общую методологическую основу с патогенетической психотерапией, АКТА в то же время существенно отличается от нее методически, сочетая в себе элементы клиент-центрированной психотерапии К. Роджерса, психодрамы Я. Морено и гештальт-терапии Ф. Перлза [1].

Цель исследования: оценить изменение клинических и индивидуально-психологических характеристик пациентов с тревожными невротическими расстройствами, прошедших индивидуальную краткосрочную аналитико-катартическую терапию, выявить факторы, влияющие на эффективность данного метода и оптимизировать показания для его применения.

Материалы и методы

В исследование вошли 90 больных с тревожными невротическими расстройствами (F40, F41, F42, F45, F48), проходившие лечение в отделении пограничных психических расстройств и психотерапии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева и городском психотерапевтическом центре.

Критерии включения пациентов для участия в исследовании:

- 1) Наличие информированного добровольного согласия на участие в научном исследовании (исследование одобрено локальным этическим комитетом НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева).
- 2) Дееспособные мужчины и женщины в возрасте от 18 до 60 лет, свободно владеющие русским языком.
- 3) Верифицированный диагноз невротического расстройства, в клинической картине которого преобладает тревожная симптоматика (F40, F41, F42, F45, F48).
- 4) Длительность заболевания от 0.5 до 5 лет.
- 5) Отсутствие приема психотропных препаратов на момент начала терапии

Дизайн исследования. Пациенты, соответствующие критериям включения, до начала лечения были обследованы клиническим и экспериментально — психологическими методами. В дальнейшем они проходили курс индивидуальной краткосрочной аналитико-катартической терапии в течение 1 месяца — 3 сессии в неделю по 60 минут, всего 12 сессий. Весь курс психотерапии проводился одним сертифицированным психотерапевтом, получившим дополнительное образование в области аналитико-катартической терапии, под контролем опытных супервизоров. Па-

циенты, включенные в исследование, не получали медикаментозного лечения, в т.ч. и психофармакотерапию. После завершения курса психотерапии, проводилось повторное обследование пациентов для оценки динамики клинических и психологических характеристик.

Методы исследования

Клинический метод, для регистрации которого была разработана индивидуальная клиническая карта, включающая шкалу общего клинического впечатления (Clinical global impression scale, CGI).

Экспериментально-психологический метод. Методики проводились до начала индивидуального курса АКТА и после окончания лечения и включали:

1) Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom check list-90-revised) (SCL-90-R), (1974).

2) Методика «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика (1979), в модификации (ред. Л.И. Васермана, СПб.: психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1999).

3) Методика «Личностный дифференциал», разработанная под руководством Е.Ф. Бажина, А.М. Эткинда в 1983 году.

4) Опросник «COPE», разработан в 1989 году C.S. Carver, M.F. Scheier, J.K. Weintraub на основе подхода Р. Лазаруса.

3. Статистический метод. Для статистического анализа использовались методы описательной статистики качественных и количественных данных, проводилась оценка соответствия распределения показателей нормальному закону с помощью критерия Холмогорова-Смирнова, сравнение подгрупп с помощью t-критерия Стьюдента и U-критерия Манна Уитни для независимых выборок, для зависимых выборок в случае оценки динамики клинических и психологических показателей использовался t-критерия Вилкоксона. Статистический анализ осуществлялся также с помощью статистического пакета программного комплекса IBM SPSS 22.

Цель и описание метода аналитико-катартической терапии

Главная стратегическая цель АКТА — поиск и разрешение имеющихся внутриличностных противоречий, лежащих в основе формирования тревожных невротических нарушений, их проработка и реконструкция системы отношений, что позволяет в итоге не только нивелировать невротическую симптоматику, но и добиться качественно иного, адаптированного функционирования личности. [1].

В АКТА осознание эмоционально значимых переживаний обеспечивается не только посредством психотерапевтического контакта, воздействием на пациента личности психотерапевта, но и применением имажинативной техники «диалога со значимым другим», способствующей вызыва-

нию катарсиса, что позволяет корректно решить проблему соотношения когнитивного и аффективного в психотерапевтическом процессе.

Метод беседы патогенетической психотерапии, будучи в основе своей рациональным, в большей степени акцентирует когнитивный аспект изменений (инсайт-центрированный подход) [5], метод диалога в аналитико-катартической терапии направлен на эмоциональный аспект (центрированный на катарсисе подход). [2].

Задачи аналитико-катартической терапии

1. Установление доверительных отношений с пациентом.

2. Коррекция «внутренней картины болезни»: преодоление неправильных, искаженных представлений пациента о его болезни.

3. Осознание психологических причин и механизмов болезни.

3.1. Осознание связи между эмоциональными расстройствами и внутриличностными конфликтами и проблемами.

3.2. Осознание роли собственной личности в возникновении конфликтной ситуации («интерперсональное осознание»).

3.3. Осознание глубинных причин нарушенных отношений, переживаний и особенностей поведения, корнящихся в далеком прошлом («генетическое осознание»).

3.4. Достижение «катарсиса интеграции».

4. Перенос нового опыта в реальную жизнь.

Процедура проведения индивидуальной аналитико-катартической терапии

Длительность курса индивидуальной психотерапии составила 12 встреч, 3 раза в неделю по 60 минут.

Проведение психотерапии осуществлялось по следующей схеме:

1. Предварительное полуструктурированное интервью (2-3 сессии)

2. «Сеансы-встречи» (7-9 сессий). Психотерапевтические сессии, ориентированные на анализ отношений пациента со значимыми другими. Сессии состояли из двух тесно связанных между собой блоков:

2.1. «Беседа» пациент-терапевт.

2.2. «Диалог с воображаемым значимым другим»

3. Завершение психотерапии (1-2 сессии).

В задачи предварительного полуструктурированного интервью входило: установление контакта пациент-терапевт; получение общих сведений о пациенте; анализ личности пациента (ценности, потребности, стремления, жизненный сценарий); идентификация значимых фигур; работа с метафорическим образом «Я», обучение работы с переживанием.

Идентификация значимых фигур

Одной из наиболее важных задач интервью является идентификация эмоционально значимых

для пациента фигур. В процессе психотерапии пациент должен связать два вида осознания — интерперсональное (осознание вклада собственной личности в возникновение и сохранение межличностных конфликтов) и генетическое (осознание глубинных причин формирования неадекватной системы отношений, корнящихся в детстве).

С этой целью в АКТА происходят диалоги с эмоционально значимыми фигурами, вовлеченными в переживания пациента, из настоящей жизни и диалоги с первичными фигурами (родители, воспитатели и др.), под влиянием которых формировалась личность пациента.

Работа с метафорическим образом «Я». Предварительное интервью (1 до 3 сеанса), завершается работой с метафорическим образом «Я», которая предназначена для выявления скрытых смыслов, заключенных в переживаниях пациента.

«Сеансы-встречи». Идентифицировав эмоционально значимые фигуры, терапевт переходит к тематическим сеансам, сфокусированным на проработку отношений пациента с отдельной конкретно взятой фигурой. Сеансы состоят из двух частей: 1) техника «беседы» терапевт-пациент, темой которой является проработка отношений пациента с конкретным значимым лицом; 2) «диалога пациента с воображаемым другим» при активном участии терапевта.

«Беседа». «Беседа» предваряет и подготавливает основу для «диалога», ее цель — определить эмоционально острые и напряженные переживания в отношениях пациента со значимым другим.

На стадии «беседы» могут применяться различные приемы: рефлексивные техники (прояснение чувств, уточнение и повторение, обобщение); вербализация невысказанных чувств пациента; техника преувеличения для актуализации противоречивости высказываний пациента.

«Диалог». В «диалоге», в силу действия механизма идентификации, источником конфронтации становится сам пациент. Феномен идентификации связан не только с эмпатическими способностями терапевта, но и с возможностями самой техники «диалога» и, в частности, с приемом «двойного дублирования».

Катарсис интеграции. В процессе диалогов решается основная задача АКТА — достижение катарсиса интеграции и связанная с этим трансформация личности. Изменения в поведенческой сфере рассматриваются как результирующая когнитивных и эмоциональных изменений

Другим важным моментом является способ осознания пациентом связи между прошлым и настоящим интерперсонального и генетического осознания.

Завершение психотерапии. Катарсис интеграции — это итоговое состояние, результат формирования целостной личности в процессе интеграции отдельных ее фрагментов, проработка каждого из которых завершалась частичным катарсисом. Заключительная беседа с пациентом состоит в обсуждении перемен, которые произош-

ли с ним, а также тех проблем, с которыми теперь столкнется он в свете нового видения своей жизненной ситуации, применяя навыки осознанного выбора. Одна из основных задач — сохранить приобретенный в процессе психотерапии опыт и генерализовать его на различные сферы своей жизни.

Результаты исследования и их обсуждение

1 этап статистической обработки и анализа полученных данных — изучение динамики клинических и индивидуально-психологических характеристик у больных с тревожными невротическими расстройствами.

Оценка динамики клинических и индивидуально-психологических характеристик у больных с тревожными невротическими расстройствами проводилась на основании сравнения показателей до начала (группа 1, $n=90$) и после окончания (группа 2, $n=90$) психотерапии при помощи непараметрического статистического t -критерия Вилкоксона для связанных выборок. В целом были получены достоверные отличия в выраженности клинической симптоматики и психологических особенностей в исследуемой выборке в результате прохождения пациентами курса индивидуальной аналитико-катартической психотерапии.

Выраженность психопатологической симптоматики, оцениваемая по методике SCL-90-R существенно уменьшилась по шкалам «Соматизация» ($p < 0,01$), «Навязчивости» ($p < 0,01$), «Сенситивность» ($p < 0,01$), «Депрессия» ($p < 0,01$), «Тревожность» ($p < 0,01$), «Фобия» ($p < 0,01$). Показатели по этим шкалам после окончания терапии находились в пределах нормативных значений для здоровых лиц, хотя до проведения лечения существенно их превышали.

Наличие и острота невротического внутрличностного конфликта тесным образом связаны с наиболее используемыми видами и напряженностью механизмов психологических защит. Отмечалась положительная динамика показателей уровня напряженности основных психологических защит по данным методики «Индекс жизненного стиля (LSI)». До начала терапии показатели напряженности психологических защит по шкалам «Подавление», «Регрессия», «Компенсация», «Проекция», «Замещение» превышали порог в 50 перцентилей, что отражает наличие реально существующих, но неразрешенных внешних и внутренних конфликтов. После лечения наблюдалось достоверное снижение по всем этим шкалам ($p < 0,01$), свидетельствующее об уменьшении напряженности данных защитных механизмов и показатели не превышали нормативных значений, также на статистически значимом уровне снижались значения индекса «Общая напряженность психологических защит» ($p < 0,01$).

Важными мишенями лечебного воздействия АКТА, методологически основанной на теории отношений В.Н. Мясищева, является самооценка,

самоотношение, отношение к другим значимым людям. Изучение динамики определенных свойств личности, изменение самосознания и межличностных отношений оценивались на основании данных, полученных по методике «Личностный дифференциал». Статистически достоверные изменения отмечались по всем трем шкалам-факторам («Оценка», «Сила», «Активность»). Увеличение по шкале «Оценка» в среднем на $2,3 \pm 0,67$ балла ($p < 0,01$), отражает, что испытуемые в большей степени стали принимать себя как личность, стремились опираться на свои позитивные, социально желательные характеристики, имели большую удовлетворенность собой. По шкале «Сила» отмечалось наибольшее повышение среднего балла — на $3,5 \pm 1,07$ ($p < 0,01$), что свидетельствует, о развитии и осознании волевых сторон личности. Пациенты после участия в терапии стали более уверенными в себе, независимыми, стремились рассчитывать на собственные силы в трудных ситуациях. По шкале «Активность» средние баллы увеличились на $1,5 \pm 0,57$ ($p < 0,01$) и отражают повышение экстравертированности, указывают на высокую активность, общительность, импульсивность.

В исследуемой выборке до и после проведения АКТА изучался широкий спектр копинг-стратегий, среди которых можно выделить продуктивные и непродуктивные. В отличие от механизмов психологической защиты, которые характеризуются неосознанностью и пассивностью, копинг-стратегии, являются активными ресурсами личности, предназначены для совладания со стрессовыми ситуациями. Оценка динамики соотношения активных и избегающих копинг-стратегий проводилась с помощью Методики «Опросник совладения со стрессом (COPE)». У пациентов с тревожными расстройствами невротического уровня в результате проведенного психотерапевтического вмешательства произошли существенные позитивные изменения в соотношении активных адаптивных и непродуктивных стратегий, что свидетельствует о расширении возможности применения навыков проблемно-решающего поведения, увеличении фрустрационной толерантности, способности к преодолению стрессовых воздействий.

Проведенный сравнительный анализ на основании t -критерия Вилкоксона продемонстрировал достоверное увеличение показателей по шкалам «Использование эмоциональной социальной поддержки» ($p < 0,01$), «Сдерживание» ($p < 0,01$), «Активное совладание» ($p < 0,01$), «Позитивное переформулирование и личностный рост» ($p < 0,01$) и снижение значений по шкалам «Мысленный уход от проблемы» ($p < 0,01$), «Концентрация на эмоциях и их активное выражение» ($p < 0,01$), «Отрицание» ($p < 0,01$), «Обращение к религии» ($p < 0,01$), «Поведенческий уход от проблемы» ($p < 0,01$), «Использование «успокоительных»» ($p < 0,01$), «Планирование» ($p < 0,01$) и «Принятие» ($p < 0,01$).

Одной из самых сложных методологических задач в доказательном изучении результативно-

сти применения и эффективности того или иного метода психотерапии, является оценка содержания изменений мотивационных установок пациента в процессе психотерапии, анализ отношения пациента к лечению, своей роли в терапевтических достижениях, определение готовности к изменениям, а в следствие всего этого прогнозирование успеха психотерапевтического вмешательства.

2 этап статистической обработки и анализа полученных данных — выявление достоверных различий между пациентами с положительной клинической динамикой после прохождения АКТА и тех, у кого не отмечалось позитивных изменений. Исследуемая выборка пациентов с тревожными расстройствами невротического уровня в зависимости от успешности АКТА была разделена на две группы: в группу I ($n = 76$) вошли пациенты, у которых отмечались положительные клинические изменения после прохождения курса терапии; в группу II ($n = 14$) — те пациенты, у которых не было положительной динамики. В качестве группирующей переменной с целью корректного разделения на группы был выбран параметр по Шкале общего клинического впечатления (Clinical global impression scale, CGI), интегративно отражающий тяжесть клинического состояния после окончания терапии.

В базу для сравнения первичных эмпирических данных вошли переменные, отражающие социодемографические, клинические и экспериментально психологические данные, полученные на основании используемых методик.

Проводился анализ оценки различий между двумя независимыми выборками при помощи U-критерий Манна-Уитни (табл.1). Возможность сравнительного анализа переменных в выделенных группах с учетом количества пациентов в каждой из них обеспечивалась увеличением валидного порога — достоверными считались данные, у которых асимптотическая значимость была меньше 0,01.

Полученные данные позволили определить несколько статистически достоверно значимых факторов, отличающих две сравниваемые группы. В группе II средний возраст пациентов выше ($p < 0,001$), что возможно опосредованно связано с их более низкой активностью в психотерапевтической работе, большей ригидностью к изменениям, склонностью делегировать ответственность за результат лечения терапевту.

Недостаточная динамика состояния на фоне лечения также связана с особенностями формирования внутренней картины болезни, как всего комплекса представлений больного о причинах, механизмах, прогнозе заболевания и необходимой терапии. Для пациентов группы II в большей степени была характерна соматоцентрированная картина болезни, в то время как у пациентов группы I преобладала — психоцентрированная ($p < 0,000$) Убежденность в центральной роли соматических факторов в развитии и течении невротического расстройства снижают мотивацию к психотера-

певтическому лечению, скорость и возможность осознания связи психологических переживаний с актуальной симптоматикой. Для лечения пациентов с соматоцентрированной внутренней картиной болезни целесообразно применять более длительные стратегии психотерапевтического воздействия, в которой важной мишенью должна быть коррекция представлений о причинах, механизмах и характере заболевания.

Готовность пациента к изменениям во многом определяется его мотивацией. В I группе пациентов мотивация носила комплексный характер, и включала как направленность на улучшение психологического, соматического состояния, так и на решение меж- и внутриличностных конфликтов. Во II группе преобладала избирательная мотивация — только на улучшение соматического состояния здоровья и наличие симптомов воспринималась ими как детерминанта сопутствующих патологических проявлений.

Полученные данные демонстрируют, что в исследуемой выборке респонденты, которые имели более структурированные и мультифакториальные цели до начала лечения, с большей вероятностью обнаруживают наличие клинического улучшения, по сравнению с теми пациентами, которые ориентированы на улучшение только соматического здоровья ($p < 0,000$).

Важным фактором, определяющим результативность проводимого вмешательства, явились клинические характеристики, отражающие степень тяжести невротического расстройства и выраженность симптоматики до начала проводимого лечения. Высокие показатели по этим переменным увеличивают вероятность недостаточного терапевтического эффекта от проводимого курса АКТА и свойственны пациентам, входящих в группу II ($p < 0,000$), вероятнее они нуждаются либо в более длительном лечении, либо в комбинации психотерапии и психофармакотерапии.

В структуре клинических нарушений между пациентами I и II групп статистически достоверно отличалась выраженность проявлений обсессивно-компульсивой и тревожной симптоматики ($p < 0,002$), оцениваемая по шкалам методики SCL-90-R. У пациентов, не демонстрировавших положительную динамику состояния, средний балл по данным шкалам был значимо выше. Между остальными симптоматическими проявлениями значимых различий не было выявлено.

Выводы: Пациенты с тревожными невротическими расстройствами, прошедшие курс краткосрочной аналитико-катартической терапии (12 индивидуальных сессий) имели достоверные значимые отличия при обследовании до и после лечения как в клинических проявлениях, так и в индивидуально-психологических характеристиках. Наиболее существенные изменения определялись в виде снижения выраженности клинической симптоматики (уменьшение показателей до нормативных значений по шкалам «Соматизация», «Навязчивости», «Сенситивность», «Депрессия», «Тревожность», «Фобия» методики

Таблица 1. Статистически достоверные различия между группами I и II, полученные при сравнительном анализе (U-критерий Манна–Уитни)

Переменные	Группа I (n = 76)	Группа II (n = 14)	Асимптотическая знач-ть (2-стор.)
Возраст пациента (лет)	32,01 ± 6,17	38,71 ± 3,36	0,001
Внутренняя картина болезни	Психо-центрированная	Сомато-центрированная	6,21E-10
Мотивация на лечение (цель)	Комплексная мотивация	Улучшение только соматического здоровья	2,33E-06
Степень расстройства при поступлении (средний балл по CGI)	4,47 ± 0,78	5,85 ± 0,63	1,44E-05
Общая выраженность симптоматики до на- чала АКТА — интегральная оценка (средний балл по SCL-90-R)	1,73 ± 0,52	1,14 ± 0,24	0,0007
Выраженность обсессивно-компульсивной симптоматики (средний балл по SCL-90-R)	1,35 ± 0,31	1,4 ± 0,45	1,6E-15
Выраженность тревожной симптоматики по (средний балл по SCL-90-R)	1,51 ± 0,22	2,09 ± 0,43	0,002

E — экспоненциальное представление числа

SCL-90-R), снижение напряженности психологических защит «Подавление», «Регрессия», «Компенсация», «Проекция», «Замещение» и «Общая напряжённость психологических защит» (методика ИЖС), изменение соотношения конструктивных и неконструктивных копинг стратегий в сторону уменьшения последних. Выраженная позитивная динамика показателей, отражающая различные аспекты самооценки, самоотношения, и взаимоотношений с окружающими, как центральных мишеней АКТА, отмечалась во всех шкалах методики «Личностный дифференциал» и свидетельствовала о содержательных изменениях в различных аспектах личностного функционирования и интерперсонального взаимодействия.

В ходе исследования и анализа данных были выделены предикторы успешности и неуспешности АКТА на основании выраженности динамики позитивных клинических изменений. К факторам, повышающим вероятность индивидуальной неэффективности психотерапии можно отнести более старший возраст пациентов, соматоцентрированную внутреннюю картину болезни, несформированную мотивационную цель по отношению к психотерапии, высокую степень тяжести расстройства, общей выраженности симптоматики, высокую выраженность обсессивно-компульсивных и чрезмерно интенсивные тревожные нарушения.

Полученные данные позволяют сформулировать на основании научно доказанных закономерностей рекомендации для оптимизации краткосрочной индивидуальной АКТА:

Целесообразно применение краткосрочной индивидуальной АКТА для лечения пациентов с тревожными невротическими расстройствами в связи с достижением в результате лечения значимых позитивных изменений в клинических и индивидуально-психологических характеристиках.

Необходимо учитывать предикторы неэффективности краткосрочной индивидуальной АКТА для выбора оптимальной персонализированной стратегии терапии у пациентов, имеющих высокую вероятность неуспешности этого вида лечения.

Для пациентов с риском неуспешности краткосрочной индивидуальной АКТА целесообразно использовать либо более длительные модели терапии, в психотерапевтические мишени которых входят: коррекция ВКБ, повышение мотивации к проводимой психотерапии и активному участию в ней пациента, изменение стадий готовности к психотерапевтическим изменениям, либо сочетанное применение психо- и фармакотерапии для снижения интенсивности клинической симптоматики, в особенности обсессивно-компульсивных нарушений и чрезмерных тревожных проявлений.

Литература

1	Александров А.А. Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений. 2-е изд. — СПб.: СпецЛит. — 2017. — 231с.	Aleksandrov A.A. Analytic-cathartic therapy of emotional disorders. 2-e izd. SPb.: SpetsLit. 2017; 231 p. (In Rus.)
---	---	---

2	Александров А.А., Ильченко Е.Г. Диалог в аналитико-катартической терапии с позиций феноменологической герменевтики // Вестник психотерапии. — 2017. — № 64. — С.92-105.	Aleksandrov A.A., Ilchenko E.G. Dialog from positions of phenomenological hermeneutics. Vestnik psikhoterapii. 2017; 64: 92-105. (In Rus.)
3	Бабин С.М., Бомов П.О., Васильева А.В. и др. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства / СПб : Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова. — 2015. — 42с.	Babin S.M., Bomov P.O., Vasilyeva A.V. [i dr.]. Neurotic, stress-related and somatoform disorders. SPb : Izd-vo SZGMU im. I.I. Mechnikova. 2015; 42 p. (In Rus.)
4	Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2016. — № 4. — С.42-51.	Karavaeva T.A., Vasileva A.V., Poltorak S.V. Principles and algorithms of psychotherapy of anxiety disorders of the neurotic level (anxiety-phobic, panic and generalized anxiety disorders). Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2016; 4: 42-51. (in Rus.)
5	Карвасарский Б.Д. Патогенетическая психотерапия неврозов: основные направления и результаты исследований последнего периода // Физиология человека. — 1995. — Т. 21. — № 2. — С. 5-9.	Karvasarskii B.D. Pathogenetic psychotherapy of neuroses: the main directions and results of studies of the last period. Fiziologiya cheloveka. 1995; 21 (2): 5-9. (In Rus.)
6	Курпатов В.И., Осипова С.А. Лонгитудинальное исследование формирования психогенно обусловленных расстройств и саногенетических механизмов // Вестник психотерапии. — 2018. — № 65. — С. 7-31.	Kurpatov V.I., Osipova S.A. Longitudinal study of the formation of psychogenic disorders and sanogenetic mechanisms. Vestnik psikhoterapii. 2018; 65: 7-31. (In Rus.)
7	Мясищев В.Н. Личность и неврозы. — Л.: Изд-во ЛГУ. — 1960. — 428с.	Myasishchev V.N. Personality and Neuroses. Leningrad. 1960; 428. (In Rus.)
8	Alexandrov A.A New model of the pathogenetic psychotherapy: «Analytical-cathartic» therapy // Dynamische Psychiatrie. — 2011. — Vol.44. — P.372-380.	Alexandrov A.A New model of the pathogenetic psychotherapy: «Analytical-cathartic» therapy. Dynamische Psychiatrie. 2011; 44: 372-380.
9	Bandelow B., Sher L., Bunevicius R., Hollander E., Kasper S., Zohar J., Möller H.J. WFSBP Task Force on Mental Disorders in Primary Care, WFSBP Task Force on Anxiety Disorders, OCD and PTSD. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care // Int J Psychiatry Clin Pract. — 2012. — Vol.16. — P.77-84.	Bandelow B., Sher L., Bunevicius R., Hollander E., Kasper S., Zohar J., Möller H.J. WFSBP Task Force on Mental Disorders in Primary Care, WFSBP Task Force on Anxiety Disorders, OCD and PTSD. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care // Int J Psychiatry Clin Pract. 2012; 16:77-84.
10	Dickson K. Integrative psychotherapy training in turkey: grand overview // XXXIII ANNUAL MEETING, DENVER, COLORADO, USA. — 2017. DOI: 10.13140/RG.2.2.35031.57769	Dickson K. Integrative psychotherapy training in turkey: grand overview. XXXIII ANNUAL MEETING, DENVER, COLORADO, USA. May 2017. DOI: 10.13140/RG.2.2.35031.57769
11	Emmelkamp G., David D., Beckers T. et al. Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions // International Journal of Methods in Psychiatric Research — 2014. — №23. — P.58-91. DOI: 10.1002/mpr.1411	Emmelkamp G., David D., Beckers T. et al. Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2014; 23:58-91. DOI: 10.1002/mpr.1411
12	Greenberg M., Sass L., Messer S. Greenberg M. Emotion regulation across psychotherapy models // New Jersey: Rutgers University; Graduate School of Applied and Professional Psychology. — 2016. — 166p. DOI:10.7282/T32B9191	Greenberg, M. Sass L., Messer S. Greenberg M. Emotion regulation across psychotherapy models. New Jersey: Rutgers University; Graduate School of Applied and Professional Psychology. 2016;166. DOI:10.7282/T32B9191

Сведения об авторах

Ильченко Евгений Геннадиевич — врач-психотерапевт, аспирант отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева». E-mail: Dr_Ilchenko@mail.ru

Каравасева Татьяна Артуровна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева», профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». E-mail: tania_kar@mail.ru

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

Яковлева Юлия Александровна — к.м.н., старший научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава РФ. E-mail: yya.08@mail.ru

Этические проблемы информированного добровольного согласия у больных шизофренией в связи с особенностями их когнитивного функционирования

Семенова Н.В., Янушко М.Г., Яковлева Ю.А.

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

Резюме. Получение информированного согласия является ключевым компонентом биомедицинских исследований. Психиатрические пациенты относятся к уязвимой категории, у них часто имеет место конфликт между необходимостью соблюдения автономии и ограничениями данной автономии вследствие заболевания. Для пациентов, страдающих шизофренией, характерно снижение параметров когнитивного функционирования, связанных со способностью к восприятию информации и принятию решений. С другой стороны, оспаривание правомерности получения согласия у лиц, страдающих тяжёлыми психическими расстройствами (например, шизофренией) и, тем самым, отлучение их от участия в исследованиях, может расцениваться как дискриминация, несправедливое ограничение для них доступа к достижениям научно-технического прогресса в области медицины. Потенциальные сложности в проведении процедуры получения информированного согласия у пациентов, страдающих шизофренией, можно разделить на три основные категории: 1) факторы, связанные с пациентом; 2) факторы, связанные с протоколом 3) факторы, связанные с врачом/исследователем. Как исследователи, так и клиницисты должны быть в курсе этических проблем, связанных с принятием решений пациентами, страдающими шизофренией, заболеванием, которое потенциально способно снизить уровень автономии, влияя непосредственным образом на когнитивные функции, отвечающие за принятие решений.

Ключевые слова: этика, информированное согласие, уязвимые пациенты, шизофрения, когнитивное функционирование.

Ethical issues of the informed consent procedure in schizophrenia patients in view of cognitive dysfunction

Semenova N.V., Yanushko M.G., Iakovleva A.Iu.

V.M.Bekhterev National Research Medical Centre for Psychiatry and Neurology

Summary. The procedure of obtaining the informed consent plays the crucial role in biomedical studies. Psychiatric patients refer to the vulnerable category of subjects, as there is an obvious conflict exists between the necessity of compliance to the subject's autonomy rules and the restrictions of this autonomy caused by the illness. Schizophrenia patients suffer from cognitive dysfunction in different domains, which influence their ability to comprehend the information and to make decisions. From the other hand, arguing the appropriateness of informed consent obtaining in patients with severe mental disorders (e.g. with schizophrenia) and, thus, limitation of their ability to participate in clinical trials, can be considered as an equitable limitation of their access to the latest achievements of medical science. Potential difficulties in obtaining informed consent in schizophrenia subjects can be divided into three categories: 1) subject related; 2) protocol related; 3) investigator/physician related; Both the investigators and the physicians must be acquainted with the potential ethical issues that can influence the decision making ability in schizophrenia subjects due cognitive dysfunction and the decline in subject's autonomy level.

Keywords: ethics, informed consent, vulnerable subjects, schizophrenia, cognitive functioning

Развитие современной психиатрической науки невозможно представить без клинических исследований новых фармакологических агентов для терапии психических расстройств. Достигнут, в том числе благодаря и клиническим исследованиям, существенный прогресс в лечении таких широко распространённых психических расстройств как шизофрения, рекуррентная депрессия. В последние десятилетия появились многообещающие психофармакологические исследования, в том числе с использованием новейших достижений в области генетики, фар-

макогенетики, нейровизуализации, поэтому оптимизация процедуры получения информированного согласия так важна для дальнейшего прогресса в изучении фармакотерапии шизофрении.

Несмотря на очевидное преимущество антипсихотиков второго поколения, связанное с лучшим профилем переносимости, невозможно исключить появление новых серьезных побочных явлений, что делает необходимым тщательное изучение безопасности проводимой антипсихотической терапии. Наконец, пациенты, страдающие шизофренией, являются одной из групп ри-

ска по развитию серьёзных соматических заболеваний и нуждаются в новых методах терапии последних не менее, а может даже более, чем психически здоровая популяция [23].

Скрининговые и диагностические процедуры, равно как и методы терапии, становятся все более сложными и разнообразными, поэтому все острее встает вопрос об адекватном, доступном для пациентов информировании о применяемых методиках, нежелательных явлениях и всех других многообразных аспектах, входящих в процедуры клинического исследования. Таким образом, получение информированного согласия становится не просто дискретной процедурой, осуществляемой до начала любых процедур исследования, не просто юридическим и этическим требованием, но постоянным процессом, основанным на взаимоотношениях между врачом и пациентом. Информированное согласие должно давать пациенту оптимальную возможность для принятия автономного решения, наиболее соответствующего его убеждениям и предпочтениям.

Необходимо подчеркнуть, что принципиальная разница между лечением и исследованием заключается в том, что лечение проводится в интересах конкретного пациента, а исследование — с целью получения новых знаний [10]. Иными словами, общей особенностью всех научных медицинских исследований является получение новых знаний, а не выгод для участников. Но важно помнить, что получение научных знаний не освобождает ученых-медиков от обязанности защищать участников исследования от предотвратимого вреда или неоправданного риска.

Проведение клинических исследований в психиатрии требует особого внимания к соблюдению этических норм, поскольку острота и специфика этических проблем обусловлена рядом особенностей как со стороны клиники психического заболевания, так и со стороны нормативно-правового регулирования оказания психиатрической помощи [1].

Пациенты с психиатрической патологией относятся к так называемому уязвимому контингенту. У них нарушены привычные нормы взаимодействия с социальным окружением. Деформации в социальных взаимоотношениях влекут за собой конфликт между необходимостью соблюдения автономии пациента и ограничениями данной автономии вследствие нарушений поведения, вызванных болезненным процессом. Помимо этого, сам по себе диагноз психического расстройства, как и факт обращения в психиатрическое учреждение, несут негативную морально-психологическую нагрузку, что приводит к стигматизации и самостигматизации пациентов. И, наконец, психиатрия является единственной областью медицины, в которой общественные отношения, возникающие в процессе оказания специализированной медицинской помощи людям с психическими расстройствами, регулируются специальным законом, предусматривающим, в том числе меры недобровольного порядка [4, 28].

Особенно остро проблемы соблюдения принципа автономии пациента возникают во время процедуры получения информированного согласия [4]. Информированное согласие — это «добровольное, компетентное и осознанное принятие пациентом предложенного варианта лечения, основанное на получении им полной, объективной и всесторонней информации по поводу предстоящего лечения, его возможных осложнений и альтернативных методах лечения» [5].

Получение информированного согласия является ключевым компонентом биомедицинских исследований. Задача данной процедуры — подчеркнуть этическую ценность участия пациента и его автономии как субъекта. Процедуру получения информированного согласия никак нельзя назвать простой: исследователь должен не только объяснить потенциальному участнику мероприятия конкретного протокола, но и ознакомить его с правами участника клинических исследований, донести суть изучаемого научного вопроса, методологию проведения исследования, его потенциальные выгоды и риски. Всю процедуру необходимо подробно задокументировать.

Совет международных организаций по медицинским наукам (Council for International Organizations of Medical Sciences and the World Health Organization) определяет понятие уязвимости (vulnerability) как относительную (или абсолютную) неспособность к защите собственных интересов. Уязвимые контингенты — это те лица, у которых повышен риск причинения им вреда, и часто возникает угроза возможности злоупотребления властью со стороны тех, кто в состоянии причинить вред [8].

Кроме того, актуальное физическое или психологическое состояние некоторых людей, например, старческая хрупкость, нетрудоспособность/инвалидность, тяжелая болезнь, — делает их особенно уязвимыми. Среди признаков уязвимости основным является недостаточная компетентность субъектов («недееспособность» не в юридическом, а в психологическом смысле), которая вызывает затруднения в защите своих интересов и выражении согласия или несогласия. Необходимо учитывать, что уязвимые контингенты являются особенно чувствительными к любым проявлениям внешнего давления и попыткам повлиять на их решение. Поэтому для защиты собственных интересов, если добровольность даваемого согласия ставится под угрозу, такие люди могут вообще отказаться выражать согласие/несогласие и тем самым делегировать принятие решения значимому лицу — врачу, родственнику, супругу, любому другому лицу, наделенному официальными полномочиями.

При проведении исследования с участием уязвимых контингентов должно обеспечиваться соблюдение специальных процедур, учитывающих факторы возрастной, интеллектуальной, ментальной или социальной незрелости личности участника исследования. Когда речь идет о больных с психическими расстройствами как о категории

уязвимых участников исследования, прежде всего, возникает вопрос о правомерности получения информированного согласия у лиц с психическими расстройствами [4].

Некоторыми авторами оспаривается правомерность получения согласия у лиц, страдающих тяжёлыми психическими расстройствами (такими, как шизофрения, тяжёлая депрессия), поскольку эти расстройства значительно сказываются на когнитивных функциях. Однако, по данным исследований последних лет, при изменении формы предъявления информации, необходимой для принятия решения (например, многократное её повторение, предоставление большего количества времени на обдумывание), процент её усвоения достоверно не отличается от такового у здоровых людей [24]. Лишь в очень тяжёлых случаях (состояния изменённого сознания, острые психозы с выраженной растерянностью или крайней загруженностью психотическими переживаниями, состояния глубокого слабоумия) отношение больного к факту оказания психиатрической помощи установить практически невозможно, поэтому получение согласия в таких случаях следует считать неправомерным.

Выделяют четыре типа нарушенной способности принимать решения, которые учитываются при планировании и проведении научных исследований в психиатрии: (1) флуктуирующая — при шизофрении, биполярном расстройстве и некоторых деменциях, когда болезненные симптомы периодически усиливаются и убывают; (2) перспективная — ранние стадии болезни Альцгеймера, когда симптоматика неуклонно нарастает и, несмотря на имеющуюся способность принимать решения в данное время, имеются убедительные основания ожидать нарушения ее в будущем; (3) ограниченная — более продвинутые стадии болезни Альцгеймера, когда, способность выразить информированное согласие (*informed consent*) нарушена, но субъект все же способен выразить «менее качественное» согласие (*assent*) или отказаться от участия в исследовании; (4) полная — конечные стадии болезни Альцгеймера, глубокие деменции, когда утрачивается практически всякая способность принимать решения, основанные на сколько-нибудь значительном размышлении [26, 27].

Вместе с тем, если во второй половине XX века биоэтика фокусировалась на вопросах баланса риска и пользы в исследованиях, то в начале XXI века все большее внимание уделяется таким этическим аспектам как предоставление доступа особо нуждающимся, уязвимым пациентам к новым, передовым медицинским технологиям и лекарственным препаратам. Поэтому исключение пациентов на основании психиатрического диагноза или «недостаточной компетентности/дееспособности» из исследований (в том числе проводимых с плацебо-контролем), в которых они могут получить потенциальную пользу для здоровья, представляется неэтичным. Сегодня отлучение их от участия в исследованиях рас-

сматривается как дискриминация, как несправедливое ограничение для них доступа к достижениям научно-технического прогресса в области медицины.

Такая дискриминация базируется на социальных стереотипах и предубеждении относительно опасности и некомпетентности психически больных. Известно, что больные психиатрического профиля подвергаются отторжению, социальной изоляции и остракизму, то есть испытывают давление внешней стигмы, в результате которого формируют личностный ответ в виде самостигматизации [3]. Проблема самостигматизации в обсуждаемом контексте важна тем, что такие пациенты, саботируя участие в лечебном или исследовательском процессе, создают порочный круг, усугубляя свои страдания и перемещая баланс соотношения риска и пользы в неблагоприятную для себя сторону [2].

С учетом этого особенно остро встает вопрос о границах автономии пациента с психическим расстройством (особенно для расстройств психотического уровня), иначе говоря, — в каких случаях следует считать, что решение пациента (или выражение согласия/несогласия) является осознанным, компетентным и добровольным.

Автономия понимается как форма личной свободы действий, при которой индивид совершает поступки в соответствии со свободно выбранным им решением. Ценность автономии заключается, с одной стороны, в том, что конкретный человек, обладая наилучшими знаниями о собственном благополучии, может сделать наилучший выбор для самого себя. С другой стороны, даже если у человека не всегда есть достоверные знания о собственном благополучии (как, например, в случаях когнитивного снижения, биполярного расстройства или шизофрении), его самостоятельный выбор в конечном итоге способствует его собственному благу. Даже если человек делает выбор не в своих непосредственных интересах, тот факт, что он делает этот выбор самостоятельно, в любом случае дает ему ощущение свободы. И в этом плане аргументы специалистов-медиков с целью изменить этот выбор, могут относиться к проявлениям патерналистской установки. Принцип автономии, таким образом, не ограничивается признанием автономии, но предполагает и уважение того, что выбор, делаемый пациентом, как бы он ни расходился с позицией врача, должен определять дальнейшие действия последнего.

Принцип составления информированного согласия обычно основан на том, что чем больше информации об исследовании получают потенциальные участники, тем легче им будет принять решение [22]. В то же время, обзор литературы об информированном согласии в период с 1961 по 2006 гг. выявил, что только 54% участников исследований адекватно понимали его цель, 50% понимали принципы рандомизации, 47% — принципы добровольности участия, 44% — возможность отзыва согласия, 50% понимали возможные риски и 57% — возможные выгоды от участия в ис-

следовании [14]. Таким, образом, вопреки тезису о том, что формальное понимание информации, изложенной в согласии, улучшает способность принять решение, данные результаты дают наглядное представление, что данное «информирование» представляет собой в действительности.

В свете расширения арсенала медицинских технологий, таких как фармакогеномика, формирование банков биологических образцов, высокоскоростных методов обмена информацией на электронных носителях, потребность в эффективном информировании пациентов многократно возрастает.

С середины 90-х годов Национальный Институт Здоровья, (NIH), США, инвестирует значительные средства в исследования процесса получения информированного согласия. В июле 2011 года Центр Защиты Субъектов Исследований (OHRP) издал рекомендации по оформлению информированного согласия, содержащие ряд принципиальных тезисов. В частности, подчеркнута необходимость особого внимания как к самой информации, которую содержат согласия, так и к форме подачи данной информации. Исследователи «должны создавать лаконичные документы, более доступные пониманию, содержащие всю ключевую информацию, не вызывающие различных толкований их содержания, что будет отличным подспорьем в принятии субъектом правильного решения о возможности участия в исследовании» [20]. Часто усовершенствования в области информированных согласий связаны с использованием современных мультимедийных технологий (например, показ слайдов, коротких видеопрезентаций, опросников, аудиозапись процесса получения согласия и т.д.), что помогает представить содержание документа более кратко и наглядно, улучшить понимание специфической медицинской информации потенциальными участниками исследований.

Недавний мета-анализ [22] не смог точно выявить, насколько именно инновации в получении информированного согласия (использование мультимедиа, расширенные собеседования, опросники) повлияли на степень понимания предоставляемых материалов. Было отмечено, что в 31% случаев использование мультимедиа-технологий улучшали понимание содержания согласия, в 50% случаев к такому же результату приводило удлинение времени обсуждения материалов исследования, в 41% случаев – улучшение самой формы информированного согласия. При этом необходимо отметить большую вариабельность включенных в мета-анализ исследований, это касалось процессов контроля за подписанием согласий, тестовых методик для оценки уровня понимания и т.д.

Пациенты, страдающие шизофренией, могут демонстрировать сниженную способность к принятию адекватных решений об участии в исследованиях, но в то же время, данная группа пациентов является весьма гетерогенной в части сохранности исполнительской функции, отвечающей за принятие решений. В исследовании Dunn L. et al.

(2002) 80-ти пациентам, страдающим шизофренией, и 19-ти здоровым добровольцам в случайном порядке была проведена либо обычная, либо расширенная процедура получения информированного согласия. Последняя включала в себя демонстрацию слайдов, позволяющих изложить информацию, касающуюся исследования, в более понятном и структурированном виде. Сравнительное тестирование, проведенное впоследствии, заключалось в трех последовательных опросниках с возможностью выбора верного ответа. Было выявлено, что здоровые добровольцы продемонстрировали лучший уровень усвоения информации по сравнению с пациентами, страдающими шизофренией, при этом в обеих группах наилучшие показатели были у тех участников, которым была предъявлена улучшенная процедура получения согласия. При этом следует отметить, что пациенты, страдающие шизофренией и прошедшие улучшенную процедуру получения согласия, практически не отличались по уровню усвоения информации от здоровых добровольцев, прошедших процедуру стандартного получения согласия. У пациентов с шизофренией уровень усвоения информации был связан с уровнем образования и когнитивного функционирования [13].

Для пациентов, страдающих шизофренией, характерно снижение параметров когнитивного функционирования. В большинстве исследований показано, что в то время как позитивные симптомы шизофрении флуктуируют на протяжении заболевания, когнитивная дисфункция остается стабильной [15]. Чаще всего пациенты страдают от дефицита в области рабочей памяти, исполнительской функции, планирования. Данные параметры когнитивного функционирования совершенно очевидно связаны со способностью к восприятию информации и принятию решений [16]. Способность применить к себе информацию, изложенную в тексте согласия, также может быть ограничена за счет снижения уровня понимания болезненности состояния, что характерно для пациентов, страдающих шизофренией. Учитывая вышеперечисленные факторы, негативно влияющие на способность к принятию решений, важно установить, что известно на сегодняшний день о способности пациентов с шизофренией давать информированное согласие.

Исследования в данной области осуществлялись на протяжении последних двух десятилетий несколькими исследовательскими группами. В ряде исследований было установлено, что пациенты с серьезными психическими расстройствами имеют так называемый «субоптимальный» уровень способности к пониманию информированного согласия [6, 7, 18, 19, 21].

В одном из самых больших и наиболее методически корректно проведенных исследований, MacArthur Treatment Competence Study, изучалась способность к принятию решений, касающихся терапии, у госпитализированных пациентов, страдающих шизофренией и депрессией, по сравнению со стационарными пациентами соматических но-



Рис. 1. Потенциальные барьеры к получению информированного согласия для проведения клинических исследований (по Dunn L.B., 2007) [11].

зологий. Авторами было установлено, что показатели уровня понимания и способности к принятию взвешенных решений были снижены у пациентов, страдающих шизофренией, по сравнению как с пациентами соматических нозологий, так и пациентами, страдающими депрессией [17, 18].

В других работах больший акцент сделан на поиске причин снижения способности к принятию решений у пациентов с шизофренией. Согласно данным этих исследований, способность к принятию решений взаимосвязан с выраженностью психопатологических нарушений и когнитивного дефицита [9].

Для оценки способности к пониманию, осознанию и принятию адекватных решений в области клинических исследований была разработана шкала MacCAT-CR (MacArthur Competence Assessment Scale for Clinical Research) [17]. Согласно данным Carpenter et al. (2000), показатели «способности к обдумыванию» содержания согласия

по данной шкале были тесно связаны с общим уровнем когнитивных нарушений и краткосрочной памятью, в то время как компонент «правильное восприятие» был взаимосвязан с нарушениями визуально-пространственного восприятия и рабочей памяти [9]. В этом же исследовании было показано, что из продуктивных симптомов лишь концептуальная дезорганизация была связана с плохим пониманием информации, в то время как другие психотические симптомы не влияли на уровень понимания.

Потенциальные сложности в проведении процедуры получения информированного согласия у пациентов, страдающих шизофренией, можно разделить на три основные категории: 1) факторы, связанные с пациентом; 2) факторы, связанные с протоколом; 3) факторы, связанные с врачом/исследователем (рис. 1).

Описанные факторы играют роль в процессе получения информированного согласия при мно-

жестве других заболеваний, помимо психиатрических, поэтому рассмотрение данного процесса при помощи мультифакторного подхода может помочь клиницистам и исследователям оптимизировать процедуру получения информированного согласия. Необходимо как предоставление наиболее содержательной информации субъектам исследования, так и оценка их способности к пониманию данной информации согласно вышеописанному алгоритму.

Например, факторы, связанные с согласием, включают в себя методы предоставления информации, письменной, либо устной. В процессе исследований было установлено, что для понимания написанного в согласии требуется достаточно высокий уровень навыков чтения [25]. В процессе беседы по тексту согласия это означает, что четкое и понятное пациенту объяснение, вне зависимости от того, страдает ли он психическим расстройством или нет, должно содержать простые термины, отсутствие профессионального и иного жаргона, готовность ответить на любые вопросы пациента.

Среди методов, способствующих лучшему пониманию текста согласия, лидируют структурированные процедуры, такие как специально выделенные секции «вопрос-ответ», интерактивные презентации с возможностью предварительного просмотра, опросники по тексту согласия [12].

Как клиницисты, так и исследователи должны быть в курсе этических проблем, связанных с принятием решений пациентами, страдающими шизофренией, заболеванием, влияющим непосредственным образом на когнитивные функции, отвечающие за принятие решений, что потенциально способно снизить уровень автономии. Возможность дальнейшего прогресса в области тера-

пии шизофрении во многом зависит от желания данной когорты пациентов принимать участие в клинических исследованиях.

Пациентам, страдающим шизофренией, необходимо тесное взаимодействие с врачами диспансеров, иных амбулаторных служб в части помощи по принятию решений, касающихся участия в клинических исследованиях. Недопустимо, рассматривать пациентов с данной патологией как заранее неспособных принять решение. Многие факторы, влияющие на способность к принятию решений у пациентов, страдающих шизофренией, остаются до сих пор неизученными. Например, требуются дальнейшие исследования по улучшению процедуры информированного согласия с целью повышения способности принимать решения.

Как только встаёт вопрос о способности принимать решения, задача клинициста — максимально точно определить эту способность. Нужно принимать во внимание, что некоего универсального инструмента для оценки данной функции до сих пор не создано, поэтому, в случае наличия определенных сомнений, хорошим подспорьем может оказаться консилиум с привлечением коллег-специалистов.

В заключение хотелось бы отметить, что в современных условиях каждый врач — практик или исследователь — так или иначе сталкивается с основным конфликтом гуманитарных и научных интересов в медицине: между пользой для конкретного пациента и потенциальным будущим благом для всех больных. Поэтому необходимо подчеркнуть важность обучения врачей основам исследовательской этики для лучшего понимания сущности биомедицинских исследований, их роли в медицинской практике и научном прогрессе.

Литература

Иванюшкин А.Я., Тихоненко В.А. Этические аспекты оказания психиатрической помощи // в кн. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой. В.А. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С.64–72.	Ivanyushkin A.Ya., Tihonenko V.A. Ethical aspects of mental health care // Psihiatriya: nacional'noe rukovodstvo / pod red. T.B. Dmitrievoy. V.A. Krasnova, N.G. Neznanova, V.Ja. Semke, A.S. Tiganova. — M.: GEOTAR-Media, 2009: 64–72. (In Rus.)
Кудряшова В.Ю., Сарайкин Д.М., Иванов М.В. Копинг-стратегии и саморегуляция поведения у больных шизофренией и аффективными расстройствами // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2017. — № 2. — С.33–39.	Kudryashova V.Yu., Saraykin D.M., Ivanov M.V. Copings and self-regulation of behavior in patients with schizophrenia and affective disorders. Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva. 2017; 2:33–39 (In Rus.).
Лутова Н.Б. Сорокин М.Ю., Вид В.Д. Психиатрическая стигма — ее проявления и последствия // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2017. — № 3. — С.41–45.	Lutova N.B. Sorokin M.YU., Vid V.D. Stigma in patients with mental disorders — its manifestations and consequences. Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva. 2017; 3:41–45 (In Rus.).
Семенова Н.В. Информированное согласие и границы автономии в клинических исследованиях с участием уязвимых групп пациентов // Медицинская этика. — 2018. — № 1. — С.63–65.	Semenova N.V. The informed consent and borders of autonomy in clinical trials with participation of vulnerable groups of patients. Medicinskaja etika. 2018; 1:63–65. (In Rus.).

Стеценко С.Г. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство // в кн. Обеспечение и защита прав пациентов в РФ / Под ред. О.П. Щепина. – М.: ГРАНТЪ. – 2003. – С.70.	Stecenko S.G. Informed voluntary consent to medical intervention // <i>Obespechenie i zashchita prav pacientov v RF / pod red. O.P. Shchepina.</i> – M.: GRANT; 2003:70.
Beck J.C. Determining competency to assent to neuroleptic drug treatment. // <i>Hosp Community Psychiatry.</i> – 1988. – V. 39. – P.1106-1108.	Beck J.C. Determining competency to assent to neuroleptic drug treatment. <i>Hosp Community Psychiatry.</i> 1988; 39:1106-08.
Beck J.C., Staffin R.D. Patients' competency to give informed consent to medication. // <i>Hosp Community Psychiatry.</i> – 1986. – V.37. – P.400-402.	Beck J.C., Staffin R.D. Patients' competency to give informed consent to medication. <i>Hosp Community Psychiatry.</i> 1986; 37:400-2.
Bracken-Roche et al. The concept of 'vulnerability' in research ethics: an in-depth analysis of policies and guidelines. // <i>Health Research Policy and Systems.</i> – 2017. – V.15. – P.8. DOI 10.1186/s12961-016-0164-6	Bracken-Roche et al. The concept of 'vulnerability' in research ethics: an in-depth analysis of policies and guidelines. <i>Health Research Policy and Systems.</i> 2017; 15:8. DOI 10.1186/s12961-016-0164-6
Carpenter W.T., Gold J.M., Lahti A.C., Queern C.A., Conley R.R., Bartko J.J., et al. Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. – // <i>Arch Gen Psychiatry.</i> – 2000. – V.57. – P.533-538. DOI:10.1111/1556-4029.13000	Carpenter W.T., Gold J.M., Lahti A.C., Queern C.A., Conley R.R., Bartko J.J., et al. Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. <i>Arch Gen Psychiatry.</i> 2000; 57:533-538. DOI:10.1111/1556-4029.13000
Casebook on ethical issues in international health research / edited by Richard Cash .et al. WHO, Geneva. – 2009. – 209p.	Casebook on ethical issues in international health research / edited by Richard Cash .et al. WHO, Geneva. – 2009. – 209p.
Dunn L.B. Ethical issues in schizophrenia: considerations for treatment and research. // <i>Psychopharmacology Bull.</i> – 2007. – V.40(4). – P.145-155. DOI: 10.1093/schbul/sbj031	Dunn L.B. Ethical issues in schizophrenia: considerations for treatment and research. <i>Psychopharmacology Bull.</i> , 2007; 40(4):145-155. DOI: 10.1093/schbul/sbj031
Dunn L.B., Jeste D.V. Enhancing informed consent for research and treatment. <i>Neuropsychopharmacol.</i> – 2001. – V.24. – P.595-607. DOI:10.1016/S0893-133X(00)00218-9	Dunn L.B., Jeste D.V. Enhancing informed consent for research and treatment. <i>Neuropsychopharmacol.</i> 2001; 24:595-607. DOI: 10.1016/S0893-133X(00)00218-9
Dunn L.B., Lindamer L.A., Palmer B.W. Improving understanding of research consent in middle-aged and elderly patients with psychotic disorders. // <i>Am J Geriatr Psychiatry.</i> – 2002. V.10 (2). – P.142-150. DOI:10.1016/S0165-0327(03)00109-5	Dunn L.B., Lindamer L.A., Palmer B.W. Improving understanding of research consent in middle-aged and elderly patients with psychotic disorders. <i>Am J Geriatr Psychiatry.</i> 2002; 10):142-150. DOI: 10.1016/S0165-0327(03)00109-5
Falagas M.E., Korbila I.P., Giannopoulou K.P., Kondilis B.K., Peppas G. Informed consent: how much and what do patients understand? // <i>Am J Surg.</i> – 2009. – V.198. – P.420-435. DOI:10.1016/j.amj surg.2009.02.010	Falagas M.E., Korbila I.P., Giannopoulou K.P., Kondilis B.K., Peppas G. Informed consent: how much and what do patients understand? <i>Am J Surg.</i> 2009; 198:420-435. DOI:10.1016/j.amj surg.2009.02.010
Green M.F. Cognition, Drug Treatment, and Functional Outcome in Schizophrenia: A Tale of Two Transitions. // <i>Am J Psychiatry.</i> – 2007. – V. 6 (164). – P. 992-994. DOI:10.1176/ajp.2007.164.7.992	Green M.F. Cognition, Drug Treatment, and Functional Outcome in Schizophrenia: A Tale of Two Transitions. <i>Am J Psychiatry.</i> 2007; 6 (164): 992-994. DOI:10.1176/ajp.2007.164.7.992
Green M.F., Kern R.S., Robertson M.J., et al. Relevance of neurocognitive deficits for functional outcome in schizophrenia // <i>Cognition in Schizophrenia</i> / ed. by T.Sharma, Ph.Harvey. – New York: Oxford University Press. – 2000. – P.178-192.	Green M.F., Kern R.S., Robertson M.J., et al. Relevance of neurocognitive deficits for functional outcome in schizophrenia // <i>Cognition in Schizophrenia</i> / ed. by T.Sharma, Ph.Harvey. – New York: Oxford University Press. – 2000. – P.178-192.

Grisso T., Appelbaum P.S., Mulvey E.P., Fletcher K. The MacArthur Treatment Competence Study: II. Measures of abilities related to competence to consent to treatment. // <i>Law Hum Beh.</i> — 1995. — V.19. — P.127-148.	Grisso T., Appelbaum P.S., Mulvey E.P., Fletcher K. The MacArthur Treatment Competence Study: II. Measures of abilities related to competence to consent to treatment. <i>Law Hum Beh.</i> 1995; 19:127-48.
Grisso T., Appelbaum P.S. The MacArthur Treatment Competence Study. III. Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. // <i>Law Hum Beh.</i> — 1995. — V 19. — P.149-174.	Grisso T., Appelbaum P.S. The MacArthur Treatment Competence Study. III. Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. <i>Law Hum Beh.</i> 1995; 19:149-74.
Grossman L., Summers F. A study of the capacity of schizophrenic patients to give informed consent. // <i>Hosp Community Psychiatry.</i> — 1980. — V.31. — P.205-206.	Grossman L., Summers F. A study of the capacity of schizophrenic patients to give informed consent. <i>Hosp Community Psychiatry.</i> 1980; 31:205-6.
Human Subjects Research Protections: Enhancing Protections for Research Subjects and Reducing Burden, Delay, and Ambiguity for Investigators. Department of Health and Human Services, Office of Secretary. 2011, FR Doc No: 2011-18792, July 26.	Human Subjects Research Protections: Enhancing Protections for Research Subjects and Reducing Burden, Delay, and Ambiguity for Investigators. Department of Health and Human Services, Office of Secretary, 2011, FR Doc No: 2011-18792, July 26.
Irwin M., Lovitz A., Marder S.R., Mintz J., Winslade W.J., Van Putten T., et al. Psychotic patients' understanding of informed consent// <i>Am J Psychiatry.</i> — 1984. — V.142. — P.1351-1354.	Irwin M., Lovitz A., Marder S.R., Mintz J., Winslade W.J., Van Putten T., et al. Psychotic patients' understanding of informed consent. <i>Am J Psychiatry.</i> 1984; 142:1351-4.
Manson N.C., O'Neill O. Rethinking Informed Consent in Bioethics. — UK: Cambridge University Pres. — 2007.	Manson N.C., O'Neill O. Rethinking Informed Consent in Bioethics. 2007, UK: Cambridge University Pres.
Mirza I., Phelan M. Managing physical illness in people with severe mental illness// <i>Hosp Med.</i> — 2002. — V.63. — P.535-539. DOI:10.12968/hosp.2002.63.9.1949	Mirza I., Phelan M. Managing physical illness in people with severe mental illness. <i>Hosp Med.</i> 2002; 63:535-539. DOI: 10.12968/hosp.2002.63.9.1949
Nishimura A., Carey J., Erwin P.J., Tilburt J.C., Murad M.H., McCormick J.B. Improving understanding in the research informed consent process: a systematic review of 54 interventions tested in randomized control trials. // <i>BMC Medical Ethics.</i> — 2013. — V.14. — P.28. DOI: 10.1186/1472-6939-14-28.	Nishimura A., Carey J., Erwin P.J., Tilburt J.C., Murad M.H., McCormick J.B. Improving understanding in the research informed consent process: a systematic review of 54 interventions tested in randomized control trials. <i>BMC Medical Ethics</i> , 2013; 14:28. DOI: 10.1186/1472-6939-14-28.
Paasche-Orlow M.K., Taylor H.A., Brancati F.L. Readability standards for informed-consent forms as compared with actual readability. // <i>N Eng J Med.</i> — 2003. — V.348. — P.721-726. DOI:10.1056/NEJMsa021212	Paasche-Orlow M.K., Taylor H.A., Brancati F.L. Readability standards for informed-consent forms as compared with actual readability. <i>N Eng J Med.</i> 2003; 348: 721-726. DOI: 10.1056/NEJMsa021212
Research Involving Persons with Mental Disorders that May Affect Decision Making Capacity, Vol 1, Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. — Rockville, MD: NBAC. — 1998. — 176p.	Research Involving Persons with Mental Disorders that May Affect Decision Making Capacity, Vol 1, Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Rockville, MD: NBAC. — 1998. — 176p.
Research Involving Persons with Mental Disorders that May Affect Decisionmaking Capacity, Vol 2, Commissioned Papers by the National Bioethics Advisory Commission. — Rockville, MD: National Bioethics Advisory Commission (NBAC). — 1999. — 79p.	Research Involving Persons with Mental Disorders that May Affect Decisionmaking Capacity, Vol 2, Commissioned Papers by the National Bioethics Advisory Commission. — Rockville, MD: National Bioethics Advisory Commission (NBAC). — 1999. — 79p.
Yanushko M., Semenova N. Local ethics committee role in resolving ethical cornerstones of clinical trials in psychiatry// <i>European Psychiatry.</i> — 2018. — V.48. — P.379. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.12.016.	Yanushko M., Semenova N. Local ethics committee role in resolving ethical cornerstones of clinical trials in psychiatry. <i>European Psychiatry, Suppl.</i> March. 2018; 48:379. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.12.016.

Сведения об авторах

Семенова Наталия Владимировна — д.м.н., руководитель научно-организационного отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», Председатель Независимого этического комитета при ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: nvs@bekhterev.ru

Янушко Мария Григорьевна — к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения биологической психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», Минздрава России, член Независимого этического комитета при ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: yanushko@list.ru

Яковлева Юлия Александровна — к.м.н., старший научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава РФ. E-mail: yua.08@mail.ru

Опыт материнства у женщин, инфицированных ВИЧ

Трегубенко И.А.¹ Выходцев С.В.,² Федорова А.И.,² Лукьянова А.А.²

¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова,

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Резюме. В статье представлены результаты исследования основных типов родительских установок и ценностных жизненных стратегий у 58 ВИЧ-инфицированных матерей, имеющих детей в возрасте от 1 до 3 лет. Использовался метод направленного интервью, методика PARI, для оценки ценностно-смысловой сферы испытуемых был проведен кластерный анализ. Показано, что ведущими типами отношения к ребенку являются две полярные неконструктивные стратегии: излишняя эмоциональная дистанция (43%) и излишняя концентрация на ребенке (42%). При помощи корреляционного анализа выявлено, что стратегия эмоционального дистанцирования матери от ребенка положительно связана с ценностями работы и свободы, а излишняя концентрация на ребенке, напротив, прямо коррелирует с ценностями материнства и обратно коррелирует с ценностью работы. Полученные данные позволяют определять основные задачи и мишени психотерапевтической работы с ВИЧ-инфицированными матерями в целях охраны психического здоровья детей.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, дети ВИЧ-инфицированных матерей, родительские установки, психотерапия ВИЧ-инфицированных матерей.

Maternity Experience of HIV-infected Women

Tregubenko I.A., Vykhodtcev S.V., Fedorova A.I., Lukyanova A.A.

¹Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University,

²North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St.-Petersburg

Summary. The results of the study of the main models of parental attitudes and vital values of 58 HIV-infected mothers having children aged 1-3 years were considered in the article. Structured interview, PARI technique were applied. Cluster analysis was performed for assessment of value and implication system of the women under study. Two leading polar nonconstructive models of parental attitudes were found: excessive emotional distancing (43%) and excessive concentration on child (42%). Correlation analysis revealed that excessive emotional distancing strategy has positive correlation with such vital values as "work" and "individual liberty" whereas excessive concentration on child strategy has positive correlation with maternity values and negative correlation with work values. The results made it possible to determine the main tasks and targets of psychotherapeutic assistance for HIV-infected mothers with a view of protecting children's mental health.

Key words: HIV, children of HIV-infected mothers, parental attitudes, psychotherapy of HIV-infected mothers

Нарастающая распространенность ВИЧ-инфекции, неизлечимый характер и серьезные социальные последствия заболевания делают его одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения. Современные тенденции ВИЧ-инфекции характеризуются возрастанием полового пути передачи инфекции, что ведет ко все большему вовлечению женского населения в эпидемию, причем, вполне социализированного населения. В 2015 году доля женщин в структуре инфицированных ВИЧ составила 41% [6, 8].

Успехи антиретровирусной терапии позволили значительно увеличить продолжительность жизни пациентов. Современная система профилактики вертикальной передачи инфекции от матери к плоду во время беременности и родов значительно снизила риск заражения ребенка (с 30–40% до 0,5–1%) [12]. В результате возросло число беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин, и соответственно, число рожденных детей. По данным формы ГСН № 61 в России в 2015 году зарегистрировано 16078 родов у ВИЧ-позитивных женщин (72% женщин с ВИЧ-инфекцией сохранили беременность) [10].

В сложившихся условиях важное значение приобретает охрана психического здоровья детей, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей. Для решения этой задачи необходимо проведение психопрофилактики нарушений психической адаптации женщин и формирование у них адекватного материнского отношения [11]. Исследования показывают, что преморбидный статус ВИЧ-инфицированных женщин нередко отягощен за счет психических и поведенческих нарушений, сопутствующих тревожных и депрессивных расстройств [13], стигматизации и дискриминации в социуме. Уход за детьми и их воспитание может являться для них выраженным стрессовым фактором [14].

Исследований, посвященных отношению ВИЧ-инфицированных женщин к материнству, недостаточно. Имеющиеся данные демонстрируют его определенные отличия от отношения условно здоровых матерей. Отмечено, что ВИЧ-инфицированные матери придают большее значение операционно-предметному взаимодействию (соблюдению режима питания и ухода) в ущерб эмоционально-личностному взаимодей-

ствию. Они отличаются склонностью занимать крайние позиции в воспитании ребенка: или излишняя концентрация на нем (чрезмерная забота, подавление его воли, зависимость ребенка от матери и стремление ускорить его развитие) или излишняя раздражительность, строгость, уклонение от контактов [1, 2]. В целом, отмечают авторы, ВИЧ-инфицированным матерям зачастую не удается выработать адекватные воспитательные стратегии и выстроить оптимальный эмоциональный контакт с ребенком, они испытывают выраженную потребность в помощи в уходе за ребенком.

Целью данного исследования являлось изучение основных типов родительских установок у ВИЧ-инфицированных матерей, их ценностных жизненных стратегий, а также взаимосвязей между родительскими установками и ценностными жизненными стратегиями при помощи корреляционного анализа.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 58 женщин с поставленным диагнозом ВИЧ, имеющих детей в возрасте от 1 года до 3 лет. Пациентки посещали Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, также они состояли на учете у инфекциониста в районной поликлинике. Возраст женщин — от 23 до 37 лет (средний возраст составил $31 \pm 5,2$). Срок заболевания составил от трех до пяти лет, средний срок заболевания $3,8 \pm 0,9$. В связи с этим испытуемые, участвовавшие в исследовании, не имели длительного срока существования заболевания, и у них не было серьезных нарушений соматического здоровья.

При проведении исследования использовался метод направленного интервью, в котором учитывали данные эпидемиологического анамнеза, сведения о взаимоотношениях матери с ребенком и семьей. Для оценки родительских установок применялась методика PARI (Шеффер Е. и Белл Р. в адаптации Нещерет Т.В.). Для изучения ценностных жизненных ориентаций ВИЧ-инфицированных матерей им предлагали назвать и самостоятельно ранжировать значимые жизненные сферы и ценности. Кластерный анализ был проведен для оценки общей картины ценностно-смысловой сферы испытуемых. Для определения взаимосвязи жизненных ценностей и родительских установок был проведен корреляционный анализ. При оценке полученных данных были использованы методы описательной и инференциальной статистики. Для анализа корреляционных взаимосвязей использовался коэффициент Спирмена. При описании результатов во внимание принимались значения достоверности не ниже $p \leq 0,05$. В исследовании также применялся кластерный анализ (иерархический и метод К-средних). Расчеты были реализованы в программе Statistica ver. 8.0.

Результаты и обсуждение

Определение характера отношения к ребенку у ВИЧ-инфицированных матерей с применени-

ем методики PARI позволило выявить основные типы родительских установок.

Ведущими типами отношения к ребенку являются две полярные стратегии: излишняя эмоциональная дистанция (43%) и излишняя концентрация на ребенке (42%). Оптимальный тип отношения встретился лишь у 15%.

Для матерей, придерживающихся первой стратегии, характерна раздражительность и вспыльчивость, излишняя строгость во взаимодействии с ребенком. У них есть представления, что ребенок должен сам адаптироваться в окружающем мире. Таким женщинам сложно общаться с ребенком продолжительное время, поскольку они быстро истощаются в детско-родительском контакте. В данном случае можно говорить о желании избежать родительской ответственности, о неумении и страхе быть матерью.

Матери с излишней концентрацией на ребенке проявляют чрезмерную заботу о нем — гиперопеку. Они стремятся оберегать детей от любых трудностей, боятся обидеть ребенка, но при этом постоянно вмешиваются в его внутренний мир. Для таких матерей характерны иррациональные установки в отношении родительской роли. Среди них чаще встречаются такие утверждения: «ребенок попал в беду — всегда виновата мать», «ради ребенка нужно жертвовать своим счастьем», «нельзя мучить ребенка мелкими поручениями». Кроме того, излишняя концентрация на ребенке, как правило, ведет к стремлению матерей подавлять любые проявления его агрессии и сексуальности. В данном случае можно говорить о наличии симбиотической связи или слиянии (кофлюэнции) между матерью и ребенком. ВИЧ-инфицированные матери испытывают повышенную тревогу в отношении ребенка и компенсируют ее сверхзаботой и сверхответственностью.

Оптимальный эмоциональный контакт между ВИЧ-инфицированной матерью и ребенком встречался редко — только в 15% случаев.

Таким образом, отношение к ребенку у женщин, инфицированных ВИЧ, в целом реализуется по двум противоположным неконструктивным стратегиям. Таким женщинам трудно устанавливать в семье партнерские отношения, развивать познавательную активность ребенка, ощущать себя полноценной матерью. В связи с этим матери либо эмоционально дистанцируются от детей, либо вступают в зависимые отношения с ними. Чрезмерная строгость, как и излишняя покровительствующая опека, подавляют у ребенка здоровую познавательную активность и способствуют формированию выученной беспомощности [7]. В дальнейшем, как правило, это лишь укрепляет иррациональные установки в воспитании и семейном взаимодействии [3, 15].

Следующим этапом исследования было изучение жизненных ценностей ВИЧ-инфицированных матерей. Ценностные жизненные ориентации представляют собой сложный социально-психологический феномен, определяющий общий подход человека к миру, к себе. Они придают

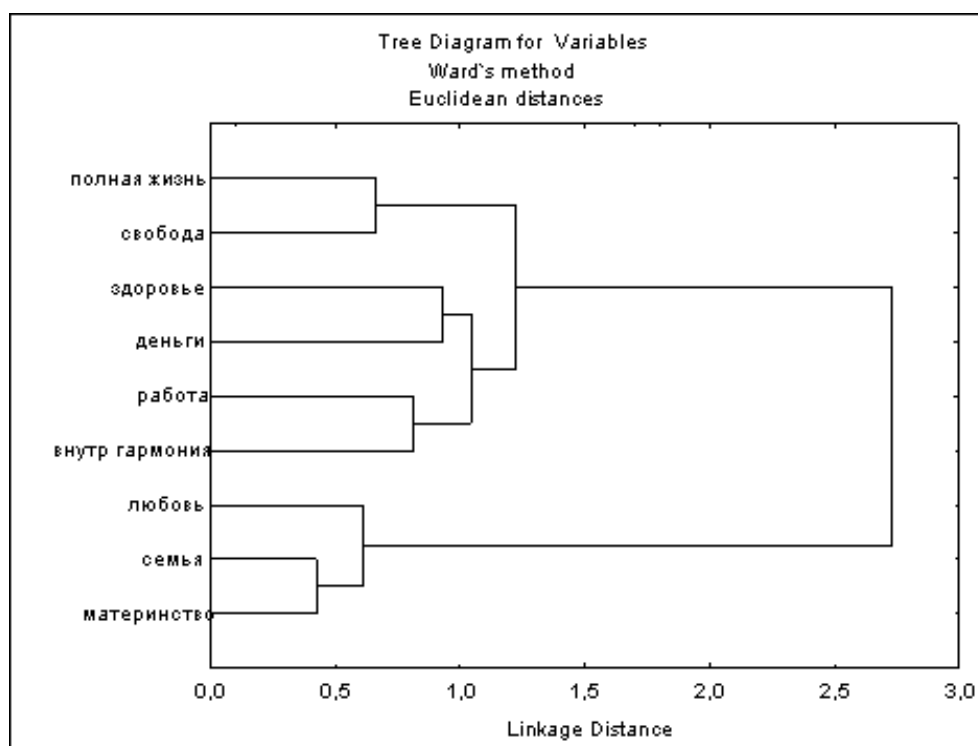


Рис. 2. Кластерный анализ ценностно-смысловой сферы ВИЧ-инфицированных матерей.

смысл и направление его личностным позициям, и что особенно важно, его поведению. При анализе представлений о жизненных ценностях ВИЧ-инфицированных матерей последних просили назвать важные для них сферы жизни и ранжировать в порядке их значимости.

Все обследованные женщины указали «здоровье» (медиана составила 9) как самую значимую ценность, что очевидно и легко объяснимо в их положении. Также значимыми оказались такие ценности как «любовь» ($Me=6$) и «материнство» ($Me=6$), которые характеризуют смыслы человеческого взаимодействия. Важно отметить, что наибольшая значимость той или иной жизненной сферы, нередко свидетельствует о её фрустрированности, то есть о реальных или предполагаемых сложностях в достижении и обретении этой ценности. Многие женщины называли «материальное благополучие» как важное условие их жизни. Это может быть связано с лечением ВИЧ, которое требует денежных затрат. «Полная жизнь» также явилась часто выбираемой ценностью. Пациенты с ВИЧ, как показывают исследования, скорее ориентированы на настоящее [4, 5]. Их ресурс — «жить здесь и сейчас». Следовательно, важно уметь чувствовать полноту момента жизни в данный момент. Близкой по значимости является ценность «внутренняя гармония». Она понималась обследуемыми как ощущение внутреннего комфорта, отсутствие противоречий и сомнений. Следующей сферой явилась «свобода». В исследуемой группе это, скорее всего, «свобода от», нежели «свобода для». Желание не быть зависи-

мой от обстоятельств, денег, лекарств. Подобную ценностную ориентацию мы наблюдали у некоторых ВИЧ-инфицированных мужчин [9]. Наряду с указанными выше ценностями в качестве значимой также указывалась сфера «работа».

Для понимания общей картины ценностно-смысловой сферы ВИЧ-инфицированных матерей был проведен кластерный анализ. Его результаты представлены на рисунке 2.

Как видно из рисунка, в общей картине явно выделяются два кластера. Первый был назван «ценность материнства». В него вошли такие переменные, как «любовь», «семья» и «материнство». Данный кластер описывает смыслы, связанные с реализацией женского начала, стремлением подарить и/или получить любовь близких людей, почувствовать себя важной и нужной для своей семьи.

Второй кластер — «профессиональная и личностная самореализация». В нем можно выделить два подкластера. Первый включает сочетание таких ценностей, как «полная жизнь» и «свобода». Независимость от обстоятельств обеспечивает ощущение яркости и насыщенности жизни. У таких женщин есть желание реализовывать свою внутреннюю активность, жить эмоционально. Второй подкластер составили такие ценности, как «здоровье» и «деньги», «работа» и «внутренняя гармония». Материальная обеспеченность требуется для поддержания здоровья, покупки лекарств и проведения необходимых обследований. Работа, по всей видимости, представляет собой то пространство, где можно почувствовать себя спо-

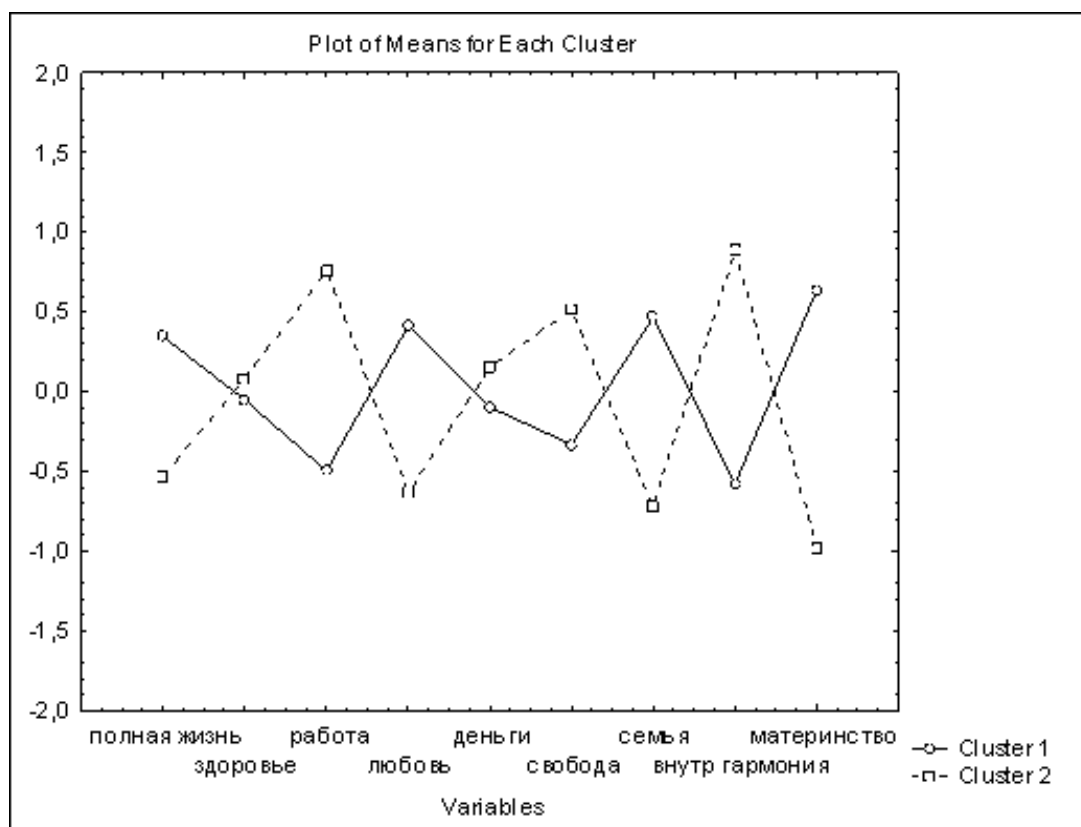


Рис. 3. Кластерный анализ ценностно-смысловой сферы ВИЧ-инфицированных матерей методом К-средних.

койно, уверенно. Возможно, это рассматривается женщинами как путь избавления от переживаний, связанных с бытом и своим здоровьем. Это ценности, которые помогают почувствовать себя уверенно и безопасно, зная, что есть определенный уровень стабильности.

Суммируя результаты кластерного анализа, можно предположить, что существуют две линии интерпретации жизненного смысла у женщин с ВИЧ. Первая связана с экзистенциальной ценностью любви и материнской самореализацией. Вторая направлена на ощущение стабильности и свободы, которые дарят ощущение насыщенности жизни.

Для уточнения данной гипотезы, мы провели кластерный анализ методом К-средних. Его результаты можно увидеть ниже на рисунке 3.

Из диаграммы видно, что такие ценности как «здоровье» и «деньги» не являются дифференцирующими. Другими словами, все пациентки обозначают эти сферы жизни как значимые и достаточно единогласны во взглядах на них. По остальным же ценностям наблюдается рассогласованность респондентов. Для одной группы значимо материнство, семья и любовь. Для другой важны свобода, работа и внутренняя гармония. Эти стратегии можно описать как выбор между профессиональной реализацией и личной жизнью. Однако в данном случае могут существовать и дополнительные смыслы. Например, стремление прео-

долеть тревожные ожидания относительно своего здоровья и будущего.

Для определения взаимосвязи ценностей и родительских установок мы провели корреляционный анализ. Его результаты представлены на рисунке 4.

Из рисунка видно, что стратегия эмоционального дистанцирования матери от ребенка положительно связана с ценностями работы и свободы и отрицательно — с ценностями любви, материнства и семьи. Излишняя концентрация на ребенке, напротив, прямо коррелирует с ценностями материнства и обратно коррелирует с ценностью работы. Таким образом, описанные при помощи кластерного анализа стратегии ценностного построения своей жизни прямо связаны с родительскими установками.

Первая группа женщин видит главную ценность жизни в том, чтобы быть матерью, но при этом попадает в зависимые отношения с ребенком и подавляет его гиперопекой, транслируя иррациональные установки. Вторая группа женщин обретает смысл в работе и независимости, при этом дистанцируясь от ребенка и семьи.

Выводы. Исследование, проведенное среди ВИЧ-инфицированных матерей, позволило выявить неконструктивные родительские установки в отношении ребенка. Они непродуктивно отражаются на взаимодействиях с ребенком и име-

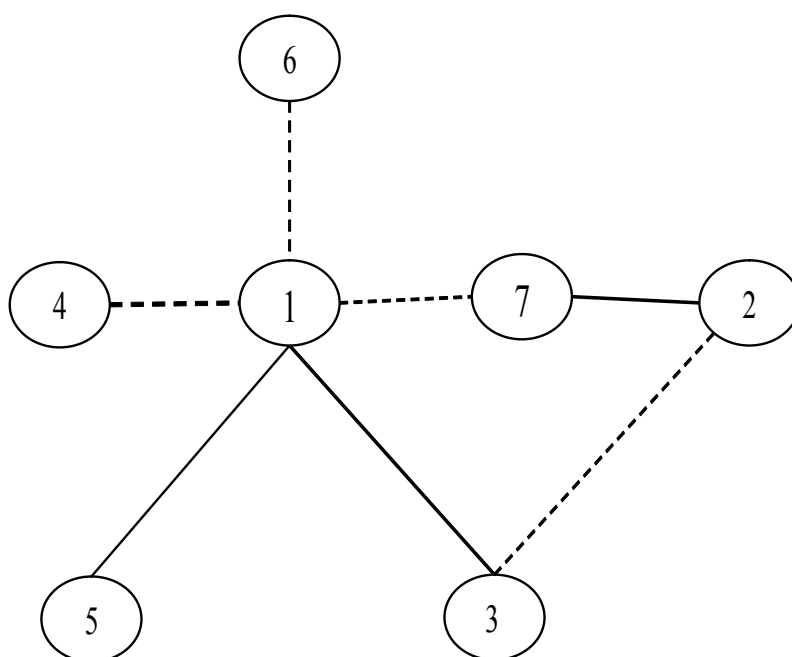


Рис. 4. Корреляционная плеяда родительских установок и ценностных ориентаций у женщин с ВИЧ.
 Обозначения в рисунке: 1. Излишняя эмоциональная дистанция с ребенком; 2. Излишняя концентрация на ребенке; 3. Работа; 4. Любовь; 5. Свобода; 6. Семья; 7. Материнство

ют негативный прогноз в отношении его будущего. Эмоциональное отстранение от роли матери, как и излишняя концентрация на ребенке, вероятно, обусловлены сформировавшимися жизненными стратегиями ВИЧ-инфицированных матерей. Механизмы, лежащие в основе этих стратегий, определяют своеобразные мишени для психологической и психотерапевтической коррекции.

Данные, полученные в ходе исследования, позволяют предположить возможные направления психотерапевтической работы с ВИЧ-инфицированными матерями. Безусловно, данные рекомендации носят предварительный и ориентировочный характер. Тем не менее, можно утверждать, что для обеих групп общим направлением работы могло бы быть создание групп поддержки, в которых проводилась бы просветительская работа среди беременных и матерей с ВИЧ. Ведение групп оптимально проводить под руководством психолога или психотерапевта, с привлечением врача-педиатра и врача-инфекциониста. Среди задач такой работы — информационная поддержка, обсуждение реальных проблем материнства, с которыми ежедневно сталкиваются женщины, вопросы взаимопомощи и т.д.

Психотерапевтическая поддержка матерей, эмоционально дистанцирующихся от ребенка, должна быть направлена на обсуждение темы женственности и материнства, а также вопросы воспитания. Им необходимо развивать практические навыки по уходу за ребен-

ком, разъяснять реальные жизненные ситуации, возникающие в системе «мать-ребенок» вплоть до моделирования проблем в интерактивной или игровой форме («как правильно себя вести с ребенком», «как не заразить ребенка» и т.д.).

Работа с женщинами, которые «симбиотически сливаются» с ребенком, должна быть направлена на профилактику выученной беспомощности у ребенка, а также снижение уровня личностной тревожности самой матери. Их необходимо информировать о важности формирования самостоятельности, о возможности выражения чувств ребенка.

Вполне вероятно, что в каждой такой группе потребуются индивидуальные сессии личностно-реконструктивной терапии для матерей. Терапевтическая работа, направленная на снижение тревоги и страха, на формирование уверенности в себе, как в женщине и матери, на обучение практическим навыкам взаимодействия с ребенком, на формирование понимания значимости внутреннего мира ребенка и развитие его самостоятельности — все это может способствовать ориентированию матерей, инфицированных ВИЧ, на более конструктивные стратегии материнства. Такой подход позволит стабилизировать не только психологическое состояние самих матерей, но и улучшить прогноз развития детей.

Литература

1.	Александрова Н.В., Городнова М.Ю., Эйдмиллер Э.Г. Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДе. Учебное пособие для врачей и психологов // Спб.: Речь. — 2010. — 191с.	Alexandrova N.V., Gorodnova M., Eidemiller E. G. Comprehensive Psychotherapy Models for HIV/AIDS. Tutorial for Physicians and Psychologists. Sankt-Peterburg: Rech'. 2010; 191. (In Rus.)
2.	Афанасьева Е.Д. Факторы психической адаптации к материнству ВИЧ-инфицированных женщин после родов: диссертация... канд. психол. наук // СПб. — 2011. — 234с.	Afanasjeva E.D. Mental Maternity Adaptation Factors of Postlabour HIV-infected Women. Diss. ... kand. psichol. Nauk. Sankt-Peterburg. — 2011. — 234p. (In Rus.)
3.	Дружинин В.Н. Психология семьи // СПб.: Питер. — 2005. — 176с.	Druzhinin V.N. Family Psychology // Sankt-Peterburg: Piter. — 2005. — 176p. (In Rus.)
4.	Зинченко А.И. Влияние психологического ресурса ВИЧ-инфицированных на способность организма противостоять заболеванию: автореф. дисс. ... канд. психол. наук // СПб. — 2009. — 18с.	Zinchenko A.I. Psychological Resource Impact of HIV-infected Patients on the Bodily Ability to Resist a Disease. Avtoref. dissertatsii ... kand. psichol. nauk. Sankt-Peterburg. — 2009. — 18p. (In Rus.)
5.	Кроссли М.Л. Нарративная психология // Харьков: «Гуманитарный центр». — 2013. — 284с.	Krossli M.L. Narrative Psychology // Khar'kov: Gumanitarnyitsentr. — 2013. — 284p. (In Rus.)
6.	Латышева И.Б., Воронин Е.Е. ВИЧ-инфекция у женщин в Российской Федерации // Материалы Международной НПК Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. — СПб. — 2016. — С.9-12.	Latysheva I.B., Voronin E.E. Women's HIV Infection in the Russian Federation. Materialy Mezhdunarodnoi NPK Aktual'nyevoprosy VICH-infektsii. Sankt-Peterburg. — 2016. — P.9-12. (In Rus.)
7.	Ротенберг В.С., Арашанский В.В. Поисковая активность и адаптация // М.: Наука. — 1984. — 192с.	Rotenberg V.S., Arshanskji V.V. Decision making and adjustment. Moskva: Nauka. — 1984. — 192p. (In Rus.)
8.	Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2015 года» // Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора.	Fact Sheet "HIV Infection in the Russian Federation for December 31, 2015. Federal'nyinauchno-metodicheskiitsentr po profilaktike i bor'be so SPIDom FBUN TsNIIERospotrebnadzora. (In Russ.)
9.	Трегубенко И.А., Выходцев С.В. Рискованное сексуально поведение и личностная идентичность мужчин, инфицированных ВИЧ // Terra Medica. — 2016. — № 2(76). — С.59-64	Tregubenko I.A., Vykhodtcev S.V. Risky Sexual Behaviour and Personality Identification of HIV-infected Men. Terra Medica. 2016; 2(76):59-64. (In Rus.)
10.	ФГЧН №61 «Сведения о контингентах, больных ВИЧ-инфекцией», за 2015 год.	Information Bulletin N61 on HIV Patient Contingent for 2015. (In Rus.)
11.	Филиппова Г.Г. Психология и материнство. Учебное пособие // М.: Изд-во Института психотерапии. — 2002. — 240с.	Filippova G.G. Psychology and Maternity. Uchebnoeposobie. Moskva: Izdatel'stvo instituta psikhoterapii. — 2002. — 240p. (In Rus.)
12.	The Antiretroviral Pregnancy Registry, 31.07.2016 http://www.apregistry.com/Interim_Report.aspx .	The Antiretroviral Pregnancy Registry, 31.07.2016 http://www.apregistry.com/Interim_Report.aspx .
13.	Baingana E, Thomas R, Comblain C. HIV/AIDS and mental health/health, Nutrition and Population Discussion Paper. World Bank — 2005. http://siteresources.worldbank.org/HEALTH-NUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/	Baingana E, Thomas R, Comblain C. HIV/AIDS and mental health/health, Nutrition and Population Discussion Paper. World Bank — 2005. http://siteresources.worldbank.org/HEALTH-NUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/
14.	Murphy A., Roberts K., Herbeck D.M. HIV disease impact on mothers: what they miss during their children's development years. Journal of Child and Family Studies. — 2010. — Vol.1. — P.106-222.	Murphy A., Roberts K., Herbeck D.M. HIV disease impact on mothers: what they miss during their children's development years. Journal of Child and Family Studies. 2010; 1:106-222.

15.	<i>Seligman M.E. Helpness: on depression development and death. San Francisco: Freeman. — 1975. — 273p.</i>	<i>Seligman M.E. Helpness: on depression development and death. San Francisco: Freeman. — 1975. — 273p.</i>
-----	---	---

Сведения об авторах

Трегубенко Илья Александрович — к. пс. н., доцент кафедры общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова. E-mail: psy560@yandex.ru

Выходцев Сергей Владимирович — к.м.н., ассистент кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. E-mail: zerge@mail.ru

Федорова Анна Игоревна — д.м.н., профессор кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. E-mail: feanna@inbox.ru Тел. 89219305524

Лукьянова Анна Андреевна — лаборант кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. E-mail: anyaluk@inbox.ru

**Резолюция
Всероссийского конгресса с Международным участием
«Женское психическое здоровье:
междисциплинарный статус
(к 100-летию кафедры психиатрии
Первого Санкт-Петербургского государственного
медицинского университета им. акад. И.П. Павлова,
бывшего Женского Медицинского Института)»**

**Resolution of Russian Congress with International participation
«Women's mental health: interdisciplinary status»**

8-9 октября 2018 года в ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России прошел первый Всероссийский конгресс с Международным участием «Женское психическое здоровье: междисциплинарный статус (к 100-летию кафедры психиатрии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, бывшего Женского Медицинского Института)», организованный Министерством здравоохранения Российской Федерации, Российской академией наук, Российским обществом психиатров, ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава Российской Федерации, кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава Российской Федерации, Российской психотерапевтической ассоциации.

При участии: Северо-западного отделения РАН, Комитета по науке и высшей школе Санкт-Петербурга, Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, Института эндокринологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава Российской Федерации, Союза охраны психического здоровья.

Мультидисциплинарная тема конгресса определила состав участников — в научном форуме приняло участие более **600** научных сотрудников, врачей: психотерапевтов, психиатров, эндокринологов, гинекологов, онкологов, кардиологов, дерматологов; медицинских (клинических) психологов, организаторов здравоохранения и других специалистов, занимающихся научными исследованиями в области женского здоровья и оказывающих медицинскую, психиатрическую, психотерапевтическую и психологическую помощь женщинам. Помимо российских участников, на конгресс приехали представители 12 стран Европы, Азии, Австралии и Америки. В Петербург приехали президент Всемирной Психиатрической Ас-

социации проф. Хелен Херрман (Мельбурн, Австралия), которая объявила женское психическое здоровье приоритетной темой деятельности ВПА в 2017-220 гг. Генеральный секретарь Всемирной Ассоциации Динамической Психиатрии проф. М. Аммон (Берлин, Германия) приняла активное участие в работе конгресса, особо отметив актуальность его тематики.

Конгресс приурочен к 100-летию юбилею кафедры психиатрии, как самостоятельного подразделения Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, бывшего Женского Медицинского Института, первого в России высшего медицинского учебного заведения для женщин, ставшего одной из лучших медицинских школ России, а также Alma Mater первых женщин профессоров и академиков. Кафедра всегда была в авангарде биопсихосоциального подхода и интердисциплинарных взаимодействий, на базе ее был введен один из первых в стране курс медицинский психологии и психосоматической медицины для всех обучающихся студентов.

Актуальность темы психического здоровья женщин, объявленной одной из приоритетных тем деятельности Всемирной Психиатрической Ассоциации на 2017-2020 гг. обусловлена более высокой заболеваемостью среди женщин расстройствами тревожно-депрессивного спектра, что требует развитие гендерного подхода в изучении и профилактике этой группы заболеваний. Более длительная продолжительность жизни женщин, в особенности в нашей стране, определяет фокус внимания на женщин в геронтопсихиатрии. Данные статистики указывают на то, что среди жертв различных форм насилия и жестокого обращения преобладают женщины, это определяет необходимость разработки гендерно-специфичных программ психосоциальной помощи и реабилитации. Высокие требования, предъявляемые обществом к внешнему облику, а также пропагандируемые средствами массовой информации искаженные, не соответствующие нормам здоровья и реальности женские образы, обуславливают более вы-

сокую заболеваемость расстройствами пищевого поведения и навязчивым стремлением к модификации собственного тела среди женщин, негативно влияя на поддержание психического здоровья.

В ходе пленарных заседаний, симпозиумов, тематических секций были обсуждены наиболее актуальные вопросы междисциплинарного взаимодействия в области диагностики и терапии адаптационных, пограничных, эндогенных, связанных с репродуктивным циклом психических расстройств у женщин, особое внимание было уделено проблеме коморбидности психических нарушений и соматической патологии. Определены дальнейшие перспективы развития междисциплинарного взаимодействия, направленные на поддержание и улучшение женского психического здоровья.

Материалы докладов конгресса отражают состояние, взаимодействие и тенденции развития целого ряда специальностей и дисциплин — психиатрии, психотерапии, гинекологии, эндокринологии, онкологии, сексологии, медицинской психологии и других смежных специальностей, интеграция которых необходима для обеспечения комплексного, многостороннего подхода к проблемам женского психического здоровья, состояние которого во многом определяет здоровье нации. Особую значимость приобретают вопросы изучения роли психологических механизмов в возникновении и течении заболеваний, приверженности пациента лечению, а также разработка программ психосоциальных интервенций для женщин в общей медицине. Тактика ведения пациентов с психическими расстройствами в период беременности и возможности использования психофармакотерапии является одной из наиболее сложных дискуссионных тем, как для ученых, так и представителей практического здравоохранения. Развитие и совершенствование персонализированного подхода становится основной задачей современной медицины, при котором гендерный фактор имеет свою особую значимость, что определяет особую актуальность темы конгресса.

В рамках конгресса неоднократно подчеркивалось, необходимость разработки гендерно-сенситивного подхода в лечении всего спектра психических нарушений. Социальные изменения, произошедшие в XX веке значительно изменили положение женщины в обществе, многообразие возможных моделей поведения и жизненных стилей создает основу для проблемы экзистенциального выбора и связанных с ним адаптационных расстройств, эта тематика нашла свое отражение в симпозиуме по психотерапии, а также в предлагаемой немецкими коллегами концепции андрогинности. Гибкое сочетание традиционно мужских и женских ролевых паттернов в создании персонализированного жизненного стиля может в значительной степени усилить адаптационный потенциал психического здоровья женщины.

Важным вопросом рассмотрения стало влияние миграционных процессов на психическое здоровье, симпозиум по этой теме позволил обме-

няться опытом специалистам из России, Великобритании, Германии, Швейцарии, Азербайджана и других стран по оказанию социально-психологической помощи и адаптации в новых условиях проживания женщинам различных возрастных групп. Профилактика и сохранение психического здоровья социально активной части населения, являются приоритетом в обеспечении профессионального долголетия, сохранении трудоспособности и поддержании качества жизни людей.

Современным представлением о гендерно-сенситивном подходе в наркологии был посвящен симпозиум «Женский мир аддикций». В ходе симпозиума были рассмотрены основные направления исследований: гендерные аспекты алкогольной и наркотической зависимости; вопросы эпидемиологии, диагностики, клиники и психологического функционирования при женском алкоголизме; психологии женщины и зависимости от ПАВ. Представлены конкретные результаты доказательных исследований и обсужден широкий круг проблем, связанный со спецификой женского аддиктивного поведения.

Медико-социальное значение приобретает современная диагностика коморбидных психических расстройств в общесоматической сети и широкое внедрение консультативной психиатрической помощи, психотерапии и психологической коррекции в другие медицинские специальности, поскольку это позволяет реально реализовывать мультидисциплинарный подход в терапии различных заболеваний и воздействовать как на психологические звенья патогенеза, так и на восприятие пациентом своего состояния, повышая мотивацию к лечению, улучшая приверженность лечению. Симпозиум по вопросам психосоматики был направлен на оптимизацию взаимодействия специалистов в оказании помощи пациенткам с заболеваниями в манифестации и течении которых важная роль отводится психосоциальным факторам и с патологией с высоким уровнем стигматизации.

Выявление и дифференциальная диагностика психических расстройств, детальное психологическое обследование пациентов с использованием новых подходов и технологий, разработка эффективных моделей оказания помощи, основанной на персонализированном подходе, с учетом гендерной специфики, вопросов, связанных с материнством, определяет обоснованность консолидации усилий специалистов различного профиля в лечении больных эпилепсией.

На конгрессе неоднократно затрагивалась проблема улучшения междисциплинарного взаимодействия в области гинекологии и репродуктологии. В симпозиуме, посвященном вопросам материнства и детства были представлены данные о высоком уровне заболеваемости пограничными нервно-психическими расстройствами среди пациентов с хроническими пролиферативными и воспалительными гинекологическими заболеваниями, показана эффективность применения психосоциальных интервенций в программах ВРТ.

Значимой темой стало обсуждение организации помощи женщинам с адаптационными нарушениями, воспитывающих детей с ограниченными возможностями и хроническими заболеваниями.

В докладах неоднократно подчеркивалось, что современные проблемы развития, разработки мультидисциплинарных программ исследования и помощи требуют от специалистов продолжения исследований в данных областях и делают необходимым постоянный обмен опытом ученых и практиков в новых социально-экономических условиях и реформирования здравоохранения.

Организованы и проведены 9 секционных заседаний, включающих в себя доклады на различные актуальные темы научных знаний, практической медицины и психологии, отражающие взгляды представителей различных медицинских дисциплин, направлений психотерапевтической деятельности.

Конгрессом констатируется, что женское психическое здоровье является самостоятельной перспективной практически значимой темой междисциплинарного сотрудничества. В соответствии с персонализированной парадигмой развития медицины необходима консолидация усилий специалистов различного профиля для разработки гендерноспецифических комплексных программ как в области клинической психофармакологии, так и психиатрии, психотерапии и клинической психологии как для поддержания женского психического здоровья, так и для оказания помощи женщинам с психическими нарушениями.

Особенностью конгресса явилось то, что в ходе его работы специалисты различных медицинских дисциплин и клинические психологи получили возможность обменяться последними достижениями, результатами исследований, авторскими проектами оказания помощи женщинам с проблемами в области психического здоровья. Понимая необходимость организации и совершенствования современных мультидисциплинарных моделей лечения, необходимо решить следующие задачи по оптимизации психиатрической службы и деятельности медицинских психологов в практическом здравоохранении:

1. Национальному медицинскому исследовательскому центру психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева разработать необходимые алгоритмы междисциплинарного взаимодействия и принять активное участие в создании модели

взаимодействия специалистов в оказании помощи женщинам с проблемами психического здоровья.

2. Российскому обществу психиатров представить предложения по совершенствованию гендерно-сенситивного подхода в лечении психических расстройств.

3. Предложить рабочей группе ВОЗ «Здоровые города» включить вопросы профилактики любых форм дискриминации женщин в программу построения инклюзивных сообществ

4. Психиатрическому и психотерапевтическому сообществу подготовить предложения по созданию возможностей для женщин по сохранению и улучшению своего психического здоровья.

5. Разработать на основании современных научных достижений и внедрить в практическое здравоохранение эффективные формы оказания психиатрической и психотерапевтической помощи женщинам с пограничными психическими расстройствами и соматическими заболеваниями в условиях общемедицинской сети.

6. Повышать качество подготовки и повышения квалификации врачей общемедицинских специальностей по проблемам женского психического здоровья, коморбидных и мультиморбидных состояний, труднообъяснимых физических симптомов, хронически текущих заболеваний в рамках учебных программ последипломного образования, непрерывного медицинского образования.

7. Внести предложение в Министерство здравоохранения о создании на базе ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России в Российской Федерации центра оказания психиатрической и психотерапевтической помощи беременным женщинам, с возможностями использования телемедицины для оказания консультативной помощи специалистам на местах по вопросам рациональной психофармакотерапии с оценкой рисков и пользы назначаемого лечения.

Н.Г. Незнанов,
директор ФГБУ «НМИЦ ПН
им. В.М. Бехтерева» Минздрава России,
президент Российского общества психиатров,
главный внештатный специалист-эксперт
по психиатрии Росздравнадзора,
президент Всемирной ассоциации
динамической психиатрии,
Заслуженный деятель науки РФ, профессор

«Женское психическое здоровье: от истерии к гендерно-сенситивному подходу»

В национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева ко Всероссийскому конгрессу с Международным участием «Женское психическое здоровье: междисциплинарный статус (к 100-летию кафедры психиатрии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, бывшего Женского Медицинского Института)» подготовлена и опубликована

монография под общей редакцией проф. Н.Г. Незнанова (авторы-составители: А.В. Васильева, Т.А. Караваева) «Женское психическое здоровье: от истерии к гендерно-сенситивному подходу».

Монография открывается предисловием президента ВПА проф. Хелен Херрман, которая отметила значимость подобного издания и поздравила авторов и составителей с успешным научным проектом. В сборник вошли научные матери-

алы, отражающие результаты современных отечественных и зарубежных исследований различных аспектов женской психики и, физиологии. Рассматривая особенности функционирования и адаптации женщин, особое внимание авторами уделялось как теоретическим, так и практическим вопросам, поскольку современная медицина и психология должны учитывать индивидуальные особенности и характеристики для эффективных мер по улучшению здоровья и качества жизни.

Последнее столетие существенно изменило темп жизни, роли, поведение и предъявляемые требования, и в большей степени это относится к женщинам, которые сегодня активно включаются в общественную жизнь, осваивают новые виды деятельности и социальные позиции. Тема женского психического здоровья отражает многомерную актуальность этого вопроса, колоссальный интерес ученых, перспективы дальнейших исследований и разработок.

Комплексное изучение клинических, психических и социальных плоскостей женского здоровья и его нарушений возможно при консолидации усилий специалистов различных профилей. Эта книга соединила труды ведущих ученых, многомерно и глубоко занимающихся проблемами женщин, их здоровьем и профилактикой заболеваний.

Издание адресовано врачам-психотерапевтам, психиатрам, наркологам, врачам общей практики, медицинским и практическим психологам, организаторам здравоохранения и всем специалистам, интересующимся данной проблематикой.

Женское психическое здоровье: от истерии к гендерно-сенситивному подходу / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова; авт.-сост.: А.В. Васильева, Т.А. Караваева. — СПб.: — ООО Издательский Дом «Алеф- Пресс». — 2018. — 304с.

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, иметь название на русском и английском языке;

- 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 BSL, а уже далее следуют выходные данные (год, том, номер, страницы). Автоматическая транслитерация в стандарте BSL 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.	Butorin, 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

Статьи 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».

