



# ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

имени В. М. Бехтерева



№ 1

2019 год



# Глиатилин

оригинальный холина альфосцерат

## Через тернии к свету!

### максимум холина через гематоэнцефалический барьер<sup>1</sup>

### возвращает в активную жизнь



стабилизация и восстановление клеточных мембран<sup>2</sup>



эффективная доставка оригинального холина в мозг<sup>1</sup>



на дому 3 мл внутримышечно еще удобнее

жидкая форма 600 мг 2 раза в день подходит всем пациентам



1. Т.Н. Саватеева, П.П. Якуцени, И.Ю. Луньянова, В.В. Афанасьев «Структура-функция-терапевтический эффект» Изд. Атмосфера. Нервные болезни.2, 2011, стр.27-36  
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Глиатилин Для медицинских работников. На правах рекламы.

РЕКЛАМА



[www.cscpharma.ru](http://www.cscpharma.ru)



**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**  
**№ 1, 2019**

**V.M. BEKHTEREV REVIEW OF PSYCHIATRY AND MEDICAL PSYCHOLOGY**

<i>Главный редактор</i>	<i>Editor-in-chief</i>
Н.Г. Незнанов, д.м.н., профессор, засл. деятель науки РФ (Санкт-Петербург)	N.G. Neznanov (Saint-Petersburg)
<i>Заместители главного редактора</i>	<i>Deputy Chief Editor</i>
Е.М. Крупицкий, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)	E.M. Krupitsky (Saint-Petersburg)
В.А. Михайлов, д.м.н. (Санкт-Петербург)	V.A. Mikhailov (Saint-Petersburg)
<i>Члены редакционной коллегии</i>	<i>Editorial board</i>
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. Караваева, 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)
<i>Члены редакционного совета</i>	<i>Editorial council</i>
Ю.А. Александровский, д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН (Москва)	Yu.A. Alexandrovsky (Moscow)
С.А. Алтынбеков, д.н.м., профессор (Алматы)	S.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. Shabolτας (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. Eidmiller (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.

<b>ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ</b>		<b>PROBLEM-SOLVING ARTICLES</b>	
О роли агонистического/антагонистического действия в развитии психотропных эффектов антипсихотиков <i>Козловский В.Л., Костерин Д.Н., Попов М.Ю.</i>	3	The role of agonistic/antagonistic activity in the development of psychotropic effects of antipsychotics <i>Kozlovskiy V.L., Kosterin D.N., Popov M.Yu.</i>	3
Кризис естественнонаучного и гуманитарного подходов в психиатрии <i>Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., Коцюбинский Д.А.</i>	8	Crisis of natural-scientific and human approaches in psychiatry <i>Neznanov N.G., Kotsyubinsky A.P., Kotsyubinsky D.A.</i>	8
<b>НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ</b>		<b>RESEARCH REVIEWS</b>	
Материнство и отцовство родителей, страдающих интеллектуальными нарушениями (обзор литературы) <i>Русаковская О.А., Костюк Г.П., Голубев С.А., Дрыкина Л.Л., Галкина А.О.</i>	16	Motherhood and fatherhood of parents with intellectual disabilities (review). <i>Rusakovskaya O.A., Kostjuk G.P., Golubev S.A., Drykina L.L., Galkina A.O.</i>	16
<b>ИССЛЕДОВАНИЯ</b>		<b>INVESTIGATIONS</b>	
Роль саморегуляции поведения как аспекта адаптационно-компенсаторных механизмов у больных параноидной шизофренией <i>Кудряшова В.Ю., Лутова Н.Б.</i>	26	The role of self-regulation of behavior as an aspect of adaptation-compensatory mechanisms in patients with paranoid schizophrenia <i>Kudryashova V.Y., Lutova N.B.</i>	26
Предикторы повторных госпитализаций в психиатрическую больницу параноидной шизофренией <i>Пашковский В.Э., Софронюк А.Г., Колчев С.А., Абриталин Е.Ю., Федоровский И.Д., Добровольская А.Е.</i>	34	Prediction of repeated hospitalizations in a psychiatric hospital for patients with paranoid schizophrenia <i>Pashkovskiy V.E., Sofronov A.G., Kolchev S.A., Abritalin E.Iu., Fedorovskiy I.D., Dobrovolskaya A.E.</i>	34
Биологические маркеры суицидального поведения и обоснование использования уровня кальцидиола в крови <i>Петрова Н.Н., Дорофейков В.В., Дорофейкова М.В., Задорожная М.С., Кайстрия И.В.</i>	45	Biological markers of suicidal behavior and justification of use level calzidiola in the blood <i>Petrova N.N., Dorofeykov V.V., Dorofeykova M.V., Zadorozhnaya M.S., Kaystrya I.V.</i>	45
Латентные личностные профили при психических заболеваниях: анализ реструктурированных клинических шкал MMPI-2 <i>Рассказова Е.И.</i>	52	Latent personality profiles in mental illnesses: analysis of restructured clinical scales of MMPI-2 <i>Rasskazova E.I.</i>	52
Анализ результатов применения программы когнитивной психотерапии для пациентов с онкологическими заболеваниями <i>Семенова Н.В., Ляшковская С.В., Лысенко И.С., Чернов П.Д.</i>	61	Analysis of the results of the program of cognitive psychotherapy to patients with cancer <i>Semenova N.V., Lyashkovskaya S.V., Lysenko I.S., Chernov P.D.</i>	61
Анализ психометрических свойств шкалы социальной тревожности опросника невротических расстройств <i>Цидик Л.И.</i>	70	Analysis of psychometrical properties of the scale of social anxiety of the neurotic disturbances questionnaire <i>Tsidik L.I.</i>	70
<b>В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ</b>		<b>GUIDELINES FOR THE PRACTITIONER</b>	
Возможен ли комплексный анализ данных диагностики ментальных расстройств на ранних стадиях? <i>Залуцкая Н.М., Эран А., Фрейлихман Ш., Балицер Р., Гомзякова Н.А., Корхов В.В., Незнанов Н.Г., Богданов А.В., Дегтярев А.Б.</i>	77	Is it possible to perform a comprehensive analysis of the diagnostic data of mental diseases in the early stages? <i>Zalutskaya N.M., Eran A., Freilikhman Sh., Balicer R., Gomzyakova N.A., Korkhov V.V., Neznanov N.G., Bogdanov A.V., Degtyarev A.B.</i>	77
Факторы, влияющие на эффективность постинсультной двигательной реабилитации <i>Захаров Д.В., Михайлов В.А.</i>	82	Influencing the effectiveness of post-stroke motor rehabilitation factors <i>Zaharov D.V., Mihailov V.A.</i>	82
Оценка сложности амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз <i>Потемкин Б.Е., Ткаченко А.А.</i>	93	Assessment of the complexity of outpatient forensic psychiatric examinations <i>Potemkin B.E., Tkachenko A.A.</i>	93
Основные изменения потребления алкоголя сельскими подростками-школьниками в России за 15 лет <i>Скворцова Е.С., Лушкина Н.П.</i>	102	The main changes in the consumption of alcohol by rural teenagers of school age in Russia for 15 years <i>Skvortsova E.S., Lushkina N.P.</i>	102
<b>ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА</b>		<b>PSYCHIATRIC NEWSPAPER</b>	
Социально-этические аспекты самоубийства в романе Л.Н. Толстого «Анна Каренина» (часть 2) <i>Безчасный К.В.</i>	109	Social and ethical aspects of suicide in the novel by L.N. Tolstoy «Anna Karenina» Part 2 <i>Bezchasny K.V.</i>	109
Из истории создания кафедры психиатрии Дагестанского медицинского института (1936–1941 гг.) <i>Маньшиев С.Б., Маньшиева К.Б.</i>	115	From the history of the creation of the Department of Psychiatry of the Dagestan Medical Institute (1936–1941) <i>Manyshev S.B., Manysheva K.B.</i>	115
Рецензия на второе издание Национального руководства по психиатрии под редакцией Ю.А. Александровского и Н.Г. Незнанова	121	Review for the second edition of the National manual of psychiatry under the editorship of J.A. Alexandrovskii and N.G. Neznanov	121

## О роли агонистического/антагонистического действия в развитии психотропных эффектов антипсихотиков

Козловский В.Л., Костерин Д.Н., Попов М.Ю.

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

**Резюме.** Развитие психотических симптомов традиционно связывается с повышением функциональной активности эндогенной дофаминергической системы. Антипсихотический эффект существующих препаратов ассоциирован с прямой блокадой постсинаптических дофаминовых рецепторов. Однако прямой антагонизм «чужероден» физиологическому механизму модуляции медиаторной передачи, а блокада тормозящих рецепторов на пресинаптических окончаниях может вызывать обратный (агонистический) эффект, усиливая выброс медиатора. С другой стороны, антидофаминовый эффект может быть достигнут посредством непрямого действия — за счет истощения пресинаптических структур, что «созвучно» естественным, физиологическим механизмам подавления нейротрансмиссии. Можно полагать, что модуляция процессов пресинаптического регулирования является одним из перспективных направлений разработки антипсихотических препаратов будущих поколений.

**Ключевые слова:** антипсихотики, прямые и не прямые антагонисты, пре- и постсинаптические механизмы действия.

### The role of agonistic/antagonistic activity in the development of psychotropic effects of antipsychotics

Kozlovskiy V.L., Kosterin D.N., Popov M.Yu.

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

**Summary.** The development of psychotic symptoms is traditionally linked to the increase of the functional activity of endogenous dopaminergic system. Antipsychotic effect of existing medications is associated with direct blockade of postsynaptic dopamine receptors. However, direct antagonistic activity is «alien» to physiological mechanisms of neurotransmission modulation, and presynaptic autoreceptor blockade may produce a reverse (agonistic) effect, enhancing neurotransmitter release. On the other hand, anti-dopamine effect can be achieved by indirect antagonistic activity — by presynaptic dopamine depletion, which is consistent with the natural, physiological mechanisms of reducing neurotransmission. It can be assumed that modulation of presynaptic regulation is one of the promising directions for the development of antipsychotic drugs of future generations.

**Key words:** antipsychotics, direct- and indirect-acting antagonists, pre- and postsynaptic mechanisms of action.

Практически все лекарственные препараты, применяемые на сегодняшний день в психиатрии, обладают синаптотропным действием [16]. Подавляющее большинство этих препаратов вызывает изменение синаптической передачи, усиливая (агонисты) или тормозя (антагонисты) функциональную активность тех или иных эндогенных нейроактивных систем. При этом, с позиций нейробиологической оценки действия препаратов, представляется, что агонистическая активность является, по сути, естественным процессом усиления функции определенной нейромедиаторной системы [2].

Усиление функциональной активности эндогенной дофаминергической системы рассматривается, в соответствии с общепринятыми представлениями, в качестве нейрхимической основы «психотического мозга» [8, 9, 10, 15]. Подтверждением данного постулата служит действие дофаминопозитивных препаратов. Хорошо известно, что применение подобных веществ (к примеру, амфетамина) может провоцировать развитие психотической симптоматики как у пациентов с шизоф-

ренией, находящихся в ремиссии, так и у здоровых людей [6]. При этом эндогенное «гипердофаминергическое» состояние может определяться либо усилением выброса дофамина и накоплением его в синаптической щели, либо увеличением плотности распределения рецепторов на постсинаптической мембране [9, 16, 18].

Обратные (антагонистические) эффекты также могут быть опосредованы разными механизмами: уменьшением высвобождения дофамина из пресинаптического окончания или блокадой постсинаптических дофаминовых рецепторов. Исходя из этого, нейрхимическими мишенями экзогенных лигандов (лекарственных препаратов) могут служить как пре-, так и постсинаптические структуры. Соответственно, теоретически можно говорить о двух группах препаратов, потенциально обладающих антипсихотической активностью. К препаратам первой группы, действие которых направлено на уменьшение пресинаптического выброса катехоламинов, относятся центральные симпатолитики (резерпин, октадин) и центральные агонисты тормозных адренорецепторов (кло-

нидин, гуанфацин). Вторая группа представлена антипсихотическими средствами.

Антипсихотики, как известно, относятся к препаратам с прямым антагонистическим действием, являясь конкурентными блокаторами рецепторов (дофаминовых, серотониновых, норадреналиновых и др.) [17]. Причем антипсихотики — единственный класс психотропных препаратов прямого постсинаптического действия. Их антидофаминовый эффект определяется блокадой рецепторов в различных проекциях дофаминергических нейронов: лимбической, кортикальной, стриатной, туберо-инфундибулярной областях [16]. Все подтипы дофаминовых рецепторов относятся к классу метаболотропных (способных изменять активность нейронов за счет включения систем вторичных внутриклеточных посредников: кальциевый обмен, инозитолфосфатный цикл, реакции циклических мононуклеотидов и т.п.). Нельзя также исключать изменения эпигенетических механизмов, определяющих длительные и даже наследуемые нейрохимические изменения метаболизма.

Вместе с тем, с точки зрения динамики синаптических процессов, применение прямого антагониста должно быстро приводить к подавлению функции дофаминовой системы и отражаться на состоянии психических процессов. Однако быстрый ответ, как правило, проявляется лишь неврологической симптоматикой (экстрапирамидные симптомы) и усилением выброса пролактина. В психиатрии подобные эффекты лишь предиктивно могут рассматриваться как значимые в отношении выбора антипсихотического препарата. Основное же клиническое действие при использовании антипсихотиков (собственно антипсихотический эффект) формируется значительно медленнее — в течение нескольких недель после начала терапии.

По всей вероятности, это объясняется тем, что снижение активности дофаминергической передачи приводит к множественным перестройкам, которые затрагивают не только систему дофамина, но и других вторично зависимых медиаторных систем, участвующих в формировании нейрональных сетей. На каком-то этапе лекарственного воздействия начальный метаболизм носит характер конкурентного патологическому, что определяется быстрыми нейрохимическими реакциями на действие препаратов. Медиаторные системы, функционирующие в условиях патологии, стремятся адаптироваться к лекарственной нагрузке. Лишь значительное время спустя устанавливается состояние гомеостаза, которое поддерживает реструктурированное взаимодействие медиаторных систем, способное привести к наступлению ремиссии [3]. Ее формирование представляет собой нейрохимически гетерогенный процесс: с одной стороны, развиваются прямые фармакодинамические эффекты (блокада специфических дофаминовых рецепторов), а с другой — вторичные изменения нейрохимических процессов, затрагивающие на этапе формирования ремиссии большинство эндогенных нейроактивных систем. Тем самым, устойчивое состояние лекарственной

ремиссии можно рассматривать как специфический лекарственный нейрохимический гомеостаз.

Как известно, эндогенные механизмы усиления или торможения медиаторной активности связаны с модуляцией высвобождения передатчика посредством механизмов *“up-”* и *“down-regulation”* (положительной и отрицательной физиологической обратной связи) на уровне пресинаптических структур либо с изменением плотности/числа специфических рецепторов в эффекторных зонах на постсинапсе [16, 18]. Причем постсинаптические реакции в виде изменения плотности/числа рецепторов, очевидно, являются отражением вторичных нейрохимических процессов, которые могут продолжаться неопределенно долгое время.

Представленный механизм эндогенной модуляции дофаминергической передачи может играть важную роль в развитии побочных эффектов антипсихотиков, а также оказывать значимое влияние на эффективность терапии в зависимости от величины дозы применяемых препаратов. Фактически постсинаптическая блокада рецепторов приводит к развитию химически индуцированного феномена «денервированной структуры» (феномен Кенона-Розенблюта) [1], инициирующего реструктуризацию межнейрональных взаимодействий. При этом очевидно, что активность дофаминергических нейронов, а также ферментов синтеза катехоламинов усилится [13], за счет включения вторичных механизмов межнейрональной внутрицентральной модуляции системных процессов. Вероятно, что при таком состоянии в условиях длительного применения антипсихотиков нарушение ауторегуляции является одним из ведущих факторов развития поздней дискинезии, когда нарушения формируются в области автономной регуляции стриаталлидарной системы. Не последнюю роль в патогенезе этого расстройства могут играть и нарушения лекарственной комплаентности, приводящие к периодическим флуктуациям дофаминергической активности в нигростриатной системе. Этому же может способствовать и неадекватно проводимая терапия (например, частая смена препаратов или слишком частое изменение дозировок) [4].

В то же время в условиях сохранности эндогенных механизмов отрицательной обратной регуляции, когда усиление дофаминергической передачи связано с увеличением плотности постсинаптических рецепторов, вероятным является иное развитие событий. Пресинаптические структуры в рамках нормального функционирования всегда более чувствительны к действию эндогенных и экзогенных лигандов. При этом вполне допустимо, что дозы блокатора дофаминовых рецепторов может оказаться недостаточно для блокады постсинаптического аппарата, но достаточно для блокады пресинаптических тормозящих ауторецепторов. Итог этого процесса — увеличение выброса передатчика на фоне повышенной плотности рецепторов постсинаптической мембраны и усиление функциональной активности дофаминергической передачи, что способно привести к

обострению психотического состояния в ходе наращивания дозы.

Нет сомнений в том, что рассмотренные варианты развития нарушений регулирования эндогенных дофаминергических процессов не являются единственными. Более того, вполне вероятно, что со временем возникает смешанный вариант нарушений, формирование которого требует более продолжительного периода времени после начала терапии. Но в любом случае можно утверждать, что с точки зрения вероятности формирования лекарственной резистентности, вариант развития нарушений на уровне дисрегуляции пресинаптических структур прогностически выглядит менее благоприятным, чем вариант постсинаптической гиперчувствительности.

Классическая фармакология, выделяя препараты антагонистического действия, относит их либо к прямым (блокаторы рецепторов), либо к непрямым литикам (ингибиторы ферментов синтеза медиаторов, стимуляторы ферментов деградации). Последние, в отличие от препаратов, напрямую блокирующих рецепторы, реализуют свое действие в ходе естественного процесса развития биологического события, хотя и вызывают в результате тот же самый биологический эффект. Таким образом, назначение препаратов-антагонистов прямого и непрямого действия достигает сходных по проявлению эффектов, но развиваются они в первом случае как чужеродная «нефизиологическая» реакция, а во втором — как естественная предопределенная функция, сформированная в рамках фило- и онтогенетического развития.

Соответственно можно полагать, что прямое антагонистическое действие противоестественно биологическому функционированию медиаторных систем. В естественных условиях *in situ* не выделены эндогенные аналоги прямых антагонистов (блокаторы рецепторов, подобные, к примеру, атропину, галоперидолу, ципрогептадину и т.п.). Вероятно, именно поэтому среди веществ, вызывающих аддикции, присутствуют лишь агонисты [7].

К сожалению, на сегодняшний день в ряду антипсихотиков нет препаратов с «эндогенным» физиологическим механизмом действия (например, препаратов непрямого пресинаптического действия). На ранних этапах внедрения антипсихотических средств в качестве потенциального антипсихотика рассматривался резерпин — производное раувольфии змеиной. Первые упоминания о нем восходят к ведическим текстам, в которых «препарат» использовался в ряду веществ, применявшихся для лечения «буйных пациентов». Однако в 50-х годах прошлого столетия попытки терапии психотических нарушений с использованием резерпина постепенно сошли на нет. Во многом это было связано с тем, что дозы, применявшиеся для лечения психически больных, на порядок превышали те, что используются, например, для терапии гипертонической болезни. В результате «соматическая» переносимость препарата оказалась чрезвычайно плохой. Появившись в последующем на фармацевтическом рынке

препараты антипсихотического ряда по существу «закрыли» данное исследовательское направление. Упомянутые нами выше модуляторы пресинаптической активности катехоламинов (клонидин и другие) также не нашли применения по психиатрическим показаниям.

Фармакологи на основании «внутренней активности рецепторного комплекса» подразделяют лиганды на нейтральные/«молчащие» (препараты не обладают внутренней активностью, но занимая рецептор, препятствуют связыванию других соединений), инверсные агонисты (вызывают при блокаде прямо противоположные эффекты, например, меняют транспорт ионов или биохимические внутриклеточные процессы), а также полные и частичные агонисты (лиганды, связывание которых с рецепторами в той или иной степени воспроизводит эффекты эндогенных агонистов) [11].

Во многом сложности интерпретации фармакодинамики антипсихотиков обусловлены отсутствием информации о «внутренней активности» лиганд-рецепторного комплекса. У всех представителей группы антипсихотических средств определяется эффект блокады дофаминовых рецепторов, более или менее, оцениваемый по аффинитету связывания с определенными подтипами дофаминовых рецепторов, что позволяет определить «спектр» и «силу» дофаминергической активности. По сути, «внутренняя активность» хорошо известна лишь для арипипразола и его аналогов — частичных агонистов прямого действия, предупреждающих связывание эндогенного дофamina с рецепторами [12, 14, 19]. Однако даже для арипипразола малопонятна роль диссоциативного действия в отношении серотонинергической передачи (блокатор одних и агонист других подтипов серотониновых рецепторов) и значение этого механизма для формирования антипсихотического эффекта. Многие соединения, обладающие диссоциативным нейрхимическим действием (т.е. смешанной в отношении разных нейромедиаторных систем агонистической-антагонистической активностью), вызывают психотическое состояние (фенциклидин, кетамин, ЛСД, т.п.). К тому же, поскольку большинство антипсихотиков являются мультирецепторными антагонистами, их эффекты (особенно средств широкого спектра действия) трудно поддаются контролю, не позволяя предполагать направленность потенциальных биохимических изменений.

Таким образом, казалось бы, однородный класс антипсихотических средств фармакодинамически оказывается крайне гетерогенным [5, 17], что представляется вполне очевидным в рамках рассмотрения нейрхимических механизмов, инициируемых внутренней активностью комплекса лиганд-рецептор, замыкающихся не только на дофаминергических системах мозга. Опосредованные нейрхимические изменения затрагивают межнейрональные взаимодействия в серотонинергической, а также ГАМК- и ВАРГ-ергической системах. Вовлеченность последних двух систем здесь несомненна, поскольку они всегда задей-

ствованы в функционировании нейрональных сетей ввиду универсальности регулирования тормозящих и возбуждающих процессов в ЦНС.

Итак, антипсихотические препараты, представленные на сегодняшний день на фармацевтическом рынке, обладают прямой антагонистической активностью, являясь блокаторами постсинаптических рецепторов, что не позволяет рассматривать их действие в качестве естественного и физиологического. На взгляд авторов, очевидно, что модуляция процессов пресинаптического регулирования — это ключевой вопрос фармакологической регуляции функций высшей нерв-

ной деятельности. Именно на уровне регуляции активности пресинаптических структур смыкаются процессы межмедиаторных взаимодействий и варианты нейромодуляции/пластичности ЦНС в рамках формирования системных ответов на текущие события. Можно предполагать, что антипсихотические (как и другие психотропные) препараты будущих поколений, наряду с высокой избирательностью действия, будут отличаться направленностью на пресинаптические мишени — физиологические механизмы регулирования, а не на постсинаптические структуры.

## Литература

1	Кеннон В. Повышение чувствительности денервированных структур. Закон денервации. — М.: Изд-во иностр. лит. — 1951. — 262с.	Kennon V. Increased sensitivity of denervated structures. The law of denervation. M.: Izdatel'stvo inostrannoi literatury. — 1951. — 262p. (In Rus.).
2	Козловский В.Л. «Обрывы/отмены»: эффективность и неудачи в практике преодоления лекарственной резистентности психических больных (фармакологические аспекты использования метода) // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2016. — Т.18, №4. — С.38–41.	Kozlovskiy V.L. Medications "termination/withdrawal": effectiveness and failures in the clinical management of drug resistance in psychiatric patients (pharmacological aspects) // <i>Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya</i> . 2016; 18:38-41. (In Rus.).
3	Козловский В.Л., Незнанов Н.Г. Эволюционные аспекты психопатологии и перспективы развития психофармакологии в свете представлений о модульной организации работы мозга // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2016. — Т.116. — С.116–123.	Kozlovskiy V.L., Neznanov N.G. Evolutionary aspects of psychopathology and perspectives of psychopharmacology // <i>Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova</i> . 2016; 116:116-123. (In Rus.).
4	Козловский В.Л., Попов М.Ю. Перспективы патогенетического подхода к обоснованию фармакотерапии шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. — 2004. — Т.14, № 1. — С.97–102.	Kozlovskiy V.L., Popov M.Yu. The perspectives of pathogenetic approach to pharmacotherapy of schizophrenia. <i>Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya</i> . 2004; 14:97-102. (In Rus.).
5	Попов М.Ю. Общие принципы выбора антипсихотического препарата при терапии шизофрении // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2006. — № 4. — С.4–8.	Popov M.Yu. General principles for selection of anti-psychotic medication in the treatment of schizophrenia. <i>Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva</i> . 2006; 4:4-8. (In Rus.).
6	Bramness J.G., Gundersen O.H., Guterstam J. et al. Amphetamine-induced psychosis — a separate diagnostic entity or primary psychosis triggered in the vulnerable? // <i>B.M.C. Psychiatry</i> . — 2012. — Vol.12. — P.221. doi: 10.1186/1471-244X-12-221.	Bramness J.G., Gundersen O.H., Guterstam J. et al. Amphetamine-induced psychosis — a separate diagnostic entity or primary psychosis triggered in the vulnerable? <i>B.M.C. Psychiatry</i> . 2012; 12: 221. doi: 10.1186/1471-244X-12-221.
7	Camí J., Farré M. Drug addiction // <i>N. Engl. J. Med.</i> — 2003. — Vol.349. — P.975–986.	Camí J., Farré M. Drug addiction. <i>N. Engl. J. Med.</i> 2003; 349:975-986.
8	Howes O.D., Kapur S. The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III — the final common pathway // <i>Schizophr. Bull.</i> — 2009. — Vol.35. — P.549–562. doi: 10.1093/schbul/sbp006.	Howes O.D., Kapur S. The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III — the final common pathway. <i>Schizophr. Bull.</i> 2009; 35:549-562. doi: 10.1093/schbul/sbp006.
9	Kegeles L.S., Abi-Dargham A., Frankle W.G. Increased synaptic dopamine function in associative regions of the striatum in schizophrenia // <i>Arch. Gen. Psychiatry</i> . — 2010. — Vol.67. — P.231–239. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.10.	Kegeles L.S., Abi-Dargham A., Frankle W.G. Increased synaptic dopamine function in associative regions of the striatum in schizophrenia. <i>Arch. Gen. Psychiatry</i> . 2010; 67:231-239. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.10.

10	Kesby J.P., Eyles D.W., McGrath J.J., Scott J.G. Dopamine, psychosis and schizophrenia: the widening gap between basic and clinical neuroscience // <i>Transl. Psychiatry</i> . — 2018. — Vol.8. — P.30. doi: 10.1038/s41398-017-0071-9.	Kesby J.P., Eyles D.W., McGrath J.J., Scott J.G. Dopamine, psychosis and schizophrenia: the widening gap between basic and clinical neuroscience. <i>Transl. Psychiatry</i> . 2018; 8:30. doi: 10.1038/s41398-017-0071-9.
11	Neubig R.R., Spedding M., Kenakin T., Christopoulos A. International Union of Pharmacology Committee on Receptor Nomenclature and Drug Classification. XXXVIII. Update on Terms and Symbols in Quantitative Pharmacology // <i>Pharmacol. Rev.</i> — 2003. — Vol.55. — P.597–606.	Neubig R.R., Spedding M., Kenakin T., Christopoulos A. International Union of Pharmacology Committee on Receptor Nomenclature and Drug Classification. XXXVIII. Update on Terms and Symbols in Quantitative Pharmacology. <i>Pharmacol. Rev.</i> 2003; 55:597–606.
12	Newman-Tancredi A., Kleven M.S. Comparative pharmacology of antipsychotics possessing combined dopamine D2 and serotonin 5-HT1A receptor properties // <i>Psychopharmacology (Berl)</i> . — 2011. — Vol. 216, N 4. — P. 451–473. doi: 10.1007/s00213-011-2247-y.	Newman-Tancredi A., Kleven M.S. Comparative pharmacology of antipsychotics possessing combined dopamine D2 and serotonin 5-HT1A receptor properties. <i>Psychopharmacology (Berl)</i> . 2011; 216 (4): 451–473. doi: 10.1007/s00213-011-2247-y.
13	Schelkunov E.L. Adrenergic effect of chronic administration of neuroleptics // <i>Nature</i> . — 1967. — Vol.214. — P.1210–1212.	Schelkunov E.L. Adrenergic effect of chronic administration of neuroleptics. <i>Nature</i> . 1967; 214:1210–1212.
14	Shapiro D.A., Renock S., Arrington E. et al. Aripiprazole, a novel atypical antipsychotic drug with a unique and robust pharmacology // <i>Neuropsychopharmacology</i> . — 2003. — Vol.28. — P.1400–1411.	Shapiro D.A., Renock S., Arrington E. et al. Aripiprazole, a novel atypical antipsychotic drug with a unique and robust pharmacology. <i>Neuropsychopharmacology</i> . 2003; 28:1400–1411.
15	Slifstein M., Abi-Dargham A. Is it Pre- or Postsynaptic? Imaging Striatal Dopamine Excess in Schizophrenia // <i>Biol. Psychiatry</i> . — 2018. — Vol.83. — P.635–637. doi: 10.1016/j.biopsych.2018.02.015.	Slifstein M., Abi-Dargham A. Is it Pre- or Postsynaptic? Imaging Striatal Dopamine Excess in Schizophrenia. <i>Biol. Psychiatry</i> . 2018; 83:635–637. doi: 10.1016/j.biopsych.2018.02.015.
16	Stahl S.M. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical application. — Cambridge University Press. — 2013. — 608p.	Stahl S.M. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical application. Cambridge University Press. — 2013. 608 p.
17	Tandon R. Antipsychotics in the treatment of schizophrenia: an overview // <i>J. Clin. Psychiatry</i> . — 2011. — Vol.72. — P.4–8. doi: 10.4088/JCP.10075su1.01.	Tandon R. Antipsychotics in the treatment of schizophrenia: an overview. <i>J. Clin. Psychiatry</i> . 2011; 72: 4–8. doi: 10.4088/JCP.10075su1.01.
18	Von Bohlen und Halbach O., Dermietzel R. Neurotransmitters and Neuromodulators: Handbook of Receptors and Biological Effects. — Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, Weinheim, Germany. — 2006. — 386p.	Von Bohlen und Halbach O., Dermietzel R. Neurotransmitters and Neuromodulators: Handbook of Receptors and Biological Effects. Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, Weinheim, Germany. — 2006. 386p.
19	Wood M., Reavill C. Aripiprazole acts as a selective dopamine D2 receptor partial agonist // <i>Expert Opin. Investig. Drugs</i> . — 2007. — Vol.16. — P.771–775.	Wood M., Reavill C. Aripiprazole acts as a selective dopamine D2 receptor partial agonist. <i>Expert Opin. Investig. Drugs</i> . — 2007; 16:771–775.

## Сведения об авторах

**Козловский Владимир Леонидович** — д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отделения психофармакологии и фармакотерапии больных с резистентными состояниями Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. E-mail: kvl1958@mail.ru

**Костерин Дмитрий Николаевич** — к.м.н., научный сотрудник отделения психофармакологии и фармакотерапии больных с резистентными состояниями Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. E-mail: dmitrykosterin@bk.ru

**Попов Михаил Юрьевич** — д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения психофармакологии и фармакотерапии больных с резистентными состояниями Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. E-mail: popovmikhail@mail.ru

## Кризис естественнонаучного и гуманитарного подходов в психиатрии

Незнанов Н.Г.<sup>1</sup>, Коцюбинский А.П.<sup>1</sup>, Коцюбинский Д.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева»,

<sup>2</sup>ФГБУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

**Резюме.** Статья посвящена проблеме дуализма медицины и психиатрии как науки, включающей в себя как биологическую, так и гуманитарную компоненты. Рассмотрен вопрос о противоречиях между концепцией «доказательной медицины» и принципами, на которых основаны гуманитарные методы лечения психически больных. Делается вывод о необходимости разработки полноценной теории биопсихосоциального подхода к диагностике и терапии людей, страдающих психическими расстройствами

**Ключевые слова:** биопсихосоциальная концепция этиопатогенеза психических расстройств, холистический диагностический подход, дуализм медицины, доказательная медицина, уязвимость, диатез, стресс, болезнь

### Crisis of natural-scientific and human approaches in psychiatry

Neznanov N.G.<sup>1</sup>, Kotsyubinsky A.P.<sup>1</sup>, Kotsyubinsky D.A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology,

<sup>2</sup>Saint-Petersburg State University

**Summary.** The article is devoted to the problem of dualism of medicine as a whole and psychiatry, in particular, given that the psychiatry is a science, which includes both biological and humanitarian components. The issue of the contradictions between the concept of «evidence-based medicine» and the principles, on which humanitarian methods of treatment for mentally ill patients are based, is considered. It is concluded that developing a full-fledged theory of the biopsychosocial approach to the diagnosis and therapy of people with mental disorders is necessary.

**Key words:** biopsychosocial concept of mental disorder etiology and pathogenesis, holistic diagnostic approach, humanities, human sciences, dualism of medicine, evidence-based medicine, vulnerability, diathesis, stress, illness.

В последние годы внимание всё большего числа исследователей привлекают вопросы, связанные с соотношением психофизических коррелятов при различных заболеваниях. «Философски привлекательная концепция психофизического параллелизма, — отмечает В.В. Дунаевский [4], — воздвигающая непреодолимый барьер между телесным и психическим, между душой и телом, часто сводит клинический анализ к одностороннему использованию одного из двух методологических подходов. Тем не менее ..., нелинейный характер отношений этих антиномий, в отличие от их понимания в духе классических постулатов евклидовой геометрии, может приобретать и более сложные конфигурации».

#### Концептуальный застой современного гуманитарного знания

Технический прогресс XIX столетия породил иллюзорное представление о безграничной возможности человеческого разума познавать не только материю, но и, используя тот же естественнонаучный подход, непосредственно самого человека в его психологическом и социально-историческом измерениях. Можно сказать, что ученые в тот период (и позднее, хотя с каждым новым поколением исследователей все менее уверенно) пытались «математизировать» гуманитарные науки. От

них ждали открытия неких «объективных законов» функционирования человеческой психики, а равно «общественного развития», основанных на «позитивном знании» — то есть на абсолютных достоверных, «объективных» фактах, которые как бы сами подводят ученого, а вместе с ним и все общество, к «единственно верным выводам».

Однако, такой естественно-технократический подход к гуманитарному знанию довольно быстро доказал свою несостоятельность. Во-первых, по причине непригодности эпистемологических подходов точного и естественного знания к «наукам о духе» [18], — в частности, ограниченности применения в гуманитарных дисциплинах таких объективных методов верификации научных гипотез, как эксперимент и наблюдение, а также невозможности для гуманитариев в ходе изучения человеческой психики и продуктов ее деятельности полностью абстрагироваться от своей субъективной мировоззренческой парадигмы [8]. Во-вторых, по причине качественно иного функционала гуманитарных дисциплин по сравнению с естественными дисциплинами. Гуманитарные науки не могут и в силу этого не должны, подобно естественным наукам, стремиться «открывать объективные законы», дабы на их базе обосновать тот или иной вариант «идеологии универсального прогресса». Объективно их задача другая — предложить социуму некую «правильную мобилизую-

щую парадигму». То есть такую систему концептуальных представлений, которая выглядит в целом интеллектуально убедительной (хотя и не бесспорной) и позволяет каждому человеку в отдельности и обществу в целом не чувствовать себя потерянным в пространстве и времени. Иными словами, главная задача гуманитарных знаний — иметь в каждый конкретный момент более или менее внятный ответ на вопросы: кто мы, откуда мы движемся и куда идем? Без ответа на эти базовые вопросы ни человек, ни общество не могут чувствовать себя комфортно [10].

Но какой именно гуманитарный нарратив обеспечивает упомянутый социальный комфорт зависит от эпохи, культуры и контекста. Такой нарратив создается профессионалами-гуманитариями, которые совокупными усилиями вырабатывают максимально достоверную мобилизующую парадигму. А именно — набор вариантов концептуальных установок, адекватных современным представлениям общества о том, каким должно быть убедительное знание и основанное на нём понимание отдельного человека и социума в целом.

Начиная с XVII-XVIII вв., человечество вступило в эпоху рационализма и научности (хотя правильнее сказать — наукообразности) любого знания, претендующего на достоверность. Обществу Нового времени необходимо, чтобы убедительная картина мира была преподнесена ему не народными сказителями (хранителями эпоса) и не пророками, претендующими на сокровенное знание, а учеными, создающими её на базе фактов и их логически упорядоченного анализа.

Если же функция логически упорядоченной и фактологически обоснованной интерпретации всей совокупности гуманитарных проблем (и каждой из них в отдельности) не выполняется полноценно, общество, нуждающееся в убедительной наукообразной картине мира, через какое-то время начнет испытывать дискомфорт. Он осознается как некий «кризис общественного самосознания», толкающий социум к деструктивным формам преодоления данной напрягающей его ситуации по принципу иррационально-волевого «разрубания гордиева узла». Так, например, в психолого-психиатрической сфере это проявляется в виде дрейфа социума в сторону оккультизма, различных деструктивных верований, «приступов массового психоза» и иных форм социально-психологического саморазрушения.

Как представляется, концептуальный кризис, в котором оказались современные гуманитарные науки, связан с их принципиальной невозможностью (и в силу этого с неспособностью) быть в полной мере, подобно точным и естественным наукам, «достаточно объективными». Убедившись в своей неспособности устанавливать, подобно точным и естественным наукам, объективно верифицируемые «истины», гуманитарии в итоге отказались от попыток построения новых «больших» теоретических моделей, сосредоточившись на локальной проблематике (изучении частностей и коротких отрезков целого), а также на постмодер-

нистской деконструкции старых «больших моделей». В целом гуманитарное знание на Западе (по сей день остающемся законодателем научных «мод») превратилось в вялый и многословный «шумовой фон». Три последних постмодернистских десятилетия привели к тому, что — по умолчанию — стало не вполне ясно, а зачем вообще нужны гуманитарные науки и гуманитарии, которые только и делают, что уходят от «доказательно непогрешимых» ответов на актуальные вызовы и от поиска новых теоретических парадигм, повторяя в тысячный раз, что все условно, относительно, вербально, конвенционально и т. д.

Когда-то «продюсерами» концептуального гуманитарного знания выступали научные школы, то есть сообщества ученых-единомышленников, которые в своих исследованиях разрабатывали и придерживались научно обоснованных подходов. Но сегодня в условиях атомизации интеллектуального процесса эта традиция также фактически утрачена. А один человек — даже если он сегодня равен по масштабности интеллекта Ницше, Веберу или Фрейдю — породить новое направление в науке попросту не в силах. Для этого нужны структурированные дискуссии и столкновения разных школ. Но их, по сути, нет. Налицо замкнутый круг. С одной стороны — отсутствие по-настоящему новых гуманитарно-философских парадигм и научного языка, адекватного современным гуманитарным вызовам. С другой — огромное число терминов и научных направлений-однодневок, не помогающих понять наиболее важные проблемы, а вместо этого лишь дробящих и усложняющих научный язык.

Феномен «концептуальной прострации» гуманитарных наук и обусловленного ею «дефицита понимания» ими происходящего вокруг негативно сказывается и на развитии конкретных гуманитарных дисциплин. В том числе медицины, в задачу которой входят не только поиски методов борьбы с собственно недугами, но и анализ тенденций, характеризующих физическое и психическое состояние индивидуумов, их функционирование в той или иной конкретной сфере жизнедеятельности.

Это связано с тем, что медицина по своей природе дуалистична и, наряду с естественнонаучной, включает в себя также гуманитарную компоненту. Дело в том, что человек, которого рассматривает медицина, одновременно принадлежит к двум разным мирам: телесному (миру материальной необходимости и биологических закономерностей) и психическому (миру духовной сущности и психологических закономерностей). Ещё в 1910 году Г.А. Захарьин призывал в этой связи к необходимости использовать при терапевтических мероприятиях двойственный диагноз — *diagnosis morbi et diagnosis aegroti* (лат.), то есть «диагноз болезни» и «диагноз больного».

При рассмотрении естественнонаучной компоненты медицины использование принципов доказательности является вполне адекватным и вряд ли в настоящее время у кого-либо вызывающим

сомнение. В то же время попытки распространения сугубо формализованного «доказательного» подхода (эффективного по преимуществу лишь в отношении использования фармакологических препаратов) на гуманитарную компоненту медицины и заменить им всю совокупность наработанных десятилетиями методов обоснования эффективности немедикаментозных видов терапии и форм организации медицинской помощи представляются спорным. Вряд ли сто́ит специально пояснять, что в таких областях, как психология и психиатрия (реабилитационное направление которой убедительно свидетельствует о необходимости включения, помимо психофармакологических, также психо- и социотерапевтических подходов), роль «гуманитарной компоненты» является очень значимой.

Попытки осмысления данного обстоятельства, наблюдавшиеся, в частности, в отечественной психиатрии в последние десятилетия, повлекли за собой дискурсивный переход от длительного времени доминировавшего в ней биологизаторского (организмо-центричного) подхода к более сложному — эволюционно-популяционному (экологическому). Однако развитие нового гуманитарно-ориентированного взгляда на природу психических болезней и их эффективной терапии столкнулось с тем же препятствием, которое является актуальным для всей научно-гуманитарной сферы — с практической не востребованностью («табуированностью») или лишь формально-ритуальной вербализацией новых концептуально-теоретических моделей.

Данное обстоятельство не может не представлять тревожащее. Дело в том, что процесс «затухания» концептуального развития психиатрии создает простор для развития не только в обществе в целом, но даже внутри научного цеха, антинаучных и обскурантистских тенденций, представляющих собой, в конечном счете, социальную опасность, затрудняя или делая невозможным осуществление первичной или вторичной психопрофилактики.

В результате такого «концептуального затухания» на протяжении последних десятилетий в российском обществе наблюдались постоянные и в то же время непредсказуемые «шараханья» ряда исследователей, а вслед за ними и значительно числа интеллектуалов-неспециалистов, в сторону антипсихиатрических воззрений. Например, в российском обществе стали активно развиваться разного рода валеологические учения, пустили корни тоталитарно-директивные секты (вплоть до «АумСинрикё»), происходило массовое увлечение всякого рода «чистками кармы», «кодированиями», «медитациями», а также различного рода «чудотворцами». В последние годы резко усилился крен в сторону церковного обскурантизма, увы, не встречающий энергичного концептуального отпора со стороны цеха психиатров.

Образно говоря, продолжительный коллективный сон концептуально-теоретического разума психиатров стал сопровождаться рождением в

обществе разного рода психопатологических чудовищ.

### Биопсихосоциальная концепция психических расстройств как путь преодоления концептуальной стагнации в психиатрии

Данная ситуация представляется особенно досадной и требующей коррекции ввиду того, что в психиатрической науке уже намечена теоретическая основа для конвергенции и полноценного применения вышеупомянутого дуалистического, биологического и гуманитарно-ориентированного подхода к лечению больных. Речь идет о уже хорошо известной в научных кругах биопсихосоциальной концепции психических расстройств.

Данная парадигма, несмотря на свою новизну, корнями уходит в разработки предыдущих поколений ученых. В существенных чертах ее обозначил еще В. М. Бехтерев, в дальнейшем терминологически оформил G. Engel (1982).

В соответствии с базовыми положениями биопсихосоциальной концепции психических расстройств [20,21,23], возникновению психической патологии способствуют три глобальных фактора (в разных соотношениях): биологический (включая генетический, причем, согласно эпигенетическим представлениям, экспрессия генов зависит от стрессорных воздействий), а также психологический и социально-экологический, актуализирующие предрасположенность к психическим расстройствам.

Биопсихосоциальная концепция психических заболеваний основывается на следующих двух взаимодополняющих моделях их этиопатогенеза [9]:

1. модель «уязвимость-диатез-стресс-заболевание»;
2. «адаптационно-компенсаторная» модель.

Основным постулатом модели «уязвимость-диатез-стресс-заболевание» является тезис о динамической последовательной взаимосвязи всех ее четырех параметров в процессе возникновения и развития психического расстройства.

Основным постулатом «адаптационно-компенсаторной» модели является признание ведущей роли в формировании как психопатологических феноменов, так и социального восстановления психически больных следующих групп факторов:

- генетически детерминированных биологических адаптационно-компенсаторных механизмов;
- психологических адаптационно-компенсаторных механизмов.

Таким образом, адаптационно-компенсаторная модель позволяет анализировать биологические и психологические механизмы развития болезни, как совокупности защитных реакций в ответ на действие болезнетворного фактора. Именно адаптационно-компенсаторные возможности больного определяют характер его функционирования в целом и способность совладать со стрес-

сами, встречающимися на жизненном пути индивида, в том числе, с таким мощным стрессом, каким является психическое расстройство.

В целом, с некоторой долей условности можно сказать, что биопсихосоциальная концепция центрирована на целостном рассмотрении условий развития психических расстройств. При этом уязвимость-диатез-стрессовая модель этиопатогенеза акцентирует внимание преимущественно на процессе возникновения заболевания и его течения, а адаптационно-компенсаторная модель – на механизмах взаимовлияния болезни и средовых факторов, то есть «защитных механизмах и детерминантах благополучия» [5], определяющих социальное функционирование и качество жизни индивидуума с психическими расстройствами.

Сказанное диктуется многообразием патогенетических факторов, участвующих в формировании картины заболевания, включая тесную *связь процессов синдрообразования с личностными особенностями* пациентов и *психосоциальными факторами*, что непосредственно отражается на внутренней картине заболевания и других психологических механизмах адаптации.

Тесное переплетение всего комплекса биопсихосоциальных факторов, влияющих на течение заболевания, касается как «больших психозов», так и значительной группы непсихотической патологии, которую П.Б. Ганнушкин предложил называть «малой», а В.А. Гиляровский – «пограничной». Следует подчеркнуть, что именно эта область психиатрии в последние годы относится к числу наиболее быстро развивающихся в системе клинической и социальной медицины. Это связано, во-первых, с развивающейся тенденцией к интеграции психиатрии в общую медицину и психологию, а во-вторых, с возникновением целого ряда объективных реальностей современной жизни, приводящих к психоэмоциональному перенапряжению людей [1], а также росту группы непсихотических состояний и увеличению их доли среди всех психических расстройств [2, 7]. На сегодня можно согласиться с точкой зрения Ю.А. Александровского (2012), согласно которой «несмотря на ряд терминологических неопределенностей, понятие “пограничные психические расстройства” достаточно прочно вошло в отечественную не только психиатрическую, но и общемедицинскую практику, в то время как предлагавшиеся 50 лет назад определения “малые психические нарушения” или “расстройства малой психиатрии” [не только] являются не менее неопределенными, чем “пограничные психические расстройства”, но ещё и практически неизвестны современным специалистам». В связи со сказанным, вероятно, допустимо рассматривать в рамках пограничных психических расстройств не только традиционные для отнесения к этой патологии различные невротические и характерологические состояния, но и клинически сходные с ними, хотя содержательно и принципиально иные, не психотические заболевания, приближающиеся или относимые к широкому кругу психических расстройств шизофре-

нического или аффективного спектров (которые П.Б. Ганнушкин включал в понятие «малой психиатрии»).

В связи с развитием идей о биопсихосоциальной сущности психических болезней в последние годы возникла необходимость в таком многоосевом диагностическом подходе, который, в отличие от имеющихся атеоретических мультиаксиальных разработок, базировался бы на определенных концептуально оформленных теоретических представлениях и одновременно отвечал современным потребностям службы психического здоровья. Такой научной и практической потребности в наибольшей степени соответствует холистический (целостный) подход [12,16], нацеленный на многоосевую (многомерную, мультиаксиальную) оценку психических расстройств.

Холистический подход к диагностике вынуждает психиатров, при всей относительности диагностических оценок, стремиться как можно полнее выявить все особенности анамнеза и текущего состояния пациента, проанализировать динамику заболевания, учесть данные всестороннего психологического и соматического обследования, а также характеристики социального окружения больного, чтобы сформулировать целостное представление о пациенте и определить стратегию и тактику программы его лечения и реабилитации.

Все это делает необходимым дифференцированное рассмотрение разных сторон существования и функционирования пациентов, отражающееся в категориях феноменологического (связанного прежде всего с биологической компонентой психического расстройства), психологического, социального и функционального диагнозов.

Важно отметить, что холистический диагностический подход предполагает комплексность терапевтических подходов. В частности, помимо использования психофармакологических препаратов, естественным образом обосновывается необходимость использования различных видов психо- и социотерапии, в задачу которых входит адаптация прежнего когнитивного, эмоционального и поведенческого опыта пациента к его функционированию в условиях периодической или постоянной психической дезинтегрированности.

В рамках этих представлений о холистической диагностике и адекватной ей биопсихосоциальной терапии возникает потребность в разработке методик сбора и анализа полного объема информации о биологических, психологических и социальных факторах, характеризующих как самого больного, так и особенности его функционирования в процессе болезни и ее лечения.

#### **Коллизия гуманитарного и биологического подходов в современной психиатрии**

Несмотря на то, что в основных своих чертах биопсихосоциальный подход к лечению психически больных уже очерчен, как было отмечено выше, его полноценное теоретическое развитие и,

самое главное, соединение с медицинской практикой остается проблематичным: «...биопсихосоциальная парадигма в психиатрии и наркологии ещё не получила своего надлежащего воплощения в теоретических и конкретно научных эмпирических исследованиях.... Это касается, прежде всего, психических нарушений непсихотического уровня, имеющих гораздо более широкое распространение, по сравнению с психотическими формами психической патологии.... Взгляд многих психиатров на больного не проникает дальше психопатологических симптомов и синдромов. Они не видят страдающую личность больного, рассчитывающего на сострадание, понимание и эмоциональную поддержку» [13].

Стоит отметить, что данная проблема актуальна не только для российской психиатрии. Обзор литературы [24] демонстрирует, что, хотя владение современной методикой диагностики считается важнейшим навыком практикующих психиатров, начинающие специалисты явно недостаточно обладают способностью создавать на компетентном уровне биопсихосоциальную «формулировку случая», особенно в части ее психологической и социальной составляющих. В то же время известно, что даже при одинаковых симптоматологических проявлениях заболевания (и, соответственно, одинаковых феноменологических диагнозах) социальное функционирование пациентов оказывается очень разным, что свидетельствует о недостаточности учета лишь психопатологических особенностей психического статуса пациента.

Однако вернемся к ситуации, сложившейся в отечественной медицине. Фактически в сознании большинства российских психиатров и наркологов, а также медицинских чиновников до последнего времени доминирующей остаётся медико-биологическая модель психических и наркологических расстройств. Односторонняя опора на данную модель приводит к различным проявлениям биологического редукционизма («мозговой мифологии» по К. Ясперсу) в понимании причин и условий развития психической и наркологической патологии, путей и способов их преодоления и предупреждения.

В немалой степени этой негативной тенденции способствует активная деятельность психофармакологических компаний и предлагаемая ими (а также логически понятная и удобная для чиновников) система доказательности терапевтической эффективности препаратов (например, двойной слепой рандомизированный метод). Последнее обстоятельство явилось важным стимулом для развития представлений о «доказательной» психиатрии как имеющей исключительный приоритет в научно-исследовательской работе. Однако то, что является безусловно полезным в плане поисков эффективной терапии биологически обусловленных компонентов психического страдания (включая выбор медикаментов), оказывается бесполезным или даже вредным в качестве метода, пригодного для изучения эффективности немедикаментозных (в частности — психотерапев-

тических и социотерапевтических) интервенций и организационно-реабилитационных мероприятий.

Тем не менее, в последние годы под флагом «оптимизации» и необходимости использования лишь «доказательных» методов терапевтических вмешательств вновь актуализируются и заявляют о себе все громче редукционистские представления о возможности свести психические процессы исключительно к биологическим коррелятам. Данная тенденция, де-факто возвращающая психиатрию в прошлое, обосновывается несомненными успехами в области современной биологической психиатрии [13]. В итоге в терапии нарастает «психофармакологический диктат», нацеленный исключительно на биологические компоненты психического расстройства. Данная тенденция представляется как прямо угрожающая интересам больных: «Явное доминирование биомедицинской парадигмы в дальнейших научных исследованиях психических расстройств может затормозить и ограничить развитие и внедрение в практику необходимых психологических и социальных методов лечения и профилактики психических нарушений, психосоциальной реабилитации психически больных» [15].

Сказанное касается также научных разработок, стимулируемых через гранты МЗ РФ, в которых финансовые ресурсы сосредоточены и направляются на разработку и решение сугубо медико-биологических проблем психиатрии и наркологии — в отрыве от решения психосоциальных проблем, характерных для тех или иных видов патологии.

В результате у врачей-практиков «возникает проблема выбора: дорогие сегодня, но более выгодные в отдаленной перспективе для общества новые (лечебные) программы или устаревшие и затратные для общества в целом, но более дешевые для психиатрических служб (фармакологические) технологии сегодняшнего дня? К сожалению, приоритет часто отдается второму варианту, и скупой и бедный будет платить дважды» [11].

Таким образом, под флагом «оптимизации» и «доказательности» происходит не только уменьшение доступности специализированной медицинской помощи и ухудшение её качества (в связи с практическим сведением терапии к использованию только психофармакологических препаратов), но фактически — дегуманизация и, как следствие, дегуманизация психиатрии. Сложная и во многом персонализированная «стереоскопическая» комплексная система терапии сводится лишь к четкому и жесткому выполнению фармакологически акцентированных «протоколов», то есть к шаблонизированному назначению определенных препаратов при конкретных клинических формах заболевания, вне какой-либо связи с интегративным пониманием и учетом не только болезни, но и больного. Вне рассмотрения оказываются факторы, связанные как с социальной несостоятельностью, так и с психологической дезадаптированностью пациентов.

При этом игнорируется то обстоятельство, что в настоящее время все большим количеством исследователей признаются *ограниченные возможности психофармакотерапии, а именно:*

а) малая их успешность при некоторых клинических особенностях психических расстройств (негативные симптомы, когнитивные нарушения, личностные нарушения);

б) малое влияние на социальное восстановление и профилактику *инвалидизации.*

Таким образом, налицо — концептуальный диагностический и терапевтический кризис в психиатрии, вызванный конфликтом биологизаторского (поддерживаемого чиновниками и фармфирмами и пока доминирующего в практической медицине) и биопсихосоциального (отстаиваемого в реальности лишь некоторыми учеными и врачами-практиками) подходов. Особый драматизм ситуации придает тот факт, что данное удручающее положение складывается на фоне повсеместных декларативных заявлений о необходимости дальнейшего развития и внедрения в практику реабилитационных идей, базирующихся на представлениях о биопсихосоциальном генезе психических расстройств.

Такая ситуация представляется нетерпимой и требующей, прежде всего, скорейшей разработки полноценной теории эволюционной психиатрии и интеграционной методологии в целях синтеза биологической психиатрии (как естественнонаучной дисциплины) и психосоциальной психиатрии (как в значительной степени гуманитарной науки), без чего невозможен успех комплексных терапевтических усилий. Терапевтическая комплексность актуальна не только в течение активного периода заболевания, но и во время ремиссии, потому что многие пациенты продолжают после «снятия» острых психотических симптомов, уже независимо от особенностей фармакотерапии, испытывать дистресс, вызванный остаточными психопатологическими симптомами [17].

Именно поэтому функциональный исход, то есть социальная адаптация пациентов, в значительной мере определяется не только объективно синдромологии и проводимой фармакологии, но и нацеленностью пациента на успех либо, наоборот, его пораженческой социальной позицией [22], требующей использования нефармакологических методов терапии.

На сегодня, однако, отмеченный выше кризис, вызванный фактическим конфликтом двух подходов к проблеме лечения психически больных, не только не приближается к своему успешному разрешению, но лишь усугубляется. Биологизаторские подходы, в отрыве от гуманитарных, оказываются принципиально недостаточными для достижения конечной цели — эффективной терапии психически больных и их функционального восстановления. Гуманитарные же подходы, в силу неустойчивости, находятся в состоянии нарастающей изоляции от текущей психиатрической практики, почти целиком ориентированной на сугубо симптоматологическую диагностику и внедрение исключительно психофармакологических методов лечения больных.

Подводя итог, следует подчеркнуть, что игнорирование того очевидного факта, что как эпистемологические подходы, так и практические функционал естественных и гуманитарных наук в значительной степени различны, попытки заставить гуманитарную составляющую психиатрии функционировать и доказывать свою эффективность по биологизаторским «лекалам» доказательной медицины, а не по научно обоснованным «гуманитарным лекалам», во-первых, наносят пациентам ощутимый вред, а, во-вторых, существенно затрудняют успешное развитие психиатрии как концептуальной (а не сугубо прикладной) науки, призванной стоять на страже психического здоровья человека и общества в целом, своевременно и эффективно отвечая на актуальные вызовы времени.

### Литература

1	Акжигитов Р.Г. Пограничные психические расстройства [Электронный ресурс] / Р.Г. Акжигитов // Медицинская газета. № 37 от 27 мая 2001 г. — URL: <a href="http://medgazeta.rusmedserv.com">http://medgazeta.rusmedserv.com</a> (дата обращения: 21.04.2014)	Akzhigitov R.G. Borderline mental disorders / R.G. Akzhigitov // <i>Medicinskajagazeta</i> . — 2001. — May — №37 — [Electronic resource] — URL: <a href="http://medgazeta.rusmedserv.com">http://medgazeta.rusmedserv.com</a> . (In Rus.)
2	Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. — М.: ГОЭТАР-Медиа. — 2007. — 720с.	Aleksandrovskiy J.A. Borderline mental disorders / J.A. Aleksandrovskiy — М.: GOETAR-Media. — 2007. — 720p. (In Rus)
3	Александровский Ю.А. Рецензия на книгу А.Б. Смулевича «Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии» / Ю.А. Александровский // Психиатрия и психофармакология. Журн. им. П.Б. Ганнушкина. — 2012. — Т.14. — № 5. — С.45-46.	Aleksandrovskiy J.A. Review of a book of A.B. Smulevich «Personality disorders. Trajectory in the space of a mental and somatic pathology» // <i>Psikhiatriya i psikhofarmakologiya. Zhurn. im. P.B. Gannushkina</i> . — 2012. — T.14. — №5. — P.45-46. (In Rus.)

4	Дунаевский В.В. О предосудительных стереотипах и воинствующем догматизме. И о врачевании как искусстве /В.В.Дунаевский// Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. — 2018. — № 2. — С.125-129.	Dunaevskiy V.V. About reprehensible stereotypes and militant dogmatism / V.V. Dunaevskiy// V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology — 2018. — №2. — P.125-129. (In Rus.)
5	Гурович И.Я. Поиски новых подходов и парадигм в понимании психозов / И.Я. Гурович, Н.Г. Шашкова, О.О. Папсуев // Социальная и клиническая психиатрия. — 2017. — Т. 27. — № 1. — С.68-82.	Gurovich I.J. Looking for new Approaches and Paradigms in Understanding psychosis/ I.J. Gurovich, N.G. Shashkova, O.O. Papsuev // Social'naya i klinicheskaya psikhiaetriya. — 2017. — Т. 27. — №1 — P.68-82. (In Rus.)
6	Захарьин Г.А. Клинические лекции и избранные статьи / Г.А. Захарьин. — М.: Печатня А. И. Снегиревой. — 1910. — 557с.	Zhar'in G.A. Clinical lectures and selected articles/ G.A. Zhar'in. — М.: Pechatnja A.I. Snegirevoj. — 1910. — 557p. (In Rus.)
7	Карвасарский Б.Д. Неврозы — 2-е изд., перераб. и доп. / Б.Д. Карвасарский. — М.: Медицина. — 1990. — 576с.	Karvasarskiy B.D. Neuroses — the second edition, revised and updated / B.D. Karvasarskiy. — М.: Medicina. — 1990. — 576p. (In Rus.)
8	Копосов Н. Е. Как думают историки. / Н.Е.Копосов— М.: Новое литературное обозрение. — 2001. — 326с.	Koposov N. E. Thewayhistorians think/ N. E. Koposov— М.: Novoliteraturnoeobozrenie. — 2001. — 326p. (In Rus.)
9	Коцюбинский А.П. Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы) / А.П. Коцюбинский — Санкт-Петербург: СпецЛит. — 2017. — 285с.	Kotsyubinskiy A.P. Multidimensional (holistic) diagnostic in psychiatry (biological, psychological and functional diagnosis) / A.P. Kotsyubinskiy — Sankt-Peterburg: SpecLit, — 2017. — 285 p. (In Rus.)
10	Коцюбинский Д.А. «Гуманитарии – это психотерапевты, без которых мы обречены на коллективный невроз» [Электронный ресурс] / Д.А. Коцюбинский // Росбалт. — URL: <a href="http://www.rosbalt.ru/piter/2018/06/30/1713968.html">http://www.rosbalt.ru/piter/2018/06/30/1713968.html</a> (дата обращения 30.06.2018).	Kotsyubinsky D.A. Humanitarians — they are psychotherapists in the absence of whom we are condemned to a collective neurosis/ D.A. Kotsyubinsky // Rosbalt — 30.06.2018. [Electronic resource] — URL: <a href="http://www.rosbalt.ru/piter/2018/06/30/1713968.html">http://www.rosbalt.ru/piter/2018/06/30/1713968.html</a> (In Rus.)
11	Лиманкин О.В. Проблемы и перспективы деинституционализации и реформирования стационарной психиатрической помощи / О.В. Лиманкин // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи (в двух томах). — 2009. — СПб. — Т.1. — С.110-117.	Limankin O.V. Problems and perspectives of deinstitutionalization and reform of in-patient psychiatry/ O.V. Limankin // Problemy i perspektivy razvitiya stacionarnoy psikhiaitricheskoy pomoschi (vduhtomakh).] — 2009. — SPb. — V.1. — P.110-117. (In Rus.)
12	Незнанов Н. Г. Значение школы В.М. Бехтерева в формировании биопсихосоциальной концепции нервно-психических расстройств / Н.Г. Незнанов, М.А. Акименко, А.П. Коцюбинский // Сиб. вестник психиатр. и наркол. — 2013. — № 1. — С.77-81.	Neznanov N.G. The value of V.M. Bekhterev's school in the formation of biopsychosocial conception of neuropsychiatric disorders/ N.G. Neznanov, M.A. Akimenko, A.P. Kocjubinskiy // Sib. Vestnik psikhiaitr. Inarkol. — 2013. — №1. — P.77-81. (In Rus.)
13	Полищук Ю.И. О доминировании биологического и отставании психосоциально-направленного в российской психиатрии / Ю.И. Полищук // Социальная и клиническая психиатрия. — 2016. — №4. — С.71-74.	Polishchuk J.I. Domination of the Biological and Neglect for the Psychosocial Direction in Russian Psychiatry / J.I. Polishchuk // Social'naya i klinicheskaya psikhiaetriya. 2016. — №4. — P.71-74. (In Rus.)
14	Ретюнский К.Ю. Особенности фармакокинетики палиперидона и его пролонгированной инъекционной формы палиперидона палмитата / К.Ю. Ретюнский // Современная терапия психических расстройств. — 2012. — № 2. — С.25-32.	Retjunskiy K.J. Paliperidone and its prolonged form paliperidone palmitate pharmacokinetic characteristics / K.J. Retjunskiy // Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv. — 2012. — №2. — P. 25-32. (In Rus.)

15	Холмогорова А.Б. Обострение борьбы парадигм в науках о психическом здоровье: в поисках выхода / А.Б.Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. — 2014. — № 4. — С.53–61.	Holmogorova A.B. Clash of Paradigms in Mental Health Sciences: in Search of a way Out / A.B. Holmogorova // Social'naya i klinicheskaya psixiatriya — 2014. — №4. — P.53-61. (In Rus.)
16	Ястребов В.С. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации / В.С. Ястребов, В.Г. Митихин Т.А. Солозина [и др.] // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 2008. — № 6. — С.4-10.	Jastrebov V.S. The system-oriented model of psychosocial rehabilitation/ V.S. Jastrebov, V.G. Mitikhin T.A. Solozinaidr. // Zhurn. nevrolog. i psixiatr. im. S.S. Korsakova. — 2008. — №6. — P.4-10. (In Rus.)
17	Beck A.T. Schizophrenia: cognitive theory, research, and therapy / A.T. Beck, N.A. Rector, N. Stolar [et al.] — New York, London: The Guilford Press. — 2008. — 415p.	Beck A.T. Schizophrenia: cognitive theory, research, and therapy / A.T. Beck, N.A. Rector, N. Stolar [et al.] — New York, London: The Guilford Press. — 2008. — 415p.
18	Dilthey W. Einleitung in die Geisteswissenschaften. Bd. 1. — Leipzig: Duncker & Humblot. — 1883.	Dilthey W. Einleitung in die Geisteswissenschaften. Bd. 1. — Leipzig: Duncker & Humblot. — 1883.
19	Engel G.L. Biopsychosocial model and medical education: who are to be the teacher? / G.L. Engel // N. Eng. Journ. Med. — 1982. — Vol.306. — P.802-805.	Engel G.L. The biopsychosocial model and medical education: who are to be the teacher? / G.L. Engel // N. Eng. Journ. Med. — 1982. — Vol.306. — P.802-805. DOI: 10.1056/NEJM198204013061311
20	Garety P.A. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis / P.A. Garety, E. Kuipers, D. Fowler et al. // Psychol. Med. — 2001. — Vol.31. — P.189-195.	Garety P.A. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis / P.A. Garety, E. Kuipers, D. Fowler et al. // Psychol. Med. — 2001. — Vol.31. — P.189-195.
21	Garety P.A. Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper / P.A. Garety, P. Bebbington, D. Fowler et al. // Psychol. Med. — 2007. — Vol.37. — P.1377-1391.	Garety P.A. Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper / P.A. Garety, P. Bebbington, D. Fowler et al. // Psychol. Med. — 2007. — Vol.37. — P.1377-1391. DOI: 10.1017/S003329170700013X
22	Grant P.M. Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms and functioning in schizophrenia / P.M. Grant, A.T. Beck // Schizophrenia Bull. — 2009. — Vol.35. — P.798-806.	Grant P.M. Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms and functioning in schizophrenia / P.M. Grant, A.T. Beck // Schizophrenia Bull. — 2009. — Vol.35. — P.798-806. DOI: 10.1093/schbul/sbn008
23	Howes O.D. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model / O.D. Howes, R.M. Murray // Lancet. — 2014. — Vol.383. — P.1677-1687.	Howes O.D. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model / O.D. Howes, R.M. Murray // Lancet. — 2014. — Vol.383. — P.1677-1687. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62036-X
24	McGlashan T.H. The Psychosis-Risk Syndrome / T.H. McGlashan, B. Walsh, S. Wood // Handbook for Diagnostic and Follow-up. — Oxford University Press, USA. — 2010. — 243p.	McGlashan T.H. The Psychosis-Risk Syndrome / T.H. McGlashan, B. Walsh, S. Wood // Handbook for Diagnostic and Follow-up. — Oxford University Press, USA. — 2010. — 243p. DOI: 10.11919/j.issn.1002-0829.214178

## Сведения об авторах

**Незнов Николай Григорьевич** — доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, президент Российского общества психиатров, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, Президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии. E-mail: spbinstb@bekhterev.ru

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

**Коцюбинский Даниил Александрович** — кандидат исторических наук, старший преподаватель факультета свободных искусств и наук Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: kd1965@yandex.ru

DOI : 10.31363/2313-7053-2019-1-16-25

## Материнство и отцовство родителей, страдающих интеллектуальными нарушениями (обзор литературы)

Русаковская О.А.<sup>1,2</sup>, Костюк Г.П.<sup>3</sup>, Голубев С.А.<sup>3</sup>, Дрыкина Л.Л.<sup>3</sup>, Галкина А.О.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России», Москва,

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,

<sup>3</sup> ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева», Москва

**Резюме.** Статья посвящена обзору результатов зарубежных исследований воспитания детей родителями с интеллектуальными нарушениями. Приводятся данные о количестве таких семей в общей популяции и среди семей, вовлеченных в работу социальных служб по защите ребенка. Показано, что интеллектуальные нарушения родителя не определяют напрямую риск пренебрежения или нарушения психического развития ребенка, а опосредованы такими дополнительными факторами риска, как социальная изоляция, родительский стресс, низкий социоэкономический статус, проблемы со здоровьем, собственный опыт жестокого обращения, влияние которых может быть компенсировано специально организованным социальным сопровождением. Обсуждается проблема дискриминации родителей, страдающих интеллектуальными нарушениями, и необходимости их социального сопровождения.

**Ключевые слова:** родители с умственной отсталостью, интеллектуальные нарушения, факторы риска, жестокое обращение и пренебрежение ребенком, социальное сопровождение.

### Motherhood and fatherhood of parents with intellectual disabilities (review).

Rusakovskaya O.A.<sup>1,2</sup>, Kostjuk G.P.<sup>3</sup>, Golubev S.A.<sup>3</sup>,  
Drykina L.L.<sup>3</sup>, Galkina A.O.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky, Moscow,

<sup>2</sup> Moscow State University of Psychology & Education (MSUPE),

<sup>3</sup> Psychiatric Clinical Hospital №1 named after N.A. Alekseev, Moscow

**Summary.** The paper presents an overview of foreign research findings concerning parents with learning disabilities and their children. The extent of such parents in general population and among families, involved into court samples and child protection services, is presented. A review shows that parental competence is not directly related to IQ, but is mediated by additional risk factors, such as social isolation, parental stress, poverty, low socioeconomic status, poor health, poor parental childhood experience of abuse and neglect, that may be compensated by special social support. The problems of discrimination of parents with learning difficulties and necessity of their social support are discussed.

**Key words:** parents with learning disabilities, mental retardation, risk factors of child's abuse and neglect, social support.

Ситуация воспитания ребенка в семье, где один или оба родителя страдают умственной отсталостью, во всех случаях не относится к самым благоприятным. Однако, несмотря на то, что такие родители менее эффективны при решении определенных задач, возникающих в повседневной жизни, многие из них достигают достаточного уровня социальной адаптации, а «ни одно из умений, необходимых для ухода за ребенком, не отличается значительно от того, с чем они успешно справляются в повседневной жизни» [17]. Во многих случаях раннее изъятие ребенка из семьи, где родитель страдает умственной отсталостью, является следствием не его неспособности самостоятельно осуществлять родительские обязанности, а предубеждения социальных служб, дискриминации и отсутствия адекватной социальной поддержки [7; 28; 46; 52]. При этом в долгосрочной перспективе для ребенка во многих случаях лучше остаться с биологическими родителями при условии их социального сопровождения, чем оказаться в интернатном учреждении или замещающей семье [13; 23; 28; 46].

В Российской Федерации родители, обнаруживающие умственную отсталость, также сталкиваются с предвзятым отношением и отсутствием адекватного социального сопровождения [1], что определяет актуальность настоящего обзора, выполненного при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-013-00921 А.

В зарубежных исследованиях для обозначения интеллектуальных нарушений родителей используются термины «нарушения обучения» или «трудности обучения», которые, являясь синонимом таких понятий, как «умственная отсталость», «слабоумие», «интеллектуальное недоразвитие», не обладают оценочным компонентом и более соответствуют идеологии уважения личности.

Критерием включения для большинства исследований является IQ родителей больше 60, но меньше 70. В некоторых случаях лица с IQ 70—80 также рассматриваются как имеющие интеллектуальные ограничения, отражающиеся на повседневном функционировании [39; 37].

Количество родителей, имеющих интеллектуальные нарушения, составляет, по различным

оценкам, от 0,004% до 3 % от всех родителей [36; 28]. По образному выражению Т. Booth, они являются «невидимой популяцией», зачастую не попадая в поле зрения медицинских или социальных служб [5]. В США семьи, в которых хотя бы один из родителей имеет когнитивные нарушения вследствие умственной отсталости или других психических расстройств составляет 2,3% [40]. В Австралии в 1–2% семей с детьми от 0 до 17 лет по крайней мере один родитель страдает интеллектуальными нарушениями [42]. В 2003–2004гг. в Великобритании из 2898 взрослых с расстройствами обучения родителем был каждый 15-й, т.е. примерно 7%, из которых проживали с детьми и занимались их воспитанием 52% [13].

Согласно результатам национального исследования, проведенного в Германии, за 10 лет количество родителей, страдающих интеллектуальными расстройствами, увеличилось на 40%, что, по мнению авторов, связано преимущественно с гуманизацией общества и развитием антидискриминационного законодательства [43].

В то же время количество родителей, обнаруживающих умственную отсталость, в семьях, вовлеченных в работу социальных служб по защите ребенка или в судебные процессы, связанные с ограничением родительских прав, диспропорционально велико и составляет в Австралии и США от 8,8% до 15,1% [8; 28]. У родителей с интеллектуальными нарушениями дети забираются «службами защиты детей», по разным данным, в 30–80% или 40–60 % случаев [8; 31]. 19% детей в замещающих семьях составляют дети родителей с интеллектуальными нарушениями [26]. Столь большое количество изъятий детей из семьи не всегда обоснованно и связано, с одной стороны, с преубеждением социальных служб и судов, с другой стороны — с отсутствием адекватных мер социальной поддержки [31; 39; 45; 48].

Согласно одному из определений воспитания, предложенного Министерством здравоохранения Великобритании, *воспитание* — это такая активность и поведение взрослого, которая необходима для того, чтобы ребенок мог, вырастая, успешно функционировать в своем обществе. Родители должны обеспечить ребенку базовый уход, под которым понимается удовлетворение физических потребностей и обеспечение медицинской и стоматологической помощью; безопасность; эмоциональное тепло (удовлетворение эмоциональных потребностей ребенка, общение, развитие у него самопринятия, позитивной расовой и культуральной идентичности). Родители должны обеспечить ребенка необходимой стимуляцией, создав для этого развивающую среду; научить ребенка самостоятельно регулировать свое поведение и эмоции; обеспечить ребенка стабильным семейным окружением, позволяющим сформировать привязанность к основному взрослому для оптимизации развития в будущем [2].

Одним из наиболее неопределенных теоретических конструктов, лежащих в основе оценки способности родителей с психическими нару-

шениями к исполнению родительских обязанностей, является понятие «*достаточной родительской компетенции*». Если крайние случаи континуума, на одном полюсе которого жестокое обращение с ребенком и злоупотребление родительскими правами, а на другом — благополучное родительство, понимаются примерно одинаково, то единства в понимании той границы, когда поведение родителей начинает соответствовать недопустимому, нет [54; 29; 53].

Как при судебной экспертизе, так и в работе зарубежных социальных служб ключевым является *риск неблагоприятных для ребенка последствий воспитания*. Предполагается, что независимо от социальной ситуации развития, каждый ребенок в той или иной степени подвергается риску, но в обычных случаях этот риск невелик [24]. Интеллектуальные нарушения родителей или одного из них рассматриваются как один из факторов риска отставания детей в психическом, психологическом, физическом развитии, который может быть компенсирован защитными факторами.

Ранние публикации, касающиеся особенностей воспитания детей родителями, страдающими интеллектуальными нарушениями обладали явными методологическими недостатками: они исходили из презумпции, что родители с интеллектуальными нарушениями не могут справиться с воспитанием детей; были направлены на выявление факторов риска, не учитывая защитных факторов; проводились на небольших выборках [39; 44; 46]. Набор испытуемых осуществлялся через социальные службы и поддерживающие организации, что исключало из исследований родителей, справляющихся с воспитанием детей. Другими недостатками были отсутствие лонгитюдных исследований; проблемы с терминологией и критериями включения (в ряд исследований включались лица как с пограничным, так и с выраженным снижением интеллекта); частое несоответствие методов задач исследований [5; 12; 46; 28; 4]. Однако в настоящее время, когда поддержка семей, в которых родители имеют интеллектуальные нарушения, имеет статус национальных проектов во многих странах, указанные недостатки практически преодолены [33; 41; 48].

Основные направления зарубежных исследований материнства и отцовства в семьях, где родители имеют интеллектуальные нарушения, следующие: исследование особенностей развития детей в подобных семьях; изучение роли дополнительных факторов риска; изучение влияния защитных факторов; организация социального сопровождения семей и исследования его эффективности. В настоящей статье мы рассмотрим первые два направления.

#### **Особенности развития детей, воспитывающихся родителями с интеллектуальными нарушениями**

Распространено представление о неизбежности генетически обусловленных интеллектуальных на-

рушений у детей родителей, страдающих умственной отсталостью. Однако, хотя частота рождения детей с интеллектуальными нарушениями выше у родителей с умственной отсталостью, особенно если данным расстройством страдают оба родителя, среднее IQ таких детей приближается к средним значениям в популяции [51]. Более низкому IQ ребенка способствуют социо-экономические факторы, такие как бедность и более ограничительный стиль воспитания, которые должны учитываться при интерпретации влияния генетики и наследственности [12].

Результаты первых исследований свидетельствовали о высоком риске кожных раздражений, нарушений режима питания, кишечных инфекций у детей в младенческом возрасте, что связывалось с отсутствием у родителей необходимых для ухода за ребенком знаний и навыков. Однако более поздние исследования как младенцев, так и детей более старшего возраста, не выявили каких-либо различий в частоте заболеваний, связанных с неправильным уходом [19; 25].

Дети родителей с умственной отсталостью рассматривались как относящиеся к группе риска по отставанию в психосоциальном развитии, которое связывалось с неспособностью родителей создать для ребенка адекватную развивающую среду [47; 16]. Однако оказалось, что они часто демонстрируют нормальные или хорошие школьные успехи [32; 14].

T.Booth, W.Booth оценивали успешность взросления 30 молодых людей, у которых хотя бы один родитель страдал умственной отсталостью. Качественные параметры, которые сравнивались с таковыми в популяции, были следующие: завершение школьного обучения; возраст начала самостоятельного проживания, создания постоянной пары, появления детей; объем потребительской корзины. Проводился качественный анализ полуструктурированного интервью, включавшего вопросы об отношениях с родителями и собственной жизни. Согласно результатам, те молодые люди, которые не имели интеллектуальных нарушений (15 человек), не обнаруживали значимых различий при сравнении со своими сверстниками того же социального статуса. Они получили профессиональное образование, имели собственную семью, ни один из их детей не был передан под опеку. У молодых людей, имевших интеллектуальные нарушения, качество жизни также не отличалось от такового в сравнении с лицами, страдающими умственной отсталостью. Почти все молодые люди, живущие самостоятельно, поддерживали контакты с родителями и тепло к ним относились.

Авторы пришли к выводу, что проблемы, с которыми сталкивается ребенок в ходе взросления, не отличаются от тех, с которыми сталкиваются другие дети, и судьба ребенка не определяется интеллектуальными нарушениями родителя. Факторами, которые помогают преодолеть трудности взросления, являются личностные особенности ребенка (общительность, социальная активность,

умение принимать ответственность); теплота во взаимоотношениях с родителями, стабильность и отсутствие опыта сепарации; наличие поддерживающих родственников и эффективная социальная поддержка вне семьи (обучение в школе, наличие работы, членство в клубах или обществах, хорошие соседские отношения) [6].

### **Исследования риска непосредственной опасности и пренебрежения ребенком**

Риск непосредственной опасности, связанной с жестоким обращением с ребенком со стороны матерей, страдающих интеллектуальными нарушениями, большинством авторов оценивается как низкий [9; 37]. В то же время многие взрослые, воспитывавшиеся такими матерями, сообщали о перенесенном в детстве физическом или сексуальном насилии со стороны лиц ближайшего окружения, чаще — партнера матери. Таким образом, дети родителей с интеллектуальными нарушениями более подвержены насилию вследствие того, что родители могут помещать детей в ситуации высокого риска [7; 46; 56]. С другой стороны, матери, страдающие интеллектуальными нарушениями, сами пережившие в детстве опыт жестокого обращения и насилия, склонны к гиперопеке и нацелены на защиту своих детей, особенно дочерей [28].

Риск пренебрежения ребенком (Neglect of a child), под которым понимается неспособность удовлетворить базовые потребности ребенка и обеспечить необходимый уход, в семьях родителей с интеллектуальными нарушениями часто оценивается социальными службами как высокий и является основной причиной изъятия ребенка из семьи [8; 28; 49]. Риск связывается, во-первых, с отсутствием у родителей, страдающих интеллектуальными нарушениями, элементарных знаний и навыков ухода за ребенком. Во-вторых, с неспособностью воспринимать и понимать сигналы ребенка вследствие недостаточности тонкой нюансировки. В третьих, с ограничением способности видеть альтернативы и прогнозировать [47; 36; 55; 52]. Однако после специального обучения, при наличии пролонгированной социальной поддержки, многие родители с интеллектуальными нарушениями оказались способны усвоить необходимую информацию, овладеть навыками ухода за ребенком, организовать в доме безопасную среду, научиться более продуктивному взаимодействию [5; 7; 13; 15; 28; 48; 50].

### **Факторы, повышающие риск жестокого обращения и пренебрежения ребенком**

В качестве факторов, повышающих риск жестокого обращения и пренебрежения ребенком у родителей с интеллектуальными нарушениями, выделяются следующие: социальная изоляция; родительский стресс; собственный детский опыт жестокого обращения, насилия и пренебрежения; бедность, отсутствие образования, безработица; наличие других психических заболеваний; нали-

чие у ребенка заболеваний, затрудняющих уход за ним и его воспитание; употребление психоактивных веществ; домашняя жестокость.

*Социальная изоляция* Обследование 70 матерей с интеллектуальными нарушениями в Австралии показало, что лишь некоторые имели друзей или соседей, поддерживающих их; большинство были изолированы от местного общества, а поддержку получали только из семьи, при этом если эта поддержка прекращалась, то матери становились уязвимы. Аналогичные результаты были получены в Канаде, однако там женщины чаще получали поддержку от социальных служб [28]. Родители, вовлеченные в судебные процессы по защите детей, оказались более подвержены социальной изоляции, что позволило авторам делать вывод, что социальная изоляция повышает риск пренебрежения ребенком [25]. Однако, как показало исследование R. Mayes с соавт. (2008), родители, страдающие интеллектуальными нарушениями, часто сами заблаговременно ищут помощи со стороны социальных служб, договариваясь о дополнительной поддержке и сопровождении еще в период беременности, что позволяет им компенсировать данный фактор риска [30].

#### *Родительский стресс*

M. Feldman с соавт. выявил у 82 матерей с интеллектуальными нарушениями высокий уровень стресса, который повышался, когда ребенок достигал школьного возраста [14; 15]. Родительский стресс, являющийся результатом собственной истории неуспеха, отсутствия поддержки, стигматизации, насилия, безработицы, социальной изоляции, может нарушать оптимальную родительскую практику, ассоциируясь с недостатком тепла и отзывчивости, менее позитивным и более недружелюбным стилем воспитания [3; 18].

#### *Отвержение и насилие в детстве*

Результаты многих научных исследований убедительно свидетельствуют о связи между отвержением и насилием, пережитым в детстве, и отвержением и насилием в отношении собственных детей [54]. Родители с интеллектуальными нарушениями чаще испытывают пренебрежение и насилие в детстве [12]. По данным G. Llewellyn, половина матерей, страдающих интеллектуальными нарушениями, сообщали о физическом насилии в детстве, 46% были жертвами сексуального насилия [28]. По данным S. McGaw, 79.6% родителей с интеллектуальными нарушениями в той или иной форме испытывали насилие или жестокое обращение в детстве [38].

#### *Низкий социо-экономический статус*

Родители с интеллектуальными нарушениями чаще других испытывают социоэкономические трудности [10; 35; 42]. Этому способствуют низкий уровень образования, безработица, неблаго-

приятные жилищно-бытовые условия. Социальная помощь, направленная на преодоление этих трудностей, может способствовать уменьшению риска пренебрежения и жестокого обращения.

#### *Проблемы со здоровьем*

Значительные проблемы со здоровьем могут влиять на способность выполнять родительские функции. Исследование дородового и послеродового состояния 878 женщин с интеллектуальными нарушениями показало, что у них значительно чаще отмечалась преэклампсия, в два раза чаще роды были преждевременными, а состояние здоровья как роженицы, так и новорожденного затрудняли уход за ребенком [34]. Состояние здоровья 50 женщин с интеллектуальными нарушениями в сравнении с генеральной популяцией женщин в Австралии при помощи опросника Short Form Health Survey (SF-36) было хуже по всем субшкалам [27]. Наконец, у родителей с интеллектуальными нарушениями в 2-3 раза чаще, чем в популяции, встречались иные психические расстройства (депрессия, тревожные и поведенческие расстройства, шизофрения) [10; 11; 20; 21; 38], которые повышали риск пренебрежения и жестокого обращения с ребенком [55].

#### *Другие факторы риска*

Наличие у ребенка соматических, неврологических, психических заболеваний, поведенческие нарушения повышают риск пренебрежения и жестокого обращения [22; 54], однако насколько данный фактор значим для родителей с интеллектуальными нарушениями пока неизвестно.

По данным австралийских исследователей, такие факторы риска как домашняя жестокость и употребление ПАВ реже встречаются у родителей с интеллектуальными нарушениями, чем в популяции. Были выявлены некоторые связи между употреблением ПАВ родителями, имеющими интеллектуальные нарушения, и домашней жестокостью, но из-за маленькой выборки их результаты не м.б. отнесены к всей популяции родителей с интеллектуальными нарушениями [10].

Таким образом, зарубежные исследования показывают, что хотя не все родители с интеллектуальными нарушениями способны заботиться о своих детях, многие из них способны делать это. Интеллектуальные нарушения родителя не определяют напрямую ни интеллектуальные нарушения и отставание в психическом развитии у ребенка, ни риск пренебрежения ребенком. Такие родители чаще подвержены дополнительным факторам риска, которые, однако, могут быть компенсированы защитными факторами и социальным сопровождением. Выявление факторов риска необходимо для определения той поддержки, которая требуется родителям с интеллектуальными нарушениями, или выявления ситуаций, в которых риск неблагополучия ребенка или опасности для него будет высок.

## Литература

1	Русаковская О.А., Фастовцов Г.А. Социальное сопровождение родителей, страдающих умственной отсталостью, как альтернатива ограничения родительских прав // Практика судебно-психиатрической экспертизы: Сборник № 54 / под ред. Г.А.Фастовцова. — М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России. — 2017. — С.17-33.	Rusakovskaya O.A., Fastovtsov G.A. Social support of parents with mental retardation as an alternative to restriction of family rights. <i>Praktika sudebno-psikh-iatricheskoj ehkspertizy: Sbornik № 54</i> . 2017; 17-33 (In Rus.).
2	Сафуанов Ф.С., Русаковская О.А. Категория воспитания в семейном праве: культурно-исторический анализ // Культурно-историческая психология. — 2017. — Т. 13, № 3. — С. 6-15. doi:10.17759/chp.2017130302	Safuanov F, Rusakovskaya O. Category of Child Rearing in Family Law: A Cultural-Historical Analysis. <i>Cultural-Historical Psychology</i> . 2017;13(3):6-15. doi:10.17759/chp.2017130302.
3	Aunos M, Feldman M, Goupil G. Mothering with Intellectual Disabilities: Relationship Between Social Support, Health and Well-Being, Parenting and Child Behaviour Outcomes. <i>Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities</i> . 2008;21(4):320-330. doi:10.1111/j.1468-3148.2008.00447.x.	Aunos M, Feldman M, Goupil G. Mothering with Intellectual Disabilities: Relationship Between Social Support, Health and Well-Being, Parenting and Child Behaviour Outcomes. <i>Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities</i> . 2008;21(4):320-330. doi:10.1111/j.1468-3148.2008.00447.x.
4	Bernard S. Parents with learning difficulties—the assessment of parenting ability. <i>Advances in Mental Health and Learning Difficulties</i> . — 2007. — Vol.1. — P.14–18. doi:10.1108/17530180200700026	Bernard S. Parents with learning disabilities - the assessment of parenting ability. <i>Advances in Mental Health and Learning Disabilities</i> . 2007; 1:14-18. doi:10.1108/17530180200700026.
5	Booth T, Booth W. <i>Parenting Under Pressure</i> . Buckingham [u.a.]: Open Univ. Press. — 1996.	Booth T, Booth W. <i>Parenting Under Pressure</i> . Buckingham [u.a.]: Open Univ. Press. — 1996.
6	Booth T, Booth W. <i>Growing up with Parents who have Learning Difficulties</i> . London: Routledge. — 1998. — 222p.	Booth T, Booth W. <i>Growing up with Parents who have Learning Difficulties</i> . London: Routledge. — 1998. — 222p.
7	Booth T, Booth W. Against the Odds: Growing Up With Parents Who Have Learning Difficulties. <i>Ment Retard</i> . 2000; 38:1-14. doi:10.1352/0047-6765(2000)038<0001:atoguw>2.0.co;2	Booth T, Booth W. Against the Odds: Growing Up With Parents Who Have Learning Difficulties. <i>Ment Retard</i> . 2000; 38:1-14. doi:10.1352/0047-6765(2000)038<0001:atoguw>2.0.co;2.
8	Booth T, Booth W, McConnell D. (2005). Care proceedings and parents with learning difficulties: Comparative prevalence and outcomes in an English and Australian court sample. <i>Child and Family Social Work</i> . — 2005. — Vol.10. — P.353–360.	Booth T, Booth W, McConnell D. (2005). Care proceedings and parents with learning difficulties: Comparative prevalence and outcomes in an English and Australian court sample. <i>Child and Family Social Work</i> . 2005; 10:353–360.
9	Brandon M, Bailey S, Belderson P, Larsson B. The Role of Neglect in Child Fatality and Serious Injury. <i>Child Abuse Review</i> . 2014; 23:235-245. doi:10.1002/car.2320.	Brandon M, Bailey S, Belderson P, Larsson B. The Role of Neglect in Child Fatality and Serious Injury. <i>Child Abuse Review</i> . 2014; 23:235-245. doi:10.1002/car.2320.
10	Cleaver H., Nicholson D. <i>Parental learning disability and children's needs: Family experiences and effect practice</i> . London: Jessica Kingsley Publishers. — 2007.	Cleaver H., Nicholson D. <i>Parental learning disability and children's needs: Family experiences and effect practice</i> . London: Jessica Kingsley Publishers. — 2007.
11	Costello H, Bouras N. Assessment of mental health problems in people with intellectual disabilities. <i>Israel Journal of Psychiatry Related Sciences</i> . 2006; 43(4): 241–251.	Costello H, Bouras N. Assessment of mental health problems in people with intellectual disabilities. <i>Israel Journal of Psychiatry Related Sciences</i> . 2006; 43(4): 241–251.

12	<i>Framework for the Assessment of Children in Need and their Families / Department of Health and Department for Education and Employment. London, 2000. URL: <a href="http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/Framework%20for%20the%20assessment%20of%20children%20in%20need%20and%20their%20families.pdf">http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/Framework%20for%20the%20assessment%20of%20children%20in%20need%20and%20their%20families.pdf</a> (дата обращения: 17.08.2017).</i>	<i>Framework for the Assessment of Children in Need and their Families / Department of Health and Department for Education and Employment. London, 2000. URL: <a href="http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/Framework%20for%20the%20assessment%20of%20children%20in%20need%20and%20their%20families.pdf">http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/Framework%20for%20the%20assessment%20of%20children%20in%20need%20and%20their%20families.pdf</a> (Accessed: 17.08.2017).</i>
13	<i>Emerson E, Malam S, Davies I, Spencer K. Adults with learning difficulties in England 2003/4. 2005. <a href="http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110504140405/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_4120033">http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110504140405/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_4120033</a></i>	<i>Emerson E, Malam S, Davies I, Spencer K. Adults with learning difficulties in England 2003/4. 2005. <a href="http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110504140405/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_4120033">http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110504140405/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_4120033</a></i>
14	<i>Feldman M, Walton-Allen N. Effects of maternal mental retardation and poverty on intellectual, academic, and behavioural status of school-aged children. American Journal of Mental Retardation. 1997; 101(4):352-364. <a href="https://www.researchgate.net/publication/14192210_Effects_of_maternal_mental_retardation_and_poverty_on_intellectual_academic_and_behavioral_status_of_school-age_children">https://www.researchgate.net/publication/14192210_Effects_of_maternal_mental_retardation_and_poverty_on_intellectual_academic_and_behavioral_status_of_school-age_children</a></i>	<i>Feldman M, Walton-Allen N. Effects of maternal mental retardation and poverty on intellectual, academic, and behavioural status of school-aged children. American Journal of Mental Retardation. 1997; 101(4):352-364. <a href="https://www.researchgate.net/publication/14192210_Effects_of_maternal_mental_retardation_and_poverty_on_intellectual_academic_and_behavioral_status_of_school-age_children">https://www.researchgate.net/publication/14192210_Effects_of_maternal_mental_retardation_and_poverty_on_intellectual_academic_and_behavioral_status_of_school-age_children</a></i>
15	<i>Feldman M, Varghese J, Ramsay J, Rajska D. Relationships between Social Support, Stress and Mother-Child Interactions in Mothers with Intellectual Disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2002; 15(4):314-323. doi:10.1046/j.1468-3148.2002.00132.x.</i>	<i>Feldman M, Varghese J, Ramsay J, Rajska D. Relationships between Social Support, Stress and Mother-Child Interactions in Mothers with Intellectual Disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2002; 15(4):314-323. doi:10.1046/j.1468-3148.2002.00132.x.</i>
16	<i>Gillberg C, Geijer-Karlsson M. Children born to mentally retarded women: a 1-21 year follow-up study of 41 cases. Psychol Med. 1983; 13(04):891. doi:10.1017/s003329170005162x.</i>	<i>Gillberg C, Geijer-Karlsson M. Children born to mentally retarded women: a 1-21 year follow-up study of 41 cases. Psychol Med. 1983; 13(04):891. doi:10.1017/s003329170005162x.</i>
17	<i>Hayman R. Presumptions of Justice: Law, Politics, and the Mentally Retarded Parent. Harv Law Rev. 1990; 103(6):1201. doi:10.2307/1341412.</i>	<i>Hayman R. Presumptions of Justice: Law, Politics, and the Mentally Retarded Parent. Harv Law Rev. 1990; 103(6):1201. doi:10.2307/1341412.</i>
18	<i>Hill C, Rose J. Parenting stress in mothers of adults with an intellectual disability: parental cognitions in relation to child characteristics and family support. Journal of Intellectual Disability Research. 2009; 53(12):969-980. doi:10.1111/j.1365-2788.2009.01207.x.</i>	<i>Hill C, Rose J. Parenting stress in mothers of adults with an intellectual disability: parental cognitions in relation to child characteristics and family support. Journal of Intellectual Disability Research. 2009; 53(12):969-980. doi:10.1111/j.1365-2788.2009.01207.x.</i>
19	<i>Hindmarsh G, Llewellyn G, Emerson E. Mothers with intellectual impairment and their 9-month-old infants. Journal of Intellectual Disability Research. 2014; 59(6):541-550. doi:10.1111/jir.12159.</i>	<i>Hindmarsh G, Llewellyn G, Emerson E. Mothers with intellectual impairment and their 9-month-old infants. Journal of Intellectual Disability Research. 2014; 59(6):541-550. doi:10.1111/jir.12159.</i>
20	<i>Höglund B, Lindgren P, Larsson M. Pregnancy and birth outcomes of women with intellectual disability in Sweden: a national register study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2012; 91(12):1381-1387. doi:10.1111/j.1600-0412.2012.01509.x.</i>	<i>Höglund B, Lindgren P, Larsson M. Pregnancy and birth outcomes of women with intellectual disability in Sweden: a national register study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2012; 91(12):1381-1387. doi:10.1111/j.1600-0412.2012.01509.x.</i>

21	Hudson C, Chan J. <i>Individuals with intellectual disability and mental illness: a literature review. Australian Journal of Social Issues.</i> 2002; 37(1):31-49. doi:10.1002/j.1839-4655.2002.tb01109.x.	Hudson C, Chan J. <i>Individuals with intellectual disability and mental illness: a literature review. Australian Journal of Social Issues.</i> 2002; 37(1):31-49. doi:10.1002/j.1839-4655.2002.tb01109.x.
22	Irenyi M, Bromfield L, Beyer L, Higgins D. (2006). <i>Child maltreatment in organisations: Risk factors and strategies for prevention (Child Abuse Prevention Issues No. 25).</i> Retrieved 6 October 2009, from < <a href="http://www.aifs.gov.au/nch/pubs/issues/issues25/issues25.html">http://www.aifs.gov.au/nch/pubs/issues/issues25/issues25.html</a> >	Irenyi M, Bromfield L, Beyer L, Higgins D. (2006). <i>Child maltreatment in organisations: Risk factors and strategies for prevention (Child Abuse Prevention Issues No. 25).</i> Retrieved 6 October 2009, from < <a href="http://www.aifs.gov.au/nch/pubs/issues/issues25/issues25.html">http://www.aifs.gov.au/nch/pubs/issues/issues25/issues25.html</a> >
23	Jones N. <i>Good Enough Parents? Exploring Attitudes of Family Centre Workers Supporting and Assessing Parents with Learning Difficulties. Practice.</i> 2013; 25(3):169-190. doi:10.1080/09503153.2013.810714	Jones N. <i>Good Enough Parents? Exploring Attitudes of Family Centre Workers Supporting and Assessing Parents with Learning Difficulties. Practice.</i> 2013; 25(3):169-190. doi:10.1080/09503153.2013.810714
24	Kemshall H, Wilkinson B. <i>Good Practice In Assessing Risk.</i> London: Jessica Kingsley Publishers. — 2011. — 224p.	Kemshall H, Wilkinson B. <i>Good Practice In Assessing Risk.</i> London: Jessica Kingsley Publishers. — 2011. — 224p.
25	Kotch J, Browne D, Dufort V, Winsor J, Catellier D. <i>Predicting child maltreatment in the first 4 years of life from characteristics assessed in the neonatal period. Child Abuse Negl.</i> 1999; 23:305-319. doi:10.1016/s0145-2134(99)00003-4.	Kotch J, Browne D, Dufort V, Winsor J, Catellier D. <i>Predicting child maltreatment in the first 4 years of life from characteristics assessed in the neonatal period. Child Abuse Negl.</i> 1999; 23:305-319. doi:10.1016/s0145-2134(99)00003-4.
26	Lightfoot E, DeZelar S. <i>The experiences and outcomes of children in foster care who were removed because of a parental disability. Children and Youth Services Review,</i> 2016; 62:22-28. DOI: 10.1016/j.childyouth.2015.11.029	Lightfoot E, DeZelar S. <i>The experiences and outcomes of children in foster care who were removed because of a parental disability. Children and Youth Services Review,</i> 2016; 62:22-28. DOI: 10.1016/j.childyouth.2015.11.029
27	Llewellyn G, McConnell D, Mayes R. <i>Health of mothers with intellectual limitations. Aust N Z J Public Health.</i> 2003; 27(1):17-19. doi:10.1111/j.1467-842x.2003.tb00374.x.	Llewellyn G, McConnell D, Mayes R. <i>Health of mothers with intellectual limitations. Aust N Z J Public Health.</i> 2003; 27(1):17-19. doi:10.1111/j.1467-842x.2003.tb00374.x.
28	Llewellyn G, Traustadóttir R, McConnell D, Sigurjónsdóttir B. <i>Parents With Intellectual Disabilities. Past, Present And Futures.</i> Wiley, London. — 2010. — Str.290 (ISBN 978-0-470-77294-2).	Llewellyn G, Traustadóttir R, McConnell D, Sigurjónsdóttir B. <i>Parents With Intellectual Disabilities. Past, Present And Futures.</i> Wiley, London. — 2010. — Str.290 (ISBN 978-0-470-77294-2).
29	Mash E, Wolfe D. <i>Methodological Issues in Research on Physical Child Abuse. Crim Justice Behav.</i> 1991; 18(1):8-29. doi:10.1177/0093854891018001003.	Mash E, Wolfe D. <i>Methodological Issues in Research on Physical Child Abuse. Crim Justice Behav.</i> 1991; 18(1):8-29. doi:10.1177/0093854891018001003.
30	Mayes R, Llewellyn G, McConnell D. <i>Active Negotiation: Mothers with Intellectual Disabilities Creating Their Social Support Networks. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.</i> 2008; 21(4):341-350. doi:10.1111/j.1468-3148.2008.00448.x.	Mayes R, Llewellyn G, McConnell D. <i>Active Negotiation: Mothers with Intellectual Disabilities Creating Their Social Support Networks. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.</i> 2008; 21(4):341-350. doi:10.1111/j.1468-3148.2008.00448.x.
31	McConnell D, Llewellyn G. <i>Stereotypes, parents with intellectual disability and child protection. Journal of Social Welfare and Family Law.</i> 2002; 24(3):297-317. doi:10.1080/09649060210161294.	McConnell D, Llewellyn G. <i>Stereotypes, parents with intellectual disability and child protection. Journal of Social Welfare and Family Law.</i> 2002; 24(3):297-317. doi:10.1080/09649060210161294.
32	McConnell D, Llewellyn G, Mayes R, Russo D, Honey A. <i>Developmental profiles of children born to mothers with intellectual disability. J Intellect Dev Disabil.</i> 2003; 28(2):122-134. doi:10.1080/1366825031000147067.	McConnell D, Llewellyn G, Mayes R, Russo D, Honey A. <i>Developmental profiles of children born to mothers with intellectual disability. J Intellect Dev Disabil.</i> 2003; 28(2):122-134. doi:10.1080/1366825031000147067.

33	McConnell D, Matthews J, Llewellyn G, Mildon R, Hindmarsh G. "Healthy Start." A National Strategy for Parents With Intellectual Disabilities and Their Children. <i>J Policy Pract Intellect Disabil.</i> 2008; 5(3):194-202. doi:10.1111/j.1741-1130.2008.00173.x.	McConnell D, Matthews J, Llewellyn G, Mildon R, Hindmarsh G. "Healthy Start." A National Strategy for Parents With Intellectual Disabilities and Their Children. <i>J Policy Pract Intellect Disabil.</i> 2008; 5(3):194-202. doi:10.1111/j.1741-1130.2008.00173.x.
34	McConnell D, Mayes R, Llewellyn G. Women with intellectual disability at risk of adverse pregnancy and birth outcomes. <i>Journal of Intellectual Disability Research.</i> 2008; 52(6):529-535. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01061.x.	McConnell D, Mayes R, Llewellyn G. Women with intellectual disability at risk of adverse pregnancy and birth outcomes. <i>Journal of Intellectual Disability Research.</i> 2008; 52(6):529-535. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01061.x.
35	McConnell D, Feldman M, Aunos M et al. Ameliorating Psychosocial Risk Among Mothers with Intellectual Impairment. <i>Community Ment Health J.</i> 2015; 52:944-953. doi:10.1007/s10597-015-9979-9.	McConnell D, Feldman M, Aunos M et al. Ameliorating Psychosocial Risk Among Mothers with Intellectual Impairment. <i>Community Ment Health J.</i> 2015; 52(8):944-953. doi:10.1007/s10597-015-9979-9.
36	McConnell D, Feldman M, Aunos M. Parents and parenting with intellectual disabilities: An expanding field of research. <i>Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.</i> 2017; 30(3):419-422. doi:10.1111/jar.12362.	McConnell D, Feldman M, Aunos M. Parents and parenting with intellectual disabilities: An expanding field of research. <i>Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.</i> 2017; 30(3):419-422. doi:10.1111/jar.12362.
37	McGaw S, Newman T. <i>What works for parents with learning difficulties (2nd ed.)</i> . Ilford: Barnardo's. — 2005.	McGaw S, Newman T. <i>What works for parents with learning difficulties (2nd ed.)</i> . Ilford: Barnardo's. — 2005.
38	McGaw S, Shaw T, Beckley K. Prevalence of Psychopathology Across a Service Population of Parents With Intellectual Disabilities and Their Children. <i>J Policy Pract Intellect Disabil.</i> 2007; 4(1):11-22. doi:10.1111/j.1741-1130.2006.00093.x.	McGaw S, Shaw T, Beckley K. Prevalence of Psychopathology Across a Service Population of Parents With Intellectual Disabilities and Their Children. <i>J Policy Pract Intellect Disabil.</i> 2007; 4(1):11-22. doi:10.1111/j.1741-1130.2006.00093.x.
39	Mildon R, Matthews J, Gavidia-Payne S. <i>Understanding And Supporting Parents With Learning Difficulties</i> . Melbourne: Victorian Parenting Centre. — 2003.	Mildon R, Matthews J, Gavidia-Payne S. <i>Understanding And Supporting Parents With Learning Difficulties</i> . Melbourne: Victorian Parenting Centre. — 2003.
40	<i>Number and Characteristics of Parents with Disabilities Who Have Children Under 18</i> <a href="https://www.lookingglass.org/national-services/research-a-development/126-current-demographics-of-parents-with-disabilities-in-the-us">https://www.lookingglass.org/national-services/research-a-development/126-current-demographics-of-parents-with-disabilities-in-the-us</a>	<i>Number and Characteristics of Parents with Disabilities Who Have Children Under 18</i> <a href="https://www.lookingglass.org/national-services/research-a-development/126-current-demographics-of-parents-with-disabilities-in-the-us">https://www.lookingglass.org/national-services/research-a-development/126-current-demographics-of-parents-with-disabilities-in-the-us</a>
41	Parents labelled with Intellectual Disability: Position of the IASSID SIRG on Parents and Parenting with Intellectual Disabilities. <i>Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.</i> 2008; 21(4):296-307. doi:10.1111/j.1468-3148.2008.00435.x.	Parents labelled with Intellectual Disability: Position of the IASSID SIRG on Parents and Parenting with Intellectual Disabilities. <i>Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.</i> 2008; 21(4):296-307. doi:10.1111/j.1468-3148.2008.00435.x.
42	Parents with disabilities. <i>Child Family Community Australia.</i> 2018. Available at: <a href="https://aifs.gov.au/cfca/bibliography/parents-disabilities">https://aifs.gov.au/cfca/bibliography/parents-disabilities</a> . Accessed July 3, 2018.	Parents with disabilities. <i>Child Family Community Australia.</i> 2018. Available at: <a href="https://aifs.gov.au/cfca/bibliography/parents-disabilities">https://aifs.gov.au/cfca/bibliography/parents-disabilities</a> . Accessed July 3, 2018.
43	Pixa-Kettner U. Parenting with Intellectual Disability in Germany: Results of a New Nationwide Study. <i>Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.</i> 2008; 21(4):315-319. doi:10.1111/j.1468-3148.2008.00446.x.	Pixa-Kettner U. Parenting with Intellectual Disability in Germany: Results of a New Nationwide Study. <i>Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.</i> 2008; 21(4):315-319. doi:10.1111/j.1468-3148.2008.00446.x.
44	Powell J, Wahidin A. <i>Risk And Social Welfare</i> . New York: Nova Science Publishers. — 2009.	Powell J, Wahidin A. <i>Risk And Social Welfare</i> . New York: Nova Science Publishers. — 2009.

45	Powell R. <i>Safeguarding the Rights of Parents With Intellectual Disabilities in Child Welfare Cases: The Convergence of Social Science and Law</i> , 20 CUNY L. — 2016. — Rev.127. Available at: <a href="http://academicworks.cuny.edu/clr/vol20/iss1/5">http://academicworks.cuny.edu/clr/vol20/iss1/5</a>	Powell R. <i>Safeguarding the Rights of Parents With Intellectual Disabilities in Child Welfare Cases: The Convergence of Social Science and Law</i> , 20 CUNY L. Rev. 127. 2016. Available at: <a href="http://academicworks.cuny.edu/clr/vol20/iss1/5">http://academicworks.cuny.edu/clr/vol20/iss1/5</a>
46	Randolph R. <i>Parents with Mental Retardation and their Children</i> . 2003. <a href="http://www.hunter.cuny.edu/socwork/nrcfcpp/downloads/parents-with-mental-retardation-and-their-children.pdf">http://www.hunter.cuny.edu/socwork/nrcfcpp/downloads/parents-with-mental-retardation-and-their-children.pdf</a>	Randolph R. <i>Parents with Mental Retardation and their Children</i> . 2003. <a href="http://www.hunter.cuny.edu/socwork/nrcfcpp/downloads/parents-with-mental-retardation-and-their-children.pdf">http://www.hunter.cuny.edu/socwork/nrcfcpp/downloads/parents-with-mental-retardation-and-their-children.pdf</a>
47	Reed E, Reed S. <i>Mental Retardation, A Family Study Philadelphia: Saunders.</i> — 1965.	Reed E, Reed S. <i>Mental Retardation, A Family Study Philadelphia: Saunders.</i> — 1965.
48	Tarleton B, Ward L, Howarth J. <i>Find the right support? A review of issues and positive practice in supporting parents with learning difficulties and their children</i> . 2006. London: the Baring Foundation. <a href="https://baringfoundation.org.uk/wp-content/uploads/2014/10/Findingsrightsupport.pdf">https://baringfoundation.org.uk/wp-content/uploads/2014/10/Findingsrightsupport.pdf</a>	Tarleton B, Ward L, Howarth J. <i>Find the right support? A review of issues and positive practice in supporting parents with learning difficulties and their children</i> . 2006. London: the Baring Foundation. <a href="https://baringfoundation.org.uk/wp-content/uploads/2014/10/Findingsrightsupport.pdf">https://baringfoundation.org.uk/wp-content/uploads/2014/10/Findingsrightsupport.pdf</a>
49	Taylor C, Norman D, Murphy J et al. <i>Diagnosed intellectual and emotional impairment among parents who seriously mistreat their children: Prevalence, type, and outcome in a court sample</i> . <i>Child Abuse Negl.</i> 1991; 15(4):389-401. doi:10.1016/0145-2134(91)90023-7.	Taylor C, Norman D, Murphy J et al. <i>Diagnosed intellectual and emotional impairment among parents who seriously mistreat their children: Prevalence, type, and outcome in a court sample</i> . <i>Child Abuse Negl.</i> 1991; 15(4):389-401. doi:10.1016/0145-2134(91)90023-7.
50	Tymchuk A, Andron L, Unger O. <i>Parents with mental handicaps and adequate child care — a review</i> . <i>Journal of the British Institute of Mental Handicap (APEX)</i> . 2009; 15(2):49-54. doi:10.1111/j.1468-3156.1987.tb00393.x.	Tymchuk A, Andron L, Unger O. <i>Parents with mental handicaps and adequate child care — a review</i> . <i>Journal of the British Institute of Mental Handicap (APEX)</i> . 2009; 15(2):49-54. doi:10.1111/j.1468-3156.1987.tb00393.x.
51	Tymchuk A, Feldman M. <i>Parents with mental retardation and their children: Review of research relevant to professional practice</i> . <i>Canadian Psychology/Psychologie canadienne</i> . 1991; 32:486-496. <a href="http://dx.doi.org/10.1037/h0079023">http://dx.doi.org/10.1037/h0079023</a>	Tymchuk A, Feldman M. <i>Parents with mental retardation and their children: Review of research relevant to professional practice</i> . <i>Canadian Psychology/Psychologie canadienne</i> . 1991; 32:486-496. <a href="http://dx.doi.org/10.1037/h0079023">http://dx.doi.org/10.1037/h0079023</a>
52	Tymchuk A, Andron L, Unger O. <i>Parents with mental handicaps and adequate child care — a review</i> . <i>Journal of the British Institute of Mental Handicap (APEX)</i> . 2009; 15(2):49-54. doi:10.1111/j.1468-3156.1987.tb00393.x.	Tymchuk A, Andron L, Unger O. <i>Parents with mental handicaps and adequate child care — a review</i> . <i>Journal of the British Institute of Mental Handicap (APEX)</i> . 2009; 15(2):49-54. doi:10.1111/j.1468-3156.1987.tb00393.x.
53	White A and NSW Centre for Parenting and Research. and New South Wales. Department of Community Services. <i>Assessment of parenting capacity [electronic resource] : literature review.</i> — 2005. <a href="http://nla.gov.au/nla.arc-58139">http://nla.gov.au/nla.arc-58139</a>	White A and NSW Centre for Parenting and Research. and New South Wales. Department of Community Services. <i>Assessment of parenting capacity [electronic resource] : literature review / Angela White NSW Centre for Parenting &amp; Research, Dept of Community Services Ashfield, N.S.W 2005</i> < <a href="http://nla.gov.au/nla.arc-58139">http://nla.gov.au/nla.arc-58139</a> >
54	Watson J. and NSW Centre for Parenting and Research. and New South Wales. Department of Community Services. <i>Child neglect [electronic resource]</i> <a href="http://www.community.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/321636/research_child_neglect.pdf">http://www.community.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/321636/research_child_neglect.pdf</a>	Watson J. and NSW Centre for Parenting and Research. and New South Wales. Department of Community Services. <a href="http://www.community.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/321636/research_child_neglect.pdf">http://www.community.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/321636/research_child_neglect.pdf</a>
55	Williams A, Cowling V. <i>Infants Of Parents With Mental Illness.</i> — Bowen Hills, Qld.: Australian Academic Press. — 2008.	Williams A, Cowling V. <i>Infants Of Parents With Mental Illness.</i> — Bowen Hills, Qld.: Australian Academic Press. — 2008.

56	<i>Wilson C, Brewer N. The Incidence of Criminal Victimization of Individuals With an Intellectual Disability. Aust Psychol. 1992; 27(2):114-117. doi:10.1080/00050069208257591.</i>	<i>Wilson C, Brewer N. The Incidence of Criminal Victimization of Individuals With an Intellectual Disability. Aust Psychol. 1992; 27(2):114-117. doi:10.1080/00050069208257591.</i>
----	--	--

**Сведения об авторах**

**Русаковская Ольга Алексеевна** — канд. мед. наук, старший научный сотрудник Отдела судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» МЗ РФ; доцент кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет». E-mail: oarus@mail.ru

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

**Голубев Сергей Александрович** — канд. мед. наук, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева» ДЗ Москвы. E-mail: color1982@bk.ru

**Дрыкина Людмила Леонидовна** — заведующая филиалом ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева» ДЗ Москвы «Психоневрологический диспансер №1». E-mail: ldrykina@mail.ru

**Галкина Александра Олеговна** — врач-психиатр филиала ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева» ДЗ Москвы «Психоневрологический диспансер №1». E-mail: saga1992@rambler.ru

DOI : 10.31363/2313-7053-2019-1-26-33

## Роль саморегуляции поведения как аспекта адапционно-компенсаторных механизмов у больных параноидной шизофренией

### Сообщение 1

Кудряшова В.Ю., Лутова Н.Б.

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

**Резюме.** В статье представлены современные данные об адапционно-компенсаторных механизмах психики у больных шизофренией в разрезе саморегуляции поведения, а также рассмотрены такие психологические характеристики, как уровень интернальности и смысловые ориентации. Обследовано 30 больных параноидной шизофренией и проведено их сравнение с группой условно здоровых испытуемых (N=30). Выделены нарушения и особенности адапционно-компенсаторных механизмов психики у больных шизофренией, что уточняет нарушения их адаптации.

**Ключевые слова:** саморегуляция поведения, уровень интернальности, смысловые ориентации, параноидная шизофрения, адапционно-компенсаторные механизмы психики.

## The role of self-regulation of behavior as an aspect of adaptation-compensatory mechanisms in patients with paranoid schizophrenia

Kudryashova V.Y., Lutova N.B.

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

**Summary.** The article presents current data about mentality adaptive-compensatory mechanisms of schizophrenic patients in the context of behavioral self-regulation. Furthermore, such psychological characteristics as the level of internality and life orientation are observed. The study involved 30 patients with paranoid schizophrenia and comparison group of healthy subjects (N=30). The violations and specific features of mentality adaptive-compensatory mechanisms which clarifies disturbance of their adaptation in schizophrenic patients were distinguished.

**Key words:** self-regulation of behavior, level of internality, meaningful orientations, paranoid schizophrenia, adaptive-compensatory mechanisms of the psyche.

Психическое заболевание, возникающее, как правило, в трудоспособном возрасте, его хроническое течение, частая ранняя инвалидизация пациентов — значимая социальная проблема, создающая необходимость постоянного поиска, в том числе, нелекарственных способов воздействия с целью максимально возможного повышения адаптационных возможностей больных. Современной наукой накоплен внушительный объем знаний о психологических нарушениях лиц, страдающих расстройствами шизофренического спектра. Однако, важной задачей представляется дальнейшее изучение особенностей адапционно-компенсаторных механизмов психики (АКМ) данного контингента больных [12, 14, 18], поскольку понимание их нарушений необходимо учитывать в групповой [2] и индивидуальной работе с больными с целью улучшения их социального функционирования. Несомненно, что одним из адапционно-компенсаторных механизмов является саморегуляция поведения человека.

Понятие саморегуляции поведения неоднозначно в предмете, структуре и механизмах осуществления [17]. Ее можно рассматривать как сознательный, творческий механизм управления мотивационно-потребностной сферой, поведени-

ем, постановкой и достижением целей [4] и организацией активности [1, 17, 31]. Процесс саморегуляции требует от индивида включения, как минимум, четырех психологических компонентов:

1) осознания своего поведения и способности соотносить его с социальными нормами, что предопределяется способностью оценивать, насколько поведение соответствует внутренним ценностям и групповым стандартам. Однако слишком сильно выраженная склонность к самосознанию и самопознанию может свидетельствовать о наличии психических нарушений. В частности, установлено, что у больных депрессией тенденция к сосредоточению на себе, приписывание себе отрицательных качеств подкрепляют сниженный эмоциональный фон [36, 38], а у больных шизофренией обнаруживаются нарушения «чувства себя» и трудности самоанализа, что может приводить к анозогнозии [22], неспособности дифференцировать внешние стимулы от внутренних, что, предположительно, отвечает за сообщения о сенсорных нарушениях и слуховых галлюцинациях [25, 38];

2) ментализации [35], т.е. распознавания реакции других на свое поведение, возможности спрогнозировать реакцию окружающих;

3) стратегии обнаружения статуса включения в ту или иную значимую группу или ситуацию [33]

и способность опознать какую-либо угрозу этому, что обусловлено фундаментальной человеческой потребностью в принадлежности к группе. Исследования показали, что поведение людей, которых сильно волнует оценка окружающих, больше соответствует социальным нормам, а их коммуникативные навыки развиты лучше [27];

4) наличия механизма, регулирующего несоответствия между собственными ожиданиями и реальным положением дел, и формирующего поведение для разрешения сложившегося противоречия [38].

Считается, что саморегуляция включает в себя критический баланс стремления удовлетворить актуальную потребность и способности контролировать свои мысли, поведение, эмоции и желания, а возникающие неудачи саморегуляции, приводят к социальным трудностям [38, 39], проблемам со здоровьем и сложностям в межличностных отношениях. Таким образом, те, кто лучше способен самостоятельно регулировать свое поведение, демонстрируют лучшее психическое здоровье [26].

Известно, что для гармоничных социальных отношений важны запреты [38], что, в ряде случаев входит в противоречие с индивидуальными потребностями. Для достижения тех или иных личных целей индивида возможны различные инициирования усилий саморегуляции [37], направленные, например, на достижение желаемых результатов и предотвращение нежелательных. В первом случае особое внимание уделяется потенциальному выигрышу, чувству удовлетворения и успеха в достижении поставленной цели, а во втором — стремлению избежать потерь, опасности, исполнению своего долга в определенной ситуации [30]. Несомненно, это имеет важность в вопросах здоровья [38]. Предполагается, что ведущий стиль саморегуляции в повседневной жизни является предпочтительным способом контроля импульсов [31]. В проведенном лонгитюдном исследовании [34] выявлено, что люди, в детстве менее терпеливые и более импульсивные в удовлетворении какой-либо потребности, в катмнезе через 40 лет оказывались менее успешными и имели больше проблем со здоровьем, чем их сверстники, отличающиеся способностью сдерживать свои желания и/или придавать им иную направленность, т.е. с более высокой способностью к саморегуляции поведения [24].

В выборе способов саморегуляции индивида возможна как вариативность, так и стремление придерживаться одной излюбленной стратегии, что снижает гибкость и адаптивность поведения [1]. Причины различий в способности к саморегуляции до сих пор неясны — они связываются и с морфологическими особенностями головного мозга [38, 39], и с личностными характеристиками [6, 7]. Показано, что отрицательный эмоциональный фон, социальное неблагополучие, обусловленное болезнью или внешними обстоятельствами, делает человека более импульсивным и снижает способность к саморегуля-

ции, повышая чувствительность к сиюминутным удовольствиям, реализации мелких целей и несущественных потребностей, перед осуществлением глобальных жизненных проектов, требующих большей концентрации, но и дающих в результате большее удовлетворение [23, 28, 39]. Снижение способности к саморегуляции так же возможно на фоне астении, что, в свою очередь, влияет на мотивационные процессы [32]. Таким образом, в ряде ситуаций предпринимаемые индивидом попытки саморегуляции поведения могут временно истощить личностные ресурсы, необходимые для дополнительных усилий по поддержанию достойного уровня саморегуляции [29]. Это во многом перекликается с мотивационными нарушениями при процессуальных расстройствах. Управление поведением, по мере развития заболевания, начинает вызывать определенные сложности. Это может сопровождаться страхом и растерянностью, усугубляющимися и без того непростую ситуацию. Сильной и здоровой личности не свойственно чувство беспомощности, внутренней пустоты и сложности с целеполаганием. Для больного шизофренией, у которого наблюдается выраженная слабость Я [5], характерно субъективное ощущение собственной хрупкости, тревога, нарушение познавательной деятельности, переживание постоянного одиночества, при этом, одиночество здесь в меньшей степени является «боязнью социальной неудачи» [15], а, скорее, вытекает из неспособности использовать ресурсы общества и строить полноценные контакты с другими людьми.

В холистической концепции, разделяемой авторами данного исследования, высшей формой органической целостности является человеческая личность [9] с ее адаптационно-компенсаторными и психологическими характеристиками. Процессы адаптации и компенсации — сущность приспособительного поведения, и относятся как к нормальным, так и к патологическим явлениям [10]. Адаптацию подразделяют на прогрессивную, приводящую к благополучному достижению единства целей индивида и его окружения, и регрессивную, характеризующуюся формальностью, внешней конформностью, слабым использованием личностных ресурсов и отсутствием стремления к истинной гармонии с собой и с миром [19]. В свою очередь, компенсация обычно проявляется как прикладывание индивидом дополнительных усилий [9] для достижения максимально возможной адаптации.

Наличие тяжелого заболевания как в силу общего истощения, повышенного уровня стресса и депрессивных переживаний, так и в силу специфики болезни [21] ослабляет адаптационно-компенсаторные механизмы индивида, что проявляется и в снижении способности к саморегуляции поведения [23, 28, 31, 32, 39].

**Цель работы** — исследование саморегуляции поведения как аспекта адаптационно-компенсаторных механизмов, а также ряда других психологических характеристик у больных па-

раноидной шизофренией в сравнении с лицами, не страдающими психическими расстройствами.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании приняли участие 30 пациентов, прошедшие лечение в отделении биологической терапии психически больных НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева (группа 1). Согласно диагностическим критериям МКБ-10 обследованные соответствовали критериям рубрики F20.0 — параноидная шизофрения. Среди них: 15 мужчин (50%) и 15 женщин (50%). Средний возраст:  $29,5 \pm 1,25$  лет. Средняя длительность заболевания:  $7,73 \pm 1,04$  лет; среднее количество обострений:  $3,63 \pm 0,82$ ; среднее число госпитализаций:  $3,03 \pm 0,29$ . Высшее образование имеют 47%, незаконченное высшее — 40%, средне-специальное — 13%. Трудоустроены в соответствии с полученным образованием 30%, со снижением квалификации — 13%, не работают — 57%. Инвалидность оформлена у 13% от общего количества больных. В браке состоят — 13%, дети есть у 20% обследованных. Все больные получали сочетанную антипсихотическую терапию, преимущественно, атипичными нейролептиками и нормотимиками (26,7%), типичными нейролептиками и нормотимиками (10%), так же монотерапию типичными (16,7%) и атипичными (10%) антипсихотиками. Остальные классы препаратов и их сочетания занимают примерно равные и несущественно малые доли.

**Критерии включения:** 1) больные параноидной шизофренией в возрасте от 18 до 55 лет, перенесшие не более пяти приступов заболевания (при приступообразном типе течения) на этапе становления ремиссии; 2) условно здоровые испытуемые в возрасте от 18 до 55 лет; 3) согласие на участие в исследовании, с подписанием письменного информированного согласия.

**Критерии не включения:** 1) наличие грубых когнитивных нарушений (для всех групп испытуемых); 2) возраст моложе 18 и старше 55 лет; 3) выраженность продуктивной психопатологической симптоматики, определяющей поведение больного шизофренией; 4) выраженный апато-абулический дефект (для больных шизофренией); 5) отказ от участия в исследовании.

В группу сравнения включены 30 условно здоровых человек (группа 2). Из них — 13 мужчин (43%) и 17 женщин (57%); средний возраст  $29,9 \pm 0,99$  лет. Все обследованные трудоустроены в соответствии с имеющимся высшим образованием, 43% имеют семью, у 30% есть дети.

Использовались клиничко-психопатологический, клиничко-психологический методы и экспериментально-психологические методики: опросник «Стиль саморегуляции поведения» [15]; тест смысловых ориентаций [13]; опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) [16].

Данное исследование одобрено независимым этическим комитетом при НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева.

Обработка данных проводилась с помощью SPSS 17.0. Проверка показала, что распределение

всех изучаемых признаков не является нормальным, поэтому использовались следующие критерии: для сравнения средних — U Манна-Уитни, T Стьюдента.

### Результаты исследования

При изучении уровня саморегуляции поведения отмечены следующие особенности в обследованных группах, представленные в табл.1.

Как видно из таблицы, показатели по шкалам «моделирование», «оценивание результатов», «гибкость» и «общий уровень саморегуляции поведения» у здоровых испытуемых оказались достоверно выше по сравнению с группой больных параноидной шизофренией. По показателям шкал «планирования», «программирования» и «самостоятельности» между группами достоверных различий не выявлено.

При исследовании уровня субъективного контроля (УСК) в обследованных группах выявлены следующие особенности, представленные в табл.2.

Как видно из таблицы, общий показатель опросника УСК у здоровых испытуемых оказался достоверно выше, чем у пациентов с параноидной шизофренией.

При изучении смысловых ориентаций у больных параноидной шизофренией и здоровых обследуемых получены результаты, представленные в табл.3.

Из данных, представленных в таблице 3, видно, что в группе пациентов с параноидной шизофренией показатели по всем шкалам теста смысловых ориентаций достоверно ниже, чем у условно здоровых испытуемых.

**Обсуждение и выводы.** Полученные данные, отражающие показатели саморегуляции поведения, продемонстрировали, что больные, страдающие параноидной шизофренией, не отличаются от условно здоровых испытуемых в способности к построению планов и продумыванию способов своих действий для достижения намеченных целей, а так же в автономности в организации активности по их претворению в жизнь. Это можно объяснить тем, что больные процессуальным расстройством, как правило, погружены в свои переживания и аутистический мир, субъективно оценивая это как самостоятельность в принятии решений и их реализации. В то же время для них характерно снижение способности моделирования и эмоционального контроля, оценивания результатов своей деятельности и гибкости, что отражает нарушения адекватности оценки внутренних условий и внешних обстоятельств, приводящее к неустойчивости отношения к ситуации, ослаблению способности к мысленному моделированию своего поведения и реакции окружающих на него, продумыванию и предвидению последовательности своих действий и возможной излишней импульсивности. На этом фоне снижаются способность объективно оценивать результаты своей деятельности, а также возможность гибко приспосабливаться к постоянно меняю-

Шкала	Средний ранг в группе 1, (N=30)	Средний ранг в группе 2, (N=30)	Уровень значимости различий, p
Планирование	28,37	32,63	p>0,05
<b>Моделирование</b>	<b>24,68</b>	<b>36,32</b>	<b>p&lt;0,05</b>
Программирование	26,57	34,43	p>0,05
<b>Оценивание результатов</b>	<b>22,95</b>	<b>38,05</b>	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Гибкость</b>	<b>24,50</b>	<b>36,05</b>	<b>p&lt;0,05</b>
Самостоятельность	32,02	28,98	p>0,05
<b>Общий уровень саморегуляции поведения</b>	<b>23,17</b>	<b>37,83</b>	<b>p&lt;0,001</b>

*Значимые результаты (p<0,05) выделены жирным шрифтом.*

Шкала	Средний ранг в группе 1, (N=30)	Средний ранг в группе 2, (N=30)	Уровень значимости различий, p
Общий уровень интернальности	25,22	35,78	p<0,017

Шкала	Среднее группа 1, (M+O) (N=30)	Среднее группа 2, (M+O) (N=30)	Уровень значимости различий, p
Цели	24,97+7,82	34,30+4,22	p<0,001
Процесс	21,99+1,52	30,53+0,91	p<0,001
Результат	20,87+5,99	26,50+4,11	p<0,001
Локус-контроля Я	16,07+4,03	22,50+2,49	p<0,001
Локус-контроля Жизнь	23,73+0,96	31,63+0,81	p<0,001
Общий показатель (ОЖ)	80,27+19,46	106,83+11,29	p<0,001

щимся условиям внешней среды, что приводит к снижению общего уровня саморегуляции поведения. Полученные нами результаты согласуются с литературными данными, что саморегуляция в повседневной жизни является одним из ведущих способов контроля импульсов [31] и что длительная болезнь, астенизация и неуспешные попытки саморегуляции, предпринимаемые индивидом, истощают его личностные ресурсы [23, 28, 29], и подтверждают выводы Т.Ф. Heatherton (2011), что у пациентов с параноидной шизофренией страдает механизм, регулирующий соответствие между ожидаемыми результатами и реальностью, необходимый для урегулирования противоречий, неизбежно возникающих как в сфере внутренних переживаний, так и в контактах с внешней средой [38].

Наряду с саморегуляцией поведения важной особенностью в повышении социального функционирования являются смысложизненные ориен-

тации. Полученные нами данные выявляют значимые отличия показателей осмысленности жизни от здоровых испытуемых, заключающиеся в том, что у больных шизофренией менее выражены цели на будущее, придающие жизни осмысленность, направленность и временную перспективу, а также общий показатель. Эти находки согласуются с данными современных исследований, где отмечается, что для больных шизофренией характерен средний уровень осмысленности жизни как по общему показателю, так и по остальным субшкалам [3, 11]. Подтверждены данные [39], что для этой группы больных характерны фатализм, убеждение, что жизнь неподвластна сознательному контролю, а свобода выбора — иллюзия, бессмысленно что-либо загадывать на будущее, что способно приводить к снижению АКМ. Отличие наших данных от других авторов заключается в большем нарушении показателей субшкалы «процесс жизни», означающую неудовлетворенность жизнью в

текущий момент, отсутствия стабильного ощущения, что жизнь — интересный, эмоционально насыщенный процесс, наполненный смыслом. Вероятно, это связано с тем, что пациенты на момент обследования находились в стационаре после перенесенного обострения, что могло подрывать ощущение осмысленности по этому параметру.

В исследованиях уровня субъективного контроля у пациентов шизофренией отмечается достоверно низкий уровень интернальности по сравнению со здоровыми. Наши данные подтверждают исследования Э.М. Козловой и А.В. Суворовой (2009) и А.В. Ханько (2014), что больные склонны, в большей части, переносить ответственность за свою жизнь и происходящие события на независимые от них внешние факторы и других людей [8, 20].

Таким образом, в нашем исследовании, впервые проведено сравнение особенностей саморегуляции поведения у больных шизофренией и условно здоровых испытуемых, в совокупности с другими психологическими характеристиками. Обнаружено, что лица, страдающие параноидной шизофренией, выявляют нарушения АКМ, в частности, проявляющиеся в снижении уровня саморегуляции поведения по сравнению с лицами, не имеющими психических расстройств. При этом наруше-

ния саморегуляции поведения у больных шизофренией не тотально, а проявляются в трудностях овладения новыми формами активности, в сложностях приспособления к незнакомой обстановке, нестабильности и ослаблении прогнозируемости успехов, а их поведение во многом зависит от эмоциональной составляющей. Больным, страдающим параноидной шизофренией, также свойственны нарушения таких психологических характеристик, как ослабление уровня субъективного контроля и ряда параметров смысло-жизненных ориентаций, что, в свою очередь, предопределяет нарушения их адаптации. Полученные данные расширяют представления о дефиците психологических характеристик лиц, страдающих тяжелым эндогенным психическим расстройством, и являются основой для дальнейшего уточнения взаимосвязи различных психологических параметров, предопределяющих адаптационно-компенсаторные механизмы.

В сообщении 2 будут рассмотрены взаимосвязи стилей саморегуляции поведения, смысло-жизненных ориентаций и уровня интернальности в исследуемых группах, выявлены зависимости одних психологических параметров от других, что позволит более подробно обозначить мишени психокоррекционного воздействия.

## Литература

1	Беляев, И.А. Ограничение и компенсация способностей и потребностей целостного человеческого существа / И. А. Беляев // Вестник Оренбургского государственного университета. — 2009. — № 2. — С.24-30.	Belyaev I.A. Limiting and compensating for the abilities and needs of the whole human being. I. A. Belyaev. Vestnik Orenburgskogo gosudarstvennogo universiteta. 2009; 2(96): 24-30. (In Rus.).
2	Вид В.Д., Лутова Н.Б. Специфические эффекты терапии средой по Г. Аммону // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сб. науч. тр. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2001. — Т.137. — С.116-120.	Vid V.D., Lutova N.B. The specific effects of medium therapy according to G. Ammon. Psikhosotsial'naya rehabilitatsiya i kachestvo zhizni: sb. nauch. tr. SPb.: Izd-vo NIPNI im. V.M. Bekhtereva. 2001; 137:116-120. (In Rus.).
3	Витютин Т.А. Ценностно-смысловая сфера больных шизофренией // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». — 2010. — С.241-258.	Vityutina T.A. Value-semantic sphere of patients with schizophrenia. Vestnik RGGU. Seriya Psikhologiya. Pedagogika. Obrazovaniye. 2010; 241-258s. (In Rus.).
4	Волкова О.Н. Взаимосвязь гендерных и клинико-психологических характеристик с качеством жизни больных невротическими расстройствами. Автореферат дисс. канд. мед. наук. СПб. — 2009. — 21-23с.	Volkova O.N. The relationship of gender and clinical and psychological characteristics with the quality of life of patients with neurotic disorders. Avtoreferat diss. kand. med. nauk. SPb. — 2009ю — 21-23s. (In Rus.).
5	Залуцкая Н.М. Анализ основных психологических характеристик успешности совладания с семейным стрессом у больных эндогенными психозами // XIV съезд психиатров России. — Материалы съезда. — М. — 2005. — С.400.	Zalutskaya N.M. Analysis of the main psychological characteristics of success in coping with familial stress in patients with endogenous psychoses. XIV s'ezd psikiatrov Rossii. Materialy s'ezda. Moscow. — 2005. — S.400. (In Rus.).
6	Караваева Т.А., Коцюбинский А.П. Холистическая диагностика пограничных психических расстройств. — СПб: Спецлит. — 2018. — 286с.	Karavaeva T.A., Kotsyubinskii A.P. Holistic diagnosis of borderline mental disorders. SPb: Spetslit. — 2018. — 286s. (In Rus.).

7	Кацера А.А., Кобзарь А.В. Подходы к трактовке саморегуляции в психологии // Психологические науки: теория и практика: материалы II междунар. науч. конф. (Москва, март 2014 г.). — М.: Буки-Веди. — 2014. — С.10-12.	Katsero A.A., Kobzar' A.V. Approaches to the interpretation of self-regulation in psychology. <i>Psikhologicheskie nauki: teoriya i praktika: materialy II mezhdunar. nauch. konf. (Moskva, mart 2014)</i> . Moscow: Buki-Vedi. — 2014. — S.10-12. (In Rus.).
8	Козлова Э.М., Суворова А.В. Возможности использования проективных методов при исследовании искажений личностного смысла у разных групп психически больных // Вестник Ставропольского государственного университета. — 2009. — №65. — С.154-159.	Kozlova E.M., Suvorov A.V. Possibilities of using projective methods in the study of distortions of personal meaning in different groups of the mentally ill. <i>Bulletin of Stavropol State University</i> . 2009. — Vol.65. — S.154-159. (In Rus.).
9	Коцюбинский А.П. Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы) / А.П. Коцюбинский. — Санкт-Петербург: СпецЛит. — 2017. — 285с.	Kotsyubinskii A.P. Multidimensional (holistic) diagnostics in psychiatry (biological, psychological, social and functional diagnoses). A.P. Kotsyubinskii. <i>Sankt-Peterburg: SpetsLit</i> . — 2017. — 285s. (In Rus.).
10	Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Пенчул Н.А. Значение адаптационно-компенсаторных механизмов в синдромогенезе шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. — 2007. — Т.2. — С.103-107.	Kotsyubinskii A.P., Skorik A.I., Penchul N.A. The value of adaptation-compensatory mechanisms in schizophrenia syndromogenesis. <i>Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya</i> . 2007; 2:103-107. (In Rus.).
11	Куликов С.А. Особенности структуры смысловых ориентаций больных параноидной шизофренией // Актуальные проблемы психологии личности: сб. ст. по матер. V междунар. науч.-практ. конф. № 5. — Новосибирск: СибАК. — 2011. — С.170-176.	Kulikov S.A. Features of the structure of the meaningful life orientations of patients with paranoid schizophrenia. <i>Aktual'nyye problemy psikhologii lichnosti: sb. st. po mater. V mezhdunar. nauch.-prakt. konf. № 5</i> . Novosibirsk: SibAK. — 2011. — S.170-176. (In Rus.).
12	Кудряшова В.Ю., Сарайкин Д.М., Иванов М.В. Копинг-стратегии и саморегуляция поведения у больных шизофренией и аффективными расстройствами // Обзорные психиатрии и медицинской психологии. — 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. <i>Obzreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii</i> . 2017; 2:33-39. (In Rus.).
13	Леонтьев Д.А. Тест смысловых ориентации (СЖО). 2-е изд. — М.: Смысл. — 2000. — 18с.	Leont'ev D.A. Life sense orientation test (LSO). 2-e izd. Moscow: Smysl. — 2000. — 18s. (In Rus.).
14	Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Вид В.Д. Психиатрическая стигма — ее проявления и последствия // Обзорные психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — №3. — С.41-45	Lutova N.B., Sorokin M.Yu., Vid V.D. Stigma in patients with mental disorders — its manifestations and consequences. <i>Obzreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii</i> . 2017; 3:41-45. (In Rus.).
15	Моросанова В.И. Индивидуальный стиль саморегуляции: феномен, структура и функции в произвольной активности человека. — М.: Наука. — 1998. — 191с.	Morosanova V.I. Individual style of self-regulation: the phenomenon, structure and functions in the arbitrary activity of a person. Moscow: Nauka. — 1998. — 191s. (In Rus.).
16	Петрова Н.Н., Вишневецкая О.А. Характеристика суицидального поведения больных с депрессией в ремиссии шизофрении. — Тюменский медицинский журнал. — 2015. — Т.15. — №3. — С.12-13.	Petrova N.N., Vishnevskaya O.A. Characteristics of suicidal behavior of patients with depression in remission of schizophrenia. <i>Tyumenskii meditsinskii zhurnal</i> . 2015; 15(3):12-13. (In Rus.).
17	Рассказова Е.И. Понятие саморегуляции в психологии здоровья: новый подход или область применения? // Теоретическая и экспериментальная психология. — 2014 — Т.7 — № 1. — С.43-56.	Rasskazova E.I. The concept of self-regulation in health psychology: a new approach or a range of application? <i>Teoreticheskaya i eksperimental'naya psikhologiya</i> . 2014; 7(1):43-56. (In Rus.).

18	Степанова А.В., Исаева Е.Р., Коцюбинский А.П. Взаимосвязь механизмов психологической адаптации с когнитивными нарушениями у больных шизотипическим расстройством // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — №4. — С.51-58.	Stepanova A.V., Isayeva Ye.R., Kotsyubinskiy A.P. Association between mechanisms of psychological adaptation and cognitive functioning violation in patients with schizotypal disorder. <i>Obzreniye psikiatrii i meditsinskoj psikhologii</i> . 2017; 4: 51-58. (In Rus.).
19	Тюрина Н.В. Понятие адаптации в современной психологии. — Вестник АГТУ. — 2007. — №5. — С.152-157.	Tyurina N.V. The concept of adaptation in modern psychology. <i>Vestnik AGTU</i> . 2007; 5(40):152-157. (In Rus.).
20	Ханько А.В. Психологическая адаптация к болезни пациентов с первыми приступами шизофрении. Автореферат дисс. канд. псих. наук. СПб. — 2014. — 20-22с.	Khan'ko A.V. Psychological adaptation to the disease of patients with the first attacks of schizophrenia. <i>Avtoreferat diss. kand. med. nauk. SPb.</i> — 2014. — 20-22s. (In Rus.).
21	Янушко М.Г. Взаимосвязь когнитивных нарушений и побочных эффектов антипсихотической терапии у больных шизофренией. // Российский психиатрический журнал. — №6. — 2010. — С.64-69.	Yanushko M.G. The relationship of cognitive impairment and side effects of antipsychotic therapy in patients with schizophrenia. <i>Rossiiskii psikiatricheskii zhurnal</i> . 2010; 6:64-69. (In Rus.).
22	Amador X.F., David A.S. <i>Insight and Psychosis: Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders</i> . — London: Oxford Univ. Press. — 2004. — 416p.	Amador X.F., David A.S. <i>Insight and Psychosis: Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders</i> . London: Oxford Univ. Press. — 2004. — 416p.
23	Baumeister R.F., DeWall C.N., Ciarocco N.J., Twenge J.M., J. Pers. Social exclusion impairs self-regulation. <i>Journal of Personality and Social Psychology</i> . — 2005. — Vol.88. — P.589-604. DOI:10.1037/0022-3514.88.4.589	Baumeister R.F., DeWall C.N., Ciarocco N.J., Twenge J.M., J. Pers. Social exclusion impairs self-regulation. <i>Journal of Personality and Social Psychology</i> . — 2005. — Vol.88ю — P.589-604. DOI:10.1037/0022-3514.88.4.589
24	Casey B.J., Somerville L.H., Gotlib I.H., Ayduk O., Franklin N.T., Askren M.K., Jonides J., Berman M.G., Wilson N.L., Teslovich T., Glover G., Zayas V., Mischel W., Shoda Y. Behavioral and neural correlates of delay of gratification 40 years later. <i>Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America</i> . — 2011. — Vol.108. — P.14998-15003. DOI: 10.1073/pnas.1108561108	Casey B.J., Somerville L.H., Gotlib I.H., Ayduk O., Franklin N.T., Askren M.K., Jonides J., Berman M.G., Wilson N.L., Teslovich T., Glover G., Zayas V., Mischel W., Shoda Y. Behavioral and neural correlates of delay of gratification 40 years later. <i>Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America</i> . — 2011. — Vol.108. — P.14998-15003. DOI: 10.1073/pnas.1108561108
25	Ditman T., Kuperberg G.R. A source-monitoring account of auditory verbal hallucinations in patients with schizophrenia. <i>Harvard Review of Psychiatry</i> . — 2005. — Vol.13. — P.280-299. DOI:10.1080/10673220500326391	Ditman T., Kuperberg G.R. A source-monitoring account of auditory verbal hallucinations in patients with schizophrenia. <i>Harvard Review of Psychiatry</i> . — 2005. — Vol.13. — P.280-299. DOI:10.1080/10673220500326391
26	Duckworth A.L., Seligman M.E. Self-discipline outdoes IQ in predicting academic performance of adolescents. <i>Psychological Science</i> . — 2005. — Vol.16. — P.939-944. doi:10.1111/j.1467-9280.2005.01641.x	Duckworth A.L., Seligman M.E. Self-discipline outdoes IQ in predicting academic performance of adolescents. <i>Psychological Science</i> . — 2005. — Vol.16. — P.939-944. DOI:10.1111/j.1467-9280.2005.01641.x
27	Gardner W.L., Pickett C.L., Brewer M.B. Social exclusion and selective memory: how the need to belong influences memory for social events. <i>Personality and Social Psychology Bulletin</i> . — 2000. — Vol.26. — P.486-496.	Gardner W.L., Pickett C.L., Brewer M.B. Social exclusion and selective memory: how the need to belong influences memory for social events. <i>Personality and Social Psychology Bulletin</i> . 2000; 26:486-496.
28	Hagger M.S., Wood C., Stiff C., Chatzisarantis N.L. Ego depletion and the strength model of self-control: a meta-analysis. <i>Psychological Bulletin</i> . — 2010. — Vol.136. — P.495-525. DOI:10.1037/a0019486	Hagger M.S., Wood C., Stiff C., Chatzisarantis N.L. Ego depletion and the strength model of self-control: a meta-analysis. <i>Psychological Bulletin</i> . 2010; 136:495-525. DOI:10.1037/a0019486

29	Heatherton TF, Wagner DD. Cognitive neuroscience of self-regulation failure. <i>Trends in Cognitive Sciences</i> . — 2011. — Vol.15. — P.132-139. DOI:10.1016/j.tics.2010.12.005	Heatherton TF, Wagner DD. Cognitive neuroscience of self-regulation failure. <i>Trends in Cognitive Sciences</i> . 2011; 15(3):132-139. DOI:10.1016/j.tics.2010.12.005
30	Higgins E.T. Eview Beyond pleasure and pain. <i>American Psychologist</i> . — 1997. — Vol.52. — P.1280-1300. —	Higgins E.T. Eview Beyond pleasure and pain. <i>American Psychologist</i> . 1997; 52:1280-1300.
31	Hofmann W., Baumeister R.F., Förster G., Vohs K.D., Everyday temptations: an experience sampling study of desire, conflict, and self-control. <i>Journal of Personality and Social Psychology</i> . — 2012. — Vol.102. — P.1318-1335. DOI:10.1037/a0026545	Hofmann W., Baumeister R.F., Förster G., Vohs K.D., Everyday temptations: an experience sampling study of desire, conflict, and self-control. <i>Journal of Personality and Social Psychology</i> . 2012; 102:1318-1335. DOI:10.1037/a0026545
32	Inzlicht M., Schmeichel B.J., Macrae C.N. Why self-control seems (but may not be) limited. <i>Trends in Cognitive Sciences</i> . — 2014. — Vol.18. — P.127-133. DOI:10.1016/j.tics.2013.12.009	Inzlicht M., Schmeichel B.J., Macrae C.N. Why self-control seems (but may not be) limited. <i>Trends in Cognitive Sciences</i> . 2014; 18:127-133. DOI:10.1016/j.tics.2013.12.009
33	Macdonald G, Leary MR. Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. <i>Psychological Bulletin</i> . — 2005. — Vol.131. — P. 202-223. DOI:10.1037/0033-2909.131.2.202	Macdonald G, Leary MR. Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. <i>Psychological Bulletin</i> . 2005; 131:202-223. DOI:10.1037/0033-2909.131.2.202
34	Mischel W., Shoda Y., Rodriguez M.I. Delay of gratification in children. <i>Science</i> . — 1989. — Vol.244. — P.933-938.	Mischel W., Shoda Y., Rodriguez M.I. Delay of gratification in children. <i>Science</i> . 1989; 244:933-938.
35	Mitchell JP. Brain Res. Mentalizing and Marr: an information processing approach to the study of social cognition. <i>Brain Research</i> . — 2006. — Vol.1079. — P.66-75. DOI:10.1016/j.brainres.2005.12.113	Mitchell JP. Brain Res. Mentalizing and Marr: an information processing approach to the study of social cognition. <i>Brain Research</i> . 2006; 1079:66-75. DOI:10.1016/j.brainres.2005.12.113
36	Moran J.M., Macrae C.N., Heatherton T.F., Wyland C.L., Kelley W.M. Neuroanatomical evidence for distinct cognitive and affective components of self. <i>Cognitive Neuroscience</i> . — 2006. — Vol.18. — P.1586-1594. DOI:10.1162/jocn.2006.18.9.1586	Moran J.M., Macrae C.N., Heatherton T.F., Wyland C.L., Kelley W.M. Neuroanatomical evidence for distinct cognitive and affective components of self. <i>Cognitive Neuroscience</i> . 2006. — Vol.18. — P.1586-1594. DOI:10.1162/jocn.2006.18.9.1586
37	Shah J.Y. The automatic pursuit and management of goals. <i>Current Directions in Psychological Science</i> . — 2005. — Vol.14. — P.10-13.	Shah J.Y. The automatic pursuit and management of goals. <i>Current Directions in Psychological Science</i> . 2005; 14:10-13.
38	Todd F. Heatherton. Neuroscience of Self and Self-Regulation. <i>Annual Review of Psychology</i> . — 2011. — Vol.62. — P.363-390. DOI:10.1146/annurev.psych.121208.131616	Todd F. Heatherton. Neuroscience of Self and Self-Regulation. <i>Annual Review of Psychology</i> . 2011; 62:363-390. DOI:10.1146/annurev.psych.121208.131616
39	William M. Kelley, Dylan D. Wagner, Todd F. Heatherton. In Search of a Human Self-Regulation System. <i>Annual Review of Psychology</i> . — 2015. — Vol.38. — P.389-411. doi:10.1146/annurev-neuro-071013-014243	William M. Kelley, Dylan D. Wagner, Todd F. Heatherton. In Search of a Human Self-Regulation System. <i>Annual Review of Psychology</i> . 2015; 38:389-411. doi:10.1146/annurev-neuro-071013-014243

## Сведения об авторах

**Кудряшова Вера Юрьевна** — медицинский психолог отделения биологической терапии психически больных Национального Медицинского Исследовательского Центра Психиатрии и Неврологии им. В.М. Бехтерева. E-mail: vera\_orehovaya@mail.ru

**Лутова Наталия Борисовна** - д.м.н., руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии психических расстройств Национального Медицинского Исследовательского Центра Психиатрии и Неврологии им. В.М. Бехтерева, главный научный сотрудник. E-mail: lutova@mail.ru

DOI : 10.31363/2313-7053-2019-1-34-44

## Предикторы повторных госпитализаций в психиатрическую больницу больных параноидной шизофренией

Пашковский В.Э.<sup>1,2</sup>, Софронов А.Г.<sup>1,2</sup>, Колчев С.А.<sup>1,2</sup>, Абриталин Е.Ю.<sup>1,2</sup>, Федоровский И.Д.<sup>1</sup>,  
Добровольская А.Е.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург,

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»  
Минздрава России, Санкт-Петербург

**Резюме.** Целью работы являлось изучение клинических и психосоциальных характеристик больных параноидной шизофренией, находящихся под наблюдением психоневрологического диспансера, и определение предикторов прогноза частоты госпитализаций. В ходе исследования были изучены социально-демографические, психосоциальные и клинические показатели, включенные в специально разработанную формализованную карту. После проведенного корреляционного анализа методом логит-регрессии были определены параметры, значения которых позволяют прогнозировать частоту госпитализаций. Установлено, что предполагать частые госпитализации возможно при тяжелом психическом состоянии, определяемом по шкале общего клинического впечатления, наличии в анамнезе более 20 предыдущих госпитализаций, отсутствии определенного места жительства, отсутствии общения с другими людьми, отсутствии семьи, частоте обращений в дневной стационар 4-5 и более раз за 5 лет, отсутствии работы в течение последних 10 лет.

**Ключевые слова:** параноидная шизофрения, повторные госпитализации, вероятность частоты госпитализаций.

### Prediction of repeated hospitalizations in a psychiatric hospital for patients with paranoid schizophrenia

Pashkovskiy V.E.<sup>1,2</sup>, Sofronov A.G.<sup>1,2</sup>, Kolchev S.A.<sup>1,2</sup>, Abritalin E.Iu.<sup>1,2</sup>, Fedorovskiy I.D.<sup>1</sup>, Dobrovolskaya A.E.<sup>1,2</sup>.

<sup>1</sup>I.I. Skvortsov-Stepanov City Psychiatric Hospital № 3. St. Petersburg,

<sup>2</sup>I.I. Mechnikov Northwestern State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

**Summary.** The aim of the work was to study the clinical and psychosocial characteristics of patients with paranoid schizophrenia who are under the supervision of a psycho-neurological dispensary, and to determine the predictors of the prediction rate of hospitalizations. The study examined the socio-demographic, psychosocial and clinical indicators included in a specially developed formalized map. After the correlation analysis performed using the logistic regression method, the parameters, the values of which make it possible to predict the hospitalization rate, were determined. It has been established that it is possible to assume frequent hospitalizations in patients with a severe mental state, determined by the general clinical impression scale, a history of more than 20 previous hospitalizations, the absence of a specific place of residence, the lack of communication with other people, the absence of a family, more than 4-5 appointments made to a hospital in 5 years, and the absence of a job in the last 10 years.

**Key words:** paranoid schizophrenia, repeated hospitalizations, probability of hospitalization rates

Особенностью лечения параноидной шизофрении являются возможные частые повторные госпитализации. По литературным данным, среди пациентов, получавших стандартное лечение, примерно 20-40% имели рецидив в течение года, 60% — в течение двух лет и 82% — в течение 5 лет. Стоимость медицинского обслуживания таких рецидивирующих пациентов в два раза больше, чем пациентов без рецидива [15, 20, 24]. В Российской Федерации за год было госпитализировано 227783 больных шизофренией, из них 63095 (27,7%) человек поступили повторно [6].

Регоспитализация способствует разочарованию в качестве оказываемой психиатрической по-

мощи и является дополнительным (кроме самой болезни) психотравмирующим фактором, как для пациентов, так и для их членов их семей. Поэтому очень важно идентифицировать факторы, влияющие на рецидив и повторную госпитализацию [19]. Не случайно внимание исследователей направлено на изучение переменных, связанных с рецидивом или повторной госпитализацией, в частности, исследуются корреляции между динамическими показателями течения шизофренического процесса, уровнем социального функционирования и психопатологическими проявлениями [2, 9, 10, 11, 12]. Нет единого мнения и о том, как связаны повторные госпитализации с реформированием психиатрической службы. Одни ав-

\* Работа выполнена при поддержке РФФИ (проект № 17-29-02173).

торы отмечают улучшение социального функционирования, смягчение психиатрических симптомов и улучшение качества жизни вследствие деинституализации [23], другие подчеркивают, что деинституализация приводит к разрыву контакта с психиатрическими службами [17] и недостаточному уходу за больными вне стационара [27].

Итак, в литературе последних лет выявлено множество причин повторных госпитализаций. Вместе с тем, эти факторы часто разрознены и недостаточно систематизированы. В частности, недостаточно исследована зависимость частоты регоспитализаций от качества амбулаторной помощи. Эти обстоятельства определили направление настоящей работы.

**Цель исследования:** изучить клинические и психосоциальные характеристики больных параноидной шизофренией, находящихся под наблюдением психоневрологического диспансера, и определить предикторы прогноза частоты госпитализаций.

**Материал и методы.** Исследование выполнено в период 2016-2018 г.г. на клинических базах: СПбГБУЗ «Психоневрологический диспансер № 5» и СПбГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 имени И.И. Скворцова-Степанова». Учитывая то, что определение критерия частоты госпитализаций представляет значительную методическую сложность, на постановочном этапе исследования были изучены работы И.Я. Гуровича [1], А.С. Киселева и З.Г. Сочневой [5], Т. Lewis, P.R. Joice [25], А.Н. Нестеровича и В.Г. Обьедкова [8], в которых используется понятие «коэффициент частоты госпитализаций» (т.е. отношение общего числа госпитализаций к длительности болезни). Большинство авторов в качестве критерия частых госпитализаций была принята частота, при которой коэффициент частоты госпитализаций превышал 1.0 за любой период болезни длительностью не менее 5 лет. Критерием редких госпитализаций является частота, при которой коэффициент частоты госпитализаций не превышал 1.0 госпитализации в психиатрический стационар в течение последних 5 лет. Критерии включения в исследование: соответствие диагноза «параноидной шизофрении» критериям МКБ-10; отсутствие дезорганизации поведения и мышления, препятствующих проведению исследования; длительность наблюдения не менее 5 лет; возраст не моложе 18 лет. Критерии исключения: псевдоорганический дефект с выраженными проявлениями атактического мышления и шизофазии; наличие тяжелых соматических заболеваний в стадии обострения.

На период обследования все пациенты лечились амбулаторно. При оценке ремиссии у них использовались категориальный и деменциональный подходы с учетом валидизированных критериев, разработанных С.Н. Мосоловым с соавт. [7]. Учитывалось замечание о том, что к недостаткам международных критериев ремиссии следует отнести отсутствие параметров социального функционирования и когнитивных показателей, а так-

же игнорирование форм и типов течения шизофрении [7]. Поэтому, в данном исследовании понимание ремиссии также базировалось на определении, сформулированном Г.В. Зеневичем, согласно которому ремиссия понимается как «ослабление и смягчение клинической симптоматики, обеспечивающее в той или иной степени социальное и трудовое приспособление больного в широком диапазоне состояний: от практического выздоровления (не включая его) до состояний, при которых отчетливо выступает дефект» [4].

Выборка пациентов состояла из двух групп, сформированных относительно частоты госпитализаций. В I-ю группу (частые госпитализации) вошло 38 больных в возрасте  $51,7 \pm 3,9$  лет (25 мужчин, 13 женщин) с длительностью заболевания: 20-25 лет — 7 (18,4%), 26-29 лет — 10 (26,3%), 30 лет и выше — 21 (55,3%), со средним количеством госпитализаций  $12,1 \pm 5,3$  и с коэффициентом частоты госпитализаций в психиатрический стационар 3 и более раз в 5 лет. Во II-ю группу (редкие госпитализации) также вошло 38 больных в возрасте  $53,1 \pm 4,0$  лет (16 мужчин, 22 женщины) с длительностью заболевания: 20-25 лет — 17 (44,7%), 26-29 лет — 13 (34,2%), 30 лет и выше — 8 (21,0%), со средним количеством госпитализаций  $3,4 \pm 2,5$ , имеющих одну или не имеющих госпитализаций в психиатрический стационар в течение последних 5 лет.

В исследовании использовались клинко-психопатологический, клинко-архивный и клинко-статистический методы. Созданная формализованная карта исследования состояла из 5 модулей и включала в себя демографические, клинко-психопатологические и социальные характеристики пациентов. При её заполнении использовались данные амбулаторных карт и сведения, полученные из бесед с родственниками. Кроме заполнения стандартизированной карты, применялись следующие методики: опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных Гуровича И.Я. и Шмуклера А.Б. [3], шкала позитивных и негативных синдромов PANSS [22] с учетом валидизации и апробации русскоязычной версии [7], шкала общего клинического впечатления CGI [16], шкала социального и повседневного функционирования PSP [25].

Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета STATISTICA [13]. Определялись среднее значение (M), стандартное отклонение (SD), медиана (Me), интерквартильный размах: значения 25 и 75 перцентилей (Q) изучаемых показателей. Для установления корреляционных связей применялись коэффициенты ранговой корреляции по Спирмену (R) и гамма ( $\gamma$ ).

Установив в ходе статистического исследования причинно-следственные зависимости между показателями, возникла необходимость определить вероятность принадлежности индивидуальных показателей к зонам частых или редких госпитализаций. С помощью метода бинарной логистической регрессии (логит-регрессии) исследо-

валась зависимость дихотомической переменной «частота госпитализаций» (0 — частые, 1 — редкие госпитализации) от ряда независимых переменных — показателей наиболее значимых факторов. Уравнение для оценки вероятности отнесения наблюдаемого фактора к одной из подгрупп (частые или редкие) выглядит следующим образом:

$$P = \frac{e^{\beta}}{1 + e^{\beta}}$$

где  $e$  — основание натурального логарифма, математическая константа, иррациональное и трансцендентное число, приблизительно равное 2,71828, а величина  $\beta$  является результатом вычисления для конкретного фактора. Для логит-регрессионного анализа было отобрано 7 наиболее значимых по результатам корреляционного анализа факторов: 1) общее количество госпитализаций, 2) обеспеченность жильем одиночных больных, 3) общение, 4) положение в семье, 5) частота поступления в дневной стационар за 5 лет, 6) смена мест работы, 7) оценка психического состояния по шкале общего клинического впечатления. Основным показателем — процент согласия не превосходил 72.5%, то есть уравнения логит-регрессии правильно определяют принадлежность к той или иной группе в 72.5% случаев. Чем ближе результат вычисления к 1.0, тем выше вероятность редких госпитализаций.

При сопоставлении двух групп по одному порядковому признаку применялся метод Манна-Уитни. При сопоставлении двух групп по бинарному признаку использовался метод сравнения двух пропорций (долей) — Z-критерий. В настоящем исследовании достоверным считался уровень значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования.** По результатам обследования с помощью шкалы PANSS у боль-

ных с частыми госпитализациями средние баллы по всем подшкалам и средние суммарные баллы по шкале PANSS в целом значимо выше, чем у больных с редкими госпитализациями (табл. 1). Особенно это касалось показателя позитивных симптомов, который у больных I-ой группы был в 1,7 раз выше по сравнению со II-ой. Оценка соотношения позитивной и негативной симптоматики (композитный индекс) показала значительно меньшую степень преобладания одного фактора над другим у больных с частыми госпитализациями (I группа). По среднему показателю PSP для больных I-ой группы были характерны сильно выраженные затруднения областях «а» и «с» («социально полезная деятельность, включая работу и учебу» и «самообслуживание»), а для больных II-ой группы — заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в этих же областях.

Анализ клинико-психопатологической симптоматики по клинико-функциональным критериям ремиссии [7] включал 13 симптомов шкалы PANSS (P1, G9, P3, P2, G5, N1, N4, N6, N2, G6, P4, G13, G12) и оценку по PSP, временной критерий соблюдения указанных показателей — 6 месяцев (табл. 2).

Как следует из таблицы 2, статистически достоверные различия между показателями у больных с частыми (I группа) и редкими (II группа) госпитализациями обнаруживались по всем позитивным симптомам. В то же время по ряду негативных симптомов межгрупповых различий не было ( $p > 0,05$ ).

На рисунке 1 представлены доли больных с частыми и редкими госпитализациями по симптомам шкалы PANSS, пороговые значения которых использовались для оценки ремиссии (P1, G9, P3, P2, G5, N1, N4, N6, N2, G6, P4, G13, G12) [7].

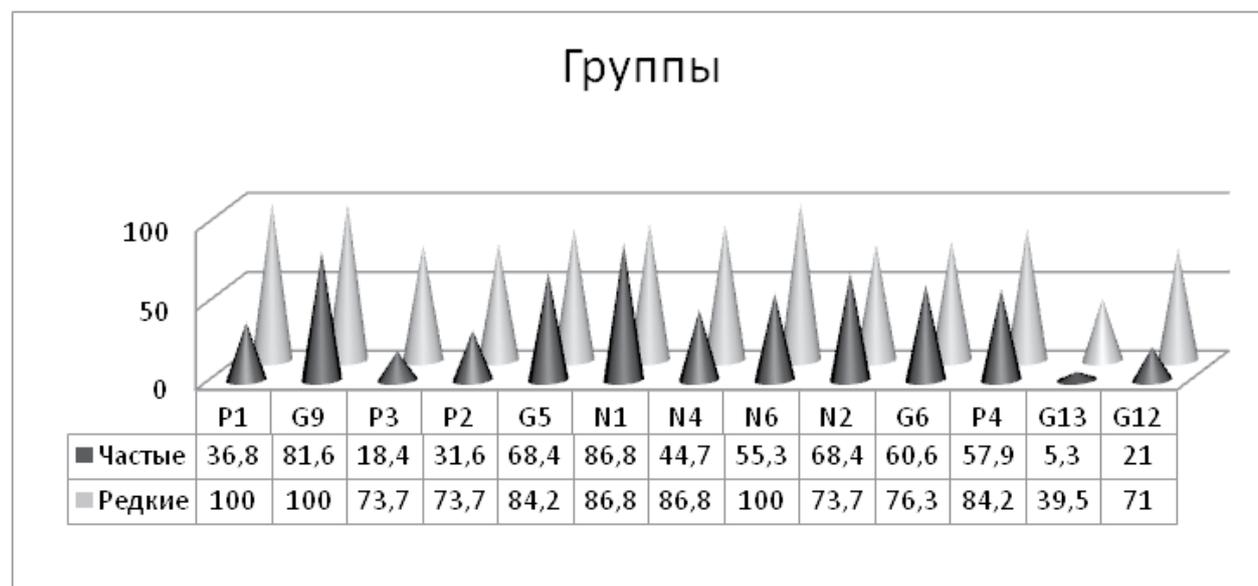


Рис. 1. Частота встречаемости симптомов шкалы PANSS (в %), пороговые значения которых использовались для оценки ремиссии, среди больных с частыми и редкими госпитализациями.

**Таблица 1. Выраженность психопатологической симптоматики по шкале PANSS и уровень функционирования по PSP у больных параноидной шизофренией с частыми и редкими госпитализациями**

Анализируемые признаки	Показатели в группах (в баллах)						p
	Группа I (частые госпитализации)			Группа II (редкие госпитализации)			
	Min.	Max.	M±SD	Min.	Max.	M±SD	
Психотические симптомы по PANSS	18	40	29,1±7,2	7	29	16,8±4,4	0.0000
Негативные симптомы по PANSS	12	41	27,9±10,0	8	33	22,4±5,8	0.0062
Композитный индекс по PANSS	-12,0	17,0	1,2±8,8	-12,0	5,0	5,6±4,4	0.0003
Общие психопатологические симптомы по PANSS	30	75	56,9±15,2	19	55	42,3±7,8	0.0000
Суммарная оценка PANSS	60	155	114,0±30,1	34	105	81,6±15,9	0.0000
Оценка по PSP	18	48	28,0±10,0	48	89	63,4±9,7	0.0000

Примечания: Min. — минимальный балл, Max. — максимальный балл, M±SD — среднее значение ± стандартное отклонение, p- статистическая значимость

**Таблица 2. Выраженность психопатологической симптоматики и уровень функционирования у больных параноидной шизофренией с частыми и редкими госпитализациями по клинико-функциональным критериям ремиссии**

Анализируемые признаки	Пороговый уровень (критерий ремиссии) для F20.00	Показатели в группах (в баллах)		p
		Группа I (частые госпитализации)	Группа II (редкие госпитализации)	
		M±SD / 75 процентиль		
P1-«Бред»	≤ 5	5,4(±1,6)/7	2,9(±1,2)/4	0.0000*
P2-«Концептуальная дезорганизация»	≤ 3	4,3(±1,0)/5	3,3(±0,7)/4	0.0001*
P3-«Галлюцинации»	≤ 4	5,0(±2,1)/7	2,7(±1,8)/5	0.0000*
P4-«Возбуждение»	≤ 3	3,2 (±1,5)/4	1,6 (±1,4)/1	0.0000*
N1-«Уплощенный аффект»	≤ 4	3,5(±1,0)/4	3,6(±0,9)/4	0.5890
N2-«Эмоциональная отгороженность»	≤ 4	3,8(±1,6)/5	3,5(±1,1)/5	0.2322
N4-«Социальная отгороженность»	≤ 4	4,2(±2,1)/6	3,1(±1,3)/4	0.0059*
N6-«Нарушение спонтанности и плавности общения»	≤ 4	3,5(±2,1)/6	2,8(±1,1)/4	0.0996
G5-«Манерность и позирование»	≤ 3	2,7(±2,0)/5	2,9(±1,0)/3	0.0913
G9-«Необычное содержание мыслей»	≤ 5	3,6(±2,0)/5	2,9(±1,0)/4	0.1853
G12-«Снижение критичности и осознания заболевания»	≤ 4	5,8 (±1,2)/7	4,0 (±1,1)/5	0.0000*
G13-«Волевые нарушения»	≤ 3	4,2 (±0,7)/4	3,4 (±0,8)/4	0.0006*
Оценка по PSP	51-70 и более	28,0(±10,2)/27	63,4(±9,7)/7	0.0000*

Примечания: M±SD — среднее значение ± стандартное отклонение, p - статистическая значимость, \* — различия статистически значимы.

Как следует из диаграммы (рис. 1), доля больных с редкими госпитализациями (II группа) с показателями, соответствующими критериям ремиссии, была достоверно выше по следующим симптомам: P1 — «Бред» (100% vs 36,8%,  $p=0.0000$ ), G9 — «Необычное содержание мыслей» (100% vs 81,6%,  $p=0.0070$ ), P3 — «Галлюцинации» (73,7% vs 18,4%,  $p=0.0000$ ), P2 — «Концептуальная дезорганизация» (73,7% vs 31,6%,  $p=0.0000$ ), N4 — «Социальная отгороженность» (86,8% vs 44,7%,  $p=0.0002$ ), N6 — «Нарушение спонтанности и плавности общения» (100% vs 55,3%,  $p=0.0000$ ), P4 — «Возбуждение» (84,2% vs 57,9%,  $p=0.0136$ ), G13 — «Волевые нарушения» (39,5% vs 5,3%,  $p=0.0006$ ), G12 — «Снижение критичности и осознания заболевания» (71,0% vs 21,0%,  $p=0.0000$ ).

В таблице 3 представлены корреляционные связи между уровнем социального и повседневного функционирования (по PSP) и показателями шкалы PANSS, пороговые значения которых использовались для оценки ремиссии.

Показатели шкалы PANSS	R	p
P1-«Бред»	-0,834794	.0000*
P2-«Концептуальная дезорганизация»	-0,644525	0.0000*
P3-«Галлюцинации»	-0,787296	0.0000*
P4-«Возбуждение»	-0,478512	0.0000*
N1-«Уплощенный аффект»	-0,182592	0.1143
N2-«Эмоциональная отгороженность»	-0,350851	0.0018*
N4-«Социальная отгороженность»	-0,579098	0.0000*
N6-«Нарушение спонтанности и плавности общения»	-0,336556	0.0029*
G5-«Манерность и позирование»	-0,067266	0.5637
G6-«Депрессия»	-0,514141	0.0000*
G9-«Необычное содержание мыслей»	-0,434806	0.0000*
G12-«Снижение критичности и осознания заболевания»	-0,657967	0.0000*
G13-«Волевые нарушения»	-0,557779	0.0000*

Примечание: R — коэффициент корреляции Спирмена, p — уровень значимости, \* коэффициент корреляции статистически значим

Согласно представленным данным (табл. 3), показатель социального и повседневного функционирования (PSP) находится в отрицательной корреляционной связи с показателями выраженности симптомов P1-«Бред», G9-«Необычное содержание мыслей», P3-

«Галлюцинации», P2-«Концептуальная дезорганизация», N4-«Социальная отгороженность», N6-«Нарушение спонтанности и плавности общения», N2-«Эмоциональная отгороженность», G6-«Депрессия», P4-«Возбуждение», G13-«Волевые нарушения», G12-«Снижение критичности и осознания заболевания».

В ходе исследования были определены показатели, включенные в формализованную карту, по модулям демографических, клинико-психопатологических и психосоциальных характеристик. По результатам корреляционного анализа было отобрано 7 наиболее значимых факторов для дальнейшего логит-регрессионного анализа (табл. 4).

**Таблица 4. Корреляционные связи показателя количества госпитализаций с другими психосоциальными показателями**

Показатель	Коэффициент корреляции ( $r$ )	P
общее количество госпитализаций	0,541	0.0000*
обеспеченность жильем одиноких больных	-0,816	0.0000*
общение	-0,566	0.0000*
положение в семье	-0,581	0.0000*
частота поступления в дневной стационар за 5 лет	0,690	0.0000*
смена мест работы	-0,327	0.0085*
оценка психического состояния по шкале общего клинического впечатления	-0,499	0.0001*

Построенные статистические модели отражены на рисунках 2, 3 и табл.5.

Основная идея логистической регрессии заключается в том, что пространство исходных значений может быть разделено линейной границей (т.е. прямой) на две соответствующих класса области, в нашем случае на области частых (0.0) и редких (1.0) госпитализаций. В связи с этим принято, что прогноз положительного эффекта (редкие госпитализации) дается при его вероятности  $>0,5$ , отрицательного (частые госпитализации) — при его вероятности  $\leq 0,5$ . Рассмотрим, каким образом с помощью индивидуальных значений можно у данных пациентов предполагать вероятность частых и редких госпитализаций. Предположим, по фактору «общее количество госпитализаций» пациент получил 1 балл (свыше 20 госпитализаций). Тогда, учитывая параметры модели ( $p=0,002$ ,  $\chi^2=10,001$ ), определяем величину  $\beta$ , которая равна —  $3,61+0,84x1$ . Вычисляем предиктор P по формуле

$$P = \frac{e^{\beta}}{1 + e^{\beta}}$$

Фактор	Параметры		Регрессоры	
	P	$\chi^2$		
общее количество госпитализаций 1	0.002	10.001	P(x1)= 0.059	P(x5)=0,640
обеспеченность жильем одиноких больных 2	0.0004	16.695	P(x1)=0.370	P(x5)=0.009
общение 3	0.007	7.179.	P(x1)= 0.655	P(x7)= 0.297
положение в семье 4	0.000	12.573	P(x1)= 0.849	P(x4)= 0.181
частота поступления в дневной стационар за 5 лет 5	0.000	14.463	P(x1)= 0.150	P(x4)= 0.648
смена мест работы 6	0.040	4.003	P(x1)= 0.659	P(x8)= 0.403
оценка психического состояния по шкале общего клинического впечатления 7	0.020	5.832	P(x1)= 0.945	P(x7)= 0.090

Примечание: <sup>1</sup>— больше 20 госпитализаций (1), 16-20 (2), 11-15(3), 6-10 (4), 1-5 (5).

<sup>2</sup>— Проживание: в отдельной квартире из 2 или нескольких комнат (1), в отдельной однокомнатной квартире (2), в 2-х или нескольких комнатах коммунальной квартиры (3), в комнате коммунальной квартиры (4), без определенного места жительства (5).

<sup>3</sup>— ежедневное общение (1), еженедельное общение (2), общение 1 раз в месяц (3), общение 1 раз в 3 месяца (4), общение 1 раз в полгода (5), 6— один раз в год (5), никогда (7).

<sup>4</sup>— больной— глава семьи, основной кормилец, его мнение является решающим (1), больной не является главой семьи, но с его мнением считаются, может распоряжаться домашним бюджетом (2), больной занимает подчиненное положение в семье, целиком зависит от ближайших родственников, с его мнением не считаются (3),— нет семьи (4).

<sup>5</sup>— частота помещений в дневной стационар 4-5 и более раз за 5 лет (1), 3-4 раза (2), 1-2 раза (3), 4- 0 раз (4).

<sup>6</sup>— смены мест работы не было (1), была 1 раз (2), 2 раза (3), 3 раза (4), 4 раза (5), 5 раз (6), 6 раз и более (7), не работал(а) в течение последних 10 лет (8).

<sup>7</sup>— оценить невозможно (0), здоров, отсутствие психических нарушений (1), пограничное состояние (2), слабо выраженные психические нарушения (3), умеренно выраженные психические нарушения (4), значительно выраженные психические нарушения (5), тяжелое психическое состояние (6), крайне тяжелое психическое состояние (7).

и получаем величину  $P(X_i)$ , равную 0,059, что соответствует области частых госпитализаций (рис.2А). После осуществления расчётов (табл. 5) было установлено, что прогнозировать частые госпитализации возможно при выявлении: 1) тяжелого психического состояния при обследовании по шкале общего клинического впечатления, 2) наличия в анамнезе более 20 предыдущих госпитализаций, 3) отсутствия определенного места жительства, 4) отсутствия общения с другими людьми, 5) отсутствия семьи, 6) частоте обращений в дневной стационар 4-5 и более раз за 5 лет, 7) отсутствия работы в течение последних 10 лет.

**Обсуждение и выводы.** Проведенное исследование обнаруживает межгрупповые сходства и различия между больными параноидной шизофренией с частыми и редкими госпитализациями. Оценка соотношения позитивной и негативной симптоматики (композитный индекс) показала значительно меньшую степень преобладания этого показателя у больных с частыми госпитализациями. По среднему показателю PSP для больных с частыми госпитализациями характерны значительно выраженные затруднения в двух областях социально полезной деятельности: работе (уче-

бе) и самообслуживании. Для больных с редкими госпитализациями характерны заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в этих же областях. Наше исследование подтвердило мнение многих авторов о том, что тяжесть симптомов шизофрении и их рецидивирование являются основными причинами повторных госпитализаций [14, 20]. Нами установлено, что меньшее количество предыдущих госпитализаций предполагает меньший риск повторной госпитализации, что также согласуется с данными литературы [17]. Значительная роль при повторных госпитализациях принадлежит психосоциальным факторам [19]. Наше исследование показало, что такие факторы как общение, положение в семье, обеспеченность жильем одиноких больных, частота поступления в дневной стационар за 5 лет, смена мест работы следует рассматривать как предикторы повторных госпитализаций.

Итак, полученные результаты позволяют прогнозировать частоту госпитализаций с вероятностью до 72.5%. Выявленные предикторы могут лечь в основу индивидуального прогноза частоты госпитализаций у больных параноидной шизофренией.

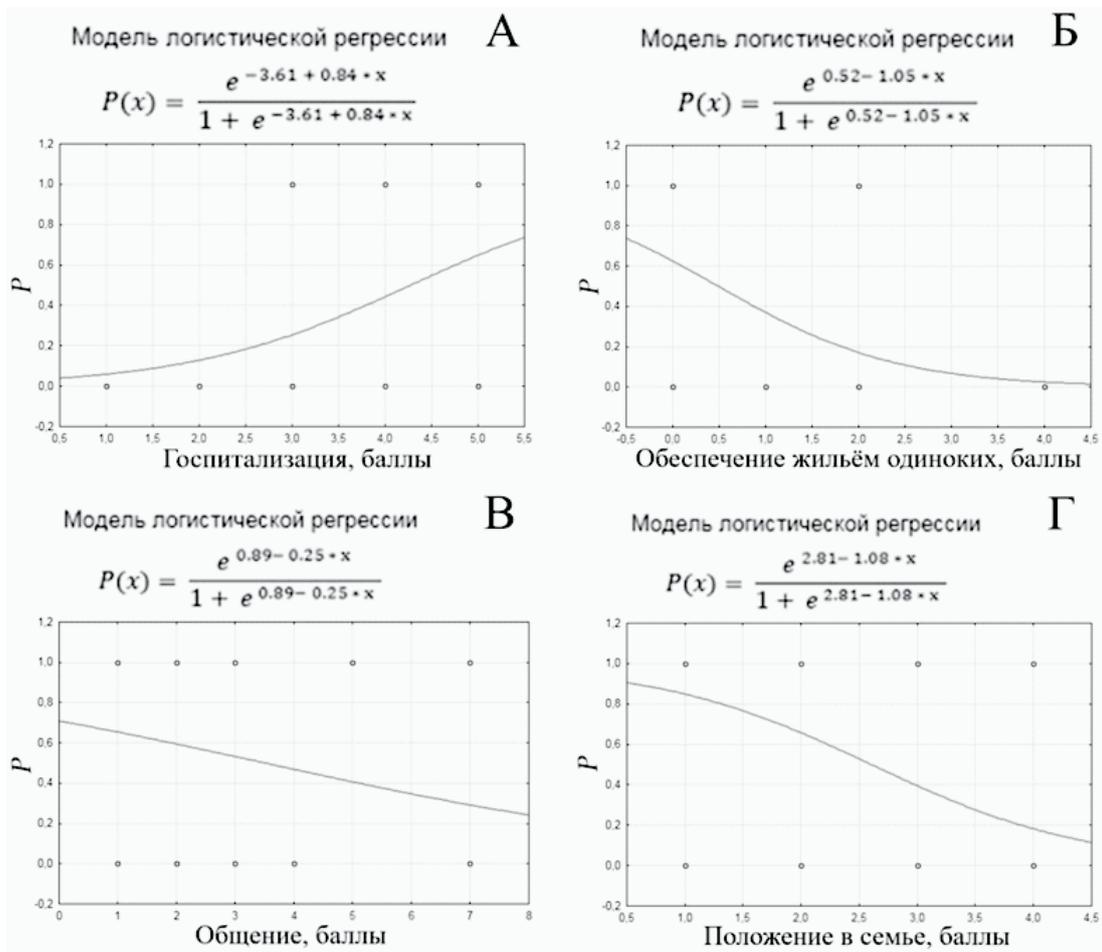


Рис.2. Логистические кривые. Факторы: А) общее количество госпитализаций в психиатрическую больницу за все время течения заболевания; Б) обеспечение жильем одиноких пациентов; В) общение; Г) положения в семье.

Литература

1	Вопросы внебольничной психиатрической помощи / И. Я. Гурович — М.: Труды Московского НИИ психиатрии. — 1979. — Т.84. — 191с.	Questions of community-based psychiatric care / I. Ya. Gurovich. M.: Trudy Moskovskogo NII psikiatrii. — 1979. — T.84. — 191s. (in Rus.)
2	Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Шашкова Н.Г. Социальное функционирование и качество жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. — 1994. — № 4. — С.38-45.	Gurovich I.Ia, Shmukler A.B., Shashkova N.G. Social functioning and quality of life of mentally ill people// Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya. — 1994. — № 4. — S.38-45. (in Rus.)
3	Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — Т.8. — №2. — С.35-40.	Gurovich I.Ya., Shmukler A.B. A questionnaire for assessing the social functioning and quality of life of the mentally ill. // Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya. — 1998. — T. 8. — №2. — S.35-40. (in Rus.)
4	Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. Л.: Медицина, 1964. — 216с.	Zenevich G.V. Remission in schizophrenia. Leningrad: Meditsina. — 1964. — 216s. (in Rus.)
5	Киселев А.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний: статистическое исследование. Рига: Зинатне. — 1988. — 235с.	Kiselev A.S., Sochneva Z.G. Patterns of onset, course and outcomes of major mental diseases: a statistical study. Riga: Zinatne. — 1988. — 235s. (in Rus.)

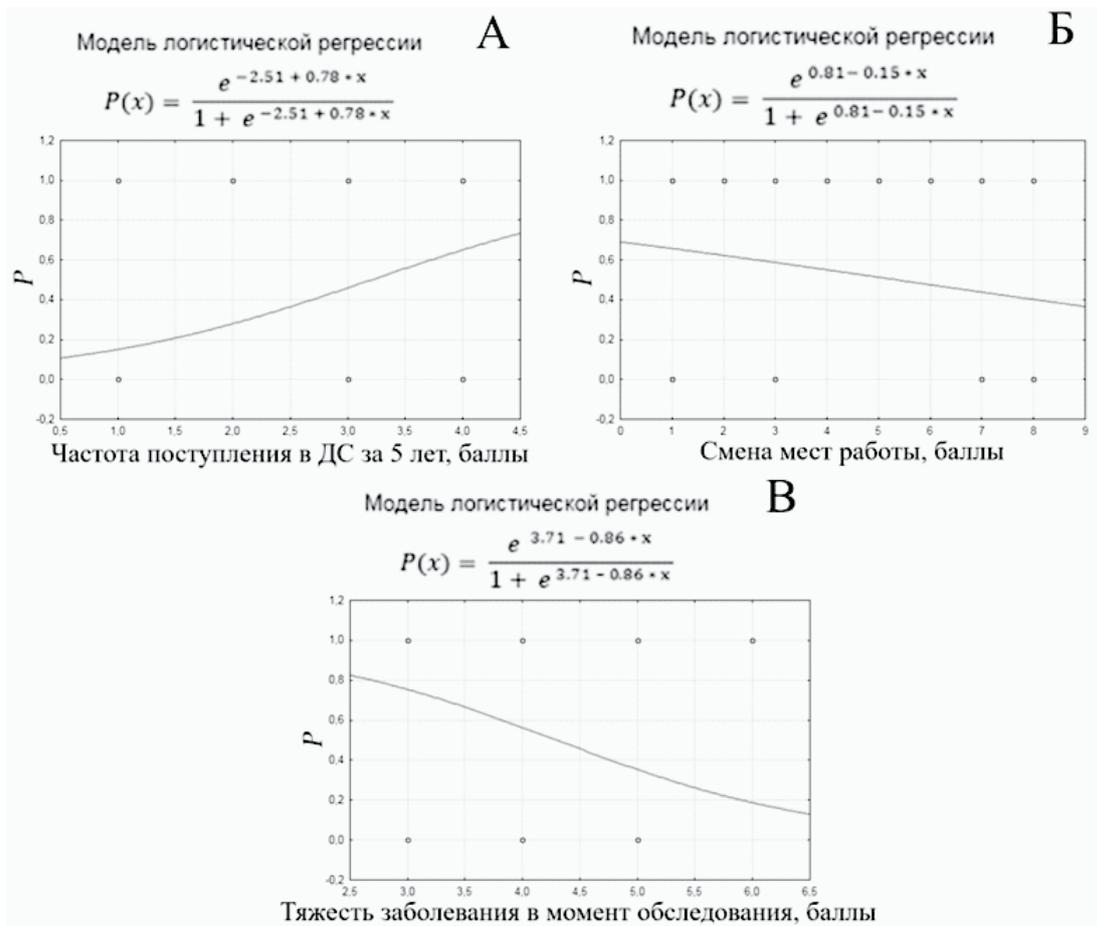


Рис.3. Логистические кривые. Факторы: А) частота поступления в дневной стационар за 5 лет, Б) смена мест работы за последние 10 лет, В) тяжесть заболевания на момент поступления по шкале общего клинического впечатления.

6	Любов Е.Б., Ястребов В.С., Шевченко Л.С., Чапурин С.А., Чурилин Ю.Ю., Былим И.А., Гажа А.К., Доронин В.В., Косов А.М., Петухов Ю.Л., Фадеев П.Н. Экономическое бремя шизофрении в России // Социальная и клиническая психиатрия. — 2012. — Т.22. — №3. — С.36-42.	Lyubov E. B., Yastrebov V. S., Schevchenko L. S., Chapurin S. A., Churilin Yu. Yu., Bylim I. A., Gajza A. K., Doronin V. V., Kosov A. M., Petukhov Yu. L., Fadeyev P. N. Economic burden of schizophrenia in Russia. // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. — 2012. — T.22. — №3. — S.36-42. (in Rus.)
7	Мосолов, С.Н., Потапов А. В., Шафаренко А. А., Костюкова А. Б., Забелина И. Н. Валидизация стандартизированных клинико-функциональных критериев ремиссии при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. — 2011. — Т.21. — №3. — С.63-42.	Mosolov S. N., Potapov A. V., Shafarenko A. A., Kostyukova A. B., Zabelina I. N. Validation of standardized clinical-functional criteria for remission in schizophrenia. // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. — 2011. — T.21. — №3. — S.63-42. (in Rus.)
8	Нестерович А.Н., Обедков В.Г. Частота госпитализаций в психиатрический стационар и ее взаимосвязь с психопатологическими дименсиями шизофрении на этапе клинического исхода у лиц женского пола // Лечебное дело. — 2016. — Т.47. — №1. — С.41-48.	Nesterovich A.N., Obedkov V.G. Frequency of hospitalization in a psychiatric hospital and its relationship with psychopathological dimensions of schizophrenia at the stage of clinical outcome in women. // Lechebnoe delo. — 2016. — T.47. — №1. — S.41-48. (in Rus.)

9	Пашковский В.Э., Софронов А.Г., Федоровский И.Д., Серазетдинова Л.Г., Лемешев И.В., Добровольская А.Е. Взаимосвязь между психосоциальными показателями и показателями госпитализаций в психиатрический стационар больных параноидной шизофренией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2017. — №2. — С.48-54.	Pashkovskiy V.E., Sofronov A.G., Fedorovskiy I.D., Serasetdinova L.G., Lemeshev I.V., Dobrovolskaya A.E. The correlation between psychosocial characteristics and psychiatric hospital admission rates of patients with paranoid schizophrenia. // <i>Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva.</i> — 2017. — №2. — S.48-54. (in Rus.)
10	Пашковский В.Э., Софронов А.Г., Федоровский И.Д., Добровольская А.Е. Показатели социального функционирования больных параноидной шизофренией, получающих амбулаторную помощь // Психическое здоровье. — 2017. — №7. — С.45-52.	Pashkovskiy V.E., Sofronov A.G., Fedorovskiy I.D., Dobrovolskaya A.E. Indicators of social functioning of patients with paranoid schizophrenia who receive outpatient care. // <i>Psikhicheskoe zdorov'e.</i> — 2017. — №7. — С.45-52. (in Rus.)
11	Пашковский В.Э., Софронов А.Г., Федоровский И.Д. Сравнительные характеристики социального функционирования мужчин и женщин больных параноидной шизофренией // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. — 2017. — №3. — С.50-56.	Pashkovskiy V.E., Sofronov A.G., Fedorovskiy I.D. Comparative characteristics of social functioning in male and female patients with paranoid schizophrenia. // <i>Nevrologicheskii vestnik. Zhurnal im. V.M. Bekhtereva.</i> — 2017. — №3. — С.50-56. (in Rus.)
12	Пашковский В.Э., Софронов А.Г., Федоровский И.Д., Добровольская А.Е. Сравнительный анализ показателей социальной адаптации больных параноидной шизофренией с различной частотой госпитализаций // Социальная и клиническая психиатрия. — 2017. — Т.27. — №3. — С.19-25.	V.E. Pashkovsky, A.G. Sofronov, I.D. Fedorovskiy, A.E. Dobrovolskaya Comparative analysis of social adjustment parameters in patients with paranoid schizophrenia with different admission rates // <i>Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya.</i> — 2017. — T.27. — №3. — S.19-25. (in Rus.)
13	Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение прикладных программ STATISTICA. — М.: Медиа Сфера, 2002. — 312с.	Rebrova O. Yu. Statistical analysis of medical data. Application of STATISTICA applications. — М.: Media Sfera, 2002. — 312s. (in Rus.)
14	Brunette MF, Rotondi AJ, Ben-Zeev D, Gottlieb JD, Mueser KT, Robinson DG, Achtyes ED, Gingerich S, Marcy P, Schooler NR, Meyer-Kalos P, Kane JM. Coordinated Technology-Delivered Treatment to Prevent Rehospitalization in Schizophrenia: A Novel Model of Care. <i>Psychiatr Serv.</i> 2016; 67(4):444-447. doi: 10.1176/appi.ps.201500257.	Brunette MF, Rotondi AJ, Ben-Zeev D, Gottlieb JD, Mueser KT, Robinson DG, Achtyes ED, Gingerich S, Marcy P, Schooler NR, Meyer-Kalos P, Kane JM. Coordinated Technology-Delivered Treatment to Prevent Rehospitalization in Schizophrenia: A Novel Model of Care. <i>Psychiatr Serv.</i> 2016; 67(4):444-447. doi:10.1176/appi.ps.201500257.
15	Davis JM. Overview: maintenance therapy in psychiatry: I. Schizophrenia. <i>Am J Psychiatry.</i> 1975; 132:1237-1245.	Davis JM. Overview: maintenance therapy in psychiatry: I. Schizophrenia. <i>Am J Psychiatry.</i> 1975; 132:1237-1245.
16	Gay W. Clinical Global Impressions. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology (revised). — Rockville MD: National Institute of Mental Health. — 1976.	Gay W. Clinical Global Impressions. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology (revised). — Rockville MD: National Institute of Mental Health. — 1976.
17	Grinshpoon A, Lerner Y, Hornik-Lurie T, Zilber N, Ponizovsky AM. Post-discharge contact with mental health clinics and psychiatric readmission: a 6-month follow-up study. <i>Isr J Psychiatry Relat Sci.</i> 2011; 48:262-267.	Grinshpoon A, Lerner Y, Hornik-Lurie T, Zilber N, Ponizovsky AM. Post-discharge contact with mental health clinics and psychiatric readmission: a 6-month follow-up study. <i>Isr J Psychiatry Relat Sci.</i> 2011; 48:262-267.
18	Figuerido JL, Gutiérrez M, González Pinto A, Ballesteros J, Pérez De Heredia JL, Ramírez F, Elizagárate E, González Oliveros R, López P. Predictors of rehospitalization in schizophrenia. <i>Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.</i> 1997; 25(4):217-224.	Figuerido JL, Gutiérrez M, González Pinto A, Ballesteros J, Pérez De Heredia JL, Ramírez F, Elizagárate E, González Oliveros R, López P. Predictors of rehospitalization in schizophrenia. <i>Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.</i> 1997; 25:217-224.

19	Hendryx MS, Russo JE, Stegner B, Dyck DG, Ries RK, Roy-Byrne P. Predicting rehospitalization and outpatient services from administration and clinical databases. <i>J Behav Health Serv Res.</i> 2003; 30:342-351. doi:10.1097/00075484-200307000-00007	Hendryx MS, Russo JE, Stegner B, Dyck DG, Ries RK, Roy-Byrne P. Predicting rehospitalization and outpatient services from administration and clinical databases. <i>J Behav Health Serv Res.</i> 2003; 30:342-351. doi:10.1097/00075484-200307000-00007
20	Hogarty GE. Prevention of relapse in chronic schizophrenic patients. <i>J Clin Psychiatry.</i> 1993; 54:18-23.	Hogarty GE. Prevention of relapse in chronic schizophrenic patients. <i>J Clin Psychiatry.</i> 1993; 54:18-23.
21	Ji P, Menditto A, Beck NC, Stuve PR, Reynolds J. Differences in Symptom Severity and Independent Living Skills Between Re-hospitalized and Not Re-hospitalized Individuals with Schizophrenia: A Longitudinal Study. <i>Community Ment Health J.</i> — 2018. doi: 10.1007/s10597-018-0264-6.	Ji P, Menditto A, Beck NC, Stuve PR, Reynolds J. Differences in Symptom Severity and Independent Living Skills Between Re-hospitalized and Not Re-hospitalized Individuals with Schizophrenia: A Longitudinal Study. <i>Community Ment Health J.</i> — 2018. doi: 10.1007/s10597-018-0264-6.
22	Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. <i>Schizophr Bull.</i> 1987; 13:261-276. doi: 10.1093/schbul/13.2.261	Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. <i>Schizophr Bull.</i> 1987; 13(2):261-276. doi: 10.1093/schbul/13.2.261
23	Kunitoh N. From hospital to the community: the influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients. <i>Psychiatry Clin Neurosci.</i> 2013; 67:384-396. doi: 10.1111/pcn.12071	Kunitoh N. From hospital to the community: the influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients. <i>Psychiatry Clin Neurosci.</i> 2013; 67(6):384-396. doi: 10.1111/pcn.12071
24	Lee SY, Kim KH, Kim T, Kim SM, Kim JW, Han C, Song JY, Paik JW. Outpatient Follow-Up Visit after Hospital Discharge Lowers Risk of Rehospitalization in Patients with Schizophrenia: A Nationwide Population-Based Study. <i>Psychiatry Investig.</i> 2015; 12:425-433. doi: 10.4306/pi.2015.12.4.425.	Lee SY, Kim KH, Kim T, Kim SM, Kim JW, Han C, Song JY, Paik JW. Outpatient Follow-Up Visit after Hospital Discharge Lowers Risk of Rehospitalization in Patients with Schizophrenia: A Nationwide Population-Based Study. <i>Psychiatry Investig.</i> 2015; 12:425-433. doi: 10.4306/pi.2015.12.4.425.
25	Lewis T, Joyce PR. The new revolving-door patients: results from a national cohort of first admissions. <i>Acta Psychiatr Scand.</i> 1990; 82:130-135. doi: 10.1111/j.1600-0447.1990.tb01369.x	Lewis T, Joyce PR. The new revolving-door patients: results from a national cohort of first admissions. <i>Acta Psychiatr Scand.</i> 1990; 82:130-135. doi: 10.1111/j.1600-0447.1990.tb01369.x
26	Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. <i>Acta Psychiatr Scand.</i> 2000; 101:323-329. doi: 10.1111/j.1600-0447.2000.tb10933.x	Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. <i>Acta Psychiatr Scand.</i> 2000; 101:323-329. doi: 10.1111/j.1600-0447.2000.tb10933.x
27	Solomon P, Gordon B, Davis J. Differentiating psychiatric readmissions from nonreadmissions. <i>Am J Orthopsychiatry.</i> 1984; 54:426-435. doi: 10.1111/j.1939-0025.1984.tb01508.x.	Solomon P, Gordon B, Davis J. Differentiating psychiatric readmissions from nonreadmissions. <i>Am J Orthopsychiatry.</i> 1984; 54(3):426-435. doi: 10.1111/j.1939-0025.1984.tb01508.x.

## Сведения об авторах

**Пашковский Владимир Эдуардович**—д.м.н., доцент, врач-психиатр СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: pashvladimir@yandex.ru

**Софронов Александр Генрихович**—д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, главный врач СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: alex-sofronov@yandex.ru

**Колчев Сергей Александрович**—к.м.н., заведующий отделением СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», ассистент кафедры психиатрии и наркологии

гии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: s.kolchev@me.com

**Абриталин Евгений Юрьевич** — д.м.н., доцент, врач-методист СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: e@abritalin.ru

**Федоровский Игорь Дмитриевич** — врач-психиатр СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», аспирант кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: fedorovskij@bk.ru

**Добровольская Алла Евгеньевна** — к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова. E-mail: alla.dobrovolskaya@szgmu.ru

## Биологические маркеры суицидального поведения и обоснование использования уровня кальцидиола в крови

Петрова Н.Н.<sup>1</sup>, Дорофейков В.В.<sup>2</sup>, Дорофейкова М.В.<sup>3</sup>, Задорожная М.С.<sup>4</sup>, Кайстрия И.В.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский Государственный Университет,

<sup>2</sup> Национальный Государственный Университет физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург,

<sup>3</sup> ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»,

<sup>4</sup> СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко»,

<sup>5</sup> ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург

**Резюме.** Статья посвящена проблеме поиска биомаркеров суицидального поведения и включает обзор литературы, а также результаты собственного исследования особенностей суицидального поведения больных депрессией молодого возраста (18–27 лет) в зависимости от концентрации кальцидиола.

**Ключевые слова:** депрессия, биомаркеры суицидального поведения, кальцидиол

### Biological markers of suicidal behavior and justification of use level calzidiola in the blood

Petrova N.N.<sup>1</sup>, Dorofeykov V.V.<sup>2</sup>, Dorofeykova M.V.<sup>3</sup>, Zadorozhnaya M.S.<sup>4</sup>, Kaystrya I.V.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> St. Petersburg University,

<sup>2</sup> Lesgaft National State University of Physical Education, Sport and Health,

<sup>3</sup> Federal governmental budget institution «National medical research center of psychiatry and neurology n.a. V.M. Bekhterev»,

<sup>4</sup> Psychiatric hospital №1 n.a. P.P. Kaschenko,

<sup>5</sup> Almazov National Medical Research Centre

**Summary.** The article is devoted to the problem of search of biomarkers of suicidal behavior and includes literature review, as well as the results of own research of features of suicidal behavior of young age patients with depression (18—27 years) depending on the concentration of calcidiol.

**Key words:** depression, biomarkers of suicidal behavior, calcidiol

Суицид продолжает оставаться важной медицинской и социальной проблемой. Распространенность суицидов в мире достигает 11,4 на 100 000 человек, ежегодно около 800 000 человек умирают вследствие суицида, причем этот показатель не учитывает другие формы суицидального поведения, такие как суицидальные попытки и мысли. Риск повторных суицидальных попыток составляет 16,3%, а риск завершеного суицида — 1,6% в течение года после попытки [23].

В настоящее время не существует надежных методов оценки суицидального риска [31]. Актуален поиск биомаркеров, доступных малоинвазивному определению. Считают, что, несмотря на наследственный характер многих психических расстройств, связанных с суицидальным поведением, его тяжелые формы наследуются независимо и специфическая наследуемость составляет от 17 до 36%. Поиск отдельных генов, ответственных за склонность к суицидальному поведению, оказался безуспешен. Обнаружено более 200 генов, связанных с суицидными попытками или завершённым суицидом. Результаты исследования генов, отвечающих за скорость синтеза серотонина, снижение серотонинергической нейротрансмиссии, нейротрофические факторы были гетерогенны. Пол-

ногеномный поиск ассоциаций (GWAS) не обнаружил достоверных ассоциаций. В качестве мишеней для будущих исследований выделены механизмы, отвечающие за клеточную адгезию и миграцию, пути передачи сигналов с помощью рецепторов к тирозинкиназе, механизмы гидролиза (разрушения) внутриклеточного гуанозинтрифосфата. Гены нейротрофического фактора головного мозга (BDNF) и NTRK2 оказались независимо от наличия психических расстройств связаны с суицидальным поведением [23].

Неблагополучное детство оказывает глубокое и долгосрочное воздействие на развитие психологических и когнитивных характеристик, связанных с риском суицидального поведения. Механизмами таких изменений считаются изменения метилирования ДНК и модификации гистонов, которые претерпевают динамику в течение жизни и могут влиять на его формирование. Показано, что суицид связан с изменениями метилирования нейротрофических и нейропротективных факторов в гиппокампе и префронтальной коре. Предиктивная ценность в отношении суицидных попыток была установлена для процесса метилирования гена SKA2, который участвует в функционировании глюкокортикоидных рецепторов [23].

К формированию суицидального поведения имеют отношение нейромедиаторные системы, гипоталамо-гипофизарно-кортикоидная система, иммунная система и некоторые особенности системного метаболизма, в частности, нарушения липидного обмена. Дефицит серотонинергической нервной передачи считается прямо связанным с нарушениями функционирования лобных долей и суицидальным поведением [35]. У страдавших депрессией лиц с завершённым суицидом были снижены уровни 5-гидроксииндолуксусной кислоты, являющейся метаболитом серотонина в дорсальном ядре шва, повышено количество серотонинергических нейронов, экспрессия и уровни триптофангидроксилазы. Измерение индуцированного фенфлурамином пролактина или высвобождения кортизола у пациентов с депрессией относится к методам, используемым для исследования центральной серотонинергической функции. Введение фенфлурамина вызывает высвобождение 5НТ из пресинаптических нейронов, который действует на постсинаптические 5НТ-рецепторы и вызывает высвобождение гормонов переднего отдела гипофиза, таких как пролактин и адренокортикотропный гормон (АКТГ). Реакция пролактина на D-L-фенфлурамин значительно снижена у пациентов с историей попыток самоубийства [7, 25]. Пациенты с депрессией и суицидными попытками имели более низкий ответ на кортизол, чем пациенты без попыток самоубийства [6]. Coryell и Schlessler (2001) наблюдали за 78 пациентами в течение 15 лет и риск самоубийства у лиц с аномальным дексаметазоновым тестом составил 26,8% по сравнению с 2,9% пациентов, у которых были нормальные результаты теста [8].

Tripodanakis и соавт. (2002) на примере 54 пациентов с расстройством адаптации, 25 — с депрессией, 16 — с шизофренией и 16 — с расстройством личности показали, что основной метаболит норадреналина 3-метокси-4-гидроксифенилгликоля (МНPG) в моче значительно выше у суицидальных пациентов по сравнению с контролем [33].

Имеющиеся данные о роли дефицита ГАМКергической медиации в патогенезе тревоги и депрессии позволяют рассматривать систему метаболизма ГАМК как перспективный объект исследований суицидального поведения. Именно воздействие на глутаматергическую систему, а также повышение передачи сигналов с помощью рецепторов  $\alpha$ -амино-3-гидрокси-5-метил-4-изоксазолпропионовой кислоты (АМРА) обуславливают быстрое антидепрессивное и антисуицидальное действие кетамина [24, 30].

Появились данные о роли полиаминовой системы в отношении суицидального поведения. Повышение уровней путресцина и агматина оказывает антидепрессивный и противотревожный эффекты, возможно, через снижение реакции воспаления, а также усиливая действие антидепрессантов, связываясь с NMDA-рецепторами. Посмертные исследования продемонстрировали изменения активности ферментов системы метаболизма полиаминов в головном мозге суицидентов [23].

Показано, что уровень BDNF изменяется в сыворотке крови и тромбоцитах у суицидентов [9]. Уровни BDNF в плазме были значительно ниже у пациентов с суицидальной депрессией по сравнению с пациентами с депрессией без суицидальных тенденций и контролем [18]. В головном мозге лиц, совершивших суицид, обнаруживают снижение экспрессии BDNF, что объясняется изменением метилирования гена BDNF и его рецептора, тирозинкиназы B (TrkB). Постмортальные исследования показали изменение уровня BDNF в головном мозге жертв самоубийств [10, 29].

Одна из функциональных гипотез говорит о том, что биохимические стимулы, обусловленные снижением холестерина, влекут за собой рисковое поведение или депрессию [16].

При исследовании 41 биомаркера у 42 пациентов с биполярным аффективным расстройством и 46 больных шизофренией были установлены корреляции с четырьмя биомаркерами (спермидин/спермин N1-ацетилтрансфераза 1-SAT1, фосфатазный и тензиновый гомолог — PTEN, миристолированный аланин-богатый C-субстрат протеинкиназы — MARCKS, митоген-активированной протеинкиназы киназа-3 — MAP3K3), особенно у мужчин с биполярным расстройством, причем точность тестов выросла с 65 до 80%, когда анализ осуществили с учетом настроения. Авторы сделали вывод, что SAT1, PTEN, MARCKS и MAP3K3 могут быть биомаркерами суицидальности [27].

Посмертное исследование больных с аффективными расстройствами выявило функциональные различия в дорсальном ядре шва у пациентов с суицидальным поведением [5]. Данные одного из посмертных исследований поддерживают гипотезу глутаматергической дисфункции в лобной коре жертв суицида [28]. Нейрофизиологические исследования пациентов, совершивших попытку суицида, указывают на наличие дисфункции в дорсолатеральной префронтальной коре или орбитофронтальной коре с нарушением исполнительных функций (например, нарушенные функции внимания, решения задач, оперативной памяти, когнитивная ригидность) и повышенную импульсивность [15, 35]. Уровни метаболитов оксида азота значительно повышены в плазме пациентов после попытки самоубийства [19, 21]. Можно предположить роль микроглиальных цитокинов или индуцируемой синтазы оксида азота (iNOS) в суицидальном поведении.

В последние годы появились данные о роли активных производных витамина D в работе центральной нервной системы [12]. В настоящее время некоторые метаболиты витамина D рассматривают как «нейростероиды», контролирующие около 1000 генов, многие из которых находятся в головном мозге. Дефицит витамина D негативно влияет на генетические пути, важные для развития головного мозга, социального познания и принятия решений. Нарушения гена рецептора витамина D связаны с развитием когнитивной дисфункции и депрессии. Витамин D обладает нейропротективным эффектом, который свя-

зан с влиянием на синтез нейротрофинов, поддерживающих жизнеспособность нейронов, стимулирующих их развитие и активность, влияющих на синаптическую передачу импульсов; регулирует ген экспрессии тирозингидроксилазы — фермента, участвующего в синтезе норэпинефрина и дофамина; активирует транскрипцию гена синтеза серотонина в головном мозге [11]. Исследования во многих странах демонстрируют взаимосвязь между низким уровнем витамина D и развитием депрессии [1, 2, 4, 14, 17, 20, 22, 26]. Имеются указания, что концентрация кальцидиола или витамина D(OH) в крови может быть связана с риском самоубийства [13, 32, 34]. Возможность быстрого и недорого определения уровня кальцидиола в периферической ткани человека позволяет рассматривать его как потенциальный биомаркер психического состояния.

Целью исследования явился поиск биомаркеров суицидального риска у больных депрессией с фокусом на кальцидиоле для повышения эффективности профилактики суицидального поведения. В задачи настоящего исследования входило изучение взаимосвязи уровня витамина D — кальцидиола, определяемого в сыворотке крови, и суицидального поведения пациентов с депрессией.

#### Материал и методы

Обследовано 52 больных депрессией, в том числе 34 женщины и 18 мужчин в возрасте  $22,5 \pm 2,8$  лет. Критериями включения в исследование явился возраст от 18 до 30 лет; первый депрессивный эпизод, обследование в период с октября по апрель. Критериями исключения были наличие органической патологии головного мозга, злоупотребление психоактивными веществами, хроническая соматическая патология.

До начала медикаментозной терапии у пациентов осуществляли забор венозной крови натощак для автоматизированного определения уровня кальцидиола в сыворотке крови с использованием иммунохимического анализатора закрытого типа «Architect i1000» («Abbott», США) с использованием реагентов, контрольных и калибровочных материалов производителя. Аппаратура и реагенты имели все необходимые разрешения Росздравнадзора для диагностического использования в медицинской практике. Диапазон измерений биомаркера составлял от 4 до 160 нг/мл. Нормальным считали уровень кальцидиола в крови от 30 до 100 нг/мл [1]. Клинико-шкальная оценка включала шкалу Монтгомери-Асберг, Колумбийскую шкалу для оценки риска суицида. В рамках статистической обработки данных осуществляли расчёт коэффициента корреляции Спирмена, составляли уравнения линейной регрессии в программе SPSS Statistics (Version 17).

#### Результаты

В структуре депрессивных расстройств преобладали умеренные (45% случаев) и лёгкие (30%)

депрессии, тяжёлые депрессии встречались только у 18%, а крайне тяжёлые — у 7% пациентов.

Суицидальные попытки в прошлом имелись у 24 больных, случаи повторных суицидов составили 30,4% от общего числа попыток. Наличие актуальных суицидальных тенденций было выявлено у 65% пациентов. У 45% больных был установлен средний, у 40% — низкий и у 15% — высокий риск суицида. Различий по частоте суицидальных попыток в зависимости от пола не выявлено (48% мужчин и 44,6% женщин).

Показано, что авитаминоз имелся у 11 (21%) больных, дефицит — у 31 (60%) и нормальный уровень кальцидиола — у 10 (19%) пациентов. Установлен параллелизм содержания кальцидиола в плазме и выраженности депрессии (коэффициент корреляции Спирмена  $-0,83$ ;  $p < 0,001$ ). У пациентов с авитаминозом D(OH) отсутствовали случаи низкого риска суицида, а средний и высокий риск суицида встречался с одинаковой частотой. У пациентов с дефицитом кальцидиола в 44% случаев имелся средний риск суицида. У больных депрессией с нормальным содержанием кальцидиола в крови риск суицида был низким.

Повторные суицидальные попытки встречались у 81,8% пациентов с авитаминозом и у 41,9% — с дефицитом кальцидиола.

При оценке интенсивности суицидальных идей по Колумбийской шкале в зависимости от уровня кальцидиола было выявлено, что суицидальные мысли с конкретным планом и намерением осуществить суицид встречались только у пациентов с авитаминозом D. Все пациенты с высоким риском суицида имели авитаминоз: уровень кальцидиола ниже 10 нг/мл. У больных депрессией с дефицитом витамина D (10-30 нг/мл) отмечались суицидальные мысли меньшей интенсивности с преобладанием неспецифического желания умереть. В группе пациентов с нормальным уровнем кальцидиола наблюдался только один случай неотчетливых суицидальных тенденций (таблица 1).

Нарастание интенсивности суицидальных тенденций прямо коррелирует со снижением уровня кальцидиола в крови (коэффициент Спирмена  $-0,76$ ;  $p < 0,001$ ). На основе полученных данных составлено уравнение линейной регрессии:  $Y = 3.8101 - 0.0892 \cdot X$ , где Y — интенсивность суицидных идей. X — уровень D(OH) в плазме крови (в нг/мл).

В то же время, остается неясным, что является причиной, а что следствием. Дефицит витамина D — распространенное явление во всем мире, однако данные о прямой зависимости суицидального поведения от недостаточной инсоляции отсутствуют. Возможно, низкий уровень активных метаболитов витамина D (например, кальцидиола) в крови больных депрессией с риском суицида определяется более высокой скоростью утилизации этих веществ, например, за счет поглощения их рецепторами на поверхности клеточных мембран определенных нейронов, или, наоборот, нарушением чувствительности рецепторов

Уровень кальцидиола	Интенсивность суицидальных мыслей по Колумбийской шкале				
	Желание умереть	Активные неспецифические мысли о суициде	Актуальные суицидальные идеи при отсутствии намерения действовать	Актуальные суицидальные идеи при отсутствии конкретного плана	Актуальные суицидальные идеи при конкретном плане и намерении
Дефицит	16,2	5,4	16,2	10,8	10,8
Пониженное содержание	18,9	18,9	-	-	-
Норма	-	-	-	2,7	-

к гидроксированному производному витамина D. Неизвестен оптимальный уровень кальцидиола, который должен стать терапевтической целью у больных депрессией с суицидальными тенденциями. Нерешенной проблемой при назначении витаминотерапии является вопрос о дозировках препаратов кальция. Надо отметить, что в эксперименте на животных, находившихся длительное время без солнечного света, в том числе во время беременности, новорожденные крысы обнаруживали признаки тяжелого поражения головного мозга, хотя при этом уровень кальция в сыворотке был в норме [3]. По нашему мнению, только широкомасштабные исследования с использованием современной аналитической аппаратуры для определения такого сложного в диагностике метаболита как кальцидиол крови дадут ясный ответ о причинно-следственной связи между развитием дефицита производных витамина D, как одного из основных регуляторов кальциевого обмена в головном мозге, и суицидальным поведением.

### Заключение

Суицидальные мысли, попытки суицида и завершенный суицид представляют собой разные состояния в рамках континуума суицидального поведения. Оценка выраженности суицидального риска важна для дифференцированных профилактических и терапевтических вмешательств. Выделение биомаркеров суицидального риска будет способствовать предотвращению суицидов, снижению уровня суицидальности в популяции. Результаты исследования свидетельствуют о наличии ассоциации суицидальных мыслей с дефицитом кальцидиола, что позволяет рассматривать уровень кальцидиола у больных депрессией молодого возраста как один из маркеров суицидальных тенденций. Определение витамина D в сыворотке крови — быстрый неинвазивный способ дополнительной оценки риска суицида и выделения групп риска в популяции.

Исследование поддержано грантом Российского научного фонда (проект №14-50-00069), Санкт-Петербургский государственный университет

### Литература

1	Дорофейков В.В., Задорожная М.С., Петрова Н.Н. Депрессия и витамин D // Психиатрия. — 2014. — № 2. — С.84-90.	Dorofeykov V.V., Zadorozhnaya M.S., Petrova N.N. Depression and vitamin D. <i>Psichiatriya</i> . 2014; 2:84-90. (In Rus.).
2	Задорожная М.С., Дорофейков В.В., Петрова Н.Н. Психическое здоровье и витамин D(OH) крови//Психическое здоровье. — 2017. — №8. — С.19-27.	Zadorozhnaya M.S., Dorofeykov V.V., Petrova N.N. Psychological health and vitamin D(OH). <i>Psikhicheskoye zdorovye</i> . 2017; 2:19-27. (In Rus.).
3	Петрова Н.Н., Дорофейков В.В., Варзин С.А. Витамин D: новые знания и новые возможности для сохранения здоровья и улучшения спортивных результатов// Теория и практика физической культуры. — 2016. — №11. — С.32-34.	Petrova N.N., Dorofeykov V.V., Varzin S.A. Vitamin D: new knowledge and opportunities for health protection and athletic performance improvement. <i>Teoriya i praktika fizicheskoy kultury</i> . 2016; 11:32-34. (In Rus.).
4	Bertone-Johnson E.R., Powers S.I., Spangler L. et al. Vitamin D intake from foods and supplements and depressive symptoms in a diverse population of older women// <i>Am J Clin Nutr</i> . — 2011. — №2. — P.1104-1112.	Bertone-Johnson E.R., Powers S.I., Spangler L. et al. Vitamin D intake from foods and supplements and depressive symptoms in a diverse population of older women. <i>Am J Clin Nutr</i> . 2011; 2:1104-1112.

5	Bielau H., Mawrin C., Krell D. et al. Differences in activation of the dorsal raphe nucleus depending on performance of suicide // <i>Brain Research</i> . — 2005. — Vol.1039. — P.43–52.	Bielau H., Mawrin C., Krell D. et al. Differences in activation of the dorsal raphe nucleus depending on performance of suicide. <i>Brain Research</i> . 2005; 1039:43–52.
6	Cleare A.J., Murray R.M., O'Keane V. Reduced prolactin and cortisol responses to D-fenfluramine in depressed compared to healthy matched control subjects// <i>Neuropsychopharmacology</i> . — 1996. — №14. — P.349–354.	Cleare A.J, Murray R.M, O'Keane V. Reduced prolactin and cortisol responses to D-fenfluramine in depressed compared to healthy matched control subjects. <i>Neuropsychopharmacology</i> . 1996; 14:349–354.
7	Coccaro E.F, Berman M.E., Kavoussi R.J., Hauger R.L. Relationship of prolactin response to D-fenfluramine to behavioral and questionnaire assessments of aggression in personality-disordered men// <i>Biol. Psychiatry</i> . — 1996. — №40. — P.157–164.	Coccaro E.F, Berman M.E., Kavoussi R.J., Hauger R.L. Relationship of prolactin response to D-fenfluramine to behavioral and questionnaire assessments of aggression in personality-disordered men. <i>Biol. Psychiatry</i> . 1996; 40:157–164.
8	Coryell W, Schlessler M. The dexamethasone suppression test and suicide prediction // <i>Am. J. Psychiatry</i> . — 2001. — №158. — P.748–753.	Coryell W, Schlessler M. The dexamethasone suppression test and suicide prediction. <i>Am. J. Psychiatry</i> . 2001; 158:748–753.
9	Deveci A., Aydemir O., Taskin O., Taneli F, Esen-Danaci A. Serum BDNF levels in suicide attempters related to psychosocial stressors: A comparative study with depression // <i>Neuropsychobiology</i> . — 2007. — №56. — P.93–97.	Deveci A., Aydemir O., Taskin O., Taneli F, Esen-Danaci A. Serum BDNF levels in suicide attempters related to psychosocial stressors: A comparative study with depression. <i>Neuropsychobiology</i> . 2007; 56 93–97.
10	Dwivedi Y, Rizavi H.S, Conley R.R, Roberts R.C, Tamminga C.A, Pandey G.N. Altered gene expression of brain-derived neurotrophic factor and receptor tyrosine kinase B in postmortem brain of suicide subjects // <i>Arch Gen Psychiatry</i> . — 2003. — №60. — P.804–815.	Dwivedi Y, Rizavi H.S, Conley R.R, Roberts R.C, Tamminga C.A, Pandey G.N. Altered gene expression of brain-derived neurotrophic factor and receptor tyrosine kinase B in postmortem brain of suicide subjects. <i>Arch Gen Psychiatry</i> . 2003; 60:804–815.
11	Eyles D.W., Burne T.H., McGrath J.J. Vitamin D, effects on brain development, adult brain function and the links between low levels of vitamin D and neuropsychiatric disease // <i>Front Neuroendocrinol</i> . — 2013. — №34. — P.47–64.	Eyles D.W., Burne T.H., McGrath J.J. Vitamin D, effects on brain development, adult brain function and the links between low levels of vitamin D and neuropsychiatric disease. <i>Front Neuroendocrinol</i> . 2013; 34:47–64.
12	Garcion E., Wion-Barbot N., Montero-Menei C.N., Berger F, Wion D. New clues about vitamin D functions in the nervous system // <i>Trends. Endocrinol. Metab</i> . — 2002. — №2. — P.100–105.	Garcion E., Wion-Barbot N., Montero-Menei C.N., Berger F, Wion D. New clues about vitamin D functions in the nervous system. <i>Trends Endocrinol Metab</i> . 2002; 2:100–105.
13	Grudet C., Malm J., Westrin A., Brundin L. Suicidal patients are deficient in vitamin D, associated with a pro-inflammatory status in the blood // <i>Psychoneuroendocrinology</i> . — 2014. — №50. — P.210–219.	Grudet C., Malm J., Westrin A., Brundin L. Suicidal patients are deficient in vitamin D, associated with a pro-inflammatory status in the blood. <i>Psychoneuroendocrinology</i> . 2014; 50:210–219.
14	Hogberg G., Gustafsson S.A., Hallstrom T., Gustafsson T., Klawitter B., Petersson M. Depressed adolescents in a case-series were low in vitamin D and depression was ameliorated by vitamin D supplementation // <i>Acta Paediatr</i> . — 2012. — №101. — P.779–783. doi:10.1111/j.1651-2227.2012.02655.x. Epub 2012 Mar 27.	Hogberg G., Gustafsson S.A., Hallstrom T., Gustafsson T., Klawitter B., Petersson M. Depressed adolescents in a case-series were low in vitamin D and depression was ameliorated by vitamin D supplementation. <i>Acta Paediatr</i> . 2012; 101:779–783. doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02655.x. Epub 2012 Mar 27.
15	Jollant F, Bellivier F, Leboyer M, Astruc B, Torres S, Verdier R, Castelnau D, Malafosse A, Courtet P. Impaired decision making in suicide attempters. <i>American Journal of Psychiatry</i> . — 2005. — Vol.162. — P.304–310.	Jollant F, Bellivier F, Leboyer M, Astruc B, Torres S, Verdier R, Castelnau D, Malafosse A, Courtet P. Impaired decision making in suicide attempters. <i>American Journal of Psychiatry</i> . 2005; 162:304–310.

16	Kaplan J.R., Muldoon M.F., Manuck S.B et al. Assessing the observed relationship between low cholesterol and violence-related mortality. Implication for suicide risk // <i>Ann. N.Y. Acad. Sci.</i> — 1997. — №836. — P.57-80.	Kaplan J.R., Muldoon M.F., Manuck S.B et al. Assessing the observed relationship between low cholesterol and violence-related mortality. Implication for suicide risk. <i>Ann. N.Y. Acad. Sci.</i> 1997; 836:57-80.
17	Khoraminy N., Tehrani-Doost M., Jazayeri S. et al. Therapeutic effects of vitamin D as adjunctive therapy to fluoxetine in patients with major depressive disorder // <i>Aust. N. Z. J. Psychiatry.</i> — 2013. — №47. — P.271-275. doi: 10.1177 / 0004867412465022. Epub 2012 Oct 23.	Khoraminy N., Tehrani-Doost M., Jazayeri S. et al. Therapeutic effects of vitamin D as adjunctive therapy to fluoxetine in patients with major depressive disorder. <i>Aust. N. Z. J. Psychiatry.</i> 2013; 47(3):271-275. doi: 10.1177 / 0004867412465022. Epub 2012 Oct 23.
18	Kim Y.K., Lee H.P., Won S.D. et al. Low plasma BDNF is associated with suicidal behavior in major depression // <i>Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.</i> — 2007. — №31. — P.78-85.	Kim Y.K., Lee H.P., Won S.D. et al. Low plasma BDNF is associated with suicidal behavior in major depression. <i>Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.</i> 2007; 31:78-85.
19	Kim Y.K., Paik J.W., Lee S.W., Yoon D., Han C., Lee B.H. Increased plasma nitric oxide level associated with suicide attempt in depressive patients // <i>Progress in Neuro-psychopharmacology &amp; Biology Psychiatry.</i> — 2006. — №30. — P.1091-1096.	Kim Y.K., Paik J.W., Lee S.W., Yoon D., Han C., Lee B.H. Increased plasma nitric oxide level associated with suicide attempt in depressive patients. <i>Progress in Neuro-psychopharmacology &amp; Biology Psychiatry.</i> 2006; 30:1091-1096.
20	Kjærsgaard M., Waterloo K., Wang C.E., Almås B., Figenschau Y., Hutchinson M.S., Svartberg J., Jorde R. Effect of vitamin D supplement on depression scores in people with low levels of serum 25-hydroxyvitamin D: nested case-control study and randomised clinical trial // <i>Br J Psychiatry.</i> — 2012. — №201. — P.360-368. doi: 10.1192/bjp.bp.111.104349. Epub 2012 Jul 12.	Kjærsgaard M., Waterloo K., Wang C.E., Almås B., Figenschau Y., Hutchinson M.S., Svartberg J., Jorde R. Effect of vitamin D supplement on depression scores in people with low levels of serum 25-hydroxyvitamin D: nested case-control study and randomised clinical trial. <i>Br. J. Psychiatry.</i> 2012; 201(5):360-368. doi: 10.1192/bjp.bp.111.104349. Epub 2012 Jul 12.
21	Lee B.H., Lee S.W., Yoon D., Lee H.J., Yang J.C., Shim S.H., Kim D.H., Ryu S.H., Han C., Kim Y.K. Increased plasma nitric oxide metabolites in suicide attempters // <i>Neuropsychobiology.</i> — 2006. — №53. — P.127-132.	Lee B.H., Lee S.W., Yoon D., Lee H.J., Yang J.C., Shim S.H., Kim D.H., Ryu S.H., Han C., Kim Y.K. Increased plasma nitric oxide metabolites in suicide attempters. <i>Neuropsychobiology.</i> 2006; 53:127-132.
22	Li G., Mbuagbaw L., Samaan Z., Zhang S., Adachi J.D., Papaioannou A., Thabane L. Efficacy of vitamin D supplementation in depression in adults: a systematic review protocol // <i>Systematic Reviews.</i> — 2013. — №2. — P.757-767. doi: 10.1210/jc.2013-3450. Epub 2013 Dec 11.	Li G., Mbuagbaw L., Samaan Z., Zhang S., Adachi J.D., Papaioannou A., Thabane L. Efficacy of vitamin D supplementation in depression in adults: a systematic review protocol. <i>Systematic Reviews.</i> 2013; 2:757-767. doi: 10.1210/jc.2013-3450. Epub 2013 Dec 11.
23	Lutz P-E., Mechawar N., Turecki G. Neuropathology of suicide: recent Findings and future directions // <i>Molecular Psychiatry advance online publication.</i> July 11 2017. doi:10.1038/mp.2017.141	Lutz P-E., Mechawar N., Turecki G. Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. <i>Molecular Psychiatry advance online publication.</i> July 11 2017. doi:10.1038/mp.2017.141
24	Mallick F., McCullumsmith Ch.B. Ketamine for Treatment of Suicidal Ideation and Reduction of Risk for Suicidal Behavior // <i>Curr Psychiatry Rep.</i> — 2016. — Vol.18. — P.61. doi: 10.1007/s11920-016-0680-7.	Mallick F., McCullumsmith Ch.B. Ketamine for Treatment of Suicidal Ideation and Reduction of Risk for Suicidal Behavior. <i>Curr Psychiatry Rep.</i> 2016; 18:61. doi: 10.1007/s11920-016-0680-7.
25	Malone K.M., Corbitt E.M., Li S., Mann J.J. Prolactin response to fenfluramine and suicide attempt lethality in major depression // <i>Br. J. Psychiatry.</i> — 1996. — №168. — P.324-329.	Malone K.M., Corbitt E.M., Li S., Mann J.J. Prolactin response to fenfluramine and suicide attempt lethality in major depression. <i>Br.J.Psychiatry.</i> 1996; 168:324-329.
26	Nanri A., Mizoue T., Matsushita Y., Poudel-Tandukar K., Sato M, Ohta M., Mishima N. Association between serum 25-hydroxyvitamin D and depressive symptoms in Japanese: analysis by survey season // <i>Eur J Clin Nutr.</i> — 2009. — №2. — P.1444-1447.	Nanri A., Mizoue T., Matsushita Y., Poudel-Tandukar K., Sato M, Ohta M., Mishima N. Association between serum 25-hydroxyvitamin D and depressive symptoms in Japanese: analysis by survey season. <i>Eur. J. Clin. Nutr.</i> 2009; 2:1444-1447.

27	Niculescu A, Levey D, Ayalew M. Discovery and validation of blood biomarkers for suicidality // <i>Molecular Psychiatry</i> . — 2013. — №18. — P.1249-1264. doi: 10.1038/mp.2013.95. Epub 2013 Aug 20.	Niculescu A, Levey D, Ayalew M. Discovery and validation of blood biomarkers for suicidality. <i>Molecular Psychiatry</i> . 2013; 18:1249-1264. doi: 10.1038/mp.2013.95. Epub 2013 Aug 20.
28	Nowak G, Ordway GA, Paul IA. Alterations in the N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor complex in the frontal cortex of suicide victims // <i>Brain Research</i> . — 1995. -№675. — P.157-164.	Nowak G, Ordway GA, Paul IA. Alterations in the N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor complex in the frontal cortex of suicide victims. <i>Brain Research</i> . 1995; 675:157-164.
29	Pandey G.N., Ren X., Rizavi H.S., Conley R.R., Roberts R.C., Dwivedi Y. Brain-derived neurotrophic factor and tyrosine kinase B receptor signalling in post-mortem brain of teenage suicide victims // <i>Int. J. Neuropsychopharmacol.</i> — 2008. -№11. — P.1047-1061.	Pandey G.N, Ren X, Rizavi H.S, Conley R.R, Roberts R.C, Dwivedi Y. Brain-derived neurotrophic factor and tyrosine kinase B receptor signalling in post-mortem brain of teenage suicide victims. <i>Int.J.Neuropsychopharmacol.</i> 2008; 11:1047-1061.
30	Price R.B., Iosifescu D.V., Murrough J.W. et al. Effects of Ketamine on Explicit and Implicit Suicidal Cognition: A Randomized Controlled Trial in Treatment-Resistant Depression // <i>Depress Anxiety</i> . — 2014. - №31. — P.335-343. doi: 10.1002/da.22253. Epub 2014 Mar 25.	Price R.B., Iosifescu D.V., Murrough J.W. et al. Effects of Ketamine on Explicit and Implicit Suicidal Cognition: A Randomized Controlled Trial in Treatment-Resistant Depression. <i>Depress. Anxiety</i> . 2014; 31:335-343. doi: 10.1002/da.22253. Epub 2014 Mar 25.
31	Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence // <i>Abe T. ed. PLoS ONE</i> . — 2017. — №12. — e0180292. doi:10.1371/journal.pone.0180292.	Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. <i>Abe T, ed. PLoS ONE</i> . 2017; 12:e0180292. doi:10.1371/journal.pone.0180292.
32	Tariq M.M., Streeten E.A., Smith H.A., Sleemi A., Khabazghazvini B., Vaswani D., Postolache T.T. Vitamin D: a potential role in reducing suicide risk? // <i>Int J Adolesc Med Health</i> . — 2011. — №23. — P.157-165.	Tariq M.M., Streeten E.A., Smith H.A., Sleemi A., Khabazghazvini B., Vaswani D., Postolache T.T. Vitamin D: a potential role in reducing suicide risk? <i>Int J Adolesc Med Health</i> . 2011; 23:157-165.
33	Tripodianakis J, Markianos M, Sarantidis D, Agouridaki M. Biogenic amine turnover and serum cholesterol in suicide attempt // <i>Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci</i> . — 2002. — №252. — P.38-43.	Tripodianakis J, Markianos M, Sarantidis D, Agouridaki M. Biogenic amine turnover and serum cholesterol in suicide attempt. <i>Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci</i> . 2002; 252:38-43.
34	Umhau J.C., George D.T., Heaney R.P. Low vitamin D status and suicide: a case-control study of active duty military service members // <i>PLoS One</i> . — 2013. — №8. — P.51-54.	Umhau J.C., George D.T., Heaney R.P. Low vitamin D status and suicide: a case-control study of active duty military service members // <i>PLoS One</i> . 2013; 8:51-54.
35	van Heeringen K. The neurobiology of suicide and suicidality // <i>Canadia J Psychiatry</i> . — 2003. — №48. — P.292-300.	van Heeringen K. The neurobiology of suicide and suicidality. <i>Canadia J Psychiatry</i> . 2003; 48:292-300.

## Сведения об авторах

**Петрова Наталия Николаевна** — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского Государственного Университета. E-mail: petrova\_nn@mail.ru

**Дорофейков Владимир Владимирович** — д.м.н., доцент, заведующий кафедрой биохимии Национального Государственного Университета физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта. E-mail: vdorofeykov@yandex.ru

**Дорофейкова Мария Владимировна** — к.м.н., младший научный сотрудник, ФГБУ «НМИЦПН им. В.М. Бехтерева». E-mail: mvdorofeykova@mail.ru

**Задорожная Мария Сергеевна** — врач СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко». E-mail: mari\_zadorozhnaya@mail.ru

**Кайстрия Ирина Вячеславовна** — аспирант, врач клинической лабораторной диагностики ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова». E-mail: irinaliz@mail.ru

DOI : 10.31363/2313-7053-2019-1-52-60

## Латентные личностные профили при психических заболеваниях: анализ реструктурированных клинических шкал ММПИ-2\*

Рассказова Е.И.

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова,  
Научный центр психического здоровья, Москва

**Резюме.** На выборке 262 пациентов с психическими заболеваниями на основе реструктурированных шкал ММПИ-2 были выделены шесть латентных личностных профилей. «Подавляющий» профиль характеризуется склонностью к самопрезентации, подавлению и чаще встречается при нарушениях адаптации и шизофрении. «Нормативный» профиль может сочетаться с агрессивностью, трудностями контроля поведения и отмечается у каждого второго пациента с аддикциями. «Психопатизированный» профиль характеризуется неспецифическим нарастанием психопатологических жалоб и распространен при депрессиях. «Невротический» профиль типичен для пациентов с аффективными и шизо-типическим расстройствами. «Шизоидный» профиль сопряжен с признаками вычурного мышления, психотическими симптомами и страхами, а профиль декомпенсации отражает общее острое состояние или невалидность ответов в связи с аггравацией.

**Ключевые слова:** психодиагностика личности, психические заболевания, ММПИ-2, реструктурированные клинические шкалы, анализ латентных профилей.

### Latent personality profiles in mental illnesses: analysis of restructured clinical scales of MMPI-2\*\*

Rasskazova E.

Lomonosov Moscow State University, Mental Health Research Center, Moscow, Russia

**Summary.** On a sample of 262 patients with mental illnesses based on restructured clinical scales of MMPI-2 six latent personality profiles were identified. A “suppressive” profile is characterized by a tendency toward self-presentation, suppression, and is more common with adaptation disorder and schizophrenia. The “normative” profile can be combined with aggressiveness, difficulties of behavior control and is typical for every second patient with addictions. The “psychopathized” profile is characterized by a nonspecific increase in psychopathological complaints and is common in depressions. The “neurotic” profile is typical for patients with affective and schizotypal disorders. The “schizoid” profile is associated with signs of bizarre mantations, psychotic symptoms and fears, while the profile of decompensation reflects a general acute condition or responses invalidity.

**Key words:** psychodiagnostic of personality, mental illnesses, MMPI-2, restructured clinical scales, latent profile analysis.

Психодиагностика личности остается одной из важнейших задач при психических заболеваниях [4], в том числе ввиду ее признанной роли для последующего лечения и реабилитации [2;3]. В клинко-психологической практике наибольшее распространение получили структурированные методики, основанные либо на теоретических моделях [17], либо на так называемом подходе «эмпирической настройки» [20]. Миннесотский многофакторный личностный опросник (ММПИ), в 1989 году переработанный в форме второй версии ММПИ-2 [11], является наиболее

известным примером второго подхода. В России первая версия ММПИ получила известность благодаря работам Ф.Б. Березина и сотрудников [1] и Л.Н. Собчик [7], независимо развивавших две русскоязычные модификации\*\*\* этого инструмента. Относительно недавно была проведена официальная русскоязычная апробация ММПИ-2 [6].

Преимуществом подхода «эмпирической настройки» является «неочевидность» пунктов для респондентов при хорошей дифференциальной способности, а также возможности сопоставительного анализа разных шкал — профиля в целом. Для удобства практики были предложены различные системы кодировки профилей (например, на основе двух, трех пиков и т.п.). Однако полный перебор вариантов был громоздким и далеко не всегда соответствовал клиническим характеристикам пациентов [10;13]. Более того, из-

\* Исследование выполнено при поддержке гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых, проект МК-2193.2017.6 «Психодиагностика личностных убеждений в норме и патологии».

\*\* The study was supported by the grant of the President of the Russian Federation for the state support of young Russian scientists, the project № МК-2193.2017.6 «Psychodiagnostics of personality beliefs in norm and pathology».

\*\*\* Оба автора указывают, что их методики являются модификациями ММПИ.

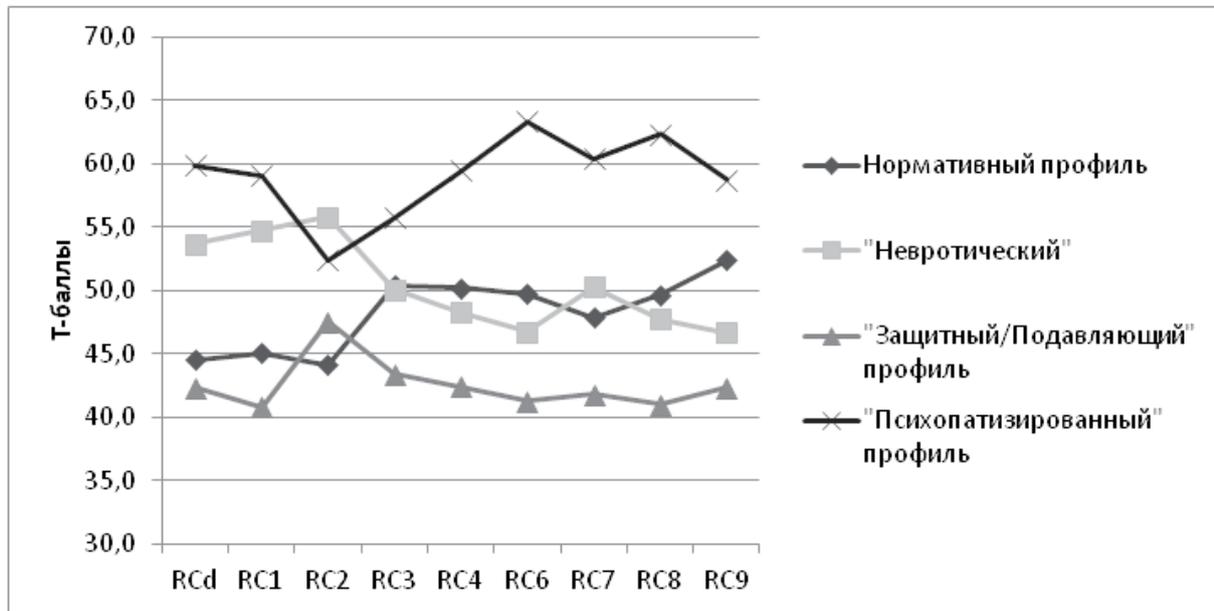


Рис.1. Латентные профили по реструктурированным клиническим шкалам в норме

за различий в форме распределений по разным клиническим шкалам сравнение шкал профиля «на глаз» с выявлением пиков чреватой ошибками [20].

Дальнейшее развитие статистического метода кластерного анализа привело к развитию классификаций профилей пациентов с различными психическими заболеваниями (например, [14;16]). К сожалению, кластерный анализ крайне чувствителен к тому, чтобы исходные переменные были содержательно одноуровневыми и как можно более «равномерно» представляющими реальность — а первая версия ММРІ критиковалась именно за недостаточность теоретического обоснования и эмпирической согласованности шкал [11], а также их «смещение», по-видимому, за счет существования общего фактора «психопатизации», который А. Теллеген с соавторами предложили называть «деморализованностью» [20]. Кроме того, эти методы не учитывают ошибки измерения, которая в психодиагностике личности может быть особенно велика ввиду сложности и неоднозначности измеряемых конструктов [8]. Возможно, поэтому, далеко не все полученные классификации удавалось воспроизвести в дальнейших исследованиях [19].

Вторая версия ММРІ снимает большую часть этой критики: были разработаны «униформные» Т-баллы; шкалы получили теоретическое обоснование и уточнение психометрических характеристик; были добавлены содержательные шкалы, основанные на экспертном выделении содержательно единых паттернов, дополнительные шкалы, полученные в сравнении с новыми клиническими группами. Позднее был проведен анализ больших контрольных и клинических выборок с целью выявления общего фактора «деморализованности» и того содержательного «ядра», кото-

рое специфично для каждой из клинических шкал [20]. Так были получены реструктурированные клинические шкалы, претендующие на однородность: общей деморализованности RCd, соматических жалоб RC1 (предполагаемое «ядро» ипохондрии), низкого уровня позитивных эмоций RC2 (соотносится с депрессией), цинизма RC3 (отрицание которого соотносится с истерией), антисоциального поведения RC4 (соотносится с девиантной психопатией), идей преследования RC6 (соотносится с паранойей), дисфункциональных негативных эмоций RC7 (соотносится с психастенией), аномальных переживаний RC8 (соотносится с шизофренией), гипоманиакальной активности RC9 (соотносится с гипоманией). Латентные же методы анализа (метод латентных классов для категориальных переменных и латентных профилей для переменных в численных шкалах) позволяют учесть ошибки измерения [18]. Однако применяются они относительно редко, преимущественно в отношении специфических выборок и на базовых клинических шкалах [9;12;15;20].

Целью данной работы является выявление латентных личностных профилей при психических заболеваниях на основе реструктурированных шкал ММРІ-2. Анализ латентных профилей в норме позволил дифференцировать четыре варианта (рис. 1, [5]): нормативный, «защитный / подавляющий», «невротический» и «психопатизированный».

### Материалы и методы

Исследование проведено на клинической выборке русскоязычной апробации ММРІ-2\* [6], ко-

\* Автор благодарит проф. Д.А. Леонтьева за разрешение использовать данные для вторичной обработки

торая включила 261 пациента с различными психическими заболеваниями (104 мужчины и 157 женщин в возрасте от 18 до 74 лет, средний возраст  $33,21 \pm 14,61$  лет). Аprobация проводилась на базе следующих учреждений: Психиатрическая клиника имени С.С. Корсакова Первого московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, Научный центр психического здоровья, Городская психиатрическая больница №13.

Критериями исключения из исследования были возраст менее 18 лет, наличие когнитивных, эмоциональных или иных нарушений, препятствующих пониманию пунктов методики и ответу на них, отказ от участия в исследовании.

Респонденты отвечали на 567 вопросов ММРІ-2; сырые показатели трансформировались в Т-баллы отдельно для мужчин и женщин на основе русскоязычных норм\*.

Группа экспертов, включающая психиатра и двух клинических психологов, разделила пациентов на основе их диагнозов по МКБ-10 на 6 групп. Группа аддикций включила 24 пациентов (9,2%) с диагнозами наркомании, алкоголизма и полинаркомании (F10, F11, F19). Группа эмоционально-лабильных пациентов включила 25 человек (9,6%) с биполярным аффективным расстройством (F31), шизоаффективным расстройством (F25), органическим аффективным и органическим эмоционально-лабильным расстройством (F06.3, F06.6). Группа с шизофренией и психотическими расстройствами включила 69 пациентов (27,5%) с шизофренией (F20) и другими психотическими расстройствами (F22, F23). 21 пациент (8,0%) был отнесен к группе с шизотипическим расстройством (F21). Группа с депрессиями включила 40 человек (15,3%) с диагнозами депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, циклотимия, дистимия (F32, F33, F34.0, F34.1). Группа с нарушениями адаптации включила 59 пациентов (22,6%) с реакцией на тяжелый стресс, нарушением адаптации и неврастений (F43, F48.8). Остальные 23 пациента имели единичные разнообразные диагнозы (легкое когнитивное расстройство органического поражения ЦНС F06.7, тревожное расстройство F41.1, F41.2, F41.3, нервная анорексия (F50.0), обсессивно-компульсивное расстройство F42, соматоформное расстройство F45).

Обработка данных проводилась в программах Mplus 7.0. и SPSS 23.0.

### Результаты и их обсуждение

Выявление и интерпретация латентных клинических профилей ММРІ-2

\* Поскольку задачей данного исследования была дифференциация максимального разнообразия личностных профилей пациентов с психическими заболеваниями, не проводилось исключения протоколов на основе шкал валидности. Программа Mplus включает стратегию дополнения пропущенных данных на основе заполненных, поэтому протоколы не исключались и на основе пропусков ответов.

Общей рекомендацией метода латентных профилей [18] является независимый расчет и последующее сравнение моделей с разным количеством классов и разными допущениями (в данном исследовании два варианта: вариативность / инвариативность дисперсий в группах задает допущение о том, могут ли группы быть более или менее разнообразными в сравнении друг с другом; диагональность / недиагональность матрицы ковариаций задает допущение о том, связаны или нет переменные друг с другом). Модель с различными дисперсиями и ковариациями сошлась лишь для случаев двух и трех профилей, и в обоих случаях результаты не позволяли доказать превосходство классификации над ее отсутствием (единой выборкой), поэтому этот вариант был признан не соответствующим эмпирическим данным

В остальных трех случаях сравнивались показатели соответствия моделей (табл. 1) как информационный критерий AIC, так и результаты сравнения методом бутстрепа постоянно свидетельствовали в пользу моделей с большим числом профилей. В модели с инвариантными дисперсиями и диагональной матрицей минимальное значение BIC и максимальное значение энтропии (качества классификации) свидетельствовало в пользу 6 профилей, хотя значимое улучшение модели от пяти к шести профилям по критерию Ло-Менделла-Рубина не отмечалось\*\*. По тем же критериям, в случае выбора модели с различными дисперсиями предпочтение следовало отдать моделям с четырьмя или пятью профилями, а в случае модели с ковариациями — пяти профилям.

Для всех пяти вариантов классификации строились профили отдельно для мужчин и женщин и сравнивались содержательно. Во всех случаях выделялись два профиля, близких к нормативным 50 Т-баллам по всем реструктурированным шкалам: один с небольшим пиком по шкале RC2 и более низкими значениями по шкалам RC3-RC9; другой — с несколько более высокими значениями по шкалам RC3-RC9 и «провалом» по шкале RC2. Содержательно они полностью соответствуют «защитному/подавляющему» и «нормативному» профилям, выделенным на основе нормативных данных (рис. 1). Во всех классификациях выделялся завышенный профиль с пиками по шкалам RCd, RC1, RC2, а также RC6, RC7 и RC8, который отражает либо острое состояние, либо невалидные ответы, вызванные явной аггравацией.

Еще один профиль во всех классификациях соответствует «невротическому» в норме, с пиками по шкалам RCd, RC1, RC2 и RC7, хотя общий уровень пиков также на 10-20 Т-баллов в среднем выше нормы. В классификациях с пятью профилями последний профиль, как правило, выше «нормативного» и «подавляющего», но ниже остальных и либо носит сглаженный характер, либо характеризуется пиками по шкалам RCd,

\*\* Результаты по критерию Вуонга-Ло-Менделла-Рубина полностью соответствовали скорректированному критерию, поэтому не приведены.

**Таблица 1. Сравнение альтернативных моделей латентных личностных профилей пациентов с психическими заболеваниями (фрагмент; выделены возможные модели)**

Модель	Информационные критерии		Энтропия	Сравнение модели с n классами с моделью с (n-1) классами методом бутстрепа		Сравнение модели с n классами с моделью с (n-1) классами скорректированным критерием Ло-Менделла-Рубина	
	AIC	BIC		$\Delta LR$	p	LRT	p
Модель с инвариантными дисперсиями и диагональной матрицей							
4 профиля	12179	12350	0,84	148,00	0,00	145,38	0,36
5 профилей	12119	12326	0,85	80,17	0,00	78,76	0,03
6 профилей	12071	12314	0,86	67,66	0,00	66,47	0,34
7 профилей	12047	12325	0,85	44,03	0,00	43,25	0,23
Модель с различными дисперсиями и диагональной матрицей ковариации							
3 профиля	12252	12451	0,86	160,86	0,00	159,35	0,18
4 профиля	12137	12404	0,88	153,04	0,00	151,61	0,01
5 профилей	12068	12403	0,88	106,83	0,00	105,83	0,41
6 профилей	12014	12417	0,89	91,22	0,00	90,36	0,10
Модель с инвариантными дисперсиями и ковариациями							
4 профиля	11891	12191	0,85	31,87	0,04	31,30	0,88
5 профиля	11878	12213	0,87	33,50	0,04	32,91	0,25
6 профилей	11861	12232	0,86	36,55	0,03	35,90	0,29
Модель с различными дисперсиями и ковариациями							
2 профиля	11912	12172	0,70	91,17	0,33	90,32	0,55
3 профиля	11860	12188	0,87	90,17	0,38	89,32	0,21

RC6 и RC8. В классификации с пятью профилями этот профиль «разделен» на два более четких варианта, поэтому предпочтение было отдано этой классификации (рис. 2): один с пиком по шкале RCd и высокими значениями по шкалам соматических жалоб RC1 и дисфункциональных негативных эмоций RC7 (соответствующий профилю деморализованности и названный в норме «психопатизированным») и другой с пиками по шкалам RC6 и RC8 («шизоидный»).

#### Дифференциально диагностические возможности латентных профилей

Латентные профили различаются при разных психических заболеваниях ( $\chi^2=55,64$ ,  $p<0,01$ , Cramer's  $V=0,44$ ). Согласно с предложенной выше интерпретацией, эмоциональная лабильность, шизоаффективные расстройства, а также шизотипическое расстройство сопряжены с «невротическим» профилем. При нарушениях адаптации, напротив, отмечается не «невротический» профиль, а «подавляющий» или «нормативный». Общая «деморализованность» наиболее типична для депрессий.

Хотя для пациентов с шизофренией характерен «шизоидный» профиль, он чаще встречается у эмоционально-лабильных пациентов и при шизоаффективных расстройствах. Пациенты с шизофренией, напротив, чаще характеризуются «нормативным» и «подавляющим» профилями. Этот результат не соответствует полученным ранее данным и требует проверки в дальнейших исследованиях, однако он может быть вполне объясним, учитывая гетерогенность группы шизофрении в данном исследовании, включающей разные формы и типы течения (в том числе, простую форму). Пациенты с аддикциями почти в половине случаев характеризуются «нормативным» профилем. Заметим, что возможности психодиагностики аддикций при помощи ММРП действительно критиковались и ранее.

Стратегии ответов пациентов с разными латентными профилями: сравнение по шкалам валидности

С целью дальнейшего уточнения содержания латентных личностных профилей проводилось их сравнение по шкалам валидности, основным клиническим шкалам, а также содержательным и дополнительным шкалам. По результатам дис-

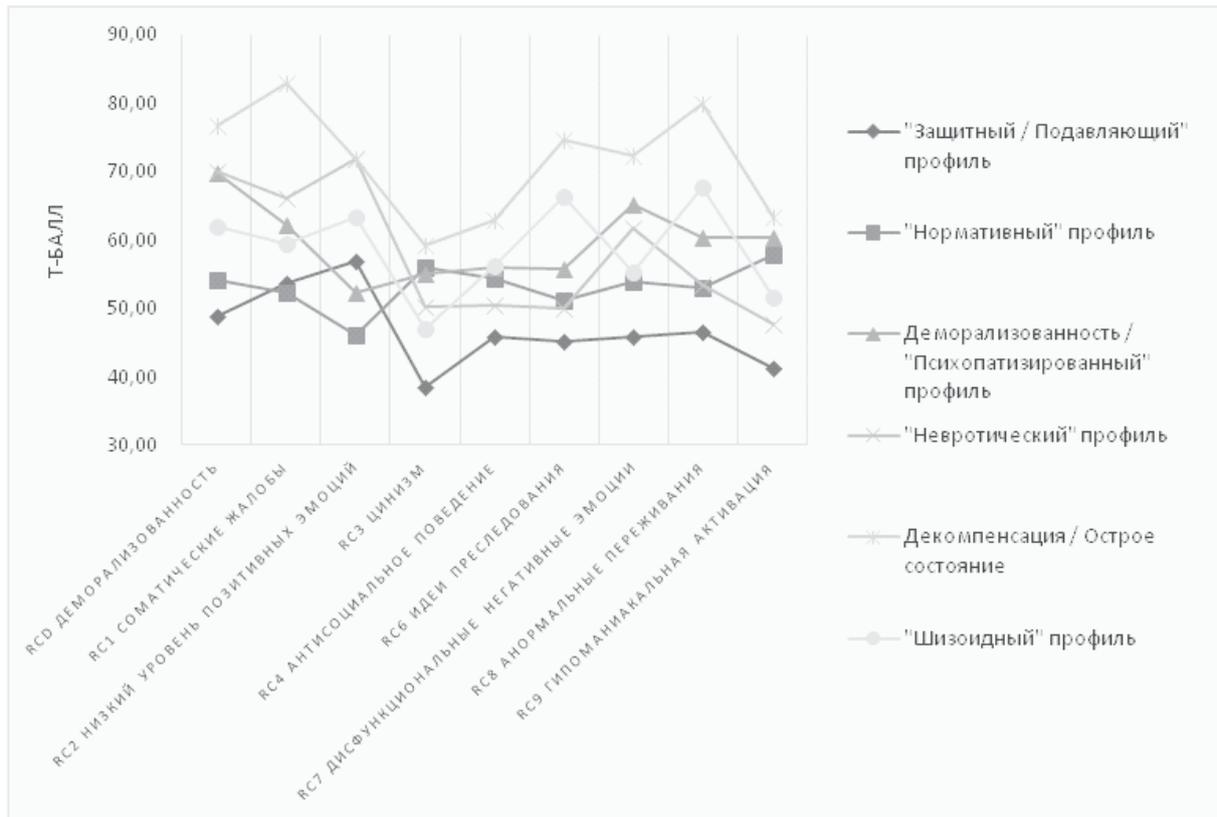


Рис.2. Латентные личностные профили по реструктурированным клиническим шкалам (приведен пример мужского профиля)

**Таблица 2. Частота различных латентных личностных профилей у пациентов с разными психическими заболеваниями**

Диагностические группы	Латентные личностные профили						Всего
	«Защитный / Подавляющий» профиль	«Нормативный» профиль	Деморализованность / «Психопатизированный» профиль	«Невротический» профиль	Декомпенсация / Острое состояние	«Шизоидный» профиль	
Аддикции	4 (16,7%)	11 (45,8%)	4 (16,7%)	5 (20,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	24 (100,0%)
Эмоционально-лабильные, шизоаффективные расстройства	3 (12,0%)	2 (8,0%)	4 (16,0%)	8 (32,0%)	3 (12,0%)	5 (20,0%)	25 (100,0%)
Шизофрения и другие психозы	22 (31,9%)	17 (24,6%)	7 (10,1%)	11 (15,9%)	4 (5,8%)	8 (11,6%)	69 (100,0%)
Депрессии	5 (12,5%)	3 (7,5%)	14 (35,0%)	14 (35,0%)	2 (5,0%)	2 (5,0%)	40 (100,0%)
Нарушения адаптации	26 (44,1%)	12 (20,3%)	7 (11,9%)	8 (13,6%)	4 (6,8%)	2 (3,4%)	59 (100,0%)
Шизотипическое расстройство	4 (19,0%)	0 (0,0%)	3 (14,3%)	12 (57,1%)	0 (0,0%)	2 (9,5%)	21 (100,0%)
<b>Всего</b>	<b>64 (26,9%)</b>	<b>45 (18,9%)</b>	<b>39 (16,4%)</b>	<b>58 (24,4%)</b>	<b>13 (5,5%)</b>	<b>19 (8,0%)</b>	<b>238 (100,0%)</b>

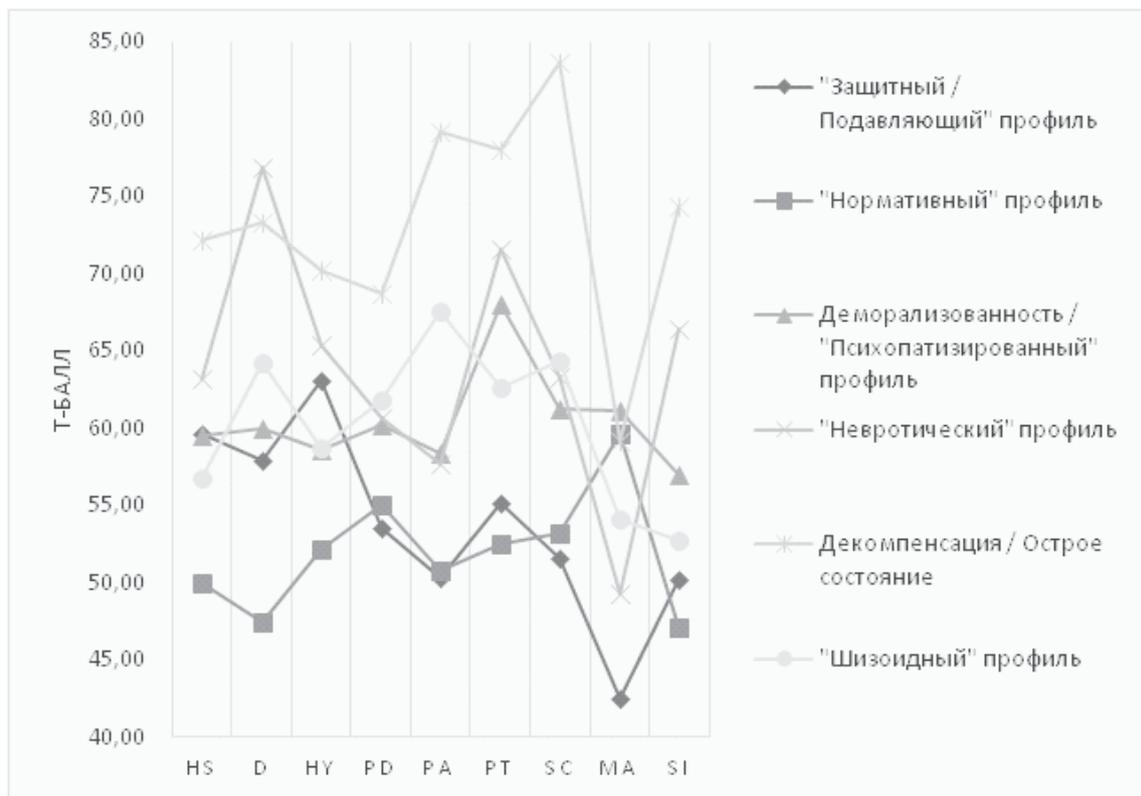


Рис.3. Средние показатели по базовым клиническим шкалам при разных латентных профилях у мужчин

персионного анализа различия между латентными профилями по всем шкалам валидности как у мужчин, так и у женщин достигают принятого уровня значимости с величиной статистического эффекта, варьирующей от средней до сильной ( $F=3,91-25,08$ ,  $p<0,05$ ,  $\eta^2=0,19-0,60$  у мужчин и  $F=2,81-30,95$ ,  $p<0,05$ ,  $\eta^2=0,12-0,59$  у женщин). Максимальные значения по шкалам редких ответов отмечаются для профиля, описывающего декомпенсацию и «шизоидного» профиля, причем редкие ответы проявляются у этих пациентов как в ответах на вторую половину методики, так и в признании редких для психопатологии симптомов ( $F_b$  и  $F_r$ , соответственно). Различия между этими двумя профилями в стратегии ответов заключаются в том, что для профиля декомпенсации характерны крайне низкие показатели по шкалам коррекции, лжи и самопрезентации, позволяющие подозревать, что самораскрытие у них доходит до самообвинения и, говоря метафорически, «обнаженности», а для «шизоидного» профиля типичны средние показатели по шкалам лжи и коррекции на фоне высоких показателей по шкале VRIN, то есть склонности к противоречивым ответам по случайному типу.

Стратегия ответов пациентов с «психопатизированным» и «невротическим» профилями схожа: как для мужчин, так и для женщин характерен высокий уровень редких ответов, позволяющий предполагать у них склонность к агравации,

однако ответы эти не столь ярко выражены и часто объясняются утомлением или раздражением ко второй части методики.

Наконец, средние показатели по шкалам редких ответов одинаково характерны для «нормативного» и «подавляющего» профилей, но в случае «подавляющего» профиля эти дополняются максимально высокими показателями по шкалам коррекции К и самопрезентации S.

#### Профили по основным клиническим шкалам

Как у мужчин, так и у женщин выявлены различия между латентными профилями по всем базовым клиническим шкалам, кроме шкалы феминности/маскулинности Mf ( $F=3,47-26,10$ ,  $p<0,01$ ,  $\eta^2=0,17-0,61$  у мужчин и  $F=4,50-23,62$ ,  $p<0,01$ ,  $\eta^2=0,18-0,60$  у женщин). Общий высокий уровень профиля декомпенсации и у мужчин, и у женщин отличается пиками по шестой, седьмой и восьмой шкалам (паранойя, психастения, шизофрения), характерных для тяжелой патологии (рис. 3), тогда как при «шизоидном» профиле обнаруживается V-образный паттерн с пиками по шкалам паранойи, шизофрении и девиантной психопатии. Напротив, при «невротическом» профиле отмечаются пики по шкалам невротической триады (особенно по шкале депрессии), дополняемые пиком по шкале психастении и социальной интроверсии. Профиль «деморализованности», в полном соответ-

ствии с представлениями создателей реструктурированных шкал ММРІ-2 (Tellegen et al., 2009), отличается относительно высоким уровнем в целом без явных пиков, хотя некоторое повышение приходится на шкалы психастении и шизофрении.

В отличие от этих профилей, «нормативный» и «подавляющий» профили практически не выходят за рамки нормативных показателей. Однако для «нормативного» профиля в клинике характерны пики по шкалам девиантной психопатии и гипомании, а для «подавляющего» — наоборот, «провал» по шкале гипомании при относительно высоких показателях по шкалам «невротической триады» — ипохондрии, депрессии и истерии.

#### Показатели по содержательным и дополнительным шкалам при разных личностных профилях

Большинство различий по содержательным и дополнительным шкалам ( $F=3,27-123,81$ ,  $p<0,01$ ,  $\eta^2=0,09-0,78$ ) сводится к уже описанным, кроме следующих.

Во-первых, для пациентов с «шизоидным» профилем характерны высокие показатели по шкалам страхов FRS, вычурного мышления BIZ и психотизма PSYC, лишь немногим уступающие средним показателям профиля декомпенсации. Во-вторых, по шкалам гнева ANG, цинизма CYN, антисоциальных действий ASP и поведения типа А показатели пациентов «нормативным» профилем превышают таковые у пациентов с «шизоидным» и «невротическим» профилями, уступая лишь профилям декомпенсации и деморализованности. Более того, по шкалам агрессивности AGGR и нарушения контроля поведения DISC «нормативный» профиль «опережает» все остальные, чего не отмечалось в контрольной группе.

В среднем, показатели по шкале аддиктивного потенциала APS у этих пациентов выше, чем у пациентов с «шизоидным», «невротическим» и «подавляющим» профилями, а по шкалам явного признания аддикции AAS и алкоголизма MACR — выше, по сравнению с «невротическим» и «подавляющим» профилями.

В-третьих, пациенты с «подавляющим» профилем характеризуются максимальными, в сравнении с другими группами показателями по шкале подавления R, шкалам силы Эго ES, доминантности Do, социальной ответственности Re и гиперконтролируемой враждебности OH.

#### Обсуждение результатов

Полученные результаты свидетельствуют в пользу выделения шести вариантов личностных профилей для оптимального описания пациентов психиатрических клиник. Три из них полностью соответствуют описанным в норме: «нормативный», «защитный / подавляющий профиль» и «психопатизированный» профиль.

В клинических условиях «подавляющий» профиль еще в большей степени, чем в норме, со-

пряжен со стремлением к успешной самопрезентации, высоким уровнем социальной ответственности и доминантности, отрицанием психологического неблагополучия и психопатологических симптомов на фоне склонности к подавлению, гиперконтролю враждебности, низкого уровня позитивных эмоций и дискомфорта в социальных отношениях. В клинических условиях профиль распространен у пациентов с нарушениями адаптации, но нередко отмечается при шизофрении, а также, в одном случае на пять-шесть пациентов — при других расстройствах.

«Нормативный» профиль, по-видимому, характерен для гетерогенной группы, включая лиц без выраженных акцентуаций, а также лиц с особенностями, по отношению к которым основные шкалы ММРІ недостаточно чувствительны. По сравнению с «нормативным» профилем в контрольной группе, в клинике он чаще сопряжен с агрессивностью, трудностями контроля импульсов и поведения по экстрапунитивному типу, а также может сочетаться со склонностью к аддикциям, что требует дополнительного анализ этих шкал ММРІ-2. Почти каждый второй пациент с аддикциями, а также каждый четвертый пациент с шизофренией и каждый пятый — с нарушениями адаптации — показали именно «нормативный» профиль.

«Психопатизированный» профиль (профиль деморализованности) практически идентичен профилю, встречающемуся в норме. Отмечается преимущественно при депрессиях (у каждого третьего пациента), но в одном случае из шестидесяти пациентов может наблюдаться при других расстройствах.

Четвертый клинический профиль соотносится к «невротическим» профилем в контрольной группе, но превышает его по среднему уровню. Как и в норме, для пациентов с «невротическим» профилем характерно отрицание признаков вычурного мышления и психотизма в сравнении с пациентами с другими личностными профилями, кроме «подавляющего», а также агрессии, враждебности, цинизма и антисоциального поведения. Отмечается более, чем в половине случаев шизотипического расстройства, а также у каждого третьего пациента с аффективными расстройствами.

Два дополнительных профиля следует считать специфическими для пациентов с психическими заболеваниями. Профиль декомпенсации преимущественно лежит в диапазоне 70-80 T-баллов, характеризуется выраженными тенденциями в аггравации и пиками как по типично «психотическим», так и «невротическим» шкалам, но, по всей видимости, характеризует общее острое состояние с выраженными и разнообразными психопатологическими жалобами и крайним психологическим неблагополучием. Наконец, при «шизоидном» профиле тенденции к аггравации дополняются непоследовательностью в ответах и признаками вычурного мышления, психотическими симптомами, страхами. Встречается преимущественно у пациентов с шизофрени-

ей, эмоционально-лабильных и пациентов с шизоаффективным расстройством.

### Выводы

Анализ латентных профилей позволил выделить и содержательно описать шесть личностных профилей: «нормативный», «защитный / подавляющий», «невротический», «шизоидный», а также общие профили декомпенсации (характеризует общее острое состояние) и деморализованности (нарастание неспецифических психопатологиче-

ских жалоб). С теоретической точки зрения, результаты предлагают эмпирическое обоснование описанных ранее распространенных в клинике профилей и соотносятся с нормативными данными. Для практических целей профили позволяют уточнить набор содержательных и дополнительных шкал, которые необходимо анализировать в дальнейшем (например, показатели по шкалам агрессии и контроля поведения, а также склонности к аддикциям при «нормативном» профиле в клинике).

### Литература

1	Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ): структура, основы интерпретации, некоторые области применения. — М.: «Фолиум». — 1994. — 320с.	Berezin F. B., Miroshnikov M. P., Sokolova E. D. Multiphasic personality inventory (MMIL): structure, basic interpretations, some spheres of application. Moscow: «Folium»; 1994: 320. (In Rus.).
2	Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. — М.: Медпрактика — М. — 2004. — 492с.	Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Storozhakova Ya.A. Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation in psychiatry. Moscow: Medpraktika-M.; 2004:492. (In Rus.).
3	Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. — Л.: Медицина. — 1985. — 216с.	Kabanov M.M. Rehabilitation of patients with mental illnesses. Leningrad: Meditsina; 1985:216. (In Rus.).
4	Перре М., Бауманн У. Клиническая психология. — СПб.: Питер. — 2012. — 944с.	Perre M., Baumann U. Clinical psychology. Sankt-Peterburg: Piter; 2012:944. (In Rus.).
5	Рассказова Е.И. Психодиагностика личностных профилей: результаты латентного анализа реструктурированных клинических шкал ММПИ-2 в норме // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. — 2017. — №4. — С.76-99.	Rasskazova E.I. Psychodiagnostic of personality profiles: results of latent analysis of restructured clinical scales of MMPI-2 in the normative sample. Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya. 2017; 4:76-99. (In Rus.).
6	Рассказова Е.И., Богомаз С.А., Дорфман Л.Я., Леонтьев Д.А., Нейскина Ю.Ю., Сулимина О.В., Четошников Е.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии ММПИ-2 // Психологические исследования. — 2013. — Т.6, №29. — С.2.	Rasskazova E.I., Bogomaz S.A., Dorfman L.Ya., Leont'ev D.A., Neyaskina Yu.Yu., Sulimina O.V., Chetoshnikova E.V. Psychometric characteristics of the Russian version of MMPI-2. Psikhologicheskie issledovaniya. 2013; 6(29):2. (In Rus.).
7	Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМПИЛ (ММПИ) Практическое руководство. — СПб.: Речь. — 2003. — 219с.	Sobchik L. N. Standardized multifactorial personality inventory SMIL (MMPI). Practical manual. Sankt-Peterburg: Rech'; 2003:219 (In Rus.).
8	Шмелев А.Г. Психодиагностика личностных черт. — СПб.: Речь. — 2002. — 480с.	Shmelev A.G. Psychodiagnostics of personality traits. Sankt-Peterburg: Rech'; 2002:480. (In Rus.).
9	Anderson, J.L., Sellbom, M., Ayearst, L., Quilty, L.C., Chmielewski, M., Bagby, M. Associations between DSM-5 Section III personality traits and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2-Restructured Form (MMPI-2-RF) scales in a psychiatric patient sample // Psychological Assessment. — 2015. — Vol.27, N 3. — P.801– 815. DOI: 10.1037/pas0000096.	Anderson, J.L., Sellbom, M., Ayearst, L., Quilty, L.C., Chmielewski, M., Bagby, M. Associations between DSM-5 Section III personality traits and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2-Restructured Form (MMPI-2-RF) scales in a psychiatric patient sample. Psychological Assessment. 2015; 27(3):801–815. DOI: 10.1037/pas0000096.
10	Archer, R.P., Griffin, R., Aiduk, R. MMPI-2 clinical correlates for ten common codes // Journal of Personality Assessment. — 1995. — Vol.65. — P.391-407. DOI: 10.1207/s15327752jpa6503_1	Archer, R.P., Griffin, R., Aiduk, R. MMPI-2 clinical correlates for ten common codes. Journal of Personality Assessment. 1995; 65:391-407. DOI: 10.1207/s15327752jpa6503_1

11	Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., Kaemmer, B. <i>MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2): Manual for administration and scoring (2nd ed.)</i> . — Minneapolis, MN: University of Minnesota Press. — 2001. — 212с.	Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., Kaemmer, B. <i>MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2): Manual for administration and scoring (2nd ed.)</i> . Minneapolis, MN: University of Minnesota Press; 2001:212.
12	Carter, J.E., Wilkinson, L. <i>A Latent Trait Analysis of the MMPI // Multivariate Behavioral Research</i> . — 1984. — Vol.19, N 4. — P.385-408. DOI: 10.1207/s15327906mbr1904_2	Carter, J.E., Wilkinson, L. <i>A Latent Trait Analysis of the MMPI. Multivariate Behavioral Research</i> . 1984; 19(4):385-408. DOI: 10.1207/s15327906mbr1904_2
13	Graham, J.R., Timbrook, R.E., Ben-Porath, Y.S., Butcher, J.N. <i>Code-type congruence between the MMPI and MMPI-2: separating fact from artifact // Journal of Personality Assessment</i> . — 1991. — Vol.57. — P.205-215. DOI: 10.1207/s15327752jpa5702_2	Graham, J.R., Timbrook, R.E., Ben-Porath, Y.S., Butcher, J.N. <i>Code-type congruence between the MMPI and MMPI-2: separating fact from artifact. Journal of Personality Assessment</i> . 1991; 57:205-215. DOI: 10.1207/s15327752jpa5702_2
14	Graham, J. R., Lowenfeld, B. H. <i>Personality dimensions of the pathological gambler // Journal of Gambling Behavior</i> . — 1986. — Vol.2. — P.58-66. DOI: 10.1007/bf01019935	Graham, J. R., Lowenfeld, B. H. <i>Personality dimensions of the pathological gambler. Journal of Gambling Behavior</i> . 1986; 2:58-66. DOI: 10.1007/bf01019935
15	Kim, S.-H., Kim, H.-K., Lee, N. <i>Psychological features of North Korean female refugees on the MMPI-2: Latent Profile Analysis // Psychological Assessment</i> . — 2013. — Vol.25. — N 4. — P.1091-1102. DOI: 10.1037/a0033097	Kim, S.-H., Kim, H.-K., Lee, N. <i>Psychological features of North Korean female refugees on the MMPI-2: Latent Profile Analysis. Psychological Assessment</i> . 2013; 25(4):1091-1102. DOI: 10.1037/a0033097
16	Megargee, E.I., Carbonell, J.L., Bohn, M. J., Sliger, G. L. <i>Classifying criminal offenders with the MMPI-2: The Megargee system</i> . — Minneapolis: University of Minnesota Press. — 2001. — 464p.	Megargee, E. I., Carbonell, J. L., Bohn, M. J., Sliger, G. L. <i>Classifying criminal offenders with the MMPI-2: The Megargee system</i> . Minneapolis: University of Minnesota Press; 2001: 464.
17	Millon, T. <i>Millon Clinical Multiaxial Inventory—III. Manual. Fourth Edition</i> . — NY: Pearson. — 2009. — 233p.	Millon, T. <i>Millon Clinical Multiaxial Inventory—III. Manual. Fourth Edition</i> . NY: Pearson; 2009:233.
18	Muthen, B.O. <i>Latent variable hybrids: Overview of old and new models. // Advances in latent variable mixture models / G. R. Hancock &amp; K. M. Samuelsen (Eds.)</i> . — Charlotte, NC: Information Age. — 2001. — P.1-24.	Muthen, B. O. <i>Latent variable hybrids: Overview of old and new models. In G. R. Hancock &amp; K. M. Samuelsen (Eds.). Advances in latent variable mixture models (pp. 1-24)</i> . Charlotte, NC: Information Age; 2001:1-24.
19	Sellbom, M.A. <i>Factor mixture model approach to elaborating on offender mental health classification with the MMPI-2-RF // Journal of Personality Assessment</i> . — 2014. — Vol.96, N 3. — P.293-305. DOI: 10.1080/00223891.2013.843538	Sellbom, M. <i>A Factor mixture model approach to elaborating on offender mental health classification with the MMPI-2-RF. Journal of Personality Assessment</i> . 2014; 96(3):293-305. DOI: 10.1080/00223891.2013.843538
20	Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S., McNulty, J.L., Arbisi, P. A., Graham, J. R., Kaemmer, B. <i>The MMPI-2 Restructured Clinical scales: Development, validation, and interpretation</i> . — Minneapolis: University of Minnesota Press. — 2008. — 116p.	Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., McNulty, J. L., Arbisi, P. A., Graham, J. R., Kaemmer, B. <i>The MMPI-2 Restructured Clinical scales: Development, validation, and interpretation</i> . Minneapolis: University of Minnesota Press; 2008:116.

## Сведения об авторе

Рассказова Елена Игоревна — к. психол. н., доцент, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, старший научный сотрудник отдела медицинской психологии Научного центра психического здоровья. E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

## Анализ результатов применения программы когнитивной психотерапии для пациентов с онкологическими заболеваниями

Семенова Н.В., Ляшковская С.В., Лысенко И.С., Чернов П.Д.  
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

**Резюме.** Изучалась сравнительная динамика клинико-психологических показателей у больных с первично диагностированными онкологическими заболеваниями, с которыми была проведена программа медико-психологической реабилитации, включавшая краткий курс групповой и индивидуальной когнитивной психотерапии, на этапе основного лечения после хирургического вмешательства. Результатом стали значимые по сравнению с контрольной группой изменения: снижение показателей ситуативной тревоги и депрессии, улучшение соматического самочувствия и качества жизни (эмоционального и социального функционирования), снижение показателей усталости, боли и улучшение аппетита. У пациентов, прошедших программу психотерапии, субъективно отмечалась лучшая переносимость физического дискомфорта, связанного с проводимой химио- и лучевой терапией.

**Ключевые слова:** психоонкология, онкопсихология, психотерапия в онкологии, психологическая реабилитация в онкологии, качество жизни, психологическая помощь.

### Analysis of the results of the program of cognitive psychotherapy to patients with cancer

N.V. Semenova, S.V. Lyashkovskaya, I.S. Lysenko, P.D. Chernov  
V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg

**Summary.** The dynamics of clinical and psychological indicators in patients with primary diagnosed oncological diseases, which was carried out a program of medical and psychological rehabilitation, including a short course of group and individual cognitive psychotherapy, at the stage of basic treatment after surgery. The result was significant compared to the control group changes: reduction of indicators of situational anxiety and depression, improvement of somatic well-being and quality of life (emotional and social functioning), reduction of fatigue, pain and improved appetite. Patients who underwent a program of psychotherapy, subjectively noted better tolerability of physical discomfort associated with the ongoing chemotherapy and radiation therapy.

**Key words:** psychooncology, oncopsychology, psychotherapy in cancer, psychological rehabilitation in oncology, quality of life, psychological help.

Необходимость включения психологической и психотерапевтической помощи в программу лечения и реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями обоснована многочисленными исследованиями [1,2,3,4]. Однако актуальной научной задачей представляется разработка эффективных программ психотерапевтической помощи с учетом клинико-психологических особенностей онкологических больных на разных этапах основного лечения, с учетом различных клинических переменных. В настоящее время достаточно хорошо изучены особенности психических расстройств, возникающих в связи с онкологическим заболеванием [1,5,6]. Однако имеет смысл описание специфических мишеней психотерапии, которыми помимо тревоги и депрессии, могут быть ряд психологических и личностных характеристик [5,6,7]. Для практической работы психолога и психотерапевта в онкологическом учреждении необходимо обоснование эффективности конкретных методов (программ) психотерапии.

**Цель исследования.** Изучение динамики клинико-психологических показателей и ее специфики у пациентов с онкологическими заболева-

ниями при прохождении ими реабилитационной медико-психологической программы, разработанной с учетом клинических и психологических особенностей исследуемой группы, включающей сочетание групповой и индивидуальной когнитивной психотерапии, для оценки эффективности данной программы.

**Материалы и методы исследования.** Было обследовано 75 женщин с впервые диагностированными злокачественными новообразованиями. Средний возраст группы составил  $49,41 \pm 1,25$  лет. Из них 86,7% страдали злокачественными новообразованиями молочной железы, и 13,3% — опухолями других локализаций (кишечник, гинекологическая сфера, кожные покровы). Средняя длительность заболевания составила  $6,04 \pm 0,66$  месяцев. На момент обследования однократное хирургическое лечение проведено в 87% случаев, в 5% случаев операция не проводилась, в 8% было проведено более 1 хирургического вмешательства. Среди исследованных пациенток 88% получали химиотерапию, 53% лучевую терапию, 7% гормональную терапию, 5% — иную терапию (герцептин, таргетный препарат). Для обследования применя-

лись клинический, клинико-психологический и экспериментально-психологический методы.

Обследование пациентов включало следующие процедуры. В начале проводился скрининг на соответствие критериям включения в исследование: наличие впервые установленного в течение последнего года диагноза онкологического заболевания, возраст до 60 лет, подписанное информированное согласие на участие в исследовании. Затем врач-психотерапевт проводил с пациентами консультацию, в процессе которой выявлялись клинико-анамнестические данные, наличие жалоб на свое психологическое состояние, отношение к болезни и лечению, психологические и личностные особенности, характер отношений с близкими людьми, способ переживания актуальной психотравмирующей ситуации, связанной с наличием онкологического заболевания. Затем клинический (медицинский) психолог проводил психодиагностическое обследование с применением психометрических методов для оценки выраженности психопатологических жалоб и объективизации симптоматического состояния (симптоматический опросник SCL-90-R), оценки уровня и структуры тревоги (Интегративный тест тревожности — ИТТ), выраженности астенического состояния (шкала астении), оценки суицидальных факторов (шкала суицидального риска ШСР). Для учета личностных характеристик была использована методика «Личностный дифференциал», адаптированная в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Наличие иррациональных установок, влияющих на возникновение стресса, оценивалось с помощью методики А. Эллиса. Адаптационные механизмы исследовались на основе анализа ведущих стратегий совладающего поведения по адаптированному в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева варианту теста Лазаруса. Также проводилась оценка показателей качества жизни по методике EORTC-QLQ-C 30. Для учета клинических и социально-психологических характеристик была разработана специальная анкета. Протокол исследования в рамках клинической апробации был одобрен Независимым этическим комитетом при НМИЦ ПН им.В.М. Бехтерева.

Все пациенты на момент обследования находились на этапе специализированного лечения основного заболевания. Они проходили курсы химиотерапии и/или лучевой терапии, других видов специального лечения. Большинство пациентов прошли в течение предшествующих 3-х месяцев хирургическое лечение. Все пациенты имели 2-3 стадию онкологического заболевания и относительно хороший прогноз.

Далее в исследуемой группе проводилась процедура рандомизации с разделением на основную и контрольную группы. В основной группе оказалось 38 человек, в контрольной 37.

С основной группой проводилась психотерапевтическая программа, контрольная группа получала только основное онкологическое лечение.

Для статистического анализа были использованы методы описательной статистики, подсчитыва-

лись средние значения (M) и стандартная ошибка среднего значения (m). Группа больных с впервые диагностированными ЗНО, прошедшие программу психотерапии (основная группа) сравнивались с группой больных, не участвующих в программе психотерапии (контрольная группа) с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни дважды — при включении в исследование и через 2 месяца. Для оценки динамики показателей в основной группе использовался критерий Вилкоксона. Статистический анализ осуществлялся с помощью статистического пакета SPSS 21.0. Результаты считались значимыми при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования

Из обобщения и анализа полученных нами клинико-психологических показателей в исследуемой группе (до участия в психотерапевтической программе) были сформулированы следующие задачи психологической помощи пациентам, проходящим лечение по поводу онкологического заболевания [7]. Первый блок задач связан с наличием психопатологической симптоматики и ряда жалоб на нарушенное психологическое состояние. Главными мишенями являются комплексы проявлений, связанные с тревогой и депрессией. Задачами в данном случае является развитие навыков распознавания эмоциональных реакций и их вегетативных проявлений и дифференциацию их от проявлений онкологического заболевания и побочных эффектов лечения, развитие навыков саморегуляции. Второй блок задач касается нарушений адаптации личности пациента к текущей ситуации, в первую очередь к своему онкологическому диагнозу и аспектам проводимого лечения. Мишенями психотерапевтических интервенций обоснованно могут быть личностные механизмы, поддерживающие адаптационный кризис: потеря иллюзии контроля, нарушение доверия к себе, к своему телу, когнитивные дисфункциональные установки, поддерживающие высокий уровень дистресса, нарушенные аспекты отношения к болезни и лечению, в частности, не соответствие оценок себя и своей болезни реальному положению дел, объективным фактам клинической реальности и врачебных прогнозов. Третий блок задач связан с нарушениями психосоциальной адаптации — склонности пациентов к социальному дистанционированию, вплоть до изоляции, нарушениям коммуникации с различными референтными группами.

В качестве основы психотерапевтической программы для работы с данной группой пациентов была выбрана когнитивная психотерапия, как краткосрочный метод, показавший высокую эффективность в преодолении тревоги и депрессии.

С пациентами основной группы была проведена психотерапевтическая программа, которая включала 10 индивидуальных психотерапевтических встреч (с частотой 1 раз в неделю, время — 60 минут) и 10 групповых психотерапевтических встреч (частотой 1 раз в неделю, вре-

мя—3 часа с перерывом в 15 минут). Число пациентов в группе—5–7 человек. Общее количество встреч—20.

Психотерапевтическая работа включала психообразовательный блок о влиянии дисфункциональных когний (автоматических мыслей, негативных установок, долженствований, негативных Я-концепций) на восприятие ситуаций и возникновение ошибочных оценок и негативных переживаний, о значении эмоций в регуляции психических процессов и переживании стресса, об адаптивных и неадаптивных способах реагирования, о способах преодоления межличностных проблем. Второй этап предполагал обучение навыку отслеживания автоматических мыслей и промежуточных убеждений с помощью схемы «АВСД», повышение способности замечать в себе, наблюдать и дифференцировать эмоциональные реакции и состояния, а также телесные проявления переживаний, выработку навыка отличать эмоции от мыслей, мысли от поведения, эмоции от телесных ощущений, развивая также и общий уровень способности к рефлексии. Третий этап предполагал

освоение участниками навыков (техник) изменения выявленных дисфункциональных установок и направлен на работу с глубинными убеждениями и негативными я-концепциями (их изменение на адаптивные, реалистичные) и на поиск оптимальных решений в ситуациях, запускающих негативные переживания. Применялись различные техники контраргументации и конфронтации с негативными убеждениями. В групповой психотерапии когнитивного направления помимо специфических факторов, свойственных когнитивному методу, большое значение приобретали лечебные факторы групповой терапии, связанные с взаимодействием участников группы между собой.

**Оценка динамики психоэмоционального состояния пациентов основной группы после проведения реабилитационной медико-психологической программы.** После проведения реабилитационной программы пациенты прошли повторное психодиагностическое обследование. Результаты динамики показателей психопатологической симптоматики по методике SCL-90-R в основной группе представлены в табл.1.

**Таблица 1. Динамика психопатологической симптоматики по методике SCL-90-R в основной группе до и после прохождения реабилитационной программы**

Показатели	До (M±m)	После (M±m)	T-критерий Вилкоксона	p
Соматизация (SOM) Норма 0,44±0,03	1,12±0,13	0,83±0,11	121,50	0,0026**
Обсессивность-компульсивность (O-C) Норма 0,75±0,04	1,14±0,12	0,79±0,10	87,50	0,0006**
Межличностная сензитивность (INT) Норма 0,66±0,03	1,05±0,11	0,67±0,08	113,00	0,0005**
Депрессия (DEP) Норма 0,62±0,04	1,32±0,11	0,76±0,11	71,50	<0,0001**
Тревожность (ANX) Норма 0,47±0,03	1,01±0,13	0,49±0,09	45,00	<0,0001**
Враждебность (ANG) Норма 0,60±0,04	0,68±0,08	0,45±0,06	105,00	0,0051**
Фобическая тревожность (PHOB) Норма 0,18±0,02	0,53±0,10	0,31±0,08	71,00	0,0046**
Паранойальные тенденции (PAR) Норма 0,54±0,04	0,72±0,11	0,47±0,08	105,00	0,0051**
Психотизм (PSY) Норма 0,30±0,03	0,64±0,08	0,39±0,08	101,50	0,0024**
Дополнительные пункты Норма 0,49±0,03	1,10±0,12	0,73±0,09	107,00	0,0011**
Общий индекс выраженности симптомов (GSI) Норма 0,51±0,02	0,99±0,09	0,62±0,08	72,00	<0,0001**
Индекс проявления симптоматики (PSI) Норма 21,39±2,02	49,03±3,38	37,87±3,65	72,50	0,0001**
Индекс симптоматического дистресса (PDSI) Норма 1,17±0,05	1,72±0,08	1,35±0,06	50,00	<0,0001**

Примечание: в таблице 1 и далее \*—уровень статистической значимости различий  $p<0,05$ ; \*\*—уровень статистической значимости различий  $p<0,01$ .

Как видно из данных, приведенных в таблице 1, после прохождения реабилитационной программы отмечалось значительное снижение выраженности основных психопатологических жалоб (индекс GSY  $0,99 \pm 0,09$  в 1-м срезе и  $0,62 \pm 0,08$  во 2-м,  $p < 0,01$ ). Отмечалось снижение выраженности жалоб на тревогу, навязчивые мысли, а также трудностей в межличностном общении, в том числе враждебности и недоверия по отношению к окружающим, до уровня среднестатистической нормы. Значительно снизилась выраженность депрессивных жалоб. Вместе с тем, несмотря на значимое снижение дистресса в основной группе, сравнение с нормативными данными показывает наличие остаточной симптоматики, которая может рассматриваться как основная цель и мишени последующей медико-психологической помощи.

Результаты исследования динамики выраженности показателей интегративного теста тревожности представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, в наибольшей степени положительная динамика была отмечена в показателях ситуативной тревожности. Так, статистически значимо снизились эмоциональный дискомфорт, тревожная оценка перспективы, социальные реакции защиты и общая ситуативная тревожность. Важно отметить, что к концу проведения реабилитационной программы большинство показателей ситуативной тревожности соответствовали нормативным значениям и не превышали уровень в 4 балла.

Показатели личностной тревожности не обнулили за период проведения программы статистически достоверной динамики, что вполне объяснимо необходимостью более длительного срока для формирования личностных изменений. В контрольной группе по всем шкалам методики статистически значимые изменения отсутствовали.

Оценка когнитивного аспекта личности по результатам теста А. Эллиса (табл.3) позволила выявить динамику представленности у пациентов исследуемой группы иррациональных когнитивных установок, имеющих тесную связь с наличием так называемой негативной аффективности, которая проявляется в частоте переживания таких состояний как тревога и депрессия.

До участия в психологической реабилитационной программе у пациентов выявлялись выраженные признаки наличия дезадаптивных иррациональных установок мышления, т.е. представления пациента о себе, о мире и окружающих характеризовались высоким уровнем катастрофизации, большим количеством нереалистичных долженствований в отношении себя, также отличались от нормативных показатели долженствования в отношении других, оценочной позиции в межличностных отношениях и общей фрустрационной толерантности. Наличие иррациональных типов мышления создавали основу для поддержания выраженного дистресса при переживании обстоятельств жизни и как следствие — снижение фрустрационной толерантности.

После завершения программы результаты теста А. Эллиса показали изменение иррациональных установок у большинства пациенток в сторону снижения вероятности возникновения и развития дистресса. В большинстве случаев отмечалась редукция установок, направленных на катастрофизацию и долженствование в отношении себя. Показатели шкал оценочной установки и фрустрационной толерантности достигли нормативных значений.

Показатели признаков астении по методике ШАС в основной группе (норма до 50 баллов) существенно снизились по сравнению с аналогичными показателями до прохождения психологической реабилитационной программы пациентами исследуемой группы и составили в среднем  $14,32 \pm 1,65$ , по сравнению с первоначальным средним показателем  $24,49 \pm 2,1$  ( $T=58,50$ ;  $p < 0,01$ ), что свидетельствует об уменьшении выраженности астенических компонентов общего психического и физического состояния.

Показатели методики «Личностный дифференциал» не проявили существенной динамики, то есть указывали на устойчивые характеристики личности, которые были свойственны обследованным. Данные качества являлись внутриличностными факторами, влияющими на эффективность реабилитации и учитывались при оказании психотерапевтической помощи.

Ниже представлены результаты сравнения копинг-механизмов у пациентов основной группы до и после участия в программе. Отмечалась положительная динамика механизмов совладания со стрессом у онкологических больных в процессе реабилитации, и повышение их адаптационных ресурсов (табл. 4).

До прохождения реабилитационной программы больным с впервые диагностированными злокачественными новообразованиями было свойственно в наибольшей степени реагирование по типу уклонения и избегания в совладающем со стрессом поведении. Личностные переживания отрицались, отмечались игнорирование причин стресса и неоправданные ожидания. Данные особенности проявлялись и в отношении к заболеванию и участию в лечебном процессе, так, пациенты могли уклоняться от ответственности за свое здоровье и не предпринимать действий по разрешению возникших трудностей. При этом эмоциональное напряжение сохранялось и могло проявляться в отдельных всплесках тревоги и раздражения. Данный способ преодоления стресса может быть адаптивным только в случае острой и кратковременной стрессогенной ситуации, но при длительном стрессе является значительным препятствием для его преодоления.

Проблемно-ориентированное поведение было выражено в меньшей степени, так, например, планирование решения проблемы принимало значения близкие к низким (от 0 до 40). Так что адаптивность преодоления стресса в результате была снижена.

**Таблица 2. Динамика характеристик тревожности по методике ИТТ в основной группе до и после прохождения реабилитационной программы**

Показатели	До, (M±m)	После, (M±m)	T-критерий Вилкоксона	p
Ситуативная тревожность	5,46±0,39	3,51±0,44	37,00	<0,0001**
Эмоциональный дискомфорт (ЭД)	3,97±0,43	2,16±0,31	16,00	0,0001**
Астенический компонент тревожности (АСТ)	5,95±0,45	5,03±0,42	157,50	0,0761
Фобический компонент (ФОБ)	4,46±0,45	3,59±0,43	110,00	0,0962
Тревожная оценка перспективы (ОП)	6,51±0,33	4,59±0,40	69,00	0,0001**
Социальные реакции защиты (СЗ)	4,92±0,46	3,97±0,44	115,00	0,0451*
Личностная тревожность	7,57±0,33	6,95±0,40	96,00	0,0736
Эмоциональный дискомфорт (ЭД)	7,46±0,31	6,84±0,33	116,50	0,1340
Астенический компонент тревожности (АСТ)	6,43±0,39	6,81±0,34	184,00	0,6653
Фобический компонент (ФОБ)	5,78±0,44	5,92±0,38	129,50	0,5581
Тревожная оценка перспективы (ОП)	7,49±0,32	6,70±0,44	112,00	0,1068
Социальные реакции защиты (СЗ)	5,68±0,39	5,30±0,46	168,00	0,4255

Примечание: нормой являются значения от 0 до 4 стандартных балла.

**Таблица 3. Динамика показателей рациональности мышления и выраженности неадаптивных иррациональных установок по методике А. Эллиса в основной группе до и после прохождения реабилитационной программы**

Показатели	До (M±m)	После (M±m)	T-критерий Вил- коксона	p
Катастрофизация (обратная шкала)	17,38±0,66	19,7±0,61	137,00	0,0103*
Долженствование в отношении себя (обратная шкала)	16,08±0,67	19,76±0,64	65,50	<0,0001**
Долженствование в отношении других (об- ратная шкала)	18,32±0,64	19,49±0,53	173,50	0,1443
Оценочная установка (обратная шкала)	18,78±0,61	21,41±0,64	85,00	0,0008**
Фрустрационная толерантность	19,27±0,48	21,41±0,62	124,50	0,0053**

Примечание: чем меньше значение показателя, тем выраженнее иррациональность мышления; значения более 21 балла — отсутствие иррациональных установок и высокая фрустрационная толерантность (норма).

**Таблица 4. Динамика стратегий совладающего со стрессом поведения по методике ССП в основной группе до и после прохождения реабилитационной программы**

Показатели	До (M±m)	После (M±m)	T-критерий Вил- коксона	p
Конфронтация	45,97±1,37	46,86±1,33	105,50	0,3229
Дистанцирование	49,32±1,58	51,54±1,73	177,00	0,1641
Самоконтроль	48,57±1,63	47,73±1,64	205,50	0,5787
Поиск социальной поддержки	49,81±1,47	52,73±1,43	125,00	0,0270*
Принятие ответственности	46,92±1,87	43,86±1,73	171,00	0,0820
Бегство-избегание	51,89±1,69	48,11±1,91	205,00	0,0443*
Планирование решения проблемы	43,70±1,52	47,89±1,70	114,50	0,0089**
Положительная переоценка	47,59±1,57	49,35±1,53	186,50	0,2281

Примечание: среднестатистическая норма от 40 до 60.

После прохождения реабилитационной программы пациентки чаще стали обращаться за помощью и поддержкой к окружающим, они стали в большей степени ориентированы на взаимодействие с другими людьми, стали чаще обращаться за рекомендациями к специалистам, стали чаще обсуждать свои переживания с близкими людьми. Это повысило адаптивные возможности за счет использования внешних ресурсов. При этом активность поведения по типу ухода и избегания решения проблемы значительно снизилась и перестала преобладать в профиле совладающего поведения. Также больные достоверно чаще стали применять целенаправленный анализ ситуации и планирование собственных действий для разрешения трудностей.

Большинство показателей опросника качества жизни EORTC-QLQ-C 30 показали статистически достоверное улучшение в ходе реализации реабилитационной программы (табл. 5).

Наиболее выраженной положительная динамика была отмечена в таких показателях как эмоциональное функционирование и общее состояние здоровья и качество жизни. Не было получено статистически значимого улучшения по шкале физического функционирования и по отдельным показателям физиологических симптомов — одышки и бессонницы. Важно отметить, что среди соматических симптомов наиболее выраженным улучшением качества жизни отмечалось в показателях усталости, боли и снижения аппетита.

В показателях шкалы суицидального риска, представленных в таблице 6, в основной группе до участия в реабилитационной программе преобладали антисуицидальные тенденции, так что общий показатель шкалы имел отрицательное значение).

После завершения всех мероприятий психологической реабилитационной программы значительно снизились переменные факторы суици-

**Таблица 5. Динамика качества жизни по методике EORTC-QLQ-C 30 в основной группе до и после прохождения реабилитационной программы**

Показатели	До (M±m)	После (M±m)	T-критерий Вилкоксона	p
Общее состояние здоровья и уровня качества жизни	50,45±3,15	64,19±3,03	86,00	0,0005**
Физическое функционирование	74,96±2,58	77,84±2,52	132,00	0,1709
Рольное функционирование	64,86±3,92	74,77±3,39	68,00	0,0333*
Когнитивное функционирование	66,22±4,16	77,48±3,83	81,00	0,0164*
Эмоциональное функционирование	59,23±3,89	78,38±3,42	42,00	0,0001**
Социальное функционирование	63,06±4,34	77,03±3,95	80,50	0,0158*
Усталость	54,65±3,95	42,34±3,47	90,50	0,0012**
Боль	37,39±4,4	22,07±3,82	57,50	0,0009**
Тошнота/Рвота	23,42±4,26	11,71±3,35	71,50	0,0143*
Одышка	20,72±4,35	19,82±3,53	127,50	0,7495
Бессонница	41,44±4,73	36,94±5,13	62,00	0,3061
Снижение аппетита	25,23±5,07	10,81±3,43	16,50	0,0077**
Запор	23,42±4,26	10,81±2,9	51,00	0,0250*
Диарея	17,12±4,21	7,21±2,29	16,50	0,0427*
Финансовые трудности	43,24±4,45	31,53±4,65	47,50	0,0318*

**Таблица 6. Динамика факторов суицидального риска по шкале ШСР до и после прохождения реабилитационной программы**

Показатели	До M±m	После M±m	p
Постоянные факторы суицидального риска	0,19±0,08	0,16±0,07	1
Переменные факторы суицидального риска	1,00±0,19	0,32±0,10	0,0002**
Антисуицидогенные факторы	5,59±0,29	6,81±0,22	<0,0001**
Общая оценка суицидального риска	-4,41±0,40	-6,32±0,25	<0,0001**

дального риска, преимущественно за счет снижения таких показателей как «категоричность мышления», «непереносимость фрустрации» и «неразрешенность кризиса». Повысился показатель выраженности антисуицидогенных факторов, в большей степени за счет повышения частоты таких пунктов как «наличие источников поддержки», «надежды на улучшение ситуации» и «творческие планы». Общая оценка суицидального риска изменилась от  $-4,41 \pm 0,40$  до  $-6,32 \pm 0,25$  баллов ( $p < 0,0001$ ).

**Сравнение основной и контрольной групп** после завершения эксперимента с помощью U-критерия Манна-Уитни показало ряд значимых различий. Так, у пациенток основной группы индекс выраженности симптоматического дистресса (PDSI) был значимо ниже чем в контрольной группе ( $1,31 \pm 0,06$  и  $1,60 \pm 0,10$  соответственно ( $U=364,50$ ;  $p=0,02$ )). Показатель эмоционального дискомфорта (в структуре ситуативной тревожности) в основной группе составил  $2,19 \pm 0,33$ , в контрольной  $4,20 \pm 0,50$ , что говорит о более низкой эмоциональной напряженности у пациенток основной группы ( $U=318,50$ ;  $p < 0,01$ ). Значения выраженности иррациональных установок в основной и контрольной группах составили: катастрофизация —  $19,54 \pm 0,63$  и  $17,57 \pm 0,52$  соответственно ( $U=384,50$ ;  $p=0,03$ ), долженствования в отношении себя —  $19,62 \pm 0,65$  и  $17,00 \pm 0,41$  соответственно ( $U=346,00$ ;  $p=0,01$ ), показатель самооценки и рациональности мышления —  $21,30 \pm 0,66$  и  $18,90 \pm 0,68$  соответственно ( $U=365,50$ ;  $p=0,02$ ), фрустрационная толерантность —  $21,30 \pm 0,63$  и  $19,50 \pm 0,53$  соответственно ( $U=391,00$ ,  $p=0,04$ ). Это указывает на более высокую самооценку и рациональность мышления у пациенток основной группы после завершения программы, у них менее выражена склонность к чрезмерному обобщению, категоричность мышления, пациентки более реалистично оценивают свои возможности и более стрессоустойчивы.

В основной группе признаки астении (ШАС) после реабилитационной программы составили  $14,27 \pm 1,64$  баллов, в контрольной  $22,23 \pm 2,66$ , что свидетельствует о меньшей выраженности астенических компонентов общего психического и физического состояния у пациенток основной группы ( $U=357,50$ ,  $p=0,01$ ). Общее состояние здоровья и уровня качества жизни в основной группе составило  $64,41 \pm 3,01$ , в контрольной  $51,94 \pm 3,57$ , что отражает наличие более лучшего самочувствия и общего состояния здоровья у пациенток основной группы ( $U=329,00$ ,  $p < 0,01$ ). Показатель выраженности усталости в основной группе составил  $42,64 \pm 3,54$ , боли  $22,52 \pm 3,94$ , в контрольной группе: выраженность усталости  $55,19 \pm 4,60$  ( $U=410,50$ ,  $p=0,06$ ), боли  $35,56 \pm 4,71$  ( $U=379,50$ ,  $p=0,02$ ), это свидетельствует о лучшем соматическом состоянии группы, прошедшей реабилитационную программу. Переменные факторы суицидального риска в основной группе ( $0,30 \pm 0,09$ ) также были ниже после реабилитационной программы, чем в контрольной группе ( $1,27 \pm 0,26$ ) при  $U=320,50$ ,

$p < 0,01$ . Антисуицидогенные факторы в основной группе ( $6,81 \pm 0,22$ ) после реабилитации были выше, чем в контрольной группе ( $5,77 \pm 0,35$ ) при  $U=391,00$ ,  $p=0,03$ . Общая оценка суицидального риска в основной группе ( $-6,32 \pm 0,25$ ) была ниже, чем в контрольной группе ( $-4,20 \pm 0,50$ ) при  $U=304,00$ ,  $p < 0,01$ , что свидетельствует о снижении вероятности суицида у пациенток прошедших реабилитационную медико-психологическую программу.

### Обсуждение результатов и выводы

Обобщая полученные данные, можно сказать, что предложенная нами программа психотерапевтической помощи пациентам с онкологическими заболеваниями на этапе активного основного лечения, показала свою эффективность при сравнении результатов в основной и контрольной группах. Стоит отметить, что динамика клинико-психологических показателей в основной группе имела свою специфику.

В наибольшей степени за два месяца, в течение которых пациенты участвовали в психотерапевтической работе, изменились те показатели, которые связаны с актуальным реагированием: снизилась ситуативная тревожность, выраженность тревоги и депрессии в актуальном состоянии и в целом уменьшился эмоциональный дискомфорт, уменьшилась тревожная оценка перспективы, пациенты стали более реалистично смотреть на себя и обстоятельства жизни.

В эмоциональной сфере изменения касались актуального психологического напряжения, преимущественно за счет того, что пациенты перестали избегать признавать и чувствовать свои переживания, перестали бояться разделять их с другими людьми, стали более позитивно относиться к себе, снизили уровень требований и долженствований.

На поведенческом уровне пациенты стали легче взаимодействовать с окружающими, проявлять больше активности в отношении своего лечения и в целом заботы о себе.

В когнитивном плане, на который прицельно направлен метод когнитивной психотерапии, пациенты стали проявлять меньше паттернов дисфункционального мышления (по результатам теста А. Эллиса). За счет этого, они стали более реалистично воспринимать себя и свои обстоятельства, стали меньше испытывать нереалистичных ожиданий, стали больше соотноситься с актуальной действительностью.

Предложенная программа оказалась достаточно эффективной для преодоления межличностных проблем, что проявилось в снижении межличностной тревожности, повышении способности обращаться за поддержкой, большей ориентации на взаимодействие с людьми, в целом улучшилось социальное функционирование (что было заметно в результатах методик «Качество жизни», «Интегративный тест тревожности», «Способы совладающего поведения»).

Интересно, что из симптоматических улучшений после прохождения психотерапевтической программы было заметным не только снижение тревоги и депрессии, но также улучшилось соматическое состояние — так, значительно снизился показатель по шкале соматизации в SCL-90-R, среди соматических симптомов наиболее выраженным улучшением качества жизни отмечалось в показателях усталости, боли и снижения аппетита. Пациенты отмечали, что гораздо легче переносили физический дискомфорт, связанный с проводимой химиотерапией и лучевой терапией.

Важно отметить, что позитивные изменения проявились и в отношении к заболеванию и участию в лечебном процессе. Пациенты стали меньше уклоняться от ответственности за свое здоровье и стали больше предпринимать действий по разрешению возникших трудностей. Отношение к заболеванию и лечению стало более осознанным и ответственным.

Однако, краткосрочность и прицельная направленность психотерапевтической программы преимущественно на механизмы адаптации отразилась на том, что некоторые устойчивые личностные характеристики не подверглись суще-

ственному изменению (например, тревожность как черта личности, склонность к психосоматическому реагированию). Для их коррекции требуется более длительная психотерапия. Также не все симптоматические показатели (SCL-90-R) достигли нормативных значений, что связано с наличием у некоторых пациентов более глубокого нарушения адаптации и большей выраженностью психопатологических проявлений. Это также требует дополнительных усилий для их преодоления.

**Заключение.** Таким образом, можно утверждать, что применение сочетания краткосрочной индивидуальной и групповой когнитивной психотерапии улучшает показатели психологической адаптации личности и адаптации к болезни и процессу лечения у пациентов с первично диагностированными онкологическими заболеваниями на этапе после хирургического лечения и продолжения основного лечения в амбулаторном режиме. При этом следует учитывать, что для пациентов с большей выраженностью психопатологической симптоматики требуется дополнительная помощь врача-психотерапевта, возможно с применением психофармакотерапии.

## Литература

1	Комкова Е.П., Магарилл Ю.А., Кокорина Р.П., Сергеев А.С. Нервно-психические расстройства у онкологических больных (лечебно-реабилитационные аспекты) // Сибирский онкологический журнал. — 2009. — № 2. — С. 40-43.	Komkova EP, Magarill YuA, Kokorina NP, Sergeev AS. Neuropsychic disorders in cancer patients (treatment and rehabilitation aspects). <i>Sibirskij onkologicheskij zhurnal</i> . 2009; 2: 40-43. (in Rus.)
2	Тарабрина Н.В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. — 2014. — № 1. — С. 40-63.	Tarabrina NV. Posttraumatic stress among cancer patients. <i>Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija</i> . 2014; 1: 40-63. (in Rus.)
3	Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю., Вагайцева М.В., Карицкий А.П., Демин Е.В., Федорова В.В., Кондратьева К.А., Пестерева Е.В., Беляев А.М. Исследование эмоционального напряжения у онкологических больных и психологическая реабилитация // Вопросы онкологии. — 2017. — Том 63, № 2. — С. 316-319.	Chulkova VA, Semiglazova TYu, Vagaitseva MV, Karitsky AP, Demin EV, Fedorova VV, Kondratieva KA, Pestereva EV, Belyaev AM. Psychological rehabilitation and screening of emotional stress in cancer patients. <i>Voprosy onkologii</i> . 2017; Vol. 63 (2): 316-319. (in Rus.)
4	Карицкий А.П., Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Семиглазова Т.Ю. Реабилитация онкологического больного как основа повышения качества его жизни // Вопросы онкологии. — 2015. — № 2. — С.180-184.	Karitsky AP, Chulkova VA, Pestereva EV, Semiglazova TYu. Rehabilitation of a cancer patient as basis for improving the quality of his life. <i>Voprosy onkologii</i> . 2015; 2: 180-184. (in Rus.)
5	Караваева Т.А., Васильева А.В., Семиглазова Т.Ю., Карицкий А.П., Лукошкина Е.П., Беляев А.М. Алгоритм диагностики тревожных расстройств невротического уровня у онкологических больных. // Вопросы онкологии. — 2016. — № 2. — С. 355-359.	Karavaeva TA, Vasileva AV, Semiglazova TJu, Karitsky AP, Lukoshkina EP, Beljaev AM. Anxiety disorders algorithm in cancer patients. <i>Voprosy onkologii</i> . 2016; 2: 355-359. (in Rus.)

6	Лукошкина Е.П., Караваева Т.А., Васильева А.В. Этиология, эпидемиология и психотерапия сопутствующих психических расстройств при онкологических заболеваниях. // Вопросы онкологии. — 2016. — Том 62, № 6. — С. 774-783.	Lukoshkina EP, Karavaeva TA, Vasileva AV. Etiology, epidemiology and psychotherapy of comorbid psychiatric disorders in cancer patients. <i>Voprosy onkologii</i> . 2016; Vol. 62 (6): 774-783. (in Rus.)
7	Семенова Н.В., Ляшковская С.В., Лысенко И.С., Чернов П.Д. Клинико-психологические особенности пациентов с онкологическими заболеваниями в период активного специализированного лечения в связи с задачами оказания психотерапевтической помощи // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2018. — № 1. — С. 33-41.	Semenova NV, Lyashkovskaya SV, Lysenko IS, Chernov PD. Clinical and psychological characteristics of patients with oncological diseases during the period of active specialized treatment in connection with the problems of psychotherapy. <i>Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva</i> . 2018; 1: 3-10. (in Rus.)

**Сведения об авторах**

**Семенова Наталия Владимировна** — д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель научно-организационного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: nvs@bekhterev.ru. SPIN-код: 4132-5273.

**Ляшковская Светлана Владимировна** — к.м.н., младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: sl\_dok@mail.ru. SPIN-код: 4132-5273.

**Лысенко Ирина Сергеевна** — младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: neolira@yandex.ru. SPIN-код: 4132-5273.

**Чернов Павел Дмитриевич** — младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: chernovpsy@gmail.com. SPIN-код: 8823-1802.

DOI : 10.31363/2313-7053-2019-1-70-76

## Анализ психометрических свойств шкалы социальной тревожности опросника невротических расстройств

Цидик Л.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

**Резюме.** Психодиагностические измерительные инструменты, созданные в рамках классической теории тестов, отличаются нестабильностью всех психометрических параметров. Поэтому возникла необходимость применения для конструирования методик современных научно-обоснованных подходов, которые лишены этих недостатков. Цель исследования: осуществить анализ психометрических свойств шкалы социальной тревожности опросника невротических расстройств. Всего обследовано 296 человек. Основным статистический метод работы — метрическая система Раша. Результаты: утверждения шкалы социальной тревожности обладают адекватной конструктивной валидностью, меры трудностей пунктов находятся в диапазоне от -2 до +2 логитов, шкала является одномерной, имеет относительно сбалансированную метрическую структуру, индекс надёжности равен 0,83, шкала способна дифференцировать 3 уровня выраженности конструкта.

**Ключевые слова:** психометрические свойства, опросник невротических расстройств, шкала социальной тревожности, метрическая система Раша.

## Analysis of psychometrical properties of the scale of social anxiety of the neurotic disturbances questionnaire

Tsidik L.I.

Educational Establishment «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

**Summary.** Psychodiagnostic measuring instruments created within the framework of the classical theory of tests are distinguished by the instability of all psychometric parameters. Therefore, there arose the need to use modern scientifically grounded approaches for designing techniques that lack these shortcomings. The purpose of the study: to carry out an analysis of the psychometric properties of the scale of social anxiety of the questionnaire of neurotic disorders. A total of 296 people were tested. The main statistical method of work is the metric Rush system. Results: the approval of the scale of social anxiety possess an adequate construct validity, measures of difficulty points are in the range from -2 to +2 logits, the scale is one-dimensional, has a relatively balanced metric structure, the reliability index is 0.83, the scale is able to differentiate the three levels of expression of the construct.

**Key words:** psychometric properties, a questionnaire of neurotic disorders, a scale of social anxiety, the metric Rush system.

Создание новых и модернизация уже существующих методик обусловлены необходимостью внедрения в клинику информативных психодиагностических инструментов с доказанными психометрическими свойствами. Классические психометрические подходы обнаруживают ряд недостатков, снижающих диагностическую эффективность прикладных методик, созданных на их основе. В связи с этим возрастает актуальность использования новых психометрических технологий в психодиагностике. Психометрика представляет собой научную основу для создания и оценки эффективности применяемых в клинике психодиагностических инструментов. Наличие доказанных и обоснованных методов измерения особенно актуально в психодиагностике, где исследуемые переменные носят латентный характер. Возможность измерения латентного конструкта появляется тогда, когда он рассматривается в двух аспектах. Первый аспект касается наличия индикаторов, подверженных измерению. Второй предполагает установление свя-

зей данного конструкта с другими конструктами, что обеспечивает интерпретируемость результатов измерения. Латентные переменные измеряются посредством оценки наблюдаемого поведения в виде ответов на определённые задания или пункты. Отсутствие измерительных правил в числовых определениях психологического конструкта приводит к ошибочной интерпретации результатов психодиагностического исследования. Чтобы исследование включало действительно научное измерение конструкта, необходимо сосредоточить внимание не на полученных данных, а на самом измерении [1, 2].

Информация о психометрических свойствах методик, созданных в рамках классической теории тестов, носит описательный характер. К таким методикам относится и опросник невротических расстройств (ОНР). Чаще всего в эти описания включают данные о корреляциях пунктов с общей оценкой, значения показателей надёжности и валидности, таблицы перевода сырых оценок в шкальные. Все эти показатели полностью зави-

сят от тех условий, в которых проводилось психометрическое исследование. Кроме того, имеющиеся психодиагностические методики не проходили никакой метрологической калибровки, которая должна включать установление чётких правил эквивалентности отношений уровней выраженности конструкта и тестовых оценок, а также введение определённой единицы измерения. С измерительной точки зрения тестовые баллы не являются единицами измерения, а представляют собой не более чем количество наблюдаемых событий. Приписывание же им чисел первоначально не содержит никакого измерительного начала [4, 6].

В 1953г. датским математиком Г. Рашем была предложена математическая модель, которая подходит в качестве основы для построения действительно научного измерения в клинической психодиагностике. Модель Раша, являясь разновидностью современной теории тестов, представляет собой психометрическую модель полного цикла, которая содержит всё необходимое для полноценного психометрического анализа и разработки психодиагностической шкалы [3, 5, 7]. Помимо этого, данные шкалы будут являться инвариантными, что предполагает неизменность параметров измерения при изменении условий его проведения. Именно на основе модели Раша, соответствующей принципам фундаментального научного измерения, в данном исследовании производился анализ психометрических свойств и моделирование шкал опросника невротических расстройств.

### Цели исследования

Осуществить анализ психометрических свойств шкалы социальной тревожности опросника невротических расстройств на основе метрической системы Раша. На данном этапе работы был произведён расчёт трудности пунктов данной шкалы, оценена конструктивная валидность, проведён содержательный анализ утверждений, надёжность шкалы оценивалась с помощью показателей надёжности и сепарационной статистики.

### Материалы и методы

Исследование осуществлено на базе психоневрологического отделения учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №3 г. Гродно». Были обследованы пациенты с верифицированными диагнозами ( $n=220$ ) из рубрик невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40, F41, F43, F45), рекуррентное депрессивное расстройство и депрессивный эпизод умеренной степени тяжести (F32, F33), а также здоровые испытуемые ( $n=76$ ). Необходимым требованием для основного статистического метода работы — модели Раша является широкий диапазон выраженности исследуемого свойства в выборке. В случае настоящего исследования необходимо, чтобы среди испытуемых были пациенты с разной степенью выраженно-

сти социальной тревожности. Вся эта разнородная выборка в исследовании рассматривалась как однородная группа, которая и послужила основой для выделения шкал опросника.

Группа исследования включала 296 человек, каждый из которых подписал информированное согласие, одобренное на этической комиссии УО «Гродненский государственный медицинский университет». Состав группы по полу: мужчины — 129, женщины — 167. Средний возраст испытуемых  $36,4 \pm 9,6$ .

Основные требования для обеспечения необходимого научного качества измерения клинических данных — постоянство и воспроизводимость процесса исследования. Шкалы, созданные на основе метрической системы Раша, обладают устойчивыми измерительными свойствами, которые обеспечивают независимость измерения от особенностей популяции и временных изменений в ней [2].

Вначале исследования испытуемым предлагалось ответить на 300 утверждений методики. Для этого использовался преобразованный дихотомический вариант заданий (вместо ранее предложенных 6 градаций ответов): ответ «да» кодировался 1, ответ «нет» — 0. Из ответов всех испытуемых на все задания методики была составлена общая матрица данных, которая изначально рассматривалась как единая шкала. Далее с помощью метрической системы Раша данная матрица была преобразована в матрицу вероятностей, на основании которой был произведён расчёт трудности пунктов и конструктивной валидности путём вычисления индексов качества для каждого утверждения опросника. Пункты, индексы качества которых не входили в диапазон приемлемых значений (для дихотомических опросников он равен 0,8-1,2), исключались из дальнейшего анализа, как нарушающие конструктивную валидность шкалы. Данные итерации повторялись до тех пор, пока значения индексов качества всех оставшихся утверждений не вошли в рамки требуемого интервала.

Конструктивная валидность пунктов в рамках модели Раша представляется в виде индексов качества пунктов UMS и WMS. Значения этих индексов рассчитываются по среднеквадратичным остаткам, которые образуются в результате определения разностей моделированных вероятностей ответов на пункты и реальных ответов испытуемых. Индекс UMS оценивает качество пункта на любом уровне выраженности измеряемого конструкта, индекс WMS — качество пунктов с учётом «выбросов» в оценках испытуемых — резко аномальных значений вероятностей ключевых ответов [1, 2].

Способность пунктов вызывать ключевые ответы получила название трудности пункта. Трудность пункта соответствует определённой мере выраженности конструкта. Чем труднее пункт, тем большей выраженностью психологического конструкта необходимо обладать, чтобы предоставить на него ключевой ответ. Испытуемый с мерой, равной 0 логитов, способен ответить на

пункты средней трудности, для ответа на которые и требуется средний уровень выраженности конструкта, т.е. среднее значение шкальной оценки конструкта равно 0, а стандартное отклонение — 1. Следовательно, каждый пункт психодиагностической шкалы вносит свой специфический вклад в рост значения суммарной оценки. Показатель трудности пункта вычисляется итерационным способом с помощью оценивания методом максимального правдоподобия и выражается в логитах. Трудность пункта характеризует количество испытуемых, не предоставивших ключевой ответ на пункт.

Надёжность диагностической шкалы оценивалась при помощи показателя надёжности и индекса «числа слоёв». Показатель надёжности в модели Раша отображает, насколько наблюдаемая дисперсия данных соответствует истинной дисперсии исследуемого конструкта, он концептуально близок коэффициенту альфа-Кронбаха, имеет такие же нормативные диапазоны. Индекс «числа слоёв» представляет собой количество уровней выраженности конструкта, которое способен выявить диагностический инструмент в исследуемой выборке, что имеет непосредственное отношение к дифференциально-диагностическим свойствам методики [4, 6].

На основании матрицы вероятностей также произведён факторный анализ остатков, позволяющий определить одномерность или неоднородность полученной шкалы методики.

#### Результаты и обсуждение

В результате проведённого исследования была оценена конструктивная валидность и трудность каждого утверждений шкалы, полученной в результате последней итерации, произведён содержательный анализ пунктов, рассчитаны показатели надёжности и сепарационной статистики.

В процессе формирования данной шкалы было осуществлено 15 итерационных циклов, а окончательный вариант шкалы составили 23 утверждения. Значения индексов валидности UMS и WMS пунктов шкалы, полученные в результате проведения последних 4 итераций, представлены в таблице 1. Анализируя таблицу видим, что значе-

ние индекса качества UMS пункта №15 в 12 итерации превысило диапазон приемлемых значений для дихотомических шкал (UMS=1,22), поэтому он был исключён из дальнейших вычислений. В 13 итерации значения индексов UMS и WMS 20 пунктов, а в 14 итерации только 2-х (пункты №25 и №155), либо превысили, либо не достигли установленных границ значений (0,8-1,2), что свидетельствует о их несоответствии диагностической направленности данной шкалы. После их элиминации все оставшиеся пункты при проведении заключительной итерации показали удовлетворительные значения индексов качества. Следовательно, полученные показатели характеризуют утверждения как принадлежащие исследуемому конструкту, а шкалу позволяют оценить, как достаточно конструктивно валидную.

На следующем этапе исследования были вычислены меры трудности для каждого утверждения шкалы. Параметр трудности пунктов, рассчитанный на основе модели Раша, сохраняет стабильность значений независимо от распределения оценок в популяции. Оптимальным для психодиагностических методик является интервал от -2 до +2 логитов, с которым и сопоставлялись полученные значения данного показателя. Анализ представленных в табл.2 данных показывает, что меры трудности исследуемого конструкта соответствуют данному диапазону распределения. Наиболее «лёгкий» пункт шкалы имеет значение трудности -1,12 логита, т.е. вероятность ключевого ответа на него наиболее высока у испытуемых с минимально выраженной интенсивностью социальной тревожности, а наиболее «трудный» пункт со значением трудности 1,61 логита, на него, наоборот, ключевой ответ возможен только при значительной выраженности конструкта. Сформированная шкала будет более точно диагностировать умеренную степень выраженности симптомов, так как большая часть её утверждений обладает средним уровнем трудности. Оценка равная 0 логитов соответствует средней выраженности конструкта. Присутствие в структуре шкалы «полюсных» утверждений расширяет её диагностические возможности.

Таблица 1. Значения индексов валидности UMS и WMS пунктов шкалы социальной тревожности ОНР

№ Пункта	12-ая итерация		13-ая итерация		14-ая итерация		15-ая итерация	
	WMS	UMS	WMS	UMS	WMS	UMS	WMS	UMS
7	1,04	1,00	1,04	1,00	1,08	1,14	1,10	1,30
9	1,02	1,12	1,01	1,11	1,02	1,15	1,05	1,19
14	0,95	0,92	0,95	0,92	0,97	0,92	0,98	0,93
15	1,12	1,22	-	-	-	-	-	-
25	1,18	1,17	1,18	1,17	1,21	1,23	-	-
29	1,01	1,18	1,02	1,21	-	-	-	-
31	0,94	0,92	0,94	0,93	0,92	0,89	0,94	0,93

*Исследования*

41	1,00	0,97	1,01	0,98	1,01	1,02	1,03	1,06
50	1,08	1,19	1,08	1,24	-	-	-	-
54	0,94	0,87	0,94	0,87	1,00	0,96	1,01	0,96
61	0,89	1,08	0,90	1,08	0,93	0,95	0,94	0,96
103	0,99	0,99	0,98	0,97	1,04	1,06	1,07	1,10
104	1,01	0,99	1,02	1,01	1,06	1,06	1,08	1,09
124	1,11	1,18	1,11	1,25	-	-	-	-
133	0,85	0,94	0,78	0,97	-	-	-	-
141	0,99	1,18	1,00	1,26	-	-	-	-
155	1,08	1,11	1,09	1,12	1,14	1,25	-	-
156	0,90	0,97	0,90	0,97	0,94	1,02	0,96	1,07
166	1,09	1,18	1,10	1,22	-	-	-	-
168	0,84	0,80	0,84	0,80	0,88	0,82	0,88	0,80
171	0,98	0,19	0,99	0,24	-	-	-	-
176	0,93	0,92	0,94	0,92	0,90	0,81	0,91	0,83
191	0,91	0,89	0,91	0,90	0,94	0,92	0,95	0,93
197	1,01	1,17	1,01	1,23	-	-	-	-
198	0,89	0,82	0,89	0,82	0,89	0,80	0,90	0,79
204	0,82	0,82	0,81	0,71	-	-	-	-
205	1,00	1,18	1,01	1,23	-	-	-	-
208	1,08	1,19	1,09	1,25	-	-	-	-
209	1,02	1,01	1,03	1,01	1,09	1,16	1,11	1,19
211	1,07	1,17	1,07	1,22	-	-	-	-
212	0,85	0,82	0,85	0,82	0,84	0,80	0,84	0,78
215	1,07	1,19	1,07	1,25	-	-	-	-
219	0,95	0,83	0,95	0,78	-	-	-	-
223	0,92	1,02	0,92	1,02	0,95	1,26	0,96	1,35
224	1,03	0,98	1,03	0,99	1,04	1,00	1,05	1,00
229	1,08	1,19	1,08	1,22	-	-	-	-
239	0,94	0,87	0,94	0,78	-	-	-	-
242	0,96	0,88	0,96	0,88	0,97	0,86	0,98	0,88
250	1,03	1,18	1,03	1,21	-	-	-	-
258	1,03	1,06	1,03	1,06	1,09	1,12	1,09	1,14
263	1,11	1,19	1,12	1,22	-	-	-	-
271	1,00	1,03	1,00	1,04	1,04	1,10	1,06	1,11
274	1,11	1,18	1,12	1,25	-	-	-	-
283	0,87	0,83	0,87	0,83	0,84	0,81	0,86	0,80
292	0,90	0,84	0,90	0,78	-	-	-	-
294	0,99	1,08	0,99	1,08	1,02	1,08	1,04	1,15

**Таблица 2. Параметры трудностей пунктов шкалы социальной тревожности ОНР (в логитах)**

№ пункта	7	9	14	31	41	54	61	103	104	156	168	176
Трудность	1,16	-0,46	-0,41	-0,08	0,34	-1,06	0,28	-1,12	0,42	1,40	-0,33	0,74

№ пункта	191	198	209	212	223	224	242	258	271	283	294
Трудность	0,65	0,16	-0,84	1,16	1,61	0,63	0,60	-0,53	0,32	-0,03	-0,33

Содержательный анализ утверждений шкалы показал, что все они описывают различные проявления социально-обусловленной тревожности. Частично утверждения новой шкалы представлены в таблице 3.

**Таблица 3. Примеры утверждений шкалы социальной тревожности**

№	Утверждения шкалы социальной тревожности
9	Порицание легко приводит меня в уныние.
31	На меня легко оказывать влияние.
41	Мне трудно найти правильный тон.
54	Меня очень легко обидеть и оскорбить.
103	На мое настроение легко влиять.
104	Мне кажется, что в моей памяти много пробелов.
156	Мне трудно писать (к примеру, расписаться), если при этом кто-нибудь смотрит на мои руки.
168	Я боязливый человек.
176	Когда я разговариваю с кем-то, то всегда боюсь, что мне не о чем будет говорить.
198	Когда я нахожусь с другими людьми, я испытываю чувство стеснения.
212	Если я слышу смех, я всегда чувствую себя задетым и думаю, что смеются надо мной.
223	Когда я вижу драку, я всегда боюсь, что меня втянут в нее.
224	Я заговариваю первым с другими людьми с большим трудом и с нетерпением жду, когда заговорят со мной.
258	Прежде чем решать сложные дела, я всегда должен сначала с кем-то посоветоваться.
294	Я никогда не знаю, достаточно ли я в курсе дела по данному вопросу, чтобы принять определенное решение.

Таким образом, контент-анализ пунктов шкалы, оставшихся в результате проведенных 15 итерационных циклов, благодаря наличию индексов качества с приемлемыми значениями (0,8-1,2) позволил их объединить в новую шкалу опросника, получившей название «шкала социальной тревожности».

Согласно современной научно-обоснованной теории измерения шкала должна оценивать толь-

ко один конструкт. Проведенный факторный анализ нормализованных остатков от разницы между наблюдаемыми и ожидаемыми оценками ответов на пункты методики выявил одномерность сформированной шкалы, т.к. все факторы остатков ниже 2-х (рис.1). Данная шкала оценивает только уровень социальной тревожности и никакие другие факторы на результат исследования влияния не оказывают.

Для психодиагностической шкалы, созданной в рамках метрической модели Раша, желательнее, чтобы выборка испытуемых перекрывала диапазон трудности пунктов. В этом случае ошибки измерения трудности будут несущественными. На рисунке 2 представлена карта соотношения мер трудности ответных категорий пунктов шкалы и уровня выраженности социальной тревожности в группе испытуемых.

Согласно современным положениям психометрики, шкала обладает достаточной диагностической мощностью если распределение трудностей ответных категорий пунктов максимально охватывает распределение мер выраженности исследуемого конструкта у испытуемых.

Проводя визуальный анализ данных карты (рис.2), отмечаем, что меры выраженности конструкта у испытуемых (левая часть карты) находятся в диапазоне от -4,4 до +4,8 логита. В правой части карты видим, что распределение трудностей ответных категорий пунктов шкалы находится в диапазоне от -1,2 до +1,6 логита, что соответствует среднему уровню трудности. Следовательно, делаем вывод, что границы диапазона распределения мер выраженности конструкта у испытуемых значительно шире, чем границы диапазона распределения трудностей ответных категорий пунктов шкалы. Следует обратить внимание, что распределение мер трудности ответных категорий пунктов полностью покрывает лишь средний уровень выраженности конструкта у испытуемых, т.е. шкала будет больше направлена на диагностику умеренно выраженной социальной тревожности. Что касается зоны высоких и низких значений выраженности конструкта, там могут быть неточные данные. Следовательно, шкала имеет относительно сбалансированную метрическую структуру.

На заключительном этапе работы был проведен анализ показателей надёжности и сепарационной статистики, которые также рассчитывались отдельно для каждой итерации (таб. 4). В резуль-

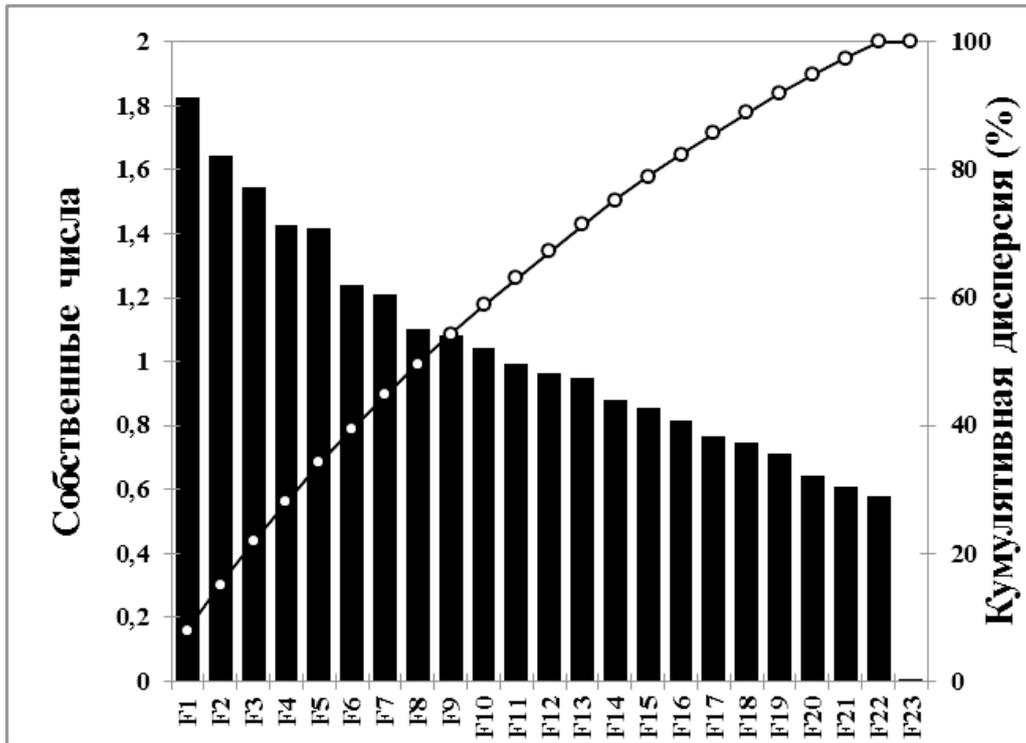


Рис.1. Диаграмма собственных чисел и график россыпи факторов матрицы остатков шкалы социальной тревожности ОНР

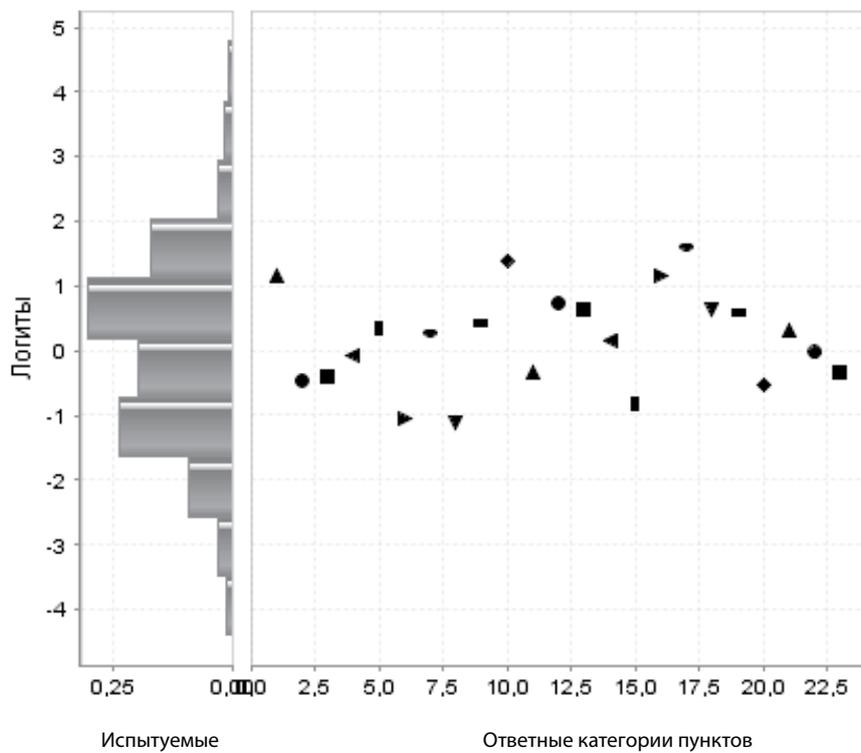


Рис.2. Карта распределения мер выраженности социальной тревожности у испытуемых и трудностей ответных категорий пунктов шкалы

тате проведения 1-ой итерации значение индекса надёжности составило 0,9. В последующем, в окончательном 15-ом итерационном цикле индекс надёжности незначительно снизился за счёт уменьшения количества утверждений в результате моделирования шкалы, и стал равен 0,83. Этот показатель характеризует надёжность шкалы как хорошую и свидетельствует о её популяционной независимости.

Для оценки дифференцирующей способности шкалы использовался «Индекс числа слоёв». Его значение по результатам первой итерации составило 4,4, а в результате 15-ой итерации снизилось до 3,3. Шкала, освободившись от некачественных пунктов, изменила свои дискриминативные возможности и может различать три уровня выраженности свойства, что является показателем высоких дифференциально-диагностических свойств.

Статистические показатели	1 итерация	15 итерация
Надёжность	0,90	0,83
Индекс числа слоёв	4,4	3,3

#### Выводы:

1. На основе метрической системы Раша разработана новая шкала социальной тревожности ОНР.

2. Шкала социальной тревожности обладает удовлетворительными психометрическими свойствами: утверждения обладают адекватной конструктивной валидностью (значения индексов качества UMS и WMS находятся в диапазоне 0,8-1,2); меры трудностей пунктов — в пределах нормативного интервала (от -2 до +2 логитов).

3. Шкала является одномерной, имеет относительно сбалансированную метрическую структуру.

4. Индекс надёжности равен 0,83, шкала способна дифференцировать 3 уровня выраженности конструкта, что является показателем высоких дифференциально-диагностических свойств.

#### Литература

1	Ассанович, М.А. Клиническая психодиагностика: Учебное пособие / М. А. Ассанович. — Минск. — 2012. — С.343.	Assanovich, M.A. Clinical psychodiagnosis : Tutorial / M.A. Assanovich. — Minsk. — 2012. — P.343. (In Rus.).
2	Ассанович, М.А. Методологические подходы к научному измерению в клинической психодиагностике / М. А. Ассанович. — Минск: Новое знание. — 2017. — С.224.	Assanovich, M.A. Methodological approaches to scientific measurement in clinical psychodiagnostics / M. A. Assanovich. — Minsk: Novoe znanie. — 2017. — P.224. (In Rus.).
3	Baghaei, P. The Rasch Model as a Construct Validation Tool / P. Baghaei // Rasch Measurement Transactions. — 2008. — Vol.22. — P.1145-1146.	Baghaei, P. The Rasch Model as a Construct Validation Tool / P. Baghaei // Rasch Measurement Transactions. — 2008. — Vol. 22. — P.1145-1146.
4	Bech, P. Clinical psychometrics / P. Bech. Wiley-Blackwell. — 2012. — 202p.	Bech, P. Clinical psychometrics / P. Bech. Wiley-Blackwell. — 2012. — 202p.
5	Boone, W.J. Rasch Analysis in the Human Sciences / W.J. Boone, J. R. Staver, M.S. Yale — New York, London: Springer. — 2014. — 482p.	Boone, W.J. Rasch Analysis in the Human Sciences / W.J. Boone, J.R. Staver, M.S. Yale — New York, London: Springer. — 2014. — 482p.
6	Feinstein, A.R. Clinimetrics / A. R. Feinstein. Yale University Press. — 1987. — 272p.	Feinstein, A.R. Clinimetrics / A.R. Feinstein. Yale University Press. — 1987. — 272p.
7	Wright, B.D. Reliability and separation / B. D. Wright // Rasch Measurement Transactions. — 1996. — Vol.9. — P.472.	Wright, B.D. Reliability and separation / B.D. Wright // Rasch Measurement Transactions. — 1996. — Vol.9. — P.472.

#### Сведения об авторе

**Цидик Людвиг Ивановна** — ассистент кафедры медицинской психологии и психотерапии УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь. E-mail: ltsidik@mail.ru

## Возможен ли комплексный анализ данных диагностики ментальных расстройств на ранних стадиях?

Залуцкая Н.М.<sup>1</sup>, Эран А.<sup>3</sup>, Фрейлихман Ш.<sup>3</sup>, Балицер Р.<sup>4</sup>, Гомзякова Н.А.<sup>1</sup>, Корхов В.В.<sup>2</sup>, Незнанов Н.Г.<sup>1</sup>, Богданов А.В.<sup>2</sup>, Дегтярев А.Б.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский государственный университет

<sup>3</sup> Центр эволюционной геномики и медицины, Университет Бен-Гуриона, Неgev, Беэр-Шева, Израиль

<sup>4</sup> Научно-исследовательский институт Clalit, Израиль

**Резюме.** В работе аннотируются цели и задачи планируемого совместного российско-израильского научного проекта, направленного на комплексную оценку данных, полученных в ходе обследования пациентов с мягким когнитивным снижением и расстройствами аутистического спектра. Процесс их анализа будет строиться на комплексных методиках, эффективное применение которых требует легкодоступных средств оперирования клиническими и биологическими данными, что, в свою очередь, может быть реализовано через современные облачные и высокопроизводительные технологии. Планируется применение нового подхода, связанного с применением newSQL базы данных в качестве API, а затем применение инструментария GRID для работы с разнородными данными, что приведет к особенностям в анализе корреляций в многомерных массивах данных. Для этого планируется использование методов многомерного статистического анализа и современных методов машинного обучения.

**Ключевые слова:** деменция, мягкое когнитивное снижение, биомаркеры, аутистический спектр, разнородные данные, консолидация, технологии GRID.

### Is it possible to perform a comprehensive analysis of the diagnostic data of mental diseases in the early stages?

Zalutskaya N.M.<sup>1</sup>, Eran A.<sup>3</sup>, Freilikhman Sh.<sup>3</sup>, Balicer R.<sup>4</sup>, Gomzyakova N.A.<sup>1</sup>, Korkhov V.V.<sup>2</sup>, Neznanov N.G.<sup>1</sup>, Bogdanov A.V.<sup>2</sup>, Degtyarev A.B.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Federal state budgetary institution «V.M.Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology» of the Russian Federation Ministry of Health, St-Petersburg,

<sup>2</sup> St. Petersburg State University

<sup>3</sup> The Center for Evolutionary Genomics and Medicine, Ben-Gurion University of Negev, Israel

<sup>4</sup> Clalit Research Institute, Israel

**Summary.** The work annotates the goals and objectives of the planned joint Russian-Israeli research project aimed at a comprehensive assessment of the data obtained during the examination of patients with mild cognitive decline and autism spectrum disorders. The process of their analysis will be based on complex methods, the effective use of which requires readily available means of operating with clinical and biological data, which, in turn, can be implemented through modern cloud and high-performance computing technologies. It is planned to use the new approach associated with the use of newSQL database as an API, and then use the distributed computing tools for working with heterogeneous data, which will lead to features in the analysis of correlations in multidimensional data arrays. For this purpose it is planned to use the methods of multidimensional statistical analysis and modern methods of machine learning.

**Key words:** dementia, mild cognitive decline, biomarkers, autistic spectrum, heterogeneous data, consolidation, GRID technologies

Деменции и заболевания аутистического спектра (РАС), чья социальная значимость растет год от года по мере наблюдающегося во всем мире увеличения количества больных, представляют собой две группы гетерогенных расстройств. Достигнутые в последние десятилетия некоторые успехи в их лечении отражают, тем не менее, весьма скромные результаты предпринимаемых медицинским сообществом усилий. Накапливается все больше аргументов в пользу применения терапевтических интервенций на ранних стадиях болезненного процесса, что, как предполагается, позволит существенно увеличить эффективность терапии [1]. В этой связи верификация ранних диагностических и дифференциально-

диагностических критериев приобретает особую научную и практическую значимость.

Выделение группы лиц, обнаруживающих мягкое когнитивное снижение (МСИ) как промежуточную стадию между возрастной нормой и деменцией, дает основание надеяться на больший успех терапии. Вместе с тем, МСИ является неустойчивым клиническим конструктом, значительную неоднородность когорты детерминирует отсутствие критериев установления этиологической природы когнитивного снижения. Результатом этого становится объединение под одной диагностической рубрикой лиц, снижения уровня когнитивного функционирования которых обусловлено начинающейся болезнью Альцгеймера [6],

каким-либо иным вариантом деменции, потенциально обратимым расстройством (например, лекарственно-индуцированной когнитивной дисфункцией), либо находящихся на нижнем уровне нормальных (но стабильных) когнитивных характеристик. Это делает выявление предикторов трансформации МСИ в деменцию одним из ключевых направлений современных исследований. Для этих целей настоятельно необходимо проведение систематической комплексной оценки биомаркеров заболевания (генетических, нейровизуализационных, молекулярно-генетических) [12] и клинико-нейропсихологических характеристик пациентов в их взаимосвязи.

Подобного же рода ситуация наблюдается и в сфере расстройств аутистического спектра. Поздняя диагностика лишает возможности проведения ранних интенсивных поведенческих вмешательств, являющихся в настоящее время единственным вариантом терапии, улучшающим функционирование ребенка и прогноз заболевания. Так, в соответствии с поведенческими критериями «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» (DSM-5), диагноз из рубрики расстройств аутистического спектра может быть поставлен большинству болеющих детей еще в возрасте 24 месяцев Johnson CP, Myers SM, средний возраст установления диагноза РАС составляет приблизительно 4,4 года [4, 11, 16].

Одним из многообещающих подходов к сокращению разрыва между необходимостью ранней диагностики РАС и вышеуказанными диагностическими проблемами можно считать автоматизацию скрининга расстройств аутистического спектра. Следует отметить, что к настоящему моменту оптимальный алгоритм скрининга РАС не разработан и не прошел проверку на валидность. Ранее мы показали, что РАС-коморбидные диагнозы в первые два года жизни имеют высокую прогностическую ценность. К ним относятся, например, нарушения сна (отношение шансов (OR) = 3,29, 95% доверительный интервал (CI) = [2,59,4,19]), аллергии (OR = 1,76, 95% CI = [1,59,1,95]) и одышка (ИЛИ = 2,93, 95% DI = [2,28,3,78]), которые в среднем регистрируются в течение третьего месяца жизни. В планируемом совместном научном проекте мы предполагаем использование нового подхода к прогнозированию прогноза аутизма, основанного на гипотезе, что у пациентов, страдающих РАС, в младенчестве и детском возрасте наблюдаются коморбидные заболевания, такие как аллергические реакции, желудочно-кишечные расстройства, повторные инфекции и нарушения сна [15,14,11, 9, 7, 5, 3, 2].

Полноценные исследования описанного характера происходят посредством многокритериаль-

ного анализа многочисленных источников, корреляция которых с изучаемым явлением часто требует отдельного исследования. В предлагаемом исследовании будут использованы как большие традиционные базы данных (истории болезни пациентов — EHRCIalut, Израиль), так и разнородные данные графического, текстового и иного характера, полученные на основании различных измерений: МРТ, ЭЭГ и другие. Зачастую подобные данные несовместимы между собой без проведения комплексного анализа содержимого и нетривиальных преобразований к формам, для которых доступен интегральный анализ. При этом все результаты необходимо использовать в тесной взаимосвязи, поскольку рассматриваемые проблемы могут иметь многокритериальные зависимости, неразличимые при использовании единственного источника информации. Вместе с тем, доступ к данным требуется не как к одиночным сущностям — анализ проводится по целым массивам результатов наблюдений. Процесс анализа строится на комплексных методиках, эффективное применение которых требует легкодоступных средств оперирования клиническими и биологическими данными, что, в свою очередь, может быть реализовано через современные облачные и высокопроизводительные технологии [10]. Единовременный учет многих факторов без приведения их к интегрируемым форматам не только является нетривиальной задачей, требующей значительных временных и трудовых ресурсов, но и препятствует извлечению скрытых зависимостей среди данных, выявление которых позволило бы получить ответы на вопросы о выявлении патологий на ранних этапах и прогнозирования хода ее прогрессирования.

Объем и сложность данных в этой задаче столь велика, что мы попадаем в область действия CAP-теоремы. В случае централизованного хранения данных, используемого при реализации информационной системы, основные проблемы связаны с комплексностью и разнородностью данных. Стандартные методы консолидации, основанные на федеративных базах данных, в данном случае не могут быть полностью применимы из-за наличия потоковых данных. Поэтому может быть применен новый подход, связанный с применением newSQL базы данных в качестве API, а затем применение инструментария GRID для работы с разнородными данными. Все это приводит к особенностям в анализе корреляций в многомерных массивах данных. Для этого планируется использование методов многомерного статистического анализа и современных методов машинного обучения.

### Литература

1	Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б. Деменции: руководство для врачей. 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ. — 2011. — 272с.	Yakhno N.N., Zakharov V.V., Lokshina A.B. Dementia: a guide for doctors. 3rd ed. М.: MEDpress-inform. 2011; 272p.
---	---	---

2	Bauman ML. Medical comorbidities in autism: challenges to diagnosis and treatment. <i>Neurotherapeutics : the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics</i> . — 2010. — Vol.7. — P.320-327. Epub 2010/07/21. doi: 10.1016/j.nurt.2010.06.001. PubMed PMID: 20643385; PMCID: PMC5084236.	Bauman ML. Medical comorbidities in autism: challenges to diagnosis and treatment. <i>Neurotherapeutics : the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics</i> . 2010; 7:320-327. Epub 2010/07/21. doi: 10.1016/j.nurt.2010.06.001. PubMed PMID: 20643385; PMCID: PMC5084236.
3	Cawthorpe D. Comprehensive Description of Comorbidity for Autism Spectrum Disorder in a General Population. <i>The Permanente journal</i> . — 2017. — Vol.21. Epub 2017/03/01. doi: 10.7812/tpp/16-088. PubMed PMID: 28241914; PMCID: PMC5283790.	Cawthorpe D. Comprehensive Description of Comorbidity for Autism Spectrum Disorder in a General Population. <i>The Permanente journal</i> . 2017;21. Epub 2017/03/01. doi: 10.7812/tpp/16-088. PubMed PMID: 28241914; PMCID: PMC5283790.
4	Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year Principal I, Centers for Disease C, Prevention. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States. — 2010. <i>Morbidity and mortality weekly report Surveillance summaries (Washington, DC : 2002)</i> . — 2014. — Vol.63. — P.1-21. PubMed PMID: 24670961.	Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year Principal I, Centers for Disease C, Prevention. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. <i>Morbidity and mortality weekly report Surveillance summaries (Washington, DC : 2002)</i> . 2014; 63:1-21. PubMed PMID: 24670961.
5	Doshi-Velez F, Ge Y, Kohane I. Comorbidity clusters in autism spectrum disorders: an electronic health record time-series analysis. — <i>Pediatrics</i> . — 2014. — Vol.133. — P.54-63. Epub 2013/12/11. doi: 10.1542/peds.2013-0819. PubMed PMID: 24323995; PMCID: PMC3876178.	Doshi-Velez F, Ge Y, Kohane I. Comorbidity clusters in autism spectrum disorders: an electronic health record time-series analysis. <i>Pediatrics</i> . 2014; 133:e54-63. Epub 2013/12/11. doi: 10.1542/peds.2013-0819. PubMed PMID: 24323995; PMCID: PMC3876178.
6	Forlenza OV, Chiu E. Mild cognitive impairment: a concept ready to move on? — <i>Curr Opin Psychiatry</i> . — 2008. — Vol.21. — P.529-532.	Forlenza OV, Chiu E. Mild cognitive impairment: a concept ready to move on? <i>Curr Opin Psychiatry</i> . 2008; 21:529-532.
7	Gurney JG, McPheeters ML, Davis MM. Parental report of health conditions and health care use among children with and without autism: National Survey of Children's Health. — <i>Archives of pediatrics &amp; adolescent medicine</i> . — 2006. — Vol.160. — P.825-830. Epub 2006/08/09. doi: 10.1001/archpedi.160.8.825. PubMed PMID: 16894082.	Gurney JG, McPheeters ML, Davis MM. Parental report of health conditions and health care use among children with and without autism: National Survey of Children's Health. — <i>Archives of pediatrics &amp; adolescent medicine</i> . — 2006. — Vol.160. — P.825-830. Epub 2006/08/09. doi: 10.1001/archpedi.160.8.825. PubMed PMID: 16894082.
8	Johnson CP, Myers SM, American Academy of Pediatrics Council on Children With D. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. — <i>Pediatrics</i> . — 2007. — Vol.120. — P.1183-1215. doi: 10.1542/peds.2007-2361. PubMed PMID: 17967920.	Johnson CP, Myers SM, American Academy of Pediatrics Council on Children With D. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. <i>Pediatrics</i> . 2007; 120:1183-215. doi: 10.1542/peds.2007-2361. PubMed PMID: 17967920.
9	Kohane IS, Eran A. Can we measure autism? — <i>Sci Transl Med</i> . — 2013. — Vol.5. — P.209ed18. doi: 10.1126/scitranslmed.3007340.	Kohane IS, Eran A. Can we measure autism? <i>Sci Transl Med</i> . 2013; 5:209ed18. doi: 10.1126/scitranslmed.3007340.
10	Korkhov V., Volosnikov V., Vorontsov A., Gribkov K., Degtyarev A., Bogdanov A., Zalutskaya N. Data storage, processing and analysis to support brain research. — <i>Lecture Notes in Computer Science</i> . — 2018. — T.10963 LNCS. — P.78-90.	Korkhov V., Volosnikov V., Vorontsov A., Gribkov K., Degtyarev A., Bogdanov A., Zalutskaya N. Data storage, processing and analysis to support brain research. <i>Lecture Notes in Computer Science</i> . 2018; 10963:78-90.

11	Levy SE, Giarelli E, Lee LC, Schieve LA, Kirby RS, Cunniff C, Nicholas J, Reaven J, Rice CE. Autism spectrum disorder and co-occurring developmental, psychiatric, and medical conditions among children in multiple populations of the United States. — <i>Journal of developmental and behavioral pediatrics</i> : JDBP. — 2010. — Vol.31. — P.267-275. Epub 2010/05/01. doi: 10.1097/DBP.0b013e3181d5d03b. PubMed PMID: 20431403.	Levy SE, Giarelli E, Lee LC, Schieve LA, Kirby RS, Cunniff C, Nicholas J, Reaven J, Rice CE. Autism spectrum disorder and co-occurring developmental, psychiatric, and medical conditions among children in multiple populations of the United States. <i>Journal of developmental and behavioral pediatrics</i> : JDBP. 2010; 31:267-75. Epub 2010/05/01. doi:10.1097/DBP.0b013e3181d5d03b. PubMed PMID: 20431403.
12	McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institutes on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. — <i>Alzheimer's &amp; Dementia</i> . — 2011. — Vol.20.	McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institutes on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. <i>Alzheimer's &amp; Dementia</i> . 2011; 20
13	Shattuck PT, Durkin M, Maenner M, Newschaffer C, Mandell DS, Wiggins L, Lee LC, Rice C, Giarelli E, Kirby R, Baio J, Pinto-Martin J, Cunniff C. Timing of identification among children with an autism spectrum disorder: findings from a population-based surveillance study. — <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . — 2009. — Vol.48. — P.474-483. doi:10.1097/CHI.0b013e31819b3848. PubMed PMID: 19318992; PMCID: 3188985.	Shattuck PT, Durkin M, Maenner M, Newschaffer C, Mandell DS, Wiggins L, Lee LC, Rice C, Giarelli E, Kirby R, Baio J, Pinto-Martin J, Cunniff C. Timing of identification among children with an autism spectrum disorder: findings from a population-based surveillance study. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . 2009; 48:474-483. doi:10.1097/CHI.0b013e31819b3848. PubMed PMID: 19318992; PMCID: 3188985.
14	Soke GN, Maenner MJ, Christensen D, Kurzius-Spencer M, Schieve LA. Prevalence of Co-occurring Medical and Behavioral Conditions/Symptoms Among 4- and 8-Year-Old Children with Autism Spectrum Disorder in Selected Areas of the United States in 2010. — <i>Journal of autism and developmental disorders</i> . — 2018. Epub 2018/03/11. doi: 10.1007/s10803-018-3521-1. PubMed PMID: 29524016.	Soke GN, Maenner MJ, Christensen D, Kurzius-Spencer M, Schieve LA. Prevalence of Co-occurring Medical and Behavioral Conditions/Symptoms Among 4- and 8-Year-Old Children with Autism Spectrum Disorder in Selected Areas of the United States in 2010. <i>Journal of autism and developmental disorders</i> . 2018. Epub 2018/03/11. doi: 10.1007/s10803-018-3521-1. PubMed PMID: 29524016.
15	Tyler CV, Schramm SC, Karafa M, Tang AS, Jain AK. Chronic disease risks in young adults with autism spectrum disorder: forewarned is forearmed. — <i>Am J Intellect Dev Disabil</i> . — 2011. — Vol.116. — P.371-380. doi: 10.1352/1944-7558-116.5.371. PubMed PMID: 21905805.	Tyler CV, Schramm SC, Karafa M, Tang AS, Jain AK. Chronic disease risks in young adults with autism spectrum disorder: forewarned is forearmed. — <i>Am J Intellect Dev Disabil</i> . — 2011. — Vol.116. — P.371-380. doi: 10.1352/1944-7558-116.5.371. PubMed PMID: 21905805.
16	Zuckerman K, Lindly OJ, Chavez AE. Timeliness of Autism Spectrum Disorder Diagnosis and Use of Services Among U.S. Elementary School-Aged Children. — <i>Psychiatr Serv</i> . — 2017. — Vol.68. — P.33-40. doi: 10.1176/appi.ps.201500549. PubMed PMID: 27476809; PMCID: PMC5205571.	Zuckerman K, Lindly OJ, Chavez AE. Timeliness of Autism Spectrum Disorder Diagnosis and Use of Services Among U.S. Elementary School-Aged Children. <i>Psychiatr Serv</i> . 2017;68(1):33-40. doi: 10.1176/appi.ps.201500549. PubMed PMID: 27476809; PMCID: PMC5205571.

## Сведения об авторах

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

**Eran Alal** — PhD, The Center for Evolutionary Genomics and Medicine, Ben-Gurion University of Negev. E-mail: alal@bgu.ac.il

**Freilikhman Shirly** — The Center for Evolutionary Genomics and Medicine, Ben-Gurion University of Negev. E-mail: shirlyf@bgu.ac.il

**Ran Balicer** — PhD, Professor, Director of the Clalit Research Institute. E-mail: rbalicer@netvision.net.il

**Гомзякова Наталья Александровна** — клинический психолог отделения гериатрической психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева». E-mail: astragothic@gmail.com

**Корхов Владимир Владиславович** — к. физ.-мат. наук, доцент кафедры компьютерного моделирования и многопроцессорных систем, СПбГУ. E-mail: v.korkhov@spbu.ru

**Незнанов Николай Григорьевич** — д.м.н., 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

**Богданов Александр Владимирович** — д. физ.-мат. наук, профессор кафедры компьютерного моделирования и многопроцессорных систем СПбГУ. E-mail: bogdanov@csa.ru

**Дегтярев Александр Борисович** — д.т.н., профессор кафедры компьютерного моделирования и многопроцессорных систем СПбГУ. E-mail: deg@csa.ru

DOI : 10.31363/2313-7053-2019-1-82-92

## Факторы, влияющие на эффективность постинсультной двигательной реабилитации

Захаров Д.В., Михайлов В.А.

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

**Резюме.** Рассматриваются вопросы нейрореабилитации пациентов, перенесших инсульт. Подчеркивается значение феномена нейропластичности, лежащего в основе восстановительных процессов после поражения головного мозга. Рассматриваются принципы восстановительной терапии у перенесших инсульт больных. Особое внимание уделяется вопросу фармакотерапии, через нейротрансмиттеры ориентированной на повышение нейропластичности и нейрогенеза.

**Ключевые слова:** нейрореабилитация, инсульт, нейропластичность.

### Influencing the effectiveness of post-stroke motor rehabilitation factors

Zaharov D.V., Mihailov V.A.

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

**Summary.** The issues of neurorehabilitation of stroke patients are considered. The importance of the phenomenon of neuroplasticity, which underlies the regenerative processes after brain damage is emphasized. The principles of rehabilitation therapy in stroke patients are considered. Particular attention is paid to the issue of pharmacotherapy through neurotransmitters focused on increasing neuroplasticity and neurogenesis.

**Key words:** neurorehabilitation, stroke, neuroplasticity.

В мире ежегодно отмечается 16 млн новых, впервые возникших случаев инсульта [85]. В экономически развитых странах инсульт занимает 3-е место в структуре заболеваемости и смертности, причем около 1/3 больных умирают в течение года после начала заболевания [66]. Об актуальности этой проблемы свидетельствует и то, что инсульт является наиболее частой причиной стойкой инвалидизации у взрослых [4, 23, 33, 62]. И хотя у некоторых больных возможно полное восстановление, у большей части пациентов остается стойкий резидуальный неврологический дефект, приводящий к инвалидизации [8]. Так, 25–74% больным, перенесшим инсульт (среди 50 млн выживших во всем мире), или требуется частичная помощь, или они становятся полностью зависимы от постороннего ухода [49,59]. И даже после интенсивных реабилитационных мероприятий умеренная или выраженная инвалидизация сохраняется у 25–50% больных [49].

Уже через 2 мин после начала инсульта происходят структурные повреждения нейронов [62]. Нарушаются энергозависимые процессы, нейроны теряют способность поддерживать нормальный трансмембранный градиент ионов, быстро подвергаются повреждению, в результате чего наступает их гибель либо по механизму апоптоза, либо вследствие некроза [12, 13, 31, 62]. Клинически это выражается нарушением двигательных, сенсорных, речевых и других церебральных функций. При этом клиническая симптоматика обусловлена лишь локализацией патологического процесса, тогда как патогенез остается общим.

Справедливо считается, что реабилитационные мероприятия следует начинать в раннем периоде инсульта, сразу после подтверждения ди-

агноза и стабилизации состояния больного [85]. Вместе с тем актуальным остается вопрос продолжительности реабилитационных мероприятий после инсульта. Так нередко пациентам отказывают в проведении активных реабилитационных программ уже через 3-5 лет после очагового поражения мозга. Вместе с тем анализ более трехсот рандомизированных исследований показывает эффективность мероприятий и в отдаленном периоде реабилитации пациентов с очаговым повреждением головного мозга, а ограничение срока активной реабилитации лишает многих пациентов возможности достичь максимального функционального восстановления и независимости [77].

Постинсультный очаг, сформировавшийся уже к концу острого периода, с течением времени не претерпевает изменений в функциональном плане, и вся реабилитация строится на нейропластичности. Нейропластичность — способность нервной ткани к структурно-функциональной перестройке, наступающей после ее повреждения и проявляется в виде увеличения количества отростков нейронов в коре, увеличения числа связей между нейронами, образованием новых сосудов (ангиогенез) [5, 11]. Само повреждение ткани мозга уже является одним из пусковых факторов для нейропластичности. Тем не менее, степень нейропластичности как и ее предел у взрослого человека, неизвестна, и обширная нервная реорганизация, которая наблюдается у детей даже после гемисферэктомии [43, 65], может быть невозможна по своей природе у взрослых [19, 75]. Таким образом, одним из залогов успешной реабилитации является стимуляция и повышение нейропластичности.

Существуют факторы, благоприятно и неблагоприятно влияющие на пластичность [5, 11, 67]. К последним относят локализация очага поражения в функционально значимых зонах (для двигательных функций — в области пирамидного тракта на всем протяжении, для речевых функций — в зонах Брока и/или Вернике); большие размеры очага; пожилой и старческий возраст (для восстановления речи и сложных двигательных навыков); инициальная тяжесть дефектов; для восстановления движений: изначально очень низкий или очень высокий тонус в паретичных конечностях; нарушение мышечно-суставного чувства; сопутствующие когнитивные и эмоционально-волевые расстройства. К благоприятным факторам можно отнести раннее спонтанное восстановление функций, раннее начало реабилитационных мероприятий, их адекватность, сохранность интеллекта, активность больного и адекватная нейрометаболическая терапия. Большинство факторов, таких как возраст, локализация и размер очага и др., остаются неизменными и на них невозможно повлиять. Вместе с тем, основными факторами, которые можно изменить остаются активность пациента и фармакологические подходы, улучшающие нейропластичность. Первое направление исследований связано с изучением механизмов нормального движения и патофизиологических процессов, связанных с парезом после инсульта. Глубокое понимание механизмов пареза должно привести к улучшению прогностических показателей функционального восстановления и более эффективным вмешательствам для улучшения утраченной моторной функции по сравнению с имеющейся в настоящее время [32, 45, 73]. Второе направление связано с разработкой фармакологических, биологических и электрофизиологических методов, которые могут увеличить нейропластичность, первоначально иницированную правильной физической активностью пациента [38]. Оба эти направления направлены на усиление врожденной пластичности ЦНС взрослых и повышение эффективности реабилитации после инсульта [22, 63].

Движение как элемент восстановительного лечения известен с давних времен, однако зачастую этот феномен используется недостаточно в современной медицине. Так мы нередко становимся свидетелями, когда пациента, перенесшего инсульт, семейное окружение оберегает от «чрезмерной активности», сам пациент «щадит» паретичную руку, а вся реабилитация сводится к редким (1-2 раза в год) и непродолжительным курсам в специализированных стационарах. Вместе с тем физическая активность наряду с аэробными нагрузками справедливо составляют «золотой стандарт» двигательной реабилитации [63].

Для восстановления двигательных функций рекомендуются специальные реабилитационные стратегии, включающие как физическую, так и профессиональную активность. К сожалению, систематических обзоров, оценивающих эффективность различных методов активности немно-

го [34], однако некоторые из этих методов лечения показывают значимое улучшение двигательных функций. Например, метод ограничения здоровой конечности в сочетании с «принудительным» использованием паретической в повседневной жизни и в функциональных тренировках [40, 50, 74]. Другие методы, такие как двусторонняя тренировка рук [27], использование роботизированных методик [51, 82], также могут улучшить двигательную функцию у пациентов с инсультом, но ограниченное число исследований и невозможность «плацебо-контроля», не позволяет формулировать однозначные рекомендации по их использованию [41, 46, 47, 87]. Также отдельные исследования с ходьбой на беговой дорожке и поддержкой веса тела показали противоречивые результаты [42, 61]. Наибольшую эффективность в современных исследованиях показывают методы физической активности под контролем биологической обратной связи. В ряде исследований показаны улучшения не только двигательной активности, но и электрофизиологических показателей [21, 30, 83].

Химическая регуляция физиологических и патологических процессов поддержания постоянства клеточного состава мозга осуществляется многоступенчатой системой, включающей химические соединения различной структуры и сложности [6]. В результате ишемии клетки запускается каскад апоптозных процессов, ведущий к развитию дисбаланса химических регуляторов — медиаторов и нейротрансмиттеров (оксид азота, глутамат, ацетилхолин, гистамин, серотонин, ГАМК, допамин и др.), которые участвуют в организации сложной и подвижной системы жизнедеятельности мозга, и прежде всего клеточных [3]. Восстановление баланса этих систем может служить мишенью, повышающей нейропластичность поврежденного мозга, что в свою очередь повышает эффективность реабилитационных мероприятий в целом.

По мере угасания остроты процесса, актуальность нейропротекторов, влияющих на оксидантный стресс и подобные процессы, снижается. По мере продвижения реабилитации, все более актуальными становятся препараты, способные стимулировать нейрогенез и синаптогенез. Наиболее перспективными в данном направлении являются фармакологические агенты, которые воздействуют на моноаминовые нейротрансмиттерные системы, могут способствовать развитию нервной пластичности и потенциально могут повысить эффективность двигательной реабилитации после инсульта. Так экспериментальные исследования на животных показали, что увеличение пресинаптического высвобождения дофамина и норадреналина и ингибирование обратного захвата этих нейротрансмиттеров может иметь терапевтические эффекты [37, 54].

В современной неврологии, серотонин обычно играет одну из ведущих ролей в модулировании эмоций [26, 28, 52]. Однако для этого медиатора описаны эффекты уменьшения воспаления

нервной ткани [55], усиление активности нейротрофинов [35] и усиление нейрогенеза [70]. Недавние сообщения свидетельствуют о потенциальной клинической применимости селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИ-ОЗС) для улучшения двигательного дефекта после инсульта. Так, кроме нескольких небольших исследований [31, 39, 60, 64], в двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании, в которое были включены пациенты с гемипарезом и без депрессии, конечная разница между группами составила в 9,7 балла по этой 100-балльной шкале [24]. В других исследованиях также сообщалось о положительном влиянии препаратов СИ-ОЗС на улучшение немоторного поведения после инсульта [44, 58, 69]. Не смотря на положительные сообщения об успехе в реабилитации движений, требуется больше контролируемых исследований в данной области.

Дофамин также регулирует многие аспекты функционирования нервных клеток, включая возбудимость, синаптическую передачу, пластичность, белковый транспорт и др. [80]. Роль этого нейротрансмиттера в движении хорошо изучена. Однако результаты в восстановлении движений после инсульта не так однозначны, так в контролируемом исследовании с применением 100 мг L-допы в день показаны хорошие результаты по шкале Rivermead уже через 3 недели [72]. Однако в других контролируемых исследованиях с более высокими дозировками L-допы, более продолжительными курсами приема и применением других дофаминэргических средств различий между группами обнаружено не было [29, 68, 76]. Противоречивость результатов не умаляет актуальности дофаминэргических средств в реабилитационном процессе, так неудачи возможно объясняются не вовлеченностью экстрапирамидной системы в очаговое поражение мозга, а успех терапии можно объяснить стимуляцией лимбической системы с повышением мотивации и профилактикой развития депрессии.

Норадренергическая нейротрансмиссия в значительной степени стимулирует нейронную активность и повышает общий уровень возбудимости ЦНС [57]. Это влияние норэпинефрина на регуляцию общего уровня возбуждения оказывает модулирующее влияние на многие исполнительные функции [52]. На сегодняшний день проведено всего несколько исследований норадренергических препаратов, способствующих восстановлению после инсульта. Полученные результаты не всегда были однозначны [18, 83], однако продолжение исследований без сомнения перспективно.

На фоне неоднозначности результатов воздействия через другие медиаторные системы значимо выделяется ацетилхолиновая нейротрансмиссия. Так в ходе экспериментов обнаружена высокая селективность ацетилхолина к стимуляции ослабленных зон мозга и торможения перевозбужденных, тем самым достигается баланс и равновесное взаимодействие других нейротрансмиттерных систем, что в свою очередь ведет к повышению

нейропластичности всего мозга. [57]. Современные работы отражают огромную значимость ацетилхолина в лечении мнестико-интеллектуальных нарушений [6, 7]. Так модуляция никотиновой холинергической нейротрансмиссии влияет на внимание, в то время как мускариновые рецепторы играют большую роль в когнитивной пластичности [52]. Вместе с тем, первые упоминания применения холинергических средств в реабилитации при поражении головного мозга принадлежат Лурьи и датируются 1948г. В работе были описаны практические рекомендации, повышающие функциональность поврежденного мозга, также с использованием холинергических средств [53]. Наряду с многообещающими данными холинергической терапии по немоторным аспектам восстановления после инсульта [20, 86], недавнее исследование с применением донепезила также показало его безопасность даже в острой фазе ОНМК [17]. Помимо доказанной способности улучшать память и исполнительную функцию у пациентов с болезнью Альцгеймера, эти соединения также улучшают сенсомоторные функции и общую активность в повседневной жизни у пациентов с инсультом [71, 86, 88].

Для повышения уровня холина используются различные молекулы: предшественники холина, ингибиторы ацетилхоинэстеразы, агонисты никотиновых рецепторов и антагонисты M2 рецепторов [14]. Благодаря доказанной эффективности в лечении ишемических поражений центральной нервной системы, среди предшественников холина особое место занимает холина альфосцерат (Глиатилин). Согласно данным мета-анализа, посвященного эффективности ноотропных препаратов, холина альфосцерат является наиболее активным из холин-содержащих фосфолипидов в повышении уровня ацетилхолина в головном мозге различной этиологии, включая сосудистую, травматическую и нейродегенеративную [9, 25, 56].

Механизм действия Глиатилина основан на расщеплении молекулы на холин и глицерофосфат. Образовавшийся холин служит основой и стимулирует синтез ацетилхолина, улучшающего передачу нервных импульсов в холинергических нейронах, а глицерофосфат стимулирует образование фосфатидилхолина, который восстанавливает фосфолипидный состав мембран нейронов, улучшая их пластичность. В экспериментах, посвященных нейропротекции, было установлено, что использование холина альфосцерата предотвращало гибель нервных клеток и патологическую активацию глии [79]. Глиатилин увеличивает церебральный кровоток, усиливает метаболические процессы и активирует структуры ретикулярной формации головного мозга [36].

В клинических исследованиях, посвященных острым цереброваскулярным заболеваниям лечение холина альфосцератом приводило к заметному улучшению неврологических функций [1, 15, 16, 78]. Вместе с тем, обладая выраженным ноотропным эффектом, холина альфосцерат (Глиатилин) имеет доказанный профилактический и ле-

чебный эффект при развитии психоорганического синдрома [2].

Несомненный интерес представляют результаты исследований, посвященных нейро- и синаптогенезу. Так в ходе экспериментов на фоне применения холина альфосцерата обнаружено повышение уровня нейротрофического фактора в мозговой ткани (NGF) с восстановлением иммунореактивности [81], а при гистохимическом исследовании увеличение плотности шипиков и увеличение количества нейронов в поврежденном мозге [48].

В исследованиях, посвященных реабилитации кроме значимого когнитивного улучшения, отмечено также улучшение двигательной активности и функций самообслуживания. Так в одном из исследований, оценивающих 122 пациента в течение 3 мес. с оценками по шкалам NIHSS и Rankin и индексу Barthel в динамике отмечено уменьшение неврологического дефицита и увеличению

способности пациентов к самообслуживанию, а также меньший конечный объем поражения мозга, по сравнению с терапией без глиатилина [10].

Резюмируя все вышперечисленное следует отметить, что существенный вклад в эффективность реабилитационных мероприятий после инсульта вносит регулярная физическая активность пациента наряду с патогенетически-обоснованной фармакологией. Глиатилин (холина альфосцерат) является на сегодняшний день одним из наиболее ориентированных препаратов не только на восстановление физиологического уровня внутримозгового ацетилхолина, но и на уменьшение биохимических и электрофизиологических последствий гипоперфузии мозговой ткани, что способствует более эффективному восстановлению неврологических функций у пациентов с повреждением головного мозга различного генеза.

### Литература

1	Балунов О.А., Михайлов В.А., Садов О.Г., Алемасова А.Ю. Эффективность глиатилина в системе реабилитационных мероприятий у постинсультных больных с мнестико-интеллектуальными нарушениями. в сб. «Сосудистая патология нервной системы». — СПб. — 1998. — С.173-174.	Balunov O.A., Mikhailov V.A., Sadov O.G., Alemasova A.Yu. The effectiveness of gliatilin in the system of rehabilitation measures in post-stroke patients with mental disorders. on Saturday «Vascular pathology of the nervous system». — SPb. — 1998. — P.173-174
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 в сб. «Неотложная неврология» материалы научно-практической конференции. — Омск. — 1998. — С.7-9.	Balunov O.A., Chernenkov V.P., Mikhailov V.A., Sadov O.G., Alemasova A.Yu. A study of the clinical efficacy of gliatilin in patients with multi-infarction dementia on Saturday. "Emergency Neurology" materials of the scientific-practical conference. — Omsk — 1998. — P. 7-9
3	Барышников А.Ю., Шишкин Ю.В. Иммунологические проблемы апоптоза. — М. — 2002. — 318с.	Baryshnikov A.Yu., Shishkin Yu.V. Immunological problems of apoptosis. — M. — 2002. — 318c
4	Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. — Москва: Медицина. — 2001. — 328с.	Gusev EI, Skvortsova VI. Ishemiyagolovnogomozga [Brain ischemia]. Moscow: Meditsina; 2001. 328 p.
5	Дамулин И.В., Екушева Е.В. Процессы нейропластичности после инсульта. — Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2014. — С.69-74.	Damulin I.V., Ekusheva E.V. Processes of neuroplasticity after a stroke. Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2014; (3): 69-74
6	Захаров Д.В., Михайлов В.А. Роль ацетилхолиновой нейротрансмиссии в фармакотерапии когнитивной дисфункции — Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — СПб. — 2018. — № 3. — С.90-96. DOI : 10.31363/2313-7053-2018-3-90-96	Zakharov D.V., Mikhailov V.A. The role of acetylcholine neurotransmission in the pharmacotherapy of cognitive dysfunction — A review of psychiatry and medical psychology. V.M. Bekhtereva. — SPb., 2018. — № 3. — С.90-96 DOI: 10.31363 / 2313-7053-2018-3-90-96
7	Захаров Д.В., Михайлов В.А., Коцюбинская Ю.В. Роль ацетилхолиновой нейротрансмиссии в патогенетической терапии болезни Альцгеймера — Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — СПб. — 2018. — № 4. — С.93-99.	Zakharov D.V., Mikhailov V.A., Kotsyubinskaya Yu.V. The role of acetylcholine neurotransmission in the pathogenetic treatment of Alzheimer's disease — A review of psychiatry and medical psychology. V.M. Bekhtereva. — St. Petersburg, 2018. — No. 4. — P.93-99

8	Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Реабилитация после инсульта. — Русский медицинский журнал. — 2003. — №11. — С.1390–1394.	Kadykov A.S., Shakhparonov N.V. Rehabilitation after a stroke. Russian medical journal. 2003; 11 (25): 1390–4.
9	Левин О.С., Батукаева Л.А., Аникина М.А., Юнищенко Н.А. Эффективность и безопасность холин-альфосерата (Cereton) у пациентов с болезнью Паркинсона с когнитивными нарушениями. — NeurosciBehavPhysiology. — 2011. — Т.41. — С.47–51.	Levin O.S., Batukayeva L.A., Anikina M.A., Yunishchenko, N.A. The efficacy and safety of choline-alfoserate (Cereton) in patients with Parkinson's disease with cognitive impairment. — NeurosciBehavPhysiology. — 2011. — T.41. — C.47-51
10	Одинак М.М., Вознюк И.А., Пирадов М.А. и др. Многоцентровое (пилотное) исследование эффективности глиатилина при остром ишемическом инсульте. — Анналы клинической и экспериментальной неврологии. — 2010. — Т.4 — С.20–28.	Odinak M.M., Voznyuk I.A., Piradov M.A. et al. A multicenter (pilot) study of the effectiveness of gliatilin in acute ischemic stroke \ \ Annals of Clinical and Experimental Neurology — 2010 Volume 4 №1 C.20-28
11	Путилина М.В. Нейропластичность как основа ранней реабилитации пациентов после инсульта. — Журнал неврологии и психиатрии. — 2011. — №12. — С.64–69.	Putilina M.V. Neuroplasticity as a basis for early rehabilitation of patients after a stroke \ \ Journal of Neurology and Psychiatry, 12, 2011; p. 64-69
12	Скворцова В.И. Реперфузионная терапия ишемического инсульта. Consilium Medicum. 2004;6(8):610–4. [Skvortsova V.I. Reperfusion therapy of an ischemic stroke. Consilium Medicum. 2004;6(8):610–4. (InRuss.)	Skvortsova V.I. Reperfusion therapy of ischemic stroke. Consilium Medicum. 2004; 6 (8): 610–4. [Skvortsova V.I. Reperfusion therapy of an ischemic stroke. Consilium Medicum. 2004; 6 (8): 610–4. (In Russ.)
13	Суслина З.А., Максимова М.Ю., Федорова Т.Н. Оксидантный стресс и основные направления нейропротекции при нарушениях мозгового кровообращения. Неврологический журнал. 2007;12(4):3–7. [Suslina Z.A., Maksimova M.Yu., Fedorova T.N. Oxidative stress and the principal directions of neuroprotection in patients with stroke. Nevrologicheskii zhurnal. 2007;12(4):3–7. (InRuss.)	Suslina Z.A., Maximova M.J., Fedorova T.N. Oxidative stress and the main directions of neuroprotection in disorders of cerebral circulation. Neurological Journal. 2007; 12 (4): 3–7. [Suslina Z.A., Maksimova M.Yu., Fedorova T.N. Oxidative stress in patients with stroke. Nevrologicheskii zhurnal. 2007; 12 (4): 3–7. (In Russ.)
14	Чуканова Е.И., Чуканова А.С. Отдельные механизмы патогенеза формирования недостаточности мозгового кровообращения. Жур. Фарматека (кардиология / неврология). — 2014. — Т.13. — С.14–20].	Chukanova E.I., Chukanova A.S. Separate mechanisms of pathogenesis of cerebrovascular insufficiency. Zhur. Pharmateka (cardiology / neurology) . — 2014. — T.13. — C.14-20].
15	Aguglia E., Ban T.A., Panzarasa R.M, Borra S., Fietland O.K. Choline alphoscerate in the treatment of menthal pathology following acute cerebrovascular accident. FunctNeurol 1993;8 (Suppl):5-24	Aguglia E., Ban T.A., Panzarasa R.M, Borra S., Fietland O.K. Choline alphoscerate in the treatment of menthal pathology following acute cerebrovascular accident. FunctNeurol 1993;8 (Suppl):5-24
16	BarbagalloSangiorgi G., Barbagallo M., Giordano M., Meli M., Panzarasa R. alphaGlycerophosphocholine in the mental recovery of cerebral ischemic attacks. An Italian multicenter clinical trial. Ann N.Y. Acad Sci. 1994; 717: 253- 269	Barbagallo Sangiorgi G., Barbagallo M., Giordano M., Meli M., Panzarasa R. alpha Glycerophosphocholine in the mental recovery of cerebral ischemic attacks. An Italian multicenter clinical trial. Ann N.Y. Acad Sci. 1994; 717: 253- 269
17	Barrett K.M., Brott T.G., Brown R.D. Jr, Carter R.E., Geske J.R., Graff-Radford N.R., et al. Enhancing recovery after acute ischemic stroke with donepezil as an adjuvant therapy to standard medical care: Results of a phase iia clinical trial. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2011; 20:177–182. [PubMed: 21295494]	Barrett K.M., Brott T.G., Brown R.D. Jr, Carter R.E., Geske J.R., Graff-Radford N.R., et al. Enhancing recovery after acute ischemic stroke with donepezil as an adjuvant therapy to standard medical care: Results of a phase iia clinical trial. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2011; 20:177–182. [PubMed: 21295494]

18	Beltran E.J., Papadopoulos C.M., Tsai S.Y., Kartje G.L., Wolf W.A. Long-term motor improvement after stroke is enhanced by short-term treatment with the alpha-2 antagonist, atipamezole. <i>Brain Res.</i> 2010; 1346:174–182. [PubMed: 20510888]	Beltran E.J., Papadopoulos C.M., Tsai S.Y., Kartje G.L., Wolf W.A. Long-term motor improvement after stroke is enhanced by short-term treatment with the alpha-2 antagonist, atipamezole. <i>Brain Res.</i> 2010; 1346:174–182. [PubMed: 20510888]
19	Berardi N, Pizzorusso T, Maffei L. Critical periods during sensory development. <i>Curr. Opin. Neurobiol.</i> 2000; 10:138–145. [PubMed: 10679428]	Berardi N, Pizzorusso T, Maffei L. Critical periods during sensory development. <i>Curr. Opin. Neurobiol.</i> 2000; 10:138–145. [PubMed: 10679428]
20	Berthier M.L., Green C., Higuera C., Fernandez I., Hinojosa J., Martin M.C. A randomized, placebo-controlled study of donepezil in poststroke aphasia. <i>Neurology.</i> 2006; 67:1687–1689. [PubMed: 17101908]	Berthier M.L., Green C., Higuera C., Fernandez I., Hinojosa J., Martin M.C. A randomized, placebo-controlled study of donepezil in poststroke aphasia. <i>Neurology.</i> 2006; 67:1687–1689. [PubMed: 17101908]
21	Buch E., et al. Think to move: a neuromagnetic brain-computer interface (BCI) system for chronic stroke. <i>Stroke.</i> 2008; 39:910–917. [PubMed: 18258825]	Buch E., et al. Think to move: a neuromagnetic brain-computer interface (BCI) system for chronic stroke. <i>Stroke.</i> 2008; 39:910–917. [PubMed: 18258825]
22	Buonomano D.V., Merzenich M.M. Cortical plasticity: from synapses to maps. <i>Annu. Rev. Neurosci.</i> 1998; 21:149–186. [PubMed: 9530495]	Buonomano D.V., Merzenich M.M. Cortical plasticity: from synapses to maps. <i>Annu. Rev. Neurosci.</i> 1998; 21:149–186. [PubMed: 9530495]
23	Byl N., Roderick J., Mohamed O., et al. Effectiveness of sensory and motor rehabilitation of the upper limb following the principles of neuroplasticity: patients stable poststroke. <i>Neurorehabil Neural Repair.</i> 2003;17(3):176–91. DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.1177/0888439003257137">http://dx.doi.org/10.1177/0888439003257137</a> .	Byl N., Roderick J., Mohamed O., et al. Effectiveness of sensory and motor rehabilitation of the upper limb following the principles of neuroplasticity: patients stable poststroke. <i>Neurorehabil Neural Repair.</i> 2003;17(3):176–91. DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.1177/0888439003257137">http://dx.doi.org/10.1177/0888439003257137</a> .
24	Chollet F, Tardy J, Albucher J.F, Thalamas C, Berard E, Lamy C, et al. Fluoxetine for motor recovery after acute ischaemic stroke (flame): A randomised placebo-controlled trial. <i>Lancet neurology.</i> 2011; 10:123–130. [PubMed: 21216670]	Chollet F, Tardy J, Albucher J.F, Thalamas C, Berard E, Lamy C, et al. Fluoxetine for motor recovery after acute ischaemic stroke (flame): A randomised placebo-controlled trial. <i>Lancet neurology.</i> 2011; 10:123–130. [PubMed: 21216670]
25	Colucci L., Bosco M., Ziello A.R., Rea R., Amenta F., Fasanaro A.M. Effectiveness of nootropic drugs with cholinergic activity in treatment of cognitive deficit: a review. <i>Journal of Experimental Pharmacology.</i> 2012; 4:163-172.	Colucci L., Bosco M., Ziello A.R., Rea R., Amenta F., Fasanaro A.M. Effectiveness of nootropic drugs with cholinergic activity in treatment of cognitive deficit: a review. <i>Journal of Experimental Pharmacology.</i> 2012; 4:163-172.
26	Cools R., Roberts AC, Robbins TW. Serotonergic regulation of emotional and behavioural control processes. <i>Trends Cogn Sci.</i> 2008; 12:31–40. [PubMed: 18069045]	Cools R., Roberts A.C., Robbins T.W. Serotonergic regulation of emotional and behavioural control processes. <i>Trends Cogn Sci.</i> 2008; 12:31–40. [PubMed: 18069045]
27	Coupar F, Pollock A., van wijck F, Morris J, Langhorne P. Simultaneous bilateral training for improving arm function after stroke. <i>Cochrane Database Systematic Reviews.</i> 2010 Issue 4. Art. No.: CD006432. doi:10.1002/14651858.CD006432.pub2.	Coupar F, Pollock A., van wijck F, Morris J, Langhorne P. Simultaneous bilateral training for improving arm function after stroke. <i>Cochrane Database Systematic Reviews.</i> 2010 Issue 4. Art. № CD006432. doi:10.1002/14651858.CD006432.pub2.
28	Cowen P, Sherwood A.C. The role of serotonin in cognitive function: Evidence from recent studies and implications for understanding depression. <i>J Psychopharmacol.</i> 2013; 27:575–583. [PubMed: 23535352]	Cowen P, Sherwood A.C. The role of serotonin in cognitive function: Evidence from recent studies and implications for understanding depression. <i>J Psychopharmacol.</i> 2013; 27:575–583. [PubMed: 23535352]
29	Cramer S.C., Dobkin B.H., Noser E.A., Rodriguez R.W., Enney L.A. Randomized, placebo-controlled, double-blind study of ropinirole in chronic stroke. <i>Stroke; a journal of cerebral circulation.</i> 2009; 40:3034–3038	Cramer S.C., Dobkin B.H., Noser E.A., Rodriguez R.W., Enney L.A. Randomized, placebo-controlled, double-blind study of ropinirole in chronic stroke. <i>Stroke; a journal of cerebral circulation.</i> 2009; 40:3034–3038

30	Daly J.J., Wolpaw J.R. Brain-computer interfaces in neurological rehabilitation. <i>Lancet Neurol.</i> 2008; 7:1032–1043. [PubMed: 18835541]	Daly J.J., Wolpaw J.R. Brain-computer interfaces in neurological rehabilitation. <i>Lancet Neurol.</i> 2008; 7:1032–1043. [PubMed: 18835541]
31	Dam M., Tonin P., De Boni A., Pizzolato G., Casson S., Ermani M., et al. Effects of fluoxetine and maprotiline on functional recovery in poststroke hemiplegic patients undergoing rehabilitation therapy. <i>Stroke; a journal of cerebral circulation.</i> 1996; 27:1211–1214.	Dam M., Tonin P., De Boni A., Pizzolato G., Casson S., Ermani M., et al. Effects of fluoxetine and maprotiline on functional recovery in poststroke hemiplegic patients undergoing rehabilitation therapy. <i>Stroke; a journal of cerebral circulation.</i> 1996; 27:1211–1214.
31	Del Zoppo G.J. Stroke and endovascular protection. <i>N Engl J Med.</i> 2006; 354(6):353–5. DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp058312">http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp058312</a> .	Del Zoppo G.J. Stroke and endovascular protection. <i>N Engl J Med.</i> 2006; 354(6):353–5. DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp058312">http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp058312</a> .
32	Dimyan M.A., Cohen L.G. Contribution of transcranial magnetic stimulation to the understanding of functional recovery mechanisms after stroke. <i>Neurorehabil. Neural Repair.</i> 2010; 24:125–135. [PubMed: 19767591]	Dimyan M.A., Cohen L.G. Contribution of transcranial magnetic stimulation to the understanding of functional recovery mechanisms after stroke. <i>Neurorehabil. Neural Repair.</i> 2010; 24:125–135. [PubMed: 19767591]
33	Dobkin B.H. Rehabilitation after stroke. <i>New Engl J Med.</i> 2005; 352:1677–84. DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp043511">http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp043511</a> .	Dobkin B.H. Rehabilitation after stroke. <i>New Engl J Med.</i> 2005; 352:1677–84. DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp043511">http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp043511</a> .
34	Dobkin B.H. Confounders in rehabilitation trials of task-oriented training: lessons from the designs of the EXCITE and SCILT multicenter trials. <i>Neurorehabil. Neural Repair.</i> 2007; 21:3–13. [PubMed: 17172549]	Dobkin B.H. Confounders in rehabilitation trials of task-oriented training: lessons from the designs of the EXCITE and SCILT multicenter trials. <i>Neurorehabil. Neural Repair.</i> 2007; 21:3–13. [PubMed: 17172549]
35	Duman R.S., Monteggia L.M. A neurotrophic model for stress-related mood disorders. <i>Biol Psychiatry.</i> 2006; 59:1116–1127. [PubMed: 16631126]	Duman R.S., Monteggia L.M. A neurotrophic model for stress-related mood disorders. <i>Biol Psychiatry.</i> 2006; 59:1116–1127. [PubMed: 16631126]
36	Everitt B.J., Robbins T.W. Central cholinergic systems and cognition. <i>Annu Rev Psychol</i> 1997; 48:649–684	Everitt B.J., Robbins T.W. Central cholinergic systems and cognition. <i>Annu Rev Psychol</i> 1997; 48:649–684
37	Feeney D.M., Gonzalez A., Law W.A. Amphetamine, haloperidol, and experience interact to affect rate of recovery after motor cortex injury. <i>Science.</i> 1982; 217:855–857. [PubMed: 7100929]	Feeney D.M., Gonzalez A., Law W.A. Amphetamine, haloperidol, and experience interact to affect rate of recovery after motor cortex injury. <i>Science.</i> 1982; 217:855–857. [PubMed: 7100929]
38	Floel A., Cohen L.G. Recovery of function in humans: cortical stimulation and pharmacological treatments after stroke. <i>Neurobiol. Dis.</i> 2010; 37:243–251. [PubMed: 19520165]	Floel A., Cohen L.G. Recovery of function in humans: cortical stimulation and pharmacological treatments after stroke. <i>Neurobiol. Dis.</i> 2010; 37:243–251. [PubMed: 19520165]
39	Fruehwald S., Gatterbauer E., Rehak P., Baumhackl U. Early fluoxetine treatment of post-stroke depression--a three-month double-blind placebo-controlled study with an open-label long-term follow up. <i>Journal of neurology.</i> 2003; 250:347–351. [PubMed: 12638027]	Fruehwald S., Gatterbauer E., Rehak P., Baumhackl U. Early fluoxetine treatment of post-stroke depression--a three-month double-blind placebo-controlled study with an open-label long-term follow up. <i>Journal of neurology.</i> 2003; 250:347–351. [PubMed: 12638027]
40	Hakkennes S., Keating J.L. Constraint-induced movement therapy following stroke: a systematic review of randomised controlled trials. <i>Aust. J. Physiother.</i> 2005; 51:221–231. [PubMed: 16321129]	Hakkennes S., Keating J.L. Constraint-induced movement therapy following stroke: a systematic review of randomised controlled trials. <i>Aust. J. Physiother.</i> 2005; 51:221–231. [PubMed: 16321129]
41	Henderson A., Korner-Bitensky N., Levin M. virtual reality in stroke rehabilitation: a systematic review of its effectiveness for upper limb motor recovery. <i>Top. Stroke Rehabil.</i> 2007; 14:52–61. [PubMed: 17517575]	Henderson A., Korner-Bitensky N., Levin M. virtual reality in stroke rehabilitation: a systematic review of its effectiveness for upper limb motor recovery. <i>Top. Stroke Rehabil.</i> 2007; 14:52–61. [PubMed: 17517575]

42	Hesse S. Treadmill training with partial body weight support after stroke: a review. <i>NeuroRehabilitation</i> . 2008; 23:55–65. [PubMed: 18356589]	Hesse S. Treadmill training with partial body weight support after stroke: a review. <i>NeuroRehabilitation</i> . 2008; 23:55–65. [PubMed: 18356589]
43	Holloway V., et al. The reorganization of sensorimotor function in children after hemispherectomy. A functional MRI and somatosensory evoked potential study. <i>Brain</i> . 2000; 123:2432–2444. [PubMed: 11099446]	Holloway V., et al. The reorganization of sensorimotor function in children after hemispherectomy. A functional MRI and somatosensory evoked potential study. <i>Brain</i> . 2000; 123:2432–2444. [PubMed: 11099446]
44	Jorge R.E., Acion L., Moser D., Adams H.P. Jr, Robinson R.G. Escitalopram and enhancement of cognitive recovery following stroke. <i>Archives of general psychiatry</i> . 2010; 67:187–196. [PubMed: 20124118]	Jorge R.E., Acion L., Moser D., Adams H.P. Jr, Robinson R.G. Escitalopram and enhancement of cognitive recovery following stroke. <i>Archives of general psychiatry</i> . 2010; 67:187–196. [PubMed: 20124118]
45	Krakauer J.W. Motor learning: its relevance to stroke recovery and neurorehabilitation. <i>Curr. Opin. Neurol.</i> 2006; 19:84–90. [PubMed: 16415682]	Krakauer J.W. Motor learning: its relevance to stroke recovery and neurorehabilitation. <i>Curr. Opin. Neurol.</i> 2006; 19:84–90. [PubMed: 16415682]
46	Kwakkel G., Kollen B.J., Krebs H.I. Effects of robot-assisted therapy on upper limb recovery after stroke: a systematic review. <i>Neurorehabil. Neural Repair</i> . 2008; 22:111–121. [PubMed: 17876068]	Kwakkel G., Kollen B.J., Krebs H.I. Effects of robot-assisted therapy on upper limb recovery after stroke: a systematic review. <i>Neurorehabil. Neural Repair</i> . 2008; 22:111–121. [PubMed: 17876068]
47	Latimer C.P., Keeling J., Lin B., Henderson M., Hale L.A. The impact of bilateral therapy on upper limb function after chronic stroke: a systematic review. <i>Disabil. Rehabil.</i> 2010; 32:1221–1231. [PubMed: 20156045]	Latimer C.P., Keeling J., Lin B., Henderson M., Hale L.A. The impact of bilateral therapy on upper limb function after chronic stroke: a systematic review. <i>Disabil. Rehabil.</i> 2010; 32:1221–1231. [PubMed: 20156045]
48	Lee et al., Late treatment with choline alfoscerate (L-alpha glycerylphosphorylcholine, $\alpha$ -GPC) increases hippocampal neurogenesis and provides protection against seizure-induced neuronal death and cognitive impairment — <i>Brain Research</i> 1654 (2017) p.66–76	Lee et al., Late treatment with choline alfoscerate (L-alpha glycerylphosphorylcholine, $\alpha$ -GPC) increases hippocampal neurogenesis and provides protection against seizure-induced neuronal death and cognitive impairment — <i>Brain Research</i> 1654 (2017) p.66–76
49	Leipert J. Pharmacotherapy in restorative neurology. <i>CurrOpin Neurol.</i> 2008;21:639–43.	Leipert J. Pharmacotherapy in restorative neurology. <i>CurrOpin Neurol.</i> 2008;21:639–43.
50	Liepert J. Evidence-based therapies for upper extremity dysfunction. <i>Curr. Opin. Neurol.</i> doi:10.1097/wCO.0b013e32833ff4c4.	Liepert J. Evidence-based therapies for upper extremity dysfunction. <i>Curr. Opin. Neurol.</i> doi:10.1097/wCO.0b013e32833ff4c4.
51	Lo A.C., et al. Robot-assisted therapy for long-term upper-limb impairment after stroke. <i>N. Engl. J. Med.</i> 2010; 362:1772–1783. [PubMed: 20400552]	Lo A.C., et al. Robot-assisted therapy for long-term upper-limb impairment after stroke. <i>N. Engl. J. Med.</i> 2010; 362:1772–1783. [PubMed: 20400552]
52	Logue S.F., Gould T.J. The neural and genetic basis of executive function: Attention, cognitive flexibility, and response inhibition. <i>PharmacolBiochemBehav.</i> 2014; 123:45–54. [PubMed: 23978501]	Logue S.F., Gould T.J. The neural and genetic basis of executive function: Attention, cognitive flexibility, and response inhibition. <i>PharmacolBiochemBehav.</i> 2014; 123:45–54. [PubMed: 23978501]
53	Luria, A. The Restoration of Motor Functions after Brain Injury. In: Luria, A., editor. <i>Restoration of function after brain injury</i> . New York, NY: The Macmillan Company; 1963. p.78–116.	Luria A. The Restoration of Motor Functions after Brain Injury. In: Luria, A., editor. <i>Restoration of function after brain injury</i> . New York, NY: The Macmillan Company; 1963. p.78–116.
54	Macht M.B. Effects of delta-amphetamine on hemi-decorticate, decorticate, and decerebrate cats. <i>Am. J. Physiol.</i> 1950; 163:731–732.	Macht M.B. Effects of delta-amphetamine on hemi-decorticate, decorticate, and decerebrate cats. <i>Am. J. Physiol.</i> 1950; 163:731–732

55	Maes M., Leonard B., Fernandez A., Kubera M., Nowak G., Veerhuis R., et al. (neuro)inflammation and neuroprogression as new pathways and drug targets in depression: From antioxidants to kinase inhibitors. <i>ProgNeuropsychopharmacolBiol Psychiatry</i> . 2011; 35:659–663. [PubMed: 21376099]	Maes M., Leonard B., Fernandez A., Kubera M., Nowak G., Veerhuis R., et al. (neuro)inflammation and neuroprogression as new pathways and drug targets in depression: From antioxidants to kinase inhibitors. <i>ProgNeuropsychopharmacolBiol Psychiatry</i> . 2011; 35:659–663. [PubMed: 21376099]
56	Mandat T., Wilk A., Manowiec R., Koziarski A., Zielifski G., Podgórski J.K. Preliminary evaluation of risk and effectiveness of early choline alphoscerate treatment in craniocerebral injury. <i>NeurolNeurochirPol</i> . 2003; 37:1231-1238 [Polish]	Mandat T., Wilk A., Manowiec R., Koziarski A., Zielifski G., Podgórski J.K. Preliminary evaluation of risk and effectiveness of early choline alphoscerate treatment in craniocerebral injury. <i>NeurolNeurochirPol</i> . 2003; 37:1231-1238 [Polish]
57	Merzenich M.M., Van Vleet T.M., Nahum M. Brain plasticity-based therapeutics. <i>Front Hum Neurosci</i> . 2014; 8:385. [PubMed: 25018719]	Merzenich M.M., Van Vleet T.M., Nahum M. Brain plasticity-based therapeutics. <i>Front Hum Neurosci</i> . 2014; 8:385. [PubMed: 25018719]
58	Mikami K., Jorge R.E., Moser D.J., Arndt S., Jang M., Solodkin A., et al. Prevention of post-stroke generalized anxiety disorder, using escitalopram or problem-solving therapy. <i>J Neuropsychiatry ClinNeurosci</i> . 2014; 26:323–328. [PubMed: 24457590]	Mikami K., Jorge R.E., Moser D.J., Arndt S., Jang M., Solodkin A., et al. Prevention of post-stroke generalized anxiety disorder, using escitalopram or problem-solving therapy. <i>J Neuropsychiatry ClinNeurosci</i> . 2014; 26:323–328. [PubMed: 24457590]
59	Miller E., Murray L., Richards L., et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. <i>Stroke</i> . 2010;41:2402–48.	Miller E., Murray L., Richards L., et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. <i>Stroke</i> . 2010;41:2402–48.
60	Miyai I., Reding R. Effects of antidepressants on functional recovery following stroke. <i>J Neuro Rehab</i> . 1998; 12:5–13.	Miyai I., Reding R. Effects of antidepressants on functional recovery following stroke. <i>J Neuro Rehab</i> . 1998; 12:5–13.
6	Moseley A.M., Stark A., Cameron I.D., Pollock A. Treadmill training and body weight support for walking after stroke. <i>Cochrane Database Systematic Reviews</i> . Issue 4. Art. No.: CD002840. doi: 10.1002/14651858. CD002840.pub2 (2005)	Moseley A.M., Stark A., Cameron I.D., Pollock A. Treadmill training and body weight support for walking after stroke. <i>Cochrane Database Systematic Reviews</i> . Issue 4. Art. No.: CD002840. doi: 10.1002/14651858. CD002840.pub2 (2005)
62	Murphy T.H., Corbett D. Plasticity during stroke recovery: from synapse to behaviour. <i>Nature Rev Neurosci</i> . 2009;10:861–72. DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.1038/nrn2735">http://dx.doi.org/10.1038/nrn2735</a>	Murphy T.H., Corbett D. Plasticity during stroke recovery: from synapse to behaviour. <i>Nature Rev Neurosci</i> . 2009;10:861–72. DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.1038/nrn2735">http://dx.doi.org/10.1038/nrn2735</a>
63	Nudo R.J., Wise B.M., SiFuentes F., Milliken G.W. Neural substrates for the effects of rehabilitative training on motor recovery after ischemic infarct. <i>Science</i> . 1996; 272:1791–1794. [PubMed: 8650578]	Nudo R.J., Wise B.M., SiFuentes F., Milliken G.W. Neural substrates for the effects of rehabilitative training on motor recovery after ischemic infarct. <i>Science</i> . 1996; 272:1791–1794. [PubMed: 8650578]
64	Pariante J., Loubinoux I., Carel C., Albucher J., Leger A., Manelfe C., et al. Fluoxetine modulates motor performance and cerebral activation of patients recovering from stroke. <i>Annals of neurology</i> . 2001; 50:718–729. [PubMed: 11761469]	Pariante J., Loubinoux I., Carel C., Albucher J., Leger A., Manelfe C., et al. Fluoxetine modulates motor performance and cerebral activation of patients recovering from stroke. <i>Annals of neurology</i> . 2001; 50:718–729. [PubMed: 11761469]
65	Payne B.R., Lomber S.G. Reconstructing functional systems after lesions of cerebral cortex. <i>Nat. Rev. Neurosci</i> . 2001; 2:911–919. [PubMed: 11733798]	Payne B.R., Lomber S.G. Reconstructing functional systems after lesions of cerebral cortex. <i>Nat. Rev. Neurosci</i> . 2001; 2:911–919. [PubMed: 11733798]
66	Riley J.D., Le V., Der-Yeghiaian L., et al. Anatomy of stroke injury predicts gains from therapy. <i>Stroke</i> . 2011;42(2):421–6. DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.599340">http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.599340</a>	Riley J.D., Le V., Der-Yeghiaian L., et al. Anatomy of stroke injury predicts gains from therapy. <i>Stroke</i> . 2011;42(2):421–6. DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.599340">http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.599340</a>

67	Rijntjes M. Mechanisms of recovery in stroke patient with hemiparesis or aphasia: new insights, old questions and the meaning of therapies. <i>Curr Opin Neurol.</i> 2006; 19(1):76–83. DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.1097/01.wco.0000203886.28068.38">http://dx.doi.org/10.1097/01.wco.0000203886.28068.38</a> .	Rijntjes M. Mechanisms of recovery in stroke patients with hemiparesis or aphasia: new insights, old questions and the meaning of therapies. <i>Curr Opin Neurol.</i> 2006; 19(1):76–83. DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.1097/01.wco.0000203886.28068.38">http://dx.doi.org/10.1097/01.wco.0000203886.28068.38</a> .
68	Restemeyer C., Weiller C., Liepert J. No effect of a levodopa single dose on motor performance and motor excitability in chronic stroke. A double-blind placebo-controlled cross-over pilot study. <i>Restorative neurology and neuroscience.</i> 2007; 25:143–150. [PubMed: 17726273]	Restemeyer C., Weiller C., Liepert J. No effect of a levodopa single dose on motor performance and motor excitability in chronic stroke. A double-blind placebo-controlled cross-over pilot study. <i>Restorative neurology and neuroscience.</i> 2007; 25:143–150. [PubMed: 17726273]
69	Robinson R.G., Jorge R.E., Moser D.J., Acion L., Solodkin A., Small S.L., et al. Escitalopram and problem-solving therapy for prevention of poststroke depression: A randomized controlled trial. <i>Jama.</i> 2008; 299:2391–2400. [PubMed: 18505948]	Robinson R.G., Jorge R.E., Moser D.J., Acion L., Solodkin A., Small S.L., et al. Escitalopram and problem-solving therapy for prevention of poststroke depression: A randomized controlled trial. <i>Jama.</i> 2008; 299:2391–2400. [PubMed: 18505948]
70	Santarelli L., Saxe M., Gross C., Surget A., Battaglia F., Dulawa S., et al. Requirement of hippocampal neurogenesis for the behavioral effects of antidepressants. <i>Science.</i> 2003; 301:805–809. [PubMed: 12907793]	Santarelli L., Saxe M., Gross C., Surget A., Battaglia F., Dulawa S., et al. Requirement of hippocampal neurogenesis for the behavioral effects of antidepressants. <i>Science.</i> 2003; 301:805–809. [PubMed: 12907793]
71	Saver J.L. Citicoline: update on a promising and widely available agent for neuroprotection and neurorepair. <i>Rev. Neurol. Dis.</i> 2008; 5:167–177. [PubMed: 19122569]	Saver J.L. Citicoline: update on a promising and widely available agent for neuroprotection and neurorepair. <i>Rev. Neurol. Dis.</i> 2008; 5:167–177. [PubMed: 19122569]
72	Scheidtmann K., Fries W., Muller F., Koenig E. Effect of levodopa in combination with physiotherapy on functional motor recovery after stroke: A prospective, randomised, double-blind study. <i>Lancet.</i> 2001; 358:787–790. [PubMed: 11564483]	Scheidtmann K., Fries W., Muller F., Koenig E. Effect of levodopa in combination with physiotherapy on functional motor recovery after stroke: A prospective, randomised, double-blind study. <i>Lancet.</i> 2001; 358:787–790. [PubMed: 11564483]
73	Seitz R.J. How imaging will guide rehabilitation. <i>Curr. Opin. Neurol.</i> 2010; 23:79–86. [PubMed: 19926990]	Seitz R.J. How imaging will guide rehabilitation. <i>Curr. Opin. Neurol.</i> 2010; 23:79–86. [PubMed: 19926990]
74	Sirtori V., Corbetta D., Moja L., Gatti R. Constraint-induced movement therapy for upper extremities in stroke patients. <i>Cochrane Database Systematic Reviews.</i> 2009 Issue 4. Art. No.: CD004433. doi:10.1002/14651858.CD004433.pub2.	Sirtori V., Corbetta D., Moja L., Gatti R. Constraint-induced movement therapy for upper extremities in stroke patients. <i>Cochrane Database Systematic Reviews.</i> 2009 Issue 4. Art. No.: CD004433. doi:10.1002/14651858.CD004433.pub2.
75	Smirnakis S.M., et al. Lack of long-term cortical reorganization after macaque retinal lesions. <i>Nature.</i> 2005; 435:300–307. [PubMed: 15902248]	Smirnakis S.M., et al. Lack of long-term cortical reorganization after macaque retinal lesions. <i>Nature.</i> 2005; 435:300–307. [PubMed: 15902248]
76	Sonde L., Løkk J. Effects of amphetamine and/or l-dopa and physiotherapy after stroke—a blinded randomized study. <i>Acta Neurol Scand.</i> 2007; 115:55–59. [PubMed: 17156266]	Sonde L., Løkk J. Effects of amphetamine and/or l-dopa and physiotherapy after stroke—a blinded randomized study. <i>Acta Neurol Scand.</i> 2007; 115:55–59. [PubMed: 17156266]
77	Teasell R. et al. <i>Top Stroke Rehabil</i> 2012; 19(6):457–462].	Teasell R. et al. <i>Top Stroke Rehabil</i> 2012; 19(6):457–462].
78	Tomasina C., Manzano M., Novello P., Pastorino P. Studio clinico dell'efficacia terapeutica e della tollerabilità della colina alfoscato in 15 soggetti con compromissione delle funzioni cognitive successiva ad ischemia cerebrale focale acuta. <i>Rivista Neuropsichiatria Sci Affini</i> 1991; 37:21–28.	Tomasina C., Manzano M., Novello P., Pastorino P. Studio clinico dell'efficacia terapeutica e della tollerabilità della colina alfoscato in 15 soggetti con compromissione delle funzioni cognitive successiva ad ischemia cerebrale focale acuta. <i>Rivista Neuropsichiatria Sci Affini</i> 1991; 37:21–28.

79	Tomassoni D., Avola R., Mignini F., Parnetti L., Amenta F. Effect of treatment with choline alfoscerate on hippocampus microanatomy and glial reaction in spontaneously hypertensive rats.— <i>Brain Res.</i> —2006.—Vol.1120.—P.183- 190	Tomassoni D., Avola R., Mignini F., Parnetti L., Amenta F. Effect of treatment with choline alfoscerate on hippocampus microanatomy and glial reaction in spontaneously hypertensive rats.— <i>Brain Res.</i> —2006.—Vol.1120.—P.183- 190
80	Tritsch N.X., Sabatini B.L. Dopaminergic modulation of synaptic transmission in cortex and striatum. <i>Neuron.</i> 2012; 76:33-50. [PubMed: 23040805]	Tritsch N.X., Sabatini B.L. Dopaminergic modulation of synaptic transmission in cortex and striatum. <i>Neuron.</i> 2012; 76:33-50. [PubMed: 23040805]
81	Vega et al., Nerve growth factor receptor immunoreactivity in the cerebellar cortex of aged rats: effect of choline alfoscerate treatment \ Mechanisms of Ageing and Development, 69 (1993) 119-127	Vega et al., Nerve growth factor receptor immunoreactivity in the cerebellar cortex of aged rats: effect of choline alfoscerate treatment \ Mechanisms of Ageing and Development, 69 (1993) 119-127
82	Volpe B.T., et al. Robotic devices as therapeutic and diagnostic tools for stroke recovery. <i>Arch. Neurol.</i> 2009; 66:1086-1090. [PubMed: 19752297]	Volpe B.T., et al. Robotic devices as therapeutic and diagnostic tools for stroke recovery. <i>Arch. Neurol.</i> 2009; 66:1086-1090. [PubMed: 19752297]
83	Wang L.E., Fink G.R., Diekhoff S., Rehme A.K., Eickhoff S.B., Grefkes C. Noradrenergic enhancement improves motor network connectivity in stroke patients. <i>Annals of neurology.</i> 2011; 69:375-388. [PubMed: 21387380]	Wang L.E., Fink G.R., Diekhoff S., Rehme A.K., Eickhoff S.B., Grefkes C. Noradrenergic enhancement improves motor network connectivity in stroke patients. <i>Annals of neurology.</i> 2011; 69:375-388. [PubMed: 21387380]
84	Wang W., et al. Neural interface technology for rehabilitation: exploiting and promoting neuroplasticity. <i>Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am.</i> 2010; 21:157-178. [PubMed: 19951784]	Wang W., et al. Neural interface technology for rehabilitation: exploiting and promoting neuroplasticity. <i>Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am.</i> 2010; 21:157-178. [PubMed: 19951784]
85	Wissel J., Olver J., Stibrant Sunnerhagen K. Navigating the poststroke continuum of care. <i>J Stroke Cerebrovasc Dis.</i> 2013;22(1):1-8. DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2011.05.021">http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2011.05.021</a>	Wissel J., Olver J., Stibrant Sunnerhagen K. Navigating the poststroke continuum of care. <i>J Stroke Cerebrovasc Dis.</i> 2013;22(1):1-8. DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2011.05.021">http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2011.05.021</a>
86	Whyte E.M., Lenze E.J., Butters M., Skidmore E., Koenig K., Dew M.A., et al. An open-label pilot study of acetylcholinesterase inhibitors to promote functional recovery in elderly cognitively impaired stroke patients. <i>Cerebrovascular diseases.</i> 2008; 26:317-321. [PubMed: 18667813]	Whyte E.M., Lenze E.J., Butters M., Skidmore E., Koenig K., Dew M.A., et al. An open-label pilot study of acetylcholinesterase inhibitors to promote functional recovery in elderly cognitively impaired stroke patients. <i>Cerebrovascular diseases.</i> 2008; 26:317-321. [PubMed: 18667813]
87	Zimmermann-Schlatter A., Schuster C., Puhan M.A., Siekierka E., Steurer J. Efficacy of motor imagery in post-stroke rehabilitation: a systematic review. <i>J. Neuroeng. Rehabil.</i> 2008; 5:8. [PubMed: 18341687]	Zimmermann-Schlatter A., Schuster C., Puhan M.A., Siekierka E., Steurer J. Efficacy of motor imagery in post-stroke rehabilitation: a systematic review. <i>J. Neuroeng. Rehabil.</i> 2008; 5:8. [PubMed: 18341687]
88	Zorowitz R.D. Road to recovery: drugs used in stroke rehabilitation. <i>Expert Rev. Neurother.</i> 2004; 4:219-231. [PubMed: 15853563]	Zorowitz R.D. Road to recovery: drugs used in stroke rehabilitation. <i>Expert Rev. Neurother.</i> 2004; 4:219-231. [PubMed: 15853563]

## 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

## Оценка сложности амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз

Потемкин Б.Е.<sup>1</sup>, Ткаченко А.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», Екатеринбург,

<sup>2</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», Москва.

**Резюме.** Обсуждается проблема объективной оценки «сложности» судебно-психиатрической экспертизы. Показано, что сложность экспертной оценки определяется сочетанием факторов, затрудняющих клиническую диагностику и оценку юридического значения психического расстройства. Выделены группы сложности экспертиз по гражданским и уголовным делам.

**Ключевые слова:** судебно-психиатрическая экспертиза, объективная оценка сложности, хронометраж, группы сложности.

### Assessment of the complexity of outpatient forensic psychiatric examinations

Potemkin B.E.<sup>1</sup>, Tkachenko A.A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital, Yekaterinburg,

<sup>2</sup> V. Serbsky Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow

**Summary.** The authors discuss the issue of objective assessment of complexity in forensic psychiatric evaluation. The complexity of expert assessment is determined by a combination of factors hampering clinical diagnosis and making it difficult to assess the legal significance of a mental disorder. There have been four groups of complexity of examinations in civil cases and three groups of complexity of expertise in criminal cases singled out.

**Key words:** forensic-psychiatric examination, objective assessment of complexity, timing, groups of complexity.

Ранее нами [3, 4, 5] было показано значение оценки сложности судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ); определена методология оценки «сложности» и показано, что возможно выразить объективную сложность СПЭ через затраты времени эксперта на обоснование выводов. Были выделены факторы («расширения спектра», «недостаточность или «несогласованность» диагностических критериев) затрудняющие клиническую диагностику. Установлено, что на время обоснования выводов влияют разные комбинации перечисленных факторов.

Однако определения «клинической сложности» экспертного случая недостаточно, поскольку даже при ясной клинической картине принятие экспертного решения может быть затруднено. Следовательно, имеют значение и иные факторы, которые создают уже «экспертную сложность».

В судебной психиатрии сформировано методологическое положение о том, что сам по себе диагноз психического расстройства не является юридически значимым обстоятельством [7]. Выявленные клинические данные должны быть перекодированы в критерии экспертной оценки. Трудности такой перекодировки могут иметь самостоятельное значение для оценки сложности СПЭ.

Представление о том, какие клинические данные имеют значение для экспертной оценки, менялось по мере развития методологии СПЭ. До семидесятых годов XX столетия была сформирована модель экспертной оценки, ориентированная на психиатрический диагноз [6] и затем на-

званная как «дискретная» [2]. Позднее эксперты перешли к выявлению значимых симптомов, которые указывали на степень нарушения психических функций с учетом ситуационных и психологических факторов [1], то есть применялась «полисимптомная» модель [2]. В результате эксперту предлагалось сравнить выявленную им симптоматику с более или менее детализированным образцом, соответствующим тому или иному юридическому критерию.

Однако данные модели не предлагали решения в ситуации «частичного соответствия» наблюдаемой картины выбранному эталону. Кроме того, эксперт должен был знать множество «эталонов», что в целом является недостатком подобного подхода [9].

Ситуацию усложняло то, что сами юридические критерии правовых норм не содержат ясных указаний по оценке тяжести психической патологии [8], а некоторые работы в области нейрофизиологии [10, 11] ставят под сомнение представления о «разумной» и «свободной» воле, лежащие в основе «интеллектуального» и «волевого» компонентов юридических критериев.

Данная ситуация обусловила необходимость поиска новой модели экспертной оценки. В ее основу были положены представления о саморегуляции как об интегративном метапроцессе, позволяющем описать юридически значимое поведение [7]. Эта модель, названная «синдромальной», через выделение ведущего синдрома позволяет обнаружить влияние того или иного психо-

патологического механизма на звенья саморегуляции [2, 7]. В данном случае прототипом, соотносимым с юридическим критерием правовой нормы, выступает тот или иной психопатологический механизм на разных этапах принятия юридически значимого решения.

Следовательно, можно предположить, что время, затраченное на обоснование выводов, будет зависеть от того, какой именно психопатологический механизм и на каком этапе саморегуляции выбран в качестве прототипа.

**Цель исследования:** выделение параметров оценки сложности СПЭ с учетом совокупности объективных факторов, усложняющих клиническую диагностику и оценку юридической релевантности психического расстройства.

**Материал и методы.** Всего проведено изучение 240 экспертных случаев на базе ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница». В анализируемую группу включались случаи завершённых амбулаторных СПЭ при условии проведения хронометража работы эксперта-докладчика. Не включались случаи, когда экспертное исследование было начато, но не завершено (возращение дела без исполнения).

**Показателем «сложности»** экспертиз является время, затрачиваемое экспертом-организатором на обоснование выводов (среднее время, затраченное экспертом-докладчиком на обсуждение выводов с другими членами комиссии; обдумывание аргументации и формулировку выводов; уточнение окончательных формулировок ответов на экспертные вопросы; оформление «выводов»). Дополнительно учитывалось наличие случаев с некатегоричными (вероятностными) решениями.

Для выявления факторов «экспертной сложности» анализируемые группы формировались на основе описанных [2, 7] психопатологических механизмах («расстроенное сознание», «недостаточность интеллектуально-мнестических функций», «дезинтеграция психической деятельности», «психопродуктивные переживания», «нарушение волевой регуляции»), действующих на этапах принятия юридически значимого решения (представления о решаемой задаче, оценка последствий и рисков, выбор альтернатив, реализация решения).

Так как на предыдущих этапах исследования выявлены существенные различия в значении ряда факторов на показатель сложности СПЭ по гражданским и уголовным делам (151 и 89 наблюдений соответственно), то анализ проводился в указанных группах отдельно.

Основным являлся клинический (психопатологический) метод исследования, включающий анализ объективизированных источников информации (заключения судебно-психиатрической комиссии экспертов). Проводился анализ анамнестических сведений и психического состояния в период экспертного исследования.

Дополнительно применялся метод индивидуального хронометража: проводилось изучение затрат рабочего времени эксперта-организатора на выделенном и повторяющемся этапе экспертного

исследования — обоснование выводов. Хронометраж проводился способом внешнего наблюдения и самонаблюдения. В связи с длительностью выделяемых этапов работы, результаты хронометража фиксировались с точностью до 5 минут. Определение минимально необходимого числа наблюдений рассчитывалось по формуле  $n=2500 \times ((K^2 \times (K_y - 1)^2) / (C^2 \times (K_y + 1)^2))$ , где  $n$  — количество замеров;  $K$  — коэффициент, соответствующий заданной доверительной вероятности (при вероятности 0,95  $K = 2$ );  $K_y$  — нормативный коэффициент устойчивости хроноряда (для работы без использования механизированного и автоматизированного труда, при единичном или мелкосерийном производстве  $K_{y,норм} = 3$ );  $C$  — необходимая точность наблюдений (при мелкосерийных и единичных работах  $C = 10\%$ ). При указанных значениях достаточно проведение до 25 замеров в хроноряде. Правильность выделения групп сложности проверена сравнением «фактической устойчивости хроноряда» с нормативными показателями. Коэффициент «фактической устойчивости хроноряда», т.е. соотношение максимального и минимального значения измерений всех наблюдений ( $K_{y,факт.} = T_{max}/T_{min}$ ).

Статистическая обработка включала выявление различий между выделенными группами по результатам хронометража, представленного в виде медианы и межквартильного интервала  $M50\%$  ( $P25\% \div P75\%$ ). Для сравнения полученных данных и оценки достоверности результатов применялся тест Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при уровне ошибки  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

#### Исследование для СПЭ по гражданским делам

В зависимости от ведущего синдрома и значимого психопатологического механизма сформировано 3 группы.

В первую группу включены 63 наблюдения, в которых ведущими расстройствами в клинической картине являлись когнитивные нарушения разной степени выраженности, и необходимо было доказывать или исключать наличие психопатологического механизма, обусловленного недостаточностью интеллектуально-мнестических функций.

В данной группе выделено три подгруппы. В первую включены 32 наблюдения, когда диагностировались грубые нарушения интеллекта и памяти, нарушающие представление о решаемой задаче и исключающие возможность саморегуляции. Время на обоснование выводов составляло 60 ( $45 \div 120$ ) мин. Во вторую подгруппу включены 18 случаев умеренных интеллектуально-мнестических нарушений, не влияющих на представление о решаемой задаче, однако затрудняющих оценку последствий действий и оценку рисков поведения, что и определяло вывод о нарушении или ограничении саморегуляции. Время на обоснование выводов составляло 180 ( $120 \div 360$ ) мин. В третью под-

группу включены 13 случаев, когда имелись когнитивные нарушения, которые не нарушали возможность саморегуляции, т.е. расценивались как легкие. Время на обоснование выводов составляло 90 (45÷120) мин.

Достоверных различий между первой и третьей подгруппами установлено не было. В то же время вторая подгруппа (умеренных интеллектуально-мнестических нарушений) достоверно ( $p < 0,05$ ) отличалась от двух других. Кроме того, именно в этой подгруппе встречались случаи (22%), когда выносилось некатегоричное решение. Это позволяет считать, что необходимость обосновывать влияние умеренно выраженных интеллектуально-мнестических нарушений на юридически значимое поведение на этапе «оценки последствий действий» и «оценки рисков» является объективным фактором сложности экспертного исследования по гражданским делам.

Во вторую группу включены 50 наблюдений, когда ведущими в клинической картине являлись волевые нарушения разной степени. В этих случаях необходимо было доказывать или исключать наличие психопатологического механизма, обусловленного нарушением волевой регуляции поведения.

В данной группе также можно выделить три подгруппы. В первую включены 14 случаев грубой патологии волевой сферы, сопровождающейся невозможностью осуществления контроля за своим поведением и нарушающей способность реализации юридически значимого решения. Время на обоснование выводов составляло 90 (60÷120) мин. Во вторую подгруппу включены 27 наблюдений, когда волевая регуляция полностью или частично нарушалась на этапе «выбора альтернатив», однако, не нарушалась возможность реализации принятого решения. Условно можно обозначить данную группу как «умеренные» нарушения волевой регуляции. Время на обоснование выводов составляло 180 (150÷360) мин. В третью подгруппу включены 9 случаев, когда имелись отдельные нарушения волевого процесса, которые, однако, не нарушали возможность саморегуляции поведения. Время на обоснование выводов составляло 105 (60÷150) мин.

Достоверных различий между первой и третьей подгруппами установлено не было. В то же время вторая подгруппа (наличие умеренных волевых нарушений) достоверно ( $p < 0,05$ ) отличалась от других подгрупп. Кроме того, именно в этой подгруппе встречались случаи (23%), когда выносилось некатегоричное решение. Это позволяет считать, что необходимость обосновывать «умеренные» нарушение волевой регуляции на этапе «выбора альтернатив» является объективным фактором сложности экспертного исследования.

В третью группу отнесены 38 наблюдений, не вошедшие в две предыдущие группы и определяемые такими психопатологическими механизмами, как «дизинтеграция психической деятельно-

сти», «расстройство сознания» или «продуктивные психопатологические переживания».

В первую подгруппу включены 8 случаев расстройства сознания, нарушающего формирование представления о задаче. Время на обоснование выводов составляло 90 (60÷120) мин. Во вторую включены 16 случаев, когда требовалось обосновывать или исключить дезинтеграцию психической деятельности. Время на обоснование выводов составляло 210 (180÷360) мин. В третью подгруппу включены 12 случаев, когда требовалось обосновать экспертное решение психопродуктивной симптоматикой с прямой или косвенной мотивацией. Время на обоснование выводов составляло 160 (60÷105) мин.

Достоверных различий между первой и третьей группами установлено не было. В то же время вторая подгруппа достоверно ( $p < 0,05$ ) отличалась от других групп. Кроме того, именно в этой группе встречались случаи (25%), когда выносилось некатегоричное решение. Это позволяет считать, что необходимость оценивать психопатологический механизм, обусловленный «дизинтеграцией психической деятельности», является объективным фактором сложности экспертного исследования.

Таким образом, установлено, что необходимость обосновывать юридическую релевантность умеренно выраженных интеллектуально-мнестических нарушений, нарушающих «оценку последствий действий» и «оценку рисков»; умеренных нарушений волевой регуляции на этапе «выбора альтернатив»; а также дезинтеграции психической деятельности являются факторами, увеличивающими «экспертную» сложность СПЭ по гражданским делам. Причем наличие любого из перечисленных факторов в равной мере усложняет вынесение экспертного решения.

Результаты одновременного влияния факторов «клинической» и «экспертной» сложности на время обоснования выводов в СПЭ по гражданским делам представлены в Табл.1.

В «базовом варианте» (строка 1 Табл.1) вынесение экспертного решения не затруднено какими-либо объективными причинами. Время обоснования экспертных выводов в этих 27 случаях не превышало 60 минут, что достоверно ( $p < 0,05$ ) отличалось от всех вариантов, где имелись какие-либо факторы сложности.

В вариантах, где имелся только один из факторов сложности: «расширение спектра», «недостаточность» диагностических критериев либо «фактор экспертной сложности» (строки 2, 3, 4 в Таблице 1) время на обоснование выводов составляло от 60 до 120 минут. При сравнении между собой эти варианты не давали достоверных различий ( $p \geq 0,05$ ). Среднее время на обоснование выводов при их объединении (33 наблюдения) составляло 90 (60÷120) минут, что достоверно отличалось от «базового» и других вариантов ( $p < 0,05$ ).

В вариантах, где имелось сочетание фактора «экспертной сложности» с «расширением спектра» или с «недостаточностью» диагностических

№	Варианты сочетания факторов сложности	Число случаев	Время на обоснование выводов (в минутах)	Кратность увеличения трудозатрат в сравнении с Базовой группой
1	Базовый вариант: нет факторов сложности.	27	60(30-60)	1
2	Нет факторов клинической сложности. Есть фактор экспертной сложности.	16	90(90-120)	1,5
3	Есть «расширение спектра диагностических критериев». Нет фактора экспертной сложности.	13	90(60÷90)	1.5
4	Есть «недостаточность диагностических критериев». Нет фактора экспертной сложности.	4	105(90÷115)	1.75
5	Есть «расширения спектра диагностических критериев». Есть фактор экспертной сложности.	15	135(120÷150)	2,25
6	Есть «недостаточность диагностических критериев». Есть фактор экспертной сложности.	6	180(150÷180)	2,5
7	Есть «несогласованность диагностических критериев». Нет фактора экспертной сложности.	5	150(150÷180)	2,5
8	Есть «несогласованность диагностических критериев». Есть фактор экспертной сложности.	3	270(240÷300)	4,5
9	Есть сочетание «несогласованности» и «недостаточности» диагностических критериев или всех факторов клинической сложности. Нет фактора экспертной сложности.	27	240(180÷270)	4
10	Есть сочетание «несогласованности» и «недостаточности» диагностических критериев или всех факторов клинической сложности. Есть фактор экспертной сложности.	35	300 (240÷360)	5

критериев; либо присутствовала только «несогласованность» диагностических критериев (строки 5,6,7 в Таблице 1) время на обоснование выводов составляло не менее 120 и не более 180 минут. При сравнении между собой эти варианты также не давали достоверных различий ( $p \geq 0,05$ ). Среднее время на обоснование выводов при их объединении (26 наблюдений) составляло 150 (120÷180) минут, что достоверно отличалось от «базового» и других вариантов ( $p < 0,05$ ).

В вариантах, где имелось сочетание «несогласованности» диагностических критериев с фактором «экспертной сложности» и (или) с «недостаточностью диагностических критериев» (строки 8,9,10 в Табл.1) время на обоснование выводов составляло более 180 минут. При сравнении между собой эти варианты не давали значимых достоверных различий ( $p \geq 0,05$ ). Среднее время на обоснование выводов при их объединении (65 наблюдений) составляло 240 (180÷300) минут, что достоверно отличалось от «базового» и других вариантов ( $p < 0,05$ ).

Полученные результаты позволяют сформировать 4 группы сложности СПЭ по гражданским делам. Выделенные группы и их характеристики представлены в Табл.2.

#### Исследование для СПЭ по уголовным делам

Выделение групп в зависимости от ведущего синдрома (психопатологического механизма) по аналогии со СПЭ по гражданским делам не дали достоверных различий. То есть сложность СПЭ по

уголовным делам не зависит напрямую от выраженности интеллектуально-мнестических нарушений, степени нарушения волевой регуляции, выраженности, динамики и характера продуктивных переживаний, сохранности или нарушения сознания, а также наличия/отсутствия дезинтеграции психической деятельности.

Вместе с тем, структура обоснования экспертного решения в СПЭ по уголовным делам была различной. На основании этого выделены три группы сравнения.

В первую включены 39 наблюдений, когда выявлялось юридически значимое психическое расстройство, при этом нарушение саморегуляции на мотивационном, целевом или операциональном уровне обосновывалось только влиянием психопатологических феноменов. Другими словами, клинических данных (выявление ведущего синдрома) было достаточно, чтобы доказать наличие юридически релевантного психического состояния. Время на обоснование выводов составляло 110 (60÷120) мин. Во вторую группу включены 29 случаев, когда судебно-психиатрический эксперт доказывал наличие юридически релевантного психического расстройства, используя не только клинические аргументы, но и психологические и ситуационные факторы. Другими словами, только выделения ведущего синдрома и клинических аргументов было недостаточно для обоснования экспертного решения. Время на обоснование выводов составляло 180(150÷240) мин. В третью группу включен 21 случай, когда наличие юридически релевантного психического расстройства

Группа	Признаки группы	Время на обоснование выводов	Коэф. сложн.
Простые СПЭ	Отсутствуют признаки «расширения спектра», «недостаточности и несогласованности» диагностических критериев Отсутствует необходимость обосновывать юридическое значение умеренно выраженных когнитивных или волевых нарушений и дезинтеграции психической деятельности.	Не более 1 часа.	1
Умеренно сложные СПЭ	Вариант 1. Имеются признаки «расширения спектра» диагностических критериев. Отсутствуют признаки «недостаточности и несогласованности» диагностических критериев. Отсутствует необходимость обосновывать юридическое значение умеренно выраженных когнитивных или волевых нарушений и дезинтеграции психической деятельности. Вариант 2. Имеется «недостаточность» диагностических критериев как при диагностике как одного, так и нескольких психических расстройств. Отсутствуют признаки «несогласованности» диагностических критериев. Отсутствует необходимость обосновывать юридическое значение умеренно выраженных когнитивных или волевых нарушений и дезинтеграции психической деятельности. Вариант 3. Имеется необходимость обосновывать юридическое значение умеренно выраженных когнитивных или волевых нарушений и дезинтеграции психической деятельности. Отсутствуют признаки «расширения спектра», «недостаточности и несогласованности» диагностических критериев.	В диапазоне от 1 часа до 2 часов. В среднем 1,5 часа.	1,5
Сложные СПЭ	Вариант 1. Имеются признаки «расширения спектра» диагностических критериев». Имеется необходимость обосновывать юридическое значение умеренно выраженных когнитивных или волевых нарушений и дезинтеграции психической деятельности. Отсутствуют признаки «недостаточности и несогласованности» диагностических критериев. Вариант 2. Имеются признаки «недостаточности» диагностических критериев». Имеется необходимость обосновывать юридическое значение умеренно выраженных когнитивных или волевых нарушений и дезинтеграции психической деятельности. Отсутствуют признаки «несогласованности» диагностических критериев. Признаки «расширения спектра диагностических критериев могут выявляться или отсутствовать». Вариант 3. Имеются признаки «несогласованности» диагностических критериев. Отсутствуют признаки «недостаточности» диагностических критериев. Отсутствует необходимость обосновывать юридическое значение умеренно выраженных когнитивных или волевых нарушений и дезинтеграции психической деятельности. Признаки «расширения спектра диагностических критериев могут выявляться или отсутствовать».	В диапазоне от 2 часа до 3 часов. В среднем 2,5 часа	2,5
СПЭ повышенной сложности	Имеются признаки «несогласованности» диагностических критериев в сочетании с «недостаточностью» диагностических критериев и (или) имеется необходимость обосновывать юридическое значение умеренно выраженных когнитивных или волевых нарушений и дезинтеграции психической деятельности. Признаки «расширения спектра» диагностических критериев и «несогласованности» могут выявляться или отсутствовать.	Более трех часов. В среднем 4 часа.	4

**Таблица 3 Влияние факторов клинической и экспертной сложности на время обоснования выводов для СПЭ по уголовным делам**

№	Варианты сочетания факторов сложности	Число случаев	Время на обоснование выводов (в минутах)	Кратность увеличения трудозатрат в сравнении с Базовой группой
1	Базовый вариант: нет факторов сложности.	16	60 (45÷60)	1
2	Есть один из факторов клинической сложности Нет фактора экспертной сложности.	14	60 (60÷90)	1
3	Нет факторов клинической сложности. Есть фактор экспертной сложности.	5	115(90÷150)	1,75
4	Есть два любых фактора клинической сложности Нет фактора экспертной сложности.	17	120(115÷150)	2
5	Есть один из факторов клинической сложности Есть фактор экспертной сложности.	11	135 (120÷150)	2,25
6	Есть два любых фактора клинической сложности Есть фактор экспертной сложности.	12	180(150÷240)	3
7	Есть три любых фактора клинической сложности Нет фактора экспертной сложности.	5	180(150÷180)	3
8	Есть три любых фактора клинической сложности Есть фактор экспертной сложности.	9	180(180÷240)	3

исключалось. Время на обоснование выводов составляло 120 (90÷150) мин.

Достоверных различий между первой и третьей группами установлено не было. Кроме того, во всех случаях в СПЭ по уголовным делам выносилось решение в категоричной форме. В то же время вторая группа достоверно ( $p < 0,05$ ) отличалась от двух других. Это позволяет считать, что необходимость обосновывать юридическое значение психического расстройства совокупностью клинических, ситуационных и личностных факторов является объективным фактором сложности экспертного исследования по уголовным делам и может быть принят как фактор «экспертной сложности».

Результаты одновременного влияния факторов «клинической сложности» и «фактора экспертной сложности» на время обоснования выводов в СПЭ по уголовным делам представлены в Табл.3.

В «Базовый вариант» (строка 1 Табл.3) вошли 16 случаев, когда вынесение экспертного решения не осложнено какими-либо объективными причинами. Время обоснования экспертных выводов не превышало 60 минут. С базовым не имел статистически значимых различий ( $p < 0,05$ ) вариант, включавший 14 наблюдений (строка 2 Таблица 3), где имелся только один из факторов «клинической сложности». При объединении указанных (30) наблюдений среднее время на обоснование выводов составило 60 (60÷90) минут, что значимо отличалось от других вариантов ( $p < 0,05$ ).

В вариантах, где имелся только фактор «экспертной сложности» либо отмечалось сочетание одного фактора «клинической сложности» и фактора «экспертной сложности», либо сочетание двух любых факторов «клинической сложности», время на обоснование выводов составляло от 90 до 150 минут (строки 3,4,5 в Таблице 3). При сравнении эти варианты между собой не давали до-

стоверных различий ( $p \geq 0,05$ ). Среднее время на обоснование выводов при их объединении (32 наблюдения) составило 120 (120÷150) минут, что достоверно отличалось других вариантов ( $p < 0,05$ ).

В вариантах, где имелось сочетание всех трех факторов «клинической сложности» или двух-трех факторов «клинической сложности» с фактором «экспертной сложности», время на обоснование выводов составляло более 150 минут (строки 6, 7, 8 в Таблице 3). При сравнении между собой указанные варианты не давали значимых различий ( $p \geq 0,05$ ). Среднее время на обоснование выводов при их объединении (26 наблюдений) составляло 180 (150÷240) минут, что достоверно отличалось от других вариантов ( $p < 0,05$ ).

Полученные результаты позволяют сформировать 3 группы сложности СПЭ по уголовным делам. Выделенные группы и их характеристики представлены в Табл.4.

Для каждой из выделенных «групп сложности» СПЭ по гражданским и уголовным делам коэффициент фактической устойчивости хроноряды не превышал 3 (при исключении крайних показателей), то есть хроноряды являются устойчивыми.

### Выводы

Выявлены факторы «экспертной сложности» для СПЭ по гражданским и уголовным делам, определяющие затруднения при оценке юридической релевантности психического расстройства.

Установлено, что для СПЭ по гражданским делам факторами «экспертной сложности» являются: необходимость обосновывать влияние умеренно выраженных интеллектуально-мнестических нарушений на юридически значимое поведение на этапе «оценки последствий действий» и «оценки рисков»; необходимость обосновывать «умеренные» нарушения волевой регуляции на этапе «вы-

Таблица 4 Группы сложности для СПЭ по уголовным делам			
Группа сложности	Признаки группы	Время на обоснование выводов	Коэф. сложн.
Простые СПЭ	<p>Вариант 1. Отсутствуют признаки «расширения спектра», «недостаточности и несогласованности» диагностических критериев Отсутствует необходимость обосновывать юридическую релевантность расстройства комплексом клинических, ситуационных и психологических факторов.</p> <p>Вариант 2. Имеется один из факторов клинической сложности: «расширение спектра», «недостаточность» или «несогласованность» диагностических критериев. Отсутствует необходимость обосновывать юридическую релевантность расстройства комплексом клинических, ситуационных и психологических факторов.</p>	Не более 1,5 часов. В среднем 1 час.	1
Умеренно сложные СПЭ	<p>Вариант 1. Отсутствуют признаки «расширения спектра», «недостаточности и несогласованности» диагностических критериев Имеется необходимость обосновывать юридическую релевантность расстройства комплексом клинических, ситуационных и психологических факторов.</p> <p>Вариант 2. Имеется два любых факторов клинической сложности: «расширение спектра», «недостаточность» или «несогласованность» диагностических критериев. Отсутствует необходимость обосновывать юридическую релевантность расстройства комплексом клинических, ситуационных и психологических факторов.</p> <p>Вариант 3. Имеется один из факторов клинической сложности: «расширение спектра», «недостаточность» или «несогласованность» диагностических критериев. Имеется необходимость обосновывать юридическую релевантность расстройства комплексом клинических, ситуационных и психологических факторов.</p>	В диапазоне от 1,5 часов до 2,5 часов. В среднем 2 часа.	2
Сложные СПЭ	<p>Вариант 1. Имеется два любых факторов клинической сложности: «расширение спектра», «недостаточность» или «несогласованность» диагностических критериев. Имеется необходимость обосновывать юридическую релевантность расстройства комплексом клинических, ситуационных и психологических факторов.</p> <p>Вариант 2. Имеется три фактора клинической сложности: «расширение спектра», «недостаточность» или «несогласованность» диагностических критериев. Отсутствует необходимость обосновывать юридическую релевантность расстройства комплексом клинических, ситуационных и психологических факторов.</p> <p>Вариант 3. Имеется все три фактора клинической сложности: «расширение спектра», «недостаточность» или «несогласованность» диагностических критериев. Имеется необходимость обосновывать юридическую релевантность расстройства комплексом клинических, ситуационных и психологических факторов.</p>	Более 2,5 часов. В среднем 3 часа.	3

бора альтернатив»; необходимость обосновать/исключить влияние «дезинтеграции психической деятельности». Наличие любого из перечисленных факторов «экспертной сложности» для СПЭ по гражданским делам в равной мере усложняет вынесение экспертного решения. Для формирования групп сложности наличие любого из перечисленных факторов будет означать наличие «фактора экспертной сложности».

Для СПЭ по уголовным делам фактором «экспертной сложности» является необходимость обосновывать юридическое значение психического расстройства совокупностью клинических, ситуационных и личностных факторов.

Учитывая совокупное влияние факторов «клинической сложности» («расширение спектра», «недостаточность», «несогласованность» диагностических критериев») и выявленных факторов «экспертной сложности», выделены и описаны группы сложности СПЭ как по уголовным, так и по гражданским делам.

Выделено 4 группы сложности СПЭ по гражданским делам и 3 группы сложности СПЭ по уголовным делам, достоверно отличающиеся по затратам времени на обоснование экспертных выводов. Во всех выделенных группах при достаточности наблюдений отмечается устойчивость хроноряда, подтверждающая однородность выполняемой экспертом работы.

Выделенные группы сложности СПЭ характеризуют «фактическую сложность», которая может быть оценена после завершения экспертного исследования. Фактическая сложность может использоваться как основа вычисления «ожидаемой» сложности при планировании работы эксперта и экспертного подразделения, для расчета трудозатрат и стоимости экспертиз. Кроме того, определение факторов, объективно усложняющих вынесение экспертного решения, будет способствовать формированию профессионального мышления при подготовке экспертов, а также проведению экспертного анализа при производстве конкретной СПЭ.

#### Литература

1	Вопросы теории и организации судебно-психиатрической экспертизы // Сборник научных трудов / под ред. Г.В. Морозова. — М. — 1988. — 193с.	<i>The theory and organization of forensic psychiatric examination. Sbornik nauchny'x trudov. M.: 1988: 193p. (In Russ).</i>
2	Корзун Д.Н., Ткаченко А.А. Модели судебно-психиатрической экспертной оценки // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2013. — №1. — С.44-48.	<i>Korzun D.N., Tkachenko A.A. Models of a forensic psychiatric expert examination. Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii. 2013; 1:P:44-48. (In Rus.).</i>
3	Потемкин Б.Е., Ткаченко А.А. Категория «сложности» применительно к судебно-психиатрическим экспертным исследованиям // Российский психиатрический журнал. — 2016. — №1. — С.35-45.	<i>Potemkin B.E., Tkachenko A.A. Category of complexity in relation to forensic psychiatric expert investigations. Rossijskij psichiatricheskij zhurnal. 2016; 1:35-45 (In Russ).</i>
4	Потемкин Б.Е., Ткаченко А.А. Влияние атипичности клинической картины на «сложность» судебно-психиатрической диагностики // Социальная и клиническая психиатрия. — 2016. — №3. — С.58-64.	<i>Potemkin B.E., Tkachenko A.A. The dependence of the complexity of the forensic psychiatric diagnosis of the presence of atypical symptoms. Social'naya i klinicheskaya psichiatriya. 2016; 26; 3:58-64. (In Russ).</i>
5	Потемкин Б.Е., Ткаченко А.А. Факторы, определяющие сложность клинической диагностики в условиях судебно-психиатрической экспертизы // Психическое здоровье. — 2017. — №12. — С.55-67.	<i>Potemkin B.E., Tkachenko A.A. Factors determining the complexity of clinical diagnostics in forensic psychiatric examination. Psichicheskoe zdorov'e. 2017; 12:55-67. (In Russ).</i>
6	Проблемы судебной психиатрии. Сборник VIII / под ред. Г.В. Морозова.- М.: Гос. изд. Юридической литературы. — 1959.- 676с.	<i>The problems of forensic psychiatry. Sbornik VIII / pod. red. G.V. Morozova.- M.: Gos. izd. Yuridicheskoy literatury. 1959:676p. (In Russ).</i>
7	Ткаченко А.А., Корзун Д.Н. Судебно-психиатрическая экспертиза. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2016. — 672с.	<i>Tkachenko A.A., Korzun D.N. The forensic psychiatric examination. M.: GE`OTAR-Media, 2016:672p. (in Russ).</i>
8	Шишков С.Н. Невменяемость (мировоззренческие, эмпирические, социальные предпосылки и становление в качестве категории). — М. — 2010. — 380с.	<i>Shishkov S.N. The insanity (worldview, empirical, social background and becoming as a category). M. 2010:380p. (In Russ).</i>

9	<i>Frances, A. Prototypal diagnosis: will this relic from the past become the wave of the future? World Psychiatry. — 2012. — Vol.11. — P.26. DOI: 10.1016/j.wpsyc.2012.01.023</i>	<i>Frances, A. Prototypal diagnosis: will this relic from the past become the wave of the future? World Psychiatry. — 2012. — Vol.11. — P.26. DOI: 10.1016/j.wpsyc.2012.01.023</i>
10	<i>Soon, C., Brass, M., Heinze, H. and Haynes, J. Unconscious determinants of free decisions in the human brain. — Nature Neuroscience. — 2012. — Vol.11. — P.543-545. DOI: 10.1038/nm.2112</i>	<i>Soon, C., Brass, M., Heinze, H. and Haynes, J. Unconscious determinants of free decisions in the human brain. — Nature Neuroscience. — 2008. — Vol.11. — P.543-545. DOI: 10.1038/nm.2112</i>
11	<i>Wegner D. M. The illusion of conscious will. Cambridge: The MIT Press. — 2002. — P.52—56.</i>	<i>Wegner D. M. The illusion of conscious will. Cambridge: The MIT Press, 2002: 52—56.</i>

**Сведения об авторах**

**Потемкин Борис Евгеньевич** — заведующий отделением амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы по гражданским делам ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница». E-mail: pbe.box@mail.ru

**Ткаченко Андрей Анатольевич** — д.м.н., профессор, руководитель Отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, профессор кафедры социальной и судебной психиатрии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России. E-mail: tkatchenko\_gnc@mail.ru

DOI : 10.31363/2313-7053-2019-1-102-108

## Основные изменения потребления алкоголя сельскими подростками-школьниками в России за 15 лет

Скворцова Е.С., Лушкина Н.П.

ФБГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Москва

**Резюме.** В статье рассматриваются основные изменения, произошедшие в потреблении алкоголя сельскими подростками-школьниками в России в 2016-2017 гг. в сравнении с 2001-2002 гг. по данным общероссийского мониторинга потребления психоактивных веществ среди подростков-школьников 15-17 лет.

**Ключевые слова:** сельские подростки, распространенность, алкоголь, потребление, динамика.

### The main changes in the consumption of alcohol by rural teenagers of school age in Russia for 15 years

Skvortsova E.S., Lushkina N.P.

Federal Research Institute for Healthcare Organization and Informatics of the Ministry of Health of Russia

**Summary.** The article deals with the main changes in alcohol consumption by rural teenagers-schoolchildren in Russia 2016-2017 compared 2001-2002 according to all-Russia monitoring of psychoactive substances consumption among 15-17-year-old teenagers.

**Key words:** rural teenagers, prevalence, alcohol consumption dynamics.

Употребление алкоголя влечет за собой достаточно часто самые разнообразные негативные последствия. Свыше 30 категорий (МКБ 10 пересмотра) приходится на состояния, полностью обусловленные воздействием алкоголя, включая алкогольные психозы и алкогольный гастрит. Более того, алкоголь указывается в качестве одной из причин еще в 200-х рубриках МКБ 10. Кроме того, значительная часть заболеваемости и преждевременной смертности населения так же связана с тяжелыми травмами, получаемыми вследствие алкогольного опьянения [5].

Поэтому контроль над употреблением алкоголя населением является серьезнейшей социальной проблемой и одновременно задачей практически в большинстве государств мира.

В России государственная антиалкогольная политика, определяется «Концепцией реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года» (утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. №2128-р)». Данная концепция направлена на снижение объемов потребления населением алкогольной продукции [3].

Кроме того, «дорожной картой» от 26 ноября 2015 г. (распоряжение Правительства РФ №2413-р) утвержден план мероприятий по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации.

В результате вступления в силу вышеупомянутых нормативно-правовых актов и регламентов с

2009 по 2014 годы потребление алкоголя в Российской Федерации снизилось с 16,8 до 13,6 литров абсолютного алкоголя в год на лиц старше 15 лет [12].

Начиная с 2002 г., в России отмечается снижение заболеваемости подростков 15-17 лет алкоголизмом и алкогольными психозами (впервые в жизни установленный диагноз) с 15,9 (2002 г.) до 2,4 (2016 г.) на 100000 подростков [1, 2].

За тот же период сократилась численность подростков 15-17 лет, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях по поводу алкоголизма и алкогольных психозов с 26,9 до 5,4 (на 100000 подростков) [1,2].

Помимо снижения заболеваемости подростков алкоголизмом и алкогольными психозами, которое регистрируется официальной статистикой, отмечается также снижение потребления алкогольной продукции подростками 15-17 лет (начиная с 2010 г.)

Широкомасштабными исследованиями потребления алкоголя подростками 15-17 лет, проводимыми в рамках мониторинга вредных привычек среди детей и подростков, также констатируется снижение почти в два раза потребления алкоголя, как среди мальчиков, так и среди девочек (2010-2017 гг.) [7, 8, 9].

В данной статье представлены результаты мониторинга потребления алкоголя среди сельских подростков-школьников в 2001-2002 гг. и 2016-2017 гг.

**Цель исследования** — оценить характер потребления алкоголя среди сельских подростков-школьников 15-17 лет в РФ в 2001-2002 гг. и 2016-2017 гг.

### Материалы и методы

Материалом для данной статьи послужили данные мониторинга потребления психоактивных веществ (ПАВ) среди сельских подростков школьников в 2001-2002 гг. и в 2016-2017 гг. Оба широкомасштабных исследования были проведены по сопоставимым и сравнимым между собой анкетам. В 2001-2002 гг. было обследовано 14 территорий, а в 2016-2017 гг. — 17 территорий. 64% территорий в обоих исследованиях были одними и теми же. 29% территорий 2001-2002 гг. были заменены на территории из тех же федеральных округов и добавились ещё четыре новых территории. И в 2001-2002 гг., и в 2016-2017 гг. были обследованы территории из 6 федеральных округов. В 2001-2002 гг. было опрошено 16743 подростка, из них 7468 (44,6%) мальчиков и 9275 (55,4%) девочек, в 2016-2017 гг. — 18222 подростка, из них 8208 (45,0%) мальчиков и 10014 (55,0%) девочек.

Участие тех или иных субъектов РФ в мониторинге 2001-2002 гг. и 2016-2017 гг. обуславливалось либо наличием в них региональных центров мониторинга, либо желанием принять участие в исследовании. Выборка сельских районов в каждом принимавшем участие субъекте РФ осуществлялась с учетом фактора удалённости от областного центра (близкорасположенные и далеко расположенные от областного центра) сельские районы, находящиеся на севере, юге, западе и востоке области.

В каждом отобранном сельском районе методом случайной выборки отбирались те или иные сельские школы. Объем выборочной совокупности в каждой территории был одинаков и определялся расчетом необходимого числа наблюдений по известной формуле [4] отдельно для мальчиков и девочек. Расчетное число с учетом 5% брака составило 1076 подростков 15-17 лет, учитывая объём выборки и малую численность старшеклассников в школах, в среднем в каждом отобранном районе опрашивались школьники двух или трех школ.

Опрос школьников в отобранных школах проводился методом сплошного анонимного анкетирования с соблюдением правил и технологий подобных исследований. Анкета, разработанная Центром мониторинга вредных привычек среди детей и подростков, содержала несколько блоков

вопросов, позволяющих оценить уровень и характер потребления тех или иных психоактивных веществ. Случаев отказа от заполнения анкет не было, а количество брака по различным территориям колебалось от 1 до 5%.

Свод материалов анкетирования, формирование баз данных и их статистическая разработка проводились с помощью компьютерной программы «Факторы риска» [6]

Статистическая разработка баз данных включала: получение абсолютных и относительных показателей и их ошибок, расчет достоверности различий показателей по критерию Стьюдента (t) для нормального распределения, а также расчет коэффициента корреляции Пирсона [11].

### Результаты и их обсуждение

Сравнение результатов исследования потребления алкоголя сельскими подростками-школьниками 2001-2002 гг. и 2016-2017 гг. показало существенное снижение уровня потребления алкоголя среди сельских подростков-школьников России к 2016-2017 гг. (табл. 1). Число школьников мальчиков 15-17 лет, употребляющих алкоголь, снизилось в 2016-2017 гг. на 51,1% ( $p < 0,001$ ) и составило 35,1 на 100 подростков соответствующего возраста и пола. Среди девочек ровесниц, снижение составило 48% ( $p < 0,001$ ) и число употребляющих алкоголь девочек сократилось до 39,9 из 100 девочек соответствующего возраста. Однако уровень алкоголизации среди девочек по-прежнему остался выше, чем среди мальчиков ( $p < 0,05$ ).

За анализируемый период статистически значимо снизились границы колебаний показателя распространенности алкоголизации среди подростков. Если в 2001-2002 гг. уровень распространенности алкоголизации среди мальчиков колебался в пределах от 46,1 до 84,8 на 100 подростков-мальчиков, то в 2016-2017 гг. — от 16,0 до 48,9 на 100 подростков-мальчиков.

Среди девочек наблюдается аналогичная картина. Если в 2001-2002 гг., показатель алкоголизации варьировал от 47,8 до 88,5 на 100 подростков-девочек, то в 2016-2017 гг. — от 23,1 до 56,3 на 100 подростков-девочек.

За рассматриваемый период сменились лидеры употребления алкоголя. Так в 2001-2002 гг. мак-

**Таблица 1. Динамика распространенности потребления алкоголя среди сельских подростков-школьников 15-17 лет в РФ в 2001-2002гг. и 2016- 2017 гг. (на 100 подростков соответствующего пола)**

Показатель	2001-2002 гг.		2016-2017 гг.		Достоверность различий (2002 г. и 2007г.)	
	Маль-чики (M+m)	Девочки (M+m)	Маль-чики (M+m)	Девочки (M+m)	Маль-чики (M+m)	Девочки (M+m)
Уровень распространенности Алкоголиза-ции	71,8±0,5	76,7±0,4	35,1±0,5	39,9±0,5	$p < 0,001$	$p < 0,001$
Уровень распространенности частого употребления алкоголя	23,9±0,5	19,5±0,4	7,9±0,3	6,4±0,2	$p < 0,001$	$p < 0,001$

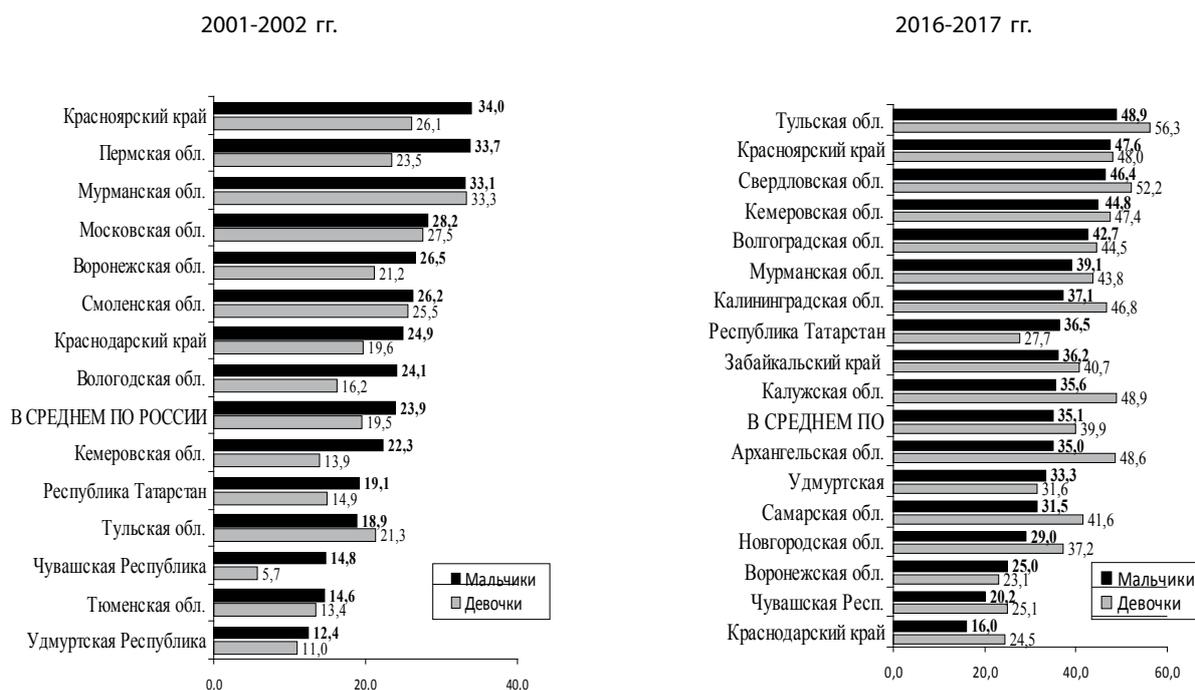


Рис.1 Распространённость алкоголизации среди сельских подростков-школьников в среднем по России в 2001-2002 гг. и в 2016-2017 гг. (на 100 подростков 15-17 лет соответствующего пола)

симальные уровни употребления алкоголя отмечались на территориях Краснодарского и Красноярского краев, в 2016-2017 гг. — в Тульской и Свердловской областях, в Красноярском крае, Мурманской области. Минимальные показатели в 2001-2002 гг. были выявлены в Республике Удмуртия и Чувашия, а в 2016-2017 гг. — в Новгородской и Воронежской областях, Краснодарском крае и Республике Чувашия (рис.1).

Среди подростков, употребляющих алкоголь, наряду с редко употребляющими (до 5 раз в год), «традиционно» употребляющими (1 раз в месяц, до 15 раз в год) выявляется группа подростков, часто употребляющих алкоголь, (от 2 раз в месяц и чаще). Эти подростки относятся к «группе риска», поскольку у них высок потенциальный риск развития зависимости от алкоголя. Часто употребляющие алкоголь подростки были выявлены и в 2001-2002 гг. и в 2016-2017 гг. во всех обследованных субъектах РФ (рис.2).

Рис.2. Распространённость частого употребления алкоголя среди сельских подростков-школьников в среднем по России в 2001-2002 гг. и в 2016-2017 гг. (на 100 подростков 15-17 лет соответствующего пола) Но, если в 2001-2002 гг. в среднем по России число часто употребляющих среди мальчиков составляло — 23,9 из 100 мальчиков и 19,5 из 100 девочек, то в 2016-2017 гг. — 7,9 из 100 мальчиков и 6,4 из 100 девочек. Таким образом, к 2016-2017 гг. сократилось не только число сельских подростков-школьников, употребляющих алкоголь, но и число, что особенно важно, часто употребляющих или «группы риска», при-

чем, очень значительно — практически в 3 раза (табл. 1).

Необходимо отметить, что величина «группы риска» тесно связана с уровнем распространённости алкоголизации, а именно: чем выше уровень распространённости алкоголизации, тем больше по численности «группа риска» т.е. число часто употребляющих алкоголь подростков ( $r=0,53$ ).

В 2001-2002 гг. ведущим мотивом употребления алкоголя сельскими подростками, как мальчиками, так и девочками, являлся мотив «с друзьями, на праздник» (52,4% мальчиков и 50,2% девочек). Употребление алкоголя в кругу семьи «по случаю праздника, семейного торжества» (32,3% мальчиков и 38,4% девочек) существенно уступало мотиву «с друзьями, на праздник» ( $p<0,001$ ). Около 9% мальчиков и 7% девочек употребляли алкоголь «с товарищами за компанию», «от нечего делать» — 3,9% мальчиков и 2,3% девочек (табл.2).

В 2016-2017 гг. картина мотивации употребления алкоголя изменилась. Ведущим мотивом стали «праздники и семейные торжества» в кругу семьи как среди мальчиков (42,2%), так и среди девочек (57,2%). «С друзьями на праздники» употребляли алкоголь треть мальчиков (32,4%) и четверть девочек (26,2%). Около 13% мальчиков и 10% девочек употребляли алкоголь «с товарищами за компанию». К 2016-2017 гг., статистически значимо увеличилось ( $p<0,05$ ) число подростков, употребляющих алкоголь «от нечего делать» (8,2% мальчиков и 3,9% девочек) (табл.2).

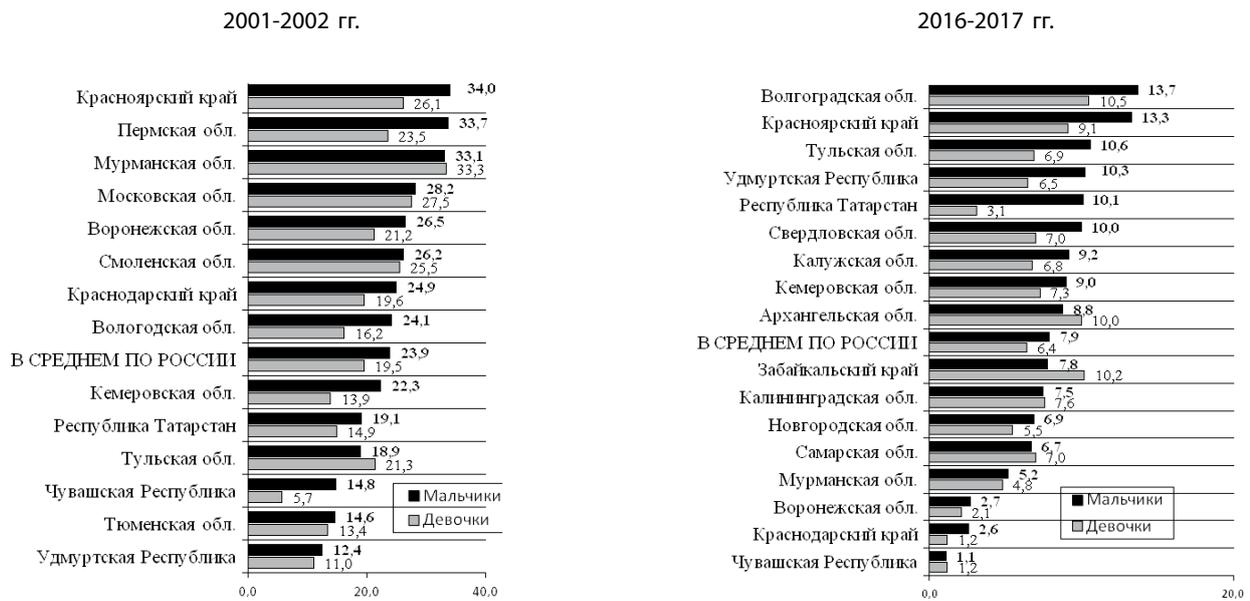


Рис.2. Распространенность частого употребления алкоголя среди сельских подростков-школьников в среднем по России в 2001-2002 гг. и в 2016-2017 гг. (на 100 подростков 15-17 лет соответствующего пола)

**Таблица 2. Основные мотивы употребления алкоголя сельскими подростками-школьниками 15-17 лет в РФ в 2001-2002 гг. и 2016-2017 гг. (% от числа употребляющих)**

Основные мотивы	2001-2002 гг.		2016-2017 гг.		Достоверность различий (2002 г. и 2017 г.)	
	Мальчи-ки (М+m)	Девочки (М+m)	Мальчи-ки (М+m)	Девочки (М+m)	Мальчики (М+m)	Девочки (М+m)
Праздники семейные торжества	32,3+0,6	38,4+0,6	42,2+0,9	57,2+0,8	p<0,001	p<0,001
С друзьями по случаю праздника	52,4+0,7	50,2+0,6	32,4+0,8	26,2+0,7	p<0,001	p<0,001
С друзьями, товарищами за компанию	9,2+0,4	7,5+0,3	13,6+0,6	9,9+0,5	p<0,05	p<0,05
От нечего делать	3,9+0,3	2,3+0,2	8,2+0,5	3,9+0,3	p<0,001	p<0,05

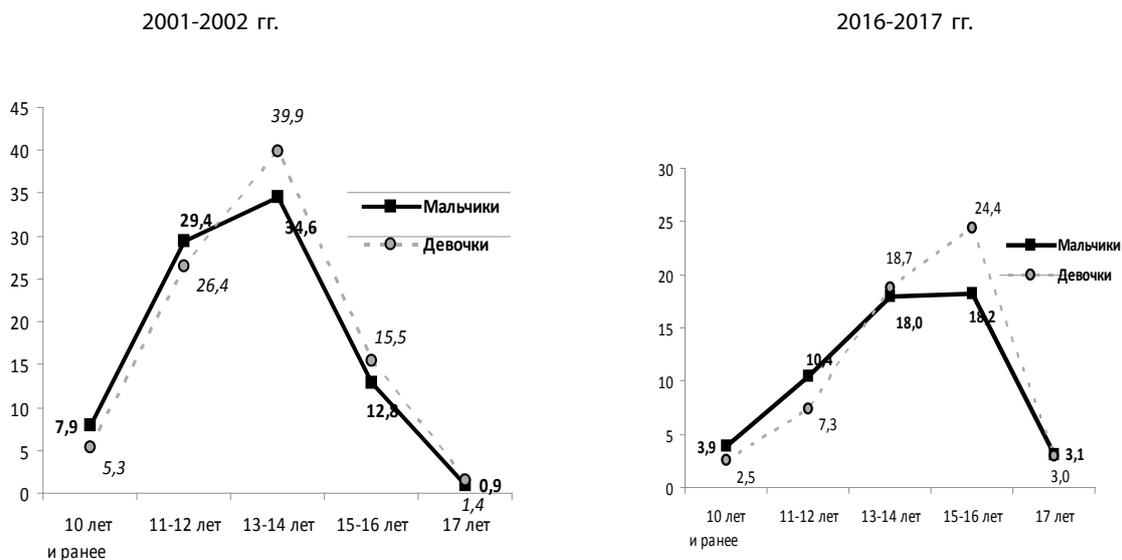


Рис.3. Повозрастная структура приобщения сельских подростков-школьников 15-17 лет к алкоголю в среднем по России в 2001-2002 гг. и в 2016-2017 гг. (% от числа опрошенных)

**Таблица 3. Основные мотивы первой пробы алкоголя сельскими подростками-школьниками 15-17 лет в РФ в 2001-2002 гг. и 2016-2017 гг. (% от числа пробовавших)**

Основные мотивы	2001-2002 гг.		2016-2017 гг.		Достоверность различий (2002 г. и 2017 г.)	
	Мальчи-ки (М+m)	Девочки (М+m)	Мальчи-ки (М+m)	Девочки (М+m)	Мальчики (М+m)	Девочки (М+m)
Праздник, семейное торжество	61,0+0,7	75,1+0,6	46,1+0,7	66,2+0,6	p<0,001	p<0,001
Из любопытства	14,3+0,5	9,3+0,3	18,2+0,6	12,9+0,6	p<0,001	p<0,001
С товарищами за компанию	16,0+0,5	10,6+0,4	16,3+0,5	9,8+0,5	p>0,05	p>0,05

За 15 лет существенно изменилась и повозрастная структура приобщения к алкоголю, а именно: снизилось число подростков, пробующих алкоголь в интервале от 10 до 17 лет (рис. 3).

Если в 2001-2002 гг. в возрасте до 10 лет включительно пробовали алкоголь около 8% мальчиков и 5% девочек, то в 2016-2017 гг. — 4% мальчиков и 2,5% девочек (p<0,05). В 11-12 лет вначале 2000-х гг. пробовали алкоголь треть обследованных мальчиков и четверть девочек, в 2016-2017 гг. — только 10% мальчиков и 7% девочек. Пик приобщения к алкоголю в 2001-2002 гг. приходился на возраст 13-14 лет, в 2016-2017 гг. пик приобщения у девочек переместился на более поздний возраст 15-16 лет, а у мальчиков охватил период от 13 до 16 лет включительно (рис.3).с

Несколько изменилась за данный период и иерархия мотивов первой пробы алкоголя среди сельских подростков-школьников за исключением мотива «на праздники и семейные торжества» (табл.3). Как в 2001-2002 гг., так и в 2016-2017 гг. главным мотивом первой пробы алкоголя являлись «праздники и семейные торжества». Но, если в 2001-2002 гг. пробовали алкоголь «на праздники и семейные торжества» две трети мальчиков и три четверти девочек, то в 2016-2017 гг. — около половины мальчиков и треть девочек (табл.3). К 2016-2017 гг. статистически значимо увеличилось число подростков, пробующих алкоголь «из любопытства» (p<0,001), как среди мальчиков, так и среди девочек. Осталось без изменений количество подростков, пробующих алкоголь «с товарищами за компанию». Но, если среди мальчиков в 2001-2002 гг. этот мотив занимал 2-е место по частоте встречаемости, то в 2016-2017 гг. — только треть. В среднем число пробующих алкоголь «с товарищами за компанию» статистически значимо не изменилось (p>0,05).

В 2016-2017 гг. был расширен список вопросов в анкете и дополнительно включены вопросы о вреде алкоголя и источниках информации об этом.

Выяснилось, что ¾ подростков (71,2% мальчиков и 75,6% девочек) считают алкоголь вредным для здоровья. 15% подростков (15,8% мальчиков и 14,7% девочек) утверждают, что всё зависит от количества и около 3% девочек и 5,8% мальчиков не считают алкоголь вредным для здоровья. Около 7% подростков (6,9% мальчиков и 6,5% девочек) не определились в своём отношении к алкоголю («точно не знают»).

В 2016-2017 гг. наиболее часто указываемым сельскими подростками источником информации о вреде алкоголя явились занятия в школе (29,0% мальчиков и 35,4% девочек). Около 15% подростков почерпнули свои знания о вреде алкоголя из передач по радио и TV. Чуть больше 10% подростков узнали о вреде алкоголя из интернета. Существенным остаётся получение сведений об алкоголе от ближайших родственников — 21,6% мальчиков и 19,7% девочек. К специальной литературе о воздействии алкоголя на организм человека обращались около 9% сельских подростков. «Газеты», «журналы», «собственный опыт», «наблюдения», «друзья» — редко служат источниками информации о вреде алкоголя.

#### Заключение

Широкомасштабные исследования в рамках мониторинга потребления алкоголя среди сельских подростков-школьников 15-17 лет в России в 2001-2002 гг. и 2016-2017 гг. показали, что за годы, прошедшие между этими исследованиями, произошли следующие позитивные изменения.

1. Уровень распространенности алкоголизации снизился практически в 2 раза, как среди мальчиков, так и среди девочек, однако, число девочек, употребляющих алкоголь, по-прежнему осталось больше числа мальчиков (p<0,05).

2. В 3 раза сократилось число подростков «группы риска», (часто употреблявших алкоголь), как среди мальчиков, так и среди девочек.

3. Изменилась структура мотивов употребления алкоголя. Преобладающим мотивом стал мотив употребления алкоголя в кругу семьи «на праздники и семейные торжества», вместо мотива «с друзьями на праздники».

4. В целом снизилось число подростков, пробующих алкоголь в возрастном интервале от 10 до 17 лет включительно. Пик приобщения к алкоголю у девочек сместился на более поздний возраст — 15-16 лет, а у мальчиков стал «продолгованным» и охватывает интервал от 13 до 16 лет включительно.

5. Ведущим, преобладающим мотивом первой пробы алкоголя на протяжении всех этих лет остаётся мотив «на праздники и семейные торжества». Но к 2016-2017гг. увеличилось число подростков, пробующих алкоголь «из любопытства» (p<0,001).

Таким образом, данные мониторинга по потреблению алкоголя среди подростков России коррелируются с данными официальной статистики, свидетельствующими о снижении употребления алкоголя среди населения Российской Федерации. На наш взгляд этому способствовали нормативно-правовые акты, которые были разра-

ботаны и вступили в силу в нашей стране в данный период. Они позволили существенно снизить доступность алкогольной продукции для несовершеннолетних. Кроме того, безусловно, этому снижению способствовала пропаганда спорта и здорового образа жизни, которая проводилась и проводится в средствах массовой информации.

## Литература

1	Здравоохранение в России. 2017. М. — С.77-78.	Health in Russia. 2017. M: 77-78 (in Russ.).
2	Здравоохранение в России. — М. — 2005. — С.159.	Health in Russia. 2005. M:159 (in Russ.).
3	Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года. Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. №2128-р.»	The concept of implementation of the state policy on reduction of alcohol abuse and prevention of alcoholism among the population of the Russian Federation for the period up to 2020. Approved by the order of the Government of the Russian Federation of December 30, 2009 №2128-p. (in Russ.).
4	Королёв М.А. Ошибка выборочной доли / Статистический словарь. — М.: Финансы и статистика. — 1989. — С.329-331.	Korolev M.A. Error of sample proportion. Statistical dictionary. M.: 'Finansy' i statistika. 1989; 329-331 (in Russ.).
5	Политика в действии. Инструмент для оценки в реализации политики в отношении алкоголя. ВОЗ, Копенгаген. — 2018. — 59с.	Politics in action. A tool for evaluation in the implementation of alcohol policy. Who, Copenhagen. — 2018. — 59c.
6	Скворцова Е.С., Коновалов Д.Н. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2013619820 AnkPro. Дата государственной регистрации в Реестре программ для ЭВМ 17 октября 2013 г.	Skvortsova E.S., Konovalov D.N. Certificate of state registration of computer program No. 2013619820 AnkPro. Date of state Registration In the register of computer programs 17 October 2013. (in Russ.)
7	Скворцова Е.С., Постникова Л.К. Положение с потреблением психоактивных веществ среди городских подростков-школьников 9-11 классов в Российской Федерации в 2011 году (данные мониторинга 2010-2011 гг.). М: ЦНИИОИЗ. — 2012. — 32с.	Skvortsova E.S., Postnikova L.K. The situation with the consumption of psychoactive substances among urban teenagers-schoolchildren in grades 9-11 in the Russian Federation in 2011 (monitoring data for 2010-2011). M: CNIIOIZ: 2012; 32 p. (in Russ.)
8	Скворцова Е.С., Постникова Л.К. Положение с потреблением психоактивных веществ среди подростков 15-17 лет, учащихся училищ начального профессионального образования в России в 2013-2014 гг. // Информационно-аналитическое письмо. М: ЦНИИОИЗ. — 2015. — 40с.	Skvortsova E.S., Postnikova L.K. The situation with the consumption of psychoactive substances among 15-17-year-olds and primary vocational school students in Russia in 2013-2014 //Information-analytical letter. M: CNIIOIZ: 2015; 40 p. (in Russ.)
9	Скворцова Е.С., Постникова Л.К., Лушкина Н.П., Гончарова М.В. Положение с потреблением психоактивных веществ среди сельских подростков-школьников 15-17 лет в Российской Федерации (данные мониторинга 2016-2017 гг.). Информационно-аналитические материалы. М: РИО ЦНИИОИЗ. — 2018. — 40с.	Skvortsova E.S., Postnikova L.K., Lushkina N.P., Goncharova M.V. The situation with the consumption of psychoactive substances among rural teenager schoolchildren aged 15-17 in the Russian Federation (monitoring data for 2016-2017). Information and analytical materials. M: RIO CNIIOIZ: 2018; 40 p. (in Russ.)
10	Скворцова Е.С., Шелонина О.А., Ботнева И.Л. Положение с потреблением психоактивных веществ среди сельских подростков-школьников в России (данные мониторинга 2001-2002 гг.). — М: РИО ЦНИИОИЗ МЗ РФ. — 2003. — С.6-10.	Skvortsova E.S., SHelonina O.A., Botneva I.L. The situation with the consumption of psychoactive substances among rural teenager schoolchildren in Russia (monitoring data 2001-2002). M:RIO CNIIOIZ: 2003; 06-10. (in Russ.).

11	Толстова Ю.Н. Анализ социологических данных. <i>Методология, дескриптивная статистика, изучение связей между номинальными признаками.</i> М.: Научный мир. — 2000. — 352с.	<i>Tolstova Yu.N. Analysis of sociological data. Methodology, descriptive statistics, study of relationships between nominal characteristics.</i> M.: Nauchnyj mir: 2000; 352. (in Russ.).
12	Уточненный отчет о ходе реализации и оценке эффективности государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» за 2015 год. Министерство здравоохранения Российской Федерации 22.04.2016 <a href="https://static-0.rosminzdrav.ru">https://static-0.rosminzdrav.ru</a> Ссылка активна на 27 ноября 2018 г.	<i>Updated report on the implementation and evaluation of the effectiveness of the state program of the Russian Federation «Health Development» for 2015. Ministry of health of the Russian Federation 22.04.2016 (in Russ.). <a href="https://static-0.rosminzdrav.ru">https://static-0.rosminzdrav.ru</a> Accessed 27 November 2018</i>

**Сведения об авторах**

**Скворцова Елена Сергеевна** — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделения медико-социальных проблем. ФБГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. E-mail: scvortsova@mednet.ru

**Лушкина Нина Петровна** — к.э.н., ведущий научный сотрудник отделения медико-социальных проблем. ФБГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. E-mail: lushkina@mednet.ru

## Социально-этические аспекты самоубийства в романе Л.Н. Толстого «Анна Каренина» (часть 2)

Безчасный К.В.

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

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

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

### Social and ethical aspects of suicide in the novel by L.N. Tolstoy «Anna Karenina» Part 2

Bezchasniy K.V.

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

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

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

Исследование Б. Леннkvист несколько не опровергает концепцию существования антимира в романе Л. Н. Толстого «Анна Каренина», напротив, она обогащается новыми фактами, подтверждающими правомочность ее существования, поскольку мы уже упоминали ранее, что мужик во сне Анны может трактоваться в некоторых случаях как черт, а в некоторых — как смерть. Черт-кузнец распаляет страсть героев, тем самым, втягивая их в свой антимир, и провоцирует их совершить свадьбу-самокрутку[7]. Именно со сцены в метель начинается вхождение Анны в царство смерти. В своем исследовании А. Н. Афанасьев справедливо отмечает, что «борьба жизни и смерти, лета и зимы, дня и ночи совершенно тождественны по значению, ибо понятия эти издревле сливались и в языке, и в народных верованиях. Самое жилище смерти помещается в холодных странах севера, в недрах бесплодных и покрытых вечными снегами скал» [1, С.332]. Образ мужика присутствует не только во сне Анны и Вронского. Он появляется и в другие кризисные моменты жизни героев. Мужик «с мешком через плечо» ехал в том же поезде, что и Анна. Вместе с ней он сошел на станции. Впервые мужик появляется на станции железной дороги в Москве, куда приехала Анна, и где она впервые встретилась с Вронским. Именно в тот момент, когда Анна шла по платформе, поездом задавило мужчину. Так в первый раз подспудно образ реального человека связывается со смертью. Реакция героев на это происшествие высвечивает основные черты их характеров: «Облонский, видимо, страдал. Он по-

морщился и, казалось, готов был плакать...Однако, через несколько минут Степан Аркадьич уже разговаривал с графиней о новой певице, а графиня нетерпеливо оглядывалась на дверь, ожидая сына» [5, С. 69-70]. «Вронский молчал, и красивое лицо его было серьезно, но совершенно спокойно» [5, С. 69]. «Каренина села в карету, и Степан Аркадьич с удивлением увидал, что губы ее дрожат, и она с трудом удерживает слезы» [5, С.70].

Эмоциональная Анна восприняла это происшествие как дурной знак, но она встряхнула головой, «как будто хотела физически отогнать что-то лишнее и мешавшее ей» [5, С. 70]. Уж не гибель ли человека, которая произошла несколько минут назад? Затем они с Облонским начали говорить о делах. Второй раз мужик появляется в виде истопника (*коцегара-черта*).Затем героиня, незаметно для себя, начинает засыпать, и во сне «мужик этот с длиною талией принялся грызть что-то в стене, старушка стала протягивать ноги во всю длину вагона и наполнила его черным облагом; потом что-то страшно заскрипело и застучало, как будто раздирали кого-то; потом красный огонь ослепил глаза, и потом все закрылось стеной» [5, С. 108].Мужик и старушка — это черт со смертью (в народных преданиях смерть часто ассоциировалась со старой женщиной, а черное облако символизирует вхождение в душу Анны нечистой силы). Так, образ мужика-черта перешел в область сна.

Анна Каренина, вступив в область антимира, стала замечать в людях недостатки, хотя раньше это было ей не свойственно. Она потеряла свои

«розовые очки», и все больше и больше в ее рассуждениях проскальзывали жестокость, недоброжелательство по отношению к людям и ко внешнему миру, которые в крайней форме проявились перед смертью героини. Инфернальные силы «встретили» ее и дома. Алексей Александрович читал книгу герцога де Лиля «Поэзия ада». После объяснения Карениной и Вронского на вечере у княгини Бетси Тверской «лицо ее блестело ярким блеском, но блеск этот был не веселый — он напоминал страшный блеск пожара среди темной ночи» [5, С.153]. Пожар — это стихия, разрушающая все на своем пути, поэтому и отсвет огня — в некоторой степени отсвет дьявольский. Именно бес помогает героине лгать, на что автор прямо указывает в тексте: «Анна говорила, что приходило ей на уста; и сама удивлялась, слушая себя, своей способности лжи. Она чувствовала, что какая-то невидимая сила помогала ей и поддерживала ее» [5, С. 153]. Каренин также поддался влиянию нечистого: «...каждый раз, как он начинал говорить с ней, он чувствовал, что тот дух зла и обмана, который владел ею, овладевал и им, и он говорил с ней совсем не то и не тем тоном, каким хотел говорить» [5, С. 157].

Физическая близость героев оборвала платонический период их любви. Вронский представлен автором в роли убийцы духа, причины нравственного падения героини: «Стыд перед духовною наготою своей давил ее и сообщался ему. Но, несмотря на весь ужас убийцы перед телом убитого, надо резать на куски, прятать это тело, надо пользоваться тем, что убийца приобрел убийством» [5, С. 158]. Этот эпизод можно соотнести со словами «мужика-черта» из сна Анны: «Надо ковать железо, толочь его, мять...» [5, С. 381]. Параллелизм конструкций в речи «героев» подчеркивает, что Вронский является невольным пособником беса. Они оба — убийцы. Б. Лённkvист, соотносит эти слова с «мужским архетипом» (кузнец в кузнице), который присоединяется к преимущественно женскому архетипу посредством глагола замешивать (месить тесто). «Мужское» кование железа соотносится с «женской» выпечкой хлеба. Слово, которое не было отмечено между двумя глаголами — «молоть, толочь» могло быть использовано и в описании процесса выпечки (мять, толочь)» [7, С.82]. Далее она пишет: «В целом, ряд глаголов «бить, мять, толочь» указывает на созидательную активность в процессе которой материал формируется рукой человека. В этом случае материал — железо, упоминание которого проходит через весь роман и повторно соотносится с искусственностью механизма, сделанного людьми» [7, С. 83]. Неправомерно говорить на основании данной сцены о выпечке хлеба, поскольку этот процесс несет в себе созидательное начало, а слова мужика, (если предположить, что он — черт, да еще соотнести с характеристикой Вронского-убийцы), явно несут в себе коннотацию разрушения. К тому же слова «le fer» (франц. — железо), «infernal» (англ. — адский, дьявольский) имеют общий корень, что позво-

ляет нам трактовать образ мужика из сна Анны как образ чёрта, а, значит, символ смерти, предвестие гибели. Черт появился и во сне Вронского в образе «мужика-обкладчика»: «Он проснулся в темноте, дрожа от страха, и поспешно зажег свечу. «Что такое страшное я видел во сне? Да. Да. Мужик-обкладчик, кажется, маленький, грязный, со взъерошенной бородкой, что-то делал нагнувшись, и вдруг заговорил по-французски какие-то странные слова» [5, С. 375]. Засыпая, герой думал, об Анне и о мужике-обкладчике, «который играл важную роль на медвежьей охоте» [5, С. 374]. Так автор через сознание Вронского соединил мотив бесовщины с мотивом медвежьей охоты.

Барбара Лённkvист, опираясь на фольклорную традицию, полагает, что медвежий мотив в романе связан со сватовством и с сюжетной линией, которую условно можно обозначить «Левин — Кити». Поскольку Вронский является «женихом», участвующим в свадьбе-самокрутке, то мы считаем, что медвежий мотив присущ и сюжетной линии «Вронский — Каренина». Образ медведя и медведицы, соотносится в романе не только с женихом и невестой, но и с охотой на животное. Он также символизирует охоту Вронского за Анной и является одним из воплощений образа смерти. Черт и смерть предстают охотниками за душами и жизнями людей, поэтому мотив охоты имеет у Толстого более широкую трактовку. Появление в тексте мужика-черта вновь предшествует судьбоносной встрече героев. После приезда из Москвы Анна, находясь в сфере антимира, «нравственно и физически изменилась к худшему» [5, С. 377]. Герои подсознательно признают влияние нечистого, но определяют его «именем» только ревностью и злостью, которые периодически одолевают героиню: «Я прогнала, прогнала беса, — прибавила она. Бесом называлась между ними ревность. «Опять, опять дьявол! — взяв руку, которую она положила на стол, и целуя ее, сказал Вронский» [5, С.378]. Обратимся вновь ко сну о мужике. Анна видит в нем предсказание своей смерти во время родов и здесь смерть предстает в образе мужика. Местоположение «что-то» (а не «кто-то») подтверждает догадку: «Я видела, что я вбежала в свою спальню, — говорила она, с ужасом широко открывая глаза, — и в спальне, в углу, стоит что-то. И это что-то повернулось, и я вижу, что это мужик маленький, с взъерошенною бородой и страшный. И я от страха захотела проснуться, проснулась..., но я проснулась во сне. И Корней мне говорит: «Родами, родами умрете, родами, матушка...» [5, С. 381].

Именно этот сон впервые зарождает в голове героини мысль о том, что смерть может стать решением ее жизненно важной нравственной проблемы. Впоследствии триада «мужик — черт — смерть» подтолкнет Анну к совершению самоубийства. Таким образом, можно предположить, что сон сыграл определяющую роль в суицидальной настроенности поведения Анны Карениной: с этого времени, она будет стремиться к смерти и бессознательно «загонять себя в угол», чтобы одним уда-

ром разрубить Гордиев узел. И уже сейчас, во время встречи с Вронским незадолго до родов, героиня радуется возможной гибели: «Я умру, и очень рада, что умру и избавлю себя и вас» [5, С. 380]. Итак, оба героя испытали близость смерти (Вронский стрелялся, Каренина чуть не умерла во время родов), и даже после этого возможная кончина была желанна для Анны, и только в ней она видела спасение. В разговоре с Облонским четко прослеживается ее еще не вполне осознанная мысль о самоубийстве: «И мне ничего не остается кроме... Она хотела сказать смерти, но Степан Аркадьич не дал ей договорить. «Нет, Стива, — сказала она. — Я погибла, погибла! (...) Я — как натянутая струна, которая должна лопнуть. Но еще не кончено... и кончится страшно». Опять он понял по ее испуганному взгляду, что этот один выход, по ее мнению, есть смерть, и он не дал ей договорить» [5, С.449]. Вронский, полагая, что он потерял любовь Карениной, также думал о добровольном уходе из жизни: «Один раз увидит ее и потом зарыться, умереть» [5, С.456]. Они выжили и были готовы выйти за границы антимира, но оказались неспособными на это. Анна, воспитанная в традициях христианской религии, не была истинно верующим человеком. Вронский же представляет собой типичного «аморалиста», не думающего о душе и о Боге. И далее, пройдя искушение смерти, Анну не покидает идея небытия. Она даже играет ею, понимая, однако что в умелых руках — это грозное оружие: «И она, вспомнив те слова, которые дали ей победу, именно: «Я близка к ужасному несчастью и боюсь себя», — поняла, что оружие это опасно, и что его нельзя будет употреблять другой раз. А она чувствовала, что рядом с любовью установился между ними злой дух какой-то борьбы» [6, С. 284]. Влияние антимира все более усиливается к концу романа, и все чаще к героине возвращается мысль о гибели. Наконец-то она осознает свое подспудное желание: «Зачем я не умерла?» — вспомнились ей тогдашние слова. И она вдруг поняла то, что было в ее душе. Да, это была та мысль, которая одна разрешала все. «Да, умереть!...». «И стыд, и позор Алексея Александровича, и Сережи, и мой ужасный стыд — все спасается смертью» [6, С. 324]. Еще не вполне осознанно Анна говорит о том, почему ей так желанна кончина. Смерть становится для нее не способом искупления грехов, а орудием мести: «Умереть и он (Алексей Александрович) будет раскаиваться, будет жалеть, будет страдать за меня» [6, С. 324].

С желанием отомстить в героине рождается ненависть к окружающему миру, которую она распаляла в своем воображении. Анна стала лелеять мысль о самоубийстве, но это были только размышления, а не намерения свести счеты с жизнью: «И смерть, как единственное средство восстановить в его сердце любовь к ней, наказав ее и одержать победу ясно и живо представила ей» [6, С. 331]. Она принимала опиум и не раз думала о том, что если выпить всю склянку сразу, то умрешь, с наслаждением представляла себе, как

Вронский «будет мучиться, раскаиваться и любить ее память, когда уже будет поздно» [6, С.331].

Приемы наркотических препаратов усилили депрессию и суицидальное настроение главной героини. Ранее отмечалось, что Анна нравственно и физически изменилась в худшую сторону, поскольку наркотики способствуют прогрессирующему распаду личности и вызывают сильнейшие приступы депрессии и мизантропии. Врачи в XIX веке еще не полностью представляли пагубных последствий привычного употребления возбуждающих препаратов и часто прописывали морфин или опиум в качестве обычного лекарства. Анна принимала наркотики как снотворное или болеутоляющее средство: «Когда я думаю об этом, то я уже не засыпаю без морфина» [6, С. 216]. «И так же как прежде, занятиями днем и морфином по ночам она могла заглушать страшные мысли о том, что будет, если он разлюбит ее» [6, С.243]. «Когда она налила себе обычный прием опиума и подумала о том, что стоило только выпить всю склянку, чтобы умереть, ей показалось это так легко и просто» [6, С. 331]. В тексте романа существуют косвенные доказательства того, что у Анны Карениной постепенно стала формироваться наркотическая зависимость. Морфин и опиум усугубили отрицательные качества личности героини: появились злоба, раздражительность, гневливость, склонность к резким перепадам настроения, появились трудности при концентрации внимания. Во время беседы с Вронским она искажает смысл его речи: «Тебе это нужно для детей, а обо мне ты не думаешь? — сказала она, совершенно забыв и не слышав, что он сказал: «Для тебя и для детей» [6, С.327].

Л. Н. Толстой планомерно и последовательно изображает нарастающую неспособность героини к самоконтролю, за несколько часов до гибели она находится в состоянии, близком к помешательству. Так, находясь в имении Вронского, Анна ожидала увидеть там сына Сережу, оставленного в Петербурге. Она не помнила, где и когда делала прическу. Увидев себя в зеркале и «оглядывая себя всю, она почувствовала на себе его поцелуи. Потом подняла руку к губам и поцеловала ее. «Что это, я с ума схожу» [5, С. 335]. Испытывая эйфорию под воздействием наркотического препарата, героиня находится в состоянии измененного сознания, для которого характерны искаженные восприятия действительности и человеческих взаимоотношений: «Она лежала в постели с открытыми глазами, глядя при свете одной догоравшей свечи на лепной карниз потолка, и живо представляла себе, что он будет чувствовать, когда ее уже не будет и она будет для него только одно воспоминание. Вдруг тень ширмы заколебалась, захватила весь карниз, весь потолок, другие тени с другой стороны рванулись ей навстречу, и все стало темно. «Смерть!» — подумала она. И такой ужас нашел на нее, что она не могла понять, где она, и долго не могла дрожащими руками найти спички и зажечь другую свечу вместо той, которая догорела и потухла» [6, С. 331]. Писатель

так мастерски изобразил погруженность героини в себя, что не сразу становится ясна реальная действительность. Анна долго приходит в себя и осознает, что всего-навсего в комнате потухла свеча, так в произведении вновь звучит этот мотив безысходности.

Болезненное метание героини в последние дни жизни можно сравнить с последними бликами выгоревшей свечи. Мысль о смерти вызвала в Карениной жажду жизни, которая воплощалась для нее в любви к Вронскому. Амбивалентность чувств также характерна для человека, употребляющего наркотики. Она почти ненавидела Алексея, а через минуту, смотря, как он спит, испытывала подъем настроения, благодушие и умиление. Сон при наркотической зависимости характеризуется поверхностностью и неправильным ритмом. Эта черта болезненного состояния также нашла отражение в романе Л. Н. Толстого: «Она вернулась к себе и после другого приема опиума к утру заснула тяжелым, неполным сном, во все время которого она не переставала чувствовать себя» [6, С. 332]. Словно в ответ на мысли о смерти, Анне вновь приснился сон, в котором «старичок-мужичок с взлохмаченной *бородой что-то делал, нагнувшись над железом и она, как и всегда при этом кошмаре (что и составляло его ужас), чувствовала, что мужичок этот не обращает на нее внимания, но делает это какое-то страшное дело в железе над нею*» [6, С. 332]. «Вновь черт перекрестилась, и «привычный жест крестного знамения вызвал в душе ее целый ряд девичьих и детских воспоминаний, и вдруг мрак, покрывавший для нее все, разорвался, и жизнь предстала ей на мгновение со всеми ее светлыми прошедшими радостями» [6, С.348]. Несмотря на стремление к суициду, последний шаг героини все же был результатом эмоционального импульса, в некоторой степени игрой. Она так привыкла к мысли о смерти, что не верила до конца в возможность ее реализации. Отсюда ее искреннее недоумение: «Где я? Что я делаю? Зачем?» [6, С.348]. Но дьявольский промысел уже сделал свое дело, и пути назад не было: «Но что-то огромное, неумолимое толкнуло ее в голову и потащило за спину. «Господи, прости мне все!» — проговорила она, чувствуя невозможность борьбы. Мужичок, приговаривая что-то, работал над железом. И свеча, при которой она читала исполненную тревог, обманов, вспыхнула более ярким, чем когда-нибудь, светом, осветила ей то, что прежде было во мраке, затрещала, стала меркнуть и навсегда потухла» [6, С. 372]. Обращение к Богу символизирует раскаяние героини в содеянном. Об этом же свидетельствует образ свечи, которая осветила все, что было во мраке для Анны, т. е. тот период жизни, когда она пребывала в сфере антимира.

Еще раз обратимся к эпиграфу: «Мне отмщение, и Аз воздам»: произведение начинается с мотива мести (Долли хотела отомстить мужу) и заканчивается его воплощением в жизнь. Кольцевая композиция романа символизирует круги ада, в которые дьявол втягивает человека, незащищен-

ного верой. Только способность к христианскому прощению и любви может спасти душу и удержаться от роковой ошибки — таково мнение автора. Истинный суд есть суд Божий. Эту мысль Л. Н. Толстого в полной мере понял и оценил Ф. М. Достоевский: «В «Анне Карениной» проведен взгляд на виновность и преступность человеческую. Взятые люди в ненормальных условиях. Зло существует прежде них. Захваченные в круговорот лжи, люди совершают преступление и гибнут неотразимо. Ясно и понятно до очевидности, что таится зло в человечестве глубже, чем предполагают социалисты, что ни в каком устройстве общества не избегнете зла, что душа человеческая останется та же, что ненормальность и грех исходят из нее самой и что, наконец, законы духа человеческого столь еще неизвестны, столь неведомы науке, столь неопределенны и столь таинственны, что нет и не может быть еще ни лекарей, ни даже судей окончательных, а есть Тот, который говорит: «Мне отмщение, и Аз воздам». Ему одному лишь известна вся тайна мира сего и окончательная судьба человека» [2, С. 200]. По мнению Ф. М. Достоевского, Л. Н. Толстой гениально подсказал людям в сцене смертельной болезни Анны Карениной способ спастись от роковой неизбежности зла: всепрощение. Именно об этом просит героиня Создателя: «Господи, прости мне все!». В романе довольно четко прослеживается иерархическое соотношение понятий и образов: «Бог» — «судьба» — «смерть» — «свеча». Господь предопределяет судьбу человека, но всегда дает ему свободу выбора (в системе мировоззрения самого Толстого предопределенность судьбы не равна фатализму). И у главной героини романа была возможность избрать иной жизненный путь после очищения и покаяния во время смертельной болезни. Перед гибелью она еще могла остановиться, но зло одержало победу, и Анна совершила роковой шаг. Всё же, несмотря ни на что, зло побеждено, и в самой гибели женщины есть момент просветления, очищения и искупления. Героиня Толстого поднялась на новый духовный уровень, хотя самовольно погасила свечу жизни, действовала же она не по своей воле, а по наущению нечистого. Именно об этом напишет намного позже Л. Н. Толстого Н. А. Бердяев, считавший призыв к самоубийству проявлением «бесовской силы», подчиняющей личность. Самоубийца, по его мнению, творит не свою волю и не понимает сатанинской метафизики суицида. Он всё-таки есть человек одержимый обьявшей его тьмой и потерявший свободу.

Выбор героиней способа ухода из жизни случаен, поскольку паровоз с топкой ассоциируется с адским огнём и является олицетворением злой бесовской силы, ее орудием. Именно поэтому мужик-черт из сна Анны Карениной, приговаривая что-то, работал над железом. Нечистая сила привезла её на встречу с Вронским, она же и разлучила героев. Смерть, подобно дьяволу, воплощена в произведении в различных образах, которые пронизывают весь роман, усиливая трагизм ду-

шевных страданий героини. Л. Н. Толстой не изменил своей художественной манере, вновь употребив систему маркёров смерти для того, чтобы подчеркнуть неизбежность духовной и физической гибели человека, выбравшего путь греха. Животные, с которыми автор сравнивает своих героев, в некоторой степени связаны с проблемой смерти: Каренин уподобляется быку, Вронский — собаке, Анна — лошади. Любопытна одна из последних параллелей, интересная богатством ассоциаций: гибель Фру-фру вследствие оплошности Вронского, безусловно, связана с судьбой Карениной. Этот факт подтверждается не только сюжетной линией романа, его композицией, но и символическим значением слова «лошадь». В античной мифологии лошадь олицетворяла сумерки потустороннего мира, считалась порождением ночи, а также соотносилась с понятием «смерть» (англ. *mare* — «кобыла») Это животное связано с огнём (огонь в глазах Анны) и символизирует одновременно жизнь, смерть и злые магические силы, а также соотносится со значением «человек» (нем. *Schele* — «жеребец») [3, С.105].

Исходя из вышесказанного, можно составить цепь образов и понятий, вписывающихся в контекст романа: «лошадь — «ночь» — «смерть» (жизнь) — «злые силы» — (огонь и птица). Л. Н. Толстой сравнивает Фру-фру с птицей: «...она затрепыхалась у его ног, как подстреленная птица». И Анна, увидев падение Вронского, также «...стала биться, как пойманная птица: то хотела встать и идти куда-то, то общалась к Бэтси» [5, С. 221]. Эта аналогия, конечно, не случайна, ведь птица, как предвестница беды, по утверждению М. М. Маковского, совпадает с символикой лошади (символ смерти так же идентифицируется со смертью [3, С. 111]). Именно после скачек героиня объявила мужу о своей неверности и тем самым изменила свою жизнь коренным образом. И даже это ещё не все «совпадения». «Неловкое движение, сделанное Вронским, сломало ей [лошади] спину» [5, С. 210]. Его же невнимательность и в какой-то мере бездушие способствовали тому, что Анна лишила себя жизни, и «что-то огромное, немолчимое потащило её за спину» [5, С. 348].

Реакция Вронского на гибель лошади и Карениной во многом однотипна и является показателем связанности двух сцен: «Вронский не мог отвечать на вопросы, не мог говорить ни с кем. Он повернулся и не подняв соскочившей с головы фуражки, пошел прочь от гиподромма, сам не зная куда идти. Он чувствовал себя несчастным» (Фру-фру) и «Шесть недель он не говорил ни с кем, и ел только тогда, когда мать умоляла его. Уж я не знаю, что там было, но его привезли как мертвого. Потом началось почти бешенство» (Анна Каренина). Гибель Фру-фру была предостережением, данным героям романа свыше. Может показаться странным, что мотив лошади связан с мотивом сна. Но это так, поскольку в мифологии это животное олицетворяет подземный мир, мир усопших [3, С. 107]. Триада «лошадь — «птица» — «сон», как и отмеченная

уже «мужик» — «черт» — «смерть», делает предсказание гибели роковым. К образам животных, связанных со смертью, относится также и бык, с которым Л. Н. Толстой сравнивает Каренина: «Как бык, покорно опустив голову, он ждал обуха, который, он чувствовал, был над ним поднят» [5, С. 157]. Бык в мифопоэтическом мышлении символизировал жертву, молчание, смерть и преисподнюю, хотя смерть считалась неотделимой от жизни, что объясняет взаимосвязь положительных и отрицательных трактовок этого образа. Подобно лошади, бык соотносится с нижним миром, с преисподней. Алексей Александрович своим бездушием и неумением выражать чувства, косвенным образом приблизил Анну к роковой черте. Другого мужчину, сыгравшего главную роль в жизненной трагедии героини, Л. Н. Толстой сравнивает с собакой. Но именно это животное сопровождало души умерших в загробный (нижний) мир и было неизменным стражем у врат ада. Нижний мир и ад неизменно связываются с огнем, который наносит вред, ущерб и сеет смерть.

В итоге символика лошади и собаки во многом совпадают («ночь», «огонь», «смерть»). Это еще один пример «сцеплений» на уровне понятий, о которых писал Л. Н. Толстой Н. Н. Страхову. Более того, в народном сознании собака тесно связана с волком, которого называют «разбойником», «убийцей». Эти черты также находят воплощение в образе Вронского. Во-первых, он «крадет» Анну из семьи; во-вторых, любовный акт автор описывает как расчленение трупа убийцей. Связь волка со смертью обуславливается тем, что это животное, по легендам славян, было сотворено чертом против Бога. Символика волка обуславливает его связь с умершими и с бесом. Период разгула волков во многих местах совпадает со временем разгула нечистой силы [3, С. 122-132]. Более того, волк — посредник между этим и тем светом, между людьми и нечистой силой. В христианстве это животное осмысливается как носитель сатанинского начала в противопоставлении овце как символу верующего: бойтесь волков в овечьей шкуре. Таким образом, возможно, провести некоторые параллели: 1) Анна — заблудшая овца; 2) Вронский — волк-разбойник. По своей символике волк наиболее близок медведю. Б. Лённkvист писала о том, что медвежий мотив в романе Л. Н. Толстого связан с образом жениха и со свадебными обрядами [7]. В народе принято считать, что медведь близко знается с нечистой силой, его нередко называют: лешаком, лешим, лесным чертом [1, С. 340]. В тексте романа реализуются не одна, а две линии «медвежьего мотива». Первая связана с Левиным и Кити, вторая — с Карениной и Вронским. Мы уже упоминали о том, что отношения второй пары героев определены ситуацией охоты: как Вронский «охотится» за Анной (за медведицей, невестой), так и смерть (медведица) «охотится» за человеком. Левин иносказательно называет смерть медведицей: «Когда поймешь, что нынче-завтра умрешь, и ничего не останется, то так все ничтожно! И я считаю очень важную свою

мысль, а она оказывается так же ничтожна, если бы даже исполнить ее, как обойти эту медведицу. Так и проводишь жизнь, развлекаясь охотой, работой, — чтобы не думать о смерти» [5, С. 396]. Слова Левина предвзвещают пороговые ситуации в романе: попытку самоубийства Вронского и опасную болезнь Карениной. Когда Алексей Александрович уже начал надеяться на возможность избежать скандала и сохранить семью, он, вернувшись домой, «...увидел красавца лакея в галунах и медвежьей пелеринке» [5, С. 441]. Лакей сообщил о приезде княгини Елизаветы Фёдоровны Тверской и после приезда последней невозможность совместного существования стала очевидной для Каренина. Сравнение персонажей с животными, безусловно, связано с темой смерти, животные выступают как «маркёры» духовной и физической гибели героини.

Таким образом, тема самоубийства, поднятая в романе «Анна Каренина», является результатом взаимодействия факторов системного порядка. Появление произведения было обусловле-

но, прежде всего, фактами духовной и творческой биографии самого писателя, а также рядом событий общественной жизни России 1850-70-х годов: покушением на императора, «эпидемией самоубийств» в дворянской среде, полемикой по проблематике суицидов, отразившейся в печатных (религиозных, законодательных, научных, популярных, художественных) изданиях. Автор придавал особое значение феномену народного православия, стараясь постичь отношение простых людей к проблеме соотношения жизни и смерти. Для Л. Н. Толстого этика и эстетика смерти, заостренная в проблеме самоубийства, приобрела в период работы над романом «Анна Каренина» (1875-1877) особую остроту. Суицидальное поведение писатель рассматривал как следствие вхождения личности во враждебный ей антимир, сферу дьявольского влияния, что попытался отразить совокупностью причин, способных подвести человека к роковой черте. Из эпиграфа романа «Мне отмщение и Аз воздам» со всей очевидностью вытекает: «Не судите, да не судимы будете»...

#### Литература

1	Афанасьев А.Н. <i>Древо жизни</i> . — М.: Современник. — 1982. — 464 с.	Afanas'ev A.N. <i>Life tree</i> . — M.: Sovremennik. — 1982. — 464s. (In Rus.)
2	Достоевский Ф.М. <i>Полное собрание сочинений: В 30-ти т.</i> — Л.: Наука. — 1983. — Т.25. — С.199-205.	Dostoevskij F.M. <i>Collected works of 30 vv.</i> — L.: Nauka. — 1983. — Vol.25. — S.199-205. (In Rus.)
3	Маковский М.М. <i>Сравнительный словарь мифологической символики в индоевропейских языках: Образ мира и миры образов</i> . — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС. — 1996. — 416с.	Makovskij M.M. <i>The comparative dictionary of mythological symbolics in Indo-European languages: Image of the world and worlds of images</i> . — M.: Gumanit. izd. centr VLADOS. — 1996. — 416s. (In Rus.)
4	Сато Юсуке, Сорокина В.В. «Маленький мужик с взъерошенной бородой»: (об одном символическом образе в «Анне Карениной») // <i>Phylologica</i> . — Moscow; London. — 1998. — Т.5. — №11/13. — С.139-154.	Sato YUsuke, Sorokina V. V. «The little man with the tousled beard»: (about one symbolical image in «Anna the Kareniny») // <i>Phylologica</i> . — Moscow; London. — 1998. — T.5. — №11/13. — S.139-154. (In Rus.)
5	Толстой Л.Н. <i>Полн. собр. соч.</i> — Репр. воспроизвед. изд. 1928-1958 гг. — М.: Terra — Terra. — 1992. — Т.18. — 455с.	Tolstoj L.N. <i>Collected works</i> . — Repr. vosproizved. izd. 1928-1958 gg. — M.: Terra — Terra. — 1992. — T.18. — 455s. (In Rus.)
6	Толстой Л.Н. <i>Полн. собр. соч.</i> — Репр. воспроизвед. изд. 1928-1958 гг. — М.: Terra — Terra. — 1992. — Т.19. — 517с.	Tolstoj L.N. <i>Collected works</i> . — Repr. vosproizved. izd. 1928-1958 gg. — M.: Terra — Terra. — 1992. — T.19. — 517s. (In Rus.)
7	Lönnqvist B. <i>A text within a text: the dream in «Anna Karenina»</i> // <i>Scando-Slavica</i> . — Copenhagen. — 1998. — Т.44. — P.75-83.	Lönnqvist V. <i>A text within a text: the dream in «Anna Karenina»</i> // <i>Scando-Slavica</i> . — Copenhagen. — 1998. — T.44. — P.75-83. (In Eng.)

#### Сведения об авторе

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

## Из истории создания кафедры психиатрии Дагестанского медицинского института (1936–1941 гг.)

Манышев С.Б.<sup>1</sup>, Манышева К.Б.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>ФГБУН «Институт российской истории РАН», Москва,

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала,

<sup>3</sup>Дагестанская ассоциация (союз) неврологов, нейрохирургов и специалистов по реабилитации, Махачкала

**Резюме.** Работа посвящена истории создания кафедры психиатрии Дагестанского медицинского института. В статье на основе впервые вводимых в научный оборот архивных материалов из фондов Центрального государственного архива Республики Дагестан и архива Дагестанского государственного медицинского университета освещаются вопросы организации психиатрической кафедры и клиники. Отмечен вклад первых сотрудников, освещены те трудности, с которыми пришлось столкнуться в первые годы существования кафедры. Также дан обзор научной работы кафедры психиатрии Дагестанского медицинского университета в конце 1930-х годов.

**Ключевые слова:** история психиатрии, медицинское образование, Дагестан, Михаил Доброхотов, Владимир Глазов

### From the history of the creation of the Department of Psychiatry of the Dagestan Medical Institute (1936–1941)

Manyshev S.B.<sup>1</sup>, Manysheva K.B.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>The Institute of Russian History of the Russian Academy of Sciences, Moscow,

<sup>2</sup>Dagestan State Medical University, Makhachkala,

<sup>3</sup>Dagestan association (union) of neurologists, neurosurgeons and rehabilitation specialists, Makhachkala

**Summary.** The work is devoted to the history of the establishment of the Department of Psychiatry of the Dagestan Medical Institute. In the article, based on the first time archival materials introduced into the scientific circulation from the funds of the Central State Archive of the Republic of Dagestan and the archive of the Dagestan State Medical University, the organization of the psychiatric department and the clinic is highlighted. The contribution of the first employees was noted, the difficulties encountered in the first years of the department's existence were highlighted. Also reviewed is the scientific work of the Department of Psychiatry of the Dagestan Medical University in the late 1930s.

**Keywords:** history of psychiatry, medical education, Dagestan, Mikhail Dobrokhотов, Vladimir Glazov

Психиатрическая помощь в Дагестане получила свое развитие лишь с установлением советской власти. Несмотря на то, что еще в начале XX в. здесь предпринимались попытки по организации оказания помощи душевнобольным, их нельзя назвать удачными. Однако уже в 1920-е гг. областная больница была преобразована сначала в психиатрическое отделение, а затем и в самостоятельное лечебное учреждение [3]. В начале 1930-х гг. сотрудниками Северокавказского медицинского института была проведена специальная экспедиция по исследованию психоневрологии в Дагестане. Ее члены отмечали, что «работа в поликлиниках ведется замкнуто, исключая прием и консультацию, нет никакой связи с производством, с рабочим клубом. Совершенно не ведется никакой психогигиенической работы. Учет поставлен из рук вон плохо» [15].

Новый этап в оказании психиатрической помощи связан с созданием в Дагестане медицинского института в 1932 г. В 1936 г. в Дагестан был приглашен доктор медицинских наук, профессор Михаил Сергеевич Доброхотов (1878–1952) (рис.1), с чьим именем связана организация психоневрологического образования в республике. М.С. Доброхотов родился в семье врача (впоследствии — профессо-

ра кафедры хирургии Императорского Московского университета) Сергея Доброхотова. После окончания гимназии он поступил на медицинский факультет Московского университета, где учился у одного из основоположников неврологии в нашей стране В.К. Рота. После окончания университета он был оставлен интерном в знаменитой клинике им. А.Я. Кожевникова. В это же время в клинике нервных болезней работали такие впоследствии известные ученые-неврологи, как Е.К. Сепп, В.Э. Держинский, В.К. Хорошко. К середине 1930-х гг. М.С. Доброхотов был состоявшимся известным ученым. Закономерным было и то, что помимо организации кафедры нервных болезней ему было поручено наладить работу кафедры психиатрии [1]. Свою преподавательскую работу Михаил Сергеевич начинал в 1919 г. на медицинском факультете Донского университета под руководством таких известных ученых, как К.С. Агаджанянц и А.И. Ющенко. Здесь ему было поручено чтение лекций по психиатрии [9]. Затем в 1921–1923 гг. он заведовал кафедрой психиатрии на медицинском факультете Воронежского университета и руководил клиникой [16]. В 1923–1925 гг. М.С. Доброхотов трудился на кафедре психиатрии Днепрпетровского медицинского института, а также создал в городе психоневроло-



Рисунок 1. М.С. Доброхотов. 1937 г. ЦГА РД. Ф/а 2. Л. 6.

гический диспансер [1]. Ему не понаслышке были знакомы проблемы организации психиатрической помощи.

Прежде чем принять приглашение наркома здравоохранения Дагестана М.Г. Кумаритова, М.С. Доброхотов приехал в республику, чтобы ознакомиться с условиями жизни и работы в ней. Он писал: «Предварительно я согласен и хочу к вам переехать. Но вопрос о переезде в настоящее время очень сложен и его трудно окончательно решить заочно. Поэтому я хочу предварительно приехать к Вам, чтобы лично на месте ознакомиться с возможностями развертывания клиники и дела невропатологии в Вашей республике» [5]. Спустя всего несколько месяцев Михаил Сергеевич приехал в Дагестан и с энтузиазмом взялся за дело организации неврологической и психиатрической клиник и кафедр.

Первые лекции по психиатрии профессор М.С. Доброхотов стал читать осенью 1936 г. [2]. Сохранились воспоминания о том, как они проходили: «Обычно лекции он читал, сидя за столом. Рядом стояла кушетка, на которой сидели больные. По ходу излагаемого материала ассистенты демонстрировали необходимые приемы исследования, расспрашивали больного, иногда Михаил Сергеевич вызывал 1–2 студентов, которые подключались к ассистентам. В заключение Михаил Сергеевич просил больных покинуть зал, а сам говорил нам о существе их заболевания и лечебных мерах» [14].

На каждую лекцию по психиатрии из буйнакской психиатрической больницы привозили больных с соответствующей патологией. На несколько дней их размещали в клинике нервных болезней, а затем снова отправляли в город Буйнакск [7]. Именно здесь была расположена психиатрическая больница. Ее история восходит к 1912 г., когда был учрежден областной дом призрения для душевнобольных на 10 коек [3]. В 1920-е гг. стационар психиатрической больницы мог вместить 30 пациен-

тов [11]. Условия пребывания здесь были далеки от идеальных. «Теснота, грязь, пришедший в ветхость инвентарь, много больных спит на полу из-за невозможности расставить койки на данной площади» [15], — описывали условия в больнице члены экспедиции Северо-кавказского краевого института невропсихиатрической профилактики. Однако при поддержке главного врача больницы А.Н. Якимова студентам все же удавалось познакомиться с организацией психиатрической помощи.

Один из студентов впоследствии вспоминал: «Помню, это было в 1937 году, две группы нашего 4-го курса вместе с А.С. Зубовой выехали в Буйнакск и пришли в психиатрическую больницу. Тут, разделившись на две небольшие группы, вошли в палаты. Это было наше первое знакомство с бытом и жизнью психиатрических больных. В палате находилось 10 больных с самыми различными нарушениями психической сферы. Одни лежали, укрывшись одеялами, другие говорили что-то, забравшись на столы и стулья, жестикулируя друг перед другом, доказывая свою правоту» [17].

Ассистентом на кафедре психиатрии с момента ее основания была Антонина Степановна Зубова (1895–1968) (рис.2). Она окончила Саратовский медицинский институт в 1926 г. Затем работала врачом-психиатром в различных медицинских учреждениях Саратова, а после этого на Урале. Впоследствии Антонина Степановна вспоминала: «В 1931 г. на добровольных началах была командирована на один год на Челябинскую область. Работала в камнеугольных копях (Южные копи), где вела амбулаторный прием, вела отделение, работала по ОЗД и в шахтах. По отбытии командировки дважды была премирована почетными грамотами» [4]. В 1932 г. она поступила в аспирантуру Второго московского медицинского института. В начале февраля 1937 г. в соответствии с приказом Наркомздрава РСФСР А.С. Зубова на три года была зачислена на должность ассистента кафедры психиатрии Дагестанского медицинского института. Но судьба сложилась так, что она осталась в Дагестане до конца своих дней.

«Основное знание по психиатрии мы получили на практических занятиях у А.С. Зубовой — очень приятной пожилой женщины. Она относилась к нам как к своим детям и старалась разнообразить свои занятия, демонстрируя больных и рассказывая о психических заболеваниях доходчиво для нас», — вспоминал Д.М. Далгат [10]. О профессионализме Антонины Степановны свидетельствует тот факт, что спустя два года работы в институте она была премирована «за образцовую производственную и общественную работу» [4].

Практические занятия проводились в Махачкале в небольшой аудитории, выделенной на кафедре нервных болезней, которая едва вмещала одну академическую группу. К 1938 г. все имущество кафедры психиатрии оценивалось в пять тысяч рублей [20]. Несмотря на то, что к этому времени библиотека института была уже достаточно большой и насчитывала 30000 книг, все еще катастрофически не хватало учебников по целому

ряду дисциплин, в том числе и по психиатрии. Один учебник приходился на 2–3 студентов [20]. Конечно, такое положение было характерно и для других кафедр молодого института.

Для эффективного проведения занятий со студентами Антонина Степановна была вынуждена работать заведующей лечебной частью буйнакской психиатрической больницы, где ей была выделена отдельная квартира [7]. В конце курса студенты на несколько дней отправлялись из Махачкалы в Буйнакск, чтобы на практике познакомиться с организацией психиатрической помощи. Как писал в своих воспоминаниях И.-Х.М. Халилов, «А.С. Зубова требовала от студентов быть терпеливыми и выдержанными во время обследования и беседы с больными, так как могут возникнуть неадекватные и нежелательные реакции со стороны больных» [17].

На плечах А.С. Зубовой была огромная нагрузка на кафедре психиатрии, а в 1938 г. она в течение нескольких месяцев замещала ассистента кафедры нервных болезней и вела занятия со студентами по неврологии. На Антонину Степановну также ложилась вся консультативная работа в республике — военкомат, ВТЭК, выезды в города и районы. А в 1938–1940 гг. она совмещала преподавательскую работу на кафедре с лечебной — в санчасти НКВД [4].

В конце сентября 1937 г. спустя год после начала занятий по психиатрии в Дагестанском медицинском институте было принято специальное постановление Совнаркома ДАССР «Об организации психоприемника в составе республиканской клинической больницы», в котором говорилось:

«1. В целях создания учебной базы для кафедр психиатрических болезней Дагестанского медицинского института, предложить Наркомздраву ДАССР развернуть в составе РКБ (Республиканской клинической больницы — С.М., К.М.) не позже 1 октября сего года психоприемник на 30 коек, используя под его размещение имеющееся на территории больницы общежитие для строительных рабочих.

2. Обязать Наркомздрав ДАССР немедленно приступить к работам по ремонту и приспособлению помещения общежития под психоприемник в пределах сумм, назначенных на эту цель постановлением СНК РСФСР от 20 июля сего года за № 770.

3. Предложить Наркомздраву ДАССР в десятидневный срок составить и представить в Наркомздрав РСФСР смету на оборудование и содержание до конца текущего года, организуемого в составе Республиканской клинической больницы психоприемника» [18].

Для нужд психиатрического отделения были приспособлены бараки, которые располагались на территории клинической больницы на окраине Махачкалы. Здесь клиника и размещалась с 1939 по 1945 гг., пока ей не были выделены помещения в новом хирургическом корпусе [24]. Именно на базе новой клиники проводились теоретические занятия со студентами, а в конце курса психиатрии они отправлялись на ознакомительную экскурсию в лечебницу в Буйнакск [22].



Рисунок 2. А.С. Зубова. 1937 г. ЦГА РД. Ф/а 2. Л. 10.

Михаил Сергеевич Доброхотов читал лекции по психиатрии для студентов в течение двух лет, пока в Дагестан не приехал психиатр Владимир Глазов [24].

В 1938 г. Ученый совет института рассматривались три кандидатуры на должность заведующего кафедрой психиатрии: В.А. Глазова из Ленинграда, доктора Афанасьева из Ашхабада и В.И. Руднева из Баку. Наиболее подходящими были признаны кандидатуры Глазова и Афанасьева. Однако кандидатура Владимира Ивановича Руднева, который известен своими переводами с греческого языка работ Гиппократов, была отклонена. По всей видимости, в силу его преклонного возраста, так как ему к этому времени исполнилось 68 лет.

Не было полной уверенности в том, что доктор Афанасьев, возглавлявший крупный стационар в Ашхабаде, оставит его и согласится работать в Дагестанском медицинском институте, где к тому времени было всего лишь 15 психиатрических коек. В.А. Глазова же М.С. Доброхотов характеризовал как подготовленного научного работника, большого экспериментатора «с ценными характеристиками видных невропатологов» [21].

Владимир Александрович Глазов (1897–1972) (рис.3) родился в Карсе в семье ремесленника. В годы Первой мировой войны служил ротным фельдшером, затем — лекпомом в частях X и XI армий. В 1922 г. Владимир Александрович поступил на медицинский факультет Донского университета [2, с. 185]. Здесь ему посчастливилось учиться у такого корифея психоневрологии, как А.И. Ющенко. В 1930 г. В.А. Глазов был зачислен в аспирантуру в сектор физиологии нервной системы Института мозга в Ленинграде. Затем он работал заведующим психофизиологической лабораторией в больнице им. И.И. Скворцова-Степанова, где завершил работу над кандидатской диссертацией на тему «Патогенез экспериментальной кататонии животных» [19].



Рисунок 3. В.А. Глазов. 1947 г. Архив кафедры нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии ДГМУ.

Несмотря на то, что В.А. Глазов был утвержден в должности заведующего кафедрой еще в 1937 г., его приезд в Махачкалу долго откладывался. В своем письме в Наркомздрав СССР в начале 1938 г. исполняющий обязанности директора профессор О.А. Байрашевский сообщал: «Профессор Глазов был в г. Махачкала после своего назначения. Так как чтение курса психиатрии уже было закончено проф. Доброхотовым по совместительству, то дирекция ДМИ договорилась с проф. Глазовым, что он приедет в ДМИ весной, апрель–май, для подготовки клиники к новому учебному году» [6]. И только спустя год, в мае 1939 г., Владимир Александрович приступил к своим обязанностям заведующего кафедрой психиатрии. Тогда же он был назначен помощником директора медицинского института по научно-учебной части, а также ему было поручено чтение курса лекций по физиотерапии при кафедре преподавания внутренних болезней [6].

Будучи прекрасным ученым, Владимир Александрович, очевидно, не был таким же хорошим преподавателем. Как вспоминал один из студентов, «профессор В.А. Глазов читал свои немногочисленные лекции малопонятным для нас языком. Единственный интерес представляли его рассказы с демонстрацией больных» [10].

В период становления кафедры ее сотрудники столкнулись с целым рядом проблем: нехватка оборудования, недофинансирование, отсутствие необходимой литературы. «Инвентарь клиники очень беден, — отмечал В.А. Глазов. — Не хватает столов, шкафов, диванов и др. Имеется большой недостаток в учебно-наглядных пособиях и лабораторном оборудовании» [22]. Несмотря на трудности, курс психиатрии преподавался в полном объеме: 40 лекционных часов и 32 часа практических занятий. Несколько студентов после оконча-

ния института были готовы остаться в клинике и продолжать занятия психиатрией [22].

Еще на рубеже 1920–1930-х гг. перед советскими психиатрами была поставлена задача оказания амбулаторной психоневрологической помощи, создания санаториев и диспансеров, которые должны были заниматься лечением пациентов с хроническими формами психиатрических заболеваний [25]. Однако далеко не везде эти планы были выполнены. Не являлся исключением и Дагестан. В своем отчете за 1941 г. В.А. Глазов отмечал, что «клиника не имеет базы для проведения поликлинических занятий со студентами (отсутствуют в городе психдиспансеры). Поэтому институт должен обратиться с ходатайством в Наркомздрав о предоставлении психиатрической клинике специального помещения, где можно было бы развернуть клиническую работу и проведение поликлинических занятий» [22].

В 1939–1940 г. ассистентом на кафедре работал Григорий Моисеевич Циммер (1896–1943). Он приехал в Дагестан по приглашению В.А. Глазова из ленинградской больницы им. И.И. Скворцова-Степанова, где под руководством Владимира Александровича начал выполнение кандидатской диссертации на тему «Реакция коагуляции коллоидов крови у прогрессивных паралитиков» [24]. Однако вскоре Г.М. Циммер был призван в армию и в 1943 г. погиб под Малоярославцем [12].

Профессор В.А. Глазов на совещании заведующих кафедрами с представителями ВКВШ 24 мая 1941 г. отмечал, что двух сотрудников кафедры недостаточно и необходимо выделить хотя бы еще полторы ассистентские ставки. Кроме того, необходимо было подготовить кадры психиатров для Дагестана. Три студента изъявили желание после окончания вуза стать психиатрами, но их не оставили при кафедре [23].

В первые годы после организации научная работа а кафедре была еще в зачаточном состоянии. А.С. Зубова продолжала сбор материалов по теме «Патология страха в клинике душевных болезней», над которой она начала работать еще в годы учебы в аспирантуре под руководством профессора М.О. Гуревича. С этой целью дважды, в 1937 и в 1940 гг., она ездила в командировки в Москву для консультаций и работы в библиотеке [4]. В это же время Антонина Степановна начала сбор клинического материала о малярийных психозах, для чего были организованы экспедиционные выезды в районы Дагестана [22].

Профессор В.А. Глазов продолжал свои исследования, начатые в Ленинграде. В ведущих отечественных научных изданиях, таких как «Невропатология и психиатрия», «Бюллетень экспериментальной биологии и медицины», выходят статьи Владимира Александровича, посвященные патологии психомоторного возбуждения, влиянию инсулина на нервную систему, проблемам патофизиологии и терапии шизофрении [22]. Не разрывал он и связи со своей alma-mater. 4 мая 1940 г. на заседании Ростовского областного общества невропатологов и психиатров В.А. Глазов сделал доклад «О кататонии» [6].

В том же 1940 г. во Втором Ленинградском медицинском институте состоялась защита его диссертации на тему «Кататония». Здесь Владимир Александрович развивал идеи, предложенные им в кандидатской работе. В своей докторской диссертации В.А. Глазов детально описывал, как можно вызвать экспериментальную кататонию у животных и человека, воздействуя электрическим током на головной мозг. У животных, в зависимости от применяемой силы тока, автор выделял 6 стадий, описание которых во многом соответствует современным представлениям о клинических формах кататонического синдрома. Так, названная В.А. Глазовым «растормаживающая стадия», может считаться эквивалентом кататонического возбуждения, а «стадия каталепсии» — кататонического ступора.

Автор приводил доводы в пользу воспроизведения кататонии электрическим током, а не популярным ранее токсическим методом, доказывая, что при воздействии тока на головной мозг можно также уточнить локализацию и установить характер патологического процесса.

Владимир Александрович пришел к выводу, что клинические характеристики экспериментальной кататонии строго индивидуальны, как и симптомы соответствующего патологического состояния *in vivo*, сделал предположение, что они являются конституционально обусловленными особенностями, формирующимися сиюминутно под влиянием генотипа и фенотипа, то есть представляют собой динамическую, лабильную форму реагирования организма. Он предложил свою клиническую классификацию кататонии: «экзогенная», «конституциональная», «смешанная», которую предлагал учитывать при назначении терапии пациентам [8].

Сотрудники кафедры психиатрии принимали самое деятельное участие в работе Дагестанского научного медицинского общества. Оно было создано в начале 1920-х гг., но свою активную деятельность начало лишь с открытием в Махачкале медицинского института. За 1933–1934 гг. было проведено 15 заседаний общества, сделано 29 докладов, большая часть которых была посвящена краевой патологии [13]. На каждом заседании делались научные доклады и демонстрировались пациенты с особыми формами заболеваний. В.А. Глазов был избран членом бюро этого общества и неоднократно выступал на его заседаниях [24]. В 1940 г. с сообщением на тему «Психосенсорная форма эпилепсии с наличием криминальных действий» на одном из заседаний общества выступила и А.С. Зубова [22].

Начиная с 1940 г., на кафедре психиатрии стал работать студенческий научный кружок, в котором состояло 25 студентов. Было проведено 10 заседаний, на которых студенты выступали с докладами. Среди тем, рассмотренных студентами, были сообщения, посвященные влиянию внушения на лечение душевных болезней, борьбе с психомоторным возбуждением, методу шоковой терапии, травматическим психозам. Кроме того, с участием В.А. Глазова состоялись 8 клинических обходов [22].

Благодаря неустанным трудам и энтузиазму первых сотрудников кафедры, их профессионализму и человеколюбию удалось заложить основы оказания психиатрической помощи в Дагестане. История создания кафедры и клиники психиатрии Дагестанского медицинского института наглядно демонстрирует все те сложности, с которыми сталкивалось медицинское образование и организация психиатрической помощи в регионах страны во второй половине 1930-х гг.

### Литература

1	Абусуева Б.А., Манышев С.Б., Манышева К.Б. Михаил Сергеевич Доброхотов. К 140-летию со дня рождения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2018. — Т.118, № 8. — С.104–108. DOI: 10.17116/jnevro2018118081104	Abusuyeva B.A., Manyshev S.B., Manysheva K.B. Mikhail Sergeevich Dobrokhotov. To the 140th anniversary of the birth. Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2018; 118(8):104–108. (In Rus.) DOI: 10.17116/jnevro2018118081104
2	Александровский Ю.А. История отечественной психиатрии. Т. 3: Психиатрия в лицах. — М. — 2013. — 768с.	Aleksandrovskiy Yu.A. The history of domestic psychiatry. Vol. 3. Psychiatry in the faces. Moscow, 2013:768p. (In Rus.)
3	Алиев М.А. Из истории становления психиатрии в Дагестане // Российский психиатрический журнал. — 2014. — № 4. — С.89–93.	Aliev M.A. A glimpse into the emergence of psychiatry in Dagestan. Rossiyskiy psikiatricheskii zhurnal. 2014; 4:89–93. (In Rus.)
4	Архив Дагестанского государственного медицинского университета (АДГМУ). Личное дело А.С. Зубовой.	Archive of the Dagestan State Medical University (ADSMU). Personal file of A.S. Zubova. (In Rus.)
5	АДГМУ. Личное дело М.С. Доброхотова.	ADSMU. Personal file of M.S. Dobrokhotov. (In Rus.)
6	АДГМУ. Личное дело В.А. Глазова.	ADSMU. Personal file of V.A. Glazov. (In Rus.)
7	Глазов В. Первые годы // За медицинские кадры: Орган парткома, ректората, месткома, райкома ВЛКСМ и профкома Дагмединститута. — 1967. — №19. — С.2.	Glazov V. Early years. For medical staff. 1967; 19:2. (In Rus.)

8	Глазов В.А. Кататония. Тезисы дисс... докт. мед. наук. — [Л.] — 1940. — 3с.	Glazov V.A. Catatonia. Theses of dissertation]. Leningrad. — 1940. — 3p. (In Rus.)
9	Государственный архив Ростовской области. Ф. Р-46. Оп. 1. Д.15.	The State Archive of Rostov Oblast. Fund R-46, inventory 1, case15. (In Rus.)
10	Далгат Д.М. Воспоминания профессора хирургии. — Махачкала. — 2003. — 152с.	Dalgat D.M. Memoirs of Professor of Surgery. Makhachkala — 2003. — 152p. (In Rus.)
11	История развития здравоохранения в Дагестане в XX в. Т. I (1900 — июнь 1941 гг.). Документы и материалы / Сост. М.К. Нагиева. — Махачкала. — 2015. — 286с.	History of health development in Dagestan in the XX century. Vol. I (1900 — June 1941). Documents and materials. Comp. M.K. Nagieva. Makhachkala. — 2015. — 286p. (In Rus.)
12	Книга памяти о павших в годы Великой Отечественной войны, 1941–1945. Калужская область. Т. XII: Малоярославецкий и Мосальский районы / Сост. Т.В. Романова. — Калуга. — 2006. Режим доступа: <a href="http://geum.ru/next/art-364234.leaf-93.php">http://geum.ru/next/art-364234.leaf-93.php</a>	Book of memory of the fallen during the Great Patriotic War, 1941–1945. Kaluga region. Vol. XII: Maloyaroslavets and Mosals district. Comp. T.V. Romanova. — Kaluga. — 2006. (In Rus.) Available at: <a href="http://geum.ru/next/art-364234.leaf-93.php">http://geum.ru/next/art-364234.leaf-93.php</a> (accessed 26 June 2018)
13	Культурное строительство в Дагестанской АССР: Сборник документов. Т. I: 1918–1941 гг. / Сост. Г.Д. Коган, С.И. Юсупова. — Махачкала. — 1980. — 764с.	Cultural construction in the Dagestan ASSR: Collection of documents. Vol. I: 1918–1941. Comp. G.D. Kogan, S.I. Yusupova. — Makhachkala. — 1980. 764p. (In Rus.)
14	Лавров Н.Н. Заключительные лекции // За медицинские кадры: Орган парткома, ректората, профкома и комитета ВЛКСМ Дагестанского государственного ордена Дружбы народов медицинского института. — 1987. — №9. — С.3.	Lavrov N.N. Final lectures. For medical staff. 1987; 9:3. (In Rus.)
15	Понизовская А.И., Шефер Д.Г., Миниович П.А. Невропсихиатрия в Дагестане // Невропсихиатрия на Северном Кавказе. Сб. 1 / Отв. ред. А.И. Понизовская. — Ростов-на-Дону. — 1934. — С.50–58.	Ponizovskaya A.I., Shefer D.G., Miniovich P.A. Neuropsychiatry in Dagestan. Neuropsychiatry in the North Caucasus. Vol. 1. Ed. A.I. Ponizovskaya. Rostov-on-Don. — 1934. — P.50–58. (In Rus.)
16	Фурменко И.П. Очерки истории здравоохранения Воронежской области. Ч. 2: Народное здравоохранение Воронежской области в довоенный период (1917–1940 гг.). — Воронеж. — 1970. — 256с.	Furmenko I.P. Essays on the history of health of the Voronezh region. Vol. 2. Public health of the Voronezh region in the pre-war period (1917–1940). — Voronezh. — 1970. — 256p. (In Rus.)
17	Халилов И.-Х.М. Наша Альма-матер. — Махачкала. — 2003. — 290 с.	Khalilov I.-Kh.M. Our Alma Mater. — Makhachkala. — 2003. — 290p. (In Rus.)
18	Центральный государственный архив Республики Дагестан (ЦГА РД). Ф. Р-168. Оп.16. Д.83.	Republic of Dagestan Central State Archive (RD CSA). Fund R-168, inventory 16, case83. (In Rus.)
19	ЦГА РД. Ф. Р-352. Оп.22. Д.15.	RD CSA. Fund R-352, inventory22, case15. (In Rus.)
20	ЦГА РД. Ф. Р-512. Оп.16. Д.39.	RD CSA. Fund R-512, inventory16, case39. (In Rus.)
21	ЦГА РД. Ф. Р-512. Оп.16. Д.49.	RD CSA. Fund R-512, inventory16, case49. (In Rus.)
22	ЦГА РД. Ф. Р-512. Оп.16. Д.84.	RD CSA. Fund R-512, inventory16, case 84. (In Rus.)
23	ЦГА РД. Ф. Р-512. Оп.16. Д.88.	RD CSA. Fund R-512, inventory16, case 88. (In Rus.)
24	ЦГА РД. Ф. Р-512. Оп.17. Д.74.	RD CSA. Fund R-512, inventory17, case 74. (In Rus.)
25	Dufaud G. Politiser la médecine. La psychiatrie extrahospitalière en Russie soviétique (années 1920 et début des années 1930) // Revue d'histoire moderne et contemporaine. — 2014. — № 3. — P.124–148. DOI: 10.3917/rhmc.613.0124	Dufaud G. Politiser la médecine. La psychiatrie extrahospitalière en Russie soviétique (années 1920 et début des années 1930). Revue d'histoire moderne et contemporaine. 2014; 3: 124–148. DOI: 10.3917/rhmc.613.0124 (In French)

## Сведения об авторах

**Маньшев Сергей Борисович** — соискатель ФГБУН «Институт российской истории РАН», Москва.  
E-mail: msergey1990@gmail.com

**Маньшева Ксения Борисовна** — ассистент кафедры нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала.  
E-mail: manyshvabk@gmail.com

## Рецензия на второе издание Национального руководства по психиатрии под редакцией Ю.А. Александровского и Н.Г. Незнанова

Review  
for the second edition of the National manual of psychiatry under the editorship  
of J.A. Alexandrovskii and N.G. Neznanov

С о времени выхода первого издания Национального руководства по психиатрии в 2009 г., которое получило высокую оценку профессионалов и на протяжении многих лет оставалось востребованной книгой, как для практических врачей и организаторов здравоохранения, так и для научных сотрудников, прошло 8 лет. Эти годы характеризовались пересмотром принципов официальных классификаций, принятия DSM-V и широким обсуждением научной общественностью проекта МКБ-11, развитием биологического направления в психиатрии, которое оказало значимое влияние на понимание этиологии и патогенеза психических заболеваний, а также совершенствованию подходов к терапии. Кроме того, современные тенденции в психиатрии, особенно четко выступающие в последнее десятилетие, характеризуются развитием биопсихосоциального представления о природе психических расстройств и обусловленным этим обстоятельством обоснованием необходимости по отношению к больной системе воздействий, направленных на биологическое, психологическое и социальное их восстановление.

За последние годы в отечественной литературе появились новые учебники, руководства для врачей, монографии, отражающие результаты как клинических, так и фундаментальных исследований. Все это определило своевременность серьезной переработки как структуры, так и содержания первого издания Национального руководства с позиции развития новых направлений развития психиатрии.

В руководстве отражен широкий спектр вопросов, связанных с оказанием психиатрической помощи от истории становления психиатрии как медицинской дисциплины, современных подходов к терапии психических заболеваний до организационных, нормативно-правовых, этических, реабилитационных и др. Отдельные главы, посвященные диагностике и терапии психических заболеваний у отдельных категорий пациентов (дети, лица пожилого возраста, психические нарушения, связанные с репродуктивным циклом женщин), соответствует современным тенденциям изучения специфических патофизиологических механизмов формирования, а, следовательно, необходимости модификации терапевтических подходов.

Наряду с традиционным клиническим методом диагностики в психиатрии подробно описаны клиничко-лабораторные методы и инструмен-

тальные, такие как магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография, которые уже широко применяются в повседневной врачебной практике. Включение в книгу главы, касающейся генетических методов, используемых у пациентов с психической патологией, имеет важное значение, т.к. именно это направление может быть базисным для развития в будущем персонализированных подходов к терапии этой категории пациентов.

Во втором издании Национального руководства детально анализируются современные методы терапии психических заболеваний, базирующиеся на принципах доказательной медицины. Важно, что кроме методов психофармакотерапии, большое внимание уделено психотерапии и социальной реабилитации, как важных составляющих терапевтического процесса. Оправданным и целесообразным является описание психофармакологических подходов не только с позиции эффективности, но и с учетом побочных эффектов и возможных путей их минимизации. Включение раздела, касающегося нелекарственных методов биологической терапии в психиатрической практике, имеет важное практическое значение при разработке методов профилактики терапевтической резистентности и коррекции предвзятого отношения к этим методам во врачебном сообществе.

В качестве авторов отдельных разделов настоящего издания привлечены известные специалисты, многие из которых входили в авторский коллектив национального руководства по психиатрии, изданного в 2009 г. (краткий выпуск — 2012 г.). Это позволило преемственно рассматривать клинические и организационные проблемы психиатрической практики, а также усовершенствование методов терапевтических и психотерапевтических подходов.

Рецензируемую книгу можно рассматривать как согласованные рекомендации, которые отражают современные тенденции развития психиатрии и базируются на опыте и знаниях большого коллектива авторов. Такое издание будет востребованным не только у психиатров, но и у широкого круга специалистов в области медицины, а также, организаторов здравоохранения.

Софронов А.Г., главный врач психиатрической больницы № 3 им. И. И. Скворцова-Степанова, зав. кафедрой психиатрии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, доктор медицинских наук, профессор, чл.-корр. РАН, главный психиатр и главный нарколог Санкт-Петербурга

## Цикл региональных научно-практических конференций «Инновации в диагностике и лечении психических и наркологических расстройств: междисциплинарный подход»

**В** 2019 году ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России совместно с Российским обществом психиатров (РОП) и Ассоциацией наркологов в рамках реализации федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных технологий» проводит цикл региональных научно-практических конференций «Инновации в диагностике и лечении психических и наркологических расстройств: междисциплинарный подход» в Приволжском, Южном, Северо-Кавказском и Северо-Западном федеральных округах Российской Федерации в рамках образовательного проекта «От науки к практике».

Программа конференций включает проведение образовательных школ по наиболее актуальным проблемам диагностики и терапии психических

и наркологических расстройств, круглых столов по вопросам междисциплинарного взаимодействия специалистов при оказании психиатрической и наркологической помощи, мастер-классов ведущих специалистов.

Особое внимание будет уделено развитию профессиональной компетентности молодых специалистов, работающих в области психиатрического и наркологического здравоохранения.

Также в рамках конференций пройдут совещания главных внештатных специалистов психиатров и психиатров-наркологов органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации с обсуждением актуальных вопросов совершенствования оказания психиатрической и наркологической помощи населению.

### Даты и место проведения конференций:

В Приволжском федеральном округе: г. Казань, 14–15 марта 2019

В Северо-Западном федеральном округе: г. Санкт-Петербург, 30–31 мая 2019

В Северо-Кавказском федеральном округе: г. Ставрополь, 10-11 октября 2019

В Южном федеральном округе: г. Краснодар, 14–15 ноября 2019

### Организаторы:

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России  
Российское общество психиатров (РОП)  
Ассоциация наркологов  
Совет молодых ученых РОП (СМУ СОП)  
Российская психотерапевтическая ассоциация (РПА)

### Научные направления работы конференции:

- Междисциплинарные проблемы психиатрической науки и практики
- Современные стратегии фармакотерапии психических расстройств
- Преодоление истинной и ятрогенной фармакорезистентности
- Проблема побочных эффектов психофармакотерапии
- Тревога и депрессия: актуальные вопросы лечения и профилактики
- Возможности фармакотерапии когнитивных расстройств и деменций
- Новые подходы к лечению пациентов с пограничными психическими расстройствами
- Химические и нехимические аддикции: международные классификационные системы и доказательная фармакотерапия
- Современные достижения нейронаук

*Приглашаем вас принять участие в конференциях!*

---

---

## **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)

