



ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

имени В. М. Бехтерева



№ 3

2019 год

Основан в 1896 г. В. М. Бехтеревым



Глиатилин

оригинальный холина альфосцерат

Через тернии к свету!

максимум холина через
гематоэнцефалический барьер¹

возвращает в активную жизнь



стабилизация
и восстановление²
клеточных мембран



эффективная доставка
оригинального
холина в мозг¹



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. Лукьянова, 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

 **ITALFARMACO**

www.глиатилин.рф
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
№ 3, 2019

V.M. BEKTEREV REVIEW OF PSYCHIATRY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

Главный редактор	Editor-in-chief
Н.Г. Незнанов, д.м.н., профессор, засл. деятель науки РФ (Санкт-Петербург)	N.G. Neznanov (Saint-Petersburg)
Заместители главного редактора	Deputy Chief Editor
Е.М. Крупницкий, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)	E.M. Krupitsky (Saint-Petersburg)
В.А. Михайлов, д.м.н. (Санкт-Петербург)	V.A. Mikhailov (Saint-Petersburg)
Члены редакционной коллегии	Editorial board
А.В. Васильева, д.м.н. (Санкт-Петербург)	A.V. Vasileva (Saint-Petersburg)
Л.Н. Горобец, д.м.н., профессор (Москва)	L.N. Gorobets (Saint-Petersburg)
Т.А. 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)
Члены редакционного совета	Editorial council
Ю.А. Александровский, д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН (Москва)	Yu.A. Alexandrovsky (Moscow)
С.А. Алтынбеков, д.н.м., профессор (Алматы)	C.A. Altynbekov (Almaty)
М. Аммон, д.псих.н. (Берлин)	M. Ammon (Berlin)
Т.Н. Балашова к.псих.н., профессор (Бетесда)	T.N. Balachova (Bethesda)
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. Соловьев, д.м.н., профессор (Архангельск)	A.G. Soloviev (Arkhangelsk)
А.Г. Софронов, д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН (Санкт-Петербург)	A.G. Sofronov (Saint-Petersburg)
Е.В. Снедков, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)	E.V. Snedkov (Saint-Petersburg)
С. Тиано, профессор (Тель-Авив)	S. Tiano (Tel-Aviv)
А.С. Тиганов, д.м.н., профессор, академик РАН (Москва)	A.S. Tiganov (Moscow)
Б.Д. Цыганков, д.м.н., профессор, член-корр. РАН (Москва)	B.D. Tsygankov (Moscow)
С.В. Цыцарев, профессор (Нью-Йорк)	S.V. Tsytsarev (New York)
Е. Чкония, д.м.н. профессор (Тбилиси)	E. Chkonია (Tbilisi)
А.В. Шаболтас, к.псих.н. (Санкт-Петербург)	A.V. Shaboltas (Saint-Petersburg)
В.К. Шамрей, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)	V.K. Shamrej (Saint-Petersburg)
В.М. Шкловский, д.пс.н., профессор, академик РАО (Москва)	V.M. Shklovsky (Moscow)
Э.Г. Эйдемиллер, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)	E.G. Eidemiller (Saint-Petersburg)
К.К. Яхин, д.м.н., профессор (Казань)	K.K. Yakhin (Kazan)

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

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

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

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

Издательский дом «Арс меденти».

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 в издательство.

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

Современная дилемма терапии шизофрении:
нейрокогниции и социальные когниции
Лутова Н.Б., Вюд В.Д.

3

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Ангедония как базовый синдром и мишень
для терапевтического воздействия
при депрессивном расстройстве
Мазо Г.Э., Кибитов А.О.

10

Психосоциальные факторы компульсивного переедания:
мета-аналитическое исследование
*Лифинцева А.А., Новикова Ю.Ю., Караваева Т.А.,
Фомичева М.В.*

19

Нарушения половой идентичности и проблемы
психического здоровья
Пискарева Т.К., Ениколопов С.Н.

28

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

Гениальные идеи и гениальные ошибки
(Нематериальная теория психики — второе сообщение)
Решетников М.М.

36

ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинико-психопатологические особенности
ассоциированных навязчивых
и деперсонализационных расстройств
Крылов В.И., Бутылин Д.Ю.

42

Взаимосвязь личностных ресурсов и типов
профессиональной карьеры врачей
Матан В.В.

48

Валидизация русскоязычной версии опросника
«Internet gaming disorder scale—short-form»
Петров А.А., Черняк Н.Б.

53

Проблема соматизированных расстройств: клиника,
непрофильное обращение за медицинской помощью,
психообразование
Погосов А.В., Богусhevskaya Ю.В.

64

Результаты взаимодействия с региональными службами
в рамках телемедицинских консультаций по психиатрии
и наркологии
*Скрипов В.С., Чехонадский И.И., Кочорова Л.В.,
Шведова А.А., Семенова Н.В.*

73

Профиль психического развития у детей
с туберозным склерозом
Троицкая Л.А., Малахова Н.Е., Родионова А.Д.

78

Биопсихосоциальный подход при изучении личности
женщин с разным курительным поведением
во время беременности
Харькова О.А., Соловьев А.Г., Одланд Й.О.

87

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

Жизнь и творчество
профессора Ливерия Осиповича Даркшевича
(1858–1925)
(К 160-летию со дня рождения)
Моргошия Т.Ш., Сыроеждин Н.А.

93

PROBLEM-SOLVING ARTICLES

Modern dilemma in the therapy of the schizophrenia: neuro-
cognition and social cognition
Lutova N.B., Wied V.D.

RESEARCH REVIEWS

Anhedonia as a basic syndrome and a target for treatment
for depressive disorder
Mazo G.E., Kibitov A.O.

Psychosocial factors of binge-eating: a meta-analytical study
Lifintseva A.A., Novikova U.U., Karavaeva T.A., Fomicheva M.V.

Gender identity disorder and mental health problems
Piskareva T.K., Enikolopov S.N.

TALKING SHOP

Genius Ideas and Genius Mistakes
(Non-material Nature of the Psyche, Part II)
Reshetnikov M.M.

INVESTIGATIONS

Clinical and psychopathological features associated
of obsessive and depersonalization disorders
Krylov V.I., Butylin D.J.

The relationship of personal resources and types
of professional careers of doctors
Mathan V.V.

Valdization of the Russian version of the questionnaire
«Internet gaming disorder scale—short-form»
Petrov A.A., Chernyak N.B.

The problem of somatization disorders: clinical picture,
misdirected health encounter, psychoeducation
Pogosov A.V., Bogushevskaya Yu.V.

Results of interaction with regional services in the framework
of telemedicine consultations on psychiatry and narcology
*Skrupov V.S., Chekhonadsky I.I., Kochorova L.V., Shvedova A.A.,
Semenova N.V.*

Profiles of mental development of children with tuberous
sclerosis
Troitskaya L.A., Malakhova N.E., Rodionova A.D.

Biopsychosocial approach in studying the personality of
women with different smoking behavior during pregnancy
Kharkova O.K., Soloviev A.G., Odland J.O.

PSYCHIATRIC NEWSPAPER

The life and work of professor Livery Osipovich Darkshevich
(1858–1925)
(to the 160th anniversary since the birth of)
Morgoshiia T. Sh., Syroezhin N.A.

Современная дилемма терапии шизофрении: нейрокогниции и социальные когниции

Лутова Н.Б., Вид В.Д.

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

Резюме. Новейшие данные исследований свидетельствуют о том, что успехи психофармакотерапии шизофрении в преодолении продуктивной психотической симптоматики не сопровождаются существенным снижением частоты рецидивирования и улучшением социального функционирования. Главной причиной этого является резистентность когнитивного дефицита больных к действию антипсихотиков. Обсуждается значение дифференцировки когнитивного дефицита на нарушения нейрокогниций и социальных когниций для дальнейшей оптимизации общей стратегии лечения шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, когнитивный дефицит, нейрокогниции

Modern dilemma in the therapy of the schizophrenia: neurocognition and social cognition

Lutova N.B., Wied V.D.

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

Summary. Recent research data make it evident that the last generations of antipsychotics being successful in elimination of the positive psychotic symptoms still seem to be incapable to sufficiently lower exacerbation frequency and to improve social functioning. The primary reason for that is considered to be an insufficient response of the patients' cognitive deficit to the action of antipsychotics. The importance to differentiate between neurocognition and social cognition in view of the schizophrenia treatment general strategy optimization is discussed.

Key words: schizophrenia, cognitive deficit, neurocognition

При всей несомненности успехов, достигнутых современной психофармакологией в лечении шизофрении, следует признать, что они не распространяются на весь спектр терапевтических задач, стоящих перед психиатрическим сообществом в решении данной проблемы. В большей степени они относятся к преодолению позитивной психотической симптоматики, где они безусловно бесспорны и в гораздо меньшей — к профилактике рецидивирования и оптимизации социального функционирования в межприступных периодах. Возможности, предлагаемые поступающими на рынок новыми антипсихотиками, касаются в основном улучшения переносимости препаратов, смягчения разного рода побочных эффектов, а не замедления пресловутой «вращающейся двери» психиатрии и улучшения социальной компетенции больных.

Непреодолимой для действия современных антипсихотиков остается дефицитарность когнитивной сферы больных шизофренией, сохраняющаяся и по устранении продуктивной симптоматики и являющаяся основной причиной социальной дезадаптации в периоде ремиссии [15] и повторных эксацербаций, пусковым фактором которых остается стресс, сопровождающий социальную проблематику, с которой больной все так же не в состоянии справиться [26].

Растущий в последние годы интерес к феномену когнитивного дефицита подтверждает его кардинальную значимость в общей палитре клинических проявлений шизофрении, где он, казалось бы, представляет собой далеко не самую яркую

краску. Некоторые авторы считают его характерным маркером заболевания [37]. Разнообразные когнитивные нарушения сопровождают больного на протяжении всей его жизни и в этом смысле можно сказать, что его когнитивная сфера экзистенциально дефицитарна. Когнитивный дефицит может проявляться уже в преморбидном периоде [37]. Ретроспективные исследования подтверждают, что когнитивный дефицит оказывается одним из первых признаков лиц, у которых позднее диагностируется манифестная шизофрения [10]. Когнитивный дефицит сохраняется и в клинически стабильно бессимптомных состояниях больных [13].

Современное видение проблематики когнитивных нарушений при шизофрении проводит четкую дифференцировку между т.н. базисными когнитивными функциями, которые принято называть нейрокогнициями и социально опосредованными функциями — социальной когницией.

У больных шизофренией обнаруживается дефицит в основном в следующих областях нейрокогниций: скорость мышления, оперантная память, запас памяти, внимание/бодрствование, вербальное и визуальное научение [1,2,9].

Социальная когниция означает способность правильной переработки информации, поставленной социально значимыми стимулами с умением давать на них социально адекватную реакцию в соответствующих ситуациях [41]. В связи с современным понятийным консенсусом [31], в общем понятии социальной когниции принято выделять следующие основные области: модель психики че-

ловека (theory of mind), т.е. понимание чужого сознания; социальную перцепцию (social perception), т.е. умение формировать правильные суждения об окружающих как об отдельных личностях на основе вербальной и невербальной коммуникации; социальное знание (social knowledge), т.е. совокупность коллективной информации об окружающем социальном контексте; систематическая ошибочность значения, приписываемого мотивам собственного поведения и поступкам окружающих (attributional bias); восприятие и распознавание значения эмоций окружающих (emotion perception); способность когнитивной нейтрализации вызванных стрессом негативных эмоций (emotion processing) и формирование адекватных стратегий решения социальных проблем (social problem solving).

Нарушения социальных когний массивно представлены в структуре когнитивного мышления. По некоторым данным [11], они выявляются у 98% больных. Более ранние сообщения [30] о том, что у порядка 30% больных когнитивные нарушения выявить не удастся, вызывают сомнения в точности их диагностики, или предположения, что речь здесь шла не о социальных когниях, а о нейрокогниях. Значимость нарушений социальных когний представлена в мета-анализе A. Fett с соавторами, где показано их влияние на большее количество переменных, обуславливающих социальный исход заболевания по сравнению с нейрокогниями [8].

В отличие от объективной психопатологической симптоматики, регистрируемой врачом, достоверная квантификация данных о субъективно воспринимаемом больным социально-когнитивном дефиците весьма затруднительна, что существенно отражается на точности выявления этих нарушений [16]. В любом случае, здесь необходима поправка на то, насколько диапазон осознания дефицита сужается защитными психологическими механизмами подавления и отрицания под влиянием стигматизации, существенно искажающей внутреннюю картину болезни пациентов. Осознание своей социально-когнитивной дефицитарности весьма болезненно воспринимается больным, усиливая самостигматизацию, что помимо объективного снижения уровня социального функционирования [40] негативно влияет и на субъективную удовлетворенность жизнью [34].

Дефицит социальных когний опознается больным в существенно меньшей степени, чем продуктивная психотическая симптоматика [20]. Это, наряду с соответствующей цензурой самостигматизации формирует у больных представление о ненужности лечения и становится одной из причин снижения приверженности больных режиму рекомендованной медикаментозной терапии [22], тем более, что противодействия этому со стороны медицины нет, поскольку социальные когнии, в отличие от психотических симптомов, практически никогда не обсуждаются в беседе с врачом и не включаются в психообразовательные программы комплайнс-терапии.

Нейрокогнии и социальные когнии, будучи подсистемами общей когнитивной сферы, представляют собой качественно разные, несводимые друг к другу конструкции. Социально опосредованные когнии структурно гораздо сложнее нейрокогний, поскольку образуют мультифункциональную сеть множественных взаимодействующих параметров, фундамирующую стержень социального приспособления человека — способность формировать стратегии решения социальных проблем. Данные о состоянии нейрокогний весьма затруднительно перевести на язык повседневной социальной адаптации пациентов [27, 31]. Социальные и нейрокогнии имеют разную факторную структуру и по разному отражают статус социального функционирования больного [21]. Социальная когния имеет значимые корреляции лишь с одним из нейрокогнитивных механизмов — визуальным научением [5]. В остальном функциональные состояния социальных и нейрокогний не коррелируют между собой [35]. Хотя базисный уровень нейрокогний весьма значим для действия социально-когнитивных механизмов, специфичность их вклада в конечный результат социального приспособления нивелирует корреляцию между ними. Вот почему динамика нейрокогний не позволяет судить об эффекте посттерапевтического социального функционирования больного шизофренией. Формальные характеристики нейрокогнитивного функционирования не коррелируют с уровнем социального приспособления в реальном мире [27].

Утвердившаяся за последнее десятилетие в мировой психиатрической литературе функциональная дифференцировка нейрокогний и социальных когний полностью отвечает актуальным задачам терапии шизофрении.

Приходится признать, что существующие психофармакологические и биологические методы лечения, бесспорно в достаточной мере результативные в отношении продуктивной психотической симптоматики и добивающиеся некоторого успеха в активации нейрокогний, на данный момент не в состоянии справиться с требованиями коррекции социально-когнитивного дефицита [37], постулирующими необходимость повышения уровня социального функционирования. В длиннике заболевания социальная дисфункция определяется не уровнем продуктивной симптоматики, а фокальным дефицитом социальных навыков [3].

Односторонняя адресация новейших антипсихотиков к мишеням нейрокогнии в попытках повысить уровень социального функционирования больных возможно ставит современную психофармакологию в патовое положение, обрекая важнейшую цель повышения социальной компетенции больных шизофренией на заведомую недоступность.

Дилемма заключается в том, что состояние нейрокогний лишь отчасти объясняет снижение уровня социального функционирования, который в гораздо большей степени зависит от со-

стояния социальной когнитивной сферы [7, 14]. Повышение скорости нейрокогнитивных функций далеко не всегда сопровождается улучшением социального функционирования [7, 38]. Социальная компетенция нуждается в активности нейрокогнитивной, но для того, чтобы успешно встроиться в реальную повседневность, она не может обойтись без социального компонента когнитивной сферы, который служит медиатором, опосредующим связь между нейрокогнитивными и социальными функционированием [4, 32, 38]. В повседневной жизни больного этот медиатор играет решающую роль, поскольку показатели социальной когнитивной являются более достоверным предиктором социального функционирования, чем нейрокогнитивной [6, 8, 25].

Нейрокогнитивные и социальные когнитивные оказывают независимый каузальный эффект относительно социального функционирования [12]. Это предполагает необходимость использования независимых терапевтических подходов при их коррекции.

Используемые на настоящий момент программы тренинга нейрокогнитивных потенцируют эффект препаратов, активирующих эти функции. Эти подходы на настоящий момент применяются более широко по сравнению с моделями психокоррекции социальных когнитивных в силу своей относительной простоты и доступности компьютеризации и количественной оценке. Подключение их к психофармакотерапии достоверно повышает эффективность лечения шизофрении в отношении улучшения социального функционирования, качества жизни и предотвращения инвалидизации [37]. Терапевтическая динамика нейрокогнитивных имеет не только психологическую основу, но и свои нейрофизиологические корреляты состояния коры головного мозга. Функциональные нейровизуальные техники продемонстрировали, что тренингу нейрокогнитивных сопутствует положительная динамика активации мозга во время решения сложных когнитивных задач в его префронтальной и височной областях [15, 36].

Однако, возможности тренинга нейрокогнитивных заведомо ограничены зависимостью этих механизмов от социальных когнитивных. Нейрокогнитивные имеют связь с уровнем социального функционирования лишь перед началом когнитивного тренинга этих функций. После окончания когнитивного тренинга они перестают быть предикторами динамики уровня социального функционирования. Роль предиктора сохраняют лишь специ-

фические модели когнитивного тренинга, ориентированные на формирование навыка создания новых стратегий проблемно-решающего поведения, включающего социальные когнитивные [27].

Тем не менее, функциональный синергизм нейро- и социальных когнитивных открывает пути создания комбинированных программ, успешно использующих возможности этих подсистем сферы когнитивного мышления. Комбинированный тренинг нейрокогнитивных функций и тренинг социальной когнитивной более эффективен в повышении уровня социального функционирования, чем изолированный тренинг нейрокогнитивных [18]. Аддитивный эффект здесь обоснован тем, что лучшее состояние нейрокогнитивных способствует ускорению тренинга социальных когнитивных [17].

Интенсивно развиваются в последние годы и терапевтические подходы, связанные с прицельным тренингом социальных когнитивных. Результативность данной интервенции проявляется в улучшении социальных навыков больных, психо- социального функционирования и редукции негативной симптоматики [19]. Однако наибольшие результаты достигаются при сочетании тренинга социальных когнитивных с поведенческим тренингом специфических социальных навыков, позволяющие производить успешную коррекцию отдельных ее параметров [23, 24, 28, 36].

Таким образом, генеральным трендом современной стратегии терапии шизофрении является интегративная фармако-психотерапия, где на основе психофармакологического фундамента используются аддитивные возможности комбинированных социо-психотерапевтических вмешательств, направленных на коррекцию нейро- и социальных когнитивных.

При этом остаются все основания надеяться на то, что и психофармакотерапия не сказала еще своего последнего слова в отношении коррекции социальных когнитивных и что может быть предложена молекула антипсихотика новейшего поколения, способного сделать своей мишенью нарушения социальных когнитивных больного шизофренией. На данный момент это было бы наиболее технологичным решением для практического здравоохранения с учетом того, что существующие модели когнитивной психотерапии шизофрении пока еще недостаточно разработаны, а верификация их эффективности с позиций доказательной медицины весьма затруднительна. Новейшие публикации позволяют считать такую возможность весьма реалистичной [27, 32].

Литература

1	Дорофейкова М.В. Когнитивные нарушения и клиничко-лабораторные характеристики у больных шизофренией// Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева — 2017. — №1. — С.38-43.	Dorofeykova M.V. Changes in levels of neuromarkers and cognitive functioning of patients with treatment-resistant schizophrenia. Obozrenie psikiatrii i meditsinkoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2016; 3:38-43. (In Rus.).
---	---	--

2	Янушко М.Г., Иванов М.В., Сорокина А.В. Когнитивные нарушения при эндогенных психозах: представления в свете дименсионального подхода// Социальная и клиническая психиатрия. — 2104. — Т.24. — С.90-95.	Yanushko M.G., Ivanov M.V., Sorokina A.V. Cognitive disorders in endogenous psychoses: contemporary perspective in the light of dimensional approach. <i>Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya</i> . 2014; 24:90-95. (In Rus.).
3	Bellack A.S., Morrison R.L., Wixted J.T., Mueser K.T. An analysis of social competence in schizophrenia//Brit. J. Psychiatry. — 1990. — Vol.156. — P.809-818. DOI: 10.1192/bpj.156.6.809	Bellack A.S., Morrison R.L., Wixted J.T., Mueser K.T. An analysis of social competence in schizophrenia. <i>Brit. J. Psychiatry</i> . 1990; 156:809-818. DOI: 10.1192/bpj.156.6.809
4	Brekke J., Kay D.D., et al. Biosocial pathways to social outcome in schizophrenia: a path analytic model. — <i>Schizophr. Res.</i> — 2005. — Vol. 80, — P.213-225. DOI: 10.1016/j.schres.2005.07.008	Brekke J., Kay D.D., et al. Biosocial pathways to social outcome in schizophrenia: a path analytic model. <i>Schizophr. Res.</i> — 2005; 80:213-225. DOI:10.1016/j.schres.2005.07.008
5	Chan J.Y.H., Ng S.S.W., Lo A.W.Y., et al. Correlation of neurocognition with social cognition in people with schizophrenia. — <i>Int. J. Psychol. Behav. Anal.</i> — 2018. — №4. — P.139. DOI: 10.15344/2018/2455-3867/139	Chan J.Y.H., Ng S.S.W., Lo A.W.Y., et al. Correlation of neurocognition with social cognition in people with schizophrenia. <i>Int. J. Psychol. Behav. Anal.</i> 2018; 4:139. DOI: 10.15344/2018/2455-3867/139
6	Corrigan P., Toomey R. Interpersonal problem solving and information processing deficits in schizophrenia. — <i>Schizophr. Bull.</i> — 1995. — Vol.21 — P.395-403.	Corrigan P., Toomey R. Interpersonal problem solving and information processing deficits in schizophrenia. <i>Schizophr. Bull.</i> 1995; 21:395-403.
7	Deckler E. et al. Social cognition and neurocognition in schizophrenia and healthy controls: intercorrelation of performance and effects of manipulations aimed at increasing task difficulty. — <i>Front. Psychiatry</i> . — 2018. — Vol.7. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00356.	Deckler E. et al. Social cognition and neurocognition in schizophrenia and healthy controls: intercorrelation of performance and effects of manipulations aimed at increasing task difficulty. <i>Front. Psychiatry</i> . 2018. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00356.
8	Fett A.K., Viechtbauer W., Dominquez M.P., et al. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. — <i>Neurosci. — Biobehav. Rev.</i> — 2011. — Vol.35. — P.573-588. DOI: 10.1016/j.neubiorev. 2010.07.001.	Fett A.K., Viechtbauer W., Dominquez M.P., et al. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. <i>Neurosci. Biobehav. Rev.</i> 2011; 35:573-588. DOI:10.1016/j.neubiorev.2010.07.001.
9	Green M., Nuechterlein K. The MATRICS Initiative: Developing a consensus cognitive battery for clinical trials. — <i>Schizophr. Res.</i> — 2004. — Vol.72. — P.1-3. DOI: 10.1016/j.schres.2004.09.006	Green M., Nuechterlein K. The MATRICS Initiative: Developing a consensus cognitive battery for clinical trials. <i>Schizophr. Res.</i> 2004; 72:1-3. DOI: 10.1016/j.schres.2004.09.006
10	Haefner H., Riecher-Rossler A., Hambrecht M., et al. IRAOS — an instrument for the assessment of the onset and early course of schizophrenia. — <i>Schizophr. Res.</i> — 1992. — Vol.6. — P.209-223. DOI:10.1016/0920-9964(92)90004-O	Haefner H., Riecher-Rossler A., Hambrecht M., et al. IRAOS — an instrument for the assessment of the onset and early course of schizophrenia. <i>Schizophr. Res.</i> 1992; 6:209-223. DOI:10.1016/0920-9964(92)90004-O
11	Heinrichs R.W., Zakzanis K.K. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. — <i>Neuropsychology</i> . — 1998. — №12. — P.426-445. DOI: 10.1037/0894-4105.12.3.126	Heinrichs R.W., Zakzanis K.K. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. <i>Neuropsychology</i> . 1998; 12:426-445. DOI:10.1037/0894-4105.12.3.126
12	Hoe M., Nakagami E., Green M.F., et al. The causal relationships between neurocognition, social cognition and functional outcome over time in schizophrenia: a latent difference score approach. — <i>Psychol. Med.</i> — 2012. DOI:10.1017/S0033291712000578.	Hoe M., Nakagami E., Green M.F., et al. The causal relationships between neurocognition, social cognition and functional outcome over time in schizophrenia: a latent difference score approach. <i>Psychol. Med.</i> 2012. DOI:10.1017/S0033291712000578.

13	Jain M., Singh S., Dalal R.K. et al. A cross-sectional study of cognitive functions and disability in schizophrenia from a tertiary care hospital in North India. — <i>Med. J. DY Patil Univ.</i> — 2016. — №9. — P.457-464. DOI:10.4103/0975-2870.186056	Jain M., Singh S., Dalal R.K. et al. A cross-sectional study of cognitive functions and disability in schizophrenia from a tertiary care hospital in North India. — <i>Med. J. DY Patil Univ.</i> 2016; 9:457-464. DOI:10.4103/0975-2870.186056
14	Jaramillo P., Fuentes I., Ruiz I., Ruiz J.C. Cognition, social cognition and social functioning in schizophrenia. <i>Psychology, Society & Education.</i> — 2009. — Vol.1. — P.13-24.	Jaramillo P., Fuentes I., Ruiz I., Ruiz J.C. Cognition, social cognition and social functioning in schizophrenia. <i>Psychology, Society & Education.</i> 2009; 1(1): 13-24.
15	Kaneko K. Negative symptoms and cognitive impairments in schizophrenia: two key symptoms negatively influencing social functioning. <i>Yonago Acta Med.</i> — 2018. — Vol. 61(2). — P.91-102.	Kaneko K. Negative symptoms and cognitive impairments in schizophrenia: two key symptoms negatively influencing social functioning. <i>Yonago Acta Med.</i> 2018; 61(2):91-102.
16	Kim J.H., Byun H.J., Ann J.H., et al. Relationship between subjective experiences and psychopathological dimensions in schizophrenics. <i>Aust N Z J Psychiat.</i> — 2010. — Vol.44. — P.952-957.	Kim J.H., Byun H.J., Ann J.H., et al. Relationship between subjective experiences and psychopathological dimensions in schizophrenics. <i>Aust N Z J Psychiat.</i> 2010; 44: 952-957.
17	Lindenmayer J.P., McGurk S.R., Khan A., et al. Improvement of social cognition in schizophrenia: a pilot intervention combining computerized social cognition training with cognitive remediation. <i>Schizophr. Bull.</i> — 2017. — Vol. 39. — P.507-517. DOI:10.1093/schbul/sbs120.	Lindenmayer J.P., McGurk S.R., Khan A., et al. Improvement of social cognition in schizophrenia: a pilot intervention combining computerized social cognition training with cognitive remediation. <i>Schizophr. Bull.</i> 2017; 39:507-517. DOI:10.1093/schbul/sbs120.
18	Lindenmayer J.P., Khan A., McGurk S.R., et al. Does social cognition training augment respond to computer assisted cognitive remediation for schizophrenia? <i>Schizophr. Res.</i> — 2018. — Vol.201. — P.180-186. DOI: 10.1016/j.schres.2018.06.012.	Lindenmayer J.P., Khan A., McGurk S.R., et al. Does social cognition training augment respond to computer assisted cognitive remediation for schizophrenia? <i>Schizophr. Res.</i> 2018; 201:180-186. DOI: 10.1016/j.schres.2018.06.012.
19	Lyman DR., Kurtz MM., Farkas M., Dougherty RH., Daniels AS., et al. Skill building: assessing the evidence. <i>Psychiatr Serv.</i> — 2014. — Vol.65. — P.727-738. DOI:10.1176/appi.ps.201300251	Lyman DR., Kurtz MM., Farkas M., Dougherty RH., Daniels AS., et al. Skill building: assessing the evidence. <i>Psychiatr Serv.</i> 2014; 65:727-738. DOI:10.1176/appi.ps.201300251
20	Medalia A., Thysen J. Insight into neurocognitive dysfunction in schizophrenia. <i>Schizophr. Bull.</i> — 2008. — Vol. 34. — P.1221-1230. DOI:10.1093/schbul/sbm144.	Medalia A., Thysen J. Insight into neurocognitive dysfunction in schizophrenia. <i>Schizophr. Bull.</i> 2008; 34(6):1221-1230. DOI:10.1093/schbul/sbm144.
21	Mehta U.M., Thirthalli J., Subbakrishna D.K., et al. Social and neurocognition as distinct cognitive factors in schizophrenia: a systematic review. <i>Schizophr. Res.</i> — 2013. — Vol.148. — P.3-11. DOI:10.1016/schres.2013.05.009.	Mehta U.M., Thirthalli J., Subbakrishna D.K., et al. Social and neurocognition as distinct cognitive factors in schizophrenia: a systematic review. <i>Schizophr. Res.</i> 2013; 148:3-11. DOI:10.1016/schres.2013.05.009.
22	Naber D. Subjective effects of antipsychotic treatment. <i>Acta Psychiatr Scand.</i> — 2005. — Vol.111(2). — P.81-83. DOI:10.1111/j.1600-0447.2004.0047x.	Naber D. Subjective effects of antipsychotic treatment. <i>Acta Psychiatr Scand.</i> 2005; 111(2):81-83. DOI:10.1111/j.1600-0447.2004.0047x.
23	Nahum M., Fisher M., Loewy K., et al. A novel, online cognitive training program for young adults with schizophrenia: a pilot study. <i>Schizophrenia Research: Cognition.</i> — 2014. — Vol.1(1). — P.11-19. DOI:10.1016/j.scog.2014.01.003.	Nahum M., Fisher M., Loewy K., et al. A novel, online cognitive training program for young adults with schizophrenia: a pilot study. <i>Schizophrenia Research: Cognition.</i> 2014; 1(1):11-19. DOI:10.1016/j.scog.2014.01.003.
24	Palumbo D., Mucci A., Piegari G., et al. SoCIAL training cognition in schizophrenia — a pilot study. <i>Neuropsychiatr. Dis. Treat.</i> — 2017. — Vol.13. — P.1947-1956. DOI:10.2147/NDT.S136732.	Palumbo D., Mucci A., Piegari G., et al. SoCIAL training cognition in schizophrenia — a pilot study. <i>Neuropsychiatr. Dis. Treat.</i> 2017; 13:1947-1956. DOI:10.2147/NDT.S136732.

25	Penn D.L., Spaulding W., Reed D., Sullivan M. The relationship of social cognition to ward behavior in chronic schizophrenia. <i>Schizophr. Res.</i> — 1996. — Vol.20. — P.327-335. DOI:10.1016/0920-9964(96)00010-2.	Penn D.L., Spaulding W., Reed D., Sullivan M. The relationship of social cognition to ward behavior in chronic schizophrenia. <i>Schizophr. Res.</i> 1996; 20(3):327-335. DOI:10.1016/0920-9964(96)00010-2.
26	Prouteau A., Verdoux H., Briand C., et al. Cognitive predictions of psychosocial functioning outcome in schizophrenia: a follow-up subjects participating in a rehabilitation program. — <i>Schizophr. Res.</i> — 2005. — Vol.77. — P.343-353. DOI: j.schres.2005.03.001	Prouteau A., Verdoux H., Briand C., et al. Cognitive predictions of psychosocial functioning outcome in schizophrenia: a follow-up subjects participating in a rehabilitation program. <i>Schizophr. Res.</i> 2005; 77:343-353. DOI: j.schres.2005.03.001.
27	Reeder C., Smedley N., Butt K., et al. Cognitive predictors of social functioning improvements following cognitive remediation for schizophrenia. <i>Schizophr. Bull.</i> — 2006. — Vol.32. — P.123-131. DOI:10.1093/schbul/sbl019.	Reeder C., Smedley N., Butt K., et al. Cognitive predictors of social functioning improvements following cognitive remediation for schizophrenia. <i>Schizophr. Bull.</i> 2006; 32:123-131. DOI:10.1093/schbul/sbl019.
28	Rich M., Caldwell H. A role of oxytocin in the etiology and treatment of schizophrenia. <i>Front. Endocrinol.</i> — 2015. — Vol.6. — P.90. DOI:10.3389/fendo.2015.00090.	Rich M., Caldwell H. A role of oxytocin in the etiology and treatment of schizophrenia. <i>Front. Endocrinol.</i> 2015; 6:90. DOI:10.3389/fendo.2015.00090.
29	Roberts D.L., Velligan D.I. Can social functioning in schizophrenia be improved through targeted social cognition intervention? <i>Rehabilitation Research and Practice.</i> — 2012. — Article ID742106. DOI:10.1155/2012/742106.	Roberts D.L., Velligan D.I. Can social functioning in schizophrenia be improved through targeted social cognition intervention? <i>Rehabilitation Research and Practice.</i> 2012; Article ID742106. DOI:10.1155/2012/742106.
30	Rund B.R., Borg N.E. Cognitive deficits and cognitive training in schizophrenic patients: a review. <i>Acta Psychiat. Scand.</i> — 1999. — Vol.100. — P. 85-95. DOI:10.1111/j.1600-0447.1999.tb10829.x.	Rund B.R., Borg N.E. Cognitive deficits and cognitive training in schizophrenic patients: a review. <i>Acta Psychiat. Scand.</i> 1999; 100:85-95. DOI:10.1111/j.1600-0447.1999.tb10829.x.
31	Savla G.N., Vell L., Armstrong C.C., et al. Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: a meta-analysis of the empirical evidence. <i>Schizophrenia Bull.</i> — 2013. — Vol.39 (5). — P.979-992. DOI:10.1093/schbul/sbs080.	Savla G.N., Vell L., Armstrong C.C., et al. Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: a meta-analysis of the empirical evidence. <i>Schizophrenia Bull.</i> 2013; 39(5):979-992. DOI:10.1093/schbul/sbs080.
32	Schmidt S.J., Mueller D.R., Roder V. Social cognition as a mediator variable between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: empirical review and new results by structural equation modeling. <i>Schizophr. Bull.</i> — 2011. — Vol.37. — P.41-54. DOI:10.1093/schbul/sbr079.	Schmidt S.J., Mueller D.R., Roder V. Social cognition as a mediator variable between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: empirical review and new results by structural equation modeling. <i>Schizophr. Bull.</i> 2011; 37(2):41-54. DOI:10.1093/schbul/sbr079.
33	Shilling P., Feifel D. Potential of oxytocin in the treatment of schizophrenia. — <i>CNS Drugs.</i> — 2016. — Vol.30(3). — P.193-208. DOI:10.1007/s40263-016-0315-x	Shilling P., Feifel D. Potential of oxytocin in the treatment of schizophrenia. <i>CNS Drugs.</i> 2016; 30(3):193-208. DOI:10.1007/s40263-016-0315-x.
34	Shin Y.J., Yoo Y.H., Kim Y.H. Self-perceived cognitive deficits and their relationship with internalized stigma and quality of life in patients with schizophrenia. — <i>Neuropsychiatr. Disease. Treat.</i> — 2016. — Vol.12. — P.1411-1417. DOI:10.2147/NDT.S108537.	Shin Y.J., Yoo Y.H., Kim Y.H. Self-perceived cognitive deficits and their relationship with internalized stigma and quality of life in patients with schizophrenia. <i>Neuropsychiatr. Disease. Treat.</i> 2016; 12:1411-1417. DOI:10.2147/NDT.S108537.
35	Stere R. The relationship between social condition and functional outcomes in schizophrenia. — <i>Procedia—Social and Behavioral Sciences.</i> — 2015. — Vol.187. — P.256-260. DOI:10.1016/j.sbspro.2015.03.048.	Stere R. The relationship between social condition and functional outcomes in schizophrenia. — <i>Procedia—Social and Behavioral Sciences.</i> 2015; 187:256-260. DOI:10.1016/j.sbspro.2015.03.048.

36	Subramaniam K., Luks T.L., Garret C., et al. Intensive cognitive training in schizophrenia enhances working memory and associated prefrontal cortical efficiency in a manner that drives long-term functional gains. — <i>Neuroimage</i> . — 2014. — Vol.99. — P. 81-292. Doi:10.106/j.neuroimage.2014.05.057.	Subramaniam K., Luks T.L., Garret C., et al. Intensive cognitive training in schizophrenia enhances working memory and associated prefrontal cortical efficiency in a manner that drives long-term functional gains. <i>Neuroimage</i> . 2014; 99:281-292. Doi:10.106/j.neuroimage.2014.05.057.
37	Tripathi A. et al. Cognitive deficits in schizophrenia: understanding the biological correlates and remediation strategies. <i>Clin. Psychopharmacol. Neurosci.</i> — 2018. — Vol.16. — P.7-17. DOI:10.9758/cpn.2018.16.1.7.	Tripathi A. et al. Cognitive deficits in schizophrenia: understanding the biological correlates and remediation strategies. <i>Clin. Psychopharmacol. Neurosci.</i> 2018; 16:7-17. DOI:10.9758/cpn.2018.16.1.7.
38	Vauth R., Rusch N., Wirtz M., Corrigan P.W. Does social cognitive influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning in schizophrenia? <i>Psychiatr. Res.</i> — 2004. — Vol.128. — P.155-165. DOI:10.1016/j.psychres.2004.05.018.	Vauth R., Rusch N., Wirtz M., Corrigan P.W. Does social cognitive influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning in schizophrenia? <i>Psychiatr. Res.</i> 2004; 128:155-165. DOI:10.1016/j.psychres.2004.05.018.
39	Velligan D. I., Prihoda T.J., Sui D., et al. The effectiveness of quetiapine versus conventional antipsychotics in improving cognitive and functional outcomes in standard treatment settings. <i>J. Clin. Psychiatry.</i> — 2003. — Vol. 64(5). — P.524-531.	Velligan D. I., Prihoda T.J., Sui D., et al. The effectiveness of quetiapine versus conventional antipsychotics in improving cognitive and functional outcomes in standard treatment settings. <i>J. Clin. Psychiatry.</i> 2003; 64(5):524-531.
40	Verdoux H., Monello E., Goumilloux A., et al. Self-perceived cognitive deficit and occupational outcome in persons with schizophrenia. <i>Psychiat. Res.</i> — 2010 Jul. — Vol.178. — P.437-439. DOI:10.1016/j.psychres.2010.04.031.	Verdoux H., Monello E., Goumilloux A., et al. Self-perceived cognitive deficit and occupational outcome in persons with schizophrenia. <i>Psychiat. Res.</i> 2010; 178:437-439. DOI:10.1016/j.psychres.2010.04.031.
41	Wiener D., Rybakowski J. Disturbances of social cognition in schizophrenia. <i>Psychiatr. Pol.</i> — 2006. — Vol.40. — P.205-218.	Wiener D., Rybakowski J. Disturbances of social cognition in schizophrenia. <i>Psychiatr. Pol.</i> 2006; 40: 205-218.

Сведения об авторах

Наталья Борисовна Лутова — гл.н.с., д.м.н., руководитель отделения интегративной фармакопсихотерапии больных с психическими расстройствами ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: lutova@mail.ru .

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

Ангедония как базовый синдром и мишень для терапевтического воздействия при депрессивном расстройстве

Мазо Г.Э.¹, Кибитов А.О.^{1,2}

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

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России

Резюме. В статье представлен аналитический обзор, нацеленный на определение влияния ангедонии на течение и терапевтический прогноз при депрессии. В настоящее время не существует определенно-го и специфического фармакологического подхода к лечению ангедонии при депрессии, хотя ясно, что все антидепрессанты, влияющие на симптомы депрессии в целом, действуют в определенной степени на ангедонию. Описаны современные взгляды на биологические механизмы, вовлеченные в формирование ангедонии, на основании которых возможен поиск препаратов с антиангедонической активностью. Представлены данные, на основании которых вортиоксетин может быть рассмотрен как анти-депрессант со специфическим антиангедоническим эффектом.

Ключевые слова: ангедония, депрессия, антидепрессанты, вортиоксетин

Anhedonia as a basic syndrome and a target for treatment for depressive disorder

Mazo G.E.¹, Kibitov A.O.^{1,2}

¹V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology

²V.P. Serbsky National Medical Research Center on Psychiatry and Addictions

Summary. The article presents an analytical review aimed at determining the effect of anhedonia on the course and therapeutic prognosis of depression. Currently, there is no specific pharmacological approach to the treatment of anhedonia in depression. It is clear all antidepressants that affect the symptoms of depression in general act to a certain extent on anhedonia. Modern views on the biological mechanisms involved in the formation of anhedonia are described, on the basis of which a search for drugs with anti-anhedonic activity is possible. Vortioxetine can be considered as an antidepressant with a specific anti-anhedonic effect.

Key words: anhedonia, depression, antidepressants, vortioxetine

Термин «ангедония» был введен в психиатрию Theodule-Armand Ribot в 1896 году [77]. Он определил ангедонию как неспособность испытывать удовольствие, и это относится как к симптому при различных психических расстройствах, так и к личностным чертам [53]. Сегодня ангедония рассматривается, как психопатологический, биологический и психологический конструкт, изучение которого находится в центре внимания ученых, занимающихся как клинической, так и фундаментальной медициной. Хотя наибольшее количество работ нацелено на изучение ангедонии при шизофрении, ангедония представлена также в клинической структуре большого количества других психических расстройств: тревожных расстройств и расстройств адаптации [84], злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами [56], приступообразного переживания [30]. Кроме того, вне зависимости от типа психического расстройства, ангедония связана с суицидальными идеями [64], законченным суицидом [27].

Ангедония всегда рассматривалась как базовый симптом тяжелой депрессии, тяжесть которой она определяет [53]. Согласно DSM-5, ангедония и сниженное настроение являются одними из ключевых диагностических признаков, которые

характеризуют депрессивный эпизод как часть рекуррентного депрессивного расстройства [63].

Для большинства психиатров именно концепция Клейна об эндогенной депрессии определяет интерес к понятию ангедонии [84]. Ангедония — решающий синдром для диагностики депрессии [82]. Её наличие — один из основных критериев для диагностики рекуррентного депрессивного расстройства по МКБ-10 и большого депрессивного расстройства по DSM-IV. Ангедония как диагностический критерий, обладает высокой чувствительностью и специфичностью для выявления заболевания [89; 41].

Отсутствие реактивности настроения и ангедония — ключевые диагностические критерии меланхолического подтипа DSM-IV-TR при большой депрессии, который рассматривают с одних позиций, как состояние, определяющее тяжесть депрессивных проявлений, а с других — как особый подтип депрессии [68], который требует специфических терапевтических подходов.

Ангедония в популяции пациентов с депрессивным расстройством регистрируется в зависимости от способа оценки в 40-75% случаев [29; 80]. В популяции женщин, страдающих депрессией, ангедония регистрируется существенно чаще, до 90% случаев [70], что ставит вопрос о заде-

ствованности нейроэндокринологических механизмов в формировании этого синдрома.

Патофизиологические механизмы формирования ангедонии

Вероятно, имеются взаимосвязанные генетические, биохимические и нейробиологические механизмы формирования ангедонии, способствующие высокому исходному уровню риска развития ангедонии в течение всей жизни индивидуума.

Нейробиологической основой ангедонии считаются нарушения системы «награды» мозга (reward system), [18; 17; 50; 33], которая играет важнейшую роль в этиологии и патогенезе депрессии. [28; 38]. В рамках представления о синдроме дефицита системы награды (reward deficiency syndrome, RDS), нарушения нейромедиации дофамина являются ключевым механизмом формирования ангедонии как базового феномена депрессии [32].

Большинство современных исследований связывают ангедонию с нарушениями нейромедиации дофамина (ДА) в системе награды при существенном влиянии систем стрессорного реагирования вне зависимости от клинического контекста ангедонии при аффективных нарушениях [75; 86; 19; 17]. Дополнительными нейромедиаторными системами, важными для развития и поддержания ангедонии, считаются также ГАМК-эргическая, эндогенная каннабиноидная и система нейромодулятора орексина [18], а также система серотонина [17; 47].

Имеются данные о связи нарушений липидного спектра и С-реактивного белка с ангедонией и депрессией [52; 98; 89], а также о механизмах влияния воспаления на нейромедиацию дофамина и систему награды с формированием ангедонии [24], в том числе, в рамках депрессии [66; 98].

Важнейшая роль как при депрессии, так и в рамках ангедонии и функционирования системы награды принадлежит нейротрофическому фактору мозга BDNF [16; 12].

Определение гликированного гемоглобина у обследованных пациентов позволяет выявить признаки сахарного диабета, при котором часто выявляется ангедония и депрессия [15]. Более того, инсулинорезистентность, которая является облигатным симптомом диабета второго типа и выявляется в разной степени выраженности у многих пациентов с депрессией, может быть одним из патофизиологических механизмов формирования ангедонии [34].

Влияние ангедонии на течение депрессивного расстройства

Различные исследования показали, что ангедония может проявляться как ранний симптом и предшествовать наступлению развернутого депрессивного эпизода [23]. Вместе с тем, ангедония — распространенный резидуальный симптом, остающийся после лечения [88; 83]. Присутствие резидуальных симптомов влияет на устойчивость

терапевтического эффекта, социальное и межличностное функционирование и прогноз течения заболевания в целом [39; 69]. Резидуальные симптомы ассоциируются с повышенным риском обострения при депрессивном расстройстве. При построении вероятностных моделей прогноза, достижение неполного ремиссионного состояния было расценено, как наиболее мощный предиктор (по сравнению с выраженностью депрессивной симптоматики, возрастом и количеством перенесенных депрессивных эпизодов) обострения в течение последующих 4 лет [74].

Резидуальные симптомы увеличивают опасность хронического течения депрессии, что связано с увеличением количества приступов заболевания, удлинением времени нахождения в болезненном состоянии. При изучении этого вопроса интерес представляет гипотеза Fava G.A., Fabbri S, Sonino N. (2002), которые провели анализ связи резидуальных и продромальных симптомов при депрессии [26]. В своих рассуждениях они опирались на описанный в 1971 году «roll-back феномен», по которому при психических заболеваниях болезненные проявления продромальных этапов повторяются в обратном порядке при становлении ремиссии [22]. Согласно «roll-back феномену» имеется и временная связь между длительностью развития заболевания и продолжительностью этапа становления ремиссии: чем длительнее продромальный период, тем длительнее сохраняются резидуальные симптомы и наоборот. Так формируется «порочный круг», в результате которого со временем уменьшается продолжительность бессимптомного состояния. Таким образом, продромальные симптомы имеют важное физиологическое значение для развития заболевания.

В случае, если ангедония существует длительное время в качестве резидуальных симптомов, то прогрессируя, она может выступать как продромальный симптом, что ведет к утяжелению течения заболевания и формированию хронических депрессивных состояний.

Выраженность ангедонии коррелирует с тяжестью депрессии [40; 58], прогнозирует плохой терапевтический прогноз [85; 11] и является одним из важных симптомов у пациентов с резистентностью к лечению [55].

Усиление ангедонии может быть однозначно связано с другими симптомами депрессии, в частности, являющимися предикторами суицидальности [96].

Изучение соматического состояния пациентов с депрессивным расстройством — является важным направлением современной психиатрии [1]. При наличии ангедонии образ жизни пациентов с депрессией может быть нарушен из-за отсутствия мотивации к физической активности и здоровым пищевым привычкам [31; 67]. Наличие ангедонии, независимо от диагноза расстройства настроения, связано с повышенным потреблением пищи, перееданием и ожирением [42; 46].

В то время как существует множество сообщений о связи между депрессией и метаболическим

синдромом, значительно реже прицельно изучаются взаимосвязи между метаболическими изменениями и ангедонией [31; 67].

В популяционном кросс-секционном исследовании, включавшем 1560 молодых взрослых в возрасте 18–24 лет, было показано, что у индивидуумов с депрессией и ангедонией, метаболический синдром имел более высокую распространенность, чем у лиц с наличием депрессии без ангедонии. Более высокие уровни глюкозы, общего холестерина, триглицеридов, ЛПНП-холестерина и более низкие уровни ЛПВП-холестерина также наблюдались у обследуемых с ангедонией в структуре депрессии [70].

Ангедония независимо связана с основными неблагоприятными соматическими проявлениями и смертностью от всех причин [21; 62]. Недавнее исследование с участием 1465 пациентов с диабетом 2 типа показало, что ангедония предсказала двукратное увеличение смертности. В этом исследовании пациенты наблюдались в течение 5,5 лет, что позволило предположить, что ангедония прогнозирует более короткое время выживания, главным образом из-за сердечно-сосудистого риска [62].

Таким образом, ангедония не только определяет тяжесть и особенности течения депрессивного расстройства, но и выступает как предиктор риска суицида и соматического неблагополучия пациентов с депрессивным расстройством.

Терапевтические аспекты ангедонии в рамках депрессивного расстройства

Влияние ангедонии на течение депрессии, ее тяжесть, опасность суицида, соматический статус, качество жизни пациента делают ее объектом для изучения целевых терапевтических подходов, что определяет интерес к оценке антиангедонической активности современных антидепрессантов [37; 93]. Учитывая в целом тимоаналептическую активность антидепрессантов, есть основания оценивать и их влияние собственно на ангедонию. Вместе с тем, не так много исследований, в которых прицельно оценивался этот аспект действия препаратов. В стандартных психометрических шкалах, используемых в клинических исследованиях (Шкала депрессии Гамильтона, шкала Монтгомери-Асберг), ангедония оценивается как отдельный пункт, но этого недостаточно для изучения антиангедонической активности проводимой терапии. Наиболее известные шкалы ангедонии относительно громоздки, малочувствительны к состоянию пациента и непригодны в клинических условиях. Наиболее удобным инструментом для планомерного изучения гедонистических особенностей считается Шкала для оценки удовольствия Снайта-Гамильтона (Snaith-Hamilton Pleasure Scale, SHAPS), которая является надежным и валидным инструментом для оценки гедонистического опыта у пациентов с аффективной патологией [5]. Вместе с тем, эта шкала достаточно редко используется в клинических исследова-

ниях, нацеленных на изучения эффективности антидепрессантов.

В 2019 году впервые опубликован мета-обзор исследований оценки антиангедонической активности антидепрессантов. Из 336 исследований в мета-обзор было включено всего 17, в которых использовались валидные методы оценки ангедонии [14]. Основной вывод, к которому пришли авторы: недостаточное количество валидных исследований и большой разброс психометрических инструментов для оценки ангедонии затрудняют проведение корректной оценки антиангедонической активности антидепрессантов.

Влияние антидепрессантов на симптомы ангедонии может быть связано с их нейробиологическим воздействием на дофаминовые нейромедиаторные системы. Например, предполагалось, что нарушение дофаминергической передачи у людей с депрессией может коррелировать именно с повышенной тяжестью ангедонии и необязательно с другими симптомами депрессии [89].

В ранних исследованиях выделяли «истинно ангедоническую» депрессию, которую рассматривали как синоним меланхолии. Терапевтическая особенность этого типа депрессии — более значимый ответ на трициклические антидепрессанты (ТЦА), чем при других типах депрессии [43]. Более поздние исследования подтвердили связь между меланхолией и ангедонией [73]. Было обнаружено, что пациенты с меланхолической депрессией имели более выраженную реакцию на ТЦА широкого действия, чем антидепрессанты узкого действия (например, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) [90].

Хотя СИОЗС и рассматриваются как препараты первого выбора при лечении депрессивных состояний, однако, приблизительно 30% пациентов не отвечают на их прием [4; 2]. В целом, хотя единичные исследования сообщают о влиянии СИОЗС (эсциталопрама, сертралина) на ангедонию [25,49; 9], надо признать их низкую эффективность. В нескольких крупных исследованиях сообщалось об ангедонии как предикторе отсутствия ответа на СИОЗС [91; 92]. В частности, при использовании СИОЗС у пациентов-подростков с депрессиями ангедония являлась единственным уникальным отрицательным предиктором времени до ремиссии и числа дней без депрессии [60].

Интерес к анализу антиангедонической активности **агомелатина** сопряжен с оригинальным механизмом действия препарата. Агомелатин является мелатонинергическим антидепрессантом, который в основном активирует МТ1/МТ2рецепторы, регулируя тем самым циркадные ритмы в супрахиазматических ядрах гипоталамуса. Агомелатин также является антагонистом 5HT_{2C} рецепторов, что повышает уровень серотонина и дофамина в лобной коре [76]. В клинических исследованиях было показано влияние агомелатина на проявления ангедонии [20; 65; 57]. Следует отметить, что большинство исследований, посвященных изучению антиангедонического действия агомелатина, были неконтролируемыми, открытыми и включа-

ли небольшие выборки пациентов. Тем не менее, было сделано предположение, что специфический эффект ресинхронизации циркадного ритма может способствовать регуляции гедонической способности [36].

Фармакодинамический профиль **вортиоксетина**, а также прокогнитивные эффекты этого препарата [59;3] дали возможность предположить, что вортиоксетин может ослаблять выраженность ангедонии у пациентов с депрессивным расстройством [13]. Проведенное в Канаде на 95 пациентах с большим депрессивным расстройством (м-33, ж-62, ср. возраст — 39 лет) 8-недельное открытое исследование с оценкой выраженности ангедонии по шкале SHAPS показало не только антидепрессивную, но и выраженную антиангедоническую активность вортиоксетина, что способствовало улучшению социального функционирования [13].

В этой работе помимо шкалы SHAPS использовалась шкала Монтомгери-Асберг для оценки депрессии и шкала Шихана (SDS) для оценки уровня функционирования. Через 8 недель у 52% пациентов по шкале SHAPS была зафиксирована ремиссия ($\square 3$ балла). Редукция проявлений ангедонии являлась мощным фактором, модулирующим связь уменьшения депрессивной симптоматики с улучшением социального функционирования ($p=0,026$), причем этот эффект не зависел от общего воздействия вортиоксетина на депрессивные симптомы.

Авторы идентифицировали несколько факторов, оказывающих влияние на выраженность редукции ангедонии на фоне приема вортиоксетина. Так, у женщин препарат влиял на ангедонию в большей степени, чем у мужчин. Наличие психических проблем у родственников, напротив, делало уменьшение проявлений ангедонии менее вероятным.

Авторы напоминают, что вортиоксетин является антидепрессантом, не только редуцирующим депрессивную симптоматику, но и улучшающим психосоциальное функционирование и качество жизни пациентов. При этом результаты исследования указывают, что улучшение функционирования и качества жизни во многом связаны с редукцией ангедонии.

Влияние вортиоксетина на ангедонию связано с особенностями его механизма действия, которые определяется мультимодальной активностью препарата. Вортиоксетин, как было показано в исследованиях, модулирует не только моноаминергическую активность (серотонин, норадреналин и дофамин), но также и активность гистаминовой, ацетилхолиновой, GABA и глутаматовой систем [7]. Вортиоксетин ингибирует белок-транспортер серотонина (SERT), а также является антагонистом рецепторов 5-HT_{1D}, 5-HT₃ и 5-HT₇, частичным агонистом 5-HT_{1B} и агонистом 5-HT_{1A} [81]. Ингибирование выше указанных 5-HT рецепторов отвечает за антидепрессивный и анксиолитический эффекты [6]. Предполагается, что ингибирование SERT в сочетании с агонистиче-

ским действием на 5-HT_{1A} рецепторы вызывает выраженный и быстрый антидепрессивный ответ [8]. Вортиоксетин действует также как антагонист 5-HT₃ рецепторов, что ведет к усилению норадреналиновой и ацетилхолиновой передачи в переднем мозге [6]. Антагонизм 5-HT₇ в свою очередь может повышать уровень серотонина в корково-шовных глутаматергических нисходящих путях [35]. Наконец, вортиоксетин — частичный агонист 5-HT_{1B} рецепторов и антагонист 5-HT_{1D} [61]. В экспериментальных исследованиях на крысах показано, что антидепрессивный эффект агонистов 5-HT_{1B} рецепторов зависит от дофаминовой и норадреналиновой нейротрансмиссии [45]. Экспериментальные данные свидетельствуют, что улучшение когнитивных функций при воздействии вортиоксетина связано с его эффектами на взаимосвязанную нейромедиаторную систему «ГАМК-глутамат» [71; 78], важных элементов формирования и поддержания ангедонии в их взаимодействии с ДА нейромедиацией.

Кроме влияния на нейромедиаторные системы, вортиоксетин имеет ряд дополнительных механизмов, определяющих выраженность антиангедонического эффекта. Так, вортиоксетин обладает значительной иммуномодуляторной активностью [87] и способен снижать уровень воспаления, что может быть важным элементом его терапевтического эффекта, в том числе, связанного со снижением уровня ангедонии. Изучение влияния данного антидепрессанта на иммуномодулирующие и противовоспалительные процессы в макрофагах человека показало, что вортиоксетин в значительной степени снижал выраженность индуцированного окислительного «взрыва» в моноцитах [87]. Снижение выраженности окислительных процессов отмечалось также в формировавшихся из моноцитов макрофагах через 6 дней после воздействия препарата. При этом вортиоксетин индуцировал экспрессию гена PPAR γ в моноцитах и обеих популяциях макрофагов (M1 и M2 фенотипах). Экспрессия PPAR γ повышается в процессе дифференцировки моноцитов в макрофаги и ведет к преобладанию их противовоспалительного (M2) фенотипа. Таким образом, данные исследований показали, что вортиоксетин через экспрессию PPAR γ программирует моноциты на преимущественно противовоспалительную дифференцировку.

Важнейшая роль, как при депрессии, так и в рамках ангедонии и функционирования системы награды принадлежит нейротрофическому фактору мозга BDNF [16]. При этом показано, что вортиоксетин, способен повышать уровни BDNF у пациентов с депрессией [82], что сопровождается улучшением когнитивных функций у пациентов [97]. В экспериментах на животных вортиоксетин увеличивает синтез BDNF в гиппокампе и снижает проявления реакции на стрессоры, вероятно через взаимодействие с гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой осью [10]. Этот эффект характерен именно для вортиоксетина, но не для, например, флуоксетина при проведении эксперимента

с животными в условиях хронического неизбежного стресса средней интенсивности, как наиболее корректной поведенческой модели депрессии [54].

Возможно, эти эффекты связаны и с позитивным влиянием вортиоксетина на процессы нейропластичности [94], которые специфичны для вортиоксетина, в отличие от флуоксетина [48]. Показаны существенные эффекты вортиоксетина при длительном и хроническом приеме на уровне глубинных механизмов регуляции-модуляции экспрессии генов систем нейропластичности [95].

Вортиоксетин и дулоксетин в экспериментах на животных улучшают показатели функциональной коннективности со специфическими региональными эффектами для вортиоксетина [72]. Также установлено позитивное влияние вортиоксетина на синхронизацию нейронных сетей в процессе когнитивного функционирования [51].

Таким образом, использование вортиоксетина можно рассматривать как один из эффективных методов влияния на ангедонию в структуре депрессии.

Заключение

Ангедония — психопатологическое нарушение, изучение которого открывает новые грани понимания не только биологических основ развития депрессивного расстройства в целом, отдельных его подтипов, но и дает возможность полу-

чить новые знания о коморбидности психических и соматических заболеваний.

Ангедония служит симптоматическим барьером для функционального восстановления при депрессивном расстройстве и имеет тенденцию сохраняться, несмотря на разрешение других симптомов депрессии, что определяет интерес в оценке, собственно, антиангедонической активности антидепрессантов. Анализ современных исследований дает основания полагать, что влияние на ангедонию можно рассматривать как показатель общего улучшения, свидетельствующего о вероятности положительного влияния лечения на социальное функционирование и качество жизни пациента.

В настоящее время не существует определенного и специфического фармакологического подхода к лечению ангедонии при депрессии, хотя ясно, что все антидепрессанты, влияющие на симптомы депрессии в целом, действуют в определенной степени на ангедонию. Планирование исследований с учетом оценки антиангедонической активности антидепрессантов будет способствовать формированию доказательной базы для разработки терапевтических подходов, нацеленных на достижение функциональной ремиссии при депрессивном расстройстве.

Конфликт интересов: Статья подготовлена при поддержке компании Lundbeck.

Литература

1. Депрессия и риск развития соматических заболеваний. Руководство для врачей (под редакцией Незнанов Н.Г., Мазо Г.Э., Кибитов А.О.) — М. Спец. Изд-во мед. кн., 2018; 248. [Depressiya i risk razvitiya somaticheskikh zabolevani. I. Rukovodstvo dlya vrachei (pod redaktsiei Neznanov N.G., Mazo G.E., Kibitov A.O.) — M. Spets. Izdatel'stvo med.kn., 2018; 248.] (In Russ.)
2. Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г. Депрессивное расстройство/— М. ГЭОТАР-Медиа, Москва. — 2018. — 112с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») [Mazo G.E., Neznanov N.G. Depressivnoe rasstroistvo. — M. GEHOTAR-Media, Moskva. — 2018. — 112s. (Seriya «Biblioteka vracha-spetsialista»)] (In Russ.)
3. Незнанов Н.Г., Мазо Г.Э., Рукавишников Г.В. Влияние антидепрессантов на когнитивные функции пациентов с депрессивным расстройством. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2015; 3:75–82. [Neznanov N.G., Mazo G.E., Rukavishnikov G.V. Vliyanie antidepressantov na kognitivnye funktsii patsientov s depressivnym rasstroistvom. // Obzrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva. 2015; 3:75–82] (In Russ.)
4. Al-Harbi KS. Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions. Patient Prefer. Adherence. 2012; 6:369–388. DOI: 10.2147/PPA.S29716
5. Ameli R, Luckenbaugh DA., Gould NF, Kathleen Holmes M, Lally N, Ballard ED, & Zarate CA. SHAPS-C: The Snaith-Hamilton pleasure scale modified for clinician administration. PeerJ. 2014; 1:e429. <https://doi.org/10.7717/peerj.429>
6. Bang-Andersen B, Ruhland T, Jorgensen M, et al. Discovery of 1-(2-(2,4-dimethylphenylsulfanylmethyl)piperazine (Lu AA21004): a novel multimodal compound for the treatment of major depressive disorder. — J Med Chem. 2011; 54:3206–3221. DOI: 10.1021/jm101459g
7. Betry C, Etievant A, Pehrsonb A, Sanchez C, Had-djeri N. Effect of the multimodal acting antidepressant vortioxetine on rat hippocampal plasticity and recognition memory — Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry. 2015; 58:38–46. doi.org/10.1016/j.pnpbp.2014.12.002
8. Blier P, Bergeron R, de Montigny C. Selective activation of postsynaptic 5-HT1A receptors induces rapid antidepressant response. Neuro-psychopharmacology. 1997; 16:333–338. DOI.org/10.1016/S0893-133X(96)00242-4
9. Boyer P, Tassin JP, Falissart B, Troy S. Sequential improvement of anxiety, depression and anhedonia with sertraline treatment in patients with major depression. J. Clin. Pharm. Ther. 2000; 25:363–371. PMID: 11123488
10. Brivio P, Corsini G, Riva MA, Calabrese F. Chronic vortioxetine treatment improves the responsive-

- ness to an acute stress acting through the ventral hippocampus in a glucocorticoid-dependent way. *Pharmacol Res.* 2019; 142:14-21. doi: 10.1016/j.phrs.2019.02.006.
11. Buckner JD, Joiner TE Jr, Pettit JW, Lewinsohn PM, Schmidt NB. Implications of the DSM's emphasis on sadness and anhedonia in major depressive disorder. *Psychiatry Res.* 2008; 159:25-30. DOI: 10.1016/j.psychres.2007.05.010
 12. Burstein O, Franko M, Gale E, Handelsman A, Barak S, Motsan Set al.,. Escitalopram and NHT normalized stress-induced anhedonia and molecular neuroa- daptations in a mouse model of depression. *PLoS One.* 2017; 12: e0188043
 13. Cao B, Park C, Subramaniapillai M, Lee Y, Iacobucci M, Mansur RB, Zuckerman H, Phan L and McIntyre RS. The Efficacy of Vortioxetine on Anhedonia in Patients With Major Depressive Disorder. *Front. Psychiatry.* 2019; 10:17. doi: 10.3389/fpsy.2019.00017
 14. Cao B, Zhu J, Zuckerman H, Rosenblat J, Brietzke E, Pan Z, Subramanieapillai M, Park C, Lee Y, McIntyre R. Pharmacological interventions targeting anhedonia in patients with major depressive disorder: A systematic review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry.* 2019; 92:109-117. DOI.org/10.1016/j.pnpbp.2019.01.002.
 15. Carter J, Swardfager W. Mood and metabolism: Anhedonia as a clinical target in Type 2 diabetes. *Psychoneuroendocrinology.* 2016; 69:123-132. doi: 10.1016/j.psyneuen.2016.04.002
 16. Caviedes A, Lafourcade C, Soto C, Wyneken U. BDNF/NF- κ B Signaling in the Neurobiology of Depression. *Curr Pharm Des.* 2017; 23:3154-3163. DOI: 10.2174/138161282366617011141915
 17. Cléry-Melin ML1, Jollant F1, Gorwood P1. Reward systems and cognitions in Major Depressive Disorder *CNS Spectr.* 2019; 24:64-77. DOI: 10.1017/S1092852918001335
 18. Coccorello R. Anhedonia in depression symptomatology: Appetite dysregulation and defective brain reward processing. *Behav Brain Res.* 2019; 372:112041. doi: 10.1016/j.bbr.2019.112041.
 19. Cooper JA, Arulpragasam AR, Treadway MT. Anhedonia in depression: biological mechanisms and computational models. *Curr Opin Behav Sci.* 2018; 22:128-135. doi: 10.1016/j.cobeha.2018.01.024.
 20. Corruble E, de Bodinat C, Belaidi C, Goodwin GM Efficacy of agomelatine and escitalopram on depression, subjective sleep and emotional experiences in patients with major depressive disorder: a 24-wk randomized, controlled, double-blind trial. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2013; 16: 2219-2234. doi. org/10.1017/S1461145713000679
 21. Davidson, K.W., Burg, M.M., Kronish, I.M., Shimbo, D., Dettenborn, L., Mehran, R., et al.,. Association of anhedonia with recurrent major adverse cardiac events and mortality 1 year after acute coronary syndrome. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2010; 67:480-488. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.36
 22. Detre TP, Jarecki H. *Modern Psychiatric Treatment.* Lippincott, Philadelphia, PA: Lippincott. 1971.
 23. Dryman A, Eaton WW. Affective symptoms associated with the onset of major depression in the community: findings from the US National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area Program. *Acta Psychiatr. Scand.* 1991; 84:1-5.
 24. Eisenberger NI, Berkman ET, Inagaki TK, Rameson LT, Mashal NM, Irwin MR. Inflammation-induced anhedonia: endotoxin reduces ventral striatum responses to reward. *Biol Psychiatry.* 2010; 68(8):748-754. doi:10.1016/j.biopsych.2010.06.010.
 25. Farabaugh A, Fisher L, Nyer M, Holt D, Cohen M, Baer L, et al. Similar changes in cognitions following cognitive-behavioral therapy or escitalopram for major depressive disorder: implications for mechanisms of change. *Ann. Clin. Psychiatry.* 2015; 27:118-126. PMID: 25954938
 26. Fava GA, Fabbri S, Sonino N. Residual symptoms in depression: An emerging therapeutic target. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry.* 2002; 26:1019-1027. PMID: 12452521
 27. Fawcett J. The morbidity and mortality of clinical depression. Special Issue: affective disorders: current and future perspectives. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1993; 8:217-220.
 28. Fox ME, Lobo MK. The molecular and cellular mechanisms of depression: a focus on reward circuitry. *Mol Psychiatry.* 2019; 9. DOI: 10.1038/s41380-019-0415-3.
 29. Franken IH, Rassin E, Muris P. The assessment of anhedonia in clinical and non-clinical populations: further validation of the Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS). *J Affect Disord.* 2007; 99:83-89. DOI: 10.1016/j.jad.2006.08.020;
 30. Franken IHA, Zijlstra C, Muris P. Are nonpharmacological induced rewards related to anhedonia? A study among skydivers. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* 2006; 30:297-300. DOI.org/10.1016/j.pnpbp.2005.10.011
 31. Ghanei Gheshlagh R, Parizad N, Sayehmiri K, The relationship between depression and metabolic syndrome: systematic review and meta-analysis study. *Iran Red Crescent Med. J.* 2016; 18:e26523. DOI: 10.5812/ircmj.26523
 32. Gold MS, Blum K, Febo M, Baron D, Modestino EJ, Elman I., Badgaiyan RD. Molecular role of dopamine in anhedonia linked to reward deficiency syndrome (RDS) and antireward systems. *Front Biosci (Schol Ed).* 2018; 10:309-325. DOI:10.2741/s518
 33. Gorwood P. Neurobiological mechanisms of anhedonia // *Dialogues in Clinical Neuroscience.* 2008; 3: 291-299.
 34. Hamer JA, Testani D, Mansur RB, Lee Y, Subramaniapillai M, McIntyre RS. Brain insulin resistance: A treatment target for cognitive impairment and anhedonia in depression. *Exp Neurol.* 2019; 315:1-8. DOI: 10.1016/j.expneurol.2019.01.016. Epub 2019 Jan 26.
 35. Harsing LG Jr, Prauda I, Barkoczy J, et al. A 5-HT₇ heteroreceptor-mediated inhibition of (3H) serotonin release in raphe nuclei slices of the rat: evidence for a serotonergic-glutamatergic interac-

- tion. — *Neurochem Res* 2004;29(8):1487-97. DOI: org/10.1023/B:NERE.0000029560.14262.39
36. Hasler BP, John Allen JB, David Sbarra A, Richard Bootzin R, Rebecca Bernert A. Phase relationships between core body temperature, melatonin, and sleep are associated with depression severity: further evidence for circadian misalignment in non-seasonal depression. *Psychiatry Res.* 2010;178:205–207. doi: 10.1016/j.psychres.2010.04.027
 37. Hatzigiakoumis DS, Martinotti G, Giannantonio MD, Janiri L. Anhedonia and substance dependence: clinical correlates and treatment options. *Front. Psych.* 2011; 2:10. doi: 10.3389/fpsy.2011.00010
 38. Heininga VE, Dejonckheere E, Houben M, Obbels J, Sienaert P, Leroy B, van Roy J, Kuppens P. The dynamical signature of anhedonia in major depressive disorder: positive emotion dynamics, reactivity, and recovery. *BMC Psychiatry.* 2019; 19:59. doi: 10.1186/s12888-018-1983-5
 39. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, et al. Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *J Affect Dis.* 1998; 50:97-108.
 40. Kaviani H, Gray J, Checkley S, Raven P, Wilson G, Kumari V. Affective modulation of the startle response in depression: influence of the severity of depression, anhedonia, and anxiety. *Journal of Affective Disorders.* 2004; 83:21–31. DOI:org/10.1016/j.jad.2004.04.007
 41. Kennedy S.H. Core symptoms of major depressive disorder: relevance to diagnosis and treatment // *Dialogues in Clinical Neuroscience.* 2008; 10:271–277. PMID: 18979940
 42. Keranen AM, Rasinaho E, Hakko H, Savolainen M, Lindeman S. Eating behavior in obese and overweight persons with and without anhedonia. *Appetite.* 2010; 55:726–729. doi.org/10.1016/j.appet.2010.08.012
 43. Klein D. Endogenomorphic depression. A conceptual and terminological revision. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1974; 31:447–454.
 44. Klein D. Depression and anhedonia. In: Clark, C., Fawcett, J. (Eds.), *Anhedonia and Affect Deficit States.* PMA Publishing, New York. 1984; P. 1–14.
 45. Kłodzińska A, Tatarczyńska E, Stachowicz K, Chojnacka-Wójcik E. The anxiolytic-like activity of AIDA (1-aminoindan-1,5-dicarboxylic acid), an mGlu 1 receptor antagonist. *J PhysiolPharmacol.* 2004; 55:113-126.
 46. Komulainen T, Keranen AM, Rasinaho E, Hakko H, Savolainen MJ, Kujari ML et al. Quitting a weight loss program is associated with anhedonia: preliminary findings of the lifestyle intervention treatment evaluation study in northern Finland. *Int. J. Circumpolar Health.* 2011; 70:72–78. DOI: 10.3402/ijch.v70i1.17795
 47. Kranz GS, Kasper S, Lanzenberger R. Reward and the serotonergic system. *Neuroscience.* 2010; 166(4):1023-1035. DOI:10.1016/j.neuroscience.2010.01.036.
 48. Kugathasan P, Waller J, Westrich L, Abdourahman A, Tamm JA, Pehrson AL, Dale E, Gulinello M, Sanchez C, Li Y. In vivo and in vitro effects of vortioxetine on molecules associated with neuroplasticity. *J Psychopharmacol.* 2017; 31:365-376. doi: 10.1177/0269881116667710.
 49. Lally N, Nugent AC, Luckenbaugh DA, Niciu MJ, Roiser JP, Zarate Jr. CA. Neural correlates of change in major depressive disorder anhedonia following open-label ketamine. *J. Psychopharmacol.* 2015; 29:596–607. doi: 10.1177/0269881114568041
 50. Lambert C, Da Silva S, Ceniti AK, Rizvi SJ, Fousias G, Kennedy SH. Anhedonia in depression and schizophrenia: A transdiagnostic challenge. *CNS NeurosciTher.* 2018; 24:615-623. doi: 10.1111/cns.12854.
 51. Laursen B, Bundgaard CH, Graversen C, Grupe M, Sanchez C, Leiser SC, Sorensen HBD, Drewes AM, Bastlund JF. Acute dosing of vortioxetine strengthens event-related brain activity associated with engagement of attention and cognitive functioning in rats. *Brain Res.* 2017; 1664:37-47. DOI: 10.1016/j.brainres.2017.03.024.
 52. Loas G, Dalleau E, Lecointe H, Yon V. Relationships between anhedonia, alexithymia, impulsivity, suicidal ideation, recent suicide attempt, C-reactive protein and serum lipid levels among 122 inpatients with mood or anxious disorders. *Psychiatry Res.* 2016; 246:296-302. doi: 10.1016/j.psychres.2016.09.056.
 53. Loas G, Pierson A, Anhedonia in psychiatry: a review. *Ann. Med. Psychol. Paris.* 1989; 147:705–717.
 54. Lu Y, Ho CS, McIntyre RS, Wang W, Ho RC. Effects of vortioxetine and fluoxetine on the level of Brain Derived Neurotrophic Factors (BDNF) in the hippocampus of chronic unpredictable mild stress-induced depressive rats. *Brain Res Bull.* 2018; 142:1-7. DOI: 10.1016/j.brainresbull.2018.06.007
 55. Malhi, G.S., Berk, M., 2007. Does dopamine dysfunction drive depression? *Acta Psychiatr. Scand.* 115 (Suppl 433), 116–1247 doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.00969.x
 56. Martinotti G., Carli V., Tedeschi D., Di Giannantonio M, Roy A, Janiri L, Sarchiapone M. Mono- and polysubstance dependent subjects differ on social factors, childhood trauma, personality, suicidal behaviour, and comorbid Axis I diagnoses. *Addict. Behav.* 2009;34 (9):790–793
 57. Martinotti G, Sepede G, Gambi F, Di Iorio G, De Berardis D, Di Nicola, M, Onofri M, Janiri L, Di Giannantonio M. Agomelatine versus Venlafaxine XR in the treatment of anhedonia in major depressive disorder: a pilot study. *J. Clin. Psychopharmacol.* 2012;32 (4): 487–491. doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74135-4
 58. Mathews JR, Barch DM. Episodic memory for emotional and non-emotional words in individuals with anhedonia. *Psychiatry Research* 2006;143: 121–133. doi.org/10.1016/j.psychres.2005.07.030
 59. McIntyre RS, Harrison J, Loft H, Jacobson W, Olsen CK. The effects of vortioxetine on cognitive function in patients with major depressive disorder: a meta-analysis of three randomized controlled trials. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2016; 19(10) .

- DOI: 10.1093/ijnp/ pyw055:
60. McMakin DL, Olino TM, Porta G, Dietz LJ, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Asarnow JR, Ryan ND, Birmaher B, Shamseddeen W, Mayes T, Kennard B, Spirito A, Keller M, Lynch FL, Dickerson JF, Brent DA. Anhedonia predicts poorer recovery among youth with selective serotonin reuptake inhibitor treatment-resistant depression. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2012; 51:404–411. DOI: 10.1016/j.jaac.2012.01.011
 61. Mørk A, Montezinho LP, Miller S, Trippodi-Murphy C, Plath N, Li Y, Gulinello M, Sanchez C. Vortioxetine (Lu AA21004), a novel multimodal antidepressant, enhances memory in rats. *Pharmacol Biochem Behav.* 2013 Apr; 105: 41–50. /DOI: org/10.1016/j.pbb.2013.01.019
 62. Nefs G, Pop VJ, Denollet J, Pouwer F. Depressive symptoms and all-cause mortality in people with type 2 diabetes: a focus on potential mechanisms. *Br. J. Psychiatry.* 2016; 209 (2):142–149. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.154781
 63. NIMH. Definitions of the RDoC Domains and Constructs (2018). Available online at: <https://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/definitions-of-the-rdoc-domains-and-constructs.shtml>
 64. Oei TI, Verhoeven WM, Westenberg HG, Zwart FM, van Ree JM. Anhedonia, suicide ideation and dexamethasone nonsuppression in depressed patients. *J. Psychiatr. Res.* 1990; 24: 25–35
 65. Olie JP, Kasper S. Efficacy of agomelatine, a MT1/MT2 receptor agonist with 5-HT2C antagonistic properties, in major depressive disorder. *J. Neuropsychopharmacol.* 2007;10 (5):661–673. DOI: 10.1017/S1461145707007766
 66. Pan Z, Rosenblat JD, Swardfager W3, McIntyre RS4. Role of Proinflammatory Cytokines in Dopaminergic System Disturbances, Implications for Anhedonic Features of MDD. *Curr Pharm Des.* 2017;23(14):2065–2072. doi: 10.2174/1381612823666170111144340;
 67. Pan, A, Keum N, Okereke OI, Sun Q, Kivimaki M, Rubin RR, et al. Bidirectional association between depression and metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Diabetes Care.* 2012;35(5):1171–1180. doi: 10.2337/dc11-2055
 68. Parker G, Hadzi-Pavlovic D. 1996. *Melancholia: A Disorder of Movement and Mood.* Cambridge University Press, Cambridge, UK
 69. Paykel ES, Scott J, Teasdale JD, Johnson AL, Garland A, Moore R, et al Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:829–835
 70. Pedrotti MF, Karen J, Taiane C, Thaise M, Vieira SI, Magalhães P, Kapczinski F, Souza L, Silva R, Oses J, Wiener C, Metabolic syndrome, depression and anhedonia among young adults. *Psychiatry Research.* 2019;271:306–310. doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.009
 71. Pehrson AL, Pedersen CS, Tølbøl KS, Sanchez C. Vortioxetine Treatment Reverses Subchronic PCP Treatment-Induced Cognitive Impairments: A Potential Role for Serotonin Receptor-Mediated Regulation of GABA Neurotransmission. *Front Pharmacol.* 2018; 6(9):162. DOI: 10.3389/fphar.2018.00162.
 72. Pérez PD, Ma Z, Hamilton C, Sánchez C, Mørk A, Pehrson AL, Bundgaard C, Zhang N. Acute effects of vortioxetine and duloxetine on resting-state functional connectivity in the awake rat. *Neuropharmacology.* 2018; 128:379–387. doi: 10.1016/j.neuropharm.2017.10.038.
 73. Perry PJ. Pharmacotherapy for major depression with melancholic features: relative efficacy of tricyclic versus selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants. *J. Affect. Disord.* 1996; 39:1–6. PMID: 8835647
 74. Pintor L, Torres X, Navarro V, Matrai S, Gastó C. Is the type of remission after a major depressive episode and important risk factor to relapse in a 4-year follow-up? *J Affect Disord.* 2004; 82:291–296. doi.org/10.1016/j.jad.2003.11.008
 75. Pizzagalli DA. Depression, stress, and anhedonia: toward a synthesis and integrated model. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014; 10:393–423. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185606.;
 76. Racagni G, Riva MA, Molteni R, Musazzi L, Calabrese F, Popoli M, Tardito D. Mode of action of agomelatine: synergy between melatonergic and 5-HT2C receptors. *World J Biol Psychiatry* 2011; 12:574–587. doi.org/10.3109/15622975.2011.595823
 77. Ribot T, 1896. *La Psychologie Des Sentiments.* Felix Alcan, Paris.
 78. Riga MS1, Sánchez C2, Celada P1, Artigas F3. Involvement of 5-HT3 receptors in the action of vortioxetine in rat brain: Focus on glutamatergic and GABAergic neurotransmission. *Neuropharmacology.* 2016; 108:73–81. doi: 10.1016/j.neuropharm.2016.04.023.
 79. Rizvi SJ, Lambert C, Kennedy S. Presentation and Neurobiology of Anhedonia in Mood Disorders: Commonalities and Distinctions. *Curr Psychiatry Rep.* 2018; 20(2):13. doi: 10.1007/s11920-018-0877-z;
 80. Romer Thomsen K, Whybrow PC, Kringelbach ML. Reconceptualizing anhedonia: novel perspectives on balancing the pleasure networks in the human brain. *Front Behav. Neurosci.* 2015; 9:497. DOI: 10.3389/fnbeh.2015.00049
 81. Sagud M, Nikolac Perkovic M, Vuksan-Cusa B, Maravic A, SvobStrac D, Mihaljevic Peles A, Zivkovic M, Kusevic Z, Pivac N. A prospective, longitudinal study of platelet serotonin and plasma brain-derived neurotrophic factor concentrations in major depression: effects of vortioxetine treatment. *Psychopharmacology (Berl).* 2016; 233(17):3259–3267. doi: 10.1007/s00213-016-4364-0.
 82. Schrader GD. Does anhedonia correlate with depression severity in chronic depression? *Compr. Psychiatry.* 1997; 38:260–263.
 83. Shankman SA, Katz AC, DeLizza AA, Sarapas C, Gorka SM, Campbell ML. The different facets of anhedonia and their associations with different psychopathologies. In: *Anhedonia: A Comprehensive Handbook Volume.* 2014; 3–22.

84. Silverstone PH. Is anhedonia a good measure of depression? *Acta Psychiatr. Scand.* 1991; 83:249–250.
85. Spijker J, Bijl RV, de Graaf R, Nolen WA. Determinants of poor 1-year outcome of DSM-III-R major depression in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatr. Scand.* 2001; 103:122–130. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2001.103002122.x
86. Stein DJ. Depression, anhedonia, and psychomotor symptoms: the role of dopaminergic neurocircuitry. *CNS Spectr.* 2008; 13(7):561–565. DOI: 10.1017/S1092852900016837
87. Vortioxetine exerts antiinflammatory and immunomodulatory effects on human monocytes/macrophages. *Br J Pharmacol.* 2018; 175:113–124. DOI: 10.1111/bph.14074.
88. Taylor DJ, Walters HM, Vittengl JR, et al. Which depressive symptoms remain after response to cognitive therapy of depression and predict relapse and recurrence? *J. Affect. Disord.* 2010; 123:181–187. doi: 10.1016/j.jad.2009.08.007
89. Treadway MT. The neurobiology of motivational deficits in depression—an update on candidate pathomechanisms // *Current Topics in Behavioral Neurosciences.* 2016; 27:337–355. DOI: 10.1007/7854_2015_400
90. Treadway MT, Zald DH. Reconsidering anhedonia in depression: lessons from translational neuroscience. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2011; 35(3):537–5557. doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.06.006
91. Uher R, Farmer A, Maier W, Rietschel M, Hauser J, Marusic A, Mors O, Elkin A, Williamson RJ, Schmael C, Henigsberg N, Perez J, Mendlewicz J, Janzing JG, Zobel A, Skibinska M, Kozel D, Stamp AS, Bajs M, Placentino A, Barreto M, McGuffin P, Aitchison KJ. Measuring depression: comparison and integration of three scales in the GENDEP study. *Psychol. Med.* 2008; 38:289–300. DOI: 10.1017/S0033291707001730
92. Uher R, Perlis RH, Henigsberg N, Zobel A, Rietschel M, Mors O, Hauser J, Dernovsek MZ, Souery D, Bajs M, Maier W, Aitchison KJ, Farmer A, McGuffin P. Depression symptom dimensions as predictors of anti-depressant treatment outcome: replicable evidence for interest-activity symptoms. *Psychol. Med.* 2012; 42:967–980. DOI: 10.1017/S0033291711001905
93. Vrieze E, Pizzagalli DA, Demyttenaere K, Hompes T, Sienaert P, de Boer P, et al., Reduced reward learning predicts outcome in major depressive disorder. *Biol. Psychiatry.* 2013; 73:639–645. DOI: 10.1016/j.biopsych.2012.10.014
94. Waller JA, Nygaard SH, Li Y, duJardin KG, Tamm JA, Abdourahman A, Elfving B, Pehrson AL, Sánchez C, Wernersson R. Neuroplasticity pathway and protein-interaction networks are modulated by vortioxetine in rodents. *BMC Neurosci.* 2017; 18:56. DOI: 10.1186/s12868-017-0376-x.
95. Waller JA, Tamm JA, Abdourahman A, Pehrson AL, Li Y, Cajina M, Sánchez C. Chronic vortioxetine treatment in rodents modulates gene expression of neurodevelopmental and plasticity markers. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2017; 27(2):192–203. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2016.11.014.
96. Winer ES, Drapeau CW, Veilleux JC, Nadorff MR. The Association between anhedonia, suicidal ideation, and suicide attempts in a large student sample. *Arch. Suicide Res.: Off. J. Int. Acad. Suicide Res.* 2016; 20: 265–2727. DOI: 10.1080/13811118.2015.1025119
97. Yan G, Zhang M, Liu Y, Yin M. Efficacy of vortioxetine combined cognitive behaviour intervention therapy on brain-derived neurotrophic factor level on depressive patients. *Psychogeriatrics.* 2019. doi: 10.1111/psyg.12426.
98. Yin L, Xu X, Chen G, Mehta ND, Haroon E, Miller AH, Luo Y, Li Z, Felger JC. Inflammation and decreased functional connectivity in a widely-distributed network in depression: Centralized effects in the ventral medial prefrontal cortex. *Brain Behav Immun.* 2019; 80:657–666. DOI: 10.1016/j.bbi.2019.05.011.

Сведения об авторах

Мазо Галина Элевна — д.м.н., ученый секретарь, руководитель отделения эндокринологической психиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: galina-mazo@yandex.ru

Кибитов Александр Олегович — д.м.н., руководитель лаборатории молекулярной генетики ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; ведущий научный сотрудник отделения эндокринологической психиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: druggen@mail.ru

Психосоциальные факторы компульсивного переедания: мета-аналитическое исследование

Лифинцева А.А.¹, Новикова Ю.Ю.¹, Караваева Т.А.^{2,3}, Фомичева М.В.²

¹ ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет им. И. Канта»,

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России,

³ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Резюме. В статье рассматриваются результаты мета-анализа исследований, посвященных изучению конституционально-биологических, личностных, микросоциальных и соматогенных факторов, влияющих на развитие компульсивного переедания. Из 18498 статей и исследований, опубликованных на английском языке в промежуток с 2000 по 2016 год, для мета-анализа было выбрано 38, соответствующих критериям включения. Для проведения мета-анализа была выбрана модель случайных эффектов и использованы следующие методы: коэффициент корреляции Пирсона (r), z -критерий Фишера. В качестве дополнительных процедур был проведен I²-тест для оценки гомогенности исследований, анализ публикационного смещения для нивелирования погрешности неопубликованных данных, а также тест «trim-and-fill». В результате мета-анализа были определены ведущие психосоциальные факторы, оказывающие влияние на формирование и развитие компульсивного переедания — депрессивные симптомы, негативный аффект, восприятие образа тела, стресс и личностные предикторы (тревожность, вспыльчивость, импульсивность, сниженный уровень эмоционального интеллекта, психологическая ригидность). При этом значимых гендерных различий выявлено не было.

Ключевые слова: компульсивное переедание, психогенное переедание, психосоциальные факторы, влияющие на формирование и развитие компульсивного переедания, гендерный аспект компульсивного переедания.

Psychosocial factors of binge-eating: a meta-analytical study

Lifintseva A.A.¹, Novikova U.U.¹, Karavaeva T.A.^{2,3}, Fomicheva M.V.²

¹ Immanuel Kant Baltic Federal University,

² Federal State Budgetary Institution «V. M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology»,

³ Federal State Budgetary Institution of Higher Education «Saint-Petersburg State University»

Summary. The results of meta-analysis of constitutional-biological, personal, microsocial and somatogenic factors of binge-eating are discussed in this paper. The meta-analysis involved 38 studies published in English language between 2000 and 2016. The random effects model was chosen for meta-analysis and the following methods were used: Pearson correlation coefficient (r) and Fisher's Z-test. As additional procedures, an I²-test was conducted to assess the homogeneity of the studies, a publication bias analysis to level the error of unpublished data, and a «trim-and-fill» test. As a result of the meta-analysis, the leading psychosocial factors, influencing the formation and development of compulsive overeating were identified — these are depressive symptoms, negative affect, perception of body image, stress and personal predictors (anxiety, temper, impulsiveness, reduced level of emotional intelligence, psychological rigidity). However, no significant gender differences were found.

Key words: binge-eating, compulsive overeating, psychogenic overeating, psychosocial factors, influencing the formation and development of compulsive overeating, gender aspect of compulsive overeating.

В последние десятилетия в мире наблюдается увеличение распространенности нарушений пищевого поведения. Феноменология и критерии диагностики различных форм претерпевают изменения и являются предметом научных дискуссий. Кроме, широко изученных нарушений пищевого поведения — анорексии и булимии, в современных исследованиях рассматриваются другие виды заболеваний (компульсивное переедание, психогенное переедание, орторексия, binge-eating disorder).

В настоящее время нет единого мнения у исследователей, относительно критериев диагностики, клинических проявлений, и даже применяе-

мой терминологии. Так, например, Всемирная организация здравоохранения ставит знак равенства между психогенным перееданием, компульсивным перееданием и гиперфагической реакцией на стресс (англ. binge-eating disorder) — расстройство приема пищи, представляющее собой переедание, приводящее к появлению лишнего веса, и являющееся реакцией на дистресс [2].

В Международной классификации болезней имеется дифференциация терминов «психогенное переедание», как переедания, являющегося реакцией на дистресс, и «компульсивное (приступообразное) переедание», являющегося составляющей частью нервной булимии и далеко не всегда

связанного с влиянием стрессовых факторов и наличием психоэмоционального напряжения.

А.В. Бобровский и Г.Э. Мазо в своих публикациях обосновывают замену термина «компульсивное переедание» на «binge-eating disorder», ссылаясь на DSM-V [1]. Однако в большинстве работ подчеркивается существенная роль психологических факторов и механизмов в формировании этих нарушений пищевого поведения и, соответственно, роль психолога, психотерапевта в их коррекции, которая должна осуществляться на основании принципов персонализированного подхода с учетом индивидуально-психологических, психосоциальных, биологических компонентов.

Встречаемость компульсивного переедания в общей популяции составляет 2-2,4%. Среди пациентов центров по снижению веса — 9-19%. Исследования с использованием самоотчетов дают более высокий процент — от 7,5 до 47,1%. Чаще данное расстройство встречается у людей с повышенным весом. Гендерный дисбаланс носит неопределенную характеристику, однако, исследователи склоняются к мнению, что компульсивное переедание больше свойственно женщинам, нежели мужчинам.

В контексте биопсихосоциальной модели можно выделить конституционально-биологические, личностные, а также микросоциальные и соматогенные факторы компульсивного переедания. Среди личностных факторов, влияющих на развитие компульсивного переедания, принято рассматривать низкую стрессоустойчивость, повышенную тревожность, неуверенность в себе, перфекционизм, нарушенное восприятие образа собственного тела, дихотомическое мышление, alexitimия и высокий уровень импульсивности [3, 6, 9, 10, 11, 17]. Большой вклад в развитие компульсивного переедания вносят также характеристики семейных эмоциональных коммуникаций, ослабленные связи со своим социальным окружением, дефицит социальной поддержки и изменения семейных систем [5, 11].

Необходимость в обобщенном изучении уже завершившихся исследований влияния психосоциальных факторов на развитие компульсивного переедания имеет под собой несколько оснований. Во-первых, до сих пор сохраняется определенная противоречивость в отношении вклада отдельных личностных и интерперсональных факторов в компульсивное переедание. Например, в исследовании Boone L. и его коллег показано, что перфекционизм, ориентированный на себя, связан с фрустрацией, которая, в свою очередь, усиливает симптоматику компульсивного переедания [4]. В тоже время, работа Pratt и др. показывает, что пациенты с компульсивным перееданием имеют высокие баллы по шкале «социально-ориентированный перфекционизм», (в сравнении с условно здоровыми), но при этом не отличаются наличием перфекционистских стандартов по отношению к себе [14].

Во-вторых, остается неясной проблема наличия или отсутствия различий в степени влияния

психосоциальных факторов на развитие компульсивного переедания у мужчин и женщин. Результаты нескольких исследований свидетельствуют о том, что особенности самооценки, будучи связаны с развитием компульсивного переедания, схожи у молодых людей и у девушек [8, 13]. Отдельные исследователи утверждают, что существует некоторая тенденция к более высоким корреляционным значениям между самооценкой и симптомами компульсивного переедания в группе молодых людей [7, 12].

В одном исследовании показано, что между самооценкой и степенью удовлетворенности своим телом в группе девушек нет достоверных различий, однако, они обнаруживаются в группе молодых людей [16].

Процедура мета-анализа

Шаг 1: Поиск исследований.

На первом этапе нами был произведен поиск в электронных базах данных ISI Web of Knowledge, PubMed, PsycINFO, SpringerLink, ScienceDirect, Scopus. Ключевыми терминами для поиска были выбраны: «compulsive overeating»; «binge-eating disorder»; «loss of control eating»; «binge-eating»; «binge eating disorder»; «eating disorder»; «food addiction»; «food cravings»; «night eating syndrome»; «eating behavior disorder»; «disordered eating»; «binge eating behavior».

Основным языком был выбран английский. Мы уделили внимание поиску не только крупных исследований, но и менее масштабных, так как последним уделяется меньше внимания.

Шаг 2: Разработка критериев включения.

В наш мета-анализ были включены исследования, соответствующие следующим критериям:

- информация об исследовании должна быть полной, включая имена авторов, их научные степени, методологическую базу и построение исследования, ISBN/ISSN, DOI номер публикации;
- исследование должно быть опубликовано в промежутке от 2000 до 2016 года;
- теоретическая основа должна обязательно сопровождаться эмпирической частью;
- зависимая переменная должна совпадать с зависимой переменной нашего исследования — компульсивное переедание;
- исследование должно быть направлено на изучение влияния психологических и социальных факторов на развитие компульсивного переедания;
- в эмпирической части обязательно должна быть представлена сводка данных, полученных по результатам проведения методик;
- обязательно наличие конкретно указанных ограничений исследования;
- выборка исследования должна иметь подробно описанные качественные характеристики;
- методики, используемые при проведении эксперимента, должны быть валидными.

Шаг 3: Отбор исследований в соответствии с критериями включения.

Всего в результате поиска по базам данных было найдено 18498 статей и исследований. После отсеивания тех, основной целью которых было найти биологические и биохимические механизмы компульсивного переедания, осталось 7090 источников. Из них 4781 соответствовали выбранному нами временному промежутку публикации. В итоге, из оставшихся исследований критериям наличия полного текста на английском языке, качественных характеристик выборки, людей в качестве испытуемых (а не животных) и наличия эмпирической части соответствовал 451 источник. 307 исследований были исключены из-за включения компульсивного переедания в качестве независимой переменной, а не зависимой. Таким образом, осталось 144 исследования, которые соответствовали критерию совпадения зависимой переменной. Из них лишь 60 ставили вопрос об изучении психосоциальных факторов. 12 исследований были исключены по причине отсутствия батареи валидных методик. Таким образом, в мета-анализ вошли 38 исследований, полностью соответствующих критериям включения.

Шаг 4: Кодирование характеристик исследований.

Поиск и отбор источников для мета-анализа производился двумя людьми. Финальный отбор исследований производился ими независимо друг от друга. Затем результаты сравнивались между собой, в случае разногласий спорные моменты обсуждались с целью достигнуть одной общей точки зрения. Процедура кодирования характеристик заключалась в извлечении из каждого источника инициалов авторов, года публикации, описания выборки и используемых в эксперименте методик, дизайна исследования. Все указанные данные заносились в таблицу, образуя сводку по всем включаемым в мета-анализ источникам.

Шаг 5: Извлечение размеров эффектов и анализ данных.

Для проведения анализа мы использовали программу «Comprehensive Meta-analysis software package» (СМА). Выбор программы был обусловлен доступностью онлайн-уроков и руководств относительно проведения мета-анализа при помощи СМА, возможностями построения форест-графиков и расчёта публикационного смещения.

Шаг 6: Расчёт размеров эффектов.

Так как основной нашей задачей было изучение психосоциальных факторов компульсивного переедания, мы постарались извлечь размеры эффектов из выбранных исследований, указывающие на влияние тех или иных феноменов на формирование или развитие переедания. Коэффициент корреляции Пирсона r был выбран для определения зависимости компульсивного переедания от исследуемых психосоциальных факторов. Из источников, в которых происходило сравнение двух независимых групп (например, женщин и мужчин), размер эффекта был извлечён в виде средних значений и стандартного отклонения для каждой группы. Мы посчитали важным включить данные исследования в мета-анализ для

того, чтобы установить, существуют ли половые различия относительно психосоциальных факторов компульсивного переедания, и, в случае наличия, описать их специфику.

Все указанные размеры эффектов при помощи программы были приведены к единой метрике в виде коэффициента корреляции Пирсона, а затем был произведён пересчёт полученных показателей в z -критерий Фишера. После конвертации всех размеров эффектов, каждый из них был взвешен на основании размера выборки в соответствующем исследовании. Это было сделано для определения взвешенного среднего размера эффекта g .

Шаг 7: Выбор мета-аналитической модели и определение степени гомогенности/гетерогенности.

Мы выбрали модель случайных эффектов для проведения мета-анализа, так как выбранные нами исследования различались по количественным характеристикам выборки и экспериментальным методам. Для оценки гомогенности исследований нами был использован I^2 -тест. В результате вычислений показатель I^2 составил 95%, что говорит о большой степени гетерогенности исследований, включённых в мета-анализ. Основными причинами большой гетерогенности, на наш взгляд, являются следующие:

- количественные различия выборки — наряду с небольшими исследованиями в мета-анализ были включены и масштабные исследования с большой выборкой;

- качественные различия выборки — испытуемые в некоторых исследованиях были исключительно мужчинами или женщинами. В связи с этим необходимо было определить, существуют ли значимые половые различия, которые могут повлиять на достоверность общего показателя размера эффекта;

- экспериментальные методы — во многих исследованиях учёные использовали самостоятельно подобранную батарею валидных методик (в зависимости от целей, задач исследования), в связи с чем невозможно установить какие-то универсальные для всей выборки мета-анализа подборки методик. Однако, в случае валидности используемых методик и исследовании психосоциальных факторов при помощи них, мы приняли решение оставлять соответствующие источники в мета-анализе. Это было сделано с целью установить максимальное количество психосоциальных факторов, которые могут оказывать влияние на компульсивное переедание.

Шаг 8: Публикационное смещение или «эффект архивного ящика».

Для нивелирования погрешности неопубликованных данных нами был сделан анализ публикационного смещения. В результате построения и визуальной оценки воронкообразного графика при помощи z -критерия Фишера можно увидеть степень потенциальной предвзятости публикаций. В нашем случае распределение публикаций оказалось относительно равномерным (Рис. 1, fig. 1).

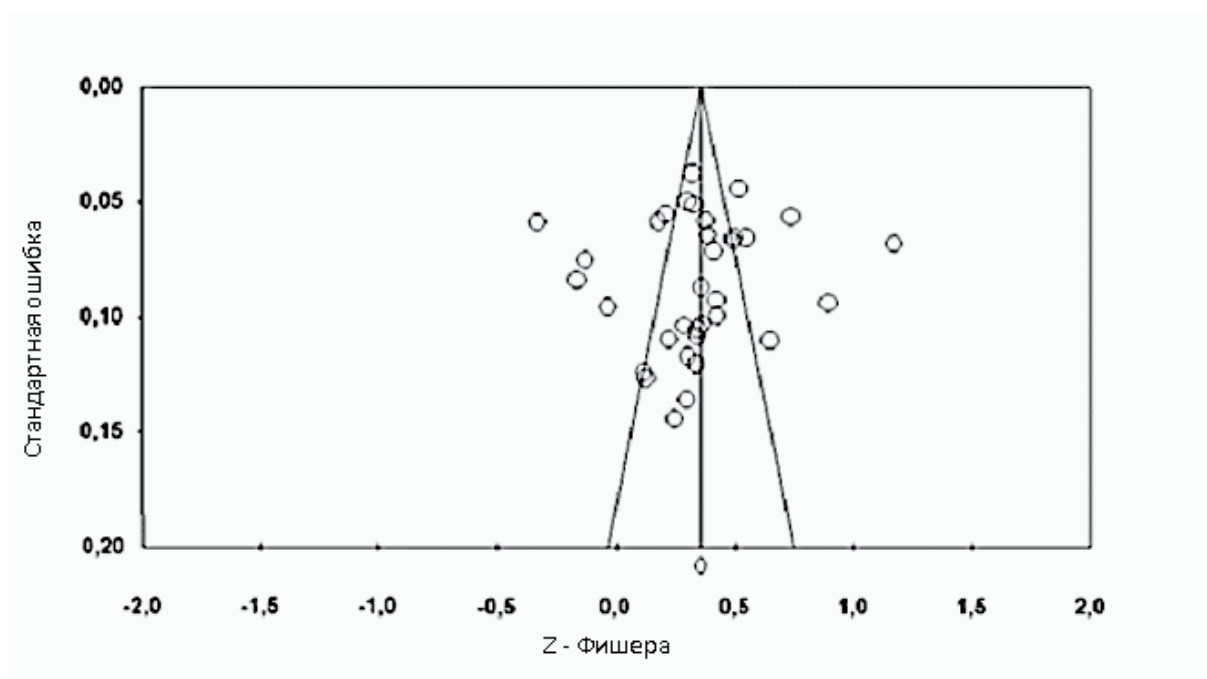


Рис. 1. Степень предвзятости публикаций

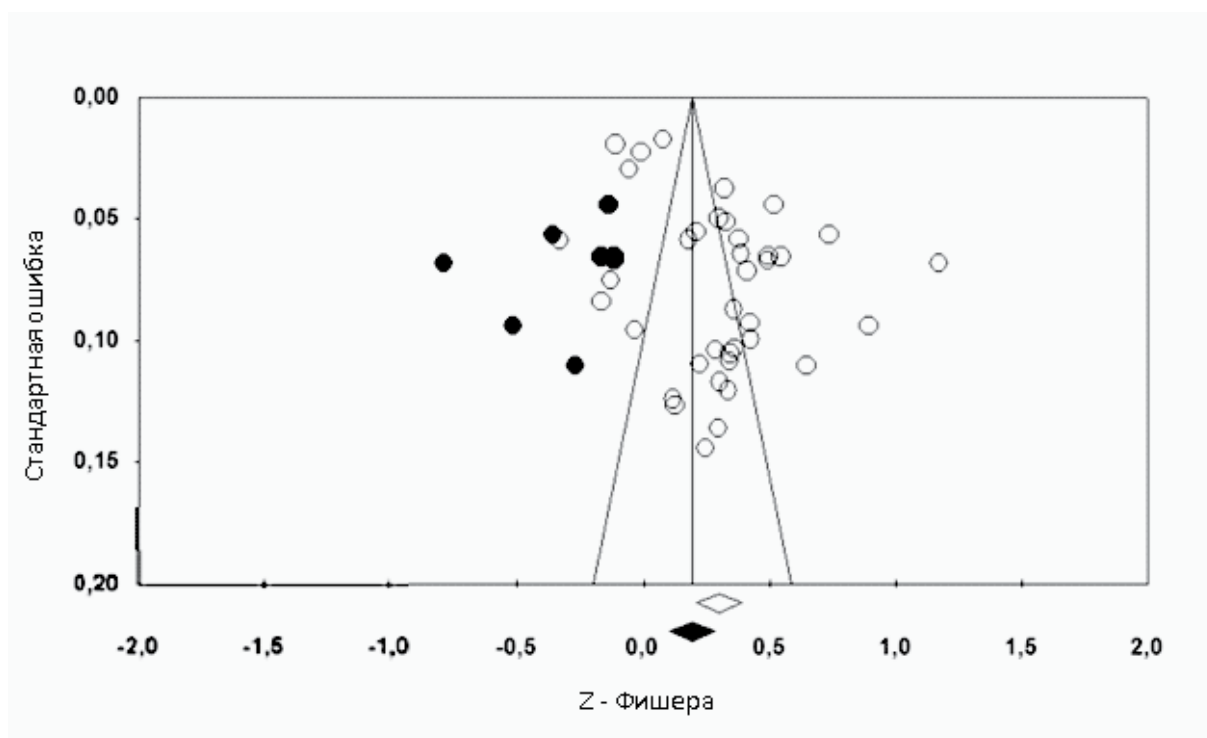


Рис. 2. Результаты теста «trim-and-fill»

Кроме данной процедуры был проведен тест «trim-and-fill» (Duval and Tweedie, 2000), задачей которого явилась оценка размера эффекта после принятия во внимание существующего публикационного смещения. Количество «утраченных» исследований, скорректированный размер эффекта и воронкообразный график, учитывающий данные показатели, отражены в рис. 2 (fig. 2).

Результаты мета-анализа

В первую очередь мы провели общий анализ всех включённых исследований ($N=38$, общее количество испытуемых = 9915). В результате мы обнаружили значимый показатель общего размера эффекта ($r=0,283$, $CI: 0,204—0,358$, $z=6,794$, $p<0,001$), который указывает на сильное влияние психосоциальных факторов на развитие и формирование компульсивного переедания.

В связи с большой гетерогенностью исследования было необходимо провести анализ устойчивости обобщённого размера эффекта, или анализ чувствительности. Данная операция проводилась при помощи попеременного исключения из мета-анализа исследований, сильно отличающихся от других по указанным выше причинам гетерогенности: исключение наиболее крупных исследований, включение исследований исключительно с выборкой из представителей обоих полов, исключение исследований с сильно разнящимся методологическим аппаратом. Однако, при всех этих операциях обобщённый размер эффекта оставался примерно одинаковым: изначально $r=0,283$, $CI: 0,204—0,358$, $z=6,794$, $p<0,001$, после коррекционных манипуляций — $r=0,329$, $CI: 0,239—0,413$, $z=6,826$, $p<0,001$, что указывает на достоверность полученных данных.

Затем мы поставили перед собой задачу определить, имеют ли место быть существенные различия в степени влияния психосоциальных факторов на развитие компульсивного переедания мужчин и женщин. Для этого мы отобрали 4 исследования, в которых изучались одни и те же факторы как среди мужчин, так и женщин. Используя средние значения факторов, мы вычислили средний размер эффекта для женщин и для мужчин соответственно.

В итоге мы получили следующие значения:

- средний показатель для женщин $r=0,314$, $CI: 0,101—0,499$, $z=2,847$, $p<0,005$;

- средний показатель для мужчин $r=0,313$, $CI: 0,084—0,51$, $z=2,662$, $p<0,01$. Сильных специфических различий между двумя данными независимыми группами найдено не было, поэтому в дальнейшем при анализе мы отталкивались от положения о том, что половые различия минимальны.

Следующим этапом нашей работы стало вычисление размеров эффектов всех изучаемых в исследованиях психосоциальных факторов и объединили их по группам (форест-график будет представлен позже).

Чувство вины после приступов переедания изучалось в двух исследованиях и показало значи-

мый размер эффекта ($r=0,327$, $CI: -0,062—0,63$, $z=1,657$, $p<0,1$). Это означает, что испытуемые чувствовали вину после частых эпизодов поглощения огромного количества пищи.

Три исследования касались анализа влияния такого фактора как вознаграждение. Показатели размера эффекта в данном случае: $r=0,069$, $CI: -0,121—0,253$, $z=0,707$, $p<0,5$. Здесь речь идёт о том, что испытуемые были склонны хвалить себя за достижения и заслуги едой: покупка сладостей, походы в ресторан, употребление большого количества вкусной пищи. Еда является источником наслаждения, а поведение человека характеризуется периодическим поиском удовольствия в виде поглощения вкусной еды.

Вспыльчивость как личностная особенность, свойственная людям с компульсивным перееданием, изучалась в двух исследованиях ($r=0,591$, $CI: 0,425—0,719$, $z=5,9$, $p<0,001$). Данная черта сильно связана с импульсивностью, однако данные факторы рассматриваются отдельно, с целью наибольшей конкретизации каждой составляющей. Вспыльчивость в основном описывалась исследователями как неспособность сдерживать резкие негативные эмоции в короткий промежуток времени.

Импульсивность в трех исследованиях имеет следующие показатели размера эффекта: $r=0,254$, $CI: 0,159—0,345$, $z=5,095$, $p<0,001$, что говорит о склонности людей с компульсивным перееданием действовать под влиянием собственных эмоций, удовлетворять свои желания сразу же после их возникновения. В таком случае последствия зачастую не учитываются, а поведение характеризуется недостаточностью сознательного контроля.

Наибольшее число исследований, а именно 16, касались вопроса корреляции симптомов депрессии и эпизодов компульсивного переедания ($r=0,27$, $CI: 0,126—0,403$, $z=3,604$, $p<0,001$). Депрессивные тенденции зачастую были связаны с перееданием, целью которого являлся поиск приятных ощущений, стремление снять тяжёлое эмоциональное состояние при помощи еды.

В одном исследовании поднимался вопрос о взаимосвязи компульсивного переедания и дефицита удовольствия ($r=0,56$, $CI: 0,476—0,634$, $z=10,795$, $p<0,001$). Исследователи сделали акцент на психологическом аспекте данного феномена, указав, что при наличии дефицита приятных ощущений люди склонны искать желаемые ощущения в пище.

Одно исследование поставило своей целью изучить не просто влияние негативных эмоций на компульсивное переедание, а роль каждой отдельно взятой эмоции в возникновении эпизодов переедания. Злость ($r=0,240$, $CI: -0,038—0,484$, $z=1,696$, $p<0,1$) и страх ($r=0,240$, $CI: -0,038—0,484$, $z=1,696$, $p<0,1$) оказались наиболее сильно связаны с исследуемой зависимой переменной.

Компульсивное переедание и качество жизни изучалось в трех исследованиях. Эпизоды переедания могут негативно сказываться на различных компонентах качества жизни. Так, испытыва-

мые указывали на наличие эмоционального дискомфорта, менее продуктивного социального функционирования вследствие переедания, повышение индекса массы тела и связанного с этим ухудшения общего самочувствия ($r=0,549$, CI: 0,213 — 0,769, $z=3,016$, $p<0,005$).

Двенадцать исследований указали на то, что негативный аффект зачастую является важным предиктором возникновения компульсивного переедания. Испытуемые были склонны переедать в случае негативных эмоциональных состояний: скука, одиночество, агрессия и др. ($r=0,270$, CI: 0,018 — 0,489, $z=2,097$, $p<0,05$).

В одном исследовании было выявлено, что недоверие к окружающим является распространённой характеристикой людей, склонных к эпизодам переедания ($r=0,052$, CI: 0,014 — 0,089, $z=2,710$, $p<0,01$).

Нейротизм как черта, свойственная людям с компульсивным перееданием, изучался в двух исследованиях. Показатели $r=0,608$, CI: 0,522 — 0,681, $z=10,95$, $p<0,001$ указывают на то, что такие люди склонны к эмоциональной неустойчивости, повышенной тревожности, низкой самооценке и появлению вегетативных расстройств.

Двенадцать исследований занимались изучением взаимосвязи образа тела и симптомов компульсивного переедания. Искажённое восприятие образа своего тела, расхождение идеальных и реальных представлений, переоценка значимости веса или фигуры оказались значимо связаны с перееданием ($r=0,276$, CI: 0,124 — 0,415, $z=3,506$, $p<0,001$).

Поглощенность едой, т.е. постоянная фокусировка мыслей человека на получении и поглощении еды, затрагивалась в трех исследованиях ($r=0,559$, CI: 0,491 — 0,621, $z=13,074$, $p<0,001$).

Потеря контроля упоминалась в пяти исследованиях ($r=0,196$, CI: 0,008 — 0,371, $z=2,041$, $p<0,05$). Испытуемые в данном случае указывали на потерю контроля над собой во время «пищевых срывов», невозможность контролировать процесс приёма пищи вплоть до завершения эпизода переедания, отсутствие возможности прервать эпизод волевыми усилиями.

Ригидность, т.е. отсутствие психологической гибкости, трудность или невозможность быстрой смены реакции в случае резкой перемены условий, в двух исследованиях указывалась в качестве характеристики, свойственной людям с компульсивным перееданием ($r=0,422$, CI: 0,317 — 0,517, $z=7,237$, $p<0,001$).

Стресс и его влияние на переедание изучались в девяти исследованиях. Результаты указывают на то, что большинство эпизодов переедания возникает вследствие испытываемого стресса или пережитой стрессовой ситуации. В контексте данного вопроса употребление пищи рассматривается как копинг-стратегия ($r=0,367$, CI: 0,276 — 0,451, $z=7,441$, $p<0,001$).

В пяти исследованиях испытуемые указали на то, что испытывают сильное чувство стыда по прошествии эпизодов переедания. Также стыд вызывает само наличие расстройства у челове-

ка, темы относительно которого тщательно избегаются в общении с окружающими ($r=0,458$, CI: 0,271 — 0,612, $z=4,46$, $p<0,001$).

Тревожность как черта людей с компульсивным перееданием была указана в восьми исследованиях ($r=0,275$, CI: 0,059 — 0,466, $z=2,479$, $p<0,05$).

Одно исследование касалось такой составляющей как эмоциональный интеллект. Было выявлено, что люди, испытывающие трудности в дифференциации, идентификации, а также в выражении собственных эмоциональных состояний, более подвержены компульсивному перееданию ($r=0,150$, CI: 0,07 — 0,228, $z=3,656$, $p<0,001$).

Влияние семейных паттернов приёма пищи изучалось в одном исследовании. Наиболее значимыми компонентами изучаемого вопроса оказались: организация процесса приёма пищи ($r=0,113$, CI: 0,075 — 0,151, $z=5,819$, $p<0,001$) — давление членов семьи на процесс принятия пищи испытуемого в детстве; стресс во время приёмов пищи ($r=0,098$, CI: 0,06 — 0,136, $z=5,049$, $p<0,001$) — дискомфорт, испытываемый в детском возрасте во время приёмов пищи, зачастую связанный с вынужденной семейной коммуникацией в этот момент.

Самообъективация (переоценка значимости веса/фигуры) изучалась в трех исследованиях ($r=0,277$, CI: 0,207 — 0,344, $z=7,536$, $p<0,001$). Испытуемые с компульсивным перееданием зачастую склонны отождествлять себя, свои личностные качества со своим внешним видом. Им свойственна мысль о том, что окружающие расценивают их самих на основании их веса и фигуры, в связи с чем последним уделяется повышенное внимание.

Компульсивное переедание как пассивная копинг-стратегия была выявлена в одном исследовании. Испытуемые с данным расстройством предпочитали пассивное реагирование и совладание с дискомфортом вместо активного поиска ресурсов и решения проблемы ($r=0,36$, CI: 0,146 — 0,542, $z=3,220$, $p<0,001$).

Вопрос компульсивного поведения рассматривался в 2х исследованиях. Испытуемые потребляли повышенное количество пищи вследствие компульсивных тенденций. Здесь приём пищи рассматривался как реализация навязчивых, перманентных мыслей о еде ($r=0,380$, CI: 0,262 — 0,487, $z=5,947$, $p<0,001$).

Социальное сравнение затрагивалось в одном исследовании. Испытуемые с компульсивным перееданием указывали на прошлый негативный опыт сравнения их с окружающими на основании внешних данных. Это оказывало влияние на нынешнее восприятие ими своего образа тела, а также установки на то, что окружающие также оценивают и сравнивают их, опираясь на внешний вид ($r=0,49$, CI: 0,34 — 0,616, $z=5,774$, $p<0,001$).

Интерпретация результатов мета-анализа и их обсуждение

В результате мета-анализа мы смогли определить ведущие психосоциальные факторы, ока-

зывающие влияние на формирование и развитие компульсивного переедания.

Наиболее часто изучаемыми факторами стали депрессивные симптомы, негативный аффект, восприятие образа тела, стресс и личностные предикторы (тревожность, вспыльчивость, импульсивность и т.д.). Можно предположить, что в случае негативного аффекта и стресса компульсивное переедание является своеобразным способом совладания с дискомфортом. В особенности эта связь проявляется, когда испытуемые отмечают использование родителями в детстве еды в качестве средства утешения, символа безопасности. В таком случае приём пищи приобретает крепкую ассоциативную связь с испытываемыми эмоциями и закрепляется, впоследствии проявляясь в виде нарушений приёма пищи.

В случае депрессии компульсивное переедание может быть связано с недостаточной дифференциацией ощущений или неполного понимания человеком своего состояния. В таком случае отсутствие интереса к жизни, проявления ангедонии и общая подавленность могут быть перепутаны человеком с ощущением пустоты в желудке. Вследствие этого пища употребляется с целью получения ощущения полноты, однако, даже в случае переедания вплоть до возникновения болезненных ощущений в желудке удовлетворение человек не получает. Зачастую эпизоды переедания могут вести за собой последующее чувство вины и стыда, что создаёт замкнутый круг, когда человек, пытаясь справиться с негативными эмоциями, опять прибегает к еде.

Восприятие образа собственного тела также может оказывать влияние на возникновение компульсивного переедания. Искажённое восприятие может порождать тенденции к следованию различным диетам для приобретения или поддержания хорошей фигуры. Однако строгие диеты зачастую сами являются триггером эпизодов переедания. Многие строгие диеты подразумевают снижение калорийности суточного рациона до минимума без учёта индивидуальных характеристик человека, а также максимальное ограничение употребления углеводистой пищи. Углеводы являются источником энергии, которую черпает организм для обеспечения жизнедеятельности. Вследствие резкого дефицита калорийности пищи или сильных ограничений в еде, человек, соблюдающий строгую диету, рано или поздно сталкивается с пониженным фоном настроения, раздражительностью, быстрой утомляемостью. В конце концов диета либо нарушается, либо выдерживается с последующим возмещением всех видов пищи, которые до этого запрещались. В результате человек сталкивается с перееданием, которое может привести к повышению индекса массы тела. При наличии нарушений восприятия образа тела после переедания может возникнуть страх наступления ожирения, а также стыд и вина за «срыв», которые, в свою очередь, тоже могут повлиять на дальнейшее развитие компульсивного переедания.

Тревожность также может служить фактором, провоцирующим поглощение повышенного количества пищи. Постоянное напряжение, как на эмоциональном, так и на физическом уровне, не находя конструктивный выход, выражается в виде поедания пищи, которое становится схожим по механизму с невротическими симптомами. Кроме того, при тревожности во время приёма пищи внимание человека не фокусируется на еде, из-за чего сам процесс еды становится обеднённым, так как не ощущается вкус еды, отсутствует чувство насыщения, повышается темп поедания.

Вознаграждение при помощи еды, особенно в раннем возрасте, может быть фактором риска возникновения компульсивного переедания. Любые семейные паттерны относительно пищи могут внести определённый вклад в пищевое поведение во взрослом возрасте. Как показал мета-анализ, не только использование родителями еды в качестве поощрения и источника приятных ощущений, но и различные ограничения, установки относительно здоровой / нездоровой еды, коммуникативный дискомфорт во время совместного приёма пищи, сопряжение уровня заботы и количества съеденной пищи влияют на формирование у ребёнка собственного нарушенного пищевого поведения. В случае вознаграждения еда приобретает повышенное значение, связанное с признанием, любовью и приятными эмоциональными состояниями. При наличии дефицита удовольствия поиск таких ощущений становится сильным фактором, способствующим появлению или учащению эпизодов переедания.

Многие факторы касаются эмоционального компонента. Большинство людей с симптомами компульсивного переедания испытывают сильное чувство стыда и вины после эпизодов поглощения повышенного количества пищи. Уровень эмоционального интеллекта также воздействует на формирование и развитие данного расстройства. Испытуемые, которые более точно распознавали собственные эмоции и умели находить им социально приемлемое выражение, менее склонны к перееданию, нежели люди с более низким эмоциональным интеллектом. Возможно, в данном случае имеет место спутанность различных телесных ощущений, и некоторые эмоции могут ощущаться как чувство голода, необходимость поесть и т.д. Импульсивность и вспыльчивость также наиболее присущи людям с компульсивным перееданием. При наличии этих качеств человек склонен действовать под влиянием сиюминутных побуждений, без предварительного рассмотрения последствий своего поведения. Таким образом, возникающее желание поесть не поддаётся анализу с целью распознавания физиологического и психологического голода, а ищет моментального удовлетворения.

Потерю контроля над приёмом пищи отмечают большинство людей с компульсивным перееданием. Это выражается в том, что во время эпизода переедания такие люди не могут произвольно остановить процесс приёма пищи вплоть до

его конца, даже понимая, что после «срыва» будут испытывать определённый спектр негативных эмоций. Зачастую количество съеденной пищи забывается, и человек не может сказать, сколько на самом деле он съел. Теряется насыщенность вкуса еды, притупляется чувство насыщения, темп употребления пищи становится повышенным. В случае же попытки остановить эпизод переедания возникают мысли о еде, и внимание человека остаётся сфокусированным на пище.

Психологическая ригидность выражается в неспособности быстро сменить привычные формы поведения при резком изменении условий окружающей среды. Людям с ригидностью свойственно «застывать» в определённых эмоциональных состояниях, для них характерна «умственная жвачка». Процесс адаптации к изменённым условиям становится затруднённым, и человек прибегает к маладаптивным формам поведения, одной из которых является компульсивное переедание.

При самообъективации собственному телу, внешнему виду, параметрам фигуры придаётся повышенное значение. Человек убеждён в том, что окружающие оценивают его личностные качества и поведение через призму его внешности, которая несёт определяющее значение. Соответственно в данном случае присутствует постоянная озабоченность внешним видом, замечается стремление поддерживать стройность фигуры, так как ожирение сильно визуально выделяет человека и зачастую социально порицаемо. Такое стремление сопровождается различными особенностями приёма пищи, будь то соблюдение диет, в том числе строгих, ограничения в употреблении определённых продуктов и т.д. С самообъективацией сильно связан феномен социального сравнения. Человек, чертой которого является самообъективация, сфокусирован на мысли о том, что окружающие постоянно сравнивают его на основании показателей его внешнего вида. Если внешний вид имеет какие-либо недостатки, то человек занимает более низкую позицию по отношению к остальным, из-за чего возникает чувство дискомфорта. Данные факторы также провоцируют возникновение компульсивного переедания.

Расстройства приёма пищи оказывают сильное влияние на качество жизни человека. В результате мета-анализа было выявлено, что люди с компульсивным перееданием указывали более низкий уровень качества жизни по сравнению с людьми без нарушений приёма пищи. Эмоциональный и физический дискомфорт после эпизодов переедания, постоянные мысли о еде и о неспособности преодолеть тягу к ней, повышение индекса массы тела при постоянном повторении «пищевых запоев» влияют на социальное функционирование человека. Люди с компульсивным перееданием зачастую отмечали, что после эпизодов переедания они избегали встреч со знакомыми, некоторые не испытывали желания выходить на улицу. Такие состояния являлись кратковременными, однако беспокоили испытуемых. Повышение веса и развитие ожирения может негативно сказываться

на здоровье человека, помещая его в группу развития болезней сердечно-сосудистой и пищеварительной систем.

Стоит отметить, что большинство факторов так или иначе оказываются связаны с эмоциональными состояниями человека. Огромную роль играет и детский опыт становления пищевых привычек, наличие у членов семьи расстройств приёма пищи. Уровень социальной поддержки и социальное сравнение указывались многими испытуемыми как факторы, оказывающие сильное влияние на формирование образа тела, уровень дискомфорта при нахождении в социуме.

Мы ожидали, что половые различия окажутся более значимыми, исходя из предположения о том, что средства массовой информации оказывают наибольшее давление именно на представительниц женского пола. Различные послания индустрии красоты диктуют женщинам, каким должно быть их тело и вес. Однако, в результате мета-анализа было выявлено, что статистически значимых различий между влиянием психосоциальных факторов на формирование и развитие компульсивного переедания между мужчинами и женщинами не наблюдается. Это можно быть связано с тем, что в последние несколько лет в средствах массовой информации активно продвигается образ «идеального» мужчины, что может играть большую роль в стремлении современных представителей мужского пола соответствовать данным параметрам. Так как в последнее время популярность фитнес-залов, спортивного питания и пропаганды здорового образа жизни значительно возросла, вероятно, мужчины, наравне с женщинами, склонны акцентировать внимание на своём внешнем виде, а также на своих пищевых привычках.

Результаты данного мета-аналитического исследования являются действительными только при учёте его ограничений. Мы включили широкий спектр исследований, которые достаточно сильно разнились между собой по используемым экспериментальным методам, величине выборки, а также исследуемым факторам. В идеале мета-анализ должен включать в себя максимально гомогенные исследования. В связи с тем, что гетерогенность исследований в данном случае была очень высокой, мы предприняли меры по проверке причин гетерогенности и степени их влияния на конечный результат мета-анализа. При коррекции размер эффекта не претерпевал статистически значимых изменений, в связи с чем мы приняли решение сохранить все включённые исследования. Это было сделано с целью максимально широкого рассмотрения и описания психосоциальных факторов, которые могут оказывать влияние на формирование и развитие компульсивного переедания. Помимо этого, в данном исследовании не принимались во внимание биологические особенности механизмов пищеварения, нейрогуморальные характеристики и изменения уровня различных биохимических показателей при приёме пищи.

Литература/ References

1. Бобровский А.В., Мазо Г.Э., Колотильщикова Е.А., Чехлатый Е.И. Является ли приступообразное переедание самостоятельным заболеванием? Социальная и клиническая психиатрия. 2015;25(3): 84-92. [Bobrovsky AV, Mazo GE, Kolotilshchikova EA, Chekhlaty EI. Is binge eating a separate disorder? *Socialnaya i klinicheskaya psykhiatria*. 2015;25(3): 84-92. (In Russ.)]
2. Всемирная организация здравоохранения. F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Класс V: Психические расстройства и расстройства поведения (F00—F99) (адаптированный для использования в Российской Федерации). Ростов-на-Дону: Феникс, 1999:1-180. [Vsemirnaya organizatsiya zdavoohraneniya. F5 Povedencheskie sindromi, svyazannie s fiziologicheskimi narusheniyami i fizicheskimi faktorami. *Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei* (10-i peresmotr). Klass V: *Psyhicheskie rasstroistva i rasstroistva povedenia* (F00-F99) (adaptirovanni dlia ispolzovania v Rossyiskoy Federacii). Rostov-na-Donu: Feniks, 1999; 1:180. (In Russ.)]
3. Попов Ю.В., Пичиков А.А., Скрипченко П.А., Трусова А.В., Тявокина Е.Ю., Васюк А.С., Пуховец Ю.А. Роль перфекционизма в формировании особенностей восприятия временной перспективы и образа собственного тела у девушек с нервной анорексией. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2016; 4:73-79. [Popov YV, Pichikov AA, Skripchenko PA, Trusova AV, Tjavokina EY, Vasyk AS, Puhovec YA. The role of perfectionism in shaping the features of perception of time perspective and the image body in girls with anorexia nervosa. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva* 2016; 4:73-79. (In Russ.)]
4. Boone L, Soenens B, Thanasis M, Vansteenkiste M, Verstuyf J, Braet C. Daily fluctuations in perfectionism and their relation to eating disorder symptoms. *Journal of Research in Personality*. 2012; 46:678-687.
5. Cerniglia L, Cimino S, Tafa M, Marzilli E, Ballarotto G, Bracaglia F. Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychol.Res.Behav.Manag*. 2017; 10:305-312.
6. Dingemans P. Binge eating disorder: a review. *Int. J. Obes*. 2002; 26:299-307.
7. Franzoi SL. Further evidence of the reliability and validity of the body esteem scale. *Journal of Clinical Psychology*. 1994; 50:237-239.
8. Furnham A, Calnan A. Eating disturbances, self-esteem, reasons for exercising and body weight dissatisfaction in adolescent males. *European Eating Disorders Review*. 1998; 6:58-72.
9. Graber T, Brooks-Gunn O, Paikoff M, Warren J. Prediction of eating problems: An 8-year study of adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*. 1996; 105:276-280.
10. Lee-Winn AE, Townsend L, Reinblatt SP, Mendelson T. Associations of Neuroticism and Impulsivity with Binge Eating in a Nationally Representative Sample of Adolescents in the United States. *Pers.Individ. Dif*. 2016; 1:66-72.
11. Leonidas C, Antonio dos Santos M. Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatr.Dis.Treat*. 2014; 10:915-927.
12. Mahoney ER, Finch MD. The dimensionality of body-cathexis. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*. 1976; 92:277-279.
13. Pliner P, Chaiken S. Eating, social motives, and self-presentatation in women and men. *Journal of Exper.Soc.Psychology*. 1990; 26:240-254.
14. Pratt EM, Telch CF, Labouvie EW, Wilson GT, Agras WS. Perfectionism in women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2001; 29:177-186.
15. Sansone RA, Sansone LA. The relationship between borderline personality and obesity. *Innov.Clin. Neurosci*. 2013; 10:36-40.
16. Silberstein LR, Striegel-Moore RH, Timko C, Rodin J. Behavioural and psychological implications of body dissatisfaction: Do men and women differ? *Sex Roles*. 1988; 19:219-232.
17. Striegel-Moore G, Bulik V. Risk factors for eating disorders. *Int. J. Eat. Disord*. 2003; 34:220-226.

Сведения об авторах

Лифинцева Алла Александровна — доктор психологических наук, профессор института гуманитарных наук ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет им. И. Канта», Калининград. E-mail: aalifintseva@gmail.com

Новикова Юлия Юрьевна — аспирант института гуманитарных наук ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет им. И. Канта», Калининград. E-mail: jnovikova2008@yandex.ru

Каравасева Татьяна Артуровна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург. E-mail: tania_kar@mail.ru

Фомичева Мария Валерьевна — медицинский психолог отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: mashafom91@mail.ru

Нарушения половой идентичности и проблемы психического здоровья

Пискарева Т.К., Ениколопов С.Н.
Научный центр психического здоровья, Москва

Резюме. В обзоре рассматриваются психические заболевания, наиболее часто встречающиеся у лиц с расстройствами половой идентичности. Анализируется применимость модели «стресса меньшинств», Meyer (1995), для объяснения наблюдаемой коморбидности. Делается вывод о необходимости повышенного внимания к лицам с нарушениями половой идентичности со стороны психологических и психиатрических служб.

Ключевые слова: расстройство половой идентичности, половая дисфория, транссексуализм, психические расстройства, модель стресса меньшинств, коморбидность.

Gender identity disorder and mental health problems

Piskareva T.K., Enikolopov S.N.
Mental Health Research Centre, Moscow

Summary. The review examines the mental illnesses most commonly found in individuals with gender identity disorders. The applicability of Meyer's Minority Stress Model (1995) to explanation of the observed comorbidity is analyzed. In conclusion the need for increased attention to persons with gender identity disorders from psychological and psychiatric services is stated.

Key words: gender identity disorder, gender dysphoria, transsexualism, mental disorders, minority stress model, comorbidity.

В связи с увеличением количества людей, относящих себя к сексуальным меньшинствам, а также общей тенденцией к маскулинизации женского населения и феминизации мужского, тема здоровья при нарушениях гендерной идентичности приобретает все большее значение. В нашем обзоре мы стремимся обобщить имеющиеся данные о наиболее часто встречающихся психических заболеваниях, сопровождающих нарушения половой идентификации. Актуальность работы продиктована целым рядом теоретических и практических проблем, связанных с изучением, диагностикой и экспертизой данных состояний.

Нарушения половой идентичности представляют собой неоднородную группу феноменов человеческой психики. Разные авторы относят к ним транссексуализм, транссвестизм, небинарную («квир-») идентичность, эгодистонную гомо- и бисексуальную ориентацию и т.д.

В связи с различным пониманием разными авторами расстройств половой идентичности, отношением к ним либо только транссексуализма, либо нарушений половой идентичности нетранссексуального типа, данные о распространенности таких расстройств в мире значительно различаются: от 1:3000 до 1:30000 населения у одних авторов [61] и от 1:40000 до 1:100000 населения у других [12].

Неоднозначность понятия «нарушения половой идентичности» отражается в множественности его диагностических рубрик. В МКБ-10 к данным нарушениям относятся рубрики F64 «Расстройство половой идентификации», F65 «Расстройство сексуального предпочтения», включающие фетишистский транссвестизм, который является одной из разновидностей самостоятель-

ных психических расстройств, сопровождающихся синдромом «отвергания пола» [9] и F66 «Психические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией», т.к. в них «больной страдает от неопределенности относительно своей половой принадлежности». В проекте МКБ-11 было решено переместить расстройства половой идентификации из класса «Психические расстройства и расстройства поведения» в новый класс «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем» и изменить название рубрики на «Гендерное несоответствие». Такое решение принято в связи со стигматизацией транссексуалов как людей с психическим заболеванием. Остальные рубрики, имеющие отношение к нарушениям половой идентичности рекомендованы к удалению. Однако в DSM-5 сохранилась соответствующая диагностическая глава «Половая дисфория». Таким образом, существуют разногласия относительно отнесения расстройств половой идентичности к сфере сугубо психических нарушений, либо к состояниям смешанного генеза.

Важную проблему представляет коморбидность нарушений половой идентичности с другими психическими заболеваниями. В МКБ-10 расстройство половой идентичности может быть диагностировано только при исключении эндогенного психического процесса. Некоторые авторы говорят о необходимости более тонкого подхода к дифференциальной диагностике расстройств половой идентичности. В частности, Матевосян С.Н. (2009) указывает, что в ситуациях, когда у пациента с психическим заболеванием в ремиссии сохраняется стойкая транссексуальная идентичность, в которой полоролевой конфликт оказы-

вает существенное влияние на социальную, личностную и сексуальную адаптацию, допустимы лечебно-реабилитационные мероприятия, аналогичные таковым при транссексуализме [6].

При рассмотрении нарушений половой идентичности в рамках различных нозологических форм зачастую опускается вопрос о месте этих нарушений в структуре заболевания. С одной стороны, нарушения половой идентичности могут быть частью бредовой фабулы при шизофрении или другим эндогенным психическим заболеванием. С другой — особый социальный статус лиц, идентифицирующих себя не в соответствии со своим биологическим полом, создает условия для развития вторичной патопсихологической симптоматики.

Согласно модели стресса меньшинств (Meyer, 1995) представители малых социальных групп подвергаются особым стрессорным факторам (дискриминация, гомофобия и т.д.) в дополнение к общим для своей социальной и возрастной группы стрессорам, что негативно отражается на их здоровье [44]. Данные о продолжительности жизни показывают, что у транссексуалов смертность на 51% выше, чем у населения в целом [35]. Это связывают с в шесть раз большим количеством завершенных суицидов, более высоким уровнем инфицирования ВИЧ и злоупотреблением психоактивными веществами среди транссексуалов, по сравнению с общей популяцией.

В ряде исследований показано, что у лиц с нарушениями половой идентичности психические заболевания встречаются значимо чаще, чем в общей популяции [19,24,26].

Цель данного обзора — рассмотреть основные нозологические формы, сопровождающие нарушения половой идентичности.

Депрессии

Согласно данным американских исследователей, у трансгендеров пожилого и старческого возраста риск депрессий составляет от 44% до 48% [33], когда у цисгендеров того же возраста он находится в районе 13,3% [53]. Ibrahim C.A., et al. обнаружили, что 45% трансгендеров переживали хотя бы один большой депрессивный эпизод в течение жизни [34]. Witcomb G.L., et al. оценивали степень выраженности депрессии и сопутствующей психопатологии у 913 трансгендеров, получавших и не получавших гормональную терапию по смене пола. Было выявлено, что трансгендеры, не получающие гормональную терапию, имеют в 4 раза более высокий риск возникновения депрессии по сравнению с общей популяцией. В качестве предикторов депрессии у трансгендеров были выделены старший возраст, низкая самооценка, бедность интерперсональных связей и низкая социальная поддержка. Гормональная терапия по смене пола значимо снижала риск депрессии [60].

Суицидальное поведение

Суицидальные мысли и суицидальные попытки являются индикаторами крайнего эмоциональ-

ного дистресса. Многие исследования показали значительно превосходящее число суицидальных попыток и завершенных суицидов среди лиц с нарушениями половой идентичности по сравнению с общей популяцией.

García-Vega E., et al. (2018) обследовали 151 транссексуала и выявили, что у 48,3% присутствовали суицидальные мысли, а 23,8% предприняли попытку самоубийства [29]; в общей популяции эти цифры находятся в районе 2,7% and 0,9% соответственно [54]. При этом суицидальные интенции не были связаны с наличием психического заболевания.

В японском исследовании 500 транссексуалов без коморбидных психических заболеваний у 72% были обнаружены суицидальные мысли, а 31,8% сообщили о самоповреждениях, включая суицидальные, в течение жизни. В качестве факторов, значимо влияющих на суицидальный риск, были выявлены низкий уровень образования и молодой возраст [55].

Исследование влияния стресса меньшинств (дискриминация, трансфобия) на суицидальный риск показало, что для большинства стрессоров депрессия выступает опосредующим фактором, приводящим к суицидальным попыткам [53]. Таким образом, высокий суицидальный риск среди лиц с нарушениями гендерной идентичности связан с одной стороны с социальными факторами неприятия таких людей обществом, а с другой — с недостатком копинг-ресурсов, в силу их низкого образовательного уровня и молодого возраста.

Несуицидальная аутоагрессия

Множество исследований указывают на более высокий уровень самоповреждений несуицидального характера среди сексуальных и гендерных меньшинств по сравнению с общей популяцией [35,42]. Arcelus J., et al. (2016) выявили, что 46,3% трансгендеров хотя бы раз в жизни нанесли самоповреждения без суицидальной цели, а 28,73% делали это в течение 3 месяцев предшествовавших обследованию [9]. Трансгендеры, вовлеченные в самоповреждающее поведение, испытывали более высокий стресс от трансфобии, у них была более выраженная психопатологическая симптоматика, больше внутриличностных психологических проблем, и они получали меньше социальной поддержки по сравнению с транссексуалами, не вовлеченными в самоповреждающее поведение. В большинстве исследований была выявлена более высокая склонность к самоповреждению у натальных мужчин, по сравнению с женщинами [21]. В качестве предикторов самоповреждающего поведения были выделены молодой возраст, натальный мужской пол и большое количество психопатологической симптоматики.

Злоупотребление ПАВ

Отмечается высокая коморбидность нарушений половой идентичности со злоупотреблением

психоактивными средствами [23]. Schuler M.S., et al. исследовали табакокурение, эпизодическое пьянство, курение марихуаны, употребление запрещенных наркотиков, зависимость от алкоголя и ПАВ у 67354 взрослых представителей сексуальных меньшинств. Было выявлено значимо более частое употребление всех видов веществ гомосексуальными мужчинами и женщинами по сравнению с гетеросексуальными. Это различие наиболее проявлялось в юношеском возрасте и практически стиралось к пожилому [51]. В другом исследовании употребления марихуаны и кокаина трансгендерами [30] авторы обнаружили, что среди трансгендеров 19% хотя бы раз в жизни употребляли марихуану, а 9,8% — кокаин. Показана связь употребления марихуаны с социальным избеганием и страхом негативной оценки. Трансгендеры, употребляющие ПАВ, более подвержены виктимизации и чаще обращаются по поводу психологических проблем. Тем не менее, авторы пришли к выводу, что употребление марихуаны трансгендерами не превышает показателей общей популяции и может быть рекомендовано для контроля тревожности.

В другом обширном американском исследовании [45] был показан вдвое более высокий уровень употребления ПАВ представителями ЛГБТ-сообщества (27,6%) по сравнению с общей популяцией (10,5%). Причины более высокого уровня употребления психоактивных веществ сексуальными и гендерными меньшинствами до конца не ясны. Была показана связь злоупотребления ПАВ с виктимизацией, страхом отрицательной оценки и социальным избеганием, что соответствует модели стресса меньшинств. Высокая коморбидность с расстройствами личности может объяснять употребление алкоголя и наркотиков как средств преодоления трудностей в интерперсональной сфере, связанных с расстройствами личности [30]. С другой стороны употребление ПАВ может наоборот приводить к развитию и усугублению симптоматики личностных расстройств. Связь между высоким уровнем злоупотребления ПАВ представителями сексуальных меньшинств может быть опосредована не только личностными расстройствами, но также и другими еще не исследованными факторами, которые требуют дальнейшего изучения.

Социофобия

От 9,5% до 31,4% лиц подросткового и юношеского возраста с нарушениями гендерной идентичности испытывают социальную тревожность или социофобию [13, 18, 24, 50]. Авторы расходятся во мнениях относительно того, можно ли объяснить высокий уровень социофобии моделью стресса меньшинств. Bergero-Miguel, et al. (2016) обнаружили, что «стресс меньшинств» и социальная тревожность у трансгендеров связаны только через одну переменную — переживаемое жестокое обращение в школе [13]. В другом исследовании сходным образом было показано, что уровень

социофобии зависит от степени маргинализации [59]. Авторы обнаружили, что лица с бисексуальной ориентацией испытывают более сильную социальную тревожность, чем с гомосексуальной. Поэтому можно предположить, что лица с нарушениями половой идентичности испытывают более сильную социофобию, поскольку они сталкиваются не только с факторами стресса общими для сексуальных меньшинств (гомо- и бисексуалов), но и со стрессорами связанными с их гендерным несоответствием [50].

Расстройства аутистического спектра

Растет количество исследований, показывающих коморбидность нарушений половой идентичности с расстройствами аутистического спектра [58]. De Vries et al. (2010) показали, что встречаемость РАС среди детей и подростков с нарушениями половой идентичности составляет 7,8% [25], когда в общей популяции она находится в пределах 0,6–1% [11]. В другом исследовании аутистические черты были обнаружены у 5,5% взрослых с РПИ [48]. Kraemer B., et al. (2005), ссылаясь на теорию Baron-Cohen S. (2002), «extreme-male brain» объясняли наличие нарушений гендерной идентичности у пациентов с синдромом Аспергера приобретением «мужских эмоциональных и когнитивных черт» [38]. Другой авторский коллектив [36] объясняли это тем, что присущие расстройствам аутистического спектра дефицитарная модель психического и особенности когнитивного стиля влияют на процесс формирования гендерной идентичности, что приводит к развитию расстройств половой идентификации.

Расстройства личности

Исследования личностных расстройств среди лиц с нарушениями гендерной идентичности имеют противоречивые результаты: в некоторых обнаружена личностная психопатология, когда в других показано ее отсутствие [17,32,47]. Такое расхождение связано как с различием используемых шкал (MMPI, SCID, интервью), так и критериев отбора испытуемых (DSM-III,IV). Большинство исследователей отмечают преобладание расстройств кластера В (пограничное, гистрионное и нарциссическое). В итальянском исследовании Maddedu et al. [41] обнаружили, что пограничное расстройство личности встречается наиболее часто среди трансгендеров, причем различий между мужчинами-транссексуалами и женщинами-транссексуалами обнаружено не было. Bodlund et al. [14] также обнаружили статистически значимое преобладание расстройств кластера В среди лиц с гендерной дисфорией. Была показана более высокая частота встречаемости расстройств личности среди трансгендеров (29%), по сравнению с общей популяцией (17%). Nepp et al. [31] обнаружили, что среди лиц с гендерной дисфорией 16,1% имеют расстройства кластера А, 22,6% — кластера В и 19,4% — кластера С. Они также отметили,

что в выборке транссексуалов встречаемость расстройств личности значимо выше, чем в общей популяции. В сербском исследовании [28] получены данные о значимом преобладании избегающего и параноидного расстройств личности среди лиц с нарушением гендерной идентичности. Авторы объясняют это отличие от результатов других исследований социокультурными факторами. Ими также было выявлено, что MtF-транссексуалы имеют значимо более выраженную психопатологическую симптоматику, чем FtM-транссексуалы. Эти результаты соотносятся с данными других исследований [23]. Однако в ряде исследований получены обратные результаты, говорящие об отсутствии связи между гендерной идентичностью и личностными расстройствами [23, 46].

Французские исследователи [15] предложили 108 трансгендерам без диагностированных психических заболеваний заполнить методику MMPI-2. У 48% хотя бы одна шкала (за исключением шкалы маскулинность-феминность) находилась на клинически значимом уровне выраженности. Мужчины-трансгендеры чаще имели более высокие баллы по шкалам ипохондрии, депрессии и истерии. Трансгендеры, не получающие гормональную терапию по смене пола демонстрировали более выраженную психопатологическую симптоматику, чем те, которые принимали гормоны. Наиболее вероятно это связано с тем, что трансгендеры до начала терапии сфокусированы на своих переживаниях полового несоответствия, находятся в депрессивном состоянии и чувствуют дискомфорт при интерперсональном взаимодействии. Хирургическая смена пола также оказывала значимый положительный эффект на психическое состояние трансгендеров.

Парафилии

Ряд авторов показали наличие нарушений половой идентичности в психической структуре лиц с расстройствами влечений. Введенским Г.Е. была показана связь парафилий и нарушений полоролевой идентичности, не достигающих, однако уровня половой дисфории [2]. Дворянчиков Н.В., Макарова Т.Е. (2013) описали особенности половой идентичности у лиц с диагнозом «педофилия», выражающиеся в нарушении структуры полового самосознания, неустойчивости образа Я [3]. Амбарцумян Э.С. (2003) также показал наличие расстройств половой идентичности в структуре психических нарушений у лиц с парафилиями и у лиц, совершивших сексуальные гомицидные действия [1]. Lombardi и коллеги (2001) опросили 402 респондентов с различными нарушениями половой идентичности и обнаружили, что 16% совершили какой-либо акт агрессии за предшествующий год, а 3% сообщили о совершенном изнасиловании или его попытке [40]. Имеются указания на наличие нарушений половой идентичности у насильников [5], что доказывает социальную значимость этих расстройств и, в частности, в судебно-психиатрическом аспекте [4].

Шизофрения

Многие клинические исследования показали более высокую встречаемость шизофрении среди лиц с нарушениями гендерной идентичности по сравнению с общей популяцией [49]. В датском исследовании 31 из 186 опрошенных психиатров сообщили о том, что сталкивались со случаями РПИ, сопровождавшимися различными психическими расстройствами, включая шизофрению [8]. В другом датском исследовании у 7,4% лиц, обратившихся за сменой пола, была диагностирована шизофрения [52]. Сходные данные были получены в американском исследовании: шизофрения была выявлена у 8% лиц с гендерной дисфорией [39]. В ирландском исследовании [37] у 5% мужчин-транссексуалов была диагностирована шизофрения. Также в тайваньском исследовании была выявлена значимая корреляция между РПИ и шизофренией у натальных мужчин [20]. Значительно более высокая частота встречаемости шизофрении при РПИ отмечается в отечественной литературе. Матевосян С.Н. и Введенский Г.Е. (2006) показали, что среди пациентов, обратившихся по поводу смены пола, около 86% страдали различными психическими расстройствами, из них 23,5% — расстройствами шизофренического спектра [4]. Причин для такого расхождения в данных может быть несколько. Во-первых, более низкая обращаемость по поводу смены пола, связанная с выраженной трансфобией и низкой толерантностью к гендерным меньшинствам среди русскоговорящего населения. Во-вторых, иное соотношение мужского и женского транссексуализма. Во время как в Европе и Америке данные об этом соотношении в популяции варьируют от 2,3:1 (Германия, 1996) до 8:1 (США, 1966) в пользу мужского транссексуализма [17], в России наблюдается обратная ситуация: соотношение от 3:1 [17] до 4,1:1 [4] в пользу женского транссексуализма. Кроме того, в некоторых исследованиях данные о более высокой частоте встречаемости шизофрении при РПИ не подтверждаются: японские исследователи выявили 1,02% коморбидности шизофрении с РПИ [47], в другом исследовании эта цифра составила 0,92% [23]; иранское исследование 83 пациентов с РПИ не выявило случаев коморбидности с шизофренией [43].

Заключение

Таким образом, целый ряд исследований обнаруживает высокую коморбидность психических заболеваний с расстройствами половой идентичности. Одним из объяснений этого служит гипотеза «стресса меньшинств», согласно которой люди с гендерным несоответствием переживают больше стресса по сравнению с общей популяцией, а следовательно, в большей степени страдают от психогенных заболеваний. В пользу этой теории говорят данные о меньшей выраженности патопсихологической симптоматики у лиц с РПИ, принимающих гормональную терапию по смене пола, по

сравнению с теми, кто терапию не принимает. Однако эта гипотеза не может объяснить более частую встречаемость парафилий, расстройств аутистического и шизофренического спектра при РПИ. Хотя существуют исследования, опровергающие данные о более высокой частоте встречаемости психических заболеваний при РПИ, их валидность вызывает сомнения. Лиц с РПИ следует рассматривать как находящихся в зоне риска развития психических заболеваний. Высокая встречаемость депрессий и суицидального поведения, а также частота совершения актов агрессии и насилия лицами с РПИ свидетельствуют о необходимости повышенного внимания к таким расстройствам и коморбидным с ними заболеваниям.

Выводы. 1. Нарушения гендерной идентичности представляют собой неоднородную с точки зрения диагностических критериев и внешних проявлений группу расстройств. Они могут выступать как самостоятельные нарушения, так и сопровождать другие виды психической патологии.

2. Международная общественная позиция в отношении этой группы заболеваний состоит в стремлении к их дестигматизации и выведению из класса психических расстройств, что может привести к негативным социальным последствиям ввиду их высокой коморбидности с парафилиями и девиантными формами поведения.

3. Нарушения половой идентичности в структуре психических заболеваний играют роль провоцирующих и утяжеляющих факторов, вводя, в соответствии с моделью «стресса меньшинств», дополнительные стрессоры, связанные с социальным статусом таких больных. В ряде исследований показана высокая (значительно выше, чем в общей популяции) встречаемость различных психических расстройств у лиц с нарушениями половой идентичности.

4. Практически в половине случаев нарушения половой идентичности сопровождаются депрессией с высокой суицидальной активностью, что придает им высокую социальную значимость.

Литература

1. Амбарцумян Э.С. Расстройства половой идентичности и дизонтогенетические состояния у лиц, совершивших сексуальные гомоцидные действия. В кн.: Материалы юбилейной конференции «Социальные и клинические проблемы сексологии и сексopatологии», посвященной 30-летию Федерального научно-методического центра медицинской сексологии и сексopatологии. М.; 2003:115-116. [Ambarcumyan ES. Rasstrojstva polovoj identichnosti i dizontogeneticheskie sostoyaniya u lic, sovershivshih seksual'nye gomicidnye dejstviya. V kn.: Materialy yubilejnoj konferencii «Social'nye i klinicheskie problemy seksologii i seksopatologii», posvyashchennoj 30-letiyu Federal'nogo nauchno-metodicheskogo centra medicinskoj seksologii i seksopatologii. M.; 2003:115-116. (In Russ.).]
2. Введенский Г.Е. Нарушения половой идентичности и психосексуальных ориентации у лиц, совершивших противоправные сексуальные действия (клиника, патогенез, коррекция, судебно-психиатрическое значение): дис. д-ра. мед. наук. М.; 2000. [Vvedenskij GE. Narusheniya polovoj identichnosti i psihoseksual'nyh orientacii u lic, sovershivshih protivopravnye seksual'nye dejstviya (klinika, patogeneza, korrekciya, sudebno-psihiatricheskoe znachenie): dis. d-ra. med. nauk. M.; 2000. (In Russ.).]
3. Дворянчиков Н.В., Макарова Т.Е. Половозрастная идентичность у лиц, совершивших сексуальные насильственные действия в отношении детей. Психология и право. 2013;3. [Электронный ресурс] <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n3/63799.shtml> (дата обращения: 07.02.2019) [Dvoryanchikov NV, Makarova TE. Age and gender identity in the perpetrators of sexual violence against children. Psihologiya i pravo. 2013. [Elektronnyj resurs] <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n3/63799.shtml> (In Russ.).]
4. Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф. Судебная психиатрия: Учебник для вузов. Под общ. ред. Г.В. Морозова. М.: Норма; 2008. [Zharikov NM, Morozov GV, Hritinin DF. Sudebnaya psichiatriya: Uchebnik dlya vuzov. Pod obshch. red. G.V. Morozova. M.: Norma; 2008. (In Russ.).]
5. Кочарян А.С. Личность и половая роль: симптомокомплекс маскулинности/феминности в норме и патологии. Отв. Ред. Л.Ф. Бурлачук. Харьков; 1996. [Kocharyan AS. Lichnost i polovaya rol: simptomokompleks maskulinnosti/femininnosti v norme i patologi. Otv. red. L.F. Burlachuk. Harkov; 1996. (In Russ.).]
6. Матевосян С.Н. Психические расстройства с синдромом «отвергания» пола (клинико-феноменологические и лечебно-реабилитационные аспекты): дис. док. мед. наук. М.; 2009. [Matevosyan SN. Psihicheskie rasstrojstva s sindromom «otverganiya» pola (kliniko-fenomenologicheskie i lechebno-reabilitacionnye aspekty): dis. dok. med. nauk. M.; 2009. (In Russ.).]
7. Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Психопатологическая коморбидность расстройств половой идентичности. Сборник материалов научно-практической конференции «Сексуальная культура современной России». М.; 2006:44-46. [Matevosyan SN, Vvedenskij GE. Psihopatologicheskaya komorbidnost' rasstrojstv polovoj identichnosti. Sbornik materialov nauchno-prakticheskoj konferencii «Seksual'naya kul'tura sovremennoj Rossii». M.; 2006:44-46. (In Russ.).]
8. À Campo J, Nijman H, Merckelbach H, Evers C. Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: a survey among dutch psychiatrists. The American

- Journal of Psychiatry*. 2003; 160(7):1332–1336. doi: 10.1176/appi.ajp.160.7.1332
9. Arcelus J, Claes L, Witcomb GL, Marshall E, Bouman WP. Risk Factors for Non-Suicidal Self-Injury Among Trans Youth. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016; 13(3):402–412. doi:10.1016/j.jsxm.2016.01.003
 10. Baron-Cohen S. The Extreme Male Brain Theory of Autism and the Potential Adverse Effects for Boys and Girls with Autism. *Journal of Bioethical Inquiry*. 2012; 9(1):93–103. doi: 10.1007/s11673-011-9350-y
 11. Baird G, Simonoff E, Pickles A, Chandler S, Loucas T, Meldrum D, Charman T. Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: The special needs and autism project (SNAP). *The Lancet*. 2006; 368(9531):210–215. doi:10.1016/S0140-6736(06)69041-7
 12. Bakker A., van Kesteren PJ., Gooren L.J., Bezemer P.D. The prevalence of transsexualism in Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1993; 87(4):237–238.
 13. Bergero-Miguel T, García-Encinas MA, Villena-Jimena A, Pérez-Costillas L, Sánchez-Álvarez N, de Diego-Otero Y, Guzman-Parra J. Gender Dysphoria and Social Anxiety: An Exploratory Study in Spain. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016; 13(8):1270–1278. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.05.009
 14. Bodlund O, Kullgren G, Sundbom E, Hojerback T. Personality traits and disorders among transsexuals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1993; 88(5):322–327.
 15. Bonierbale M, Baumstarck K, Maquigneau A, Gorin-Lazard A, Boyer A, Loundou A, Auquier P, Lancon C. MMPI-2 Profile of French Transsexuals: The Role of Sociodemographic and Clinical Factors. A cross-sectional design. *Scientific Reports*. 2016; 6:24281. doi: 10.1038/srep24281
 16. Brown G. Sex reassignment surgery in a patient with gender identity disorder and dissociative identity disorders: Report of a successful case. XVII Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association Symposium. Texas: Galveston; 2001.
 17. Brown GR, Wise TN, Costa PT Jr, Herbst JH, Fagan PJ, Schmidt CW Jr. Personality characteristics and sexual functioning of 188 cross-dressing men. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1996; 184(5):265–273.
 18. Busa S, Janssen A, Lakshman M. A Review of Evidence Based Treatments for Transgender Youth Diagnosed with Social Anxiety Disorder. *Transgender Health*. 2018; 3(1):27–33. doi:10.1089/trgh.2017.0037
 19. Carmel TC, Erickson-Schroth L. Mental health and the transgender population. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2016; 54(12):44–48. doi:10.3928/02793695-20161208-09
 20. Chien YL, Gau SS, Gadow KD. Sex difference in the rates and co-occurring conditions of psychiatric symptoms in incoming college students in Taiwan. *Comprehensive Psychiatry*. 2011; 52(2):195–207. doi:10.1016/j.comppsy.2010.03.009
 21. Claes L, Bouman WP, Witcomb G, Thurston M, Fernandez-Aranda F, Arcelus J. Non-suicidal self-injury in trans people: associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning, and perceived social support. *The Journal of Sexual Medicine*. 2015; 12(1):168–179. doi:10.1111/jsm.12711
 22. Clements-Nolle K, Marx R, Guzman R, Katz M. HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: Implications for public health intervention. *American Journal of Public Health*. 2001; 91:915–921.
 23. Cole CM, O'Boyle M, Emory LE, Meyer WJ. Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*. 1997; 26(1):13–26.
 24. De Vries AL, Doreleijers TA, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011; 52(11):1195–1202. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x
 25. De Vries AL, Noens IL, Cohen-Kettenis PT, van Berckelaer-Onnes IA, Doreleijers TA. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2010; 40(8):930–936. doi:10.1007/s10803-010-0935-9
 26. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*. 2016; 28(1):44–57. doi:10.3109/09540261.2015.1115753
 27. Dixen JM, Maddever H, Van Maasdam J, Edwards PW. Psychosocial characteristics of applicants evaluated for surgical gender reassignment. *Archives of Sexual Behavior*. 1984; 13:269–276.
 28. Duišin D, Batinić B, Barišić J, Djordjevic ML, Vujović S, Bizic M. Personality Disorders in Persons with Gender Identity Disorder. *Scientific World Journal*. 2014;809058. doi:10.1155/2014/809058.
 29. García-Vega E, Camero A, Fernández M, Villaverde A. Suicidal ideation and suicide attempts in persons with gender dysphoria. *Psicothema*. 2018; 30(3):283–288. doi:10.7334/psicothema2017.438.
 30. Guzman-Parra J, Paulino-Matos P, de Diego-Otero Y, Perez-Costillas L, Villena-Jimena A, Garcia-Encinas MA, Bergero-Miguel T. Substance use and social anxiety in transsexual individuals. *Journal of Dual Diagnosis*. 2014; 10(3):162–167. doi: 10.1080/15504263.2014.930658
 31. Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Designore A. Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005; 58(3):259–261.
 32. Hoshiai M, Matsumoto Y, Sato T, Ohnishi M, Okabe N, Kishimoto Y, Terada S, Kuroda S. Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2010; 64(5):514–519. doi:10.1111/j.1440-1819.2010.02118.x
 33. Hoy-Ellis CP, Fredriksen-Goldsen KI. Depression Among Transgender Older Adults: General and Minority Stress. *American Journal of Community*

- Psychology. 2017; 59(3-4):295-305. doi:10.1002/ajcp.12138
34. Ibrahim C, Haddad R, Richa S. Les comorbidités psychiatriques dans le transsexualisme : étude sur une population de transgenres libanais. *l'Encéphale Revue De Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique*. 2016; 42(6):517-522 doi: 10.1016/j.en-cep.2016.02.011
 35. Jackman K, Honig J, Bockting W. Nonsuicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and transgender populations: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. 2016; 25(23-24):3438-3453. doi: 10.1111/jocn.13236
 36. Jacobs LA, Rachlin K, Erickson-Schroth L, Jansen A. Gender Dysphoria and Co-Occurring Autism Spectrum Disorders: Review, Case Examples, and Treatment Considerations. *LGBT Health*. 2014;1(4):277-282. doi: 10.1089/lgbt.2013.0045
 37. Judge C, O'Donovan C, Callaghan G, Gaoatswe G, O'Shea D. Gender dysphoria—prevalence and co-morbidities in an Irish adult population. *Frontiers in Endocrinology*. 2014; 5:1-5. doi:10.3389/fendo.2014.00087
 38. Kraemer B, Delsignore A, Gundelfinger R, Schnyder U, Hepp U. Comorbidity of Asperger syndrome and gender identity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2005; 14(5):292-296.
 39. Levine SB. Psychiatric diagnosis of patients requesting sex reassignment surgery. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 1980; 6(3):164-173.
 40. Lombardi EL, Wilchins RA, Priesing D, Malouf D. Gender violence: Transgender experiences with violence and discrimination. *Journal of Homosexuality*. 2001; 42(1):89-101.
 41. Madeddu F, Prunas A, Hartmann D. Prevalence of axis II disorders in a sample of clients undertaking psychiatric evaluation for sex reassignment surgery. *Psychiatric Quarterly*. 2009; 80(4):261-267. doi:10.1007/s11126-009-9114-6
 42. Marshall E, Claes L, Bouman WP, Witcomb GL, Arcelus J. Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: A systematic review of the literature. *International Review of Psychiatry*. 2016; 28(1):58-69. doi: 10.3109/09540261.2015.1073143
 43. Meybodi AM, Hajebi A, Jolfaei AG. Psychiatric axis I comorbidities among patients with gender dysphoria. *Psychiatry Journal*. 2014;971814. doi:10.1155/2014/971814
 44. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*. 1995; 36(1):38-56.
 45. McCabe SE, Bostwick WB, Hughes TL, West BT, Boyd CJ. The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*. 2010; 100:1946-1952. doi: 10.2105/AJPH.2009.163147
 46. Miach PP, Berah EF, Butcher JN, Rouse S. Utility of the MMPI-2 in assessing gender dysphoric patients. *Journal of Personality Assessment*. 2000; 75:268-279.
 47. Okabe N, Sato T, Matsumoto Y, Ido Y, Terada S, Kuroda S. Clinical characteristics of patients with gender identity disorder at a Japanese gender identity disorder clinic. *Psychiatry Research*. 2008;157(1-3):315-318.
 48. Pasterski V, Gilligan L, Curtis R. Traits of autism spectrum disorders in adults with gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*. 2014; 43:387-393. doi: 10.1007/s10508-013-0154-5
 49. Rajkumar RP. Gender identity disorder and schizophrenia: neurodevelopmental disorders with common causal mechanisms? *Schizophrenia Research and Treatment*. 2014;463757. doi:10.1155/2014/463757
 50. Roberts KE, Schwartz D, Hart TA. Social anxiety among lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents and young adults. Alfano CA, Beidel DC. (Eds.) *Social anxiety in adolescents and young adults: Translating developmental science into practice*. US: APA; 2011:161-181. doi:10.1037/12315-009
 51. Schuler MS, Rice CE, Evans-Polce RJ, Collins RL. Disparities in substance use behaviors and disorders among adult sexual minorities by age, gender, and sexual identity. *Drug and Alcohol Dependence*. 2018; 189:139-146. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.05.008
 52. Smith YLS, van Goozen SHM, Cohen-Kettenis PT. Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: a prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001; 40(4):472-481.
 53. Tebbe EA, Moradi B. Suicide risk in trans populations: An application of minority stress theory. *Journal of Counseling Psychology*. 2016; 63(5):520-533. doi: 10.1037/cou0000152
 54. Ten Have M, de Graaf R, van Dorsselaer S, Verdurmen J, van 't Land H, Vollebergh W, Beekman A. Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2009; 54(12):824-833.
 55. Terada S, Matsumoto Y, Sato T, Okabe N, Kishimoto Y, Uchitomi Y. Suicidal ideation among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Research*. 2011; 190(1):159-162. doi:10.1016/j.psychres.2011.04.024
 56. Van Damme A, Declercq T, Lemey L, Tandt H, Petrovic M. Late-life depression: issues for the general practitioner. *International Journal of General Medicine*. 2018; 11:113-120. doi:10.2147/IJGM.S154876
 57. Van Kesteren PJ, Asscheman H, Megens JA, Gooren LJ. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with crosssex hormones. *Clinical Endocrinology (Oxford)*. 1997; 47:337-342.
 58. Van Schalkwyk GI, Klingensmith K, Volkmarb FR. Gender Identity and Autism Spectrum Disorders. *Yale Journal of Biology and Medicine*. 2015; 88(1):81-83.
 59. Wadsworth LP, Hayes-Skelton SA. Differences Among Lesbian, Gay, Bisexual, Heterosexual Individuals, and those Who Reported an Other Identity on an Open-Ended Response on Levels of Social Anxiety. *Psychology of sexual orientation and*

- gender diversity. 2015; 2(2):181-187. doi:10.1037/sgd0000092
60. Witcomb GL, Bouman WP, Claes L, Brewin N, Crawford JR, Arcelus J. Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 235:308-315. doi:10.1016/j.jad.2018.02.051
61. Zucker KJ, Bradley SJ, Owen-Anderson A, Kibblewhite SJ, Wood H, Singh D, Choi K. Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2012; 38(2):151-189. doi:10.1080/0092623X.2011.611219.

Сведения об авторах

Ениколопов Сергей Николаевич — к.п.н., доцент, руководитель отдела медицинской психологии ФГБНУ Научный центр психического здоровья. E-mail: enikolopov@mail.ru

Пискарева Татьяна Кондратовна — аспирант отдела медицинской психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». E-mail: stm8649806@yandex.ru

Гениальные идеи и гениальные ошибки (Нематериальная теория психики — второе сообщение)

Решетников М.М.

Восточно-Европейский Институт Психоанализа, Санкт-Петербург

Резюме. В развитие идей, изложенных в статье «Критическое переосмысление применения фармакотерапии при психических расстройствах», автором проводится критический анализ работ Декарта, И.М. Сеченова и М.П. Павлова, которые на столетия определили методы изучения психики и терапевтические подходы к терапии психических расстройств. Подробно анализируются: работа И.М. Сеченова «Рефлексы головного мозга», а также идеи И.П. Павлова о второй сигнальной системе и высшей нервной деятельности. Автором обосновывается, что эти идеи, которые все еще оказывают значительное влияние на развитие психологии, психиатрии, психотерапии и всех социальных наук о человеке и социуме, применительно к психической деятельности являются ошибочными.

Ключевые слова: биологический интерфейс, вторая сигнальная система, высшая нервная деятельность, мозг, нематериальная теория психики, рефлекс.

Genius Ideas and Genius Mistakes

(Non-material Nature of the Psyche, Part II)

Reshetnikov M.M.

East-European Psychoanalytic Institute, St. Petersburg

Summary. The author develops ideas, which he presented in his paper *Critical rethinking of the use of pharmacotherapy in mental disorders* and critically analyses works by Descartes, I.M. Sechenov and I.P. Pavlov, which determined our methods of studying the psyche and treating mental disorders for many centuries. *Reflexes of the Brain* by I.M. Sechenov and ideas of the second signal system and higher nervous activity by I.P. Pavlov are analysed in detail. The author proves that these ideas, which still influence development of psychology, psychiatry, psychotherapy and social sciences, are fallacious.

Key words: biological interface, second signal system, higher nervous activity, brain, non-material theory of the psyche, reflex.

В нашей предыдущей публикации в журнале «Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева» [5] была сформулирована идея о мозге, как биологическом интерфейсе между идеальным и реальным, и обоснована Нематериальная теория психики. В целях самого простого объяснения этой идеи проводилась аналогия между а) мозгом и психикой, и б) компьютером (Hardware, обычно обозначаемым как «железо») и его программным обеспечением (Software), которое, сколько компьютер не разбирай, найти невозможно. Эти идеи разрабатывались в течение последних десяти лет и неоднократно представлялись научному сообществу [6-10, 14-17]. В основу новой теории было положено одно из ключевых положений современной академической науки о том, что информация — это не материя и не энергия, а нематериальный фактор [1], который не существует вне субъекта и при отсутствии субъекта.

В предшествующих публикациях было также обосновано, что на протяжении двух тысячелетий ученые не замечали ошибочную подмену понятий: они говорили и писали об изучении и о терапии психики, а изучали и «лечили» мозг, параллельно изобретая псевдо-физиологическую терминологию для описания «мозговых механизмов психических процессов». В отличие от этих устаревших подходов, автор рассматривает психику как

информационную структуру, а психическую деятельность как вариант информационного обмена и взаимодействия, которые возникают и функционируют только в случае раннего погружения ребенка в социальную (информационную) среду, как своеобразную глобальную сеть. Однако в первой статье критический пересмотр гипотезы Гипократа о мозге, как вместилище всех психических процессов, а также анализ развития этой гипотезы в работах Декарта [2], И.М. Сеченова [11] и И.П. Павлова [4] был дан в предельно кратком варианте. Учитывая общенаучную значимость этих вопросов, а точнее — гениальных заблуждений, предлагается рассмотреть вклад этих авторов в развитие научных представлений о психике более подробно.

Как отмечал сам Декарт, он потратил несколько месяцев, анатомируя головы разных животных, надеясь найти объяснение, в чем состоит память, внимание и прочее [2]. Естественно, это ему не удалось. Тем не менее, достижения его гения общепризнаны, и для этого есть вполне определенные основания. Это был период, когда ученые начали склоняться к материалистическим (большей частью — механистическим) объяснениям своих открытий и наблюдений. Например, Уильям Гарвей, который открыл систему кровообращения, в своем описании апеллировал к уже хорошо известным человечеству техническим устрой-

ствам — трубам и насосам, отмечая, что по такой же (механической) схеме действует кровеносная система тела человека. Но Декарт расширяет этот принцип и переносит представления о механизмах внутренней регуляции организма на систему взаимодействия организма с внешним миром, по сути, предлагая механистическую концепцию психической деятельности.

Согласно этой концепции Декарта, взаимодействие организма с внешним миром осуществляется некой «нервной машиной», в которой мозгу (в полном соответствии с гипотезой Гиппократов) отводилась роль центра. От мозга во все части тела расходятся «нервные трубки» с «нитеями», которые, натягиваясь или ослабляясь, открывают некие «клапаны», которые пропускают нервные импульсы от мозга к тем или иным частям тела (по аналогии с тем, как кровь проходит по сосудам). Повторим еще раз: в теории Декарта тело мыслится как машина, функционирующая по законам механики, а всеми его движениями управляет мозг. Тем не менее, душа в системе представлений Декарта еще присутствует и наделена собственной активностью, но этот тезис теории Декарта вспоминают не так уж часто. В качестве его главной заслуги обычно отмечается, что он фактически описал рефлекторную дугу, хотя сам термин «рефлекс» в его работах не использовался.

Прежде чем мы перейдем к эпохальной работе И.М. Сеченова «Рефлексы головного мозга» (1863), где этот термин (рефлекс) обрел полные права «гражданства» в мировой науке, обратимся к историческому периоду, когда была написана эта статья. В 1859 году вышел уникальный труд Ч. Дарвина «Происхождение видов путём естественного отбора, или Сохранение благоприятных рас в борьбе за жизнь», который стал мощным стимулом для пересмотра мировоззренческих позиций у абсолютного большинства ученых мира. Более того, постепенно распространились отчасти ложные представления, что быть ученым и не быть дарвинистом — просто невозможно или, во всяком случае — неприлично. За прошедшие 160 лет значимость этой монографии практически не изменилась, несмотря на все еще продолжающуюся полемику по поводу теории дарвинизма. Одни считают ее реальным описанием эволюции всего живого на нашей планете, а другие склонны оценивать ее, как описание генетического единства (или даже как «единства акта творения») и наиболее последовательную классификацию всех живых существ. Тем не менее, публикация этого уникального научного труда была, безусловно, революционным событием, которое значительной частью мирового научного сообщества того периода однозначно интерпретированным, как торжество материализма над идеализмом. Уже в 1861 году переводы отрывков и рецензий на книгу Ч. Дарвина публикуются в России, буквально всколыхнув весь научный мир. Более того, теория Ч. Дарвина активно обсуждается не только учеными, а всей высокообразованной российской интеллигенцией.

На этой волне редактор литературного альманаха «Современник» известный русский поэт Н.А. Некрасов обращается к своему знакомому — молодому, по-европейски образованному, преподавателю Медико-хирургической академии И.М. Сеченову с предложением написать для этого журнала статью с обзором наиболее значимых проблем естествознания. В итоге появляется, скорее не статья, а трактат под названием «Попытка ввести физиологические основы в психические процессы». Однако государственная цензура и Священный Синод (в тот период — высший орган управления делами Православной церкви) запретили публикацию «опасного сочинения», которое, по официальному заключению, «оскорбляло чувства верующих». Переписка по этому поводу между редакцией литературного альманаха, цензорами и Священным Синодом по объему многократно превосходит саму статью и представляет самостоятельный интерес [12]. В итоге статья выходит в «Медицинском вестнике» под сугубо научным названием «Рефлексы головного мозга» (11). Какие только определения в последующем не давали этой, безусловно, заслуживающей внимания, но глубоко ошибочной статье: «начало эры объективной психологии», «действительный инструмент анализа сложнейших механизмов работы мозга», «острое оружие научной полемики по многим актуальным проблемам современной нейрофизиологии» и т.д. и т.п. Мной умышленно опускаются авторы этих оценок, но цитировать В.И. Ленина все еще без ссылок не принято, поэтому приведу точно: «Он, этот научный психолог (И.М. Сеченов — прим. моё — М.Р.), отбросил философские теории о душе и прямо взялся за изучения материального субстрата психических явлений — нервных процессов» [3].

Нужно сказать, что статья, начинающаяся словами: «Вам, конечно, случалось, любезный читатель, присутствовать при спорах о сущности души и ее зависимости от тела», — написана чрезвычайно талантливо, но в стиле, скорее, даже не трактата, а эссе, то есть — свободной композиции личных соображений автора по конкретному поводу. Примечательно, что в самом начале статьи, после противопоставления себя всяческому дилетантам, автор констатирует, что мнение человека, который обладает некоторым авторитетом в этой сфере, легко «возводится в догму», а сам такой (компетентный) автор «легко делается кумиром». Это, собственно, и произошло в последующем и с самим произведением, и с его автором, что ничуть не умаляет историческую ценность и значимость и первого, и второго.

В целом в тексте И.М. Сеченова встречается множество бездоказательных утверждений и допущений, типа: «говорят обыкновенно...», «стало быть...», «пусть не думает читатель...», «в этом смысле...», «как бы то ни было...» и т.д. А теперь приведем ведущие постулаты автора этой работы: «Войдемте же, любезный читатель, в тот мир явлений, который рождается из деятельности головного мозга. Говорят обыкновенно, что этот мир охваты-

вает всю психическую жизнь, и *вряд ли есть уже теперь люди, которые с большими или меньшими оговорками не принимали бы этой мысли за истину*» (курсив и далее мой — М.Р.) [11, с.32]. «Для нас, как для физиологов, достаточно и того, что мозг есть орган души, т.е. такой механизм, который, будучи приведен, какими ни на есть причинами в движение, дает в окончательном результате тот ряд внешних явлений, которыми характеризуется психическая деятельность» [11, с.32]. «Читателю становится разом понятно, что все без исключения качества внешних проявлений мозговой деятельности, которые мы характеризуем, например, словами: одушевленность, страстность, насмешка, печаль, радость и пр., суть не что иное, как результат большего или меньшего укорочения какой-то группы мышц — *акта, как всем известно, чисто механического*» [11, с.33]. «*Стало быть, головной мозг, орган души, при известных условиях (по понятиям школы) может производить движения роковым образом, то есть, как любая машина, точно так, как например, в стенных часах стрелки двигаются роковым образом оттого, что гири вертят часовые колеса*» [11, с.37]. Остановимся на этом. И даже не будем пытаться критиковать талантливого автора (с позиций современного знания критиковать гениев прошлого всегда легко), а проведем лишь критическую переоценку самого главного, что было сделано в этой работе.

Напомним, что в представлениях Декарта душа еще рассматривалась как самостоятельная структура, обладающая собственной активностью. В отличие от этого в концепции И.М. Сеченова душевная жизнь полностью сведена к механистической по своей сути и содержанию гипотезе о внутренней деятельности головного мозга, реакциям возбуждения и торможения нервных клеток, до этого подробно изученных И.М. Сеченовым в процессе опытов с раздражением мозга лягушки кристаллами соли. Не могу не отметить, что к чести автора, в конце своей статьи И.М. Сеченов отмечает: «Наконец я должен сознаться, что строил все эти гипотезы, не будучи почти вовсе знаком с психологической литературой» [11, с.116].

Наш выдающийся соотечественник И.П. Павлов прочитал статью «Рефлексы головного мозга» еще в ранней юности, когда учился в рязанской духовной семинарии, и эта работа, по его собственному выражению, перевернула всю его жизнь. Напомним, что, отталкиваясь от представлений И.М. Сеченова, И.П. Павлов разработал теорию условных рефлексов, представлений о первой и второй сигнальной системах и о высшей нервной деятельности. Никакого пересмотра теории И.М. Сеченова сделано не было, но был сделан ряд значительных шагов вперед в изучении нервной системы, о которых будет сказано чуть позднее.

А пока анализируем: что еще происходило после исторической работы И.М. Сеченова? Перечислим максимально кратко общеизвестные факты, чтобы не утонуть в отступлениях, и обратимся только к самым выдающимся открытиям физи-

ологов, главные из которых практически во всех случаях отмечались Нобелевскими Премиями.

В 1897 году Ч. Шеррингтон сформулировал представления о синапсах (пересмотрев декартовские представления о непрерывных «нервных трубках»), но Нобелевскую Премию он получил только через 40 лет — в 1932 году за достижения в изучении структуры нервной системы. В 1904 Нобелевскую Премию получил И.П. Павлов за изучение деятельности пищеварительных желез (хотя, по сути — за открытие условных рефлексов). В 1906 году Нобелевская Премия была присуждена К. Гольджи и С. Рамон-и-Кахаль за описание структуры и организации нейронов в различных областях головного мозга. В 1921 году О. Лёви установил химическую природу передачи нервного возбуждения через синапсы и роль ацетилхолина (он получил Нобелевскую Премию в 1936 году). В 1933 году А.В. Кияков установил роль адреналина в синаптической передаче. В 1935 году В. Эрспамер открыл «энтерамин», в последующем названный серотонином, а в 1953 И. Пейдж и Б. Твэрэг обнаружили серотонин в головном мозге, который оказался также нейромедиатором и получил неофициальное наименование «гормона хорошего настроения» или «гормона счастья».

Обратим внимание, что *изучение нервной системы и мозга шло все более тонкими методами, но его роль, как вместительница всех психических процессов, никем не подвергалась сомнению*. Более того, обоснованная выше «подмена понятий» и примитивная идентификация нервного и психического вообще никем не замечалась! В силу этого внимание ученых, описывающих психические и психопатологические феномены в псевдофизиологической терминологии, постепенно перемещалось от реакций возбуждения и торможения в головном мозге и представлений о высшей нервной деятельности к псевдо-биохимической интерпретации психических процессов (к «химии психики»), а точнее — к обмену нейромедиаторов в синаптической щели.

Отталкиваясь от уже упомянутого выше метафорического наименования серотонина («гормон счастья»), И.П. Лапин совместно со своим ассистентом Г.Ф. Оксенкрагом в 1969 выдвинул и опубликовал [13] очень осторожную гипотезу о том, что, возможно, развитие депрессий (в настоящее время — самой массовой психопатологии) связано с обменом (дефицитом) серотонина в синаптической щели. Эта идея сразу после публикации была подхвачена ведущими психофармакологическими фирмами. Как в конце жизни с оттенком иронии рассказывал сам И.П. Лапин (именуя себя «дедушкой Прокака»), эта чисто умозрительная гипотеза в срочном порядке была теоретически и экспериментально обоснована, и вслед за этим появилась новая, постоянно расширяющаяся группа медицинских препаратов под интригующим и красивым наименованием «селективные ингибиторы обратного захвата серотонина».

Следует отметить, что сам И.П. Лапин относился к такой реализации его идеи весьма скеп-

тически и даже с некоторым чувством вины. Мне не раз приходилось слышать от него саркастически звучащую фразу: «Они долго искали душу, и наконец — о чудо (!), нашли ее в синаптической щели!». При этом он никогда не говорил «мы искали» — только «они».

Странно, но никто из разработчиков этой гипотезы даже не задумался, что в этом предельно оглуленном подходе к терапии депрессий есть определенный элемент цинизма и даже кощунства. Назначая препараты этой группы сроком на 6-8 месяцев, а иногда рекомендуя их пожизненное применение («по аналогии с инсулином у диабетиков»), врачи как бы молчаливо признавали и убеждали мало осведомленную и даже просвещенную публику: «Это не утрата любимого ребенка или другого близкого человека, материального или социального статуса, идеалов или смысла жизни спровоцировали депрессию — это просто следствие нарушения обмена нейромедиаторов». О том, как мои сомнения по всем этим вопросам привели меня вначале к гипотезе о «биологическом интерфейсе», а затем к Нематериальной теории психики, было подробно написано в первой публикации в «Обзрении психиатрии...» [5], а также в ряде других [6-10].

Теперь обратимся к И.П. Павлову и его идее о второй сигнальной системе, которая, по сути, явилась одной из главных предпосылок обоснованной автором Нематериальной теории психики. Напомним, что первая сигнальная система, которая реализуется на основе рефлекторной деятельности и мозговых механизмов (является общей для людей и всех животных), связывалась И.П. Павловым с подкорковыми образованиями. А вторая сигнальная система интерпретировалась как преобразование, в павловской терминологии — «сигнала сигналов» (*слов, сейчас мы бы сказали — информации, прим М.Р.*) в ассоциативных полях коры головного мозга, что И.П. Павлов обозначил как «высшую нервную деятельность» (ВНД).

В начале своих исследований и обобщений И.П. Павлов стоял на строгих физиологических позициях и под страхом увольнения запрещал своим сотрудникам психологизировать его опыты по выработке условных рефлексов и даже просто употреблять такие слова как «собака догадалась», «захотела», «пожелала». Однако позднее учение об условных рефлексах было некритически перенесено на всю психику и привнесено в академическую психологию и психиатрию.

Наиболее полно эта смена позиции И.П. Павлова была обозначена в его докладе на XIV Международном физиологическом конгрессе в Риме 2 сентября 1932 года. Прочитав две выдержки из этого доклада: «Я убежден, что приближается важный этап человеческой мысли, когда физиологическое и психологическое, объективное и субъективное действительно сольются, когда фактически разрешится или отпадет естественным путем мучительное противоречие или противопоставление моего сознания моему телу» [4]. «Эту реальную и са-

мыми общими линиями только что мной очерченную деятельность больших полушарий с ближайшей подкоркой, деятельность, обеспечивающую нормальные сложные отношения целого организма к внешнему миру, законно считать и называть вместо прежнего термина «психической» — высшей нервной деятельностью» [4, с.482].

Это, конечно, великая ошибка великого ученого: в рефлексе психики не больше, чем в лампочке, снабженной сенсором, который срабатывает всякий раз, когда появляется какой-то движущийся объект. Однако под влиянием авторитета И.П. Павлова и его не менее талантливых и авторитетных последователей многие ученые до настоящего времени пытаются найти материальный субстрат психики или хотя бы его электрические или волновые эквиваленты в коре головного мозга и больших полушариях. **Увы, бесполезно, никакого материального субстрата психики нет — она нематериальна.**

Теория И.П. Павлова, которая отражала современное ему развитие науки, оказала и, по-прежнему, оказывает огромное влияние на развитие физиологии, клинической психиатрии и научной психологии. До сих пор в трудах моих уважаемых современников обнаруживаются ссылки на приведенные выше цитаты и фразы, подбодные той, которую я процитирую без ссылки на авторство (но автор есть, и весьма заслуженный): «Мозг может не только адекватно отвечать на раздражители, но и предвидеть будущее, активно ставить планы поведения и реализовать их в действии». Увы, мозг — это просто ткань, и он ничего предвидеть не может!

Еще раз подчеркнем, что, независимо от этого критического пересмотра его теоретических построений, И.П. Павлов остается выдающимся ученым-физиологом и одним из гениев XX века. Что касается его вклада в клиническую медицину и психологию, о значимости которых неустанно твердили его ученики и последователи, то здесь уместно обратиться к тому, как сам И.П. Павлов оценивал проекции своей теории в смежные области знания и практики. В конце жизни он достаточно скромно констатировал: «Я не клиницист (я был и остаюсь физиологом) и, конечно, теперь — так поздно — не успею уже и не смогу сделаться клиницистом», — и далее автор пишет, поэтому «в моих настоящих соображениях, как и в прежних моих экскурсах в невропатологию и психиатрию, я не смею при обсуждении соответствующего материала претендовать на достаточную с клинической точки зрения компетентность» [4, с.515]. И еще одна цитата из Полного собрания сочинений И.П. Павлова: «... Я хотел бы предупредить недоразумение в отношении ко мне. Я не отрицаю психологии как познания внутреннего мира человека» [4, с.104]. Надеюсь, что коллеги понимают разницу между представлениями о внутреннем мире человека и физиологией высшей нервной деятельности.

Повторим еще раз: ошибки великих ученых — это великие ошибки, и они нуждаются в са-

мостоятельном (и почтительном) изучении и анализе. Но в данном случае нельзя даже пытаться в чем-то обвинить И.П. Павлова: он гениально предчувствовал различие между нервной регуляцией соматических функций и психической деятельностью, и пытался найти объяснение последней на доступном для того периода развития науки уровне, сформулировав гипотезу о ВНД. Теория информации появилась в конце 1940-х годов, а И.П. Павлов, 170-летие с дня рождения которого весь научный мир отметит в 2019, умер в 1936. Если бы теория информации появилась раньше, возможно, И.П. Павлов сделал бы совсем иные выводы относительно второй сигнальной системы.

Заключение

Одни коллеги, ознакомившись с этим материалом, оценили нематериальную теорию психики как открытие, которое должно качественно поменять все подходы к психике и к психопатологии, и я благодарю их за такую оценку. Другие испытали реальный когнитивный диссонанс, обещая подумать (скорее, с оттенком скепсиса), так как излагаемые идеи во многом противоречили тому, чему их учили, во что они верили, на основе чего выстраивали свои научные обобщения и осуществляли свои исследовательские и терапевтические подходы и стратегии. Третьи вообще отказывались слушать и даже обсуждать эту теорию, так как «она вступает в противоречие с устоявшимися представлениями», с «признанными авторитетами» и т.д. Отчасти удивительно, но восприятие излагаемых идей в молодежной аудитории студентов и аспирантов чаще всего выражается фразой: «А что — кто-то думает иначе?». Уверен, что адекватное восприятие и понимание новой теории придет не так скоро, даже несмотря на то, что все хорошо знают: сколько радио не разбей — музыки в нем не найдешь!

Выводы:

В предыдущей и в настоящей публикации обобщено:

1) на протяжении двух тысячелетий ученые не замечали ошибочную подмену понятий: они говорили и писали об изучении или о терапии психики, а изучали и «лечили» мозг, в том числе, с помощью лоботомии, электрошока и психофармакологии, параллельно изобретая псевдофизиологическую терминологию для описания мозговых механизмов психических процессов;

2) мозг и психика — это две тесно связанные, но принципиально разные системы;

3) мозг и нервная система — материальны и осуществляют регуляцию деятельности внутренних органов, рефлекторных реакций и адаптивных функций организма; одновременно с этим мозг является биологическим интерфейсом, осуществляющим связь между идеальным и реальным;

4) психика нематериальна — эта информационная структура, которая формируется на основе языкового программирования мозга ребенка только в социальной информационной среде, и является высшим уровнем регуляции познавательных, эмоциональных, поведенческих и идеомоторных актов, то есть — *социальной адаптации личности в целом*, реализуемой в соответствии с языковыми и культурными требованиями конкретного социума, в котором эта психика была сформирована;

5) невротические и другие психические расстройства, возникающие вследствие индивидуально значимых психических травм и «ударов судьбы» (более 50% современной психопатологии), когда одна информация (психическая травма) нарушает деятельность другой информационной системы (психики) — не связаны с патологией мозга;

6) такие психические расстройства требуют качественно иных клинических подходов и качественно иной парадигмы терапии и реабилитации, мишенью которых является не мозг, а психика;

7) современная академическая наука фактически еще не изучала психику, как информационную (идеальную, нематериальную) структуру, что потребует пересмотра парадигмы всех наук о человеке.

Литература

1	Винер Н. Кибернетика или управление и связь в животном и машине. — М.: Советское радио. — 1968. — 325с.	Wiener N. Cybernetics, or control and communication in the animal and the machine). — Moskva: Sovetskoe radio, 1968:325 (In Rus.).
2	Декарт Р. Сочинения в 2 т.: Пер. с лат. и франц. — М.: Мысль. — 1989. — Т.1. — 654с.	Descartes R. Collected works. 2 volumes. Volume 1. — Moskva: Misl, 1989:654 (In Rus.).
3	Ленин В.И. Полное собрание сочинений. Изд. 4-е. — Москва: Государственное издательство политической литературы. — 1941-1967. — Т.1. — С.127.	Lenin V.I. Collected works. The 4th edition, Volume 1. — Moskva: Gosudarstvennoe izdatelstvo politicheskoy literaturi, 1941-1967:127 (In Rus.).
4	Павлов И.П. Полное собрание трудов. — М.;-Л.: Академия наук СССР. — 1949. — Т.III, кн.1. — С.104, 323-340, 349.	Pavlov I.P. Collected works. Volumes 1-5. — Moskva-Leningrad: Academiya nauk SSSR. — Tom III, Chast 1. 1949: 104, 323-340, 349 (In Rus.).

5	Решетников М.М. Критическое переосмысление применения фармакотерапии при психических расстройствах // Журн. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2017. — №2. — С.17-21.	Reshetnikov M.M. Critical rethinking of the use of pharmacotherapy in mental disorders. <i>Obozrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva</i> . 2017 : 17-21 (In Rus.).
6	Решетников М.М. Психодинамика и психотерапия депрессий. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа. — 2003. — 328с.	Reshetnikov M.M. <i>Psychodynamics and psychotherapy of depressions</i> . St.Peterburg: Vostochno-Evropeisky Institut Psikhoanaliza, 2003 : 328 (In Rus.).
7	Решетников М.М. Психическая травма. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа. — 2006. — 322с. (2-е изд. — М.: Юрайт. — 2018).	Reshetnikov M.M. <i>Psychic trauma</i> . St.Peterburg: Vostochno-Evropeisky Institut Psikhoanaliza, 2006 : 322. Second ed. — Moskva: Urait, 2018. (In Rus.).
8	Решетников М.М. Психическое расстройство. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа. — 2008. — 272с. (2-е изд. — М.: Юрайт, 2017).	Reshetnikov M.M. <i>Psychic disorder</i> . St.Peterburg: Vostochno-Evropeisky Institut Psikhoanaliza, 2008 : 272. Second ed. — Moskva: Urait. — 2017. (In Rus.).
9	Решетников М.М. Критический постматериализм в психологии и психиатрии // Неврологический Бюллетень. — Вып. XLIII, Том 2. — Казань. — 2011. — С.66—69.	Reshetnikov M.M. <i>Critical postmaterialism in psychology and psychiatry</i> . <i>Nevrologicheskiy Buletен</i> , Kazan, — T. XLIII, Volume. 2. 2011 : 66—69 (In Rus.).
10	Решетников М.М. Идеи имеют самостоятельную жизнь. — Журн. Психотерапия. — 2018. — № 8. — С.44-50.	Reshetnikob M.M. <i>Ideas live their own life</i> . <i>Psikhoterapiya</i> . # 8 (189), 2018 : 44-50 (In Rus.).
11	Сеченов И.М. Рефлексы головного мозга. — М.: Министерство просвещения СССР. — 1953. — 117с. (С.32, 33, 36, 37).	Sechenov I.M. <i>Reflexes of the brain</i> . — Moskva: Ministerstvo prosvyastcheniya SSSR, 1953 : 31, 32, 33, 36, 37, 117 (In Rus.).
12	Терехов П.Г. И.М. Сеченов и материалистическая психология. — Москва: Академия наук СССР. — 1957. — С.55-109.	Terekhov P.G. <i>Sechenov I.M. and materialist psychology</i> . — Moskva: Academiya nauk SSSR. — 1957: 55-109 (In Rus.).
13	Lapin I. P., Oxenkrag G. F. Intensification of the central serotonergic processes as a possible determinant of thymoleptic effect. — <i>Lancet</i> . — 1969. — N1. — P.132-136.	Lapin I. P., Oxenkrag G. F. <i>Intensification of the central serotonergic processes as a possible determinant of thymoleptic effect</i> . — <i>Lancet</i> , 1969, N 1 p. 132-136.
14	Reshetnikov M.M. What is the Psyche? What are we Curing? — <i>Journ. Anthropology</i> . — 2017. — Vol.6. — P.11-15.	Reshetnikov M.M. <i>What is the Psyche? What are we Curing?</i> — <i>Journ. Anthropology</i> . — 2017. — Vol.6. P.11-15.
15	Reshetnikov M.M. Problem of Relation between Brain and Mind in Physiology, Medicine and Psychology. — <i>Journ. of Psychiatry and Psychiatric Disorders</i> . — 2017. — Vol.1. — P.313-316.	Reshetnikov M.M. <i>Problem of Relation between Brain and Mind in Physiology, Medicine and Psychology</i> . — <i>Journ. of Psychiatry and Psychiatric Disorders</i> . — 2017. — Issue1. — P.313-316.
16	Reshetnikov M.M. During Two Thousand Years We Were Looking for the Psyche in a Wrong Place (Ideas Live Their Own Life). — <i>International Journal of Current Innovations in Advanced Research</i> . — 2018. — Vol.1. — P.82-87.	Reshetnikov M.M. <i>During Two Thousand Years We Were Looking for the Psyche in a Wrong Place (Ideas Live Their Own Life)</i> . — <i>International Journal of Current Innovations in Advanced Research</i> . — 2018. — Vol.1, Issue4. — P.82-87.
17	Reshetnikov M.M. Non-material Nature of the Psyche. <i>Psychological Review</i> . — <i>American Psychological Association</i> . — 2018. — Vol.125. — P.1035-1047.	Reshetnikov M.M. <i>Non-material Nature of the Psyche. Psychological Review</i> . — <i>American Psychological Association</i> . — 2018; 125:1035-1047.

Сведения об авторе

Решетников Михаил Михайлович — доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, ректор Восточно-Европейского Института Психоанализа. E-mail: veip@yandex.ru

Клинико-психопатологические особенности ассоциированных навязчивых и деперсонализационных расстройств

Крылов В.И., Бутылин Д.Ю.

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

Резюме. Результаты исследования показали наличие определенной синтропии между различными клиническими вариантами навязчивых и деперсонализационных расстройств. Аутопсихическая деперсонализация наиболее характерна для контрастных навязчивостей, тогда как соматопсихическая деперсонализация для навязчивостей повторного контроля. Дерееализация или аллопсихическая деперсонализация чаще наблюдается у больных с навязчивостями экстракорпоральной угрозы. Деперсонализация измененности в равной степени характерна для больных с шизотипическим расстройством и психогенными развитиями личности, тогда как деперсонализация утраты и расщепления наблюдалась только при расстройствах шизофренического спектра.

Ключевые слова: контрастные навязчивости, навязчивости повторного контроля, навязчивости экстракорпоральной угрозы, деперсонализация измененности, утраты, расщепления.

Clinical and psychopathological features associated of obsessive and depersonalization disorders

Krylov V.I., Butylin D.J.

The First Pavlov State Medical University of St. Petersburg

Summary. The results of the study showed the presence of definite syntropia between various clinical variants of obsessive and depersonalization disorders. Autopsychic depersonalization is most characteristic for contrast obsessions, whereas somatopsychic depersonalization is for re-control obsessions. Derealization or allopsychic depersonalization are more often observed in patients with obstructive extracorporeal threats. Depersonalization of change is equally characteristic for patients with schizotypal disorder and psychogenic personality development, whereas depersonalization of loss and splitting were observed only in cases of schizophrenic spectrum disorders.

Key words: contrast obsessions, repeated control obsessions, extracorporeal threat obsessions, depersonalization of changes, loss, splitting.

Процесс самосознания, под которым понимается ощущение принадлежности психических, физических процессов, личностных качеств собственному «Я», является одним из базовых свойств человеческой психики. Нарушение самосознания проявляется в виде болезненного переживания собственной измененности. В классической психопатологии процессы отчуждения психических и физических функций объединены термином деперсонализация.

В зависимости от преобладания деперсонализационных нарушений в какой-либо из сфер психической деятельности говорят об аутопсихическом или соматопсихическом отчуждении. Данные варианты деперсонализационных расстройств довольно часто сочетается с дерееализацией (болезненное переживание нереальности и отчуждения окружающего мира). Ввиду этого ряд авторов объединяют их в единый деперсонализационный синдром, указывая, что нарушение самосознания возникает, как правило, одновременно с дерееализацией [2,15,16]. Дерееализация в таком случае рассматривается как аллопсихическая деперсонализация.

Навязчивые и деперсонализационные расстройства обладают диаметрально противополож-

ными клинико-психопатологическими признаками. Навязчивые нарушения в большинстве случаев обладают четко определенной фабулой. Более того, навязчивым страхам присуща кондициональность — актуализация в определенной ситуации, при действии определенных провоцирующих факторов. Для деперсонализационных нарушений, напротив, в большей степени характерна неопределенность, отсутствие четкой фабулы переживаний.

В то же время в ряде работ, напротив, отмечается наличие общих клинических признаков у навязчивых и деперсонализационных нарушений. Такими признаками являются наличие критического отношения и тенденция к рецидивированию болезненных нарушений. По мнению С.Ю. Циркина, тягостным, мучительным для больных является не сам характер навязчивых переживаний, а их произвольность и неотвязность, то есть невозможность предотвратить их появления и избавиться от них волевым усилием [17]. Представляет интерес точка зрения П. Жане о психологических механизмах, взаимосвязи и взаимообусловленности навязчивых и деперсонализационных нарушений [3]. По мнению автора, развитие навязчивостей у лиц психастенического скла-

да связано с нарушением иерархии психических явлений, потерей «функции реального с чувством неполноты совершающихся психических процессов, которые представляются недостаточными и незаконченными». Потеря функции реальности «влечет за собой появление деперсонализации». При этом «высшие процессы, связанные с функцией реальности, заслоняются низшими — сомнениями, страхами, навязчивыми идеями».

Симптомы деперсонализации часто просматриваются за фасадом навязчивых расстройств. Считается, что присоединение симптоматики деперсонализации к навязчивым нарушениям ухудшает прогноз, способствует развитию резистентности к проводимому лечению.

Известно, что деперсонализация наблюдается у больных с разными формами психических заболеваний и может встречаться как в качестве самостоятельного синдрома, так и входить в структуру других психопатологических расстройств [2, 5, 9].

Деперсонализация достаточно часто встречается при обсессивно-фобических нарушениях. В литературе существуют различные точки зрения, касающиеся сочетания деперсонализационных и обсессивно-фобических нарушений, а также нозологической принадлежности подобных состояний.

До настоящего времени отсутствует единое мнение о нозологической квалификации пограничных состояний с ассоциированной навязчивой и деперсонализационной симптоматикой. Сторонники первой точки зрения считают, что наличие деперсонализационных нарушений в клинической картине болезни пограничных состояний с преобладанием навязчивых расстройств свидетельствует в пользу диагноза шизофрении [1, 11].

При психогениях, в частности, при неврозе навязчивых состояний ассоциированная симптоматика ограничивается депрессивными нарушениями, тогда как при шизофрении с навязчивыми расстройствами выявляются ассоциированные деперсонализационные, ипохондрические, персекуторные расстройства [7, 8].

Сторонники противоположной точки зрения допускают возможность деперсонализационных нарушений при затяжном течении психогенных заболеваний с преобладанием навязчивостей. При невротическом развитии личности обсессивный и фобический синдромы имеют более сложную структуру в сравнении с невротическими реакциями и состояниями. В структуру «большого невротического синдрома» наряду с фобиями и обсессиями, снижением настроения и астенией могут входить деперсонализационные нарушения [6, 10].

По мнению Е.М.Торч (1978), существует тесная связь между деперсонализацией и рефлексией, приобретающей навязчивый характер. На основании этого автор предлагает выделение особого варианта нарушений самосознания — интеллектуально-обсессивную деперсонализацию [20].

Деперсонализация достаточно часто наблюдается у пациентов с обсессивно-фобической сим-

птоматикой шизофренической природы [13, 14]. Несмотря на то, что клинические проявления деперсонализации при невротических расстройствах могут быть сходными с таковыми в случае шизофрении, многие авторы определяют фактор «последовательности развития симптоматики», как определяющий. У больных с вялотекущей шизофренией навязчивой симптоматике «...часто предшествует острая деперсонализация...» и лишь впоследствии возникают сами навязчивые явления [1, 10, 11].

Материалом исследования послужили данные 123 пациентов с навязчивостями повторного контроля, контрастными навязчивостями и навязчивостями экстракорпоральной угрозы. В группе исследованных больных 65 мужчин и 58 женщин. Средний возраст обследованных больных составил $27,0 \pm 7,4$ лет.

На проведение исследования получено добровольное информированное согласие пациентов, а также одобрение локального этического комитета ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Основами для диагностики патологического развития личности являлась длительность заболевания более двух лет с саморазвитием и амальгамированием симптоматики, то есть, слиянием невротических нарушений и патохарактерологических проявлений. По Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), данные пациенты квалифицировались в рубрике невротические и связанные со стрессом расстройства (F42.X).

Расстройства шизофренического спектра были представлены вялотекущей шизофренией (F21.X по МКБ-10). Основными критериями диагностики расстройств шизофренического спектра было принято считать наблюдавшиеся в ходе катamnестического наблюдения негативные нарушения эмоционально-волевой сферы, а также элементы трансформации обсессивно-фобических расстройств в галлюцинаторно-параноидную и кататоническую симптоматику.

Основные методы исследования: клинико-психопатологический и клинико-катamnестический метод (срок катamnеза — до 3 лет). Для количественной оценки выраженности нарушений использовалась обсессивно-компульсивная шкала Йеля-Брауна (Yale-Brown obsessive-compulsive scale — Y-BOCS).

Навязчивые расстройства в зависимости от содержания были разделены на три группы. Первую группу (40 больных — 32,5%) составили больные с контрастными навязчивостями. В эту группу вошли пациенты с навязчивыми опасениями возможного совершения и навязчивыми сомнениями в отношении якобы уже совершенных действий агрессивного и криминального характера. Содержание контрастных навязчивостей определялось страхом потери контроля над своими действиями. В эту же группу были включены больные с навязчивостями богохульного и кощунственного содержания.

Во второй группе (35 больных — 28,5%) обсессивно-фобическая симптоматика была представлена навязчивыми опасениями и сомнениями в правильности, завершенности и безопасности действий профессионального и бытового характера — навязчивости повторного контроля.

Наконец, третья группа (48 больных — 39,0%) навязчивых расстройств, связанных с возможностью проникновения в организм болезнетворных патогенных агентов-вирусов, бактерий, гельминтов, телесных выделений (навязчивости заражения и загрязнения) — навязчивости экстракорпоральной угрозы.

Среди обследованных пациентов 34 из 123 (27,6%) обнаруживали ассоциированную деперсонализационную симптоматику (Табл.1).

Как видно из Таблицы 1, у пациентов с навязчивыми нарушениями контрастного содержания преобладали явления аутопсихической деперсонализации. Деперсонализационная симптоматика обнаруживала тесную взаимосвязь с интенсивностью навязчивых переживаний. Пациенты описывали, что по мере усиления навязчивостей нарастало ощущение «общей измененности», «я стал каким-то не таким», «чувствую, что внутри все темно».

При описании своих деперсонализационных переживаний больные, как правило, связывали их содержание с содержанием обсессивно-фобических нарушений. Так пациент с навязчивостями богохульного и кощунственного содержания, говорил о тягостном и мучительном чувстве того, что «благостный свет уходил из души и тела», а при посещении церковной службы, на фоне появления навязчивостей, описывал ощущения «внутренней пустоты». «Я прихожу в храм, а во мне нет прежней радости, я ничего не чувствую». Считал, что навязчивости «отравили ему душу», «испортили его», «изменили и сделали другим человеком навсегда».

Пациенты с контрастными переживаниями сексуального содержания ощущали «негативную трансформацию внутри», говорили, что чувствовали себя «изменившимся», «навсегда испорченными», «другими — порочными». В одном из наблюдений больной рассказывал, что перестал чувствовать «мужское начало внутри». Ввиду этого у него разладились отношения с подругой: «пропали прежние ощущения от секса». Пациент по-

яснял, что испытывал сексуальный интерес к девушке, однако, чувствует себя во время близости с ней словно «робот», «неживой механизм».

Дереализационная симптоматика (аллопсихическая деперсонализация) с явлениями отчуждения воспринимаемого мира наиболее часто наблюдалась в группе пациентов с навязчивостями повторного контроля. Больные испытывали переживания, связанные с ощущением измененности окружающего пространства, причем, в ряде наблюдений данные переживания касались тех объектов, которые имели эмоционально значимый характер и относились к объектам компульсивного поведения.

Так, пациенты испытывали внутренний дискомфорт при «неправильном» расположении различных предметов, при «неверных», «недостаточно выверенных» движениях и действиях. В качестве мер защитного характера такие больные старались придать окружающим вещам положение «должной симметричности», «правильности», «ровности».

На фоне выполнения ритуальных действий пациенты отмечали ощущение того, что объекты, находящиеся на протяжении всего времени исполнения защитных действий в фокусе внимания, «отличаются от всех остальных предметов», становятся «как бы другими», «ярче, чем остальные предметы», цвета и краски оказывались более «полными», окружающее пространство, напротив, становилось «тусклым», «не таким, как раньше». Больные жаловались на то, что «не могла узнать свою комнату», «знала, что комната моя, что все предметы те же, но ощущение, что что-то не так, не проходило».

Один из пациентов, испытывая навязчивые опасения, связанные с возможным повреждением своих коллекционных дисков, рассматривал их, проверял их целостность, отсутствие царапин, соответствие коробки содержимому диска, выравнивал их особым «лестничным» образом (диски располагались в коробке в виде лестницы, когда каждый последующий диск выступал над предыдущим). Во время исполнения защитных действий, больной стал замечать, что диски «выглядят иначе». На фоне остальных предметов комнаты «диски словно запятнанные и грязные». Понимая, что ни следов грязи, ни иных внешних изменений на них нет, пациент, тем не менее, не

Таблица 1. Варианты деперсонализационных расстройств с учетом синдромальной принадлежности состояния

	Контрастные навязчивости	Навязчивости экстракорпоральной угрозы	Навязчивости повторного контроля
Аутопсихическая деперсонализация	11 (91,7%)*	1 (83,4%)	2 (20,0%)
Аллопсихическая деперсонализация	1 (8,3%)	1 (8,3%)	8 (80,0%)*
Соматопсихическая деперсонализация	-	10(8,3%)*	-

* $p \leq 0,05$

мог отделаться от чувства «блеклости, приглушенности, серости» дисков по сравнению с другими объектами окружающего мира.

Как правило, пациенты отмечали, что выраженность тревожного аффекта при выполнении защитных мероприятий коррелировала с выраженностью дереализационных нарушений. Степень «измененности» объектов ритуального поведения («яркость» либо «приглушенность») нарастала по мере усиления интенсивности обсессивно-фобических нарушений, длительности ритуала, невозможности завершить проверочное-перепроверочное действие. В ряде случаев на фоне многочасовых изнурительных ритуальных действий пациенты сообщали о тягостном чувстве того, что «все вокруг начинало меняться», «мир, словно, сфотографировали и показывают мне снимок», «звуки стали тусклыми и безжизненными».

При навязчивостях экстракорпоральной угрозы наиболее характерным вариантом деперсонализационных расстройств являлась соматопсихическая деперсонализация с чувствами измененности, утраты, отчуждения или потери единства своего тела («телесного «Я»). В таком случае собственное тело, либо какие-то его части воспринимались пациентом как посторонние и чуждые. Также для данной группы больных оказались характерны явления соматопсихической деперсонализации с переживанием отчуждения таких физиологических процессов, как прием пищи, акты дефекации и мочеиспускания.

Наиболее частыми вариантами отчуждения соматических ощущений собственного тела были деперсонализационные ощущения, возникающие при выполнении защитных действий очищающего характера, как правило, длительное ритуальное мытье рук. Такие больные говорили о том, что «ладони становятся чужими, как бы не моими», «тактильные ощущения на коже не такие, измененные», «движения во время мытья рук изменяются, становятся не такими, как обычно, в них что-то другое».

Защитное поведение больных было прямо связано с характером и интенсивностью телесных ощущений. Выполнение действий по очищению кожных покровов продолжалось до появления особого ощущения «чистоты», «очищения». Основанием для возобновления защитных дей-

ствий, напротив, являлось ощущение «засаленности», «загрязненности» кожи.

В других случаях завершение защитных действий оказывалось возможным только при появлении особого чувства «завершенности», «законченности» выполняемого действия. Прерывание выполняемых действий до появления чувства их полной завершенности вызывало нарастание эмоционального напряжения. В современной англоязычной литературе данный психопатологический феномен, наблюдаемый у больных с навязчивостями, обозначается термином «just right» [19]. С учетом неопределенного характера ощущений, трудности вербализации, субъективной тягостности переживания незавершенности выполняемого действия феномен «just right» рассматривается нами в качестве особого варианта соматопсихической деперсонализации [5].

При нозологической квалификации состояния было установлено, что деперсонализационные нарушения были в равной степени характерны для больных с патологическим развитием личности (16 пациентов из 34—47,1%) и расстройствами шизофренического спектра (18 пациентов из 34—52,9%). Однако при феноменологической характеристике были выявлены достоверно значимые различия (Табл.2).

Из представленной таблицы видно, что доминирующими переживаниями в обеих группах пациентов были деперсонализационные нарушения с ощущениями «болезненной измененности» собственного «я» в совокупности с наличием «чуждости во всем окружающем мире». В группе пациентов с расстройствами шизофренического спектра, в отличие от пациентов с патологическим развитием личности, достоверно чаще наблюдались деперсонализационные расстройства с «утратой чувств». Деперсонализация с ощущениями раздвоенности своего «Я» («переживанием нарушения целостности и единства Я») наблюдалась только в группе с расстройствами шизофренического спектра.

Только в группе больных с расстройствами шизофренического спектра (в 7—33,8% случаев) наблюдались пациенты с одновременным наличием аутопсихической, соматопсихической и аллопсихической деперсонализации. В случае патологического развития личности переживания неестественности собственных психических и физиче-

Таблица 2. Варианты деперсонализационных расстройств с учетом нозологической принадлежности состояния

	Расстройства шизофренического спектра	Патологическое развитие личности	Всего (n=34)
Деперсонализация измененности	9 (50,0%)	14 (87,5%)*	25
Деперсонализация утраты	6 (33,3%)*	2 (12,5%)	8
Деперсонализация расщепления	3 (16,7%)	-	3

*p≤0,05

ских процессов субъективно переживались пациентами, как более тягостные, мучительные. При расстройствах шизофренического спектра наблюдалось постепенное снижение интенсивности переживания болезненной измененности, вплоть до равнодушного к нему отношения.

Е. Блейлер описывал так называемые «отрицательные галлюцинации памяти», сопровождающиеся «галлюцинаторной назойливостью», при которых совершенное действие, происшедшее событие или некий жизненный факт, воспринимались пациентом лишь как несовершенное намерение, нереализованное желание, т.е. то, чего в реальности не произошло [20]. А.В. Снежневский в группе мнестических расстройств описывал парамнезии, одним из вариантов которых были нарушения памяти, связанное с реальным, имевшим место в действительности, событием, которое в воспоминаниях «воспроизводится как не бывшее на самом деле» [15]. Явления «отчуждения пережитого» автор называл «отчужденным воспоминанием». Само по себе воспоминание в таком случае воспринимается феноменом, утратившим связь с другими сферами психической деятельности и относящимся к спектру деперсонализационных нарушений.

В наших наблюдениях нарушения памяти, связанные с отчуждением реально имевших место событий, были ассоциированы с обсессивно-фобическими нарушениями по типу навязчивых воспоминаний и навязчивых сомнений. Такого рода симптоматика наблюдалась только у пациентов с расстройствами шизофренического спектра (у 3 из 18 — 16,7%).

Пациенты испытывали чувство тревоги, внутреннего напряжения, пытаясь «вспомнить», «припомнить» нечто и не могли понять, «что же именно». Описанные навязчивые воспоминания сопровождались болезненным чувством «измененности памяти»: «я стал запоминать и помнить по-другому», «моя психика работает не так». В таких случаях пациенты вовлекались в длительный многочасовой процесс «поиска», не могли понять, что же именно они «забыли».

Анализ данных обследования показал, что пациенты, клиническая картина которых осложнялась наличием деперсонализационной симптоматикой, имели достоверно более тяжелые показатели по шкале Y-BOCS ($p \leq 0,05$).

Таким образом, результаты исследования показали наличие определенной синтропии между различными клиническими вариантами навязчивых и деперсонализационных расстройств. Вне зависимости от нозологической принадлежности состояния аутопсихическая деперсонализация чаще наблюдалась у больных с контрастными навязчивостями, тогда как соматопсихическая деперсонализация у больных с навязчивостями повторного контроля. Дереперсонализация или аллопсихическая деперсонализация была характерна для больных с навязчивостями экстракорпоральной угрозы.

Деперсонализация измененности отмечалась как при шизотипическом расстройстве, так и при психогенных расстройствах личности. Деперсонализация утраты и расщепления (нарушение целостности и единства «я») наблюдалась только у больных с шизотипическим расстройством.

Литература

1	Асатиани Н.М. Некоторые особенности клиники и патогенеза невроза навязчивостей и психастении. — Л.: Медицина. — 1967. — С.36-58.	Asatiani N.M. Some features of the clinic and the pathogenesis of obsessional neurosis and psychasthenia. L.: Meditsina; 1967: 36-58. (In Rus.).
2	Дьяконов А.Л. Еще раз о деперсонализации. — Ярославль. — 2017. — 164с.	D'yakonov A.L. Once again about depersonalization. Yaroslavl; 2017: 164. (In Rus.).
3	Жане П. Неврозы / пер. с фр. — М. — 1911. — 315с.	Janet P. Neurosis. Per. s fr. M.; 1911: 315. (In Rus.).
4	Карвасарский Б.Д. Неврозы. — М. — 1990. — 576с.	Karvasarskii B.D. Neurosis. M.; 1990: 576. (In Rus.).
5	Крылов В.И. Навязчивые состояния: тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства. — Ростов-на-Дону.: Профпресс. — 2016. — 300с.	Krylov V.I. Obsessive states: anxiety-phobic and obsessive-compulsive disorders. Rostov-on-Don: Profpress; 2016: 300. (In Rus.).
6	Лакосина Н.Д. Неврозы, невротическое развитие личности. — М.: Медицина. — 1994. — 192с.	Lakosina N.D. Neurosis, neurotic personality development. M.: Meditsina; 19 94:192. (In Rus.).
7	Личко А.Е. Подростковая психиатрия. — Л. — 1985. — С.184-193.	Lichko A.E. Pathocharacterological reactions. L.; 1985: 184-193. (In Rus.).
8	Личко А.Е. Шизофрения у подростков. — Л.: Медицина. — 1989. — 214с.	Lichko A.E. Schizophrenia in adolescents. L.: Meditsina; 1989: 214. (In Rus.).
9	Меграбян А.А. Деперсонализация. — Ереван. — 1962. — 355с.	Megrabyan A.A. Depersonalization. Yerevan; 1962: 355. (In Rus.).

10	Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. — М.: МЕДпресс-информ. — 2002. — 608с.	Mendelevich V.D., Solovyova S.L. Neurosisology and psychosomatic medicine. M.: MEDpress-inform; 2002: 608. (In Rus.).
11	Морозов Г.В., Шумский Г.В. Введение в клиническую психиатрию. — Н.Новгород: НГМА. — 1998. — 426с.	Morozov G.V., Shumsky G.V. Introduction to clinical psychiatry. N.Novgorod: NGMA; 1998: 426. (In Rus.).
12	Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация. — Л.: Медицина. — 1981. — 207с.	Nuller Yu.L. Depression and depersonalization. L.: Meditsina, 1981: 207. (In Rus.).
13	Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. — М.: Медицина. — 1987. — 236с.	Smulevich A.B. Lowprogreduated schizophrenia and borderline states. M.: Meditsina, 1987: 236. (In Rus.).
14	Смулевич А.Б. Тревога и обсессии. — М. — 1998. — С.158-190.	Smulevich A.B. Anxiety and obsessions. M, 1998:158-190. (In Rus.).
15	Снежневский А.В. Общая психопатология (курс лекций). — Валдай. — 1970. — 190с.	Snezhnevsky A.V. General psychopathology (course of lectures). Valdai. — 1970:190. (In Rus.).
16	Тиганов А.С. Общая психопатология. Курс лекций. — М.: Медицинское информационное агентство. — 2008. — 128 с.	Tiganov A.S. General psychopathology. Course of lectures. M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo. 2008:128. (In Rus.).
17	Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. — М.: БИНОМ. — 2012. — 287с.	Cirkin S.Yu. Analytical psychopathology. M.: BINOM, 2012: 287. (In Rus.).
18	Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Scizophrenien // Handbuch der Psychiatrie Hrsg Aschaffenburg G. — 1911. — № 4. — P.1.	Bleuler E. Dementia praecox or group of schizophrenia. Handbook of Psychiatry Hrsg Aschaffenburg G. 1911; 4:1.
19	Leckman J.F., Walker D.E., Goodman W.K., Pauls D.L., Cohen D.J. «Just right» perceptions associated with compulsive behavior in Tourette's syndrome // Am J Psychiatry. — 1994. — №151. — P.675-680. DOI: 10.1176/ajp.151.5.675	Leckman J.F., Walker D.E., Goodman W.K., Pauls D.L., Cohen D.J. «Just right» perceptions associated with compulsive behavior in Tourette's syndrome. Am J Psychiatry. 1994; 151:675-680. DOI: 10.1176/ajp.151.5.675
20	Torch E.M. The psychotherapeutic treatment of depersonalization disorder // Hillside J. Clin. Psychiatry. — 1987. — №2. — P.133-151. DOI: 10.1007/bf01070099	Torch E.M. The psychotherapeutic treatment of depersonalization disorder. Hillside J. Clin. Psychiatry. 1987; 2:133-151. DOI: 10.1007/bf01070099

Сведения об авторах

Крылов Владимир Иванович — д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. E-mail: krylov2056@yandex.ru

Бутылин Даниил Юрьевич — к.м.н. ассистент кафедры психиатрии и наркологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. E-mail: butylindaniil@gmail.com

Взаимосвязь личностных ресурсов и типов профессиональной карьеры врачей

Матан В.В.

Санкт-Петербургский государственный университет

Резюме. В статье описываются личностные ресурсы врачей, связанные с их профессиональной успешностью. В исследовании приняло участие 123 врача городских стационаров Санкт-Петербурга. На основе факторного анализа выделено пять типов карьеры, два из которых были условно отнесены к успешным, два к неуспешным и один — нейтральный. Были обнаружены значимые корреляции между личностными ресурсами и тремя типами карьеры. Для объяснения характера этих связей, а также поиска причин отсутствия значимых корреляций личностных ресурсов и двух других типов карьеры необходимо дальнейшее исследование.

Ключевые слова: карьера, успешность, личностные ресурсы, врачи

The relationship of personal resources and types of professional careers of doctors

Mathan V.V.

Saint-Petersburg State University

Summary. The article describes the personal resources of doctors associated with their professional success. The study involved 123 doctors of city hospitals in St. Petersburg. Based on a factor analysis, five types of career were identified; two of them were classified as successful, two as unsuccessful and one as neutral. Significant correlations were found between personal resources and three types of career. In order to explain the nature of these relationships, as well as the search for the reasons for the lack of significant correlations of personal resources and two other types of career, further research is needed.

Key words: career, success, personal resources, doctors

Профессия врача, несомненно, одна из самых гуманных и благородных. Различные аспекты практической деятельности медиков освещены в трудах зарубежных и отечественных психологов. Большое внимание уделяется личности врача, особенностям его психических процессов, мотивационной, коммуникативной сферам, аспектам взаимодействия с пациентами, вопросам эмоционального выгорания и профессиональных деформаций. В последнее время появляются публикации, описывающие особенности карьеры в здравоохранении [3, 4, 10]. Актуальность исследования этого вопроса определена, в том числе, его социальной значимостью — общество заинтересовано в наличии профессионалов высокого уровня в сфере медицины. Результат работы врача связан не только с квалификацией специалиста, но и с его психологическим состоянием. То, каким образом человек сумел (или не сумел) реализовать себя в профессиональной сфере, выступает маркером успешности (как объективной, так и субъективной) всей его жизни.

Карьера — важная составляющая жизненного пути человека, описывающая направления движения сотрудника в его социальном, личностном, профессиональном и должностном становлении.

Специфику построения карьеры задают тенденции и реалии современного общества. Это находит свое отражение в научных концепциях карьеры. Одна из них — концепция «безграничной карьеры» (boundaryless career). Человек, строящий «безграничную карьеру», выходит за рамки конкретной организации. Он лоялен своей про-

фессии, включен в межорганизационную социальную сеть и имеет также внерабочую деятельность [11]. В нашем исследовании мы используем термин «профессиональная карьера», делая акцент на том, что человек работает в одной профессиональной области, а именно, в качестве врача. В рамках подхода «безграничной карьеры» мы определяем профессиональную карьеру как процесс и результат профессионального саморазвития и самореализации специалиста, достижение мастерства, признания в выбранной профессиональной сфере, видим ее как основу должностного роста [8].

Человек обладает многогранным запасом возможностей, позволяющих ему выстраивать свою жизнь определенным образом. Ресурсы разного вида (физические, психологические, материальные и др.) служат базой, в том числе, и для карьерного развития.

Личностные ресурсы можно определить, как совокупность внутренних характеристик человека, способствующих его продуктивности и успешности в различных жизненных ситуациях, выступающих одним из факторов психического здоровья.

Количество, разноплановость, субъективное ощущение достаточности ресурсов и их использование связано с благополучием человека. В зависимости от разнообразных жизненных задач, различные качества могут выступать как ресурсы.

Мы провели исследование, целью которого стало изучение личностных ресурсов врачей, связанных с типами их профессиональной карьеры.

Материалы и методы

В исследовании приняло участие 123 врача городских стационаров Санкт-Петербурга — хирурги и терапевты, 61 мужчина и 62 женщины. Возраст участников от 28 до 65 лет ($M = 40,38 \pm 11,058$), стаж работы врачом от 5 до 42 лет ($M = 15,91 \pm 0,971$). Отбор респондентов осуществлялся на основе добровольности участия в исследовании. Обязательным критерием являлся минимальный стаж работы врачом — пять лет. Перед заполнением методик врачам сообщалась цель исследования, а также то, что данные конфиденциальны и будут представлены в статистическом виде в публикациях. Хотя нами учитывалась специальность врача и пол, в данной статье не проводится разделение выборки на группы и не предполагается сравнительный анализ. Это задача прошлых [2, 8] и предстоящих публикаций.

Для изучения профессиональной карьеры врачей нами были разработаны две методики:

Анкета, направленная на диагностику характеристик профессиональной карьеры врачей:

- объективные показатели успешности профессиональной карьеры (индикаторы профессиональных достижений (от 0 до 14 баллов) и авторитета (от 0 до 18 баллов));
- субъективные показатели успешности профессиональной карьеры; удовлетворенность карьерой (7-ми балльные шкалы);
- наличие и количество целей (от 0 до 19) для развития карьеры;
- социально-демографические данные.

Анкета разрабатывалась на основе пилотажного исследования объективных и субъективных критериев успешности врачебной карьеры.

Анкета «Феномены карьеры», позволяющая описать явления (феномены), которые происходят в процессе построения карьеры. Феномены были выделены с помощью контент-анализа научной психологической литературы, посвященной вопросам карьеры. К феноменам карьеры относятся: «промежуточная карьера», «приверженность организации», «уход», «нисходящая карьера», «транспрофессионализация», «скрытая карьера», «профессиональная элита», «стремительная карьера» и др. Анкета была разработана по принципу семантического дифференциала и включает в себя утверждения, описывающие смысловые полюса каждого феномена.

Личностные ресурсы, значимые при построении карьеры, были определены на основе литературы и экспертного мнения врачей, полученного в пилотажном исследовании. Среди личностных ресурсов, имеющих значение для профессиональной карьеры врача, мы выделили:

- самооценочные ресурсы, показателем которых в исследовании выступила оценка самоэффективности;
- поведенческие ресурсы, показатели — надежда (сила воли, способность находить пути решения проблем), локус контроля;

- мотивационные ресурсы, показатели — уровень мотивации достижений, мотивации избегания неудач.

Для диагностики личностных ресурсов использовались следующие методики:

Шкала «диспозиционной надежды» Р. Снайдер, представленная двумя компонентами: «сила воли» и «способность находить пути решения проблемы» (адаптирована К.Муздыбаевым) [6].

Методика «Якоря карьеры» Э.Шейна (адаптирована В.А. Чикер) [9].

Тест определения самоэффективности Маддукса и Шеера (перевод и модификация Л. Бояринцевой под руководством Р. Л. Кричевского) [5].

Методика диагностики личности на мотивацию к успеху Т. Элерса [7].

Методика диагностики избегания неудач Т.Элерса [7].

Опросник уровня субъективного контроля личности (Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд Л.М.) [1].

При обработке результатов использовались компьютерные программы MS Excel и SPSS 19.0. Эмпирические данные систематизировались с помощью описательных статистик. Данные изучались посредством факторного анализа, корреляционного анализа (коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

Результаты

Субъективные и объективные показатели профессиональной карьеры изучались по позициям профессионализма (высокая подготовленность к выполнению задач профессиональной деятельности) и авторитета (признание в профессиональном сообществе и уровень востребованности среди пациентов). Средний балл по шкале «субъективная оценка профессионализма» (суб.оц.проф-ма) составляет $3,98 \pm 1,296$. Чаще всего (45,5%) врачи описывают себя как специалиста, который может справиться, помочь в большинстве случаев, обращений. Средний балл по шкале «субъективная оценка авторитета» (суб.оц.авторит.) $3,01 \pm 1,411$.

Среднее количество достижений врачей в профессиональной сфере (наличие научных работ, категория, прохождение стажировок и др.) — объективный показатель профессионализма (объект.оц.проф.) $4,50 \pm 2,738$. Среднее количество достижений врачей (публикации, благодарности, выступления на конференциях и др.), характеризующее их авторитет среди пациентов и коллег — объективный показатель авторитета (объект.оц.автор.) $4,870 \pm 3,971$.

Большая часть врачей довольны тем, как складывается их карьера (удовлетворенность карьерой составляет $5,32 \pm 1,428$). Все врачи выделили как минимум одну цель, к которой они стремятся в своей карьере (среднее количество целей $5,642 \pm 3,2115$). Чаще других врачи отмечали следующие цели: расширить знания (ездить на стажировки, мастер-классы, конференции) — 66,7% респондентов; повысить результативность своей ра-

боты — 48,8%; повысить престиж отделения и/или больницы — 46,3%.

Проведенный факторный анализ анкеты «Феномены карьеры» позволил выделить пять факторов, общая дисперсия составила 54%.

Первый фактор (I) мы назвали «Карьера с частой сменой работы/понижением». В этот фактор входят такие феномены карьерного развития как частая смена рабочих мест и специальностей, профессионального окружения, утрата более высокой должности /статуса.

Второй фактор (II) — «Карьера эксперта», состоит из таких феноменов как «транспрофессионализация» (изучение смежных с профессией, выходящих за ее рамки областей знания), «скрытая карьера» (готовность использовать методы работы, даже если коллеги не признают их), «профессиональная элита» (когда другие специалисты перенимают и пользуются методами, предложенными врачом).

Третий фактор (III) — «Стремительная многоплановая карьера» объединил «стремительную карьеру» (карьеру, развивающуюся очень быстро), выполнение административных функций (большинство рабочих усилий связано с руководством другими и организацией работы), разноплановость карьеры (работа и как практик, и как ученый, и как преподаватель, и как руководитель), центростремительную карьеру (наличие особого доверия со стороны руководства).

Четвертый фактор (IV) «Карьера в социальной изоляции» включил в себя такие феномены как «стеклянный потолок» (предел в карьере может быть связан с предвзятым отношением), «моббинг» (недружелюбное отношение со стороны коллег), субъективная самостоятельность в профессиональном развитии (специалист, освоивший все сам, считающий себя самоучкой).

Пятый фактор (V) — «Карьера с должностной перспективой» — отсутствие организационного плато (в организации есть должности, на которые специалист может претендовать), «совместная карьера» (когда коллега продвигал в карьерном развитии вслед за собой).

Далее был проведен корреляционный анализ полученных факторов с показателями субъективных и объективных оценок профессиональной карьеры по позициям профессионализма и авторитета, удовлетворенностью карьерой, количеством карьерных целей, а также социально-демографическими данными (Табл.1).

Первый фактор «Карьера с частой сменой работы/понижением» не имеет значимых корреляций ни с одним показателем. Второй фактор — «карьера эксперта» имеет положительные взаимосвязи как с субъективными, так и объективными оценками профессиональной карьеры по позициям профессионализма и авторитета. Третий фактор «Стремительная многоплановая карьера» имеет значимую взаимосвязь с удовлетворенностью карьерой и объективными оценками профессиональной карьеры по позициям профессионализма и авторитета. Четвертый фактор «Карьера в соци-

альной изоляции» обратно связан с удовлетворенностью карьерой. И, наконец, пятый фактор «Карьера с должностной перспективой» имеет отрицательные взаимосвязи с показателями возраста, стажа, субъективной оценкой профессионализма и одновременно положительную взаимосвязь с количеством целей, которые человек ставит перед собой для карьерного развития. Скорее всего, пятый фактор отражает карьеру начинающего врача, обладающего амбициями.

Можно условно обозначить I и IV факторы как неуспешные типы карьеры, V фактор — как нейтральный, II и III как успешные типы.

Также мы сделали корреляционный анализ полученных факторов с показателями личностных ресурсов.

Первый и второй факторы не имеют значимых корреляций ни с одним показателем личностных ресурсов. Третий фактор «Стремительная многоплановая карьера» имеет корреляции с показателем «надежда». Это качество дает позитивную мотивацию, способствует психологической устойчивости, достижению поставленных целей. Найдены корреляции с тремя шкалами опросника «Якоря карьеры». Фактор связан с ориентацией на профессиональную компетентность (ориент. на комп-ть), человек с такой ориентацией хочет быть мастером своего дела; ориентацией на менеджмент (ориент.на менеджмент) — на руководство другими людьми, и вызов (ориент.на вызов) — преодоление препятствий, решение трудных задач. Еще была обнаружена взаимосвязь с показателем самооффективности (самоэф.) — верой в эффективность собственных действий и ожидание успеха. Четвертый фактор «Карьера в социальной изоляции» имеет отрицательные значимые корреляции с показателями интернальности, мотивации достижений (мотив.достиж), ориентацией на профессиональную компетентность. И, последний, пятый фактор имеет взаимосвязи с самооффективностью, мотивацией достижения и ориентацией на менеджмент.

Закключение

В нашей работе мы описали типы карьеры врачей больниц Санкт-Петербурга — хирургов и терапевтов. Отсутствие значимых корреляций (как положительных, так и отрицательных) у двух факторов с личностными ресурсами, по всей видимости, свидетельствует о том, что в процессе построения карьеры врачи, чьи карьеры можно описать как «карьера с частой сменой работы/понижением» или «карьера эксперта» используют или не используют иные ресурсы. Вместе с тем, возможно, стоит провести регрессионный анализ, чтобы говорить не только о наличии взаимосвязи, но и ее характере.

Результаты корреляционного анализа согласуются с теорией сохранения ресурсов С. Хобфолла [12]. Идея, предложенная исследователем, заключается в том, что ресурсы способны не только уменьшаться во время использования, но могут,

Таблица 1. Статистически значимые коэффициенты корреляции факторов анкеты «Феномены карьеры» с показателями карьеры и социально-демографическими данными

	I	II	III	IV	V
Возраст					-,417**
Стаж					-,390**
Количество карьерных целей					,196*
Удовл. карьерой			,343**	-318**	
Суб.оц.проф-ма		,322**			-,245**
Суб.оц.авторит.		,245**			
Объект.оц.проф.		,310**	,420**		
Объект.оц.автор.		,266**	,345**		

** — $p < 0.01$ * — $p < 0.05$ **Таблица 2. Статистически значимые коэффициенты корреляции факторов анкеты «Феномены карьеры» с личностными ресурсами**

	I	II	III	IV	V
Надежда			,232**		
Ориент. на комп-ть			,189*	-,204*	
Ориент.на менеджмент			,377**		,247**
Ориент.на вызов			,314**		
Самозф.			,214*		,189*
Интернальность				-,201*	,207*
Мотив.достиж				-,319*	,284*

** — $p < 0.01$ * — $p < 0.05$

вместе с тем, развиваться и формировать другие ресурсы. Люди, обладающие достаточным количеством ресурсов, более склонны к дальнейшему приобретению ресурсов. Так, вероятно, люди, развивающие стремительную многоплановую карье-

ру, выстраивая ее в разных областях, могут развивать и приумножать различные ресурсы.

В дальнейшем мы планируем развивать данную тему и изучить взаимосвязь типов карьеры с социальными ресурсами.

Литература/References

1. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд Л.М. Метод исследования уровня субъективного контроля. Психологический журнал. 1984; 3:152-162. [Bazhin EF, Golynkina EA, Jetkind LM. Method of research of the level of subjective control. Psihologicheskij zhurnal. 1984; 3:152-162. (In Russ.)]
2. Водопьянова Н.Е., Чикер В.А., Потявина В.В. Надежда как психологический ресурс специалистов помогающих профессий (на примере врачебной деятельности). Wiadomości Lekarskie. 2017; 1: 62-68. [Vodop'janova NE, Chiker VA, Potjavina VV. Hope as a psychological resource for nurturant professionals (medical case study). Wiadomości Lekarskie. 2017; 1:62-68 (In Russ.)]
3. Кулагин А.Н., Богдан Н.Н. Отношение к карьере руководителей сферы здравоохранения как фактор профессионального развития. Медицина и образование в Сибири. 2014; 3:21-26. [Kulagin AN, Bogdan NN. Attitude to the career of health care managers as a factor of professional development. Medicina i obrazovanie v Sibiri. 2014; 3:21-26. (In Russ.)]
4. Манерова О.А. Профессиональный рост и карьера в здравоохранении: приоритеты и проблемы. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2011; 2:77-83. [Manerova OA. Professional growth and career in health care: priorities and problems. Medicinskie tehnologii. Ocenka i vybor. 2011; 2:77-83. (In Russ.)]

5. Могилевкин Е.А. Карьерный рост: диагностика, технологии, тренинг. Монография. — СПб.: Речь; 2007. [Mogilevkin E.A. *Kar'ernyj rost: diagnostika, tehnologii, trening. Monografija.* — SPb.: Rech'; 2007. (In Russ.)]
6. Муздыбаев К. Измерение надежды (статья вторая). Психологический журнал. 1999. 20(4):26—35. [Muzdybaev K. *The study of Hope (Part 2).* *Psihologicheskij zhurnal.* 1999. 20(4):26—35. (In Russ.)]
7. Одегов Ю.Г., Руденко Г.Г., Апенько С.Н., Мерко А.И. Мотивация персонала: Учебное пособие. Практические задания (практикум). М.: Издательство «Альфа-Пресс»; 2010. [Odegov J.G., Rudenko G.G., Apen'ko S.N., Merko A.I. *Motivacija personala: Uchebnoe posobie. Prakticheskie zadanija (praktikum).* М.: Izdatel'stvo «Al'fa-Press»; 2010. (In Russ.)]
8. Потявина В.В., Москвичева Н.Л. Личностные ресурсы профессиональной карьеры врачей, преподающих в высшей школе. Социосфера. 2015; 2:128-132. [Potjavina VV, Moskvicheva NL. *Personal resources of occupational career of doctors, who teach at higher school.* *Sociosfera.* 2015; 2:128-132. (In Russ.)]
9. Почебут Л. Г., Чикер В. А. Индустриальная социальная психология: учебное пособие. — СПб.: СПбГУ; 1997. [Pochebut L.G., Chiker V.A. *Industrial'naja social'naja psihologija : uchebnoe posobie.* — SPb.: SPbGU; 1997. (In Russ.)]
10. Хьюз Э.Ч. Изготовление врача: общая формулировка идей и проблем. Журнал исследований социальной политики. 2009; 7(3):313-326. [Hughes EC. *The Making of a Physician: General Statement of Ideas and Problems.* *Zhurnal issledovanij social'noj politiki.* 2009; 7(3):313-326. (In Russ.)]
11. Arthur M.B., Rousseau M.R. *The boundaryless career: a new employment principle for a new organizational era.* Oxford University Press; 1996.
12. Hobfoll S.E. *Stress, culture and community. The psychology and philosophy of stress.* Plenum Press, New York; 1998.

Сведения об авторе

Матан Валерия Владимировна — старший преподаватель кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета.
E-mail: v.mathan@spbu.ru

Валидизация русскоязычной версии опросника «Internet gaming disorder scale–short-form»

Петров А.А., Черняк Н.Б.

ФГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет МЗ РФ

Резюме. Целью данного исследования стала валидизация русскоязычной версии опросника на зависимость от компьютерных игр «Internet gaming disorder scale–short-form». Последний основан на 9 критериях Интернет — игрового расстройства по DSM-V. Исследование было проведено на выборке из 1070 учащихся учебных заведений г. Иркутска и Иркутской области. Средний возраст респондентов составил $15,0 \pm 1,6$ лет. Балльные значения утверждений методики не подчинялись нормальному закону распределения. При этом все коэффициенты корреляции (по Спирмену) между отдельными доменами оказались статистически значимыми на уровне $p < 0,001$ и варьировали от 0,32 до 0,52. Однофакторная модель в рамках конфирматорного факторного анализа была оценена как приемлемая ($CMIN/DF=7,01$; $GFI=0,96$; $AGFI=0,93$; $TLI=0,931$; $CFI=0,95$; $RMSEA=0,075$; $p < 0,0001$). В рамках IRT — анализа была выбрана модель градуированного ответа. Графический анализ продемонстрировал монотонность кривых следов для каждого утверждения «Internet gaming disorder scale–short-form». Пик распределения кривой для всей методики приходился на величины от 1 до 3. **Заключение.** В результате процедуры валидизации была подтверждена пригодность русскоязычной версии опросника «Internet gaming disorder scale–short-form» для первичной скрининг — диагностики зависимости от компьютерных игр среди российских геймеров.

Ключевые слова: «Internet gaming disorder scale–short-form», Internet Gaming Disorder, зависимость от компьютерных игр, игровая аддикция, валидизация

Valididization of the Russian version of the questionnaire «Internet gaming disorder scale — short-form»

Petrov A.A., Chernyak N.B.

Irkutsk State Medical University

Summary. The aim of this study was to validate the Russian version of the questionnaire on the dependence on computer games «Internet gaming disorder scale–short-form». The latter is based on 9 criteria of Internet gaming disorder by DSM — V. Study was conducted on a sample of 1070 students of educational institutions of Irkutsk and Irkutsk region. The average age of the respondents was 15.0 ± 1.6 years. Point values of the method did not obey the normal law of distribution. At the same time, all correlation coefficients (by Spearman) between individual domains were statistically significant at the level of $p < 0.001$ and varied from 0.32 to 0.52. At the same time, all correlation coefficients (by Spearman) between individual domains were statistically significant at the level of $p < 0.001$ and varied from 0.32 to 0.52. Single-factor model within the confirmatory factor analysis was evaluated as acceptable ($CMIN/DF=7.01$; $GFI=0.96$; $AGFI=0.93$; $TLI=0.931$; $CFI=0.95$; $RMSEA=0.075$; $p < 0.0001$). As part of the IRT analysis, a graded response model was chosen. Graphical analysis demonstrated the monotony of trace curves for each «Internet gaming disorder scale–short-form» statement. The peak of the distribution of the curve for the whole method fell on. The peak of the distribution of the curve for the whole technique was in the range from 1 to 3. **Conclusion.** As a result of the validation procedure, the suitability of the Russian-language version of the «Internet gaming disorder scale–short-form» questionnaire for the initial screening — diagnostics of the dependence on computer games among Russian gamers was confirmed.

Key words: «Internet gaming disorder scale–short-form», Internet Gaming Disorder, dependence of computer games, gaming addiction, validation

Современные игры используют лучшие принципы психологической теории и маркетинга, чтобы привлечь и удержать максимальную аудиторию пользователей [9]. Проблемное использование компьютерных игр признано специалистами в области психического здоровья как аддиктивное поведение с клинической значимостью [8]. Это связано с негативными последствиями для пострадавших людей в ряде функциональных областей, таких как межличностное взаимодействие и профессиональная деятельность [7]. Большая часть компьютерозависимых лиц не считают себя больными, не обращаются за медицин-

ской или психологической помощью и не пытаются покончить с пагубной привычкой [3].

Компьютерные игры следует считать дополнительной психической нагрузкой и фактором, вызывающим истощение психической деятельности, которое может участвовать в патогенезе различных психических расстройств [2]. Симптомы зависимости от компьютерных игр сопутствуют наиболее распространенным психическим расстройствам в детском и подростковом возрасте таким как синдром дефицита внимания / гиперактивности (СДВГ), расстройства поведения и депрессия [10; 14].

Для установления целостного взгляда на компьютерную зависимость необходимо установление более четких диагностических критериев, описание ее этиопатогенетической сущности, клинической динамики и прогноза [1]. Включение зависимости от компьютерных игр под дефиницией Интернет — игрового расстройства (Internet Gaming Disorder) в III раздел DSM-5 привело к появлению новых психометрических инструментов, предназначенных для оценки проблемного использования компьютерных игр [4]. Было разработано более 20 инструментов для выявления зависимости от компьютерных игр, но лишь немногие из них были надлежащим образом утверждены, а отсутствие согласованного определения игровой компьютерной зависимости привело к несогласованности в критериях оценки [11, 12, 17].

На сегодняшний день большинство недавно разработанных методик экспресс — диагностики Интернет — игрового расстройства имеют два основных недостатка. Во-первых, некоторые из тестов являются объемными, что не является оптимальным для крупномасштабных обследований. Во-вторых, некоторые из новых инструментов (в том числе с небольшим объемом) либо конкретно не отражают девять критериев Интернет — игрового расстройства, либо используют сложную формулировку вопросов, которая может быть трудной для понимания среди игроков [13].

Одной из наиболее перспективных шкал видится «Internet Gaming Disorder Scale — Short — Form» (IGDS9-SF) предложенная M. Pontes и D. Griffiths в 2014 году [18]. IGDS9-SF построена на основе 9 критериев Интернет — игрового расстройства по DSM-V и включает 9 вопросов, соответствующим таким доменам как «Озабоченность» — чрезмерная увлеченность компьютерными играми; «Синдром отмены» — опыт неприятных симптомов отмены при отнятии игр; «Толерантность» — необходимость тратить все большее количество времени, занимаемое играми; «Потеря контроля» — неудачные попытки контроля участия в компьютерных играх; «Отказ от других видов активности» — потеря интереса к предыдущим увлечениям и развлечениям, за исключением компьютерных игр; «Возобновление» — продолжающееся чрезмерное использование игр, несмотря на осознание психосоциальных проблем; «Обман» — ложь по отношению к членам семьи, терапевтам или другим лицам, касающаяся количества времени затрачиваемого на игры; «Уход от действительности» — использование компьютерных игр для избегания или уменьшения негативного настроения; «Потеря возможностей» — риск угрозы или утрата значимых отношений, работы, образования, или возможности карьерного роста благодаря участию в видеоиграх. IGDS9-SF широко используется на международном уровне и прошла процедуру валидации в других странах [20].

Учитывая актуальность проблематики зависимости от компьютерных игр **целью** данного исследования стала валидизация русскоязычной версии диагностического опросника IGDS9-SF.

Материалы и методы

После получения разрешения от команды разработчиков (Pontes и соавт.) был произведен перевод английской версии опросника IGDS9-SF на русский язык используя пошаговый процесс, рекомендованный Sperber (2004). Данные шаги включали: 1) Перевод теста с английского языка на русский язык двумя независимыми переводчиками 2) Сопоставление и обобщение двух вариантов перевода данными переводчиками 3) Обратный перевод с русского на английский язык третьим независимым переводчиком 4) Сравнение оригинального текста и обратного перевода. Пилотная русскоязычная версия IGDS9-SF была апробирована на выборке из 30 подростков — геймеров. В рамках проверки не были выявлены очевидные трудности в восприятии и понимании содержания текста теста.

Исследовательскую выборку для осуществления процесса валидации теста составили 1070 учащихся учебных заведений среднего общего и среднего профессионального образования г. Иркутска и Иркутской области. Средний возраст респондентов составил $15,0 \pm 1,6$ лет. Из них 42,7% ($n=457$) составляли учащиеся мужского и 57,3% ($n=613$) женского полов. Тестирование респондентов осуществлялось с февраля по май 2018 года. Все исследуемые подписали информированное добровольное согласие. Проект исследования был одобрен Комитетом по этике Иркутского государственного медицинского университета.

Для проведения первичного анализа полученных данных использовалась описательная статистика с корреляционным анализом по Спирмену. Проверка нормальности распределений осуществлялась с помощью критериев Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка. С целью проверки внутренней согласованности и надежности теста были подсчитаны некоторые показатели отдельных утверждений методики: корреляция баллов утверждений с общим баллом, корреляция баллов утверждений с общим баллом при удалении баллов утверждения, Альфа Кронбаха общего балла при удалении баллов утверждения. Также были подсчитаны общие Альфа Кронбаха и Альфа Гуттмана при расщеплении теста на четные и нечетные утверждения. Для проверки соответствия внутренней структуры опросника предполагаемой модели был проведен подтверждающий факторный анализ с предположением о наличии 9 независимых пунктов, составляющих один итоговый показатель. Чтобы дополнительно оценить диагностические свойства методики IGDS9-SF с психометрической точки зрения, был проведен IRT (Item Response Theory) — анализ с использованием двух моделей: модели градуированного ответа (graded response model) [19] и обобщенной модели частичного кредита (generalized partial credit model) [15]. Уровень статистической значимости был зафиксирован на уровне вероятности ошибки 0.05. Статистическая обработка данных выпол-

Таблица 1. Описательная статистика по доменам IGDS9-SF (Descriptive statistics on IGDS9-SF domains)

Утверждение опросника	Среднее значение	Медиана	Минимум	Максим.	Квартильный размах	Станд. отклон.	Асимметрия	Стдош. асимметрии	Экссесс	Стдош. эксцесса	Критерий Шапиро-Уилка
Озабоченность	1,46	1	1	5	1	0,79	1,91	0,07	3,67	0,15	W=0,63; p<0,0001
Синдром отмены	1,36	1	1	5	0	0,78	2,54	0,07	6,71	0,15	W=0,52; p<0,0001
Толерантность	1,43	1	1	5	1	0,84	2,18	0,07	4,63	0,15	W=0,58; p<0,0001
Потеря контроля	1,40	1	1	5	0	0,83	2,42	0,07	5,85	0,15	W=0,54; p<0,0001
Отказ от других видов активности	1,29	1	1	5	0	0,74	2,99	0,07	9,26	0,15	W=0,46; p<0,0001
Возобновление	1,41	1	1	5	0	0,85	2,40	0,07	5,68	0,15	W=0,54; p<0,0001
Обман	1,28	1	1	5	0	0,73	3,00	0,07	9,41	0,15	W=0,45; p<0,0001
Уход от действительности	1,66	1	1	5	1	1,09	1,61	0,07	1,63	0,15	W=0,66; p<0,0001
Негативные последствия	1,41	1	1	5	0	0,85	2,38	0,07	5,42	0,15	W=0,54; p<0,0001
Общий балл	12,70	10	9	45	6	5,18	1,93	0,07	4,33	0,15	W=0,74; p<0,0001

нена с использованием пакетов прикладных программ Statistica 10 и SPSS 10.0

Результаты

Описательная статистика по отдельным утверждениям методики IGDS9-SF представлена в таблице 1.

Проверка отдельных утверждений и итогового балла на нормальность распределения показала, что согласно основным критериям (критерий Колмогорова-Смирнова и критерий Шапиро-Уилка) все пункты методики не подчиняются нормальному закону распределения (Табл.1, рис.1).

Коэффициенты корреляции, подсчитанные для определения связей между различными утверждениями IGDS9-SF (Табл.2), показали, что практически все утверждения методики умеренно коррелируют друг с другом (0,32-0,52), что говорит о согласованности ответов респондентов по всем утверждениям теста. Все коэффициенты корреляции оказались статистически значимыми на уровне $p<0,001$.

Корреляции баллов каждого утверждения с суммой баллов с вычетом баллов данных утверждений колебались от 0,52 до 0,66. В свою очередь, корреляции баллов утверждений с общим баллом варьировали от 0,62 до 0,74 (Табл.3). Общие альфа Кронбаха 0,86 и альфа Гуттмана составили 0,86 и 0,84 соответственно. Полученные результаты говорят о высокой внутренней согласованности всех утверждений методики.

Анализ модели, состоящей из 9 независимых пунктов в рамках конфирматорного факторного анализа, показал, что модель является приемлемой (Табл.4): RMSEA=0,075 (доверительный интервал от 0,065 до 0,085) говорит о хорошем соответствии. Сравнительный индекс согласия (CFI) оказался равен 0,95, что указывает на достаточное согласие. То же самое можно сказать и про индексы GFI и AGFI, которые либо превосходят пороговое значение 0,95 указывающего на отличное соответствие, либо очень близки к нему.

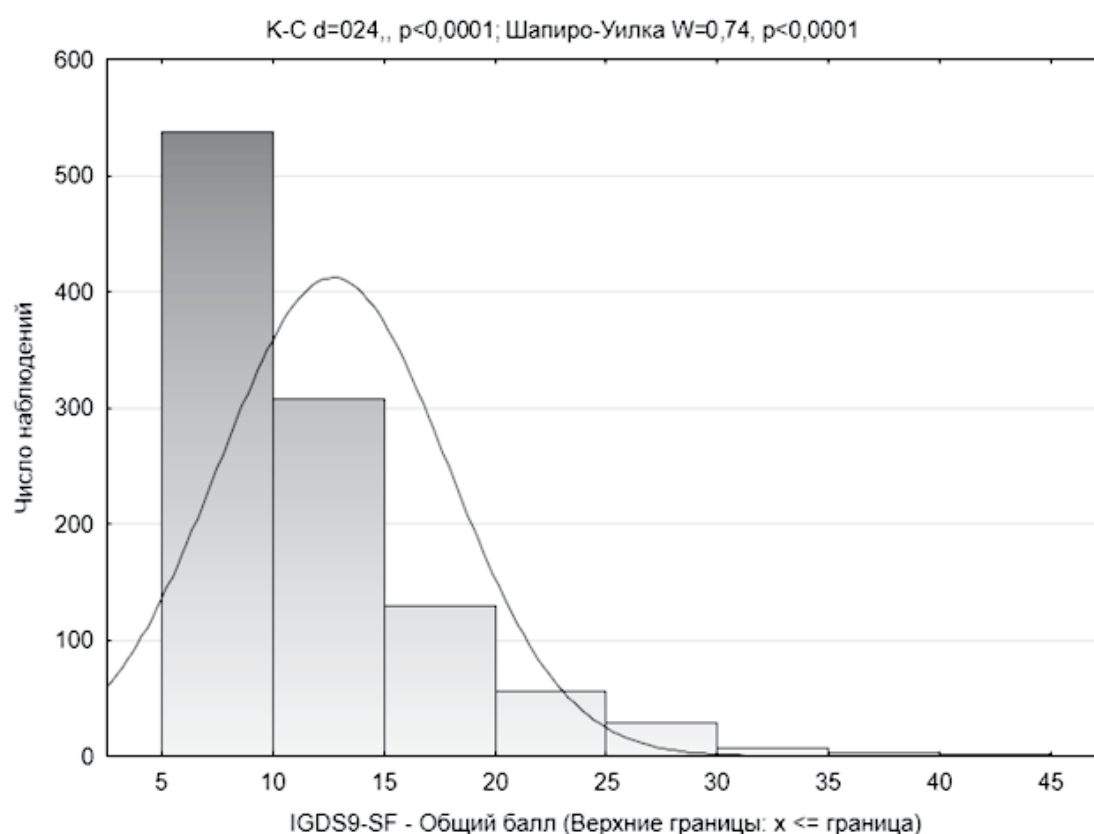


Рис. 1. Гистограмма показателей шкалы «Общий балл» IGDS9-SF

Таблица 2. Коэффициенты корреляции (Спирмен) между доменами IGDS9-SF (Correlation coefficients (Spearman) between domains IGDS9-SF)

	Озабоченность	Синдром отмены	Толерантность	Потеря контроля	Отказ от других видов деятельности	Возобновление	Обман	Уход от действительности	Негативные последствия	Общий балл
Озабоченность	1,00	0,48	0,49	0,39	0,35	0,43	0,32	0,47	0,42	0,68
Синдром отмены	0,48	1,00	0,47	0,46	0,39	0,38	0,36	0,41	0,36	0,61
Толерантность	0,49	0,47	1,00	0,47	0,47	0,48	0,43	0,52	0,47	0,69
Потеря контроля	0,39	0,46	0,47	1,00	0,46	0,43	0,44	0,45	0,42	0,64
Отказ от других видов активности	0,35	0,39	0,47	0,46	1,00	0,44	0,45	0,41	0,50	0,58
Возобновление	0,43	0,38	0,48	0,43	0,44	1,00	0,43	0,49	0,50	0,66
Обман	0,32	0,36	0,43	0,44	0,45	0,43	1,00	0,39	0,45	0,56
Уход от действительности	0,47	0,41	0,52	0,45	0,41	0,49	0,39	1,00	0,46	0,74
Негативные последствия	0,42	0,36	0,47	0,42	0,50	0,50	0,45	0,46	1,00	0,64
Общий балл	0,68	0,61	0,69	0,64	0,58	0,66	0,56	0,74	0,64	1,00

Примечание: Все коэффициенты корреляции статистически значимы на уровне $p<0,001$.

Таблица 3. Показатели надежности отдельных утверждений опросника IGDS9-SF по отношению к общему баллу (альфа Кронбаха = 0,86; альфа Гутмана = 0,84) (Reliability indicators of individual statements of the IGDS9-SF questionnaire in relation to the total score (Kronbach's alpha = 0.86; Gutman's alpha = 0.84))

Домен	Корреляция баллов утверждения с общим баллом при вычитании баллов данного утверждения	Альфа Кронбаха общего балла при вычитании баллов утверждения	Корреляция утверждения с общим баллом методики
Озабоченность	0,55	0,85	0,65
Синдром отмены	0,52	0,85	0,62
Толерантность	0,66	0,84	0,75
Потеря контроля	0,59	0,84	0,69
Отказ от других видов активности	0,60	0,84	0,69
Возобновление	0,59	0,84	0,69
Обман	0,56	0,85	0,65
Уход от действительности	0,61	0,84	0,74
Негативные последствия	0,61	0,84	0,71

Таблица 4. Показатели соответствия модели исходным данным, состоящей из 9 пунктов, составляющих итоговый показатель (Indicators of compliance of the model with the initial data, consisting of 9 points that make up the final indicator)

Индекс соответствия модели исходным данным	Значение индекса
CMIN	189,30
DF	27
CMIN/DF	7,01
RMR	0,026
GFI	0,959
AGFI	0,932
PGFI	0,576
NFI Delta1	0,941
IFI Delta2	0,949
TLI	0,931
CFI	0,948
RMSEA	0,075
LO 90	0,065
HI 90	0,085
PCLOSE	0
Хи-квадрат	189,297
df	27
p, уровень значимости	<0,0001

Стандартизированные весовые коэффициенты утверждений колебались от 0,55 до 0,72 (Рис.2), что близко к результатам, полученным в исследовании Schivinskia и др. (2018) [20], которые показывают изменения весовых коэффициентов от 0,47 до 0,78. Таким образом, результаты confirmatory факторного дают возможность оценить стандартизированные весовые коэффициенты, как хорошие без всяких исключений.

IRT — анализ

Модель 2-PL имеет следующий вид:

$$P(\mu = 1 | \theta) = \frac{e^{\alpha(\theta - \beta)}}{1 + e^{\alpha(\theta - \beta)}}$$

и создает характеристическую кривую для каждого утверждения, которая определяет угол наклона α и местоположение β соответствующего утверждения. Эта формула может быть расширена на случай множественных ответов (например, для пятибалльной шкалы Ликерта) таким образом, что вычисляются пороги между категориями, а не одно различие при дихотомии верно/неверно (ответ да/нет). Модель градуированного ответа (the graded response model [29]) является простейшей моделью, в которой каждый порог возможного ответа сравнивается со всеми возможными ответами выше данного уровня. Порог указывает на местоположение θ , в котором респондент будет выбирать варианты ответа с одинаковой вероятностью.

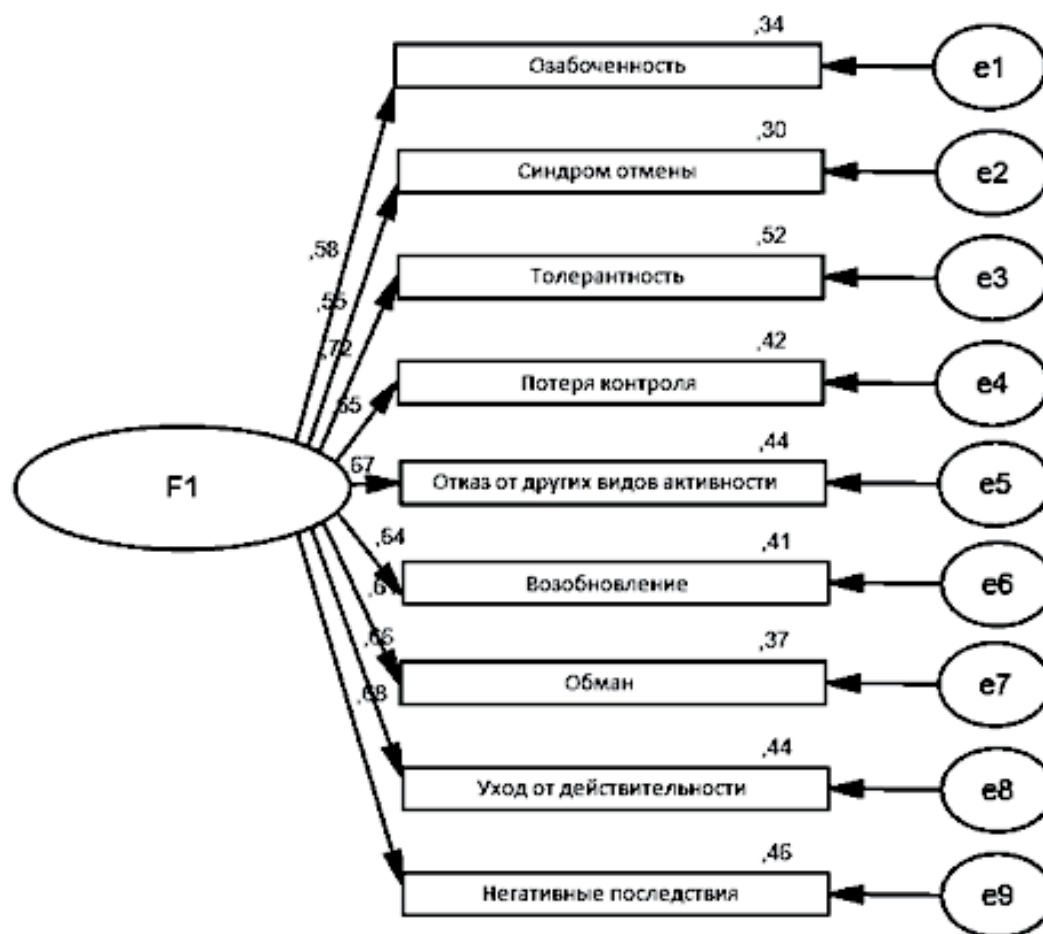


Рис. 2. Результаты оценки стандартизованных весовых коэффициентов для модели, предполагающей наличие 9 утверждений, составляющих один итоговый показатель методики IGDS9-SF

Таблица 5. Статистика IRT- анализа по каждому утверждению IGDS9-SF (N=1070) (Statistics IRT analysis for each item IGDS9-SF (N=1070))								
	α	β_1	β_2	β_3	β_4	S- 2	df	p
Озабоченность	2,039	0,675	1,597	2,536	3,152	41,213	39	0,374
Синдром отмены	2,076	1,022	1,717	2,483	2,886	60,797	42	0,030
Толерантность	2,820	0,753	1,422	2,055	2,541	32,648	42	0,849
Потеря контроля	2,343	0,887	1,608	2,174	2,642	35,513	43	0,784
Отказ от других видов активности	2,598	1,132	1,753	2,199	2,690	39,431	41	0,540
Возобновление	2,411	0,905	1,562	2,175	2,561	77,756	43	0,001
Обман	2,337	1,213	1,778	2,389	2,856	69,706	41	0,003
Уход от действительности	2,232	0,541	1,136	1,687	2,270	73,724	54	0,038
Негативные последствия	2,481	0,889	1,557	2,049	2,615	50,223	44	0,240

Примечание. Статистика критерия S- χ^2 является обобщенной статистикой хи-квадрат [36, 37]; α — параметр отражающий дискриминативность утверждения; β — параметр отражающий трудность утверждения; χ^2 — эмпирическое значение критерия хи-квадрат.

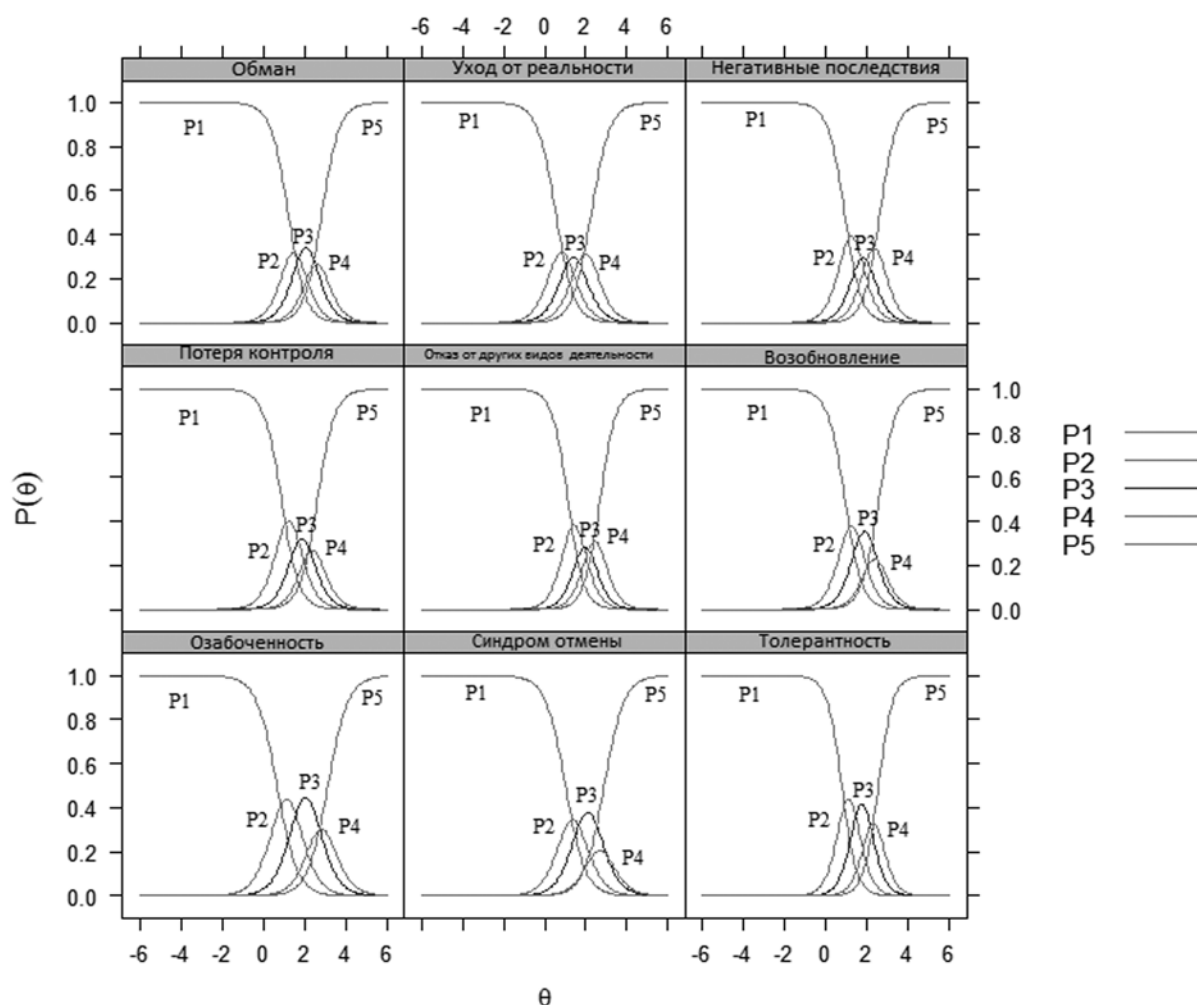


Рис. 3. Кривые следов (trace curves) для утверждений методики на зависимость от компьютерных игр «IGDS9-SF».

Таким образом, β_1 является пороговым значением предпочтения ответа «1» над всеми другими ответами (например, «2», «3», «4» и «5»), β_2 является пороговым значением между ответами «2» и «3», «4» и «5» и т.д. Обобщенная модель частичного кредита (generalized partial credit model; [15]) не предполагает, что ответы упорядочены и вычисляет значения β , сравнивая только близлежащие ответы. Например, β_1 будет показывать порог выбора между ответами «1» и «2», β_2 будет показывать порог выбора между ответами «2» и «3» и т.д. Для определения наилучшей модели в нашем случае был рассчитан Akaike Information Criterion (AIC). Известно, что предпочтительнее выбирать модель с более низким AIC, так как он указывает на более близкое соответствие данных истинной модели [5]. Результаты вычислений показали, что модель градуированного ответа лучше соответствует данным (AICgraded model=13281,02; AICgraded partial credit model=13598,08). Графический анализ показывает, что кривые следов

для каждого утверждения являются монотонными (Рис.2). Пороговые значения (β) для каждого утверждения отражены в Табл.5.

В дополнение, для данных кривых (Рис.3) сравнивались площади под каждым из возможных ответов шкалы Лайкерта (от 1 до 5). Результаты показывают, что для утверждений «Отказ от других видов активности» и «Синдром отмены» ответ «4» выбирается респондентами реже, чем остальные ответы.

Результаты также показывают, что дискриминативность утверждений опросника очень высока ($>1,7$). Наименьшую дискриминативность имеет утверждение «Озабоченность» ($\alpha=2,039$), а наибольшую — утверждение «Толерантность» ($\alpha=2,820$). Соответствие пунктов реальным данным было оценено с помощью критерия S-2 [16], который вычисляет сумму различий между наблюдаемыми и ожидаемыми частотами ответов для каждого утверждения опросника. Статистически значимые различия указывают на потенци-

альное несоответствие. Тем не менее, известно, что хи-квадрат чувствителен к объему выборки, поэтому данный критерий не является абсолютно показательным для больших (более 500 респондентов) выборок. В нашем случае для 5 утверждений из 9 получились приемлемые значения. Наибольшие отклонения обнаружены для утверждения «Возобновление» ($S^2=77,76$; $p=0,001$) и утверждения «Обман» ($S^2=69,71$; $p=0,003$).

Кривая для всей методики (test information curve $I(\theta)$) была вычислена на основании суммирования информации, полученной от каждого утверждения опросника (рис. 4):

$$I(\theta) = \sum \alpha_i^2 P_i(\theta, \beta_{ij}, \alpha_i) Q_j(\theta, \beta_{ij}, \alpha_i),$$

где $P_i(\theta, \beta_{ij}, \alpha_i)$ отражает вероятность выбора ответа j при определенном уровне латентной измеряемой черты для каждого утверждения (пункта) i , а $Q_j(\theta, \beta_{ij}, \alpha_i)$ отражает вероятность не-выбора ответа j при определенном уровне латентной из-

меряемой черты для каждого утверждения i . Пик распределения приходится на величины от 1 до 3, что как раз может интерпретироваться как преимущество для клинического диагностического средства.

Выводы

Полученные результаты свидетельствуют об однофакторной модели опросника. Приемлемый уровень согласованности утверждений русскоязычной версии опросника IGDS9-SF говорит о ее пригодности для использования в целях скрининг-диагностики зависимости от компьютерных игр среди геймеров проживающих на территории России. Видится перспективным внедрение данной адаптированной методики в повседневную деятельность практикующих клинических психологов и психиатров.

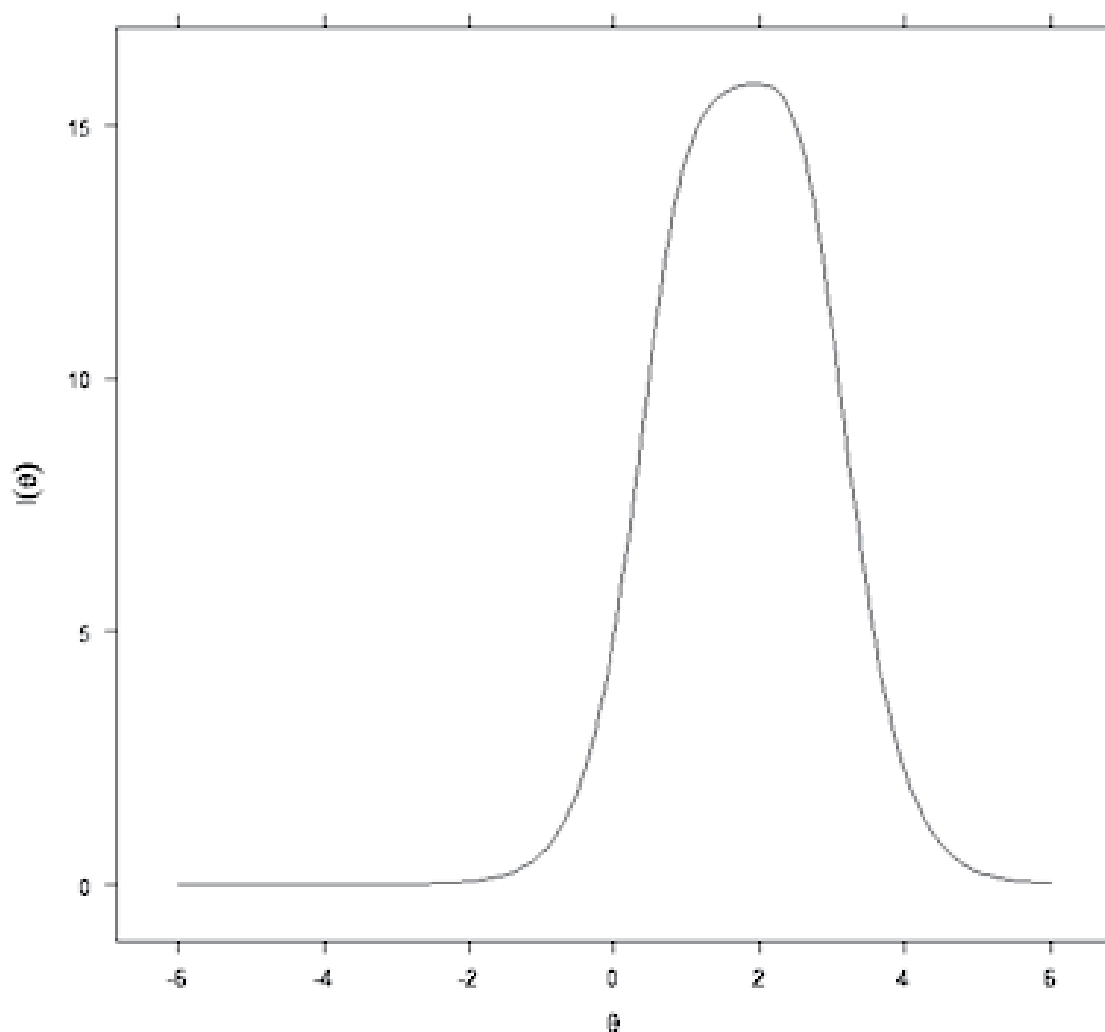


Рис. 4. Кривая для всей методики IGDS9-SF (Test information curve)

**«Шкала оценки зависимости от Интернет — игр — Краткая форма»
(IGDS9-SF) (Pontes, Griffiths, 2015)**

Инструкции: Нижеуказанные вопросы относятся к вашим занятиям компьютерными играми за последний год (т.е. 12 месяцев). Под занятиями компьютерными играми подразумеваются игровая деятельность на настольном компьютере/ноутбуке, игровой консоли и/или какого-либо иного рода устройстве (например, мобильном телефоне, планшете и т.д.) в режиме онлайн и/или офлайн

Есть ли у Вас ощущение, что Ваше увлечение играми полностью поглощает Вас? (Например: Вы часто размышляете о том, как сыграли в прошлый раз, и с нетерпением ждете новой игровой сессии? Считаете ли вы, что компьютерные игры стали наиболее важным занятием в Вашей жизни?)	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Очень часто
Испытываете ли Вы раздражение, тревогу или даже грусть, когда пытаетесь уменьшить количество времени, которое тратите на игры, или пытаетесь совсем бросить играть?					
Испытываете ли Вы потребность тратить все больше времени за игрой для того, чтобы получить удовлетворение или удовольствие?					
Преследуют ли Вас постоянные неудачи, когда Вы пытаетесь контролировать время, проводимое за играми, или пытаетесь бросить играть?					
Утратили ли Вы Интерес к своим прежним хобби и прочим видам развлечений в результате увлечения компьютерными играми?					
Продолжаете ли Вы играть тогда, когда знаете, что это приводит к проблемам между Вами и другими людьми?					
Приходилось ли Вам когда-либо обманывать членов своей семьи, психотерапевта или других людей по поводу количества времени, которые Вы тратите на игры?					
Играете ли Вы в игры для того, чтобы временно устранить от проблем или избавиться от плохого настроения (например, беспомощность, чувство вины, тревожность)?					
Страдают ли из-за Вашего увлечения играми важные отношения, работа, учеба или возможности Вашего карьерного роста?					

Информация по подсчету баллов:

Общий балл рассчитывается путем сложения баллов за все ответы по девяти пунктам шкалы IGDS9-SF. Общий балл находится в диапазоне от 9 до 45, при этом более высокий балл указывает на более высокую степень зависимости от Интернет — игр. Для того, чтобы отличить игроков в компьютерные игры от игроков с зависимостью, исследователю нужно обратить внимание, имеется ли ответ «5: Очень часто» как минимум на пять вопросов из пяти, что указывает на подтверждение данного критерия.

Литература / References

1	Солдаткин В. А., Дьяченко А. В., Чандрокант М. Д. Концепции формирования компьютерной зависимости // Социальная и клиническая психиатрия. — 2013. — Т.23. — №. 3. — С.104 — 110	Soldatkin V. A., Dyachenko A. V., Mavani D. Ch. The concepts of computer addictions development. <i>Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya</i> . 2013; 23(3):104-100 (In Rus.).
2	Худяков А. В., Урсу А. В., Старченкова А. М. Компьютерная игровая зависимость, клиника, динамика и эпидемиология // Медицинская психология в России. — 2015. — №.4 (33). — С.10 [Электронный ресурс]. — URL: http://mprj.ru (дата обращения: 30.12.2018).	Khudyakov A.V., Ursu A.V., Starchenkova A.M. Computer game addiction: clinic, dynamics and epidemiology. <i>Meditsinskaya psikhologiya v Rossii</i> . 2015; 4 (33) (In Rus.).
3	Юрьева Л. Н. Компьютерная зависимость-аддикция общества, основанного на знаниях // Тюменский медицинский журнал. — 2014. — Т.16. — №.1. — С.54 — 55.	Yur'eva L.N. Computer addiction — addiction of society based on knowledge. <i>Tyumenskii meditsinskii zhurnal</i> . 2014; 16(1):54-55 (In Rus.).

4	American Psychiatric Association. (2013). <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—Text Revision</i> . 5th edition. DC, USA: American Psychiatric Association. — P.795—801.	American Psychiatric Association. (2013). <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—Text Revision</i> . 5th edition. DC, USA: American Psychiatric Association. — P.795—801.
5	Burnham K., Selection A. D. R. M., Inference M. A <i>Practical Information-Theoretic Approach</i> . — Springer. — 2010. — P.70—72.	Burnham K., Selection A. D. R. M., Inference M. A <i>Practical Information-Theoretic Approach</i> . — Springer. — 2010. — P.70—72.
6	Dreier M. et al. Free-to-play: about addicted Whales, at risk Dolphins and healthy Minnows. Monetization design and internet gaming disorder //Addictive behaviors. — 2017. — Vol.64. — P.328-333.	Dreier M. et al. Free-to-play: about addicted Whales, at risk Dolphins and healthy Minnows. Monetization design and internet gaming disorder //Addictive behaviors. — 2017. — Vol.64. — P.328-333.
7	Gentile D. A. et al. Pathological video game use among youths: a two-year longitudinal study //Pediatrics. — 2011. — P.2010-1353.	Gentile D. A. et al. Pathological video game use among youths: a two-year longitudinal study //Pediatrics. — 2011. — P.2010-1353.
8	González-Bueso V. et al. Association between internet gaming disorder or pathological video-game use and comorbid psychopathology: a comprehensive review //International journal of environmental research and public health. — 2018. — Vol.15. — №.4. — C.668.	González-Bueso V. et al. Association between internet gaming disorder or pathological video-game use and comorbid psychopathology: a comprehensive review //International journal of environmental research and public health. — 2018. — T. 15. — №. 4. — C. 668.
9	J Kuss D. et al. Internet addiction: a systematic review of epidemiological research for the last decade //Current pharmaceutical design. — 2014. — Vol.20. — №. 25. — P.4026-4052.	J Kuss D. et al. Internet addiction: a systematic review of epidemiological research for the last decade //Current pharmaceutical design. — 2014. — Vol.20. — №.25. — C.4026-4052.
10	Kim N. R. et al. Characteristics and psychiatric symptoms of internet gaming disorder among adults using self-reported DSM-5 criteria //Psychiatry investigation. — 2016. — Vol.13. — C.58-66.	Kim N. R. et al. Characteristics and psychiatric symptoms of internet gaming disorder among adults using self-reported DSM-5 criteria //Psychiatry investigation. — 2016. — Vol.13. — C.58-66.
11	King, D. L., Haagsma, M. C., Delfabbro, P. H., Gradisar, M., & Griffiths, M. D. Toward a consensus definition of pathological video-gaming: a systematic review of psychometric assessment tools//Clinical Psychology Review. — 2013. — Vol.33. — P.331-342. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.01.002	King, D. L., Haagsma, M. C., Delfabbro, P. H., Gradisar, M., & Griffiths, M. D. (2013). Toward a consensus definition of pathological video-gaming: a systematic review of psychometric assessment tools. <i>Clinical Psychology Review</i> , 2013; 33:331-342. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.01.002
12	Király O. et al. The mediating effect of gaming motivation between psychiatric symptoms and problematic online gaming: An online survey //Journal of medical Internet research. — 2015. — Vol.17. — №.4. [Электронный ресурс]. — URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4405620/ (дата обращения: 30.12.2018). DOI: 10.2196/jmir.351	Király O. et al. The mediating effect of gaming motivation between psychiatric symptoms and problematic online gaming: An online survey //Journal of medical Internet research. — 2015. — Vol.17. — №.4. DOI: 10.2196/jmir.351
13	Király O. et al. Validation of the ten-item internet gaming disorder test (IGDT-10) and evaluation of the nine DSM-5 internet gaming disorder criteria //Addictive Behaviors. — 2017. — Vol.64. — P.253-260.	Király O. et al. Validation of the ten-item internet gaming disorder test (IGDT-10) and evaluation of the nine DSM-5 internet gaming disorder criteria //Addictive Behaviors. — 2017. — Vol.64. — P.253-260.
14	Mihara, S., & Higuchi, S. Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder: a systematic review of the literature. — Psychiatry and Clinical Neurosciences. — 2017. — Vol.71. — P.425–444.	Mihara, S., & Higuchi, S. (2017). Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder: a systematic review of the literature. <i>Psychiatry and Clinical Neurosciences</i> . 2017; 71:425–444.
15	Muraki E. A generalized partial credit model: Application of an EM algorithm //ETS Research Report Series. — 1992. — Vol.1992. — №.1. — P. i-30.	Muraki E. A generalized partial credit model: Application of an EM algorithm //ETS Research Report Series. — 1992. — Vol.1992. — №.1. — P.i-30.

16	Orlando M., Thissen D. Likelihood-based item-fit indices for dichotomous item response theory models //Applied Psychological Measurement. — 2000. — Vol.24. — №.1. — P.50-64.	Orlando M., Thissen D. Likelihood-based item-fit indices for dichotomous item response theory models //Applied Psychological Measurement. — 2000. — Vol.24. — №. 1. — P.50-64.
17	Pontes H. M., Griffiths M. D. Assessment of internet gaming disorder in clinical research: Past and present perspectives //Clinical Research and Regulatory Affairs. — 2014. — Vol.31. — №. 2-4. — P.35-48. DOI: 10.3109/10601333.2014.962748	Pontes H. M., Griffiths M. D. Assessment of internet gaming disorder in clinical research: Past and present perspectives //Clinical Research and Regulatory Affairs. — 2014. — Vol.31. — №.2-4. — P.35-48. DOI: 10.3109/10601333.2014.962748
18	Pontes H. M., Griffiths M. D. Measuring DSM-5 Internet gaming disorder: Development and validation of a short psychometric scale //Computers in Human Behavior. — 2015. — Vol.45. — P.137-143. DOI:10.1016/j.chb.2014.12.006	Pontes H. M., Griffiths M. D. Measuring DSM-5 Internet gaming disorder: Development and validation of a short psychometric scale //Computers in Human Behavior. — 2015. — Vol.45. — P.137-143. DOI:10.1016/j.chb.2014.12.006
19	Samejima F. Graded response model. Handbook of modern item response theory. — 1997. — P.85-100.	Samejima F. Graded response model. Handbook of modern item response theory. — 1997. — P.85-100.
20	Schivinski B. et al. Psychometric assessment of the internet gaming disorder diagnostic criteria: an item response theory study //Addictive Behaviors Reports. — 2018. — Vol.8. — P.176-184.	Schivinski B. et al. Psychometric assessment of the internet gaming disorder diagnostic criteria: an item response theory study //Addictive Behaviors Reports. — 2018. — Vol.8. — P.176-184.

Сведения об авторах

Петров Александр Александрович — аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВПО «ИГМУ», Иркутск. E-mail: al.al.petrov@mail.ru

Черняк Наталья Борисовна — к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии, ФГБОУ ВПО «ИГМУ», Иркутск. E-mail: cherniakn@yandex.ru

Проблема соматизированных расстройств: клиника, непрофильное обращение за медицинской помощью, психообразование

Погосов А.В., Богусhevская Ю.В.
ФГБУВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Резюме. В одномоментном клинико-психопатологическом и психологическом исследовании с целью изучения причин непрофильного обращения больных соматизированными расстройствами за медицинской помощью проведен анализ факторов, способствующих возникновению «избегающего врача-психиатра поведения». Показано влияние клинических проявлений соматизированных расстройств, социально-демографических характеристик, информационных ресурсов, организационных изменений в здравоохранении, психологических особенностей. Обоснована необходимость внедрения психообразовательных программ в первичное звено здравоохранения для приоритетных специалистов для больных соматизированными расстройствами — терапевтов, неврологов, кардиологов; больных соматизированными расстройствами с «избегающим врача-психиатра поведением»; врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов.

Ключевые слова: соматизация, непрофильное обращение, «избегающее врача-психиатра поведение», психообразование

The problem of somatization disorders: clinical picture, misdirected health encounter, psychoeducation

Pogosov A.V., Bogushevskaya Yu.V.
Kursk State Medical University

Summary. In a cross-sectional clinical-psychopathological and psychological trial aiming to study the causes of misdirected health encounter of patients with somatization disorders, the analysis of factors contributing to the emergence of «a psychiatrist avoidance behavior» has been conducted. The influence of somatization disorders clinical manifestations, socio-demographic characteristics, information resources, administrative changes in health care service and psychological features has been demonstrated. The necessity to introduce psychoeducational programs in the primary health care setting has been substantiated for: priority specialists for patients with somatization disorders — therapists, neurologists, cardiologists; somatization disorders patients with «a psychiatrist avoidance behavior»; psychiatrists, psychotherapists, clinical psychologists.

Key words: somatization disorders, causes of misdirected health encounter, «a psychiatrist avoidance behavior», psychoeducation

В МКБ-10 соматизированные расстройства (СР) относятся к числу соматоформных (F45). Они проявляются множественными, часто меняющимися соматическими симптомами, которые наблюдаются у больных в течение длительного времени [6, 11]. Больные СР на протяжении нескольких месяцев настаивают на проведении неоднократных диагностических процедур, результаты которых не обнаруживают оснований для подтверждения какого-либо соматического заболевания [4,7,10]. Так, от появления инициальных симптомов СР до обращения на прием к врачу-психиатру проходит в среднем 4-5 лет [2, 12].

В последние годы в практическое здравоохранение были внедрены образовательные программы для специалистов первичной медицинской сети. Они способствуют выявлению психических расстройств, которые могут быть представлены различными соматическими симптомами [9]. Врачи-интернисты могут своевременно диагностировать у больных СР и вовремя направить их

на консультацию к врачу-психиатру. Но из практических наблюдений известно, что отсутствие в результатах лабораторно-инструментальных обследований органической основы, объясняющей наличие жалоб, невысокая эффективность назначений не являются причиной для обращения за психиатрической помощью. Больные СР не выполняют рекомендации специалистов первичного звена здравоохранения и отказываются от приема врача-психиатра на длительное время. Несвоевременная психиатрическая помощь больным ведет к дальнейшему развитию динамических вариантов соматизированного расстройства, появлению необратимых изменений личности, снижает профессиональный статус и качество жизни больного. Актуальность настоящего исследования обусловлена наличием феномена «избегающего врача-психиатра поведения» у больных СР.

Целью исследования являлось изучение причин непрофильного обращения больных соматизированными расстройствами.

Задачи исследования: 1) проанализировать социально-демографические характеристики больных СР, способствующие формированию «избегающего врача-психиатра поведения»; 2) исследовать роль клинических проявлений СР в непрофильном обращении больных СР за медицинской помощью; 3) определить значение информационных ресурсов, изменений в системе здравоохранения, психологических особенностей больных СР, которые препятствуют обращению к врачу-психиатру; 4) предложить психообразовательные программы для специалистов первичного звена здравоохранения и больных соматизированными расстройствами.

Материалы и методы

Исследование проводилось в дневном стационаре с амбулаторно-реабилитационным Центром ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона (основная база кафедры психиатрии и психосоматики КГМУ) в 2015-2018 гг. Основанием для включения в исследование являлось наличие диагноза «соматизированное расстройство» (F 45.0). Из 168 больных нами выбраны 66 впервые госпитализированных женщин, которые ранее не обращались за психиатрической помощью. Критериями исключения были факты повторной госпитализации больных СР в психиатрические учреждения, получение психиатрической помощи амбулаторно.

Больные были разделены на 2 группы по длительности периода до обращения к врачу-психиатру или психотерапевту. Основная группа была представлена 41 больной СР, которые до момента госпитализации в психиатрическое учреждение наблюдались у врачей-интернистов от 1 года до 6 лет. Указанный временной промежуток нами предлагается считать длительным. В контрольную группу вошли 25 женщин, обратившихся к психиатру в течение 1 года. Этот период обозначен нами как относительно короткий.

В качестве методов исследования использованы клинико-психопатологический, психологический (стандартизованный многофакторный метод исследования личности Собчик Л.Н., личностная шкала проявлений тревоги Дж. Тейлора), статистический (описательная, сравнительная статистика — критерий углового преобразования Фишера, U критерий Манна-Уитни, статистический пакет STATISTICA 8.0).

Диагностика соматизированных расстройств осуществлялась в соответствии с критериями

МКБ-10 (F 45.0). Изучение особенностей этапа поиска медицинской помощи больными происходило с использованием специально разработанной анкеты, в которой отмечались социально-демографические характеристики, сведения клинико-психопатологического обследования, результаты диагностических обследований и заключения врачей первичной медицинской сети и узких специалистов, психологических методик, причины несвоевременного обращения за психиатрической помощью.

Стандартизованный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) представляет собой тест анкетного типа, состоящий из 566 утверждений, которые испытуемые должны признать верным для себя или отвергнуть. Повышение показателей по 10 основным шкалам профиля личности свидетельствует о наличии и степени выраженности характерологических особенностей. Шкала «проявления тревожности» Дж. Тейлора в адаптации Т.А. Немчинова и В.Г. Норакидзе содержит 60 утверждений, предназначена для измерения уровня личностной тревожности.

Этический аспект исследования. Данное исследование проводилось в соответствии с законодательством Российской Федерации и принципами Хельсинской декларации. Всем участникам был разъяснен характер методик диагностики и лечения, все пациенты дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Пациенты могли в любой момент прервать участие в исследовании без объяснения причины.

Результаты. Результаты проведенного исследования позволили обозначить следующие группы факторов, которые сдерживают обращение больных СР к врачу-психиатру (социально-демографические, клинические, информационные, организационные, психологические) и способствуют непрофильному получению медицинской помощи.

Остановимся на анализе социально-демографических характеристик больных. По месту жительства в обеих группах доминировали жители сельской местности. Но в контрольной группе городских жителей было в 2,05 раза больше (Табл. 1).

В отношении возраста долевое распределение больных СР обнаруживает незначительные различия, по этому показателю группы были уравнены.

Более высокий образовательный уровень больных СР зафиксирован в контрольной группе (Табл. 2). В основной группе доминируют женщины со средним профессиональным образова-

Таблица 1. Распределение больных СР по месту жительства

Место жительства	Основная группа (n=41)		Контрольная группа (n=25)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Жители города	8	19,51	10	40	1,789*
Жители сельской местности	33	80,48	15	60	1,793*

Примечание: * φ различия на уровне статистической тенденции ($p > 0,05 - < 0,1$)

Таблица 2. Распределение больных СР по уровню образования					
Образовательный уровень больных	Основная группа (n=41)		Контрольная группа (n=25)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Высшее профессиональное образование	4	9,76	10	40	2,885#
Незаконченное высшее образование	9	21,95	6	24	0,189
Среднее образование	12	29,27	4	16	1,265
Среднее профессиональное образование	16	39,02	5	20	1,663 *

Примечание: # — значимые ($p < 0,01$) статистические различия

* φ различия на уровне статистической тенденции ($p > 0, 05 < 0,1$)

Таблица 3. Распределение больных СР по трудовому статусу Distribution of patients with somatization disorders (SD) according to their employment status					
Наличие трудоустройства	Основная группа (n=41)		Контрольная группа (n=25)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Имеют постоянную работу	15	36,59	8	32	0,378
Безработные	10	24,39	14	56	2,593 #
Временно трудоустроены	16	39,02	3	12	2,53 #

Таблица 4. Распределение больных СР по семейному положению					
Семейный статус	Основная группа (n=41)		Контрольная группа (n=25)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Замужем (официальный и гражданский брак)	9	21,95	11	44	1,872*
Состоит в разводе	18	43,90	4	16	2,463 #
Не вступала в брак	14	34,15	10	40	0,481

нием (39,02 %), в контрольной преобладает высшее профессиональное образование (40%). Следует обратить внимание на то, что более высокий образовательный уровень помогает осознанию важности обращения за специализированной психиатрической помощью и влияет на своевременность принятия этого решения.

Заслуживают внимания результаты изучения трудового статуса обследованных (Табл.3). В основной группе доминируют лица с временным трудоустройством (39,02%). Их доля достоверно ($p < 0,01$) превышает таковую в контрольной группе (12%). Постоянную работу имели 36,59 % больных СР. При анкетировании они обозначили специальности с низкой квалификацией (уборщица, разнорабочая и др.). Для контрольной группы характерно преобладание безработных женщин (56%). Второе место по частоте занимали больные, имеющие постоянную работу (32 %). В анкетах женщины указали профессии с высокой квалификацией трудовой деятельности (учитель, экономист, сестринское дело и др.).

Статус временно трудоустроенных женщин основной группы можно рассматривать в качестве фактора, сдерживающего обращение к врачу-психиатру. Больные высказывали опасения того, что коллеги узнают о наличии «психического заболевания», их «могут уволить с работы», будут «косо смотреть». Для жителей сельской местности фактор стигматизации имел особое значение. Отсутствие работы, преобладающее в контрольной группе, напротив, способствовало более раннему обращению к врачу-психиатру. Больные поясняли, что «не нужно никого ставить в известность, что ты идешь к врачу», отсутствует необходимость брать «больничный». Здесь имели место и субъективные причины: не было опасений, что кто-то из сотрудников узнает о лечении в психиатрическом учреждении, отсутствовали «лишние» денежные средства на очередные дополнительные обследования в медицинских центрах и клиниках.

В отношении семейного статуса больных выявлено, что в основной группе преобладали разведенные женщины (43,90 %), в контрольной — за-

мужние, в том числе состоящие в гражданском браке (44%) либо не вступавшие в брак (40 %). Как видно, семейное неблагополучие (развод с супругом) имеет значение для несвоевременного обращения за специализированной помощью (Табл.4).

Анализ приведенной группы показателей позволил описать социально-демографический портрет больных СР, поздно обратившихся за специализированной психиатрической помощью. Это женщины — жители сельской местности, получившие среднее профессиональное образование; имеющие временное трудоустройство с низкой квалификацией; разведенные. У них сформировалось «избегающее врача-психиатра поведение». Для больных СР, которые обратились к психиатру в течение короткого времени, характерны высшее профессиональное образование, отсутствие постоянного трудоустройства, такие женщины преимущественно замужем или ранее в брак не вступали.

Далее охарактеризуем клинические факторы, сдерживающие своевременное получение психиатрической помощи и способствующие непрофильному обращению больных СР к специалистам первичной медицинской сети.

Многолетние исследования, проводимые на кафедре психиатрии и психосоматики, позволили описать клинические разновидности соматизированного расстройства: желудочно-кишечная, болевая, сердечно-дыхательная и псевдоневрологическая [7]. Отдельно рассматриваемая разновидность обозначается нами в рамках «простого» типа СР. В случаях, когда у одного больного выявляются три диагностически значимых симптома из 2-х или 3-х разновидностей, следует констатировать «сочетанный» тип.

Практические наблюдения показывают, что в первичном звене здравоохранения доминирует сердечно-дыхательная разновидность простого типа, наиболее часто сочетаются сердечно-дыхательная с болевой, сердечно-дыхательная, болевая и желудочно-кишечная разновидности.

Изучение частотного распределения симптомов у больных СР показало, что с наибольшей частотой встречались жалобы со стороны сердца и дыхательной системы. Второе место по частоте занимала группа желудочно-кишечных симптомов. Примерно в равной мере регистрировались симптомы из группы псевдоневрологических и болевых. Наименее часто наблюдались женские репродуктивные и сексуальные симптомы.

Симптомами со стороны сердца и дыхательной системы, которые наблюдаются наиболее часто, являются головокружение, сердцебиение и поверхностное дыхание. В группе желудочно-кишечных проявлений с наибольшей частотой встречались жалобы на тошноту, боли в животе, непереносимость или плохое самочувствие после некоторых видов пищи. Среди псевдоневрологических симптомов доминировали жалобы на нечеткость зрения, мышечную слабость, пошатывание во время ходьбы. В группе болевых симптомов наибольшая частота отмечена в отношении болей в спине, конечностях, суставах.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что преобладание в клинической картине описанной разновидности и типа соматизированного расстройства играет решающую роль в выборе больными СР соответствующего специалиста.

Впервые все обследованные обращались за медицинской помощью к врачам-интернистам первичного звена здравоохранения — в Центральные районные больницы, городские поликлиники, медицинские диагностические центры, семейные клиники и др. В случаях простого типа количество специалистов, к которым обратились больные СР, было небольшим (Табл.5). При сочетанном типе СР их круг был значительно шире.

Далее представлен анализ врачебных специальностей в первичном звене здравоохранения, к которым записывались на прием больные СР, до обращения к врачу-психиатру (Табл.6).

Обследованные в обеих группах чаще впервые обращаются к врачу-терапевту по месту жительства. В основной группе к нему пришли 29,26% больных, в контрольной — 36 %. В сравнении по частоте обращаемости с другими специалистами, участковый терапевт является приоритетным для больных СР. Во вторую очередь следует невролог: в основной группе к нему на прием записались 24,07%, в контрольной — 32 % больных. На третьем месте по востребованности следует отметить кардиолога, в основной группе его посетили 17,07%, в контрольной — 16 % больных. Со значительно меньшей частотой обращения в круг общих для обеих групп специалистов вошли эндокринолог и гинеколог.

Следует подчеркнуть факты востребованности специалистов так называемых «экзотических» специальностей — мануального терапевта, кинезиотерапевта, гомеопата, остеопата, вертебролога и др. У 2-х больных основной группы (4,86%) зафиксированы факты обращения к представителям нетрадиционной медицины, чего не наблюдалось в контрольной. Важно обратить внимание на то, что при наблюдении таких больных в течение 2-3-х месяцев, приведенные выше специалисты (терапевты, неврологи, кардиологи, эндокринологи) советовали получить консультацию врача-психиатра или рекомендовали обратиться к психотерапевту.

Обозначенное нами «избегающее врача психиатра поведение» у больных СР наблюдалось на протяжении ряда лет. Распределение больных СР основной группы по длительности заболевания до момента их обращения к врачу-психиатру выглядит следующим образом. Не хотели обращаться к психиатру на протяжении 6 лет и более 24,39% женщин. Они ссылались на забывание специальности врача, путались, называли его «психолог» или «нарколог», уходили от ответа. По 21,95% опрошенных затянули обращение к врачу-психиатру до 4-х и, соответственно, 5-и лет.

Как показало изучение анамнестических сведений у больных СР основной группы, определенную роль на этапе поиска медицинской помощи играют следующие информационные ресурсы:

Таблица 5. Выбор специалиста больными СР в зависимости от клинических проявлений

Типы и разновидности соматизированных расстройств	Специалисты, к которым обращались больные СР
Желудочно-кишечная разновидность, простой тип	Терапевт, гастроэнтеролог
Болевая разновидность, простой типа	Невролог, мануальный терапевт, массажист
Сердечно-дыхательная разновидность, простой тип	Терапевт, кардиолог, эндокринолог
Псевдоневрологическая разновидность, простой тип	Невролог, иглорефлексотерапевт, представители нетрадиционной медицины (целитель, знахарь, экстрасенс и др.)
Сердечно-дыхательная и болевая разновидности, сочетанный тип	Терапевт, кардиолог, невролог, эндокринолог, массажист, мануальный терапевт
Сердечно-дыхательная, болевая и желудочно-кишечная разновидности, сочетанный тип	Невролог, мануальный терапевт, кинезиотерапевт, массажист, вертебролог, иглорефлексотерапевт, остеопат, гомеопат

Таблица 6. Специалисты для первичного обращения больных СР

Исследовательские группы Специалисты	Основная (n=41)		Контрольная (n=25)	
	Абс.	%	Абс.	%
Терапевт	12	29,26	9	36
Невролог	10	24,39	8	32
Кардиолог	7	17,07	4	16
Эндокринолог	6	14,65	2	8
Гастроэнтеролог	1	2,43	0	0
Гинеколог	2	4,87	2	8
Мануальный терапевт, кинезиотерапевт, остеопат, вертебролог	1	2,43	0	0

Таблица 7. Распределение больных СР в зависимости от источников информации о заболевании

Источники информации	Основная группа (n=41)		Контрольная группа (n=25)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Рассказы знакомых	16	39,02	5	20	1,663#
Интернет	10	24,39	3	12	1,285
Популярная литература	6	14,63	4	16	0,154
Телевидение	8	19,52	8	32	1,135
Научная литература	1	2,44	5	20	2,428**

сеть Интернет, просмотр телепередач о здоровье, чтение популярной литературы (газет, журналов), советы знакомых. У больных доминировали примитивные знания об организации психиатрической службы в России, отсутствовали представления о соматических и психических заболеваниях. Больные СР с разной длительностью поиска специализированной помощи используют сходные источники информации (Табл.7). На первом месте по удельному весу в основной группе занимают рассказы знакомых (39,02 %). Представления этих

людей ограничивались примитивными знаниями о соматических заболеваниях у их родственников и близких. На втором месте по востребованности в этой группе были Интернет-ресурсы (24,39 %). Особенности клинических проявлений соматизированных расстройств, проявляющихся субъективно ощущаемыми болями со стороны внутренних органов, являлись основанием для запросов в поисковых системах Интернет-пространства. Наименее часто больные основной группы прибегали к изучению научной литературы (2,44 %). В контрольной группе в качестве источника ин-

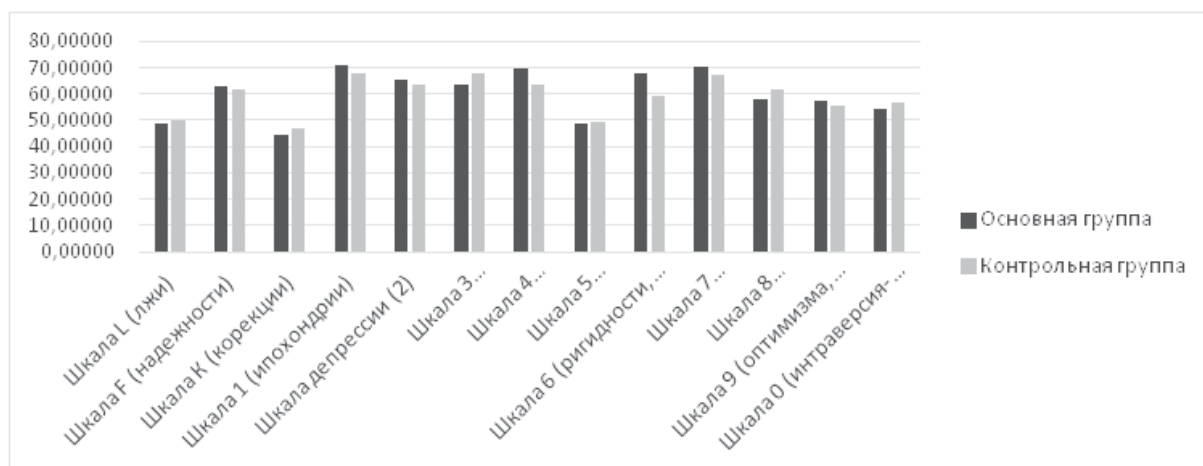


Рис.1. Средние значения по шкалам СМИЛ в обследованных группах

формации больные преимущественно использовали телевидение (32 %), просмотр передач о здоровье, различных ток-шоу с приглашением в качестве участников авторитетных ученых, профессоров, представителей практической медицины. В равной мере здесь больные ссылались на чтение научной литературы (20%) и рассказы знакомых (20 %). Представленное распределение информационных ресурсов у обследованных отражает их низкий образовательный уровень, высокую внушаемость, неосведомленность о своем заболевании, неверные представления о психиатрической помощи.

Для больных основной группы доверие рассказам знакомых и сведениям Интернет-ресурсов играет роль сдерживающего фактора для обращения к врачу-психиатру. Для больных контрольной группы изучение научной литературы и предпочтение телепередач о здоровье выступили в качестве факторов, способствующих более раннему обращению за специализированной психиатрической помощью.

В последние годы в системе здравоохранения РФ произошел ряд изменений, которые играют существенную роль при осуществлении больными выбора специалиста. Появление медицинских диагностических клиник, лечебных центров, новых организаций, осуществляющих широкий спектр диагностических услуг и оказание медицинской помощи, их навязчивая реклама способствуют тому, что у больных с множественными соматическими симптомами появляется возможность самостоятельно выбирать специалиста, проявлять инициативу и настаивать на проведении разнообразных обследований. Исходя из своих представлений, уровня знаний, узнав из представленных выше источников информации о заболевании, больные СР самостоятельно решают к какому специалисту и куда обратиться. Часто выбранная больным «диагностическая траектория» противоречит не только здравому смыслу, но и существующим алгоритмам диагностики, клини-

ческим рекомендациям по диагностике и лечению.

Далее остановимся на анализе некоторых психологических факторов, способствующих непрофильному обращению больных соматизированными расстройствами.

При изучении личностного профиля больных основной группы с помощью методики СМИЛ обнаружены значительные отличия от такового у больных контрольной группы. Зафиксированы более выраженные изменения по шкалам ипохондри, тревожности, психопатии и ригидности (Рис.1). Так как длительность заболевания в основной группе составляет от 1 года до 6 лет, возможно это связано с усилением преморбидных свойств личности в динамике СР. Так же указанные изменения могут быть результатом развития не присущих ранее свойств личности.

При изучении уровня личностной тревожности шкалой Дж. Тейлора получены следующие результаты. У больных основной группы обнаружены более высокие показатели личностной тревожности (средние значения 32,8 балла). В контрольной группе зафиксированы средние значения уровня личностной тревожности с тенденцией к высокому (23,9 балла). Сравнительный анализ показателей опросника, проведенный с использованием критерия U-Манна-Уитни, показал существенные различия (на уровне статической тенденции, $p\text{-level}=0,056013$).

Обсуждение. Клинические проявления СР, а именно наличие множественных видеоизменяющихся болей со стороны разных систем и органов, являются поводом для обращения больных к врачам общесоматической практики. Клиническая разновидность и тип СР определяют спектр врачебных специальностей, к которым больные обращались за помощью, и количество проведенных обследований. Доминирующие в клинике жалобы становятся предметом поиска информации о заболевании в сети Интернет, расспроса знакомых, чтения популярной литературы о здоровье.

Учитывая выявленные в основной группе больных низкие социально-демографические характеристики (проживание в сельской местности, невысокий образовательный уровень, трудоустройство с низкой квалификацией труда и др.), следует предположить, что самостоятельно изученная информация о болезни, сомнительные рекомендации из сети интернет, советы близких способствуют неправильному пониманию картины заболевания, способствуют получению непрофильной медицинской помощи. Отсутствие результативности многочисленных диагностических процедур, неэффективное лечение приводят к тому, что больные СР «теряются» в первичном звене здравоохранения на долгие месяцы и годы.

Интересными представляются обнаруженные в ходе исследования у больных основной группы следующие данные. Женщины, имеющие временное трудоустройство, которым была рекомендована консультация психиатра, высказывали опасения о том, что сотрудники узнают о наличии у них «психического заболевания». Они опасались, что их «могут уволить с работы», будут «косо смотреть». Для жителей сельской местности неоднозначное, «предвзятое» отношение к людям, обратившимся в психиатрические учреждения, имеет особое значение.

В специальной литературе существует мнение, что в обществе складываются стереотипы неоднозначного, особенного отношения к людям с психическими расстройствами [3,5]. Когда больные впервые оказываются на приеме у врача-психиатра, известные ему предубеждения в обществе обращаются против него самого, формируя такое явление как «самостигматизация» или «внутренняя стигма» [1,8]. Выявленные у обследованных основной группы предубеждения, примитивные представления о возможностях психиатрической помощи, высказывание опасений, что их «закроют в психушке», «не выпустят» и др., свидетельствуют о наличии проявлений самостигматизации, которые препятствуют обращению к врачу-психиатру. Этот феномен станет предметом дальнейших исследований причин непрофильного обращения больных СР за медицинской помощью.

В отношении группы психологических факторов, следует отметить, что обнаруженный у больных основной группы высокий уровень личностной тревожности выражается в активном поиске подтверждений наличия соматических нарушений по результатам многократных диагностических мероприятий. С этой точки зрения, непрофильное обращение к специалистам общесоматического профиля необходимо квалифицировать как трансформацию (проекцию) тревоги в сферу соматопсихики.

Выводы. Впервые обозначен ряд причин, способствующих непрофильному обращению больных СР. В первую очередь, это социально-демографический портрет больных СР с избегающим врача-психиатра поведением (разведенные женщины, жители сельской местности, с наличием среднего профессионального образования,

временным трудоустройством с низкой квалификацией). Во вторую очередь, клинические разновидности и типы соматизированного расстройства, которые способствуют выбору больными соответствующего специалиста первичной медицинской сети. У больных с **«избегающим врача-психиатра поведением»** наблюдается более широкий спектр врачебных специальностей для обращения за помощью, приоритетными среди них являются терапевт, невролог, кардиолог, эндокринолог.

В качестве фактора, препятствующего своевременному обращению больных СР в психиатрические учреждения, играют доверие советам знакомых и информация из Интернет-ресурсов. Организационные изменения в системе здравоохранения имеют большое значение при выборе диагностических услуг, спектра диагностических мероприятий и способствуют длительному непрофильному наблюдению у врачей-интернистов. Такие психологические особенности больных СР, как выраженные показатели по шкалам ипохондрии, тревожности, психопатии и ригидности, относятся к числу сдерживающих факторов для обращения к врачу-психиатру.

Становится очевидной потребность в осуществлении консультативной психиатрической помощи и психотерапевтического сопровождении больных соматизированными расстройствами. Для первичного звена здравоохранения нами предложены психообразовательные программы. В первую очередь, они ориентированы на больных, в них с учетом полученных результатов анализа социально-демографических и личностных факторов (низкой образовательный уровень, высокая внушаемость и др.) изложена доступная информация с целью формирования знаний и адекватных представлений о заболевании, способах лечения, современных возможностях лечения в психиатрии.

Во вторую очередь, в методических рекомендациях для врачей терапевтов, кардиологов, неврологов первичной медицинской сети, которые согласно полученным данным являются приоритетными для больных СР, представлены критерии диагностики, клинические разновидности и типы течения соматизированных расстройств. Это позволит совершенствовать навыки врача — терапевта и невролога, приоритетных специалистов для больных СР, в своевременном выявлении больных СР, грамотной аргументации участия в лечебном процессе врача психиатра, психотерапевта, медицинского психолога.

Нами предлагается включение в алгоритм оказания первичной медицинской помощи обязательной консультации клинического психолога в тех случаях, когда больные с наличием множественных жалоб соматического характера, не подтвержденных лабораторно-инструментальными исследованиями, наблюдаются у врача терапевта, невролога, кардиолога и эндокринолога в течение 3-х месяцев и более. Это позволит своевременно начать оказание специализированной помо-

щи, избавит больного от нецелесообразных диагностических обследований, предотвратит проявления самостоятельности в отношении лечения, будет способствовать профилактике хронизации заболевания, развития необратимых изменений личности, нарушений профессионального статуса больного и др.

Третья составляющая психообразовательных программ ориентирована на работу врачей-психиатров, психотерапевтов, медицинских психо-

логов, осуществляющих консультативную практику в городских поликлиниках, Центральных районных больницах, медицинских центрах, диагностических клиниках и других учреждениях первичного звена здравоохранения. Их участие необходимо для оказания квалифицированной специализированной психиатрической помощи больным соматизированными расстройствами, которых направили врачи-интернисты первичной медицинской сети.

Литература/References

1.	Васильченко К.Ф., Дроздовский Ю.В. Социальное функционирование и адаптация пациентов с первым психотическим эпизодом: внутренняя стигма и социально-психологические факторы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2018. — №3(100). — С.10-15.	Vasilchenko K.F., Drozdovsky Y.V. Social function and adaptation of patients with a first psychotic episode: inner stigma and socio-psychological factors. <i>Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii</i> . 2018; 3(100):10-15. (In Rus.).
2.	Демчева Н.К., Калинина Е.В. Связь между клиническими характеристиками психических расстройств и своевременностью обращения за психиатрической помощью у больных с впервые в жизни установленным диагнозом // Психическое здоровье. — 2010. — №7. — С.28-35.	Demcheva N.K., Kalinina Y.V. Connection between clinical characteristics of mental disorders and timeliness of appeal for psychiatric help of first diagnosed patients. <i>Psichicheskoe zdorov'e</i> . 2010; 7:28-35. (In Rus.).
3.	Крупченко Д.А., Крюк Н.В., Будник Т.А., Винклер П., Кравцова О.И., Мурин А.Я., Янковская А. Г. Семейная стигма при шизофрении в Республике Беларусь // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2015. — №4 (22). — С.10-25.	Krupchenko D.A., Kryuk N.V., Budnik T.A., Vinkler P., Kravtsova O.I., Murin A.Ya., Yankovskaya A.G.. Family stigma in schizophrenia in The Republic of Belarus. <i>Psikhiatriya, psihoterapiya i klinicheskaya psihologiya</i> . 2015; 4 (22):10-25. (In Rus.).
4.	Литвинцев С.В. Некоторые проблемные и дискуссионные вопросы психосоматических соотношений и соматоформных расстройств с позиций клинической психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2018. — №3. — С.80-89.	Litvintsev S.V. Some problems and discussion questions of ratios and somatoform disorders from the position of the clinical psychiatry. <i>Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva</i> . 2018; 3:80-89. (In Rus.).
5.	Лутова Н.В., Сорокина М.Ю., Вид В.Д. Психиатрическая стигма—ее проявления и последствия// Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени ВМ. Бехтерева. — 2017. — №2. — С.41-45.	Lutova N.B., Sorokina M.Yu., Vid V.D. Stigma in patients with mental disorders—its manifestations and consequences. <i>Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva</i> . 2017; 2:41-45. (In Rus.).
6.	Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Соматизированные расстройства (клинико-динамические и терапевтические аспекты) // Психические расстройства в общей медицине. — 2008. — №3. — С 29-36.	Pogosov A.V., Bogushevskaya Y.V. Somatized disorders (clinical, dynamic and therapeutic aspects). <i>Psichicheskie rasstrojstva v obshchej medicine</i> . 2008; 3:20-36. (In Rus.).
7.	Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Соматизированные расстройства (клиника, диагностика, терапия) // Курс: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава. — 2008. — С.268.	Pogosov A.V., Bogushevskaya Y.V. Somatized disorders (clinic, diagnostics, therapy) Kursk, KSMU; 2008: 268p. (In Rus.).
8.	Положий Б.С., Руженкова В.В. Стигматизация и самостигматизация больных шизофренией и шизоаффективным расстройством с суицидальным поведением // Научные ведомости БелГУ. Сер. Медицина. Фармация. — 2015.- № 4. — С.49-56.	Polozhij B.S., Ruzhenkova V.V. Stigma and self-stigma of schizophrenia and shizoaffektive disorder patients with suicidal behavior. <i>Nauchnye vedomosti BelGU. Ser. Medicina. Farmacija</i> . 2015; 4:49-56. (In Rus.).

9	Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А.Я. Вукс. — СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2005. — 32с.	<i>Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: posobie dlya vrachei / L.I. Vasserman, B.V. Iovlev, E.B. Karpova, A.Ya. Vuks. — SPb.: SPbNIPNI im. V.M. Bekhtereva. — 2005. — 32s.</i>
10.	Психосоматические расстройства в клинической практике / под ред. А.Б. Смулевича. — М.: Медпресс-информ. — 2016. — С.776.	<i>Psychosomatic disorders in clinical practice / by A.B. Smulevich — Moskow. 2016; 776p. (In Rus.).</i>
11.	Собенников В.С. Соматизация и соматоформные расстройства // Иркутск. — 2014. — С.304.	<i>Sobennikov V.S. Somatization and somatized disorders. Irkutsk. 2014; 304p. (In Rus.).</i>
12.	Цыганков Б.Д., Малыгин Я.В., Исмаилова С.Ф. Психологические факторы, влияющие на активность поиска медицинской помощи пациентами, страдающими пограничными психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2014. — №3. — С.9-14.	<i>Tsigankov B.D., Malygin Y.V., Ismailova S.F. Psychological factors influencing on activity of searching of medical service for patients suffering from borderline mental disorders. Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii. 2014; 3:9-14. (In Rus.).</i>

Сведения об авторах

Погосов Альберт Вазгенович — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета. E-mail: albertpogosov@yandex.ru

Богусhevская Юлия Владимировна — к.м.н., доцент кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета. E-mail: yuliyabogushevskaya@yandex.ru

Результаты взаимодействия с региональными службами в рамках телемедицинских консультаций по психиатрии и наркологии

Скрипов В.С.^{1,2}, Чехонадский И.И.³, Кочорова Л.В.², Шведова А.А.¹, Семенова Н.В.¹

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

²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»

³ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2»

Резюме. В статье представлены результаты взаимодействия федерального телемедицинского консультативного центра, оказывающего телемедицинские консультации по профилям «психиатрия» и «психиатрия-наркология», с Приволжским федеральным округом.

Несмотря на наличие подключения к Телемедицинской системе Минздрава России, практически половина субъектов, входящих в состав Приволжского федерального округа, за консультациями не обращались. Выявлена возрастающая потребность и интерес региональных врачей к консультациям с применением телемедицинских технологий.

Ключевые слова: телемедицина, телепсихиатрия, информационно-коммуникационные технологии в медицине, телекоммуникационные технологии, отдаленные консультации.

Results of interaction with regional services in the framework of telemedicine consultations on psychiatry and narcology

Skipov V.S.^{1,2}, Chekhonadsky I.I.³, Kochorova L.V.², Shvedova A.A.¹, Semenova N.V.¹

¹Bekhterev Psychoneurological Research Institute,

²I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University,

³Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital № 2

Summary. The article presents the results of the interaction of the federal telemedicine advisory center that provides telemedicine consultations on the profiles of «psychiatry» and «psychiatry-narcology» with the Volga Federal District.

Despite the presence of a connection to the Telemedicine system of the Ministry of Health of Russia, almost half of the constituent entities of the Volga Federal District did not seek advice. The growing need and interest of regional doctors in consultations using telemedicine technologies was revealed.

Key words: telemedicine, telepsychiatry, information and communication technologies in medicine, telecommunication technologies, remote consultations.

Стремительный рост и развитие новых технологий затрагивает все сферы жизни человека. В современных условиях невозможно представить себе отрасль, в которой отсутствуют цифровые технологии. Бурное развитие информатизации наблюдается и в сфере здравоохранения. Причем, медицинские технологии являются приоритетным направлением для науки, которое вносит значимый положительный вклад в демографические показатели и экономику страны [2].

Телемедицинские технологии являются одним из ключей в решении проблем современного здравоохранения, в т. ч. проблем, связанных с дефицитом кадров в различных субъектах Российской Федерации, низкой доступностью медицинской помощи, недостаточной эффективностью систем маршрутизации пациентов. Ряд авторов указывает, что телекоммуникационные технологии подразумевают под собой метод предоставления услуг, когда расстояние является значимым проблемным вопросом [1]. Кроме того, данные технологии позволяют положительно повлиять на про-

фессиональные знания и навыки врачей, причем, без отрыва от работы.

Несмотря на довольно длительный путь развития телемедицинских технологий, необходимо проводить научные исследования и повышать осведомленность населения и врачебного сообщества о возможностях данного направления.

Целью исследования является оценка результатов взаимодействия федерального телемедицинского консультативного центра, организованного на базе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, оказывающего телемедицинские консультации по профилям «психиатрия» и «психиатрия-наркология», с Приволжским федеральным округом. Важно обозначить проблемы, пути решения которых необходимо искать.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели сотрудниками была проанализирована деятельность телемедицинского консультативного центра. Проведен

анализ взаимодействия с головными медицинскими организациями, оказывающими помощь по профилям «психиатрия» и «психиатрия-наркология», субъектов Российской Федерации, входящих в состав Приволжского федерального округа (ПФО). Выбор именно ПФО обусловлен наибольшей активностью в плане оказания телемедицинских консультаций. Анализ проводился с момента начала функционирования телемедицинского консультативного центра на базе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (далее — Центр), с октября 2018 г. по август 2019 г.

Важно отметить, что для осуществления консультаций с применением телемедицинских технологий медицинским организациям необходимо иметь оборудование, согласно стандарту оснащение телемедицинского консультативного пункта, а также подключение к Телемедицинской системе Минздрава России. Все головные организации субъектов подключены к данной системе, и соответственно имеют возможность участвовать в таких консультациях. Несмотря на это практически половина регионов (42,8%; $n=6$) не обращались за телемедицинскими консультациями.

Всего за анализируемый период телемедицинским Центром было оказано 80 консультаций лечащим врачам различных субъектов ПФО. Наибольшая доля консультаций пришлась на Ульяновскую область и Оренбургскую область — 38,7% и 25% соответственно (Табл. 1).

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты анализа деятельности телемедицинского консультативного центра показали, что всего поступило 239 запросов, из них треть запросов (33,4%; $n=80$) поступила из ПФО. Центр оказывает телемедицинскую консультативную помощь исключительно в плановом порядке и только по профилям «психиатрия» и «психиатрия-наркология». Таким образом, 63,8% ($n=51$) запросов пришлось на профиль «психиатрия», а 36,2% ($n=29$) — на профиль «психиатрия-наркология». Нельзя забывать о том, что у пациента необходимо брать информированное добровольное согласие на оказание такой помощи [3].

Важной особенностью телемедицинских консультаций является то, что врачи-консультанты телемедицинского центра могут динамически курировать пациента и давать свои рекомендации лечащим врачам, обратившимся за консультацией. Так, на долю первичных обращений пришлось 90% ($n=72$), соответственно доля повторных обращений составила 10% ($n=8$).

Интересным оказалось распределение запросов на оказание консультаций с применением телемедицинских технологий по месяцам (табл. 2). Так, в ноябре 2018 г. было оказано только 6,3% ($n=5$) от всех телемедицинских консультаций, а в августе 2019 г. уже — 17,5% ($n=14$). Обращает внимание тот факт, что наименьшее количество консультаций было проведено в январе — лишь 3,7% ($n=3$). Данное обстоятельство можно аргументировать малым

числом рабочих дней, в связи с длительными новогодними праздниками. Анализ данного распределения показал непрерывную возрастающую потребность и интерес региональных врачей к консультациям такого рода. Действительно, у врачей отдаленных регионов появилась уникальная возможность развеять свои сомнения относительно диагностического поиска или лечебной тактики, получить «второе мнение» специалиста, работающего в ведущем медицинском исследовательском центре.

Важно отметить, что срок оказания консультаций с применением телемедицинских технологий сотрудниками Центра в плановом порядке не должен превышать 7 рабочих дней, в соответствии с указаниями, данными Министерством здравоохранения Российской Федерации. В ходе анализа установлено, что средняя длительность консультации, от момента получения запроса администратором Центра до момента отправки медицинского заключения, составляет $6,2 \pm 0,8$ дней, что не выходит за рамки установленных нормативов.

Безусловно, врачи Центра, оказывающие помощь с применением телемедицинских технологий, рассматривают любые диагностические и лечебные вопросы, встающие перед лечащими врачами, обратившимися за помощью. Распределение диагнозов, установленных по результатам консультаций, проведенных специалистами Центра, по группам в соответствии с Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ 10) показало, что наибольшее количество диагнозов пришлось на рубрику F20 — F29 (Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства), доля которых составила 36,7% ($n=22$). Второе место в данной структуре заняла рубрика F10 — F19 (Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ), на долю которых пришлось 21,3% ($n=17$). Наконец третье место в структуре данного распределения пришлось на группу F00 — F09 (Органические, включая симптоматические, психические расстройства) — 12,5% ($n=10$).

Консультации с применением телемедицинских технологий предусматривают два вида консультирования: посредством медицинского документооборота и в режиме «реального времени» — с помощью видеоконференцсвязи. Таким образом, лечащие врачи и врачи консультанты телемедицинского Центра могут выбрать оптимальный и удобный способ коммуникации. Видеоконференцсвязь дает возможность полноценно осмотреть и опросить пациента, при участии его лечащего врача, что несет большую ценность, особенно для таких разделов медицины, как психиатрия и психиатрия-наркология.

По результатам консультаций врачи-консультанты давали медицинское заключение (или протокол консилиума врачей), в котором указывали диагноз (в 100% случаев) и, кроме того, давали рекомендации по дальнейшим лечебно-диагностическим мероприятиям. Дополнительные обследования рекомендовались с частотой 33,8% ($n=27$). Более чем в половине случаев были даны рекомендации по изменению тактики лече-

Таблица 1. Распределение телемедицинских консультаций по субъектам Приволжского федерального округа
Table 1. Distribution of telemedicine consultations by subjects of the Volga Federal district

Субъект Российской Федерации, входящий в Приволжский федеральный округ	Наличие подключения к Телемедицинской системе Минздрава России	Количество консультаций (абс.)	Доля от общего количества консультаций в Приволжском федеральном округе (%)
Кировская область	+	4	5
Нижегородская область	+	-	-
Оренбургская область	+	20	25
Пензенская область	+	4	5
Пермский край	+	-	-
Республика Башкортостан	+	1	1,3
Республика Марий Эл	+	-	-
Республика Мордовия	+	-	-
Республика Татарстан	+	6	7,5
Республика Удмуртия	+	9	11,2
Республика Чувашия	+	-	-
Самарская область	+	5	6,3
Саратовская область	+	-	-
Ульяновская область	+	31	38,7
Итого	14	80	100

Таблица 2. Распределение телемедицинских консультаций, оказанных Приволжскому федеральному округу, по месяцам
Table 2. Distribution of telemedicine consultations provided to the Volga Federal district by month

Месяц	Количество проведенных консультаций (абс.)	Доля от общего количества проведенных консультаций (%)
Ноябрь	5	6,3
Декабрь	6	7,5
Январь	3	3,7
Февраль	9	11,3
Март	7	8,7
Апрель	11	13,8
Май	5	6,3
Июнь	7	8,6
Июль	13	16,3
Август	14	17,5
Итого	80	100

ния (53,8%; n=43). С частотой 13,3% (n=11) врачи-консультанты рекомендовали провести консультацию врачом другой специальности (невролог, нейрохирург, ЛОР и прочие специалисты). Нельзя не отметить то, что врачами-консультантами рекомендовалось и назначение сеансов психоте-

рапии для ряда пациентов, частота рекомендаций такого рода составила 11,3% (n=9).

С целью контроля качества предоставляемых консультаций, помимо подписи врача, все медицинские заключения изучаются руководителями профильных отделений Центра и главным врачом Центра.

Далее, для конкретизации вышесказанного, приведем читателю настоящей статьи клинический пример из практики оказания телемедицинских консультаций.

На консультацию, посредством видеоконференцсвязи, был представлен пациент А., 23 года. Предъявлял жалобы на периодические нарушения сна и возникающие на этом фоне слуховые обманы восприятия и тревогу при пробуждении. На основании предоставленных лечащим врачом медицинских сведений: по характеру замкнутый и необщительный. С подросткового возраста наблюдается девиантное поведение. Отчетливые психические нарушения возникли после расставания с девушкой — в состоянии опьянения совершил самопорезы, был подавлен, стал испытывать беспокойство в местах скопления людей, появились нарушения сна с частотой около 1 раза в месяц. Чуть позднее появились панические состояния с выраженным вегетативным компонентом, в связи с чем возникли трудности в обучении в профучилище. Обратился за амбулаторной помощью, где пациенту назначили тофизопам и алимемазин, которые не дали должного эффекта. Через полгода проходил стационарное лечение, в ходе которого получал флувоксамин 100мг/сут, рисперидон до 4мг/сут — без эффекта, оланзапин до 20мг/сут — без эффекта, флувоксамин 200 мг/сут и рисперидон диспергируемый 4 мг/сут — с эффектом.

В ходе опроса врачом-консультантом Центра посредством видеоконференцсвязи дополнительно было установлено, что пациент имел 2 суицидальные попытки в 16 и 18 лет. Кроме того, со слов пациента, с подросткового возраста испытывал «взгляд других людей», в связи с чем любил проводить время дома и закрывал шторы на окнах, однако понимал, что слежения за ним нет. Систематически возникающие вербальные обманы восприятия начал отмечать около полугода назад.

Из анамнеза жизни известно, что родился недоношенным, на 6 месяце. Последние 2 года обучается в профучилище, не работает.

Объективно было установлено: ЭЭГ — без пароксизмальной активности; заключение экспериментально-психологического обследования: attentивно-мнестические нарушения отсутствуют, мышление без структурных нарушений, личностные черты: сензитивности, застревания, тревожности, личностно-аномальный ППС.

Диагноз лечащего врача: Тревожно-фобический невроз с глубокой невротической структурой и с паническими атаками классического типа в ситуации межличностного конфликта. *Нельзя исключить наличие процессуального эндогенного заболевания в виде шизофрении.*

Лечащий врач обратился за консультацией в телемедицинский консультативный Центр для уточнения диагноза и коррекции лечения. Во время телемедицинской консультации посредством видеоконференцсвязи, длившейся 1 час 10 минут, лечащий врач и врач-консультант по телемедицине пришли к консенсусу и поставили окончательный диагноз из рубрики F21 МКБ 10 — Шизотипическое расстройство.

Заключение

Телемедицинские консультации становятся все более востребованными среди специалистов ПФО, о чем говорит увеличение консультаций из месяца в месяц. Однако ряд субъектов, входящих в ПФО, не обращались за такими консультациями в телемедицинский консультативный центр на базе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, что может говорить о необходимости проведения организационно-методических мероприятий по вопросам оказания такой помощи с данными регионами.

Литература

1	Кобринский Б.А., Зарубина Т.В. Медицинская информатика: учеб. для студ. учреждений высш. проф. образования — 3-е изд., стер. — М.: Издательский центр «Академия». — 2012. — 192с.	Kobriniskij B.A., Zarubina T.V. Medicinskaya informatika: ucheb. dlya. stud. Uchrezhdenij vyssh. prof. obrazovaniya — 3-e izd., ster. — M.: Izdatel'skij centr «Akademija». — 2012. — 192. (In Russ.).
2	Пузин С.Н., Сертакова О.В., Решетов Д.Н. Телемедицина как вектор инновационного развития системы оказания услуг в сфере здравоохранения. Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2018; 2: 65-73.	Puzin S.N., Sertakova O.V., Reshetov D.N. Telemedicine as a vector of innovative development of the system of health care services. Vestnik vserossijskogo obshchestva specialistov mediko-social'noj ekspertize, reabilitacii i reabilitacionnoj industrii. 2018; 2:65-73. (In Russ.).
3.	Семенова Н.В., Янушко М.Г., Яковлева Ю.А. Этические проблемы информированного добровольного согласия у больных шизофренией в связи с особенностями их когнитивного функционирования. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2018; 4:108-116.	Semenova N.V., Yanushko M.G., Iakovleva A.I. Ethical issues of the informed consent procedure in schizophrenia patients in view of cognitive dysfunction. V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. 2018; 4:108-116. (In Russ.) https://doi.org/10.31363/2313-7053-2018-4-108-116

Сведения об авторах

Скрипов Вадим Сергеевич – заведующий отделением организационно-методического обеспечения специализированных видов медицинской помощи и телемедицины НМИЦ ПН им В.М. Бехтерева, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. E-mail: lerhe90@mail.ru

Чехонадский Игорь Игоревич — главный врач ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2». E-mail: medznayka2@yandex.ru

Кочорова Лариса Валерьяновна – д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. E-mail: lerhe90@mail.ru

Шведова Анастасия Александровна — врач-методист отделения организационно-методического обеспечения специализированных видов медицинской помощи и телемедицины НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева. E-mail: medznayka2@yandex.ru

Семенова Наталия Владимировна –д.м.н., заместитель директора по научно-организационной и методической работе НМИЦ ПН им В.М. Бехтерева. E-mail:nvs@bekhterev.ru

Профиль психического развития у детей с туберозным склерозом

Троицкая Л.А.¹; Малахова Н.Е.²; Родионова А.Д.¹

¹ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», г. Москва,

²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Резюме. Особенность такого генетического заболевания как туберозный склероз связана с повреждением центральной нервной системы с внутриутробного периода, что впоследствии проявляется в нарушениях развития. Цель данного исследования — описание особенностей психического развития детей с туберозным склерозом в возрасте от 2 до 7 лет с учетом тяжести заболевания. Рассматриваются диагностические возможности использования психологических методик для данного заболевания в детском возрасте. По результатам психологического обследования 24-х детей были получены «Профили психического развития», которые включали оценку предметно-конструктивной, речевой и игровой деятельности, сферы общения, эмоционально-волевой и двигательной сферы, навыков самообслуживания. Была выявлена отчетливая качественная вариативность психического развития: от нормы развития до грубого недоразвития, а в отдельных случаях, регресса интеллекта и поведения. Показано, что своевременная квалификация психического статуса ребенка с туберозным склерозом необходима для выстраивания коррекционной психолого-педагогической и социальной помощи, и может служить одним из маркеров усугубления тяжести заболевания.

Ключевые слова: туберозный склероз, дети, диагностика, нарушения психического развития.

Profiles of mental development of children with tuberous sclerosis

Troitskaya L.A.¹; Malakhova N.E.²; Rodionova A.D.¹

¹Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology,

²Pirogov Russian National Research Medical University

Summary. Tuberous sclerosis complex (TSC) is a peculiar genetic disorder that is associated with prenatal central nervous system damage that impairs child's post-natal mental development. Aim of the study is to define how severity of TSC affects the peculiarities of 7 to 12 years old children's mental development. The study examines ways for the application of psychological methods to diagnose this disease in children. «Profiles of psychological developments» that included assessment of substantial and constructive activities, games and play activities, speech, communication, emotional-volitional and motor areas, and self-care were created based on the examination of 24 children. A distinct qualitative variability of mental development that ranged from the norm to grave underdevelopment including in rare cases intellectual and behavioral regression was identified. Timely determination of children's psychological status with tuberous sclerosis was shown to be necessary to plan and implement correctional psychological, pedagogical, social assistance, and serve as one of the markers contributing to severity of the disease.

Key words: Tuberous sclerosis complex, children, impairments in the mental development.

Данное исследование посвящено мало изученному с точки зрения психологического профиля заболеванию — туберозному склерозу, в клинической картине которого поражение центральной нервной системы является ведущим.

Согласно данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, туберозный склероз с 2014 года входит в перечень редких (орфанных) заболеваний и относится к категории «врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения» (код по МКБ-10 — Q85.1). Официальный международный генетический символ туберозного склероза — TSC — tuberous sclerosis complex (англ.) [13].

Туберозный склероз — это заболевание, для которого характерно образование множественных доброкачественных опухолей в различных органах и тканях. Первое слово в названии болезни происходит от латинского *tuber* — нарост, опухоль. При туберозном склерозе характерно нали-

чие структурных аномалий головного мозга, выявляемых с помощью методов нейровизуализации (МРТ): кортикальные/субкортикальные туберы, субэпендимальные узлы и гигантоклеточные астроцитомы, аномалии белого вещества мозга [9, 10].

По данным исследований, у 85 % детей с TSC имеются признаки поражения центральной нервной системы: эпилепсия, когнитивные и поведенческие нарушения, аутизм. Эпилептические приступы, наблюдаются у 75-92 % пациентов и являются манифестными симптомами заболевания [3]. Самые частые из поведенческих нарушений у детей с TSC — аутизм (частота 17-68 %) и синдром дефицита внимания и гиперактивности (частота >50 %). Когнитивный дефицит у больных при туберозном склерозе колеблется в широких пределах: от легкой интеллектуальной недостаточности до глубокой умственной отсталости [2, 3, 5, 11].

Особенностью туберозного склероза помимо разнообразия церебральных нарушений, является их изменчивость, то есть, новая симптоматика может появляться по мере взросления ребенка, что обуславливает важность организации не только медицинского, но и психологического сопровождения. Особенно это актуально в период, когда требуется определить прогноз в развитии и обучении и наметить пути психологической коррекционной помощи. Здесь встает вопрос о своевременности этой помощи, ведь чем раньше она начнется, тем эффективнее будет результат, и важно не упустить сензитивные периоды, периоды максимальной чувствительности для развития важнейших сфер психической деятельности — это ранний (1-3 года) и дошкольный (4-7 лет) возраст. Отдельная проблема возникает при выборе диагностического инструментария в исследовании психического развития детей с TSC.

По данным зарубежной литературы, в качестве инструментов оценки когнитивного развития больных туберозным склерозом используются: тесты интеллекта с вычислением коэффициента умственного развития IQ в исследованиях C. Joinson [12], O'Callaghan [14], Ridler K. [15], нейропсихологические методики в исследованиях Prather P, de Vries PJ [16]. При этом исследователи отмечают, что определенная группа испытуемых не может до конца пройти обследование в силу недоступности заданий.

Анализ научных публикаций по туберозному склерозу выявил определенные трудности в организации исследований, которые связаны с особенностью данной нозологии:

- сложность подбора диагностического комплекса методик при исследовании психического развития у детей с TSC, обусловленная неоднородностью психического дефекта — от нормы развития до глубокой умственной отсталости;
- трудность формирования клинической выборки, ввиду редкости заболевания, особенно группы детей с TSC с условно-нормативным развитием.

Выявленные проблемы определили цель нашего исследования: описание особенностей психического развития детей с туберозным склерозом в возрасте 2-7 лет с учетом тяжести заболевания.

Материалы и методы

В исследование были включены:

24 ребенка (возраст — от 2 до 7 лет) с **диагнозом туберозный склероз (TSC)**, которые проходили лечение в «Научно-исследовательском клиническом институте педиатрии» ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова в отделении психоневрологии (ПНО-1);

73 ребенка (возраст — от 2 до 7 лет) с **нормативным развитием**, которые посещали массовое общеобразовательное учреждение ГБОУ Школу №1566 города Москвы (дошкольное отделение).

Дети с установленным диагнозом туберозный склероз — «TSC» — составили экспериментальную

группу, а дети с нормативным развитием — контрольную группу.

Критерии включения испытуемых в группы:

- в *экспериментальную группу* — диагноз туберозный склероз, выставленный по МКБ-10, детский возраст, стационарное лечение в клинике;
- в *контрольную группу* — отсутствие выраженных неврологических и соматических заболеваний, норма когнитивного развития, обучение в массовом общеобразовательном учреждении Москвы.

Экспериментальная и контрольная группы были разделены на возрастные подгруппы: 2-3 года, 4-7 лет (Табл.1). Деление проводилось с учетом общего количества детей в экспериментальной выборке и с учетом возрастной динамикой формирования высших психических функций [2].

Таблица 1. Распределение детей экспериментальной и контрольной групп по возрастам

Возраст испытуемых	Количество испытуемых			
	Муж	Жен	Общее кол-во	
	Абс.	Абс.	Абс.	%
Группа TSC				
2-3 года	5	6	11	46%
4-7 лет	5	8	13	54%
Итого:	10	14	24	100%
Группа контрольная				
2-3 года	10	12	23	31%
4-7 лет	22	28	50	69%
Итого:	32	41	73	100%

Изучение медицинской документации экспериментальной группы (истории болезни), выявило наличие у всех детей с TSC (100%) сопутствующего диагноза — симптоматической фокальной эпилепсии, выставленной врачами-неврологами. Все пациенты на момент обследования принимали антиэпилептические препараты.

По данным истории болезни детей с TSC тяжесть заболевания варьировалась от нормы до выраженной задержки психоречевого развития (табл. 2).

Исследование проводилось с использованием психологических методик по «Профилю психического развития» [7]. «Профиль психического развития» был разработан Троицкой Л.А. (1993) для умственно отсталых детей на основе методик, используемых в пато- и нейропсихологии, и апробирован в Научно-исследовательском клиническом институте педиатрии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России на детях с парциальными формами эпилепсии и ФКУ. Для модификации методики под задачи исследования также были использованы: возрастные нормативы формирования психических функций у детей,

Таблица 2. Распределение экспериментальной группы детей с туберозным склерозом с учетом тяжести заболевания согласно истории болезни

Тяжесть заболевания	Форма обучения	Количество испытуемых	
		абс.	%
Нормативное развитие	Посещает массовый детский сад	1	4%
	Неорганизованный дошкольник	1	4%
Задержка психоречевого развития	Посещает массовый детский сад	3	12%
	Неорганизованный дошкольник	8	34%
Выраженная задержка психоречевого развития	Неорганизованный дошкольник	11	46%
Итого		24	100%

Таблица 3. Распределение экспериментальной группы детей с туберозным склерозом с учетом тяжести заболевания по результатам исследования

Возраст испытуемых	Количество испытуемых			
	Муж	Жен	Общее кол-во	
	Абс.	Абс.	Абс.	%
Группа TSC-1				
2-3 года	3	4	7	29%
4-7 лет	3	3	6	25%
Σ	6	7	13	54%
Группа TSC-2				
2-3 года	2	2	4	17%
4-7 лет	2	5	7	29%
Σ	4	7	11	46%
Итого:	10	14	24	100%

Таблица 4. Средние значения индекса развития анализируемых сфер психической деятельности у детей с туберозным склерозом

Исследуемые сферы	Средние значения индекса развития у детей с TSC						
	Сфера общения	Эмоционально-волевая сфера	Моторные функции	Речевая деятельность	Навыки самообслуживания	Предметно-конструктивная деятельность	Игровая деятельность
TSC-2 (2-3 года)	25	10	20,7	0	0	0	16,5
TSC-1 (2-3 года)	93	61	84,7	83	64,3	41,7	56,7
TSC-2 (4-7 лет)	10	8	37,8	16	17,4	3,8	11
TSC-1 (4-7 лет)	74,7	85,3	84,3	76	88	64,3	97

психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста Е. А. Стребеловой, С.Д. Забрамной, Н.Я. Семаго [4, 5, 7].

С помощью «Профиля психического развития» проводилось исследование сферы общения, эмоционально-волевой и двигательной сферы, навыков самообслуживания, предметно-конструктивной, речевой и игровой деятельности. Перечисленные сферы отражают в целом психическое развитие, поэтому можно считать, что данная методика в содержательном плане соответствовала задачам исследования.

Для оценки предметно-конструктивной деятельности использовались психологические методики [1, 5] в соответствии с возрастом ребенка с использованием наглядного и игрового материала, поскольку игровая деятельность является ведущей в дошкольном возрасте.

Количественная оценка каждой анализируемой психической сферы оценивалась в баллах — 0, 1, 2, 3 балла — в соответствии с параметрами оценки. Если анализируемая психическая функция лишь частично соотносилась с параметрами оценки, то ребенку балл снижался наполовину.

Количественный анализ проводится путём сравнения актуальных результатов исследования экспериментальной группы детей с туберозным склерозом (АО) с полученными нормативами контрольной группы. За нормативы выполнения заданий в конкретных возрастных группах выбирается балл, названный контрольной оценкой (КО), который получили дети контрольной группы одного возраста при соотношении с параметром оценки/ выполнением задания. С помощью КО производится вычисление индекса развития отдельных психических сфер. Для каждой сферы вычисляется индекс развития (ИР), представляющий собой отношение действительного уровня развития к контрольному, который умножался на 100 (АО/КОХ100). Таким образом, вычислен-

ный индекс развития для любой сферы показывает отношение действительного уровня её развития к контрольному уровню. В норме индекс психического развития приближается к 100 ед. [8].

Исследование контрольной группы проводилось в условиях пребывания детей в дошкольном учреждении. Исследование экспериментальной группы проводилось в условиях клиники с учетом тяжести клинического течения болезни, и по каждому из параметров для уточнения познавательных возможностей ребенка проводился опрос матери ребенка.

Статистический анализ эмпирических данных обеспечивался применением пакетов программ «Microsoft Excel» и «SPSS — 17.0», позволяющих проводить обработку групп данных с применением статистического непараметрического критерия (не зависящего от характера распределения данных) — критерия Mann-Whitney, $p < 0,05$.

Результаты исследования

Для анализа результатов исследования экспериментальная выборка детей с TSC была поделена на две группы в зависимости от выявленной тяжести интеллектуальной недостаточности (Табл. 3):

Группа TSC-1 — это дети с нормативным развитием и дети со снижением умственного развития, возраст 2-7 лет (согласно истории болезни — это задержка психоречевого развития — ЗПР).

Группа TSC-2 — дети с выраженным снижением умственного развития, возраст 2-7 лет (согласно истории болезни — это выраженная задержка психоречевого развития — ЗППР).

Анализ результатов исследования в экспериментальных группах проводился по средним значениям индекса развития анализируемых сфер психической деятельности (Табл.4).

В норме индекс развития приближается к 100 единицам. Исходя из этого, можно сделать вывод

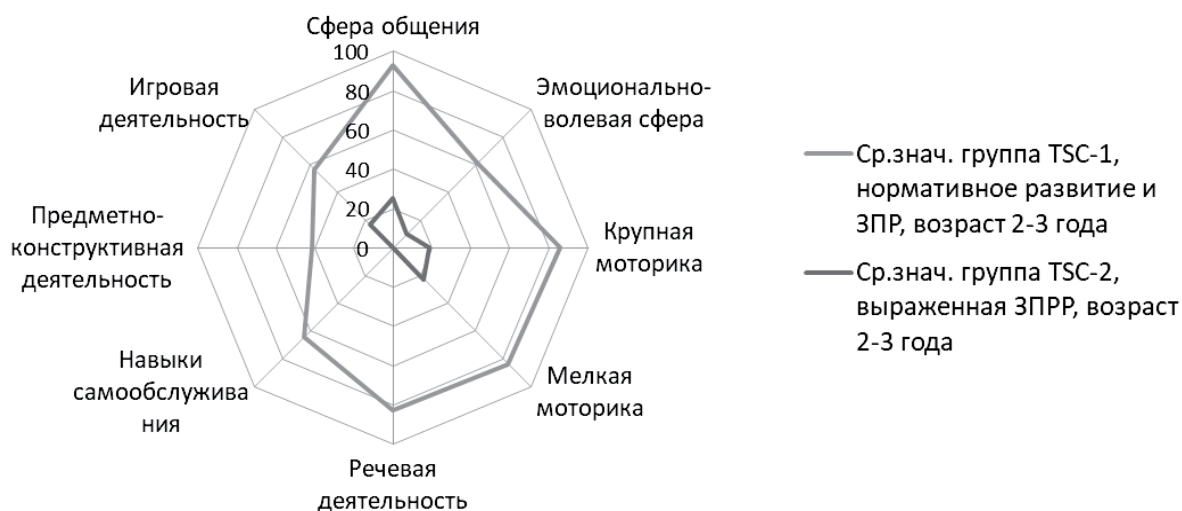


Рис. 1. Профиль психического развития детей группы TSC -1 и TSC -2 в возрастном диапазоне **2-3 года** (по осям — значения индекса развития отдельных психических сфер)

Таблица 5. Сравнение «Профилей психического развития» экспериментальных групп TSC — 1 и TSC — 2 (статистика критерия^а U Манна-Уитни)

Статистики критерия ^а U Манна-Уитни										
Сферы психического развития	Сфера общения	Эмоционально-волевая сфера	Крупная моторика	Мелкая моторика	Речевая деятельность	Навыки самообслуживания	Игровая деятельность	Восприятие сенсорных эталонов	Наглядно-действенное мышление	Словесно логическое мышление
Возраст 2-3 года										
Асимпт. знч. (двухсторонняя)	,007	,016	,009	,007	,004	,015	,027	,078	,037	
Возраст 4-7 лет										
Асимпт. знч. (двухсторонняя)	,002	,002	,03	,002	,002	,002	,002	,001	,002	,014

ды и провести качественный анализ исследуемых сфер психической деятельности по каждой группе с учетом тяжести заболевания.

Сравнение «Профилей психического развития» между детьми с нормой/ парциальным снижением умственного развития (группа TSC -1) и детьми с выраженным снижением умственного развития (группа TSC-2) в определенные возрастные периоды — 2-3 года и 4-7 лет — наглядно демонстрируют различия (на уровне значимости $\alpha < 0,05$) во всех сферах психической деятельности (Табл.5).

Качественный анализ исследования психических функций в группе TSC-1 показал, что в процессе деятельности у детей этой группы отмечено слабое сосредоточение и колебание внимания, недостаточность познавательной активности, истощаемость при выполнении задания. В младшей возрастной группе 2-3 лет у 72% детей отмечается снижение интеллектуального и речевого развития. У всех детей старше 4-х лет наблюдались речевые нарушения различной степени тяжести от фонетико-фонематического недоразвития до общего нарушения речи, а также, ограниченность в понимании обращенной речи — у 28 %.

В предметно-конструктивной деятельности в группе TSC-1 выявились следующие нарушения: в младшей возрастной группе 2-3 лет — сниженный уровень восприятия сенсорных эталонов (трудности узнавания по слову, называния форм и основных цветов), наглядно-действенного мышления (сбор пирамидки без учета величины, силовые пробы при складывании фигурок в «Почтовый ящик» и собирании досок Сегена); а у детей старше 4-х лет — трудности усвоения понятий, снижение уровня обобщений.

Развитие игровой деятельности варьировалось, присутствовала и норма и избирательность в деятельности. В эмоциональной сфере присутствовала эмоциональная лабильность, возбудимость,

повышенная сензитивность в контактах. Отмечена задержка формирования навыков самообслуживания, трудности обучения бытовым навыкам.

Качественный анализ исследования психических функций у детей в группе TSC -2 выявил недостаточность развития всех анализируемых исследуемых сфер психической деятельности. Отмечались выраженные трудности общения: все испытуемые либо не вступали, либо избегали контакта с экспериментатором, наблюдалась отрешенность, некоторые не выделяли мать среди окружающих. Также, у всех дети этой группы выявились значительные речевые расстройства: недоразвитие речи (вследствие раннего органического поражения мозга, до начала формирования речи) — как экспрессивного, так и импрессивного компонентов (даже в виде невыполнения бытовых команд и простых инструкций к заданию); отсутствие речевого общения с окружающими.

В эмоциональной сфере и в поведении отмечалось отсутствие эмоциональной взаимности, неадекватность эмоций, возбудимость, расторможенность, несформированность простейших программ целенаправленной психической деятельности.

В познавательной деятельности нарушения проявлялись недоступностью в выполнении заданий, элементарных инструкций и действия в принципе. При попытках привлечь к выполнению задания — возникали негативистические отказные реакции (полные или частичные). Лишь части детей были попытки проявления познавательной активности в избирательных видах деятельности (перебирание, рассматривание яркого и звучащего игрового материала).

Отмечены и нарушения в двигательной сфере: стереотипность движений (раскачивание телом, мотание головой), в младшей возрастной группе 2-3 лет 75 % детей самостоятельно не могут хо-

дить, держать ложку, снижение общего мышечного тонуса. У детей 4-7 лет наблюдались элементы атаксии (нарушение согласованности движений), хождение на цыпочках.

У детей этой группы отсутствовал интерес к функциональному назначению предмета, к игрушке. Если игрушка и рассматривалась ребенком, то без стремления к манипуляции ею. Игровая и предметная деятельность у детей с выраженным умственным снижением, а также навыки самообслуживания не были сформированы в соответствии с возрастом.

В процессе деятельности у детей этой группы наблюдалось «полевое» поведение с хаотическими передвижениями, неспособностью сосредоточения, отсутствием отклика на обращение.

Также важно отметить, что у одного ребенка экспериментальной выборки с выраженным снижением умственного развития по данным истории болезни наблюдались явления регрессии приобретенных функций: Настя К. (6 лет на момент диагностики, дебют эпилептических приступов с 1,5 лет). У девочки с 2-х лет наблюдался регресс психических и речевых функций: перестала говорить отдельные слова, которые были до этого в речи, появилось мычание, также перестала есть самостоятельно и проситься на горшок.

При сопоставлении результатов диагностики по «Профилю психического развития» и данных истории болезни, у большинства детей с TSC со снижением умственного развития выявлены на-

рушения эмоционально-волевой и коммуникативных сфер развития, которые выражались в аутистических проявлениях, наличии дефицита внимания и гиперактивности, и нарушении эмоций (возбудимости, агрессивности). У всех детей с выраженным снижением умственного развития были выявлены аутистические черты. В группе с незначительным снижением умственного развития — у 15% детей. Следует отметить, что аутистическая симптоматика присутствовала у детей в разной степени выраженности: наблюдалось и отсутствие контакта, и формальность взаимодействия (в данной выборке, в значительной степени, это было связано с возрастом испытуемых).

Дефицит внимания и гиперактивность были выявлены у 14% детей с выраженным снижением умственного развития и у 46% с незначительным снижением развития. У детей с нормативным развитием клинически установленных проявлений аутистического поведения и гиперактивности выявлено не было.

Важно отметить, что независимо от возраста и выраженности умственного снижения, все испытуемые нуждались в специализированной коррекционной помощи, постоянном уходе и контроле.

При анализе результатов исследования выявилась особенность нарушений психического развития при туберозном склерозе, а именно, их широкая вариативность: от нормы развития до выраженного снижения умственного развития, тяжелой умственной отсталости, сопровождающейся

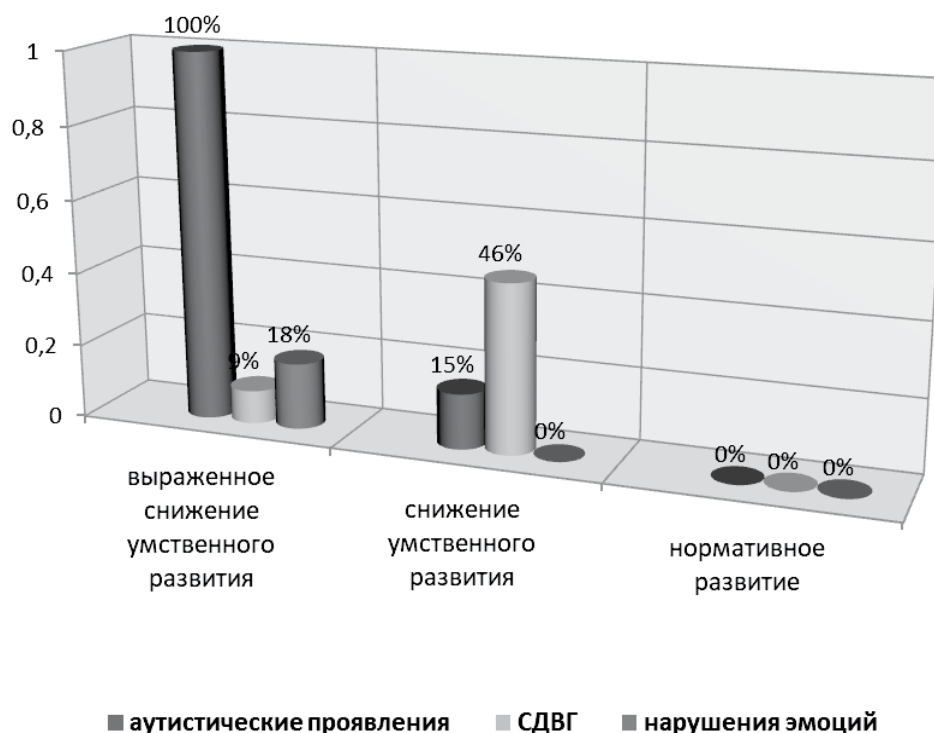


Рис. 2. Нарушения эмоционально-волевой и коммуникативных сфер развития у детей с туберозным склерозом с учетом тяжести заболевания

поведенческими отклонениями, и регресса в развитии.

Наши результаты согласуются с данными зарубежных публикаций, в которых показана неоднородность психического дефекта при данном заболевании.

В контексте отечественной классификации психического дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому), при туберозном склерозе могут сосуществовать различные варианты дизонтогенеза:

- недоразвитие основных психических процессов (типично для различных форм олигофрении);
- задержка психического развития церебрально-органического генеза (характеризуется парциальностью нарушений психических функций);
- органическая деменция (характеризуется избирательным гетерохронным распадом отдельных психических функций);
- искажение развития по типу раннего детского аутизма.

Так, анализ психической деятельности детей с туберозным склерозом с выраженной умственной недостаточностью с использованием «Профиля психического развития» в данной выборке выявил недоразвитие всех исследуемых сфер психической деятельности, осложненное проявлениями аутистического поведения:

- общую истоцаемость психической деятельности;
- нарушение коммуникативной функции (трудности в общении, не все дети доступны контакту);
- отсутствие эмоциональной взаимности, неадекватность эмоций;
- несформированность речевой функции (нарушение экспрессивной и импрессивной речи);
- отсутствие целенаправленного предметно-конструктивного праксиса;
- нарушения в двигательной сфере (раскоординированность, стереотипность движений, некоторые дети не могли ходить).

Сложная картина психического неблагополучия при туберозном склерозе связана, в первую очередь, с ранним органическим поражением мозга, что приводит к изменению функционального взаимодействия церебральных структур и, соответственно, к изменениям последовательности и темпа процесса созревания психических функций. Дополнительные сложности в процессе индивидуального психического развития создает тот факт, что течение основного заболевания на протяжении жизни характеризуется неустойчивостью структурных аномалий головного мозга и вызванных ими неврологических осложнений.

Выводы

Данное исследование расширяет представления об особенностях психического развития детей, имеющих диагноз «туберозный склероз».

Учитывая, что туберозный склероз — это динамическое заболевание, для минимизации последствий вновь возникающей симптоматики при TSC, помимо регулярного клинического обследования, следует проводить психологическую диагностику для выявления актуальных нарушений психического развития и выбирать своевременные, оптимальные пути коррекционной помощи ребенку, соответствующие профилю выявленных нарушений.

Полученные результаты вносят свой вклад в поиск оптимальных методов диагностики, позволяющих выявлять зоны уязвимости в развитии детей с туберозным склерозом. Предложенный комплекс диагностических методик «Профиль психического развития» является информативным для данного заболевания и позволяет дать количественную и качественную оценку отдельных сфер психической деятельности уже на ранних этапах развития.

Литература / References

1. Белопольская Л.Н. Психодиагностический комплект методик для детей от 3 до 6 лет; Когитоса. — М.: Когито — Центр. — 2005. [Belopol'skaya L.N. Psihodiagnosticheskiy komplet metodik dlya detej ot 3 do 6 let Kogitosha. M.: Kogito — Centr; 2010 (In Russ.)].
2. Васильева В.А., Черных Н.А., Цехмистренко Т.А., Шумейко Н.С. Развитие мозга и формирование познавательной деятельности ребенка. Под ред. Д.А. Фарбер, М.М. Безруких. Российская академия образования, Московский психолого-социальный институт. — Издательство Московского психолого-социального института (Москва), МОДЭК (Воронеж). — 2009:430. [Vasil'eva V.A., CHernyh N.A., Cekhmistrenko T.A., SHumejko N.S. Razvitie mozga i formirovanie poznavatel'noj deyatel'nosti rebenka. Pod red. D.A. Farber, M.M. Bezrukih. Rossijskaya akademiya obrazovaniya, Moskovskij psihologo-social'nyj institut. Izdatel'stvo Moskovskogo psihologo-social'nogo instituta (Moskva), MODEHK (Voronezh); 2009:430 (In Russ.)].
3. Дорофеева М.Ю., Белоусова Е.Д. Особенности течения и лечения эпилепсии у детей с туберозным склерозом. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012; 112(6-2):27-31. [Dorofeeva MYu, Belousova ED. The course and treatment of epilepsy in children with tuberosc sclerosis. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2012;112(6-2):27-31. (In Russ.)].
4. Забрамная С.Д., Боровик О.В. Практический материал для проведения психолого-педагогического обследования детей. Пособие для психолого-педагогических комиссий. М.: ВЛАДОС; 2008. [Zabramnaya S.D., Borovik O.V. Prakticheskij material dlya provedeniya psihologo-pedagogicheskogo obsledovaniya detej. Posobie dlya psihologo-pedagogicheskikh komissij. M.: VLADOS; 2018 (In Russ.)].

5. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Диагностический комплект психолога. М.: АПКППРО; 2007. [Semago N.YA., Semago M.M. Diagnosticheskij komplekt psihologa. M.: APKPPRO; 2007 (In Russ.)].
6. Сорокова М.Г. Математические методы в психологии: непараметрическая статистика. М.: МГППУ; 2011. [Sorokova M.G. Matematicheskie metody v psihologii: neparametricheskaya statistika. M.: MGPPU; 2011. (In Russ.)].
7. Стребелева Е.А., Шматко Н.Д., Разенкова Ю.А. Мишина Г.А., Орлова А.Н. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста (с приложением). М.: Просвещение; 2018. [Strebeleva E.A., SHmatko N.D., Razenkova YU.A. Mishina G.A., Orlova A.N. Psihologo-pedagogicheskaya diagnostika razvitiya detej rannego i doskol'nogo vozrasta (s prilozheniem). M.: Prosveshchenie; 2018 (In Russ.)].
8. Троицкая Л.А. Динамика психического развития детей с фенилкетонурией под воздействием медико-психологической коррекции [диссертация]. М.: МГУ, Факультет психологии; 1992. [Troickaya L.A. Dinamika psihicheskogo razvitiya detej s fenilketonuriej pod vozdejstviem mediko-psihologicheskoy korrekcii [dissertaciya]. M.: MGU, Fakul'tet psihologii; 1992 (In Russ.)].
9. Туберозный склероз. Под ред. М.Ю. Дорофеевой. М.: Практическая медицина; 2012. [Tuberoznyj skleroz. Pod red. M.YU. Dorofeevoj. M.: Prakticheskaya medicina; 2012. (In Russ.)].
10. Шнайдер Н.А. Туберозный склероз: дефиниция, особенности клинического течения. Междунородный неврологический журнал. 2010;2 (32):5-13. [SHnajder NA. Tuberous Sclerosis: Definition, Peculiarities of Clinical Course. Mezhdunarodnyj nevrologicheskij zhurnal; 2010; 2(32):5-13 (In Russ.)].
11. de Vries P.J., Gardiner J., Bolton P.F. Neuropsychological attention deficits in tuberous sclerosis complex (TSC). Am J Med Genet A. 2009; 149A(3):387-395. doi: 10.1002/ajmg.a.32690.
12. Joinson C, O'Callaghan FJ, Osborne JP, Martyn C, Harris T, Bolton PF. Learning disability and epilepsy in an epidemiological sample of individuals with tuberous sclerosis complex. Psychological Medicine. 2003; 33(2):335-344.
13. Northrup H, Krueger DA. Tuberous sclerosis complex diagnostic criteria update: recommendations of the 2012 International Tuberous Sclerosis Complex Consensus Conference. Pediatr Neurol. 2013; 49(4):243-254. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2013.08.001.
14. O'Callaghan F.J., Harris T., Joinson C., Bolton P., Noakes M., Presdee D., Renowden S., Shiell A., Martyn C.N., Osborne J.P. The relation of infantile spasms, tubers, and intelligence in tuberous sclerosis complex. Arch Dis Child. 2004; 89 (6):530-533.
15. Ridler K., Suckling J., Higgins N.J., de Vries P.J., Stephenson C.M., Bolton P.F., Bullmore E.T. Neuroanatomical correlates of memory deficits in tuberous sclerosis complex. Cerebral Cortex. 2007; 17(2):261-271.
16. Prather P., de Vries P.J. Behavioral and cognitive aspects of tuberous sclerosis complex. J. Child Neurol. 2004; 19(9):666-674.

Сведения об авторах

Троицкая Любовь Анатольевна — доктор психологических наук, профессор кафедры психологии и реабилитационных технологий, ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии». E-mail: t-luba@mail.ru

Малахова Наталья Евгеньевна — клинический психолог, педагог-психолог, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова. E-mail: sinaps98@yandex.ru

Родионова Александра Дмитриевна — научный сотрудник лаборатории клинической патофизиологии критических состояний ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии». E-mail: aviss17@mail.ru

Биопсихосоциальный подход при изучении личности женщин с разным курительным поведением во время беременности

Харькова О.А.¹, Соловьев А.Г.¹, Одланд Й.О.²

¹ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет, Архангельск,

²Норвежский университет науки и техники, Тронхейм, Норвегия

Резюме. Целью работы явилось изучение личности женщин с разным курительным поведением во время беременности, используя биопсихосоциальный подход. Объектом исследования были женщины в возрасте 18-38 лет, находящиеся на стационарном лечении по поводу угрозы преждевременных родов или готовившиеся к родоразрешению в роддомах г.Архангельска. Беременные женщины были поделены на группы в зависимости от табачного анамнеза: «курящие», «отказавшиеся от табака по факту установления беременности» и «некурящие». В результате проведенного исследования были установлены особенности социальной, биологической и психологической составляющей личности женщин с разным курительным поведением во время беременности. Так, отказавшиеся от табакокурения беременные женщины по сравнению с курящими чаще находились в браке, имели некурящего отца будущего ребенка, чаще были интровертированными, имели инстинкт «самосохранения», «исследования», а также имели более высокие показатели эйфорического психологической компоненты гестационной доминанты и самооценки. Курящие беременные женщины в отличие от некурящих имели низкий социальный и экономический статус, чаще были экстравертированными, эмоционально неустойчивыми, ригидными, реже имели сильное развитие инстинкта «продолжение рода», «исследование», «альтруизма», но чаще «свободы», а также у них наблюдались более высокие показатели депрессивного, тревожного типов психологической компоненты гестационной доминанты и слабое развитие самоуважения и волевой стороны личности. Таким образом, выявленные особенности демонстрируют те мишенни, на которые необходимо направить превентивные мероприятия.

Ключевые слова: биопсихосоциальный подход, отказ от курения, беременность

Biopsychosocial approach in studying the personality of women with different smoking behavior during pregnancy

Kharkova O.K.¹, Soloviev A.G.¹, Odland J.O.²

¹Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

²Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

Summary. The aim of the study was to explore the personality of women with different smoking behavior during pregnancy using a biopsychosocial approach. Women aged 18-38 years who were hospitalized in the maternity hospitals of Arkhangelsk were enrolled to the study. Pregnant women were divided into three groups depending on the tobacco history: "smokers", "quitters" and "non-smokers". As a result of the study, we determined variation in social, biological and psychological components of the personality of women with different smoking behavior during pregnancy. Thus, quitting smoking during pregnancy was more common in married women, and those who had a non-smoking father of the child. Women who stopped smoking during first trimester in compared to smokers were more introverted, had more frequently an instinct of "self-preservation" and "research". Values of euphoric type of psychological component of gestational dominant and self-esteem were higher among women who stopped smoking during pregnancy in compared to smokers. Smokers in compared to non-smokers had a lower social and economic status, were more often extroverted, emotionally unstable, rigid, less often had a strong development of the instinct «procreation», «research», «altruism», but more often «liberty». Moreover, smokers showed higher rates of depressive, anxious of psychological component of gestational dominant and weaker development of self-esteem and will. So, the revealed features demonstrate those targets to which preventive measures should be directed.

Key words: biopsychosocial approach, smoking cessation, pregnancy

Табакокурение — с развитием комплекса поведенческих, познавательных и физиологических симптомов представляет медико-социальную и психологическую проблему, нередко приводящую к развитию никотиновой зависимости [2]. По данным ВОЗ, за последние годы наблюдается увеличение распространенности табакокурения среди женского населения России [18].

Это, в свою очередь, приводит к увеличению prevalентности употребления табака беременными женщинами [5, 10]. Большое количество исследований демонстрирует негативное влияние материнского табакокурения как на течение беременности [13, 14, 16], плод [8-9, 11-12, 15, 17], так и последующее развитие ребенка [7, 12]. Однако, по факту установления беременности часть жен-

щин может самостоятельно справиться с «вредной привычкой», а другая — нет. Комплексное изучение личности женщин, самостоятельно отказывающихся от табакокурения в гестационный период, является актуальным, так как полученные результаты могут использоваться при разработке рекомендаций по вторичной и третичной профилактике табакокурения во время беременности.

Целью работы явилось изучение личности женщин с разным курительным поведением во время беременности, используя биопсихосоциальный подход.

Гипотеза исследования — существуют особенности биологической, психологической и социальной составляющей личности женщин с разным курительным поведением во время беременности.

Материал и методы исследования

Объектом исследования явились женщины в возрасте 18-38 (средний возраст $25,18 \pm 5,08$) лет, постоянно проживающие в г. Архангельске и Архангельской области, в III триместре беременности, находящиеся на стационарном лечении по поводу угрозы преждевременных родов или готовившиеся к родоразрешению в роддомах ($N=323$). Женщины были разделены в зависимости от курительного поведения на:

- «курящих» — употребляющие табак до и во время беременности ($N=72$ чел.);
- «отказавшихся от табака» — употребляющие табак до беременности, но отказавшиеся по факту установления беременности в I триместре ($N=87$ чел.);
- «некурящих» — не курившие совсем в течение жизни или прекратившие курить минимум за год до наступления беременности ($N=164$ чел.).

Выбор методов и методик сбора данных и анализа представлен в Табл.1.

Статистический анализ данных выполнялся с применением статистической программы SPSS

версия 15. Критический уровень статистической значимости составил $p \leq 0,05$.

Результаты и их интерпретация

Курительное поведение

Изучение распространенности табакокурения среди беременных женщин г. Архангельска выявило, что 22,3 % явились курящими, как до, так и во время гестационного периода, 26,9 % употребляли табак до беременности, но по факту установления беременности отказались от такового и 50,8 % отметили, что никогда не курили. Практически половина курящих женщин в нашем исследовании до беременности выкуривали в среднем 13-17 сигарет/сут. По тесту Фагерстрема у 62,5 % респондентов выявлена слабая и у 37,5 % — средняя степени никотиновой зависимости.

Социальная составляющая личности

Наибольшее количество социальных характеристик отличалось между курящими и некурящими беременными женщинами: жилищные условия ($p=0,009$), образование ($p<0,001$), профессия ($p<0,001$), брак ($p=0,002$), планируемая или непланируемая беременность ($p=0,004$), «курил ли кто из взрослых, когда вы были ребенком» ($p=0,013$), курит ли отец вашего ребенка ($p<0,001$) (Табл.2). Курящие беременные женщины по сравнению с некурящими реже проживали в благоустроенных квартирах, имели высшее образование, работали служащими, имели зарегистрированные отношения с отцом ребенка, планировали текущую беременность, имели некурящих родственников и отца ребенка.

Лишь по двум характеристикам наблюдались различия между курящими и отказавшимися от табака беременными (Табл.2). Оказалось, что беременные женщины, которые самостоятельно отказывались от курения, чаще находились в регистрируемых отношениях ($p=0,030$) и реже имели некурящего отца ребенка ($p=0,017$).

Таблица 1. Методики сбора и анализа эмпирических данных

Предмет исследования	Клинико-психологические и экспериментально-психологические методы сбора данных	Количество респондентов	Математико-статистические методы анализа
Курительное поведение	- анкета для изучения курительного поведения до и во время беременности	$n=323$	- описательная статистика
	- тест Фагерстрема (для определения степени никотиновой зависимости) [6]	$n=72$	
Социальная составляющая личности	- анкета для изучения социально-демографических характеристик	$n=286$	- критерий Хи-квадрат Пирсона
Биологическая составляющая личности	- тест Айзенка (для определения свойств и типа темперамента) [3]	$n=173$	- критерий Хи-квадрат Пирсона
	- тест для определения профиля личности по доминирующему инстинкту В. Гарбузова [1]	$n=228$	
	- рисуночный тест [4]	$n=70$	
Психологическая составляющая личности	- метод определения типа психологической компоненты гестационной доминанты И.В. Добрякова (ПКГД) [3]	$n=240$	- критерий Манна-Уитни
	- личностный дифференциал [3]	$n=183$	

Таблица 2. Особенности социальной составляющей личности женщины с различным курительным поведением во время беременности, %

Характеристики	Беременные женщины			p-уровень*
	Курящие	Отказавшиеся от табака	Некурящие	
Жилищные условия:				
- благоустроенная квартира	54,9	68,2	77,6	1=0,428
- частичные удобства	27,5	19,7	17,6	2=0,009
- без удобств	17,6	12,1	4,7	3=0,207
Образование:				
- средне-специальное	78,4	60,6	47,7	1= 0,116
- неполное высшее	13,7	21,2	16,3	2<0,001
- высшее	7,9	18,2	36,0	3=0,100
Профессия:				
- служащая	12,2	31,0	64,8	1=0,109
- разнорабочая	61,0	55,2	29,6	2<0,001
- студентка	4,9	1,7	1,4	3=0,002
- безработная	22,0	12,1	4,2	
Брак:				
- регистрируемый	37,3	53,0	65,1	1=0,030
- гражданский	33,3	36,4	25,6	2=0,002
- отсутствует	29,4	10,6	9,3	3=0,300
Беременность:				
- планируемая	19,6	26,3	45,1	1=0,420
- не планируемая	80,4	73,3	54,9	2=0,004
				3 =0,024
«Курил ли кто из взрослых, когда Вы были ребенком?»				
- нет	24,0	21,5	43,0	1=0,388
- только отец	40,0	56,9	45,6	2=0,013
- только мать	10,0	7,7	3,8	3=0,083
- оба родителя	24,0	12,3	6,3	
- др.родственники	2,0	1,5	1,3	
«Курит ли отец Вашего ребенка?»				
- да	96,0	81,3	57,5	1=0,017
- нет	4,0	18,2	42,5	2<0,001
				3=0,002

Примечание: * — p рассчитывалось с помощью Хи-квадрат Пирсона, где 1 — различия между курящими и отказавшимися от табака беременными женщинами, 2 — между курящими и некурящими, 3 — между отказавшимися от табакокурения и некурящими женщинами

Таким образом, табакокурение во время беременности тесно взаимосвязано с социальными характеристиками женщин; причем, семейное положение и влияние мужа/партнера оказались взаимосвязаны с отказом от употребления табака по факту установления беременности.

Биологическая составляющая личности

Согласно методике Айзенка и рисуночного теста, ригидность, тревожность, астенизация, экстравертированность, нейротизм являются качествами, которые характеризуют ситуацию беременности у курящих женщин; эйфория, демонстративность, позитивность — у отказавшихся от табака беременных; эмоциональная устойчивость, значимость сексуальной сферы, жизнестойкость — у некурящих (Табл.3).

У некурящих беременных по сравнению с курящими чаще наблюдалось сильное развитие таких инстинктов, как «продолжение рода» ($p=0,052$), «альтруизм» ($p=0,002$) и «исследование» ($p=0,016$) и реже — инстинкт «свободы» ($p=0,001$) (Табл.3). Нами были выявлены различия между женщинами, самостоятельно отказавшимися от табака по факту установления беременности, и продолжавшими табакокурение. Так, первые чаще имели сильное развитие таких инстинктов, как «самосохранение» ($p=0,056$) и «исследование» ($p=0,030$). Возможно, это говорит о том, что такие качества, как, с одной стороны, тенденция к осторожности, осмотрительности, консерватизму (инстинкт самосохранения), а с другой, настойчивость, упорство, дотошность (инстинкт исследования) и ока-

Таблица 3. Особенности биологической составляющей личности женщины с различным курительным поведением во время беременности, %

Признаки	Беременные женщины			p-уровень*
	Курящие	Отказавшиеся от табака	Некурящие	
Тест Айзенка на определение свойств темперамента				
Экстраверсия	75,0	76,9	53,7	1=0,847 2=0,008 3=0,035
Эмоциональная устойчивость	34,4	46,2	56,6	1=0,296 2=0,007 3=0,350
Проективный рисунок «Я мой ребенок»				
Большое количество однообразных деталей	51,6	20,0	33,3	1=0,041 2=0,175 3=0,477
Бедность деталей	35,5	6,7	8,3	1=0,070 2=0,019 3=1,000
Увеличенный размер рисунка	3,3	21,4	25,0	1=0,088 2=0,036 3=1,000
Руки и ноги широко расставлены	48,0	8,3	41,2	1=0,018 2=0,663 3=0,093
Детализация в одежде, причёске и украшениях	16,7	50,0	22,7	1=0,032 2=0,725 3=0,148
Тщательно прорисованы губы	33,3	35,7	71,4	1=1,000 2=0,007 3=0,036
Доминирующий инстинкт (сильное развитие)				
Самосохранение	15,9	31,1	15,0	1=0,056 2=0,871 3=0,022
Продолжение рода	71,0	73,3	83,2	1=0,788 2=0,052 3=0,159
Альтруизм	46,4	48,9	69,0	1=0,793 2=0,002 3=0,018
Исследование	0	6,7	8,0	1=0,030 2=0,016 3=0,781
Доминирование	2,9	0	2,7	1=0,249 2=0,922 3=0,270
Свободы	11,6	4,4	0,9	1=0,187 2=0,001 3=0,139
Сохранение достоинства	11,6	6,7	8,0	1=0,384 2=0,414 3=0,781

Примечание: * — p рассчитывалось с помощью Хи-квадрат Пирсона, где 1 — различия между курящими и отказавшимися от табака беременными женщинами, 2 — между курящими и некурящими, 3 — между отказавшимися от табакокурения и некурящими женщинами

Таблица 4. Особенности психологической составляющей личности женщины с различным курительным поведением во время беременности

Элементы ПКГД				p-уровень*
		Отказавшиеся от табака	Некурящие	
Элементы ПКГД				
Оптимальный	5 (4-6)	5 (4-6)	6 (4-7)	1=0,488 2=0,022 3=0,007
Гипогестогнозический	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (0-1)	1=0,939 2=0,207 3=0,280
Эйфорический	1 (0-3)	2 (1-3)	2 (1-3)	1=0,047 2=0,103 3=0,435
Тревожный	1 (0-2)	1 (0-2)	1 (0-1)	1=0,732 2=0,007 3=0,004
Депрессивный	0 (0-1)	0 (0-0)	0 (0-0)	1=0,045 2<0,001 3=0,200
Личностный дифференциал				
«Оценка»	39,0 (37,0; 43,0)	42,0 (40,0; 46,0)	43,0 (40,0; 46,0)	1=0,001 2<0,001 3=0,839
«Сила»	31,0 (28,0; 35,5)	33,0 (31,0; 35,0)	35,0 (31,0; 38,0)	1=0,217 2 =0,002 3=0,037
«Активность»	35,0 (33,0; 38,0)	35,0 (30,0; 39,0)	36,0 (31,0; 39,0)	1=0,934 2=0,758 3=0,873

Примечание: * — р рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни, где 1 — различия между курящими и отказавшимися от табака беременными женщинами, 2 — между курящими и некурящими, 3 — между отказавшимися от табакокурения и некурящими женщинами

зали свое влияние на то, что женщины смогли отказаться от табакокурения по факту установления беременности.

Таким образом, табакокурение во время беременности взаимосвязано и с биологической составляющей личности женщины; причем, эйфория, демонстративность, позитивность, а также осторожность, консерватизм и упорство отмечались у отказавшихся от табакокурения женщин по сравнению с курящими.

Психологическая составляющая личности

Статистически выше показатель оптимального ПКГД наблюдался у некурящих беременных по сравнению с курящими ($p=0,022$) и отказавшимися от табака ($p=0,002$) (Табл.4). Статистически ниже были показатели тревожного ($p=0,007$) и депрессивного ($p<0,001$) элементов ПКГД у некурящих по сравнению с курящими. Кроме того, отказавшиеся от табакокурения в период гестации имели статистически выше показатель по эйфорическому типу ПКГД ($p=0,047$) и ниже — по депрессивному ($p=0,045$) в отличие от курящих, что подтверждает результаты изучения биологической составляющей личности.

Достаточно высокие значения фактора «оценки» свидетельствуют о самоуважении среди всех групп беременных женщин (Табл.4). Однако, выявились статистически значимые различия по данному показателю между курящими и отказавшимися от курения ($p=0,001$), а также курящими и некурящими ($p<0,001$) беременными; то есть курящие женщины в период вынашивания плода оценили себя менее обаятельными, добросовестными, добрыми, отзывчивыми, справедливыми, дружелюбными, честными по сравнению с отказавшимися от табака и некурящими. Фактор «силы» в самооценке свидетельствует о развитии волевых сторон личности. Достаточно высокие баллы данного показателя в группе некурящих беременных женщин свидетельствуют об уверенности в себе, независимости, склонности рассчитывать на собственные силы в трудных ситуациях. Возможно, это говорит о том, что уровень субъективного отношения женщины к самой себе оказывает непосредственное влияние на неспособность отказа от табачной продукции, хотя бы на период вынашивания плода.

Таблица 5. Особенности биологической, психологической и социальной составляющих личности женщин с различным курительным поведением во время беременности

Составляющие личности	Отказавшиеся от табака по сравнению с курящими	Курящие во время беременности по сравнению с некурящими
Социальная	- наличие зарегистрированных отношений (брак) - некурящий отец будущего ребенка	- низкий социальный статус - низкий экономический статус
Биологическая	- демонстративность - интровертированность - инстинкт «свободы» - инстинкт «исследования»	- ригидность - экстравертированность - нейротизм - чаще инстинкт «свободы», реже «продолжение рода», «исследования» и «альтруизма»
Психологическая	- эйфорический ПКГД - самоуважение	- депрессивный ПКГД - тревожный ПКГД - сниженное самоуважение - менее развитая волевая сторона личности

Заключение

Таким образом, в ходе исследования мы выявили особенности социальной, биологической и психологической составляющих личности женщины с разным курительным поведением во время беременности (Табл. 5).

Полученные результаты необходимо использовать в акушерстве/гинекологии, а также перинатальной психологии для определения женщин,

не способных самостоятельно отказаться от табакокурения во время беременности. Выявленные особенности демонстрируют те мишени (особенно с позиции биологической и психологической составляющей личности женщины), на которые необходимо направить превентивные мероприятия.

Литература / References

1. Гарбузов В.И. Инстинкты и судьба человека / В.И. Гарбузов. — М.: АСТ; СПб, Астмел-СПб, 2006. — 477 с. [Garbuzov V.I. Instinkty i sud'ba cheloveka / V.I. Garbuzov. — M.: AST; SPb, Astmel-SPb, 2006. — 477 s. (In Russ.)]
2. Международная классификация болезней 10 пересмотра. Дата 7.03.2019. Адрес: <http://mkb-10.com> [Mezhdunarodnaya klassifikaciya boleznej 10 peresmotra. Data 7.03.2019. Adres: <http://mkb-10.com> (In Russ.)]
3. Практическая психодиагностика / Под ред. Д.Я. Райгородского. — Издательский Дом «БАХРАХ-М». — М.; 2000; 667с. [Prakticheskaya psichodagnostika / Pod red. D.Y. Rajgorodskogo. — Izdatel'skij Dom «BAHRAH-M». — M.; 2000; 667s. (In Russ.)]
4. Филиппова Г.Г. Психология материнства (сравнительно-психологический анализ). Автореф. дисс. на соиск. уч. ст. докт. психологических наук. — М.; 2001. [Filippova G.G. Psihologiya materinstva (sravnitel'no-psihologicheskij analiz). Avtoref. diss. na soisk. uch. st. dokt. psihologicheskikh nauk. — M.; 2001. (In Russ.)]
5. Харькова О.А., Соловьев А.Г., Коваленко А.А., Одланд Й.О. Социальный портрет женщин, отказавшихся от табакокурения во время беременности: исследование, основанное на регистре родов. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2018; 2:85-89 [Har'kova O.A., Solov'ev A.G., Kovalenko A.A., Odland J.O. The social portrait of women refused from smoking during pregnancy: a study based on birth register. Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M.Bekhterva. 2018; 2:85-89. (In Russ.)]
6. Чучалин А.Г. Практическое руководство по лечению табачной зависимости / А.Г. Чучалин, Г.М. Сахарова, К.Ю. Новиков. Всеросс. науч. о-во пульмонологов НИИ пульмонологии МЗ РФ. — М.; 2001; 14с. [CHuchalin A.G. Prakticheskoe rukovodstvo po lecheniyu tabachnoj zavisimosti / AG CHuchalin, GM Saharova, KYU Novikov // Vseross. nauch. o-vo pul'monologov NII pul'monologii MZ RF. — M. 2001; 14s. (In Russ.)]
7. Gutvirtz G., Wainstock T., Landau D., Sheiner E. Maternal smoking during pregnancy and long-term neurological morbidity of the offspring. Addict Behav. 2019; 88:86-91.
8. Inoue S., Naruse H., Yorifuji T., Kato T., Murakoshi T., Doi H., Subramanian S.V.: Impact of maternal and paternal smoking on birth outcomes. J Public Health (Oxf). 2017; 39:1-10.
9. Kharkova OA, Grjibovski AM, Krettek A, Nieboer E, Odland JØ: Effect of Smoking Behavior before and during Pregnancy on Selected Birth Outcomes among Singleton Full-Term Pregnancy: A Murmansk County Birth Registry Study. Int J Environ Res Public Health. 2017; 14(8). pii: E867. doi: 10.3390/ijerph14080867.
10. Kharkova OA, Krettek A, Grjibovski AM, Nieboer E, Odland JO. Prevalence of smoking before and during pregnancy and changes in this habit during

- pregnancy in Northwest Russia: a Murmansk county birth registry study. Reprod Health. 2016; 13:18.*
11. Ko T.J., Tsai L.Y., Chu L.C., Yeh S.J., Leung C., Chen C.Y., Chou H.C., Tsao P.N., Chen P.C., Hsieh W.S.: Parental smoking during pregnancy and its association with low birth weight, small for gestational age, and preterm birth offspring: a birth cohort study. *Pediatr Neonatol.* 2014; 55(1):20-27.
 12. Kristjansson A.L., Thomas S., Lilly C.L., Thorisdottir I.E., Allegrante J.P., Sigfusdottir I.D. Maternal smoking during pregnancy and academic achievement of offspring over time: A registry data-based cohort study. *Prev Med.* 2018; 113:74-79.
 13. Shobeiri F., Masoumi S.Z., Jenabi E.: The association between maternal smoking and placenta abruption: a meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017; 30(16):1963-1967.
 14. Shobeiri F., Masoumi S.Z., Jenabi E. The association between maternal smoking and placenta abruption: a meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017; 30(16):1963-1967.
 15. Timur Tashan S., Hotun Sahin N., Omac Sonmez M.: Maternal smoking and newborn sex, birth weight and breastfeeding: a population-based study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017; 30(21):2545-2550.
 16. Wang X., Lee N.L., Burstyn I. Maternal smoking and gestational hypertension: Heterogeneous effect by timing of the exposure. *Pregnancy Hypertens.* 2019; 15:123-129.
 17. Ward C., Lewis S., Coleman T.: Prevalence of maternal smoking and environmental tobacco smoke exposure during pregnancy and impact on birth weight: retrospective study using Millennium Cohort. *BMC Public Health.* 2007; 7:81.
 18. World Health Organization. Prevalence adult age-standardized. Data by country. Дата 7.03.2019. Адрес: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.1250?lang=en>

Сведения об авторах

Харькова Ольга Александровна — к.псх.н., PhD, доцент кафедры педагогики и психологии Северного государственного медицинского университета. E-mail: harkovaolga@yandex.ru

Соловьев Андрей Горгоньевич — д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета. E-mail: asoloviev1@yandex.ru

Одланд Йон — PhD, профессор Норвежского университета науки и техники. E-mail: jon.oyvind.odland@uit.no

Жизнь и творчество профессора Ливерия Осиповича Даркшевича (1858–1925) (К 160-летию со дня рождения)

«Учитель и врач — два занятия,
для которых любовь к людям обязательное качество».

Н.М. Амосов (1913 — 2002)

Моргошия Т.Ш.¹, Сыроежин Н.А.²

¹ФГБУЗ «Санкт-Петербургская клиническая больница РАН»,

²Институт педиатрии им. Ю.Е. Вельтищева РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Резюме. Представлены основные вехи жизни и творчества Л.О. Даркшевича. Отмечено, что большой интерес представляют работы профессора по изучению патологии мышц и периферических нервов. Еще в 1903 г. Ливерий Осипович в немецком руководстве по патологической анатомии нервной системы написал главу о патологической анатомии мышц. Подчеркнем, что позднее им было написано несколько статей о церебральных и артропатических амиотрофиях. Изучая вопрос о так называемом ретроградном перерождении нервов, он указывал на развитие дегенеративных изменений не только в периферическом, но и в центральном отрезке нерва, что представляет большой интерес для выяснения распространения процесса.

В статье отмечено, что самым большим долгом своей жизни Ливерий Осипович Даркшевич считал создание руководства по нервным болезням, что являлось завещанием его покойного учителя — профессора А.Я. Кожевникова, не успевшего осуществить это. Хорошо осведомленный об условнорефлекторных принципах работы центральной нервной системы, Ливерий Осипович особое значение придавал коре головного мозга как органу психической деятельности. Он указывал, что нормальная психическая деятельность формируется под влиянием непрестанно поступающих раздражений внешнего мира, которые, достигнув коры мозга и войдя в наше сознание, дают начало представлениям, возникновение которых в свою очередь подает повод к проявлению активной деятельности коры — появлению волевых импульсов. Ливерий Осипович был горячим сторонником активной терапии заболеваний и часто являлся новатором в этой области.

Ключевые слова: Л.О. Даркшевич; биография; паралич глазодвигательного нерва; спинная сухотка; «Курс нервных болезней»; «кожевниковская эпилепсия»; «ядро Даркшевича».

The life and work of professor Livery Osipovich Darkshevich (1858–1925) (to the 160th anniversary since the birth of)

Morgoshiia T. Sh.¹, Syroezhin N. A.²

¹St. Petersburg Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences,

²Institute of Pediatrics named by Yu.E. Veltishcheva of N.I. Pirogov University

Summary. The main milestones of the life and work of L.O. Darkshevich. It is noted that the work of a professor on the study of the pathology of muscles and peripheral nerves is of great interest. As early as 1903, in a German manual on pathological anatomy of the nervous system, Liverius Osipovich wrote a chapter on the pathological anatomy of muscles. We emphasize that later they wrote several articles on cerebral and arthropathic amyotrophies. Studying the question of the so-called retrograde degeneration of nerves, he pointed to the development of degenerative changes not only in the peripheral, but also in the central segment of the nerve, which is of great interest for clarifying the spread of the process. The article notes that Liveriy Osipovich Darkshevich considered the creation of a manual on nervous diseases as the greatest debt of his life, which was the testament of his late teacher — Professor A.Ya. Kozhevnikov, who had not managed to do this. Well aware of the conditioned reflex principles of the central nervous system, Liverii Osipovich attached special importance to the cerebral cortex as a body of mental activity. He pointed out that normal mental activity is formed under the influence of incessantly arriving stimuli of the external world, which, having reached the cerebral cortex and entering our consciousness, give rise to representations, the appearance of which in turn gives rise to the manifestation of active cortical activity—the emergence of volitional impulses. Liverii Osipovich was an ardent supporter of active disease therapy and was often an innovator in this field.

Key words: L.O. Darkshevich; biography; paralysis of the oculomotor nerve; dorsal; «Course of Nervous Diseases»; «Kozhevnikovskaya epilepsy»; «The core of Darksevic».

В 2018 г. исполнилось 160 лет со дня рождения одного из крупнейших отечественных невропатологов, блестящего педагога, оставившего большой след в истории российской и мировой неврологии, — Ливерия Осиповича Даркшевича. Его имя по праву занимает лидирующее место в ряду имен выдающихся ученых, прославивших Россию. Творчество великого невропатолога, нейростолога и мыслителя, владеющего даром художественного откровения, оставило весомый след в клинической медицине. Выдающийся врач и экспериментатор, на протяжении более 40 лет своей научно-практической и педагогической деятельности успешно развивал мировую неврологию, обогащая ее бесценным клиническим опытом. Ливерий Осипович является знаковой фигурой в отечественной неврологии. Пройдя отличную теоретическую школу, овладев многими лабораторными и экспериментальными методиками, анатомическими и физиологическими знаниями, в то же время, не отрываясь от практической работы, Л.О. Даркшевич подготовил себя к широкой клинической и научной деятельности.

Л.О. Даркшевич родился 17 февраля 1858 г. в Ярославле в семье военного врача. В 1877 г. окончил 5-ю Московскую гимназию, а в 1882 г. — медицинский факультет Московского университета. Еще, будучи студентом, он проявлял большое трудолюбие и склонность к научной работе. Это сказалось, в частности, в переводе им с немецкого языка капитального учебника гистологии Иоганна Орта. Не имея возможности получить работу в университете, он в течение 3 лет знакомится с состоянием неврологической науки в ряде зарубежных клиник и лабораторий (у Т. Мейнерта, П. Флексига, Ф. Гольтца, Р. Вирхова, Ж. Шарко и др.). Следуя строго разработанному плану, творчески осваивая достижения современной науки, Ливерий Осипович получил солидное образование по анатомии, физиологии нервной системы, клинической неврологии, освоил новейшие методы исследования. За эти годы он выполнил более 15 работ, посвященных главным образом анатомии и физиологии центральной нервной системы. Особенно интересны его исследования проводников зрачкового рефлекса, послужившие основой для докторской диссертации «О проводнике светового раздражения с сетчатой оболочки глаза на глазодвигательный нерв», которую он по возвращении на родину защитил в 1888 г. и стал доктором медицины. В этой работе Даркшевич открыл и описал дугу зрачкового рефлекса. Говоря об эфферентной части дуги, он впервые описал ядро, названное им «верхним ядром глазодвигательного нерва» [1]. Последующими работами анатомов было установлено, что это ядро дает начало заднему продольному пучку и имеет отношение к экстрапирамидной системе. В дальнейшем это ядро было названо ядром Даркшевича [5, 6].

Защита диссертации дала возможность Ливерию Осиповичу в том же году получить звание приват-доцента. Следует отметить, что годы его деятельности в Московском университете совпа-

ли с периодом оживления медицинской, особенно нервно-психиатрической деятельности в Москве. Ливерий Осипович стал деятельным участником московской научной жизни. Его доклады на заседаниях научного общества невропатологов и психиатров всегда отличались оригинальностью. Рано проявилось и его педагогическое дарование — курс лекций «Анатомо-физиологическое введение в изучение нервных болезней» отличался ясностью изложения даже в самых сложных областях неврологии и всегда собирал огромную аудиторию.

Отметим, что в 1892 г. Ливерий Осипович по рекомендации профессоров А.Я. Кожевникова и В.М. Бехтерева был назначен экстраординарным профессором на кафедру нервных болезней в Казани (Рис.2), в 1897 г. он получил звание ординарного профессора [6, 7]. Застав клинику нервных болезней в Казани в зачаточном состоянии, Ливерий Осипович сумел в течение 10 лет преобразить ее в образцовое научно-исследовательское и лечебное учреждение. За годы работы в Казани он создал свою школу невропатологов, внесшую большой вклад в мировую неврологию. Казанский период был самым плодотворным в его деятельности. Исследования, проводимые им, были посвящены разнообразным вопросам клинической неврологии. Большое внимание Ливерий Осипович по-прежнему отводил физиологическому эксперименту, тщательному анатомическому изучению. Особенно широко разрабатывалась на кафедре проблема нейроинфекций. Описывая особые формы неврита плечевого сплетения, Ливерий Осипович подметил его характерную клиническую картину, течение, сезонность, и высказал предположение об его инфекционной природе. Лишь через 30 лет трудами советских ученых (Л.А. Зильбер, М.П. Чумаков, Д.А. Левкович, А.А. Соловьев, А.К. Шубладзе) это заболевание было выделено в самостоятельную нозологическую единицу — клещевой энцефалит — и была доказана вирусная его природа. Занимаясь изучением «кожевниковской» эпилепсии, Ливерий Осипович рассматривал ее как следствие особой нейротропной инфекции с корковой локализацией патологического процесса. Одним из первых он рекомендовал проводить хирургическое лечение этого заболевания, что с успехом осуществлялось выдающимися хирургами В.И. Разумовским и А.В. Вишневским. Впоследствии учеными также было доказано, что «кожевниковская эпилепсия» является в большинстве случаев проявлением клещевого энцефалита. При описании серозного менингита Л.О. Даркшевич предвосхитил более позднее открытие первичного вирусного характера определенной их группы. Он одним из первых, еще до введения реакции Августа Вассермана, указал на сифилитическую природу спинной сухотки и отрицал строго системный характер поражения [2].

Большой интерес представляют работы по изучению патологии мышц и периферических нервов. Еще в 1903 г. Ливерий Осипович в немецком руководстве по патологической анатомии

нервной системы написал главу о патологической анатомии мышц. Подчеркнем, что позднее им было написано несколько статей о церебральных и артропатических амиотрофиях. Изучая вопрос о так называемом ретроградном перерождении нервов, он указывал на развитие дегенеративных изменений не только в периферическом, но и в центральном отрезке нерва, что представляет большой интерес для выяснения распространения процесса [3]. К числу других клинических работ этого периода относятся монография о возвращающемся параличе глазодвигательного нерва, статьи о полиневритах на почве нефрита и разлитого саркоматоза [1, 3].

Самым большим долгом своей жизни Ливерий Осипович Даркшевич считал создание руководства по нервным болезням, что являлось завещанием его покойного учителя — профессора А.Я. Кожевникова, не успевшего осуществить это. На выполнение этой работы Даркшевичу понадобилось более 15 лет. Первый и второй тома издавались несколько раз, причем каждый раз со значительными исправлениями и дополнениями.

В «Курсе нервных болезней» [4] Л.О. Даркшевича сочетается необыкновенная ясность изложения с глубиной серьезной научной работы. Этот труд, по свидетельству современников, явился большим научно-литературным событием для врачей России. Особенно оригинально и интересно написаны главы об инфекционных заболеваниях нервной системы, сирингомиелии, неврозах. Специальная глава посвящена заболеваниям кожи, суставов, костей, эндокринной системы, чего не было в ранее изданных руководствах. Большинство этих заболеваний Ливерий Осипович объясняет нарушением трофической функции нервной системы.

Критикуя распространенное в то время мнение о наследственном характере большинства заболеваний нервной системы, он основное значение для многих из них (рассеянный склероз, инфекционная хорей, спинная сухотка и т.д.) придавал внешним факторам — инфекциям и интоксикациям. Там же, где фактор наследственности имеет значение (миопатии, наследственные атаксии и т.д.), ученый рассматривал его лишь как предрасполагающий [5, 7].

Оригинальна и интересна глава о неврозах. По мнению Ливерия Осиповича, для лиц, склонных к заболеванию истерией, характерна повышенная эмоциональность. С этой точки зрения он критикует Жозефа Бабинского за его односторонний взгляд на истерию как на питиатизм, т.е. болезнь, возникающую и устраняющуюся лишь под влиянием внушения. Столь же интересно освещается вопрос о травматическом неврозе, в происхождении которого, как отмечает Ливерий Осипович, имеют значение не только психогенные влияния, но и органические изменения во внутренних органах и центральной нервной системе под влиянием травмы [4]. Хорошо осведомленный об условнорефлекторных принципах работы центральной нервной системы, Ливерий Осипович особое значение придавал коре



Рис. 1. Профессор Л.О. Даркшевич

головного мозга как органу психической деятельности. Он указывал, что нормальная психическая деятельность формируется под влиянием непрестанно поступающих раздражений внешнего мира, которые, достигнув коры мозга и войдя в наше сознание, дают начало представлениям, возникновение которых в свою очередь подает повод к проявлению активной деятельности коры — появлению волевых импульсов. Ливерий Осипович был горячим сторонником активной терапии заболеваний и часто являлся новатором в этой области. Так, при инфекционных заболеваниях головного и спинного мозга он стал применять стрептококковые и стафилококковые сыворотки, при эпилепсии — вакцину против бешенства, мозговую эмульсию, настойчиво пропагандировал лечение спинной сухотки ртутью, ратовал за раннее оперативное вмешательство при опухлях мозга и т.д.

Необходимо подчеркнуть, что, отдаваясь со всей страстью научной и педагогической работе, Ливерий Осипович был активным участником общественной жизни. Так, он был председателем Казанского общества врачей и общества невропатологов и психиатров. По его инициативе и под его редакцией стал выходить Казанский медицинский журнал. Им была организована первая в России лечебница для алкоголиков. В своей работе об интеллектуальной сфере женщины он на основании анатомо-физиологического сравнения мужского и женского мозга доказывал полную возможность для женщины достигнуть одинакового с мужчинами интеллектуального развития.



Рис. 2. Мемориальная доска на здании кафедры нервных болезней в Казани



Рис. 3. Могила Л.О. Даркшевича

Будучи избранным в 1917 г. профессором кафедры нервных болезней при Ново-Екатерининской больнице, Ливерий Осипович, несмотря на свой преклонный возраст, развертывает в Москве энергичную деятельность по улучшению медицинского образования. В 1919 г. он создает Государственную высшую медицинскую школу и становится ее ректором [7]. Большой заслугой Ливерия Осиповича Даркшевича является создание Института для консультаций и усовершенствования врачей Московской области [6]. До последних дней своей жизни профессор все свое время отдавал воспитанию моло-

дого поколения невропатологов. Последние клинические работы Л.О. Даркшевича были посвящены эпидемическому энцефалиту. Мечтая полностью освободить студента и врача от нужды в иностранных учебниках и руководствах, Ливерий Осипович продолжал перерабатывать свой Курс нервных болезней, но выпустить новое издание он уже не успел — в марте 1925 г. Ливерий Осипович скончался. Он похоронен на Новодевичьем кладбище в Москве (рис. 3). Из большого научного наследия Ливерия Осиповича Даркшевича (им написано около 60 работ) значительная часть до сих пор не только сохраняет исторический интерес, но также представляет и научную ценность.

Л.О. Даркшевич обладал большой эрудицией; независимым и оригинальным мышлением, острым критическим умом, умением уловить суть вопроса, главное, и в то же время подметить и оценить даже малозначительные на первый взгляд факты и явления; способностью к глубокому анализу и широким обобщениям; смелостью научного воображения, основанного, однако, не на беспредметной фантазии, а на объективной оценке явлений, умении понять их тенденции и перспективы, иначе говоря, на диалектическом мышлении. Эти стороны научного творчества профессора Л.О. Даркшевича дополняются собранностью, сосредоточенностью в разработке идей, принятых на основе пройденного пути, стойкостью в защите их, принципиальностью позиций. Важнейшей особенностью научной деятельности Л.О. Даркшевича было то, что она всегда отвечала практическим потребностям широких кругов клиницистов и даже подчинялась им. Эти качества ученого позволили ему внести крупный вклад в отечественную медицинскую науку и в практику российского здравоохранения. Образ этого необычайно талантливого человека, прославившего российскую неврологию далеко за пределами России, привлекавшего при жизни многочисленных учеников, из которых выросла целая школа невропатологов, и сейчас является для молодого поколения ярким примером бескорыстного служения науке.

Резюмируя, отметим, что Л.О. Даркшевич был одним из выдающихся ученых начала XX столетия, его взгляды, идеи и цели во многом выходят за рамки сегодняшнего дня. Многие идеи профессора опережали уровень развития науки, находят свое подтверждение в последующих исследованиях, стимулируют прогресс научной мысли. Во всем научном творчестве Л.О. Даркшевича прослеживается поразительная способность очищать от смысловой «шелухи» явления, представляющиеся необычайно сложными, и выводить ясные, четкие закономерности в неврологии.

Литература

1	Даркшевич Л.О. Возвращающийся паралич глазодвигательного нерва. — М. — 1890. — 275с.	Darkshevich L.O. Recurrent paralysis of the oculomotor nerve. M. 1890; 275. (In Rus.).
2	Даркшевич Л.О. Спинная сухотка как сифилитическое страдание нервной системы. Дневник общества врачей при Казанском университете. — 1895. — В.1. — С.1 — 7.	Darkshevich L.O. Spinal troughs as syphilitic suffering of the nervous system. Dnevnik obshchestva vrachey pri Kazanskom universitete. 1895; 1:1 — 7. (In Rus.).
3	Даркшевич Л.О. О так называемом ретроградном перерождении периферических нервных волокон. Мед. обозрение. — 1897. — Т.47. — С.3 — 9.	Darkshevich L.O. About the so-called retrograde degeneration of peripheral nerve fibers. Med. obozreniye. 1897; 47:3–9. (In Rus.).
4	Даркшевич Л.О. Курс нервных болезней. — Казань. — 1904. — 1917. — Т.1 — 3. — 495с.	Darkshevich L.O. The course of nervous diseases. Kazan. 1904; 1–3:495. (In Rus.).
5	Лисицын Ю.П. Клинические взгляды Л. О. Даркшевича // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1953. — Т.53, Выпуск 6. — С.470–475.	Lisitsyn Yu. P. Clinical views of L. O. Darkshevich // Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii. 1953; 53: 470–475. (In. Rus.)
6	Михеев В.В. Л.О. Даркшевич — выдающийся невропатолог // Сов. мед. — 1958. — №8. — С.145–153.	Mikheev V.V. L.O. Darkshevich — an outstanding neuropathologist // Sov. med. 1958; 8:145–153. (In Rus.).
7	Шендерович Л.М. Очерки развития отечественной невропатологии. — Красноярск. — 1962. — 432с.	Shenderovich L.M. Essays on the development of domestic neuropathology. Krasnoyarsk. 1962; 432. (In Rus.).

Сведения об авторах

Моргошия Темури Шакроевич — к.м.н., врач хирург-онколог СПб КБ РАН. E-mail: temom1972@mail.ru

Сыроежин Николай Александрович — врач-рентгенолог Института педиатрии им. Ю.Е. Вельтищева ФГБОУ ВО «РНИМУ им Н.И. Пирогова» Минздрава РФ. E-mail: nsyroezhin@mail.ru

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА

на научно-практический рецензируемый журнал

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

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

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

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

70232 (полугодовая подписка)

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

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

Статья должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа (хотя бы одним направлением в случае, когда статья представлена несколькими учреждениями); к работам, выполненным по личной инициативе автора (идущим не от учреждения), должно прилагаться подписанное автором письмо с просьбой о публикации. Как в официальном направлении от учреждения, так и в письме с просьбой о публикации **должно быть указано, что статья ранее не была опубликована в других изданиях**. Ответственность за достоверность этих сведений несут авторы статьи.

В конце статьи представляется следующая информация **о каждом авторе**: ФИО полностью, ученая степень и звание, иные официальные регалии, должность и полное название учреждения (учреждений), в котором работает автор, адрес действующей электронной почты. Иную информацию указывать не нужно.

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

Правила оформления статей:

- после названия статьи указываются фамилии и затем инициалы всех авторов, далее названия учреждений, которые представляют авторы. В случае, когда соавторы представляют более одного учреждения, рядом с фамилией каждого автора должна стоять цифровая сноска (сноски), указывающая на его принадлежность к конкретному учреждению (учреждениям); такие же сноски приводятся в аннотациях к статье на русском и на английском языках;
- объем проблемной статьи не должен превышать 50 тыс. знаков (считая с пробелами) вместе со списком литературы, аннотациями и информацией об авторах (до 23 страниц без списка литературы); желательно не превышать 40 источников цитирования;
- объем обзорных статей не должен превышать 60 тыс. знаков (считая с пробелами) вместе со списком литературы, аннотациями и информацией об авторах (до 25 страниц без списка литературы); желательно не превышать 70 источников цитирования;
- исследовательские статьи должны быть не более 40 тыс. знаков (до 18 страниц без списка литературы); желательно не превышать 20 источников цитирования;
- все аббревиатуры (кроме общепринятых сокращений) при первом упоминании должны быть раскрыты;
- таблицы должны иметь название и нумерацию, их заголовки точно отображать содержание графа, а все цифровые данные должны соответствовать цифрам в тексте статьи. Таблицы не должны полностью дублировать цифровые показатели, уже приведенные в тексте. Каждый рисунок, диаграмма, график, иллюстрация также должны быть черно-белого цвета, пронумерованы и иметь название, помещаются в тексте статьи. **Названия таблиц, рисунков, диаграмм, а также сноски к ним приводятся на русском и на английском языках;**
- статья, а также таблицы, рисунки (графики), информация об авторах и аннотации подаются единым документом (файлом). **Название файла состоит из фамилии первого автора на русском языке.** Количество таблиц, рисунков, графиков в статье **не должно превышать семи;**
- статьи, содержащие результаты оригинальных исследований, должны включать следующие разделы: введение, материалы и методы, результаты, заключение или выводы.
- в разделе «материалы и методы» описываются: общая схема проведения исследования, критерии включения и невключения в исследование, терапевтические интервенции (если таковые имели место), методы оценки результатов исследования, методы статистического анализа должны быть также подробно описаны.

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

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

После текста статьи приводится список литературы (References). Не допускаются ссылки на неопубликованные работы. Номер ссылки в тексте статьи заключается в квадратные скобки и должен соответствовать нумерации в списке литературы. **В списке литературы перечисляются авторы в алфавитном порядке** (сначала приводятся источники, опубликованные на русском языке, а далее — иностранные работы). Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках номерами в соответствии со списком литературы. По новым правилам, учитывающим требования международных систем цитирования Web of Science и Scopus, библиографические списки (References) входят в англоязычный блок статьи и должны приводиться не только на языке оригинала, но и на латинице.

Англоязычная часть библиографического описания ссылки должна находиться непосредственно после русскоязычной части в квадратных скобках [...]. **Обращаем внимание на то, что в англоязычном варианте названия статьи точки после инициалов автора (авторов) не ставят, при транслитерации точки после инициалов остаются** (см. примеры ниже). В конце библиографического описания (за квадратной скобкой) помещают DOI статьи, если таковой имеется. В самом конце англоязычной части библиографического описания в круглые скобки помещают указание на исходный язык публикации. Ссылки на зарубежные источники остаются без изменений.

Журнальные статьи. Фамилии и инициалы всех авторов на латинице и название статьи на английском языке следует приводить так, как они даны в оригинальной публикации. Далее следует название русскоязычного журнала в транслитерации в стандарте BSI, далее следуют выходные данные — год, том, номер, страницы. В круглые скобки помещают язык публикации (In Russ.). В конце библиографического описания за квадратными скобками помещают DOI статьи, если таковой имеется. Если авторов много, то допустимо указание первых шести и далее обозначение «и др.» (возможно указание всех авторов, но не более десяти).

Например:

Литература / References

1. Гасанов Р.Ф., Макаров И.В. Роль моноаминов у детей с гиперкинетическим расстройством. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017;117(11-2):88-91. [Gasanov RF, Makarov IV. Monoamine metabolism in children with hyperkinetic disorder. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2017;117(11-2):88-91. (In Russ.).] doi: 10.17116/jnevro201711711288-91

2. Незнанов Н.Г., Ананьева Н.И., Залутская Н.М., Андреев Е.В., Ахмерова Л.Р., Ежова Р.В., Саломатина Т.А., Стулов И.К. Нейровизуализация гиппокампа: роль в диагностике болезни Альцгеймера на ранней стадии. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2018;4:3-11. [Neznanov NG, Ananyeva NI, Zalutskaya NN, Andreev EV, Akhmerova LR, Ezhova RV, Salomatina TA, Stulov IK. Neurovisualisation of the hippocampus: role in diagnosis of the early Alzheimer disease. Obzrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2018;4:3-11. (In Russ.).] doi: 10.31363/2313-7053-2018-4-3-11

Все остальные источники приводятся на латинице с использованием транслитерации на латиницу (без перевода на английский язык) в стандарте BSI с сохранением стилового оформления русскоязычного источника. В круглые скобки помещают язык публикации (In Russ.).

Например:

Литература / References

1. Макаров И.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. Под общей ред. И.В. Макарова. СПб.: Наука и Техника; 2019. [Makarov I.V. Psihiatriya detskogo vozrasta. Rukovodstvo dlya vrachej / Pod obshchej red. I.V. Makarova. SPb.: Nauka i Tekhnika; 2019. (In Russ.)]

2. Фесенко Ю.А. Глава 19. Заикание у детей. В кн.: И.В. Макаров. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. Под общей ред. И.В. Макарова. СПб.: Наука и Техника; 2019:769-796. [Fesenko YU.A. Glava 19. Zaikanie u detej. V kn.: I.V. Makarov. Psihiatriya detskogo vozrasta. Rukovodstvo dlya vrachej. Pod obshchej red. I.V. Makarova. SPb.: Nauka i Tekhnika; 2019:769-796. (In Russ.).]

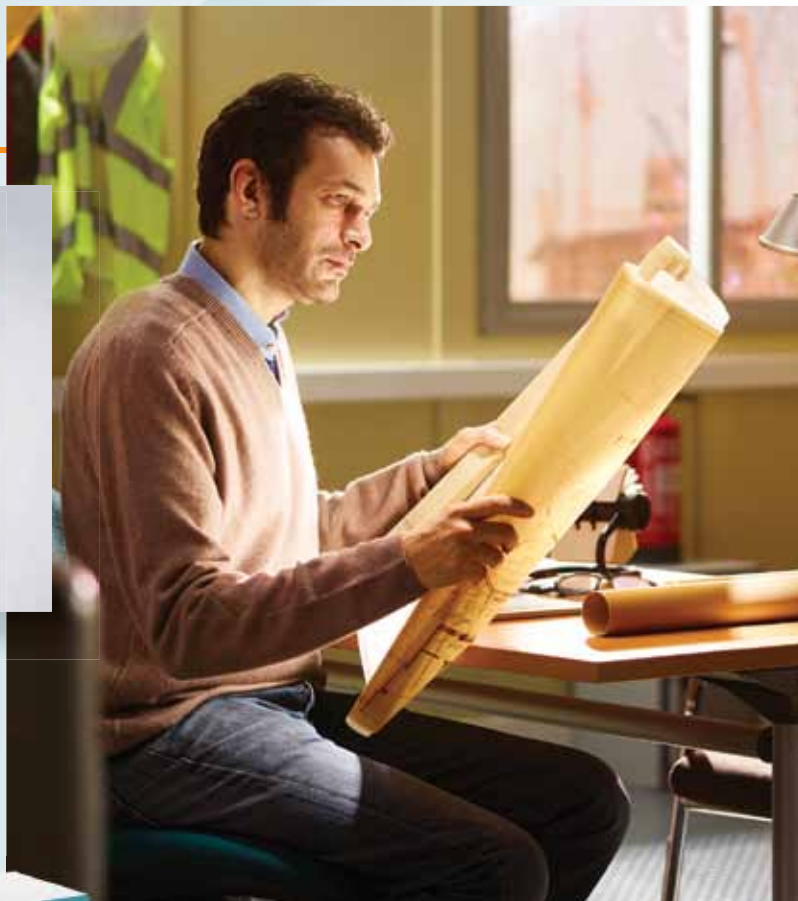
Если источник был переведен на английский язык, то указывается перевод, а не транслитерация. Оформление библиографии как российских, так и зарубежных источников должно быть основано на Ванкуверском стиле в версии AMA: <http://www.amamanualofstyle.com>

Статья, не соответствующая требованиям, к публикации не принимается. Редакция оставляет за собой право редактировать текст при обнаружении технических или смысловых дефектов либо возвращать статью автору для исправления или сокращения, в том числе при наличии значительного количества грамматических ошибок. Все рукописи, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование. Рецензия направляется авторам для внесения исправлений и доработки текста согласно замечаниям рецензента. Автор обязан предоставить исправленный вариант рукописи в срок не более 15 дней с даты отправки ему рецензии.

Датой поступления статьи считается день получения редакцией окончательного текста. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Плата за публикацию рукописей не взимается. С материалами выпусков помимо сайта журнала можно ознакомиться также на сайте ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ www.bekhterev.ru, Российского общества психиатров www.psychiatr.ru

Статьи и официальные направления на публикацию следует отправлять исключительно через сайт журнала www.bekhterevreview.com

Адрес для переписки: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3. НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, ответственному секретарю журнала, д.м.н., профессору Игорю Владимировичу Макарову, E-mail: ppsy@list.ru



Чувствовать лучше! Делать лучше! Мыслить лучше!

RU-BRIN-0029

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ по применению лекарственного препарата БРИНТЕЛЛИКС

Регистрационный номер: ЛП-003422. Международное непатентованное название: вортиоксетин. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 5 мг, 10 мг и 20 мг. Фармакотерапевтическая группа: антидепрессант. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ** Бринтелликс показан для лечения больших депрессивных эпизодов у взрослых. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ** Гиперчувствительность к активному веществу или какому-либо компоненту препарата. Одновременное применение с неселективными ингибиторами моноаминоксидазы (ИМАО) или с селективными ингибиторами МАО А (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). Детский и подростковый возраст до 18 лет (безопасность и эффективность не установлены). **С осторожностью:** тяжелая почечная и печеночная недостаточность; мания и гипомания; фармакологически неконтролируемая эпилепсия, судорожные припадки в анамнезе; выраженное суицидальное поведение; цирроз печени; склонность к кровотечениям; одновременный прием с ингибиторами МАО В (селегилином, разагилином); серотонинергическими лекарственными препаратами; препаратами, снижающими порог судорожной готовности; литием, триптофаном; лекарственными препаратами, содержащими зверобой продырявленный; пероральными антикоагулянтами и лекарственными препаратами, влияющими на тромбоцитарную функцию; препаратами, способными вызвать гипонатриемию; электросудорожная терапия; пожилой возраст. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ** Режим дозирования: Начальная и рекомендуемая доза Бринтелликса у взрослых пациентов младше 65 лет составляет 10 мг однократно в сутки. В зависимости от индивидуальной реакции пациента суточная доза может быть увеличена до максимальной дозы 20 мг вортиоксетина один раз в сутки или снижена до минимальной дозы 5 мг вортиоксетина один раз в сутки. После полного разрешения симптомов депрессии рекомендовано продолжать лечение в течение, по крайней мере, 6 месяцев для закрепления антидепрессивного эффекта. Прекращение лечения: Пациенты, получающие лечение вортиоксетином, могут одновременно прекратить прием лекарственного препарата без необходимости постепенного понижения дозы (см. раздел «Фармакологические свойства»). **Особые группы пациентов** Пожилые пациенты У пациентов ≥ 65 лет в качестве начальной дозы всегда следует использовать минимальную эффективную дозу Бринтелликса 5 мг однократно в сутки. Необходимо соблюдать осторожность при лечении пациентов ≥ 65 лет с применением дозы выше 10 мг вортиоксетина однократно в сутки, так как данные о применении препарата у этой группы пациентов ограничены (см. раздел «Особые указания»). Ингибиторы цитохрома P450 В зависимости от индивидуальной реакции пациента может потребоваться снижение дозы Бринтелликса в случае присоединения терапии сильными ингибиторами изофермента CYP2D6 (например, бупропионом, хинидином, флуоксетином, пароксетином) (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). Индукторы цитохрома P450 В зависимости от индивидуальной реакции пациента может потребоваться коррекция дозы Бринтелликса в случае присоединения терапии индукторами цитохрома P450 широкого спектра (например, рифампицином, карбамазепином, фенитоином) (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). Дети и

подростки (младше 18 лет) Безопасность и эффективность Бринтелликса у детей и подростков в возрасте до 18 лет не установлена. Данные по этой группе пациентов нет (см. раздел «Особые указания»). **Способ применения** Бринтелликс предназначен для приема внутрь. Покрытые пленочной оболочкой таблетки можно принимать вне зависимости от приема пищи. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ** Сводная характеристика профиля безопасности Наиболее частой нежелательной реакцией была тошнота. Как правило, тошнота имела легкую или умеренную степень тяжести и возникала в первые 2 недели лечения. Реакции в основном были кратковременными и не приводили к прекращению лечения. Нежелательные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта, такие как тошнота, чаще встречались у женщин, чем у мужчин. Пожилые пациенты Для доз вортиоксетина 10 мг и выше один раз в сутки уровень выведения из исследований был выше у пациентов в возрасте ≥ 65 лет. Для доз вортиоксетина 20 мг один раз в сутки случаи возникновения тошноты и запоров были выше у пациентов в возрасте ≥ 65 лет (42% и 15%, соответственно) по сравнению с пациентами < 65 лет (27% и 4%, соответственно) (см. раздел «Особые указания»). Сексуальная дисфункция В клинических исследованиях сексуальная дисфункция оценивалась с использованием ASEX (Аризонская шкала сексуальной функции). Дозы от 5 до 15 мг не демонстрировали отличия от плацебо. Однако прием дозы вортиоксетина 20 мг ассоциировался с повышением частоты возникновения сексуальной дисфункции (TESD) (см. раздел «Фармакологические свойства»). Класс-специфический эффект Эпидемиологические исследования преимущественно с участием пациентов в возрасте 50 лет и старше выявили повышение риска перелома костей у пациентов, принимающих лекарственные препараты, относящиеся к соответствующим фармакологическим классам антидепрессантов (СИОЗС и ТЦА). Механизм, обуславливающий такой риск, неизвестен, также как неизвестно относится ли этот риск к приему вортиоксетина. Гипонатриемия На фоне применения антидепрессантов с серотонинергическим эффектом (СИОЗС, СИОЗСН) сообщалось о редких случаях возникновения гипонатриемии, вероятно вследствие синдрома неадекватной секреции антидиуретического гормона. Следует проявлять осторожность при применении вортиоксетина у пациентов из групп высокого риска, таких как пожилые пациенты, пациенты с циррозом печени или пациенты, одновременно получающие терапию лекарственными препаратами, которые могут вызывать гипонатриемию. Следует по возможности отменить вортиоксетин у пациентов с симптоматической гипонатриемией и провести соответствующие медицинские вмешательства, направленные на коррекцию их состояния. Влияние на способность управлять транспортными средствами и работать с механизмами Бринтелликс не оказывает или оказывает незначительное влияние на способность управлять транспортными средствами или работать с механизмами. Тем не менее, поскольку отмечались нежелательные реакции, например, головокружение, пациенты должны соблюдать осторожность при управлении транспортными средствами или при работе с опасными механизмами особенно в начале лечения вортиоксетином или при изменении его дозы. **СРОК ГОДНОСТИ** 4 года **УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК** По рецепту врача.

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ (ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ) РАБОТНИКОВ

ПЕРЕД ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ