



ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

имени В. М. Бехтерева



№ 2

2020 год

Основан в 1896 г. В. М. Бехтеревым



Глиатилин

ОРИГИНАЛЬНЫЙ ХОЛИНА АЛЬФОСЦЕРАТ

Через тернии к свету!

ВОЗВРАЩАЕТ В АКТИВНУЮ ЖИЗНЬ!

Максимум холина через гематоэнцефалический барьер¹



Для восстановления когнитивных
и двигательных функций после ОНМК
и при хронической ишемии мозга^{2,3}



Для стабилизации и замедления
прогрессирования при нейродегенеративных
заболеваниях головного мозга⁴

1. Т.Н. Саватеева, П.П. Якуцени, И. Ю. Лукьянова, В.В. Афанасьев Структура-функция-терапевтический эффект Изд. Атмосфера Нервные болезни 2, 2011, 27-36. 2. Барбагалло Д.С. и соавт. Альфаглицерофосфохолин в восстановлении ментальных способностей после церебральных ишемических атак. Итальянское многоцентровое исследование РМЖ Медицинское обозрение 2018 №1 (1). 3. Т.Т. Батышева и соавт. Эффективность применения альфосцерата холина (глиатилин) при лёгких когнитивных нарушениях сосудистого генеза Журнал неврологии и психиатрии №8, 2011. 4. F. Amenta et al The ASCOMALVA Trial interim results after Three Years of treatment. Доклад на съезде неврологов России, июнь 2019, Санкт-Петербург.
Не правах рекламы. Информация для медицинских работников.

 **ITALFARMACO**

www.глиатилин.рф
www.cscpharma.ru



РЕКЛАМА

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
№ 2, 2020

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)
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. Chkonia (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.п.с.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. E-mail: amedendi@mail.ru

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

По вопросам рекламы обращаться в издательство.

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований
Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д., Филиппов Д.С., Кибитов А.О., Мазо Г.Э.

3

Biopsychosocial model in psychiatry as an optimal paradigm for relevant biomedical research
Neznanov N.G., Rukavishnikov G.V., Kasyanov E.D., Philippov D.S., Kibitov A.O., Mazo G.E.

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Депрессия и рак: основные направления международных исследований
Блинков А.Н.

16

Depression and Cancer (literature review)
Blinkov A.N.

Систематический обзор психометрических свойств шкалы депрессии, тревоги и стресса (DASS-21)
Золотарева А.А.

26

Systematic review of the psychometric properties of the Depression, Anxiety, and Stress Scale-21 (DASS-21)
Zolotareva A.A.

Подходы к анализу нарушений высших психических функций
Карякина М.В., Рычкова О.В.

38

Approaches to analysis of higher mental function impairments
Karyakina M.V., Rychkova O.V.

Клинические варианты аффективных, диссомнических и двигательных проявлений краниоцервикальной дистонии (обзор литературы)
Хаятова З.Г., Залылова З.А.

47

Clinical variety of affective, sleep and motor manifestations in craniocervical dystonia (a literature review)
Khaitova Z.G., Zalyalova Z.A.

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

Проект Регионального плана развития системы охраны психического здоровья жителей Санкт-Петербурга
Софронов А.Г., Добровольская А.Е.

57

The Draft of the Regional Mental Health Care System Development Plan for St. Petersburg Residents
Sofronov A.G., Dobrovol'skaya A.E.

ИССЛЕДОВАНИЯ

Психологические характеристики пациентов с опиоидной зависимостью в период ремиссии: экзистенциальный аспект
Карпова Э.Б., Кипнис А.В., Кузнецова Л.В.

65

Psychological characteristics of opioid dependence in remission: existential aspect
Karpova E.B., Kipnis A.V., Kuznetsova L.V.

Субъективная концепция морбидности: её оценка и связь с мотивацией к лечению у лиц, перенесших психоз
Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Макаревич О.В., Вид В.Д.

73

The subjective concept of morbidity: its assessment and connection with the motivation for treatment in persons who underwent psychosis
Lutova N.B., Sorokin M.Y., Makarevich O.V., Wied V.D.

Неэпилептические пароксизмальные состояния у детей: структура, манифестация и факторы риска
Приворотская В.В., Пальчик А.Б., Понятишин А.Е., Машевский Г.А.

80

Non-Epileptic Paroxysmal Events in Infants: structure, manifestation and risk factors
Privorotskaya V.V., Palchik A.B., Ponyatishin A.E., Mashevskiy G.A.

Психологические реакции населения как фактор адаптации к пандемии COVID-19
Сорокин М.Ю., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Макаревич О.В., Незнанов Н.Г., Лутова Н.Б., Мазо Г.Э.

87

Psychological reactions of the population as a factor of adaptation to the COVID-19 pandemic
Sorokin M.Yu., Kasyanov E.D., Rukavishnikov G.V., Makarevich O.V., Neznanov N.G., Lutova N.B., Mazo G.E.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Психосоциальные факторы профилактики и терапии невротических расстройств в мегаполисе: мишени интервенций в здоровом городе
Васильева А.В., Караваева Т.А.

95

Psychosocial factors of the neurotic disorders treatment and prevention in metropolis
Vasileva A.V., Karavaeva T.A.

GUIDELINES FOR THE PRACTITIONER

Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований

Незнанов Н.Г.^{1,2}, Рукавишников Г.В.¹, Касьянов Е.Д.¹, Филиппов Д.С.³,
Кибитов А.О.^{1,4}, Мазо Г.Э.¹

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

² ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика
И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург,

³ Редакция портала «Психиатрия & Нейронауки», Санкт-Петербург,

⁴ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

Резюме. В настоящее время биопсихосоциальная модель, как и ряд подходов и парадигм на ее основе (научных, клинических, профилактических, терапевтических), вызывает массу критики вплоть до полного отрицания возможностей её применения в психиатрии. Цель настоящей статьи — предложить современную трактовку биопсихосоциальной модели в психиатрии для дальнейшего развития исследований этиопатогенеза психических заболеваний и поиска новых возможностей для их терапии и профилактики. Прогресс в биологической медицине, появление новых исследовательских технологий открывают сегодня новые возможности для современной трактовки биопсихосоциальной модели и ее применения для разработки современной биопсихосоциальной парадигмы, которая может быть использована как в качестве исследовательской стратегии, так и для развития современных научно обоснованных методов терапии и профилактики. Для этого важно понимание, что биопсихосоциальная модель не является конкурентом или антитезой биомедицинской модели, а позволяет расширить биологические границы за пределы простого описания функционирования органов и систем.

Ключевые слова: биопсихосоциальная модель, психические заболевания, этиопатогенез, исследовательские стратегии

Biopsychosocial model in psychiatry as an optimal paradigm for relevant biomedical research

Neznanov N.G.^{1,2}, Rukavishnikov G.V.¹, Kaysanov E.D.¹, Philippov D.S.³, Kibitov A.O.^{1,4}, Mazo G.E.¹

¹ V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology,
Saint-Petersburg, Russian Federation;

² I.P. Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Saint-Petersburg, Russian Federation;

³ Editorial board of «Psychiatry & Neurosciences» portal, Saint-Petersburg, Russian Federation;

⁴ V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russian Federation

Summary. The biopsychosocial model, as well as a number of approaches and paradigms based on it (scientific, clinical, preventive, therapeutic), currently cause a lot of criticism up to the complete denial of its use in psychiatry possibilities. The aim of this paper is to propose a modern interpretation of the biopsychosocial model in psychiatry for the further studies of the mental disorders etiopathogenesis and for the research of new opportunities for their therapy and prevention. Progress in biological medicine and the emergence of new research technologies today open up new opportunities for the actual interpretation of the biopsychosocial model and its application for the modern biopsychosocial paradigm, which can be used both as a research strategy and for the relevant scientifically based methods of therapy and prevention. Thus, it is important to understand that the biopsychosocial model is not a competitor or antithesis of the biomedical model, but allows one to expand the biological boundaries beyond a simple description of the organs and systems functioning.

Key words: biopsychosocial model, mental disorders, etiopathogenesis, research strategies.

Подход на основе биопсихосоциальной модели, предложенной George L. Engel в 1977 году [24], в настоящее время является одним из наиболее популярных и широко известных в современной медицине. В частности, в психиатрии его не без оснований считают основным [29,51].

Несмотря на ряд ограничений, биопсихосоциальный подход приобрел значительное влияние в

сфере научных исследований, медицинской практики и образования, а также лег в основу многих международных стратегий здравоохранения [33]. С позиции биопсихосоциального подхода в настоящее время рассматриваются многие хронические заболевания, включая сердечно-сосудистую патологию, диабет, онкологические болезни [57].

Важно, что именно психиатрия стала первой медицинской дисциплиной, очень быстро воспри-

нявшей биопсихосоциальную модель именно как смену парадигмы и реальную возможность для прогресса в научных исследованиях [37, 44], при этом в других областях медицины биопсихосоциальный подход остался поначалу практически не замеченным.

Между тем, как и 40 лет назад, большинство ученых и практикующих врачей в области психиатрии воспринимают биопсихосоциальную модель как «иерархическую структуру биологической, психологической и социальной систем и простые взаимодействия между этими системами» [10, 45].

Фактически, первые работы по биопсихосоциальному подходу представляли собой декларативные и не подкрепленные фактами предположения, что давало и дает массу оснований для критики и обвинений в редуccionизме, эклектике, теоретизации. Такое упрощенное понимание, безусловно, способствует широкому распространению термина «биопсихосоциальный» без глубокого понимания сущности и динамической сложности феномена, для понимания которого была предложена биопсихосоциальная модель.

Как результат, сегодня биопсихосоциальная модель, как и ряд подходов и парадигм на ее основе (научных, клинических, профилактических, терапевтических), вызывают массу критики вплоть до полного отрицания возможностей ее применения в психиатрии. Ситуация стала настолько острой, что уже в журнале *Lancet* публикуются статьи в «защиту» биопсихосоциальной модели в психиатрии [27].

Цель настоящей статьи — предложить современную трактовку биопсихосоциальной модели в психиатрии для дальнейшего развития исследований этиопатогенеза психических заболеваний и поиска новых возможностей для их терапии и профилактики.

Трактовка биопсихосоциальной модели в историческом контексте

Интересно, что сам термин «биопсихосоциальный» в контексте психиатрии впервые был упомянут ещё в 1964 г. R.R. Grinker в *American Journal of Psychiatry* в статье «Борьба за эклектику» [31].

Активное развитие в психиатрии биопсихосоциальная парадигма получила в США в 1980-х годах XX века в период снижения популярности концепции психоанализа и усиления влияния сторонников DSM и психофармакологии. В связи с этим некоторые авторы обозначали его как «попытку вернуть психоанализ с чёрного входа». Подобная критика касалась ряда работ, где под понятием «биопсихосоциального подхода» рассматривались преимущественно психоаналитические теории без подробного освещения биологического и социального аспектов [29]. Действительно, многие работы преподносили применение биопсихосоциального подхода как доказательства большей эффективности и примата психотерапии над психофармакотерапией [45], вплоть до доказательства

таким образом ее ошибочности в рамках терапевтических стратегий в психиатрии [53].

Источником для постановки диагноза в психиатрии и выбора терапевтической тактики до сих пор остается клинический метод, сочетающий опрос пациента и информацию о его взаимодействии с окружающим миром, на основании которого врач определяет поведенческие нарушения, связанные с заболеванием. Разнообразие видов информации позволяет использовать разные способы влияния на состояние психики.

Роль социальных факторов в формировании психических нарушений обсуждается в течение многих лет [2,4], и не вызывает сомнений её определенная значимость. Но отправной точкой психогигиены, продвигавшейся на Западе Альфредом Мейером [36] и овладевшей умами советских психиатров в 1920-х годах, была идея о том, что общественные (социальные) факторы имеют решающее значение для психического здоровья и, чтобы снизить заболеваемость психическими болезнями, нужно реформировать социум.

Часто сбор данных о социальном окружении и микросоциальном контексте развития пациента проводится врачом только для того, чтобы найти подтверждение догадкам о диагнозе. Внешняя «топография» мира пациента используется как дополнение к «топографии» его внутриспсихической реальности. Психогигиенисты относились к социальной «экосистеме» пациента серьезнее: через улучшение быта, как предполагалось, можно оздоровить и психику человека. Психиатр, с такой точки зрения, воспринимался уже не как просто врач, а как миссионер «ментальной гигиены». Примечательно, что идея социальной психиатрии родилась в Германии в 1880-90 гг., во времена появления первых правительственных социальных программ, в основе которых лежала вера в реорганизацию общества по последнему слову науки. Психиатр в новом обществе не мог оставаться всего лишь врачом. Учитывая характер болезней, с которыми он работает, он должен был взять на себя функцию социального патолога, улучшающего состояние не только одного пациента, но и народа в целом. Такой подход возлагал на психиатра излишнюю ответственность и выводил психиатрию за рамки медицинских наук, к которым она, по сути, относится [14].

Неудивительно, что многие увидели в росте популярности биопсихосоциальной модели возрождение психоанализа. Их сближают свойства метода. Психоанализ нацелен на работу с психосоциальной реальностью на всех ее уровнях, включая «невидимые и теневые». Биопсихосоциальная модель, в некотором смысле и при рассмотрении под определенным углом, сдвигает центр внимания врача в близком психоанализу направлении. Делая акцент на социальном функционировании пациента, биопсихосоциальная модель неизбежно сопрягается с психоаналитическим дискурсом, в котором человек никогда не существует в отрыве от других.

С 1930 гг., во многом благодаря трудам Г.С. Салливана [9], психоанализ стал уделять больше

внимания сфере межличностных отношений, социальным коммуникациям, социологии психических явлений. Установилось представление о том, что главное, за чем должен наблюдать психоаналитик, это отношения пациента с другими людьми. Согласно взглядам Г.С. Салливана, суть психиатрии заключается в изучении биологии межличностных отношений.

Критика биопсихосоциальной модели продолжается и сегодня [12, 29]. Отмечается большое значение модели для современной психиатрии в рамках клинических аспектов и образовательных процессов, однако масса критических комментариев касается «отсутствия философской согласованности и нечувствительности к субъективному опыту пациента», что, по мнению критиков, приводит к неконтролируемой эклектике и не дает гарантий против доминирования или, напротив, недостаточной оценки каждого из доменов модели: биологического, психологического и социального» [18].

В настоящее время появляется всё больше критических замечаний о том, что биопсихосоциальная парадигма утратила свои первоначальные цели и всё чаще используется как объект для «пространных воскресных проповедей», бесполезных и в научном, и в терапевтическом плане [29]. Некоторые авторы считают, что если оценивать значение биопсихосоциальной модели в психиатрии по критерию обеспечения надежного климата междисциплинарности и плюралистического ландшафта, который бы учитывал весь спектр знаний о человеке, то она явно потерпела неудачу [18]. В действительности, специалисты часто упоминают биопсихосоциальную модель только ради «научного этикета», оставаясь в рамках своих видений причин развития психических расстройств, что на самом деле и определяет подход врача-психиатра или психотерапевта к своей клинической и научной деятельности.

Например, специалисты в области психосоматической медицины считают, что биопсихосоциальная парадигма «пытается выставить врачей в чересчур хорошем свете». По их мнению, клинический специалист не может и не должен в своей работе пытаться охватить все сферы жизнедеятельности пациента. Как они полагают, на практике это приводит лишь к растрате ресурсов на огромное количество неравноценных аспектов без попыток структурировать их и выделить главное. Для оптимизации применения биопсихосоциальной парадигмы в клинической практике авторы предлагают врачам уделять больше внимания нейроанатомическим и экзистенциальным (страхи/переживания пациента в связи с болезнью/лечением) аспектам заболевания. При этом авторы также указывают на необходимость учитывать обязанности и ответственность самих пациентов. Исходя из этого, далеко не все проблемы с характером пациентов, нарушения комплайенса и другие подобные моменты требуют врачебного внимания и вмешательства [26].

Фактически, широкая многолетняя дискуссия по поводу биопсихосоциальной модели в психиатрии

и в общей медицине является продолжением и развитием споров о проблеме соотношения материального и идеального в формировании и заболеваниях психики человека [39].

Решение подобных научных споров, к сожалению, ещё полностью невозможно на данном уровне развития клинических и фундаментальных нейронаук. Но как отметил S. Marco [50], биопсихосоциальная модель должна либо основываться на биологических факторах, либо она останется произвольной, т.к. она не будет обращаться к «научно обоснованным концепциям». Но такой подход будет опять же обвинён в биологическом редукционизме и, к сожалению, сегодня таких обвинений становится все больше.

В современном мире в условиях безусловного прогресса в области технологий продолжают споры «материалистов» и «идеалистов», на новом этапе развития медицины и психиатрии, в частности, вновь возникают споры и приводятся доказательства примата «психо» над «сомой», что порождает насущную необходимость вновь напомнить о том, что психиатрия является прежде всего медицинской дисциплиной [14].

Со временем биопсихосоциальная модель стала использоваться для объяснения этиологии и патогенеза психических расстройств, хотя изначально она предлагалась в качестве «интегративного подхода» к ведению пациентов с различными заболеваниями. Очевидно, что такой метод не случаен — биопсихосоциальную парадигму удобно использовать для установления «мнимого мира» в споре о психофизиологической проблеме (научном споре о взаимодействии тела и сознания (психики) и, соответственно, в споре о роли биологических и психологических факторов в возникновении психических расстройств.

По мнению Von Uexküll [34], биопсихосоциальная модель должна рассматриваться как «обманчивая упаковка» (Mogelpackung), если она не считает, что корень «био» относится к биологии как к науке о живых системах. И ведь правда: за обвинениями в биологическом редукционизме, стоит, порой, тотальное непонимание биологии — базисных понятий о работе мозга.

Очевидно, что психический феномен и его нарушения в процессе заболевания, с точки зрения биологии, не имеет смысла и реализации вне контекста внешней среды, действующей на человека [46]. Однако, и также очевидно, что только оценка влияния внешней среды (культуры, общества, семьи, воспитания, истории роста и развития) на возникновение и деформацию психического феномена совершенно не достаточна для выяснения его смысла без понимания биологических процессов, лежащих в основе того, как и каким образом человек реагирует на многообразные факторы и стимулы внешней среды. Современная биологическая психиатрия является междисциплинарной, пациент-ориентированной и универсальной наукой с хорошими перспективами развития в рамках сбалансированного многостороннего анализа такого сложного динамического феномена как

психическое здоровье человека. В защиту биомедицинского подхода можно отнести и слова Н. Walter, опытного немецкого нейробиолога, психиатра и философа, который говорил о том, что новая волна биологической психиатрии преодолела многие недостатки, долгое время бывшими причинами критики данного направления. Биологическая психиатрия на современном этапе анализирует динамические взаимодействия нейронных сетей, различает несколько уровней анализа и принимает во внимание все виды контекста симптома, осознает свои методологические, теоретические и терапевтические ограничения [54].

Дальнейшее развитие биологической психиатрии представляется перспективным на основе научного понимания биопсихосоциального подхода, в рамках которого возможен и адекватен анализ биологического, психологического и социального доменов заболевания в контексте единой взаимосвязанной динамической системы. Эта точка зрения осознается врачами и исследователями в мире [51] и нуждается в развитии и реализации в нашей стране.

Автор биопсихосоциальной модели называет биомедицинскую модель доминантной [24], и предлагает новый подход как гармоничное дополнение для более адекватной оценки сложнейшего биологического феномена — человека, что позволяет современной биологической психиатрии стать комплексной наукой о механизмах функционирования психики человека и ее нарушениях.

Классическая трактовка биопсихосоциальной модели

Для преодоления непонимания в научной и врачебной среде и часто беспредметной критики биопсихосоциальной модели следует вернуться к истокам и вспомнить истинное положение вещей.

Развитие биопсихосоциальной модели берет начало с публикаций George L. Engel в журнале Science в 1977 году, в которой впервые была предложена биопсихосоциальная модель заболевания как «вызов для биомедицины», расширяющая представления о заболевании как комплексном динамическом феномене «с учетом социальных, психологических и поведенческих измерений (дименсий)» [24]. Обращает на себя внимание название статьи «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine» («Необходимость новой медицинской модели: вызов для биомедицины»), которое сразу подчеркивает медицинский характер модели и адресует предлагаемую модель к биомедицинскому направлению исследований. Однако, никакого «прессинга» ни в отношении, ни со стороны биомедицины нет, автор делает попытку гармоничного объединения сложных доменов функционирования человека как живой системы в рамках медицинского аспекта.

В своих работах Engel G.L. предлагает «использование биопсихосоциальной модели для 1) планирования исследований; 2) базы для обучения врачей и студентов-медиков; 3) плана действий в области реального здравоохранения» [24]. Сто-

ит отметить, что именно исследовательский план стоит на первом месте, что дает основания рассматривать теоретическую и в общем «визионерскую» модель, прежде всего, как исследовательский инструмент.

Вскоре после выхода первой, базовой статьи, G.L. Engel публикует серию дополнительных статей по биопсихосоциальной модели, по её применению в рамках образовательных программ [24] и важнейшую статью о возможностях клинического применения модели [24], делая акцент на ее общемедицинском характере. Для этого он рассматривает пациента с кардиологическим заболеванием, стремясь максимально дистанцироваться от понимания предлагаемой модели как специфического инструмента для психиатров и психологов. Второй фокус статьи — доказать необходимость участия специалистов в области психического здоровья в обучении и образовании врачей общей практики, и именно этот аспект автор считает важным для развития медицины.

Работы Engel G.L. обращали особое внимание на отношения «врач-пациент» как важный элемент интегративной модели [33]. Однако есть много сомнений по поводу того, что одобрение клинициста и сознательное применение биопсихосоциальной модели гарантируют проявление большего уровня эмпатии, искренности и ответственности перед пациентом. Простая идея о том, что любой врач, оказывая помощь пациенту, должен принимать во внимание социальный контекст и психологические особенности пациента, тем не менее нуждается в доказательствах — как научных, так и практических. Эта же мысль вновь звучит в статье автора о применении биопсихосоциальной модели в практике семейной медицины [24].

Очевидны проблемы классической биопсихосоциальной модели, связанные прежде всего с тем, что ни Engel G.L., ни его последователи не представили в своих работах четких критериев по внедрению модели ни в научные исследования, ни в клиническую практику. Более того, так и не были в полной мере разработаны методологические и статистические основы анализа характеристик биопсихосоциальной модели, таких как двунаправленные причинно-следственные связи между психологическими и физиологическими переменными, психофизиологические механизмы обратной связи, а также стресс-индуцированные переходы от нормальных состояний к болезненным [47]. Всё это привело к отсутствию единой методологии в применении модели и накоплению под её формальным названием крайне разрозненных знаний, предположений, гипотез и точек зрения.

Важным представляется разделить несколько близких, но не одинаковых терминов, которые часто применяются в многочисленных исследованиях и обзорах не всегда корректно и адекватно.

Терминология: модель, парадигма, подход

Биопсихосоциальная модель — собственно модель, предложенная Engel G.L., описывающая

гармоничное сочетание биомедицинской модели с социальным и психологическим доменами в рамках нового медицинского подхода в процессе терапии. Разные авторы понимают и оценивают модель по-разному, что часто приводит к существенным противоречиям при сохранении внешнего единства.

Биопсихосоциальная парадигма — условный набор концепций, теорий, методов и методологий исследования, базирующихся на основе биопсихосоциальной модели. В литературе имеется огромное разнообразие трактовок классической биопсихосоциальной модели, что порождает еще большее разнообразие парадигмальных конструкций. В результате базовые принципы классической биопсихосоциальной модели часто размываются и даже утрачиваются, а на первое место выступают противоречивые и конфликтные авторские предположения и убеждения.

Биопсихосоциальный подход — наиболее удаленный от классической биопсихосоциальной модели термин, за которым иногда скрывается просто дань научной моде и стремление придать исследованию или теоретическому построению черты научности, сделать их, хотя бы внешне, более комплексными и претендующими на объективность. Практически любое исследование в современной психиатрии и психологии часто включает «биопсихосоциальный подход», что авторами не доказывается, а просто постулируется как данность вне научного анализа.

Современная трактовка биопсихосоциальной модели: генетическая основа

Поворотным моментом в понимании и развитии современной трактовки биопсихосоциальной модели стали накопленные в последние десятилетия данные генетики и геномики, а также многочисленных «омиксных» технологий в медицине и в психиатрии, в частности. Именно биопсихосоциальная модель дает возможность гармонично, не противоречиво, в строгом соответствии с базовыми принципами классической трактовки модели рассматривать сложные процессы формирования заболевания (этиология и патогенез), формулировать оптимальные исследовательские и терапевтические стратегии, предлагать научные принципы профилактики. Появление многочисленных и убедительных фактов о существенном генетическом контроле психологического (личностного) домена и важнейшей роли генетических факторов в формировании и функционировании социального домена, а также значительного уровня генетического перекрытия между тремя доменами биопсихосоциальной модели позволяет сформулировать современную трактовку биопсихосоциальной модели на основе генетических парадигм, в частности, для психических заболеваний.

Генетическая основа психических заболеваний представляет собой сложнейшую систему множества взаимосвязанных генетических факторов, влияние которых на риск формирования,

сроки и варианты манифеста, клиническую картину, исход и ответ на терапию нуждается в количественном анализе и корректной оценке. Широкомасштабные генетические исследования значительных когорт пациентов доказывают тот факт, что большинство психических заболеваний имеют значительную долю общих генетических детерминант [23,59].

Психические заболевания относят к обширному классу мультифакториальных полигенных заболеваний с наследственным предрасположением. Для формирования таких заболеваний в рамках биопсихосоциальной модели этиопатогенеза требуется сочетание трех групп индивидуальных факторов (доменов): биологических (в т.ч. генетических), личностных и социальных. Все домены важны для возникновения, развития и поддержания заболевания, тесно взаимосвязаны и не могут рассматриваться отдельно, а представляя собой единый этиопатогенетический комплекс. При этом, каждый их доменов имеет свой уровень генетического контроля и, вероятно, значительные общие генетические механизмы.

Биологический (генетический) домен. Генетические факторы в виде особенностей генов, контролирующих нейрохимические системы этиопатогенеза, непосредственно определяют биологическую основу заболевания на уровне нейромедиаторных систем головного мозга. Прямой вклад генетических факторов в развитие психических заболеваний болезней очень высок и составляет, по разным оценкам, 30-85% [19].

Биологические факторы — элементы систем жизнедеятельности и сами эти системы. Можно выделить несколько уровней организации биологических факторов: молекулярный-внутриклеточный; нейрохимический (нейромедиатор — нейрохимическая система — взаимодействие нейрохимических систем); нейронный (нейрон-нейронная сеть — система нейронов — ядра головного мозга — взаимодействие систем); системный (нейрохимические и нейрофизиологические системы — взаимодействие систем — поведенческие акты — память и обучение — мышление — разумная деятельность). Биологические факторы существенно влияют на прочие домены и их эффекты и имеют максимальный уровень генетического контроля — до 90%.

Личностный домен. Личностные факторы в виде особенностей темперамента и характера, специфических черт личности, заметны уже в преморбиде будущего больного как проявления предрасположенности. Они непосредственно связаны с биологическими факторами и имеют значительный уровень генетического контроля 55-65% [17],

Показатели наследуемости для черт темперамента и личности составляют 30- 60%, предполагается суммарное влияние и взаимодействие многих генов. Генетическое влияние на черты личности, характера и темперамента, вероятно, более существенно, чем на риск развития наркологических заболеваний как таковых, при этом, ско-

рее всего многие генетические системы влияют на формирование личности, прямо и косвенно формируя индивидуальный уровень генетического риска развития болезней зависимости.

Социальный домен. Влияние социальных факторов — особенностей микро- и макросоциального окружения, опосредуется биологическими и личностными факторами, через них осуществляется генетический контроль этого влияния (20- 30%) на уровне типов социального функционирования и социальной адаптации. Имеется опосредованное и сложное, но значительное генетическое влияние на индивидуальный характер реакций на стресс [21] и процессы социализации [43], формирующие интегральный паттерн эффекта воздействия социальных факторов. С учетом многоуровневого генетического контроля всех доменов этиопатогенеза, роль генетического влияния еще более возрастает и приобретает критическое значение для конкретного человека.

Генетический риск. Полезным и адекватным является представление о генетическом риске развития болезней зависимости от ПАВ — вероятности развития заболевания, обусловленной только генетическими причинами [3]. Индивидуальный уровень генетического риска определяется исходными генетическими характеристиками человека — структурой ДНК, формируется при зачатии нового организма и выступает мощным, возможно, ведущим, фактором этиопатогенеза.

Концепция наследственного предрасположения предполагает спектральный характер распределения предрасположенности разной степени в популяции: от минимальной до максимальной. Нет, и не может быть лиц как с полным отсутствием предрасположения и нулевым генетическим риском, так и лиц с абсолютным генетическим риском, фатально идущих к болезни, независимо от своей воли. При этом наибольший уровень генетического риска имеют лица с высокой степенью предрасположенности — наибольшим давлением «генетического груза».

Высокий генетический риск закономерно увеличивает и общий (мультифакториальный) риск развития психических заболеваний. Генетический риск является исходным и врожденным [3], а его реализация — переход вероятности заболевания в факт заболевания, происходит при совместном действии личностных и социальных факторов как «триггеров» или «модификаторов».

Рассмотрение психических заболеваний, в рамках обширного класса болезней наследственного предрасположения позволяет рассматривать личностные факторы и биологически (генетически) обусловленные «настройки» уровней и типов социальной реактивности индивидуума как модификаторы и триггеры врожденного уровня генетического риска этих заболеваний. Современные данные о высоком уровне генетической общности между чертами личности и психическими заболеваниями [38] подтверждают эту точку зрения и открывают новые возможности для генетического анализа.

При высоком уровне генетического риска требуется минимальное воздействие «триггеров», формирование заболевания «облегчено» и происходит быстро, внешне «самопроизвольно».

При невысоком уровне генетического риска, напротив, требуется серьезное совместное воздействие «триггеров» и «модификаторов», развитие заболевания идет замедленно, клиническая манифестация может быть столь поздней и малозаметной, что такие больные не попадают в поле зрения специалистов.

Таким образом, современная трактовка биопсихосоциальной модели на генетической основе позволяет достаточно логично и эффективно рассматривать сложные вопросы этиологии и патогенеза психических заболеваний и проводить комплексные исследования по их изучению. Анализ генетического влияния в рамках биопсихосоциальной модели этиологии и патогенеза психических заболеваний представляется ключевым как для понимания роли отдельных доменов модели, так и для оценки вариантов взаимодействия доменов в процессе развития заболевания.

Современные исследования показывают, что биопсихосоциальная модель требует динамического применения с регулярными повторными оценками биологических, психологических и социальных факторов индивида с течением времени [15]. Клинические закономерности течения психических заболеваний, включающие этапность развития болезненных проявлений, их длительность и повторяемость определенных клинических феноменов на различных фазах заболевания, могут рассматриваться в рамках биопсихосоциальной модели на новом, динамическом уровне, на основе концепции генетической предрасположенности и индивидуального уровня генетического риска развития заболевания с учетом влияния как психологических, так и социальных факторов.

Появление значительного объема новых данных об эпигенетических процессах позволяет включить гипотезы об эпигенетических механизмах в современную формулировку биопсихосоциальной модели.

Формирование болезненного процесса происходит в процессе взаимодействия генома и различных средовых факторов. Важно, что в отношении генома условная «среда» многообразна и имеет сложную иерархическую структуру: от микросреды (структура хроматина и эпигенетические «машины») до макросоциальных факторов планетарного масштаба. При этом «средовые» факторы выступают как многообразные внешние стимулы, влияющие на реализацию генетического риска как вероятностного события и, как показано, могут способствовать эпигенетическим процессам — изменениям в функционировании генома, не связанных с изменениями структуры генов. Эпигенетические процессы, отвечающие за регуляцию уровня экспрессии (функциональной активности) генов, могут существенно модулировать исходный, заданный при зачатии, генетический риск развития заболевания. Примерами эпи-

генетических механизмов служат изменения уровня метилирования ДНК, влияющие на уровень экспрессии генов, ремоделирование хроматина, в частности, в виде нарушений ацетилирования гистонов; эффекты регуляторных некодирующих *mi* РНК и проч.

Важно понимать, что уровни «средовых» факторов различны: от существенных для индивидуума событий и ситуаций макроокружения через спектр любых значимых изменений микросоциального окружения и межличностных взаимодействий к событиям системного, тканевого, клеточного и субклеточного, молекулярного уровня. Хорошо известно, что средовые факторы оказывают существенное влияние на эпигенетическую регуляцию особенно в критические для организма периоды, например, в пренатальный период при закладке важнейших систем организма, а также в период критических периодов созревания организма в постнатальный и пубертатный периоды.

Эпигенетические механизмы влияют на функции развивающегося и зрелого мозга, принимают участие в регуляции высших когнитивных процессов [30]. Имеются предположения, что патогенез некоторых нейродегенеративных и психических заболеваний связан с изменением спектра эпигенетических модификаций и уровня их выраженности [30].

Эпигенетическая модификация необходима для эффективных адаптационных процессов на всех уровнях — от клетки до организма, и, при этом, может играть существенную роль в формировании патологического процесса, особенно при наличии высокого генетического риска развития заболевания. Возможно, имеет место условная «патологическая» эпигенетическая регуляция — ситуация дисбаланса и дисфункционала в эпигенетических механизмах, в результате которой может начаться развитие патофизиологический механизм психического заболевания. Течение эпигенетических процессов в центральной нервной системе включает как быстрые, так и долговременные изменения эпигенетических модификаций [25], что обеспечивает как адаптивные, так и патологические сдвиги в регуляции экспрессии генов в мозге.

«Эпигенетическая» гипотеза внешне выглядит как биологическое подтверждение известной концепции «стресс-диатеза», однако при более детальном рассмотрении это не совсем так, хотя все больше сторонников этой концепции пытаются использовать эпигенетику как «долгожданный» механизм, связывающий «диатез» с развитием заболевания. Однако более глубокое рассмотрение эпигенетических процессов не позволяет делать столь прямолинейные и умозрительные выводы.

Средовые факторы, способствующие эпигенетической модификации генома, изучаются в различных парадигмах стресса в моделях на животных, однако подобные исследования на данный момент находятся на ранней стадии накопления данных. Считается, что для человека наиболее важными и критическими моментами развития является детство и подростковый период, и

именно в этот период имеется наиболее высокий риск формирования «эпигенетических» звеньев патогенеза психического заболевания. Многие события и ситуации этого периода (перинатальный стресс; стресс раннего периода жизни, связанный с жестоким обращением в детстве, сексуальным насилием, плохой заботой матери, депривацией, хронический персистирующий стресс, хронический социальный стресс [49] являются важными процессами-кандидатами при рассмотрении эффектов «среды» на риск развития психопатологии.

В тоже время, очевидно, что только небольшая часть популяции оказывается достаточно уязвимой для формирования психических заболеваний при сравнимой истории, длительности и интенсивности стрессорных воздействий, что подтверждает генетический и эпигенетический характер важнейших патогенетических механизмов в психиатрии.

Можно ли утверждать, что эпигенетика дает основания для подтверждения концепции «стресс-диатеза»? Если под «диатезом» понимать высокий уровень генетического риска психического заболевания, а под «стрессом» — специфический уровень реакции индивидуума на не уникальные стрессорные воздействия, то в этом случае эпигенетические механизмы могут служить возможными «медиаторами» между двумя специфическими феноменами, но никак не механизмом формирования заболевания. Очевидно, что столь серьезные допущения выходят за рамки концепции «стресс-диатеза», что не дает оснований для многочисленных предположений о «ведущей роли» эпигенетики в развитии психического заболевания.

Более корректно предположение о том, что, вероятно, патологические нарушения эпигенетических механизмов могут быть важными элементами системы факторов, способствующих реализации генетического риска развития заболевания. Эпигенетические модификации генома являются в основном, обратимыми процессами и в норме действуют строго определенное время, как правило, достаточно короткое. Однако в процессе развития и формирования взрослого организма определенные факторы риска могут быть связаны с конкретными периодами развития, где их влияние может быть значительным и приводить к существенным патофизиологическим изменениям, например, на уровне эпигенетических процессов. В результате возможны нарушения функционирования ключевых генетических систем, что может создавать предпосылки для изменения траектории развития и увеличивать риск манифестации психических заболеваний.

Все больше доказательств свидетельствует о том, что пренатальные и ранние постнатальные средовые воздействия могут повлиять на «эпигенетическое программирование», что приводит к стабильным изменениям в работе генома. Например, в моделях на животных показано влияние отсутствия материнской заботы в раннем возрасте на эпигенетическое регулирование экспрессии гена глюкокортикоидного рецептора *nr3c1*

(neuron-specific glucocorticoid receptor) и его влияния на проявление реакции на стрессоры у потомства в зависимости от особенностей материнского поведения [55]. Пренатальный стресс (расстройства настроения у матери) повышает уровень метилирования гена глюкокортикоидного рецептора в мононуклеарных клетках пуповинной крови новорожденных [41], что также может свидетельствовать о возможном негативном прогнозе в отношении риска формирования психической патологии. Выявлена также связь между гиперметилированием промотора гена *nr3c1* в лейкоцитах взрослых людей и неблагоприятными событиями в детстве с высоким уровнем стрессорных воздействий [52]. Таким образом, подробное рассмотрение роли тонких биологических процессов не дает оснований обвинения в биологическом редукционизме, поскольку именно социальным факторам отдаётся роль дирижера сложной эпигенетической машины. При этом именно понимание биологических процессов дает подтверждение ранее клинически выделенных ранних и эпизодических форм стресс — диатеза [13].

Проблема клинического фенотипа в рамках современной трактовки биопсихосоциальной модели.

Классические представления о фенотипе, как проявлении наследуемого признака, в свете последних исследований в области генетики психических заболеваний получают новый смысл и трактовку. Очевидно, что условная «среда» выявляет или гасит генетические эффекты, при этом собственно фенотип является результатом взаимодействия генома и внешней среды с учетом широчайшего спектра модулирующих воздействий, в том числе и на основе эпигенетических механизмов.

Необходимо ясно понимать, что само понятие фенотипа включает многообразную и сложную конструкцию «проявлений» генетического влияния. Для генома внешней средой является уже ядро клетки, где активно функционируют эпигенетические «машины». Далее можно условно выделить ряд «вложенных» фенотипов с иерархической системой взаимоотношений: клеточный, тканевой, органной, системный, организменный, личностный и социальный. Очевидно, что только на этом уровне мы можем говорить, собственно, о «наблюдаемом» фенотипе: совокупности проявлений или черт, имеющих высокий уровень генетического контроля. Более высокие в этой иерархии уровни фенотипов проявляются в процессе формирования и развития индивидуума, созревания и становления личности, межличностных и микросоциальных отношениях. Только на личностном и социальном уровне условных «фенотипов» психиатр или психиатр-нарколог может предположить или попытаться выявить некие «фенотипические» черты, которые могут иметь генетическую основу.

Хорошо известна этиопатогенетическая, клиническая и генетическая сложность психических

заболеваний: по аналогии с понятиями генома, протеома, транскриптома и т.д., используемыми для характеристики целостности и сложности генетических систем и функций. В последнее время сформулирована также концепция «энвиroma» (от англ. environment), с помощью которой можно описать сложность и целостность факторов окружающей среды, активно участвующих как в развитии и становлении функций мозга, так и в механизмах формирования и развития психопатологии [40].

Существуют исследования, которые демонстрируют, что определенные средовые факторы могут способствовать развитию или имеют некий уровень связи с риском формирования специфических вариантов психических заболеваний. Так развитие шизофрении связывают с влиянием пренатальных факторов риска, в том числе, материнской инфекции, недоеданием в период беременности и пожилым возрастом отца [42]. Другие факторы риска, уже в подростковом периоде, связанные с шизофренией: статус мигрантов, потерю родителя, злоупотребление психоактивными веществами и неблагоприятные жизненные события в раннем возрасте [20].

Риск развития депрессивного расстройства связан как с низкой, а также высокой массой тела при рождении по отношению к гестационному возрасту [32], сексуальным насилием и психологическими травмами в раннем детстве [35], гормональной нестабильностью у женщин [56].

Группа трансдиагностических исследований (CROSS DISORDER Group Psychiatric Genomics Consortium) выявила значительные генетические корреляции шизофрении с биполярным расстройством (0,68), депрессивным расстройством (0,43) и аутизмом (0,16), а также между депрессивным расстройством и биполярным расстройством (0,47) и СДВГ (0,32) [22].

Полученные сегодня результаты подтверждают мнение о том, что восприимчивость к каждому психическому расстройству зависит от многих генетических факторов риска, и что любое психическое расстройство будет иметь частично общие генетические факторы риска с другими психическими расстройствами. Другими словами, имеется значительное количество общих генетических вариантов для большинства психических заболеваний, которые можно обозначить как «генетическое ядро» большой психиатрии. Однако, ежегодно выявляются все новые генетические маркеры, имеющие относительно высокий уровень специфичности для психиатрических синдромов или даже симптомов в рамках того или иного психиатрического диагноза. По мере изучения «генетической архитектуры» психических заболеваний, становится все более очевидным, что «генетическое ядро» формирует базовый уровень риска развития психического заболевания, однако конкретная форма или нозология как клинический фенотип болезни в большей степени индивидуальна и, вероятно, именно формирование клинического фенотипа происходит при активном уча-

стии личностного и социального доменов биопсихосоциальной модели.

Общие нозонеспецифические доманифестные и, отчасти, продромальные расстройства можно рассматривать также как отражение патофизиологической, и генетической родственности этих болезненных проявлений. Об этом же может свидетельствовать существование большого количества различных по тяжести, продолжительности, тенденции к эпизодическому или хроническому течению субпсихотических вариантов течения. Означает ли это, что манифестация конкретной нозологической патологии в большей степени определяется влиянием средовых факторов, их мощностью, продолжительностью, возрастным периодом? Если это так, то можно предположить, что эпигенетическая модификация уровня генетического риска может рассматриваться как один из базовых механизмов не только формирования психического заболевания, но и определенной нозологической категории. В тоже время, с учетом условности и неоднозначности классификационных систем в психиатрии, можно предполагать существование различных «фасеток» генетического ядра психического расстройства, которые и выступают наиболее ярко в момент первичной диагностики.

Терапия психических заболеваний. Хорошо известно, что наибольший терапевтический эффект в психиатрии имеют схемы, сочетающие современную психофармакотерапию и современную психотерапию при условии дополнительных реабилитационных мероприятий и помощи в социализации [1, 8].

В рамках современной трактовки биопсихосоциальной модели, комплексное терапевтическое воздействие оказывает эффект на все домены модели. Психофармакотерапия первично ориентирована на биологический домен или использует близкие к нему механизмы. Психотерапия активно взаимодействует с личностным доменом и, частично, с социальным доменом. В результате косвенно изменяется структура и функция социального домена, особенно при фокусировании терапии на когнитивной сфере, социализации пациентов и в процессе длительной реабилитации. Тесное взаимодействие доменов и их фактическое «триединство» и лежат в основе сравнительно высокой эффективности именно комплексного подхода.

Практическое применение биопсихосоциальной модели в рамках консультирования и психообразования позволяет сделать терапию более пациент-ориентированной [48].

Очевидны возможности и перспективы изучения вариантов комплексной терапии на основе биопсихосоциальной парадигмы с особым акцентом на ситуацию терапевтической резистентности как наиболее сложную в терапевтическом плане. Вероятно, терапевтическая резистентность может быть специфическим вариантом биопсихосоциальной модели, что требует дальнейшего изучения [6].

Профилактика психических заболеваний. Профилактические мероприятия в рамках современной биопсихосоциальной парадигмы должны быть ориентированы прежде всего на группы высокого генетического риска психических заболеваний — семьи пациентов, прежде всего их детей и внуков. Генетический феномен предрасположенности к психическим заболеваниям, наблюдаемый в виде семейной отягощенности, диктует необходимость пристального внимания и особого подхода к детям и подросткам из отягощенных семей, а сдерживание проявлений генетической предрасположенности, давления «генетического груза», так и стигматизации в семьях в качестве социального фактора, может стать оптимальным решением для снижения заболеваемости психическими заболеваниями.

Профилактические мероприятия в психиатрии следует рассматривать как систему управления рисками на основе генетических подходов и методов — как механизм сдерживания реализации генетического риска в виде манифестации заболевания. В этом случае максимальное внимание должно быть уделено социальному домену как наиболее доступному в профилактических программах и активно взаимодействующему с личностным и биологическим доменами. Внимание следует уделять и вопросам стигматизации, которые выступают как мощный социальный фактор как в формировании, так и в поддержании болезненного процесса [5].

По сути, успешная профилактическая программа может быть описана как инструмент стабилизации и поддержки социального домена с опорой на ряд структур личностного домена. Уже имеются результаты подобного подхода в детской психиатрии [16].

Заключение

Необходимо отметить, что в настоящее время накоплен большой массив знаний, касающихся биологических и психосоциальных аспектов психических заболеваний [7]. Но биопсихосоциальная модель, как комплексная структура, за время своего существования, к сожалению, часто является лишь нормой хорошего тона в научном и практическом мире психиатрии, являясь по сути «ширмой», за которой каждый специалист оставался при своём видении развития психических расстройств и подхода к их терапии. На протяжении многих лет существования биопсихосоциальной модели в научных публикациях звучат обвинения в «биологическом диктате» и «биологическом редукционизме», в основе которых лежит фактическое непонимание базовых принципов модели и продолжение многовекового спора «идеалистов» и «материалистов» [11].

Надо признать, что не менее значимым является и «психологический диктат», как антитеза «биологическому диктату». Но, несмотря на не утихающие споры приверженцев биологического и психологического направлений, в реальности и

научный лексикон вошли не только «биологическая психиатрия», но и «биологическая психология».

Биопсихосоциальная модель появилась в медицине как умозрительная гипотеза, которая не основывалась на эмпирическом опыте и не была результатом экспериментов, а стала явной и вполне плодотворной попыткой сформулировать сложность организации человека как живой системы, очевидной для любого думающего врача. В основе идеологии биопсихосоциальной модели — сохранение гармонии в этой сложности у здорового человека и дисгармония как фактор риска заболевания, которая особенно остро проявляется в момент манифеста и в процессе течения, а также необходимость для врача опираться на элементы этой сложности в процессе лечения.

Умозрительные гипотезы могут быть как научным предвидением, так и тупиковыми ветвями в развитии науки и только время позволяет это оценить. Как показывает множество критических статей, классическая биопсихосоциальная модель на данном этапе не смогла в действительности создать ни новую методологию исследований, ни качественно новый интегративный подход к терапии психических расстройств, который бы реально улучшал прогноз и исход у пациентов.

Прогресс в биологической медицине, появление новых исследовательских технологий открывает сегодня новые возможности для современной трактовки биопсихосоциальной модели и ее применения для разработки современной биопсихосоциальной парадигмы, которая может быть использована как в качестве исследовательской стратегии, так и для развития современных научно обоснованных методов терапии и профилактики. Но для этого нужно понимание, что биопсихосоциальная модель не является конкурентом или антитезой биомедицинской модели, а позволяет расширить биологические границы за пределы простого описания функционирования органов и систем.

Представленная выше современная трактовка биопсихосоциальной модели в основном имеет отношение к этиологии и патогенезу психических заболеваний и дает хорошую перспективу для научных исследований этих вопросов. Сегодня име-

ются достаточные возможности для изучения всех трех доменов модели. При условии применения доказательного дизайна с использованием современных исследовательских технологий возможно и продуктивно изучение биологического домена (биомедицина и геномные технологии), личностного домена (современный арсенал экспериментальной и клинической психологии), социального домена (широкие возможности моделирования стрессорных воздействий плюс подробный ретроспективный анализ критических периодов жизни пациентов на основе валидных психометрических шкал). Современные возможности научных исследований позволяют провести анализ всех доменов модели как в формате кросс-секционных и ретроспективных исследований, так и в рамках оценки динамических изменений взаимоотношения доменов и их структур.

Подобные исследования уже начаты в мире, как в рамках изучения психической патологии [51] в том числе при изучении детей и подростков [16], а также в исследованиях соматических заболеваний [58].

Для тестирования гипотез на основе современной трактовки биопсихосоциальной модели необходимо проведение специальных проспективных исследований, в планировании которых должны принять участие как сторонники биологического, так и психосоциального направления в психиатрии. Только результаты таких исследований помогут ответить на вопрос, является ли психосоциальная модель гениальным предвидением или ошибкой, и может ли она стать базовой теорией для дальнейшего развития психиатрии.

Хорошим примером таких исследований может дать современная экспериментальная психология, где оценка «психологических» переменных, данные психометрических шкал, психофизиологические тесты, различные парадигмы экспериментального психологического моделирования ситуаций реальной жизни соотносятся с глубинными биологическими механизмами (генетика, эпигенетика, нейровизуализация) на основе строго научного подхода с использованием доказательного дизайна и мощных статистических инструментов. Вероятно, подобный путь будет оптимален и для развития психиатрии как медицинской науки.

Литература / References

1. Вид В.Д., Вовин Р.Я., Мазо Г.Э. Интеграция психофармакотерапии и психотерапии в лечении депрессивных состояний. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 1995;3:5 – 13 [Vid VD, Vovin RYa, Mazo GE. Integraciya psihofarmakoterapii i psihoterapii v lechenii depressivnyh sostoyanij. Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva. 1995;3:5—13 (In Russ.)].
2. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. Санкт-Петербург: С-Петербург, 1998:255 с. [Kabanov M.M. Psihosocial'naya rehabilitaciya i social'naya psihiatriya. Sankt-Peterburg: S- Peterburg, 1998:255 pp.].
3. Кибитов А.О. Биопсихосоциальная модель этиопатогенеза психических заболеваний: критическая роль генетических факторов. Биомаркеры в психиатрии: поиск и перспективы. Томск, 2016:59-61 [Kibitov AO. Biopsihosocial'naya model' etiopatogeneza psihicheskikh zabolevanij: kriticheskaya rol' geneticheskikh faktorov. Biomarkery v psihiatrii: poisk i perspektivy. Tomsk, 2016:59-61 (In Russ.)].
4. Коцюбинский А.П. Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологиче-

- ский, психологический, социальный и функциональный диагнозы). Санкт-Петербург: «СпецЛит», 2017:285 с. [Kocyubinskij A.P. *Mnogomernaya (holisticheskaya) diagnostika v psihiatrii (biologicheskij, psihologicheskij, social'nyj i funkcional'nyj diagnozy)*. Sankt-Peterburg: «SpecLit», 2017:285 pp. (In Russ.)].
5. Лутова Н.Б., Макаревич О.В., Новикова К.Е. Взаимосвязь психологических характеристик и самостигматизации больных с эндогенными психическими расстройствами (результаты оригинального исследования). Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2019;2:46-54 [Lutova NB, Makarevich OV, Novikova KE. The correlation of sociopsychological characteristics and self-stigmatization of patients with mental disorders (Result of original study). *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2019;2:46-54 (In Russ.)]. doi: 10.31363/2313-7053-2019-2-46-54
 6. Мазо Г.Э., Кибитов А.О., Рукавишников Г.В., Ганзенко М.А., Грицевская Е.М., Фаддеев Д.В., Палкин Ю.Р., Лиманкин О.В., Незнанов Н.Г. Терапевтическая резистентность при депрессии как объект междисциплинарного биомедицинского исследования. Социальная и клиническая психиатрия. 2017;27(4):70-80 [Mazo GE, Kibitov AO, Rukavishnikov GV, Ganzenko MA, Gricevskaya EM, Faddeev DV, Palkin YuR, Limankin OV, Neznanov NG. Therapeutic resistance in depression as a subject for interdisciplinary biomedical investigation. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*. 2017;27(4):70-80 (In Russ.)].
 7. Незнанов Н.Г., Акименко М.А., Коцюбинский А.П. Значение школы В.М. Бехтерева в формировании биопсихосоциальной концепции нервно-психических расстройств. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013;1(76):77-82 [Neznanov NG, Akimenko MA, Kocyubinskij AP. The meaning of V.M. Bekhterev's school in formation of biopsychosocial concept of neuro-psychiatric disorders. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii*. 2013;1(76):77-82 (In Russ.)].
 8. Прибытков А.А., Еричев А.Н., Коцюбинский А.П., Юркова И.О. Вопросы терапии соматоформных расстройств: медикаментозные и психотерапевтические подходы. Социальная и клиническая психиатрия. 2014;24(4):73-80 [Pribytkov AA, Elichev AN, Kocyubinskij AP, Yurkova IO. Therapy of somatoform disorders: pharmacological and psychotherapeutic approaches. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*. 2014;24(4):73-80 (In Russ.)].
 9. Салливан Г. Интерперсональная теория в психиатрии. Санкт-Петербург: КСП+, Ювента, 1999:347 с. [Sullivan G. *The interpersonal theory of psychiatry*. Sankt-Peterburg: KSP+, YUventa, 1999:347 pp. (In Russ.)].
 10. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств. Социальная и клиническая психиатрия. 2002;12(3):97-104 [Holmogorova AB. *Biopsihosocial'naya model' kak metodologicheskaya osnova izucheniya psichicheskikh rasstrojstv*. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*. 2002;12(3):97-104 (In Russ.)].
 11. Холмогорова А.Б. Природа нарушений социального познания при психической патологии: как примирить «био» и «социо»? Консультативная психология и психотерапия. 2014;4(83):8-29 [Holmogorova AB. The nature of the social cognition violations in mental disorders: how to reconcile biological and social? *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya*. 2014;4(83):8-29 (In Russ.)].
 12. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? Социальная психология и общество. 2017;8(4):8-31 [Holmogorova AB, Rychkova OV. 40 years of Bio-Psycho-Social model: what's new? *Social Psychology and Society*. 2017;8(4):8-31 (In Russ.)]. doi: 10.17759/sps.2017080402
 13. Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Чумаченко А.А. Психопатологический диатез. предвестники психических заболеваний. Санкт-Петербург: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008: 24 с. [Shejnina N.S., Kocyubinskij A.P., Skorik A.I., Chumachenko A.A. *Psihopatologicheskij diatez. predvestniki psichicheskikh zabolevanij*. Sankt-Peterburg: SPb NIPNI im. V.M. Bekhtereva, 2008: 24 pp. (In Russ.)]
 14. Шмуклер А.Б. Психиатрия как медицинская дисциплина. Социальная и клиническая психиатрия. 2019;29(1):79-81 [Shmukler A.B. *Psychiatry as a medical discipline*. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*. 2019;29(1):79-81 (In Russ.)].
 15. Adler RH. Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of Psychosomatic Research*. 2009;67(6):607-611. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.08.008
 16. Agnafors S, Svedin CG, Orelan L, Bladh M, Comasco E, Sydsjö G. A Biopsychosocial Approach to Risk and Resilience on Behavior in Children Followed from Birth to Age 12. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2017 Aug;48(4):584-596. doi: 10.1007/s10578-016-0684-x
 17. Balestri M, Calati R, Serretti A, De Ronchi D. Genetic modulation of personality traits. *International. Clinical. Psychopharmacology*. 2014. 29(1):1-15. doi: 10.1097/YTC.0b013e328364590b
 18. Benning TB. Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry. *Adv Med Educ Pract*. 2015 May 2;6:347-52. doi: 10.2147/AMEP.S82937
 19. Bienvenu OJ, Davydow DS, Kendler KS. Psychiatric 'diseases' versus behavioral disorders and degree of genetic influence. *Psychol. Med*. 2011. 41(1):33-40. doi: 10.1017/S003329171000084X
 20. Bratlien U, Oie M, Haug E, Moller P, Andreasen OA, Lien L, Melle I. Environmental factors during adolescence associated with later development of psychotic disorders — a nested case-control study. *Psychiatry Res*. 2014;215 (3):579-585. doi: 10.1016/j.psychres.2013.12.048
 21. Clarke TK, Nymberg C, Schumann G. Genetic and environmental determinants of stress responding. *Alcohol Res*. 2012;34(4):484-494.

22. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics C, Lee SH, Ripke S, Neale BM, Faraone SV, Purcell SM, et al. Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Nat Genet.* 2013;45:984–94. doi: 10.1038/ng.2711
23. Docherty AR, Moscati AA, Fanous AH. Cross-Disorder Psychiatric Genomics. *Curr Behav Neurosci Rep.* 2016;3(3):256–263. doi: 10.1007/s40473-016-0084-3
24. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.
25. Science. 1977 Apr 8;196(4286):129–36. doi: 10.1126/science.847460
25. Fischer A. Epigenetic memory: the Lamarckian brain. *EMBO J.* 2014;33:945–967. doi: 10.1002/embj.201387637
26. Freudenreich O. et al. The Muddles of Medicine: A Practical, Clinical Addendum to the Biopsychosocial Model Psychosomatics. 2010; 51(5):365–369. doi: 10.1176/appi.psy.51.5.365
27. Gask L. In defence of the biopsychosocial model. *Lancet Psychiatry.* 2018 Jul;5(7):548–549. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30165-2
28. Ghaemi SN. Paradigms of psychiatry: eclecticism and its discontents. *Curr Opin Psychiatry.* 2006 Nov;19(6):619–24. doi: 10.1097/01.yco.0000245751.98749.52
29. Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry.* 2009 Jul;195(1):3–4. doi: 10.1192/bjp.bp.109.063859
30. Graff J, Kim D, Dobbin MM, Tsai LH. Epigenetic regulation of gene expression in physiological and pathological brain processes. *Physiol.Rev.* 2011;91:603–649. DOI: 10.1152/physrev.00012.2010
31. Grinker RR, Sr. A struggle for eclecticism. *Am J Psychiatry.* 1964;121:451– 457. doi: 10.1176/ajp.121.5.451
32. Grissom NM, Reyes TM. Gestational overgrowth and undergrowth affect neurodevelopment: similarities and differences from behavior to epigenetics. *Int. J. Dev. Neurosci.* 2013;31:406–414. doi: 10.1016/j.ijdevneu.2012.11.006.
33. Henningsen P. Still modern? Developing the biopsychosocial model for the 21st century *Journal of Psychosomatic Research.* 2015 Nov;79(5):362–3. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.09.003
34. Hontschik B. Thure von Uexküll. Eine Würdigung. *Dr med Mabuse.* 2005;153:1–4.
35. Klengel, T., Binder, E.B., 2013. Gene-environment interactions in major depressive disorder. *Can. J. Psychiatry* 58, 76–83. DOI: 10.1177/070674371305800203
36. Lamb SD. *Pathologist of the Mind: Adolf Meyer and the Origins of American Psychiatry.* Baltimore, Maryland, Johns Hopkins University Press, 2014: 320 pp.
37. Lewis M, Lewis DO. Depression in childhood: a biopsychosocial perspective. *Am J Psychother.* 1981 Jul;35(3):323–9.
38. Lo MT, Hinds DA, Tung JY, Franz C, Fan CC, Wang Y, Smeland OB, Schork A, Holland D, Kauppi K, Sanyal N, Escott-Price V, Smith DJ, O'Donovan M, Stefansson H, Bjornsdottir G, Thorgeirsson TE, Stefansson K, McEvoy LK, Dale AM, Andreassen OA, Chen CH. Genome-wide analyses for personality traits identify six genomic loci and show correlations with psychiatric disorders. *Nat. Genet.* 2017;49(1):152–156. doi: 10.1038/ng.3736
39. McLaren N. Interactive dualism as a partial solution to the mind-brain problem for psychiatry. *Med Hypotheses.* 2006;66(6):1165–73. Epub 2006 Feb 3. doi: 10.1016/j.mehy.2005.12.023
40. McOmish CE, Burrows EL, Hannan AJ. Identifying novel interventional strategies for psychiatric disorders: integrating genomics, 'enviromics' and gene-environment interactions in valid preclinical models. *Br. J. Pharmacol.* 2014;171(20):4719–4728. doi: 10.1111/bph.12783.
41. Oberlander TF, Weinberg J, Papsdorf M, Grunau R, Misri S, Devlin AM. Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. *Epigenetics.* 2008;3(2):97–106. doi: 10.4161/epi.3.2.6034
42. Oher FJ, Demjaha A, Jackson D, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Boydell J, Doody GA, Murray RM, Bentall RP, Jones PB, Kirkbride JB, The effect of the environment on symptom dimensions in the first episode of psychosis: a multilevel study. *Psychol. Med.*, 2014;1–12. doi: 10.1017/S0033291713003188
43. Pourcain B., Haworth C., Davis O. Heritability and genome-wide analyses of problematic peer relationships during childhood and adolescence. *Hum. Genet.* 2014; 134(6):539–551.
44. Reiser MF. Implications of a biopsychosocial model for research in psychiatry. *Psychosom Med.* 1980;42(1 Suppl):141–51. doi: 10.1097/00006842-198001001-00009
45. Richter D. Chronic mental illness and the limits of the biopsychosocial model. *Med Health Care Philos.* 1999;2(1):21–30. doi: 10.1023/a:1009968106317
46. Sapolsky, R. M. *Monkeyluv: And Other Essays on Our Lives as Animals* — New York : Scribner, 2005. 209 p. ISBN 978-0-7432-6015-2
47. Schubert C. Biopsychosocial research revisited. *Journal of Psychosomatic Research.* 2010;68:389–390. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.018
48. Smith RC, Fortin AH, Dwamena F, Frankel RM. An evidence-based patient- centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient Educ Couns.* 2013 Jun;91(3):265–70. doi: 10.1016/j.pec.2012.12.010.
49. Stankiewicz AM, Swiergiel AH, Lisowski P. Epigenetics of stress adaptations in the brain. *Brain Res. Bull.* 2013;98:76–92. DOI: 10.1016/j.brainresbull.2013.07.003
50. Stier M. The biopsychosocial model between biologism and arbitrariness. A Commentary to H. Helmchen. *Front Psychol.* 2014;5:126. doi:10.3389/fpsyg.2014.00126
51. Strauss J, Bernard P, Harper A. Towards a Biopsychosocial Psychiatry. *Psychiatry.* 2019 Summer;82(2):103–112. doi: 10.1080/00332747.2019.1579609
52. Tyrka AR, Price LH, Marsit C, Walters OC, Carpenter LL. Childhood adversity and epigenetic modulation of the leukocyte glucocorticoid recep-

- tor: preliminary findings in healthy adults. *PLoS One*. 2012;7(1): 301-348. doi: 10.1371/journal.pone.0030148
53. Vasile RG, Samson JA, Bemporad J, Bloomingdale KL, Creasey D, Fenton BT, Gudeman JE, Schildkraut JJ. A biopsychosocial approach to treating patients with affective disorders. *Am J Psychiatry*. 1987 Mar;144(3):341-4. doi: 10.1176/ajp.144.3.341
 54. Walter H. The third wave of biological psychiatry. *Front. Psychol*. 2013;4:582. doi:10.3389/fpsyg.2013.00582
 55. Weaver ICG, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, Dymov S, Szyf M, Meaney MJ. Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature neuroscience*. 2004;7(8):847-854. doi: 10.1038/nn1276
 56. Weissman, M.M., Olfson, M., 1995. *Depression in women: implications for health care research*. Science. 1995; 269:799-801. DOI: 10.1126/science.7638596
 57. Wojcik W, Lawrie SM. Towards a Biopsychosocial Model of Gulf War Illness? *EBioMedicine*. 2016;3:6-7. doi:10.1016/j.ebiom.2015.12.021
 58. Wright CD, Tiani AG, Billingsley AL, Steinman SA, Larkin KT, McNeil DW. A Framework for Understanding the Role of Psychological Processes in Disease Development, Maintenance, and Treatment: The 3P-Disease Model. *Front Psychol*. 2019 Nov 20;10:2498. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02498
 59. Zhao H, Nyholt DR. Gene-based analyses reveal novel genetic overlap and allelic heterogeneity across five major psychiatric disorders. *Hum. Genet.* — 2017;136(2):263-274. doi: 10.1007/s00439-016-1755-6

Сведения об авторах

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

Рукавишников Григорий Викторович — к.м.н., научный сотрудник отделения эндокринологической психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург. E-mail: grigory_v_r@mail.ru

Касьянов Евгений Дмитриевич — аспирант, младший научный сотрудник отделения эндокринологической психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург. E-mail: ohkasyan@yandex.ru

Филиппов Дмитрий Сергеевич — историк, философ, автор и редактор просветительского портала «Психиатрия & Нейронауки», г. Санкт-Петербург, Россия

Кибитов Александр Олегович — д.м.н., руководитель лаборатории молекулярной генетики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва; ведущий научный сотрудник отделения эндокринологической психиатрии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург. E-mail: druggen@mail.ru

Мазо Галина Элевна — д.м.н., ученый секретарь, руководитель отделения эндокринологической психиатрии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург. E-mail: galina-mazo@yandex.ru

Депрессия и рак: основные направления международных исследований

Блинков А.Н.

Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, Москва

Резюме. В обзорной статье раскрываются проблемы распространенности, диагностики, этиопатогенеза, последствий и психосоциального лечения депрессии у пациентов онкологического профиля согласно данным зарубежной литературы. Показано, что проявления эмоционального дистресса у онкологических пациентов значительно выше, тогда как распространенность большого депрессивного расстройства сравнима с показателями общей популяции. Депрессия может развиваться как реакция на постановку диагноза рака, посредством активизации нейроиммуноэндокринных механизмов реагирования на стресс, и может быть следствием биологических изменений, сопровождающих опухолевый процесс и его лечение. На современном этапе развития психосоциального лечения данного контингента больных все чаще разрабатываются и применяются программы доступной комплексной помощи пациентам, состоящие из нескольких модулей и проводимые непрофессионалами в области психического здоровья.

Ключевые слова: депрессия, диагностика, иммунитет, онкология, патогенез, последствия, психосоциальная терапия, рак, расстройства депрессивного спектра.

Depression and Cancer (literature review)

Blinkov A.N.

The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration under the President of the Russian Federation, Moscow

Summary. Current review describes the issues of prevalence, diagnosis, pathogenesis, implications, and psychosocial treatment of depression in oncology patients. The prevalence of emotional disorders in oncology patients is significantly higher while the prevalence of major depressive disorder is comparable to the numbers presented among general population. The depression can occur as a psychological reaction of personality in response to the diagnosis of cancer, due to specific neuro-immuno-endocrine mechanisms related to this stress factor, and can be developed in the course of biological changes, caused by the progressive malignant process and its chemotherapy treatment. Modern comprehensive psychosocial care programs for oncology patients with depression have been designed and consist of several modules. These therapeutic programs are applied in clinical practice and mostly delivered by nonprofessionals in the field of mental health.

Key words: cancer, implications, depression, depressive spectrum disorders, diagnosis, immunity, oncology, pathogenesis, psychosocial treatment.

Согласно отчету Международного агентства по изучению рака при ВОЗ (The International Agency for Research on Cancer, IARC), в 2018 году во всем мире было зарегистрировано примерно 18,1 миллиона новых случаев рака и 9,6 миллионов смертей от рака [8]. В 2017 году в РФ было зафиксировано 617 177 впервые выявленных случаев, при этом на конец 2017 года в территориальных онкологических учреждениях России состояли на учете 3 630 567 пациентов [1]. Депрессия остается недооцененной сопутствующей патологией у онкологических больных, что имеет тяжелые последствия как в виде ухудшения общего самочувствия и снижения качества жизни пациентов, так и учащения рецидивов, повышения показателей смертности и увеличения экономических расходов системы здравоохранения на оказание помощи пациентам с коморбидной психической и онкологической патологией.

Только около половины пациентов с раком, у которых обнаруживается тяжелая или умеренная депрессия, готовы обращаться за профессиональной помощью [12], однако, у большинства этих

больных депрессию либо не диагностируют, либо не предоставляют им соответствующее необходимое лечение [62]. Отчет ВОЗ продемонстрировал, что терапевтический разрыв (разница между числом тех, у кого диагностировано заболевание, и тех, кто получил соответствующую помощь) при большой депрессии и дистимии достиг 56% [39], кроме того, целый ряд психоонкологических исследований выявил сходные данные, свидетельствующие о значительных пробелах в лечении психических расстройств у больных раком [44]. Соответственно, требуется своевременная и точная диагностика и основанное на доказательности лечение коморбидных психических расстройств с целью не только повысить качество жизни, но также снизить неблагоприятные эффекты влияния аффективной патологии на течение рака, продолжительность пребывания в стационаре, увеличить приверженность лечению, его эффективность, и выживаемость пациентов, тем самым улучшая прогноз основного заболевания [33].

Данная статья содержит обзор данных зарубежной литературы, в частности, о распростра-

ненности депрессии, особенностях ее диагностики, патогенезе, последствиях и лечении у пациентов с раком, и ставит своей целью повысить информированность специалистов, работающих в онкологической службе, по вопросу коморбидных эмоциональных расстройств и, тем самым, повысить качество оказываемой помощи онкологическим больным.

В России также проводятся исследования в этом направлении [2, 3], и это является предметом отдельного анализа.

1. Распространенность

Распространенности расстройств настроения среди онкологических больных посвящен большой массив зарубежной литературы, однако, этот вопрос до сих пор является дискуссионным по ряду причин.

Прежде всего, в публикациях представлен широкий разброс изучаемых диагностических категорий. Во многих исследованиях стали применять расширенные диагностические критерии психических расстройств, чтобы собрать информацию о спектре экспрессии изучаемых состояний. В связи с использованием концепции спектра депрессивных расстройств показатели депрессии в изучаемых выборках пациентов выросли до 20%, в то время как только для большого депрессивного расстройства значения распространенности в популяции составили 13.2% в течение жизни и 5.2% в течение 12-ти месяцев [70]. Концепция спектра подразумевает, что у многих людей в общей популяции могут наблюдаться отдельные депрессивные симптомы и/или подпороговые состояния, не достигающие степени тяжести или не удовлетворяющие временному критерию продолжительности специфических расстройств настроения, описанных в системе DSM-V [5] или МКБ-10 [87]. Несмотря на то, что эти подпороговые расстройства могут выявляться в продромальном периоде большого депрессивного расстройства [23], служить предикторами его последующей манифестации [49] или оставаться в рамках проявлений нормальной грусти и клинической картины легкой депрессии [48], они в то же время могут вызвать значительные страдания, профессиональные и личностные затруднения [63] и при хроническом течении, что требует отдельного клинического внимания, даже характеризоваться повышенным риском суицидальной активности [31].

При исследовании распространенности депрессии среди больных раком «депрессия» рассматривалась как собирательное понятие, чаще всего изучалась распространенность эмоциональных расстройств, включались симптоматический и продромальный уровень, помимо большого депрессивного расстройства учитывались легкая депрессия, дистимия, расстройства адаптации и тревожные расстройства, а также широко понимаемый эмоциональный дистресс, измеренные с помощью рейтинговых шкал [54]. Фактически, термин «депрессия» указывает на широкий спектр состоя-

ний, начиная от преходящего нормального чувства грусти, печали в ответ на неблагоприятное событие (диагноз рака) до очень тяжелого, ухудшающего общее функционирование синдрома [9].

Одна из самых актуальных проблем в этой области — отграничение «нормального» депрессивного состояния от клинически значимого расстройства. Так, например, в последние 20 лет был тщательно описан и изучен феномен «деморализации», который также является частью расстройств депрессивного спектра, но не диагностируется как расстройство согласно критериям МКБ [87] и DSM [5]. J.M. de Figueiredo (1993) [15] четко определил различия между деморализацией и большой депрессией, указывая на то, что в то время как пациенты с большим депрессивным расстройством воспринимают источник дистресса внутри самих себя, испытывают чувство вины, ангедонии, существенное снижение мотивации и повседневной активности, те люди, у которых выявляется деморализация (фрустрация, огорчение в ответ на проблемные жизненные ситуации), воспринимают источник дистресса вне себя, не чувствуют вины, не демонстрируют ангедонии и, хотя бывают не уверены, куда следует направить свои действия, уровень мотивации остается неизменным.

Сложность представляет также разграничение тревожных и депрессивных симптомов. Предполагается, что только небольшое число форм депрессии — в том числе, мягкие или легкие — случаются при отсутствии значительной тревоги [85]. На практике специалисты имеют дело с высокой степенью перекрытия депрессивных и тревожных симптомов при измерении с помощью самоотчетов и клинических рейтинговых шкал. На диагностическом уровне присутствует очень высокая степень коморбидности между депрессивными и тревожными расстройствами [85].

Соответственно, в зависимости от того, насколько широкий спектр психопатологии принимался во внимание при исследовании распространенности депрессии среди больных раком, настолько был большим и разброс в полученных показателях — как правило, в мета-анализах приводится цифра от 1% до 69% [51]. Соответственно, если в исследованиях рассматривались все расстройства депрессивного спектра, то цифры достигали 69%; распространенность депрессии, определяемой с помощью критериев DSM [5] и МКБ [87], составляла 8.4%-16.5%, что незначительно отличается от соответствующих показателей в общей популяции. Данные результаты отражают мнение о том, что скрининг дистресса концептуально схож со скринингом всех расстройств эмоций и настроения, но отличается от скрининга только клинической депрессии [54].

Еще несколько факторов могут способствовать широкому разбросу данных распространенности: (1) использование для оценки депрессии различных инструментов, имеющих различные психометрические свойства; (2) использование различных критериев для определения депрессии как психи-

ческого расстройства и (3) различия между изучаемыми группами онкологических больных, в частности, по типу рака, стадии и методу лечения [51, 83].

Общепризнанным фактом считается то, что при использовании полу- и структурированных диагностических интервью показатель распространенности большого депрессивного расстройства получается меньше, чем при использовании методов самоотчета [40, 54]. Так, А.М. Krebber и соавт. (2014) [40] по результатам проведенного мета-анализа сообщали о показателе распространенности депрессии у больных раком 13%, при применении клинических интервью, и 17% — при использовании Госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Похожие результаты были получены в одной из самых цитируемых работ в этой области — А.М. Mitchell и соавт. (2011) [54] провели мета-анализ 66 исследований с целью определения распространенности депрессии у больных раком в онкологических, гематологических и паллиативных условиях. Они сообщили о показателе совокупной распространенности большой депрессии в условиях не-паллиативной помощи, равном 16.3%, измеренном посредством психиатрических интервью с опорой на критерии DSM-IV [5] или МКБ-10 [87].

Полученную разницу можно объяснить тем, что диагностические интервью являются стандартизированными инструментами и используют более строгие критерии для оценки клинической депрессии по сравнению с самоотчетами. Последние разработаны для измерения повышенного риска развития или оценки тяжести депрессии, а не собственно диагностики депрессивного расстройства [82], поэтому они могут переоценить наличие депрессии.

Однако, у пациентов с симптомами депрессии оценка с помощью диагностических интервью может привести к недостаточному распознаванию потребности в психологической поддержке [76], в свою очередь, это опасно тем, что лечение будет недостаточным, так как две трети случаев позитивного скрининга могут в последующем развиться в клинически выраженную депрессию, если их оставить без соответствующей терапии [86]. Более того, стандартизированные диагностические интервью занимают много времени и поэтому являются относительно дорогостоящими, что затрудняет их повседневное использование в онкологии.

Что касается различий, обусловленных типом рака, стадией и проводимыми вмешательствами, то распространенность депрессии была самой высокой во время лечения — в пределах от 14% до 27%. В первый год после постановки диагноза показатели распространенности составляли от 9% до 21%, и от 8% до 15% — через 1 год и более [40]. Одни из самых высоких значений эмоционального дистресса наблюдаются у больных с раком легкого и поджелудочной железы, низких — с раком кожи; в целом, диагнозы с более плохим прогнозом и высоким бременем приводят к са-

мым высоким показателям распространенности расстройств депрессивного спектра [91].

2. Диагностика депрессии в онкологической практике

За последние 20 лет совершенствовались как сами инструменты скрининга депрессии у больных раком, так и алгоритмы его проведения [83]. В настоящее время рекомендуют проводить опросы в комнатах ожидания или посредством компьютера, а также применяют тач-скрин технологии оценки психосоциального дистресса в амбулаторных условиях [4]. Кроме того, возможны алгоритмические подходы, при которых скрининг начинается с простых методов, и затем, только при необходимости, двигаются к более сложным и точным. Данные методы также предлагают комбинировать с помощью компьютерного компьютерной программы тестирования, опираясь на банк вопросов и основанный на доказательствах алгоритм принятия решения, в рамках которого каждый последующий вопрос регулируется в зависимости от полученного ответа на предыдущий вопрос [74].

В настоящее время чаще всего первоначально используют простые, валидизированные инструменты, выполнение которых не занимает более 5 минут, и которые проводятся онкологами или заполняются самими пациентами, а далее, при необходимости, применяют полуструктурированные клинические интервью, проводимые уже профессионалами в области психического здоровья.

Следующие короткие методы были валидизированы для использования непосредственно в группе онкобольных: один вопрос, заданный устно (single verbal item), PHQ1 (Patient Health Questionnaire—1 (Оценка состояния здоровья пациента—1), PHQ2 (Patient Health Questionnaire—2 (Оценка состояния здоровья пациента—2), два устных вопроса (two verbal items), Краткий опросник симптомов-18 (Brief Symptom Inventory-18, BSI-18), Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS), Инструмент скрининга Хорнхейда (Hornheide Screening Instrument), Опросник общего здоровья—9 (General Health Questionnaire—9), Шкала депрессии Бека (BDI, короткая версия) и Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (подробное описание методов дано в статье [14]).

Чувствительность и специфичность различных шкал варьируют в зависимости от используемых пороговых значений и клинического состояния пациента. Ни один из инструментов, используемых на сегодняшний день, не признан безоговорочно предпочтительным по сравнению с другими. Тем не менее, следует отметить, что в большинстве исследований чувствительность и специфичность ультракоротких инструментов (состоящих только из одного или двух вопросов, «плохое настроение» и «потеря интереса или удовольствия») оказались как минимум такими же хорошими, как и для более длинных методов [55].

Диагностика депрессии достаточно сложна и поэтому изолированное использование любого инструмента скрининга не может обеспечить абсолютную точность. Основная ценность этих методик в том, что они позволяют с высокой степенью достоверности идентифицировать пациентов, не страдающих депрессией, и, следовательно, сосредоточить усилия онкологов, психологов, психиатров на получении более точных данных у тех людей, которые в ходе скрининга обнаружили положительные оценки.

Полуструктурированное интервью является золотым стандартом диагностики депрессии. Чаще всего в исследованиях распространенности депрессии среди онкологических больных используются следующие клинические интервью:

- Clinical Interview Schedule-Revised (CIS-R) — это полностью структурированный диагностический инструмент, разработанный для использования интервьюерами-непрофессионалами без клинического опыта. Интервью основано на диагностических критериях МКБ-10 [45];
- Composite International Diagnostic Interview (CIDI) — это всестороннее, полностью структурированное интервью, предназначенное для использования подготовленными непрофессиональными интервьюерами для оценки психических расстройств в соответствии с критериями МКБ-10 и DSM-IV [67];
- Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) — это полуструктурированное интервью, предназначенное для использования в клинике, в научных целях и в популяционных исследованиях, оно определяет, соответствует ли пациент DSM-IV критериям какого-либо психического расстройства.

При применении полуструктурированных клинических интервью выявлялись умеренные показатели синдромальной депрессии у пациентов с раком, что подтверждает предположение о том, что депрессия не является неизменным осложнением рака и распространена только, когда объединены все подтипы расстройств настроения и связанные с ними другие эмоциональные нарушения [54].

Патогенез

Вопрос этиопатогенеза депрессии при раке рассматривается с двух основных сторон. Есть сведения, что ранее переживаемые стрессы и депрессивные симптомы могут спровоцировать начало, а также определяют прогрессирование рака [66]. В то же время, депрессия может возникнуть как реакция на диагноз онкологического заболевания, особенно при наличии плохого прогноза, поскольку диагноз рака сам по себе является тяжелым стрессом [75]. В обоих случаях рассматривается вопрос наличия затяжного и/или тяжелого стресса, который, как показывают исследования

последних лет, способен изменить реакцию иммунной системы, которая, в свою очередь, влияет на уязвимость к болезни и способствует ее развитию [13]. В литературе подробно анализируются как психологические, так и биологические этиологические аспекты.

Психологические и социальные причинные факторы. Депрессия может быть результатом стресса, который превышает способность человека адаптироваться к изменениям в жизни. Стресс, в свою очередь, может быть вызван знанием диагноза, сведениями о плохом прогнозе заболевания, неопределенностью, последствиями, которые диагноз и процесс лечения рака могут оказывать на работу пациента, семью, внешний вид, независимость и финансовое состояние [75]. Люди с неадаптивными копинг стратегиями, имеющие психические расстройства в анамнезе и коммуникативные затруднения особенно подвержены риску развития депрессии [60].

Биологические каузальные факторы. Ряд исследований показал, что психологический стресс может регулировать различные части клеточного иммунного ответа по типу отрицательной обратной связи. Связь между ЦНС и иммунной системой происходит через химические посредники, секретируемые нервными клетками, эндокринными органами и иммунными клетками, а психологические стрессоры могут нарушить эти взаимосвязи (например, [29]).

Доказательства интеракции между ЦНС и эндокринной и иммунной системами получены из наблюдений, что нейротрансмиттеры, такие как норадреналин, серотонин, дофамин и ацетилхолин; нейропептиды, такие как энкефалины, субстанция Р, вазоактивный интестинальный пептид, кортикотропин-релизинг фактор и нейропептид Y; нейрогормоны, такие как гормон роста, адренотропический гормон и пролактин; и гормоны надпочечников, такие как кортикостероиды и адреналин влияют на иммунную функцию как *in vivo*, так и *in vitro*, и рецепторы для этих молекул присутствуют на лимфоцитах и макрофагах [34, 71]. Нейроэндокринная и иммунная системы имеют общие сигнальные медиаторы и рецепторы, что позволяет предположить, что мозг играет иммунорегуляторную роль, а иммунная система реализует сенсорную функцию (например, [30]).

Во время острого и хронического стресса активируется гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось, что ведет к высвобождению медиаторов, которые, в свою очередь, подавляют некоторые неспецифические и специфические части иммунного ответа, включая активность NK-клеток, фагоцитоз, продукцию воспалительных цитокинов (т.е. интерлейкин 2, интерферон γ и фактор некроза опухоли) и цитотоксическую активность Т-клеток, которые ставят под угрозу наиболее важные факторы иммунного ответа, направленные против развития опухолей [56]. Более того, другие релевантные биологические процессы, на которые воздействует стресс, такие как увеличение повреждения ДНК, накопле-

ние соматических мутаций, изменения в репликации ДНК и ингибирование апоптоза могут быть вовлечены в возникновение и определять исход некоторых типов рака [37].

Цитокины интерлейкин 1, фактор некроза опухоли (TNF) α , интерферон α и интерферон γ , секретируемые активированными иммунными клетками могут, в свою очередь, изменять функцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси [38, 41].

Взаимовлияния эмоций и иммунных функций могут лежать в основе изменений восприимчивости к инфекционным заболеваниям или развития злокачественных опухолей [68]. Иными словами, хронический стресс, чем и является по своей сути депрессия с ее соответствующими изменениями в организме, может способствовать началу и прогрессированию некоторых форм рака, в основном ассоциированных с вирусами [61]. В то же время и сам диагноз рака, его последствия и лечение, могут быть тяжелым стрессом для пациента, приводя к активизации нейроиммунно-эндокринных механизмов развития депрессии [66].

Последствия

Расстройства настроения у онкологических больных приводят к многочисленным негативным последствиям, среди которых чаще всего выделяют: а) повышенные показатели смертности от рака; б) плохой комплаенс; в) более высокий риск суицида; г) ухудшение качества жизни [35]; д) увеличение времени пребывания в стационаре и использования ресурсов здравоохранения [11, 52].

Факт того, что большое депрессивное расстройство ассоциировано с худшей выживаемостью больных раком был подтвержден во многих исследованиях [64]. В одной работе [42] было показано, что смертность от рака среди всех групп психиатрических пациентов была на 39% выше у мужчин и на 24% выше у женщин. В частности, для расстройств настроения показатели смертности были на 25% выше у пациентов с депрессивными симптомами, и на 39% выше у пациентов с диагностированными большим депрессивным расстройством или легкой депрессией [64].

Нужно отметить, что подобная связь большого депрессивного расстройства с худшей выживаемостью была обнаружена не только среди онкологических больных, но и среди пациентов с другими соматическими заболеваниями, в особенности, с сердечно-сосудистыми [25].

Относительно механизмов, посредством которых депрессия может повысить риск смертности онкологических больных, высказывалось несколько гипотез, требующих, однако, дальнейшего уточнения. Рак у психиатрических пациентов может выявляться на более поздней стадии, учитывая возможные сложности с доступом к медицинской помощи, включая программы скрининга рака [42]. Депрессия запускает патофизиологические механизмы через изменения нейроэндокринных и иммунных функций, влияющих на

риск летального исхода (например, дисрегуляция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, особенно суточные колебания кортизола и мелатонина) [37, 80]. Пациенты с депрессией могут реже придерживаться рекомендаций по ведению здорового образа жизни: они могут реже заниматься регулярными физическими упражнениями или другими формами физической активности, могут чрезмерно курить и употреблять алкогольные напитки [27]. Наконец, из-за развившейся депрессии больные с раком могут не придерживаться предписанных схем приема лекарств или пропускать посещения онколога [18].

Вопросы нонкомплаенса среди онкологических больных с расстройствами депрессивного спектра обсуждался во многих исследованиях (например, [17]) в виду того, что приверженность медикаментозному лечению была признана ключевой проблемой в отношении исходов данных заболеваний. В одной из работ [16] рассматривалась степень принятия адъювантной химиотерапии пациентами с раком молочной железы, у которых имела сопутствующая депрессия. Только 51.3% больных основной группы придерживались назначенного лечения по сравнению с 92.2% контрольной группы.

Риск суицида в онкологическом контексте в 1.95-2.8 раз выше, чем в общей популяции, при этом есть доказательства, что анатомия рака связана с разными показателями риска и разной частотой самоубийств (например, [53]). Тем не менее, данный вопрос остается дискуссионным, однако, наиболее высокий риск суицидов в ряде работ соотносят с раком легких, желудка и головного мозга. Хотя причины, по которым определенные типы рака ассоциированы с повышенной частотой самоубийств, неизвестны, возможно, что у пациентов с раком легких к этому приводит плохой прогноз. Есть и другие факторы, влияющие на повышение риска суицида у больных раком, такие как мужской пол [90] и более старший возраст [65], тем не менее, они те же, что и в общей популяции [78]. Суицидальный риск у онкологических пациентов самый высокий в первые годы сразу после постановки диагноза рака, но он остается повышенным в течение более чем 15 лет по сравнению с показателями суицидов среди населения в целом [53].

Психосоциальные интервенции

В имеющейся литературе по вопросам терапии онкологических больных с депрессией подчеркиваются важность и необходимость оказания им психологической поддержки либо в форме психосоциальной помощи, либо в форме психотерапии. Наиболее часто применяемые вмешательства представлены в Табл.1.

Помимо перечисленных в таблице подходов, были разработаны формы психотерапии с четко определенными мишенями и подробными руководствами для применения у пациентов с онкологическими заболеваниями, включая такие методи-

Таблица 1. Table 1. Description of psychotherapeutic interventions (по материалам [46])	
Тип	Описание
Психообразование [22]	Предоставление информации, разработанной с целью повышения осведомленности, увеличения объема знаний и снижения неопределенности и, тем самым, повышения уровня психологического благополучия.
Релаксационный тренинг [77]	Обучение навыкам облегчения физического и умственного напряжения при помощи медитативных упражнений, техник прогрессирующей мышечной релаксации, или использования управляемых умственных образов.
Проблемно-решающая терапия [43]	Фокусирование на создании, применении и оценке решений выявленных проблем.
Когнитивно-поведенческая терапия [72]	Ориентация на выявление, проработку и изменение дезадаптивных мыслей и поведения, с целью уменьшить негативные эмоции и способствовать психологической адаптации.
Интерперсональная терапия [19]	Фокусирование на проблемах межличностных взаимодействий и отношений, акцент на таких областях, как горе, ролевые переходы, разногласия или интерперсональный дефицит, с целью снижения уровня дистресса и формирования психологической адаптации.
Поддерживающая экспрессивная (психодинамическая) терапия [50]	Фокусирование на передаче и обработке субъективного опыта, и на совместном создании смысла в рамках терапевтических отношений с целью снижения уровня дистресса и формирования психологической адаптации (например, смыслоцентрированная терапия, терапия достоинства).

ки, как: *Редукция стресса, основанная на осознанности (Mindfulness)* [69], *Поведенческая активация* [32], *Управляемые образы / визуализация* [73], *Гипноз* [47].

В последнее время стали разрабатываться организационные стратегии для повышения качества терапии депрессий у больных раком, такая необходимость возникла из-за того, что, как было показано, ведение соматических пациентов с депрессивными расстройствами зачастую проходит неадекватно — с ошибками на этапе диагностики депрессии, назначении корректного соответствующего и основанного на доказательной базе плана терапии, или с отсутствием последующего наблюдения для контроля достижения результата, эффективности лечения [28]. Стал применяться формат так называемой совместной, интегративной помощи — разноплановые структурированные организационные интервенции, реализуемые менеджером по уходу (чаще всего это непрофессионал), осуществляющим связь между пациентом и, например, психиатром [84], врачом общей практики [36] или онкологом [20]. Такие интегративные программы могут включать в себя систематический скрининг пациентов с депрессией, применение антидепрессантов и разнообразные психосоциальные техники [26].

Примером такой комплексной интервенции служит программа «Лечение депрессии у людей с раком» (Depression Care for People with Cancer—DCPC) [81]. Она состоит из 10 индивидуальных сессий на протяжении трех месяцев, содержание сессий включает в себя 1) предоставление информации о депрессии и ее лечении (включая назначение антидепрессантов); 2) проблемно-решающую терапию с целью научить пациентов копинг стратегиям, разработанным для преодоления чувства беспомощности;

и 3) общение с каждым онкологом и врачом общей практики, которые ведут данных онкологических пациентов с депрессией, на тему тактики ведения большого депрессивного расстройства. DCPC продемонстрировала высокую эффективность в лечении депрессии и улучшении качества жизни депрессивных больных с раком, но не было никаких доказательств значимого влияния на выживаемость [57].

Несмотря на определенный дефицит рандомизированных клинических исследований применения психосоциальных и психотерапевтических вмешательств [88], существует ряд доказательств их позитивного влияния на снижение тревоги, депрессии, психологического дистресса и повышение качества жизни (например, [16]).

Давно продолжается дискуссия о том, улучшает ли психиатрическое или психологическое лечение выживаемость пациентов с раком. Результаты двух значимых исследований, опубликованных 20 лет назад, показали, что такое лечение действительно улучшает показатели выживаемости [21, 79]. Однако, недавние систематические обзоры [59, 89] указывают на неубедительность подобных выводов, обнаруживая небольшие эффекты только в определенных подгруппах пациентов или только в определенный период времени после постановки диагноза рака. В частности, сообщалось, что психообразовательные интервенции для больных раком на ранней стадии, по-видимому, имеют позитивное влияние на выживаемость, особенно, если их проводят медицинские работники [59]. Таким образом, на сегодняшний день не найдено существенных подтверждений тому, что психотерапевтические интервенции повышают выживаемость больных раком.

В некоторых исследованиях было показано, что снижение влияния психологического стресса

са благодаря факторам социальной поддержки, включая наличие социальной сети или психологическое вмешательство, снижает частоту мета-стазирования [21, 24].

Остаются не до конца ясными механизмы, посредством которых психотерапия приводит к таким результатам, однако, некоторые исследования вмешательств, способствующих редукции депрессии, показали, что они нормализуют потенциальные медиаторы, такие как кортизол, и, таким образом, могут замедлять прогрессирование болезни [80]. Кроме того, в последнее время стали появляться работы, в которых было обнаружено, что психосоциальные интервенции могут улучшить иммунную функцию (например, пролиферацию лимфоцитов) и уменьшить маркеры воспаления у пациентов с раком (например, [15, 58]). При этом было высказано предположение [16], что изменения иммунитета, вызванные психосоциальными вмешательствами, не влияют на тяжесть симптомов и функциональное состояние больных; эти трансформации индуцируют изменения в поведении, особенно способствуя снижению уровня дистресса.

Таким образом, требуется дальнейшее изучение вопросов оценки эффективности психосоциальных и психотерапевтических интервенций в терапии онкологических пациентов с депрессией, в том числе, с целью выявления наиболее эффективных в лечении тех или иных групп онкологических больных (в зависимости от стадии течения болезни, прогноза, формы типа рака и пр.).

Заключение

Среди онкологических больных широко распространены расстройства эмоций и настроения, однако, большое депрессивное расстройство

встречается с такой же частотой, как и в общей популяции.

Для диагностики расстройств депрессивного спектра используются короткие инструменты скрининга, которые, в большей мере, оценивают уровень эмоционального дистресса, но, тем не менее, они позволяют выявить уязвимые группы больных и сосредоточить усилия профессионалов на пациентах, которые нуждаются в оказании дополнительной психиатрической помощи. Для более точной диагностики психических расстройств, включая большое депрессивное расстройство, используются полуструктурированные клинические интервью, однако, их проведение экономически невыгодно и их трудно адаптировать в рутинных условиях оказания помощи онкобольным.

Депрессия может способствовать возникновению и прогрессированию рака, также как и постановка онкологического диагноза может способствовать развитию депрессии, при этом в обоих случаях имеет место затяжной и/или тяжелый стресс, который активизирует нейроэндокринные и иммунные патогенетические механизмы.

Последствия развития депрессивного расстройства у больных раком разнообразны и включают, в том числе, повышение показателей смертности и плохой комплайнс.

Для лечения депрессии у онкологических больных разработано множество психотерапевтических / психосоциальных методов и техник, однако, на современном этапе все чаще используются интегративные подходы с привлечением непрофессионалов. Психотерапия высокоэффективна у онкобольных в отношении редукции дистресса, в частности, приводит к улучшению иммунологических показателей, однако вопрос о ее влиянии на повышение выживаемости требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. — 250 с. [Kaprin A.D., Starinsky V.V., Petrova G.V. Zlokachestvennii novoobrazovaniia v Rossii v 2017 (zabolevaemost i smertnost). M.: MNIOI im. P.A. Herzen, phialial FGBU Radiologii Minzdrava Rossii; 2018: 250.]
2. Грушина Т.И., Ткаченко Г.А. Психологический дистресс у больных раком молочной железы после различных видов противоопухолевого лечения. Опухоли женской репродуктивной системы. 2016; 12(1):56-62. [Grushina T.I., Tkachenko G.A. Psychological distress in patients with breast cancer after various types of antitumor treatment. Tumors of the female reproductive system. 2016; 12(1):56-62.]
3. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. — СПб: Любавич, 2017:352 с. [Oncopsychology for oncologists and medical psychologists. Manual. A.M. Belyaev, V.A. Chulkova, T.Yu. Semiglazova, M.V. Rogachev. St. Petersburg: Lyubavich, 2017:352 p].
4. Allenby A., Matthews J., Beresford J., McLachlan S.A. The application of computer touch-screen technology in screening for psychosocial distress in an ambulatory oncology setting. Eur. J. Cancer Care. 2002; 11(4):245-253.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596.744053.
6. Andersen B.L., Farrar W.B., Golden-Kreutz D. et al. Distress reduction from a psychological intervention contributes to improved health for cancer patients. Brain, Behavior, and Immunity. 2007; 21(7):953-961. doi: 10.1016/j.bbi.2007.03.005.
7. Antoni M.H. Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. Brain, Behavior, and Immunity. 2013; 30:88-98. doi: 10.1016/j.bbi.2012.05.009.

8. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J. Clin.* 2018; 68(6):394–424. doi: 10.3322/caac.21492.
9. Caruso R., GiuliaNanni M., Riba M.B. et al. Depressive spectrum disorders in cancer: diagnostic issues and intervention. A critical review. *Curr. Psychiatry Rep.* 2017; 19(6):33. doi: 10.1007/s11920-017-0785-7.
10. Colleoni M., Mandala M., Peruzzotti G. et al. Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet.* 2000; 356(9238):1326–1327. doi: 10.1016/S0140-6736(00)02821-X.
11. Compen F.R., Adang E.M.M., Bisseling E.M. et al. Exploring associations between psychiatric disorder, psychological distress, and health care utilization in cancer patients. *Psychooncology.* 2018; 27(3):871–878. doi: 10.1002/pon.4591.
12. Curry C., Cossich T., Matthews J.P. et al. Uptake of psychosocial referrals in an outpatient cancer setting: improving service accessibility via the referral process. *Support Care Cancer.* 2002; 10:549–555. doi: 10.1007/s00520-002-0371-2.
13. Danese A., Lewis J.S. Psychoneuroimmunology of early-life stress: the hidden wounds of childhood trauma? *Neuropsychopharmacology.* 2017; 42(1):99–114. doi: 10.1038/npp.2016.198.
14. Dauchy S., Dolbeault S., Reich M. Depression in cancer patients. *EJC Suppl.* 2013; 11(2):205–215. doi: 10.1016/j.ejcsup.2013.07.006.
15. de Figueiredo J.M. Depression and demoralization: phenomenologic differences and research perspectives. *Compr. Psychiatry.* 1993; 34(5):308–311. doi: 10.1016/0010-440x(93)90016-w.
16. de la Torre-Luque A., Gambaro H., López E., Cruzado J.A. Psychological treatments to improve quality of life in cancer contexts: A meta-analysis. *Int. J. Clin. Health Psychol.* 2016; 16(2):211–219. doi: 10.1016/j.ijchp.2015.07.005.
17. de Souza B.F., Pires F.H., Dewulf Nde L. et al. Patients on chemotherapy: depression and adherence to treatment. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2013; 47(1):61–68. doi: 10.1590/s0080-62342013000100008.
18. DiMatteo M.R., Lepper H.S., Croghan T.W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch. of Internal. Med.* 2000; 160:2101–2107. doi: 10.1001/archinte.160.14.2101.
19. Donnelly J.M., Kornblith A.B., Fleishman S. et al. A pilot study of interpersonal psychotherapy by telephone with cancer patients and their partners. *Psychooncology.* 2000; 9(1):44–56.
20. Ell K., Xie B., Quon B. et al. Randomized controlled trial of collaborative care management of depression among low-income patients with cancer. *J. Clin. Oncol.* 2008; 26(27):4488–4496. doi: 10.1200/JCO.2008.16.6371.
21. Fawzy I.F., Fawzy N.W., Hyun C.S. et al. Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1993; 50:681–689. doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820210015002.
22. Fawzy, F.I., Fawzy, N.W., Canada, A.L. Psycho-educational intervention programs for patients with cancer. In A. Baum & B. L. Andersen (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer.* Washington, DC, US: American Psychological Association. 2001; 235–267.
23. Fogel J., Eaton W.W., Ford D.E. Minor depression as a predictor of the first onset of major depressive disorder over a 15-year follow-up. *Acta Psychiatr. Scand.* 2006; 113(1):36–43. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00654.x.
24. Garssen B., Goodkin K. On the role of immunological factors as mediators between psychological factors and cancer progression. *Psychiatry Res.* 1999; 85:51–61. doi: 10.1016/s0165-1781(99)00008-6.
25. Gathright E.C., Goldstein C.M., Josephson R.A., Hughes J.W. Depression increases the risk of mortality in patients with heart failure: A meta-analysis. *J. Psychosom. Res.* 2017; 94:82–89. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.01.010.
26. Gilbody S., Bower P., Fletcher J. et al. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch. Intern. Med.* 2006; 166(21):2314–2321. doi: 10.1001/archinte.166.21.2314.
27. Gilman S.E., Sucha E., Kingsbury M. et al. Depression and mortality in a longitudinal study: 1952–2011. *CMAJ.* 2017; 189(42):1304–1310. doi: 10.1503/cmaj.170125.
28. Greenberg D.B. Barriers to the treatment of depression in cancer patients. *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* 2004; 32:127–135. doi: 10.1093/jncimonographs/lgh019.
29. Gunnar M., Quevedo K. The neurobiology of stress and development. *Annu. Rev. Psychol.* 2007; 58:145–173. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085605.
30. Hass H.S., Schauenstein K. Immunity, hormones, and the brain. *Allergy.* 2001; 56:470–477. doi: 10.1034/j.1398-9995.2001.056006470.x.
31. Holmstrand C., Engström G., Träskman-Bendz L. Disentangling dysthymia from major depressive disorder in suicide attempters' suicidality, comorbidity and symptomatology. *Nord. J. Psychiatry.* 2008; 62(1):25–31. doi: 10.1080/08039480801960164.
32. Hopko D.R., Armento M.E., Robertson S.M. et al. Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: randomized trial. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2011; 79(6):834–49. doi: 10.1037/a0025450.
33. Jacobsen P.B., Wagner L.I. A new quality standard: The integration of psychosocial care into routine cancer care. *J. Clin. Oncol.* 2012; 30:1154–1159. doi: 10.1200/JCO.2011.39.5046.
34. Kalat J.W. *Biological Psychology* (13th ed.). Cengage Learning US, 2019:624p.
35. Kang D.H., Park N.J., McArdle T. Cancer-Specific Stress and Mood Disturbance: Implications for Symptom Perception, Quality of Life, and Immune Response in Women Shortly after Diagnosis of Breast Cancer. *ISRN Nurs.* 2012; 608039. doi: 10.5402/2012/608039.

36. Katon W., Von Korff M., Lin E. et al. Stepped Collaborative Care for Primary Care Patients with Persistent Symptoms of Depression: a randomized trial. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1999; 56(12):1109–1115. doi: 10.1001/archpsyc.56.12.1109.
37. Kiecolt-Glaser J.K., Robles T.F., Heffner K.L. et al. Psycho-oncology and cancer: psychoneuroimmunology and cancer. *Ann. Oncol.* 2002; 13:165–169. doi: 10.1093/annonc/mdf655.
38. Kim Y.K., Maes M. The role of the cytokine network in psychological stress. *Acta Neuropsychiatr.* 2003; 15:148–155. doi: 10.1034/j.1601-5215.2003.00026.x.
39. Kohn R., Saxena S., Levav I., Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *B. World Health Organ.* 2004; 82:858–866. doi: /S0042-96862004001100011.
40. Krebber A.M., Buffart L.M., Kleijn G. et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psychooncology*. 2014; 23(2):121–130. doi: 10.1002/pon.3409.
41. Kronfol Z., Remick D.G. Cytokines and the brain: implications for clinical psychiatry. *Am. J. Psychiatry*. 2000; 157:683–694. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.683.
42. Lawrence D., Holman C.D., Jablensky A.V. et al. Excess cancer mortality in Western Australian psychiatric patients due to higher case fatality rates. *Acta Psychiatr. Scand.* 2000; 101(5):382–388. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.101005382.x
43. Lee Y.H., Chiou P.Y., Chang P.H., Hayter M. A systematic review of the effectiveness of problem-solving approaches towards symptom management in cancer care. *J. Clin. Nurs.* 2011; 20(1-2):73–85. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03401.x.
44. Levav I. The treatment gap of depression in persons with cancer. *Asian Pac. J. Cancer P.* 2010; 11:117–119.
45. Lewis G., Pelosi A.J., Araya R. et al. Measuring psychiatric disorders in the community: a standardised assessment for use by lay interviewers. *Psychol. Med.* 1992; 22:465–486. doi: 10.1017/s0033291700030415.
46. Li M., Fitzgerald P., Rodin G. Evidence-based treatment of depression in patients with cancer. *J. Clin. Oncol.* 2012; 30(11):1187–1196. doi: 10.1200/JCO.2011.39.7372.
47. Liossi C., White P. Efficacy of clinical hypnosis in the enhancement of quality of life of terminally ill cancer patients. *Contempor. Hypnosis*. 2001; 18(3):145–160. doi: 10.1002/ch.228.
48. Maj M. When does depression become a mental disorder? *Br. J. Psychiatry*. 2011; 199(2):85–86. doi: 10.1192/bjp.bp.110.089094.
49. Markkula N., Marola N., Nieminen T. et al. Predictors of new-onset depressive disorders—Results from the longitudinal Finnish Health 2011 Study. *J. Affect. Disord.* 2017; 208:255–264. doi: 10.1016/j.jad.2016.08.051.
50. Martínez M., Arantzamendi M., Belar A. et al. 'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliat. Med.* 2017; 31(6):492–509. doi: 10.1177/0269216316665562.
51. Massie M.J. Prevalence of depression in patients with cancer. *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* 2004; 32:57–71. doi: 10.1093/jncimonographs/lgh014.
52. Mausbach B.T., Irwin S.A. Depression and health-care service utilization in patients with cancer. *Psychooncology*. 2017; 26(8):1133–1139. doi: 10.1002/pon.4133.
53. Misono S., Weiss N.S., Fann J.R. et al. Incidence of suicide in persons with cancer. *J. Clin. Oncol.* 2008; 26:4705–4707. doi: 10.1200/JCO.2007.13.8941.
54. Mitchell A.J., Chan M., Bhatti H. et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011; 12:160–174. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X.
55. Mitchell A.J., Meader N., Davies E. et al. Meta-analysis of screening and case finding tools for depression in cancer: evidence based recommendations for clinical practice on behalf of the depression in cancer care consensus group. *J. Affect. Disord.* 2012; 140:149–160. doi: 10.1016/j.jad.2011.12.043.
56. Moynihan J.A. Mechanisms of stress-induced modulation of immunity. *Brain Behav. Immun.* 2003; 17(suppl):11–16.
57. Mulick A., Walker J., Puntis S. et al. Does depression treatment improve the survival of depressed patients with cancer? A long-term follow-up of participants in the SMaRT Oncology-2 and 3 trials. *Lancet Psychiatry*. 2018; 5(4):321–326. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30061-0.
58. Oh P.J., Jang E.S. Effects of psychosocial interventions on cortisol and immune parameters in patients with cancer: A meta analysis. *J. Korean Acad. Nurs.* 2014; 44(4):446–57. doi: 10.4040/jkan.2014.44.4.446.
59. Oh P.J., Shin S.R., Ahn H.S., Kim H.J. Meta-analysis of psychosocial interventions on survival time in patients with cancer. *Psychol. Health*. 2016; 31:396–419. doi: 10.1080/08870446.2015.1111370.
60. Okamura M., Yamawaki S., Akechi T. et al. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Jpn. J. Clin. Oncol.* 2005; 35:302–309. doi: 10.1093/jjco/hyi097.
61. Palermo-Neto J., Massoco C.O., Fávare R.C. Effects of maternal stress on anxiety levels, macrophage activity, and Ehrlich tumor growth. *Neurotoxicol. Teratol.* 2001; 23:497–507.
62. Passik S.D., Dugan W., McDonald M.V. et al. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J. Clin. Oncol.* 1998; 16:1594–1600. doi: 10.1200/JCO.1998.16.4.1594.
63. Paykel E.S., Brugha T., Fryers T. Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2005; 15(4):411–423. doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.008.
64. Pinquart M., Duberstein P.R. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychol. Med.* 2010; 40:1797–1810. doi: 10.1017/S0033291709992285.
65. Rasic D.T., Belik S.L., Bolton J.M. et al. Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in

- a large community sample. *Psychooncology*. 2008; 17:660–667. doi: 10.1002/pon.1292.
66. Reiche E.M., Nunes S.O., Morimoto H.K. Stress, depression, the immune system, and cancer. *Lancet Oncol*. 2004; 5(10):617–625. doi: 10.1016/S1470-2045(04)01597-9.
 67. Robins L.N., Wing J., Wittchen H.U. et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic Instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1988; 45:1069–1077. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800360017003.
 68. Robles T.F., Glaser R., Kiecolt-Glaser J.K. Out of Balance: A New Look at Chronic Stress, Depression, and Immunity. *Current Directions in Psychol. Sci*. 2005; 14(2):111–115. DOI: 10.1111/j.0963-7214.2005.00345.x.
 69. Rush S.E., Sharma M. Mindfulness-Based Stress Reduction as a Stress Management Intervention for Cancer Care: A Systematic Review. *J. Evid. Based Complementary Altern. Med*. 2017; 22(2):348–360. doi: 10.1177/2156587216661467.
 70. Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (2 Volume Set) Tenth, 2 Volume Set Edition. Lippincott Williams and Wilkins. 2017; 4997p.
 71. Sapolsky R.M. Stress hormones: good and bad. *Neurobiol. Dis*. 2000; 7(5):540–542. doi: 10.1006/nbdi.2000.0350.
 72. Serfaty M., King M., Nazareth I. et al. Manualised cognitive-behavioural therapy in treating depression in advanced cancer: the CanTalk RCT. *Health Technol. Assess*. 2019; 23(19):1–106. doi: 10.3310/hta23190.
 73. Serra D., Parris C.R., Carper E. et al. Outcomes of guided imagery in patients receiving radiation therapy for breast cancer. *Clin. J. Oncol. Nurs*. 2012; 16(6):617–623. doi: 10.1188/12.CJON.617-623.
 74. Smith A.B., Rush R., Velikova G. et al. The initial development of an item bank to assess and screen for psychological distress in cancer patients. *Psychooncology*. 2007; 16:724–732. doi: 10.1002/pon.1117.
 75. Smith R. Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncol. Lett*. 2015; 9(4):1509–1514. doi: 10.3892/ol.2015.2944.
 76. Sollner W., DeVries A., Steixner E. et al. How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *Br. J. Cancer*. 2001; 84:179–185. doi: 10.1054/bjoc.2000.1545.
 77. Song QH, Xu RM, Zhang QH, Ma M, Zhao XP. Relaxation training during chemotherapy for breast cancer improves mental health and lessens adverse events. *Int. J. Clin. Exp. Med*. 2013; 6(10):979–984.
 78. Spicer R.S., Miller T.R. Suicide acts in 8 states: Incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am. J. Public Health*. 2000; 90:1885–1891. doi: 10.2105/ajph.90.12.1885.
 79. Spiegel D., Bloom J.R., Kraemer H.C., Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*. 1989; 2:888–891. doi: 10.1016/s0140-6736(89)91551-1.
 80. Spiegel D., Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol. Psychiatry*. 2003; 54:269–282. doi: 10.1016/s0006-3223(03)00566-3.
 81. Strong V., Waters R., Hibberd C. et al. Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet*. 2008; 372(9632):40–48. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60991-5.
 82. Trask P.C. Assessment of depression in cancer patients. *J. Natl. Cancer Inst. Monogr*. 2004; (32):80–92. doi: 10.1093/jncimonographs/lgh013.
 83. Vodermaier A., Linden W., Siu C. Screening for emotional distress in cancer patients: a systematic review of assessment instruments. *J. Natl. Cancer Inst*. 2009; 101:1464–1488. doi: 10.1093/jnci/djp336.
 84. Walker J., Sharpe M. Depression care for people with cancer: a collaborative care intervention. *Gen. Hosp. Psychiatry*. 2009; 31(5):436–441. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.05.010.
 85. Watson D. Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *J. Abnorm. Psychol*. 2005; 114(4):522–536. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.522.
 86. Weissman M.M., Neria Y., Gameroff M.J. et al. Positive screens for psychiatric disorders in primary care: a long-term follow-up of patients who were not in treatment. *Psychiatr. Serv*. 2010; 61:151–159. doi: 10.1176/ps.2010.61.2.151.
 87. WHO. In The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization: Geneva, 1993.
 88. Williams S., Dale J. The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: A systematic review. *Br. J. Cancer*. 2006; 94:372–390. doi: 10.1038/sj.bjc.6602949.
 89. Xia Y., Tong G., Feng R. et al. Psychosocial and behavioral interventions and cancer patient survival again: hints of an adjusted meta-analysis. *Integr. Cancer Ther*. 2014; 13:301–309. doi: 10.1177/1534735414523314.
 90. Yousaf U., Christensen M.L., Engholm G., Storm H.H. Suicides among Danish cancer patients 1971–1999. *Br. J. Cancer*. 2005; 92:995–1000. doi: 10.1038/sj.bjc.6602424.
 91. Zabora J., BrintzenhofeSzoc K., Curbow B. et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology*. 2001; 10(1): 19–28.

Сведения об авторе

Блинков Александр Николаевич — кандидат психологических наук, доцент Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ. E-mail: 5780604@mail.ru

Систематический обзор психометрических свойств шкалы депрессии, тревоги и стресса (DASS-21)*

Золотарева А.А.

Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва

Резюме. Целью настоящего исследования стал систематический обзор психометрических свойств шкалы депрессии, тревоги и стресса (DASS-21). В базах данных Embase, PsycINFO и PubMed было найдено 59 исследований, оценивающих психометрические свойства DASS-21 на выборке общей численностью 73890 респондентов. Результаты систематического обзора указывают на то, что DASS-21 является надежным и валидным инструментом для диагностики депрессии, тревоги и стресса во многих странах мира, демонстрирует кросс-культурную инвариантность, универсальность в клинических условиях и функциональность в разных технических условиях психологической диагностики.

Ключевые слова: DASS-21; систематический обзор; факторная структура; надежность; валидность.

Systematic review of the psychometric properties of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21)**

Zolotareva A.A.

National Research University Higher School of Economics, Moscow

Summary. The aim of this study was to systematically review the psychometric properties of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21). Studies measuring psychometric properties of the DASS-21 were searched through Embase, PsycINFO, and PubMed. A total of 59 studies including 73890 subjects were reviewed in this study. The results suggest that the DASS-21 is a reliable and valid measure for assessing depression, anxiety, and stress in many countries of the world, demonstrates cross-cultural invariance, universality in the clinical setting, and functionality under different technical conditions of psychological assessment.

Keywords: DASS-21; systematic review; factor structure; reliability; validity.

Шкалы депрессии, тревоги и стресса (Depression Anxiety and Stress Scale-21, DASS-21) С. Ловибонда и П. Ловибонда является одной из наиболее распространенных шкал психологического дискомфорта в современном мире [33]. DASS-21 содержит три шкалы самооценки, предназначенных для диагностики депрессии, тревоги и стресса:

Шкала депрессии измеряет такие психические состояния и переживания, как дисфория, безнадежность, обесценивание жизни, самоуничижение, апатия и ангедония.

Шкала тревоги оценивает вегетативное возбуждение, напряжение скелетных мышц, ситуативную тревогу и субъективный опыт переживания тревожных состояний.

Шкала стресса чувствительна к хроническому неспецифическому возбуждению и диагностирует трудности с расслаблением, нервное возбуждение и раздражительность.

В прошлом году группа корейских исследователей под руководством Дж. Ли опубликовала систематический обзор психометрических свойств DASS-21, в который вошло 48 публикаций с психометрическим анализом шкалы [31]. Однако за этот год количество публикаций, релевантных за-

просу «DASS-21», выросло на несколько сотен новых работ, в связи с чем целью настоящего исследования стал систематический обзор психометрических свойств оригинальной и адаптированных версий DASS-21.

Поиск ссылок в базах данных. Поиск исследований, оценивающих психометрические свойства DASS-21, был осуществлен с помощью PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses statement). В систематический обзор были включены исследования, результаты которых сообщали об оценке как минимум одного психометрического свойства DASS-21 (в частности, факторной структуры, надежности или валидности шкалы).

Систематический поиск в базах данных Embase, PsycINFO и PubMed был проведен в январе 2020 года. Для поиска релевантных ссылок был использован поисковый запрос «DASS-21» в сочетании с такими запросами, как «psychometric properties», «factor structure», «reliability» и «validity».

Поиск потенциально подходящих исследований позволил найти 1794 ссылки, из которых впоследствии были исключены дублирующие ссылки, ссылки на статьи теоретического характера (научные обзоры, критические заметки, коммента-

* Статья подготовлена в результате проведения исследования в рамках Программы фундаментальных исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ) и с использованием средств субсидии в рамках государственной поддержки ведущих университетов Российской Федерации «5-100».

** The article was prepared within the framework of the Basic Research Program at the National Research University Higher School of Economics (HSE) and supported within the framework of a subsidy by the Russian Academic Excellence Project '5-100'.

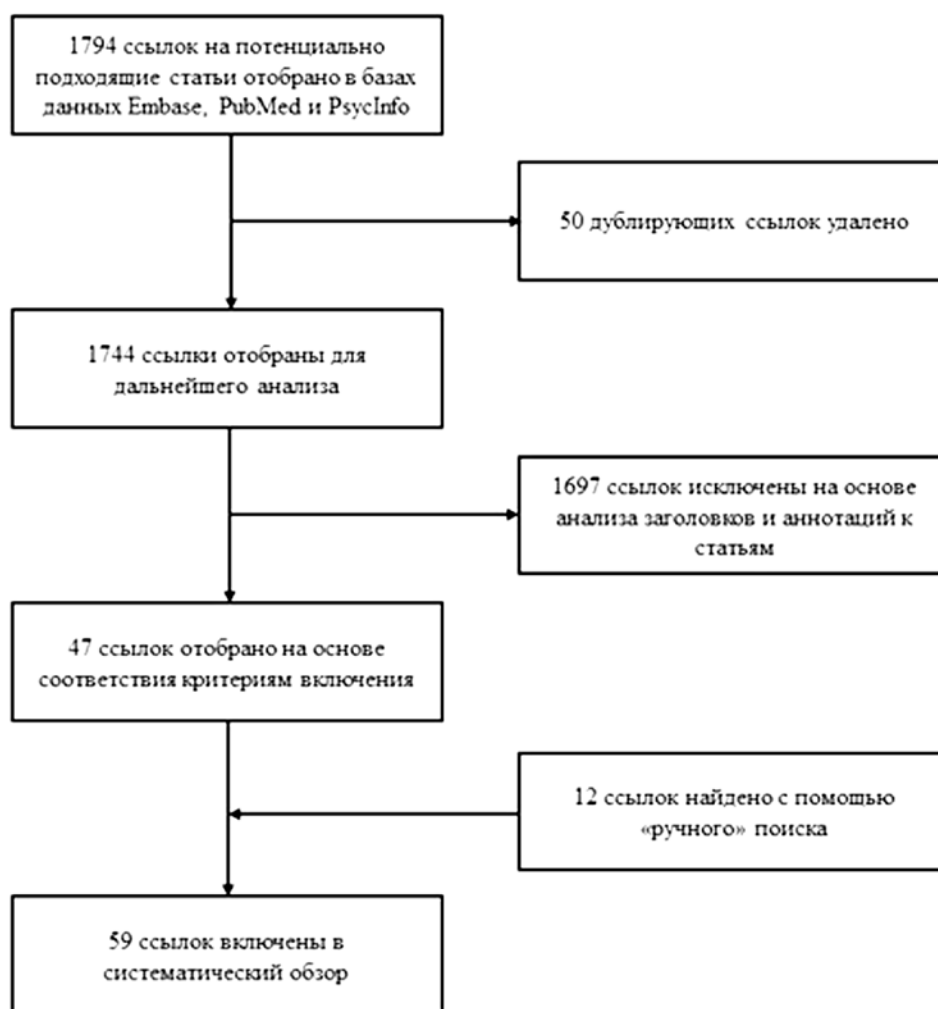


Рис. 1. PRISMA диаграмма включенных и исключенных исследований
 Pict. 1. PRISMA diagram demonstrating included and excluded studies

рии к статьям, дискуссии и т.д.) и статьи, описывающие эмпирические испытания DASS-21 в различных клинических условиях, а также добавлены ссылки, найденные с помощью «ручного» поиска. В конечном счете в систематический обзор были включены 59 ссылок, полностью удовлетворяющих критериям психометрических испытаний DASS-21 (Рис. 1).

Описательная статистика DASS-21. Психометрические свойства DASS-21, переведенной и адаптированной на 20 языков, были оценены на выборке общей численностью 73890 респондентов из 29 стран (в табл. 1. представлена подробная характеристика включенных психометрических исследований).

В 30,5% исследований представлены популяционные тестовые нормы для шкал DASS-21. На основе этих показателей, рассчитанных на выборке общей численностью 40443 респондентов из 13 стран, можно вычислить общие тестовые нормы, которые составляют значения 3,9 ($SD=4,2$), 3,4

($SD=3,6$) и 5,9 ($SD=4,4$) для шкал депрессии, тревоги и стресса, соответственно. Средние показатели по DASS-21 в данных популяционных исследованиях представлены на рис. 2.

Факторная структура DASS-21. В 88,1% исследований была оценена факторная структура DASS-21. В большинстве исследований (74,6%) была обнаружена *трехфакторная структура* шкалы, предполагающая выделение шкал депрессии, тревоги и стресса как отдельных диагностических инструментов. В 5,1% исследований была представлена *однофакторная структура* DASS-21, оценивающая единый фактор общего дистресса [6; 14; 57]. В 3,4% исследований была обнаружена *двухфакторная структура* шкалы, в которой шкала депрессия выступала отдельным фактором, а шкалы тревоги и стресса объединялись в общий фактор [8; 16]. Также в 3,4% исследований наиболее успешной оказалась *бифакторная структура* DASS-21, в соответствии с которой отдельные шкалы депрессии, тревоги и стресса объединяют-

Таблица 1. Характеристика психометрических исследований DASS-21
Table 1. Characteristics of the psychometrical studies of the DASS-21

№	Автор(ы)	Выборка (N)	Возраст	Женщины (%)	Тип выборки*	Характеристика выборки	Страна	Язык
1.	Alfonsson et al., 2017 [5]	623	35,07±12,07	70,9	П + К	Амбулаторные пациенты	Швеция	Шведский
2.	Ali & Green, 2019 [6]	149	32,5±6,8	4,7	К	Пациенты с химическими зависимостями	Египет	Арабский
3.	Antony et al., 1998 [7]	307	28,4–44,9	43–78	П+К	Пациенты с психическими расстройствами	Канада	Английский
4.	Apóstolo et al., 2006 [8]	101	45,1±12,57	63,4	К	Пациенты психотерапевта	Португалия	Португальский
5.	Apóstolo et al., 2012 [9]	1297	48,57	66,7	К	Амбулаторные пациенты	Португалия	Португальский
6.	Asghari et al., 2008 [10]	551	27,53±7,15	43,4	П+К	Пациенты с психическими расстройствами	Иран	Персидский
7.	Bados et al., 2005 [11]	400	30,2±8,47	80,3	П+К	Пациенты с психическими расстройствами	Испания	Испанский
8.	Beaufort et al., 2017 [12]	94	41,5±12	23	П+К	Пациенты с химическими зависимостями	Нидерланды	Нидерландский
9.	Bottesi et al., 2015 [13]	474	36,39±13,71	57,1	П+К	Пациенты с психическими расстройствами	Италия	Итальянский
10.	Camacho et al., 2016 [14]	505	23,92±6,27	73,7	П	Условно здоровые респонденты	США	Испанский
11.	Coker et al., 2018 [15]	240	25±4,5	50	П	Условно здоровые респонденты	Нигерия	Английский
12.	da Silva et al., 2016 [16]	310	14,16±2,12	42,3	П	Подростки	Бразилия	Португальский
13.	Dahm et al., 2013 [17]	123	37,94±14,96	22,8	К	Пациенты с травмами головного мозга	Австралия	Английский
14.	Daza et al., 2002 [18]	98	40±13,33	79,6	П	Билингвы	США	Испанский
15.	Dreyer et al., 2018 [19]	269	33±11,5	62	П	Условно здоровые респонденты	ЮАР	Английский
16.	Fox et al., 2018 [20]	582	51,7±11,1	47,3	П+К	Пациенты с онкологическими заболеваниями	США	Английский
17.	Gloster et al., 2008 [21]	222	67,51±6,09	73,9	П	Пожилые респонденты	США	Английский
18.	Gomez et al., 2014a [22]	268	66,45±7,06	82,1	П	Пожилые респонденты	Австралия	Английский
19.	Gomez et al., 2014b [23]	687	43,74±22,4	66,9	П	Условно здоровые респонденты	Австралия	Английский
20.	Henri & Crawford, 2005 [24]	1794	41±15,9	54,6	П	Условно здоровые респонденты	Великобритания	Английский
21.	Jafari et al., 2017 [25]	477	—	50,1	П	Условно здоровые респонденты	Иран	Персидский
22.	Johnson et al., 2018 [26]	364	—	56,9	К	Пациенты с онкологическими заболеваниями	Австралия	Английский

№	Автор(ы)	Выборка (N)	Возраст	Женщины (%)	Тип выборки *	Характеристика выборки	Страна	Язык
23.	Johnson et al., 2016 [27]	251	66,11±9,77	32,3	К	Пациенты с болезнью Паркинсона	Австралия	Английский
24.	Kumar et al., 2019 [28]	167	от 15 лет	14	К	Пациенты с онкологическими заболеваниями	Индия	Хинди
25.	Le et al., 2017 [29]	1385	16,5±1	46,3	П	Условно здоровые респонденты	Вьетнам	Вьетнамский
26.	Lee, 2019 [30]	255	20,75	55,7	П	Условно здоровые респонденты	Америка Корея	Английский Корейский
27.	Lee et al., 2019b [32]	481	43,6±14,5	72,6	П+К	Пациенты с психическими расстройствами	Корея	Корейский
28.	Lu et al., 2018 [34]	13208	19,7±1,8	62,3	П	Условно здоровые респонденты	Китай	Китайский
29.	Mellor et al., 2015 [35]	1765	15,3±1,79	57,2	П	Подростки	Австралия Китай Малайзия Чили	Английский Китайский Малайский Испанский
30.	Musa et al., 2007 [36]	263	18–55	61,9	П	Условно здоровые респонденты	Малайзия	Малайский
31.	Musa et al., 2011 [37]	246	32	50	К	Пациенты с бесплодием	Малайзия	Малайский
32.	Nanthakumar et al., 2017 [38]	570	58±8,49	38,3	П+К	Пациенты с синдромом обструктивного апноэ во сне	Австралия	Английский
33.	Ng et al., 2007 [39]	388	52,3±17,5	38,4	К	Пациенты с психическими расстройствами	Австралия	Английский
34.	Notron, 2007 [40]	895	20,67±4,15	70,3	П	Условно здоровые респонденты	США	Английский
35.	Oei et al., 2013 [41]	2630	30,46	53	П	Условно здоровые респонденты	Индонезия Малайзия Сингапур Тайвань Тайланд Шри-Ланка	Индонезийский Малайский Английский Мандаринский Тайский Сингальский
36.	Osman et al., 2014 [42]	2850	13–17	53,1	П	Подростки	Малайзия	Малайский
37.	Osman et al., 2012 [43]	1297	19,56±2,53	59,1	П	Условно здоровые респонденты	США	Английский
38.	Owensworth et al., 2008 [44]	77	41,1±13,3	45,7	П+К	Пациенты с черепно-мозговыми травмами и опухолью мозга	Австралия	Английский
39.	Parkitny et al., 2012 [45]	154	53,68±12,81	60,4	К	Пациенты с болью в спине	Австралия	Английский
40.	Pezirkianidis et al., 2018 [46]	12868	18–65	55,8	П	Условно здоровые респонденты	Греция	Греческий
41.	Ramli et al., 2009 [47]	153	20–60	51	К	Пациенты с диабетом	Малайзия	Малайский
42.	Randall et al., 2017 [48]	504	16–71	—	К	Пациенты с черепно-мозговой травмой	Австралия	Английский

№	Автор(ы)	Выборка (N)	Возраст	Женщины (%)	Тип выборки *	Характеристика выборки	Страна	Язык
43.	Rusli et al., 2017 [49]	455	30,62±5,56	—	П	Условно здоровые респонденты	Малайзия	Малайский
44.	Scholten et al., 2017 [50]	6027	49,3±16,9	51,8	П	Условно здоровые респонденты	Америка Англия Польша Россия	Английский Английский Польский Русский
45.	Shaw et al., 2017 [51]	2873	13,95±1,86	50,9	П	Подростки	Австралия	Английский
46.	Shea et al., 2009 [52]	420	—	66,2	П	Условно здоровые респонденты	Австралия	Английский
47.	Sinclair et al., 2012 [53]	503	44,7±16,3	52	П	Условно здоровые респонденты	США	Английский
48.	Singh et al., 2015 [54]	1932	16,19±2,43	42,1	П	Подростки	Индия	Английский Хинди
49.	Szabó, 2010 [55]	484	13,62±1,01	48	П	Подростки	Австралия	Английский
50.	Tonsing, 2014 [56]	212	32,44±9,0	51,9	П	Условно здоровые респонденты	Непал	Непальский
51.	Tran et al., 2013 [57]	221	27,7±5,5	100	П	Условно здоровые респонденты	Вьетнам	Вьетнамский
52.	Tully et al., 2009 [58]	4039	12–18	53	П	Подростки	Австралия	Английский
53.	Vasconcelos-Raposo et al., 2013 [59]	1020	36,74±11,9	57,4	П	Условно здоровые респонденты	Португалия	Португальский
54.	Vignola & Tucci, 2014 [60]	242	39,9±12,4	62	П	Условно здоровые респонденты	Бразилия	Португальский
55.	Wang et al., 2016 [61]	2071	—	56,3	П+К	Пациенты с психическими расстройствами	Китай	Китайский
56.	Wise et al., 2017 [62]	343	18–74	82,1	П	Условно здоровые респонденты	Австралия	Английский
57.	Wood et al., 2010 [63]	2045	—	56,5	П	Пациенты центра управления и исследования боли	Австралия	Английский
58.	Xavier et al., 2016 [64]	427	32,56±4,79	100	К	Беременные	Португалия	Португальский
59.	Xavier et al., 2017 [65]	234	20,55±1,66	78,2	П	Условно здоровые респонденты	Португалия	Португальский

Примечание. * П — популяционная выборка, К — клиническая выборка, П+К — популяционная и клиническая выборки.

ся в единый фактор общего дистресса [51; 55]. Наконец, в 1,7% исследований была обнаружена четырехфакторная структура, позволяющая дифференцировать шкалы стресса, эмоциональной тревоги, депрессии и соматических симптомов [26].

Среди всех исследований, в которых была проведена оценка факторной структуры DASS-21, лишь в 6,8% работ было показано «выпадение» ряда пунктов из шкалы. Так, в этих исследованиях в итоговую версию DASS-21 вошли 12 [42], 14 [62], 17 [6] и 18 [41] пунктов.

Надежность DASS-21. С помощью коэффициента α -Кронбаха была оценена надежность шкалы в 84,7% исследований, среди которых в 15,3% ис-

следований была показана отличная надежность ($\alpha \geq 0,9$), в 54,8% — хорошая ($0,9 > \alpha \geq 0,8$), в 25% — удовлетворительная ($0,8 > \alpha \geq 0,7$), в 2,8% — спорная ($0,7 > \alpha \geq 0,6$), в 1,4% — низкая ($0,6 > \alpha \geq 0,5$), в 0,7% — неудовлетворительная ($0,5 > \alpha$). При этом, как правило, спорная, низкая и неудовлетворительная надежность была обнаружена в специфических группах респондентов [44].

Ретестовая надежность была оценена лишь в 6,8% исследований, в которых было показано, что DASS-21 демонстрировала приемлемые показатели стабильности во времени через две недели [13], три недели [44] и три месяца [22] после первого тестирования. Далее при повторном замере через

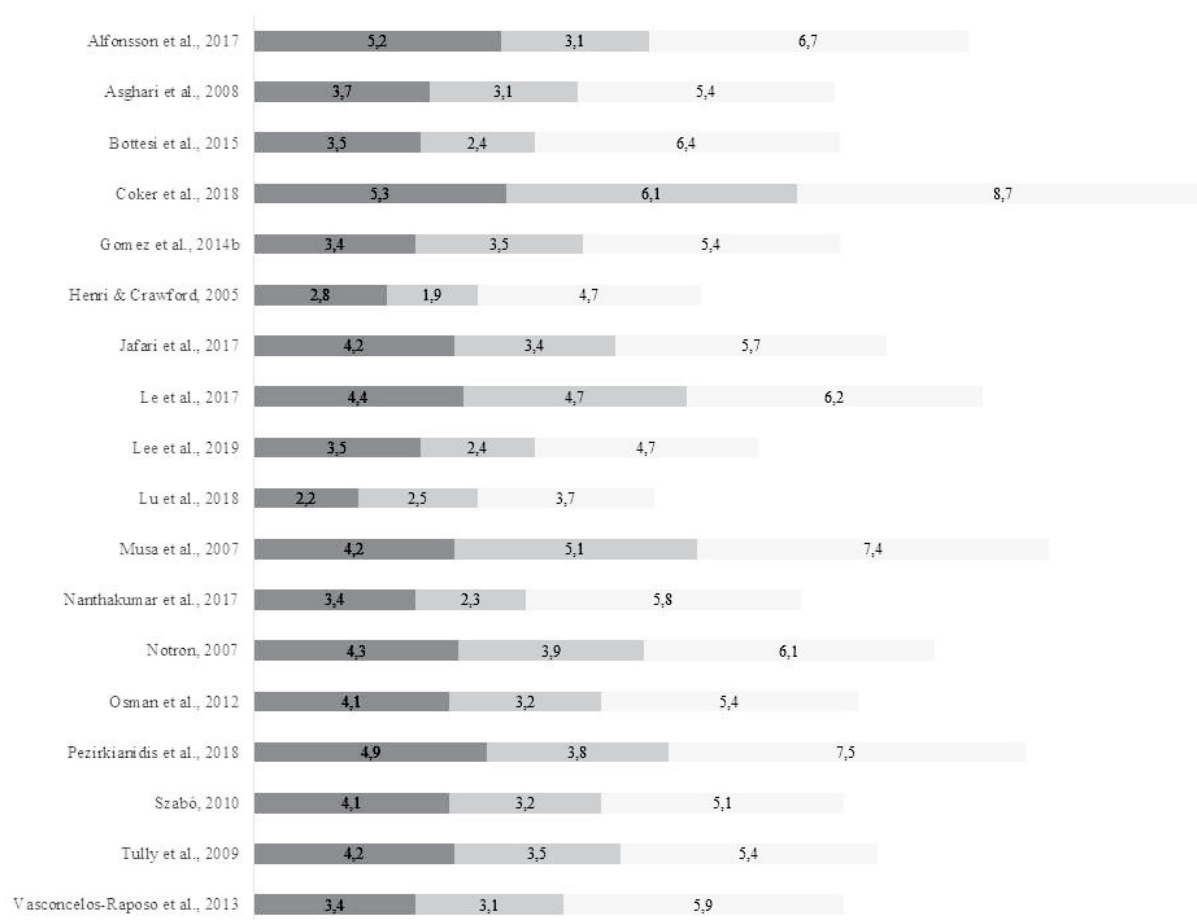


Рис. 2. Средние показатели по DASS-21 для популяционных исследований
 Примечание. На гистограмме слева направо представлены шкалы депрессии (темно-серый цвет), тревоги (серый цвет) и стресса (светло-серый цвет).

Fig. 2. DASS-21 means for population studies
 Note. The histogram shows the scales of depression (dark gray), anxiety (gray), and stress (light gray) from left to right.

шесть месяцев шкала демонстрировала неудовлетворительные показатели надежности [61].

Валидность DASS-21. Конструктивная валидность шкалы была оценена во всех исследованиях, в которых проводилась факторизация полученных данных. Соответственно, трехфакторная структура шкалы была подтверждена в 74,6% исследований.

Конвергентная и/или дивергентная валидность была проверена в 45,7% исследований с помощью 28 шкал. Полный список шкал и частота их использования приведены в табл. 2. Соответственно, шкалы и субшкалы, направленные на диагностику негативных состояний (например, BAI, BDI-II, STAI-T, SCL-90-R, шкала негативного аффекта из PANAS), помогли оценить конвергентную валидность DASS-21, а шкалы и субшкалы, измеряющие позитивные состояния (например, LOT, QOLI, SF-36, SWLS, шкала позитивного аффекта из PANAS), позволили оценить дивергентную валидность шкалы. В большинстве случаев (83,5%) коэффициенты корреляций между шка-

лами DASS-21 и шкалами для оценки валидности составили значения $\geq 0,5$ для конвергентной валидности и $\geq -0,3$ для дивергентной валидности шкалы.

Кроме того, в 8,5% исследований была проведена оценка специфических видов валидности DASS-21. Так, прогностическая валидность шкалы была подтверждена с помощью оценки ее прогностических свойств при поступлении и при выписке из психиатрического стационара [39] и оценки ее способности к дифференциации эмоционального дискомфорта в среде детей с различными жизненными обстоятельствами [54].

Критериально-ориентированная валидность DASS-21 была доказана при оценке ее чувствительности и специфичности в сопоставлении с протоколом международного нейропсихиатрического интервью (Mini-International Neuropsychiatric Interview, MINI) [12] и протоколом скрининга для диагностики тяжести комбинированного иммунодефицита (Severe Combined Immunodeficiency, SCID) [17], а также при сопоставлении показате-

Таблица 2. Шкалы для оценки валидности DASS-21
Table 2. Measures for assessing validity of the DASS-21

№	Название шкалы	Ссылки на исследования
1.	Шкала тревоги А. Бека	[7; 11; 13; 17; 21; 40; 41; 43]
2.	Шкала депрессии А. Бека	[7; 10; 11; 13; 18; 21; 40; 41; 61]
3.	Шкала устойчивости К. Коннер и Дж. Дэвидсона	[46]
4.	Опросник тревожности Ф. Коксала и К. Пауэра	[10]
5.	Шкала генерализованного тревожного расстройства Р. Спизера	[19; 32]
6.	Шкала благодарности М. Маккалоу	[46]
7.	Краткая шкала здоровья Дж. Вея	[53]
8.	Шкала здоровья Дж. Вея	[63]
9.	Шкала надежды К. Снайдера	[46]
10.	Госпитальная шкала тревоги и депрессии	[8; 28; 36; 44; 60]
11.	Тест жизненных ориентаций М. Шейера и Ч. Карвера	[46]
12.	Модифицированная шкала эмоций К. Изарда	[46]
13.	Опросник настроения и тревоги Д. Уотсона и Л. Кларка	[43]
14.	Многомерный опросник боли Р. Кернса	[63]
15.	Опросник соматических симптомов К. Кроенке	[32]
16.	Пенсильванский опросник тревожности Т. Мейера	[21]
17.	Шкала воспринимаемого стресса С. Козна	[13]
18.	Краткая шкала воспринимаемого стресса С. Козна	[32]
19.	Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта Д. Уотсона	[9; 11; 21; 24; 32; 40; 41]
20.	Опросник о наличии смысла в жизни М. Стежера	[46]
21.	Опросник качества жизни М. Фриша	[21]
22.	Шкала самооценки М. Розенберга	[32; 53]
23.	Шкала удовлетворенности жизнью Э. Динера	[46; 56]
24.	Шкала самооценки депрессии У. Цунга	[15]
25.	Шкала личностной тревожности Ч. Спилбергера	[7; 15; 61]
26.	Опросник сильных и слабых черт Р. Гудмана	[54]
27.	Шкала счастья С. Любомирски	[46]
28.	Симптоматический опросник Л. Дерогатиса	[11]

лей по DASS-21 в группах лиц с депрессивными и тревожными расстройствами и их сравнении с условно здоровыми респондентами [13].

Социально-демографические особенности показателей по DASS-21. Социально-демографические характеристики были оценены лишь в 18,7% исследований, результаты которых указывают на весьма противоречивые закономерности. Так, в 8,5% исследований не было обнаружено статистически значимых половых различий, в 8,5% исследований было показано, что женщины имеют более высокие показатели по отдель-

ным или всем шкалам DASS-21, а в 1,7% исследований было обнаружено, что мужчины сообщают о более высоких показателях депрессии по сравнению с женщинами.

Зависимость показателей по DASS-21 от возраста респондентов была оценена в 8,5% исследований, в частности, в 3,4% исследований было показано, что между показателями по шкале и возрастом респондентов отсутствуют статистически значимые связи, в 3,4% были обнаружены позитивные связи и в 1,7% исследований были показаны негативные связи.

Другие социально-демографические закономерности были оценены лишь в 3,4% исследований, результаты которых оказались противоречащими друг другу: в одном исследовании было обнаружено, что между респондентами с разным уровнем образования и семейным статусом нет различий по показателям по DASS-21 [10], в другом исследовании были показаны соответствующие различия по уровню образования (респонденты, имеющие неполное среднее образование, демонстрировали более высокие показатели депрессии, тревоги и стресса, чем респонденты с более высокими уровнями образования), семейному положению (у вдовых показатели депрессии и тревоги оказались выше, чем у одиноких, состоящих в браке и разведенных респондентов, а самые высокие показатели стресса набрали разведенные респонденты) и социальному статусу (у неработающих показатели по всем шкалам DASS-21 оказались выше, чем у работающих респондентов) [46].

Кросс-культурные особенности DASS-21. В 5,1% работ, описывающих психометрические испытания шкалы, были проведены кросс-культурные исследования, результаты которых указали на кросс-культурную инвариантность DASS-21 при сравнении респондентов из Австралии, Чили, Китая и Малайзии [31], Индонезии, Малайзии, Сингапура, Тайваня, Тайланда и Шри-Ланки [41], Америки, Англии, Польши и России [50].

Клиническая специфика DASS-21. Анализ психометрических свойств шкалы в клинических условиях представлен в 40,7% исследований, результаты которых убеждают в том, что DASS-21 может использоваться в качестве скрининга депрессии, тревоги и стресса в амбулаторных [9] и стационарных [39] условиях у пациентов с шизофренией [61], депрессией [32], опухолями мозга [44], диабетом [47], черепно-мозговыми травмами [48], бесплодием [37], синдромом обструктивного апноэ во сне [38], химическими зависимостями [6] и т.д.

Важные ограничения были обнаружены для шкалы тревоги в группах пациентов с онкологическими заболеваниями и болезнью Паркинсона. Так, специалисты предупреждают, что симптомы онкологических заболеваний и побочные эффекты химиотерапии могут быть неверно интерпретированы как повышенные показатели по шкале тревоги [26]. Также в группе пациентов с болезнью Паркинсона шкала тревоги не может быть признана валидной в силу того, что многие ее пункты описывают облигатные симптомы этой болезни [27].

«Бумага-карандаш» и компьютерная версии DASS-21. В 1,7% исследований было показано, что DASS-21 одинаково функциональна как в бумажной («бумага-карандаш»), так и в электронной (компьютерная версия шкалы) формах [52].

Таким образом, систематический обзор психометрических свойств DASS-21 позволяет сделать следующие выводы:

DASS является валидным и надежным инструментом для диагностики депрессии, тревоги и стресса. В настоящее время англоязычная версия шкалы переведена на 20 языков, ее психометрические свойства оценены в 29 странах на выборке общей численностью 73890 респондентов.

Трехфакторная структура DASS-21, предполагающая дифференциальную диагностику показателей депрессии, тревоги и стресса, оказалась наиболее успешной в 74,6% психометрических испытаний шкалы.

В 95,1% исследований, оценивающих надежность DASS-21 с помощью коэффициента α -Кронбаха, были обнаружены отличные, хорошие и удовлетворительные уровни надежности. Ретестовая надежность была оценена в 6,8% исследований, в которых было показано, что DASS-21 стабильна во времени при условии, что разница между первым и повторным тестированием не превышает трех месяцев.

Валидность DASS-21 была оценена в 100% исследований, результаты которых свидетельствуют в пользу конструктивной, конвергентной, дивергентной, критериально-ориентированной и прогностической валидности шкалы.

Социально-демографические особенности показателей по DASS-21 были оценены в 18,7% исследований, результаты которых указывают на весьма противоречивые закономерности, связанные с полом, возрастом, уровнем образования, семейным положением и социальным статусом респондентов.

В 5,1% исследований была показана кросс-культурная инвариантность DASS-21 при диагностике депрессии, тревоги и стресса у представителей западных и восточных культур.

В клинических условиях, описанных в 40,7% исследований, DASS-21 зарекомендовала себя как валидное и надежное средство для скрининга депрессии, тревоги и стресса в амбулаторных и стационарных условиях у пациентов с шизофренией, депрессией, опухолями мозга, диабетом, черепно-мозговыми травмами, бесплодием, синдромом обструктивного апноэ во сне, химическими зависимостями и многими другими заболеваниями. Тем не менее, следует учитывать важное ограничение, касающееся шкалы тревоги, которая может исказить результаты диагностики в группах пациентов с онкологическими заболеваниями и болезнью Паркинсона в силу того, что пункты этой шкалы отражают облигатные симптомы этих болезней и побочные эффекты химиотерапии.

По результатам 1,7% исследований бумажная («бумага-карандаш») и электронная (компьютерная версия) формы DASS-21 оказались одинаково функциональными.

Отечественными специалистами разработаны критерии и алгоритмы диагностики депрессивных и тревожных расстройств, в соответствии с которыми симптоматические шкалы нужны для оценки клинических симптомов и определения мишеней превентивных и интервенционных мер помощи населению [1; 2; 3; 4]. В настоящее время автор

статьи ведет работу по переводу и адаптации русскоязычной версии DASS-21. Первые результаты психометрических испытаний шкалы свидетельствуют в пользу ее надежности и валидности, в связи с чем русскоязычная версия DASS-21 мо-

жет быть рекомендована в качестве инструмента для скрининга и мониторинга депрессии, тревоги и стресса в работе отечественных психологов, психиатров и психотерапевтов.

Литература / References

1. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В., Гребенюков С.В., Колесова Ю.П. Критерии и алгоритм диагностики панического расстройства. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. 2015;2:3-9. [Karavaeva TA, Vasilyeva AV, Poltorak SV, Grebenukov SV, Kolesova YP. Criteria and algorithm of diagnostics of panic disorder. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2015;2:3-9. (In Russ.).]
2. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В., Мизинова Е.Б., Белан Р.М. Критерии и алгоритм диагностики тревожно-фобических расстройств. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. 2015;4:117-122. [Karavaeva TA, Vasilyeva AV, Poltorak SV, Mizinova EB, Belan RM. Diagnostic algorithm and criteria of anxiety disorder. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2015;4:117-122. (In Russ.).]
3. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В., Чехлатый Е.И., Лукошкина Е.П. Критерии и алгоритм диагностики генерализованного тревожного расстройства. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. 2015;3:124-130. [Karavaeva TA, Vasilyeva AV, Poltorak SV, Chekhlaty EI, Lukoshkina EP. Diagnostic algorithm and criteria of generalized anxiety disorder. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2015;3:124-130. (In Russ.).]
4. Мазо Г.Э., Вассерман Л.И., Шаманина М.В. Выбор шкал для оценки послеродовой депрессии. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. 2012;2:41-50. [Mazo GE, Vasserman LI, Shamanina MV. Diagnostic methods for postpartum depression. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2012;2:41-50. (In Russ.).]
5. Alfnsson S., Wallin E., Maathz P. Factor structure and validity of the Depression, Anxiety and Stress Scale-21 in Swedish translation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2017;24(2-3):154-162. doi: 10.1111/jpm.12363
6. Ali A.M., Green J. Factor structure of the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21): Unidimensionality of the Arabic version among Egyptian drug users. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2019;14(1):40. doi: 10.1186/s13011-019-0226-1
7. Antony M.M., Bieling P.J., Cox B.J., Enns M.W., Swinson R.P. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*. 1998;10(2):176-181. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.176
8. Apóstolo J.L., Mendes A.C., Azeredo Z.A. Adaptation to Portuguese of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2006;14(6):863-871.
9. Apóstolo J.L., Tanner B.A., Arfken C.L. Confirmatory factor analysis of the Portuguese Depression Anxiety Stress Scales-21. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012;20(3):590-596. doi: 10.1590/s0104-11692012000300022
10. Asghari A., Saed F., Dibajnia P. Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) in a non-clinical Iranian sample. *International Journal of Psychology*. 2008;2(2):82-102.
11. Bados A., Solanas A., Andrés R. Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*. 2005;17(4):679-683.
12. Beaufort I.N., De Weert-Van Oene G.H., Buwalda V.A.J., de Leeuw J.R.J., Goudriaan A.E. The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) as a screener for depression in substance use disorder inpatients: A pilot study. *European Addiction Research*. 2017;23(5):260-268. doi: 10.1159/000485182
13. Bottesi G., Ghisi M., Altoè G., Conforti E., Melli G., Sica C. The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive Psychiatry*. 2015;60:170-181. doi: 10.1016/j.comppsy.2015.04.005
14. Camacho Á., Cordero E.D., Perkins T. Psychometric properties of the DASS-21 among Latina/o college students by the US-Mexico border. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2016;18(5):1017-1023. doi: 10.1007/s10903-016-0415-1
15. Coker A.O., Coker O.O., Sanni D. Psychometric properties of the 21-item Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). *African Research Review*. 2018;12(2):135-142. doi: 10.4314/afrrev.v12i2.13
16. da Silva H.A., dos Passos M.H.P., de Oliveira V.M.A., Palmeira A.C., Pitangui A.C.R., de Araújo R.C. Short version of the Depression Anxiety Stress Scale-21: is it Brazilian adolescents? *Einstein (São Paulo)*. 2016;14(4):486-493. doi: 10.1590/S1679-45082016AO3732
17. Dahm J., Wong D., Ponsford J. Validity of the Depression Anxiety Stress Scales in assessing depression and anxiety following traumatic brain injury. *Journal of Affective Disorders*. 2013;151(1):392-396. doi: 10.1016/j.jad.2013.06.011
18. Daza P., Novy D.M., Stanley M.A., Averill P. The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2002;24(3):195-205. doi: 10.1023/A:1016014818163
19. Dreyer Z., Henn C., Hill C. Validation of the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in a

- non-clinical sample of South African working adults. *Journal of Psychology in Africa*. 2019;29(4):346-353. doi: 10.1080/14330237.2019.1647499
20. Fox R.S., Lillis T.A., Gerhart J., Hoerger M., Duberstein P. Multiple group confirmatory factor analysis of the DASS-21 Depression and Anxiety Scales: How do they perform in a cancer sample? *Psychological Reports*. 2018;121(3):548-565. doi: 10.1177/0033294117727747
 21. Gloster A.T., Rhoades H.M., Novy D., Klotzsch J., Senior A., Kunik M., Wilson N., Stanley M.A. Psychometric properties of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 in older primary care patients. *Journal of Affective Disorders*. 2008;110(3):248-259. doi: 10.1016/j.jad.2008.01.023
 22. Gomez R., Summers M., Summers A., Wolf A., Summers J. Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and test-retest invariance, and temporal stability and uniqueness of latent factors in older adults. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2014a;36(2):308-317. doi: 10.1007/s10862-013-9391-0
 23. Comez R., Summers M., Summers A., Wolf A., Summers J. Depression Anxiety Stress Scales-21: Measurement and structural invariance across ratings of men and women. *Assessment*. 2014b;21(4):418-426. doi: 10.1177/1073191113514106
 24. Henry J., Crawford J.R. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*. 2005;44:227-239. doi: 10.1348/014466505X29657
 25. Jafari P., Nozari F., Ahrari F., Bagheri Z. Measurement invariance of the Depression Anxiety Stress Scales-21 across medical student genders. *International Journal of Medical Education*. 2017;30(8):116-122. doi: 10.5116/ijme.58ba.7d8b
 26. Johnson C.E., Bennett K.S., Newton J., McTigue J., Taylor S., Musiello T., Lau P.K.H. A pilot study to assess the validity of the DASS-21 subscales in an outpatient oncology population. *Psychooncology*. 2018;27(2):695-699. doi: 10.1002/pon.4435
 27. Johnson A.R., Lawrence B.J., Corti E.J., Booth L., Gasson N., Thomas M.G., Loftus A.M., Bucks R.S. Suitability of the Depression, Anxiety, and Stress Scale in Parkinson's disease. *Journal of Parkinson's Disease*. 2016;6(3):609-616. doi: 10.3233/JPD-160842
 28. Kumar K., Kumar S., Mehrotra D., Tiwari S.C., Kumar V., Dwivedi R.C. Reliability and psychometric validity of Hindi version of Depression, Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21) for Hindi speaking head neck cancer and oral potentially malignant disorders patients. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*. 2019;15(3):653-658. doi: 10.4103/jcrt.JCRT_281_17
 29. Le M.T.H., Tran T.D., Holton S., Nguyen H.T., Wolfe R., Fisher J. Reliability, convergent validity and factor structure of the DASS-21 in a sample of Vietnamese adolescents. *PLoS One*. 2017;12(7):e0180557. doi: 10.1371/journal.pone.0180557
 30. Lee D. The convergent, discriminant, and nomological validity of the Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21). *Journal of Affective Disorders*. 2019;259:136-142. doi: 10.1016/j.jad.2019.06.036
 31. Lee J., Lee E.-H., Moon S.H. Systematic review of the measurement properties of the Depression Anxiety Stress Scales-21 by applying updated COSMIN methodology. *Quality of Life Research*. 2019a;28(9):2325-2339. doi: 10.1007/s11136-019-02177-x
 32. Lee E.-H., Moon S.H., Cho M.S., Park E.S., Kim S.Y., Han J.S., Cheio J.H. The 21-Item and 12-Item versions of the Depression Anxiety Stress Scales: Psychometric evaluation in a Korean population. *Asian Nursing Research*. 2019b;13(1):30-37. doi: 10.1016/j.anr.2018.11.006
 33. Lovibond S.H., Lovibond P.F. *Manual for the Depression Anxiety and Stress Scales*. (2nd Ed.). Sydney: Psychology Foundation, 1995.
 34. Lu S., Hu S., Guan Y., Xiao J., Cai D., Gao Z., Sang Z., Wei J., Zhang X., Margraf J. Measurement invariance of the Depression Anxiety Stress Scales-21 across gender in a sample of Chinese university students. *Frontiers in Psychology*. 2018;9:2064. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02064
 35. Mellor D., Vinet E.V., Xu X., Bt Mamat N.H., Richardson B., Román F. Factorial invariance of the DASS-21 among adolescents in four countries. *European Journal of Psychological Assessment*. 2015;31(2):138-142. doi: 10.1027/1015-5759/a000218
 36. Musa R., Fadzil M.A., Zain Z. Translation, validation and psychometric properties of Bahasa Malaysia version of the Depression Anxiety and Stress Scales (DASS). *ASEAN Journal of Psychiatry*. 2007;8(2):82-89.
 37. Musa R., Ramli R., Abdullah K., Sarkarsi R. Concurrent validity of the depression and anxiety components in the Bahasa Malaysia version of the depression and anxiety and stress scale (DASS). *ASEAN Journal of Psychiatry*. 2011;12(1):66-70.
 38. Nanthakumar S., Bucks R.S., Skinner T.C., Starkstein S., Hillman D., James A., Hunter M. Assessment of the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) in untreated obstructive sleep apnea (OSA). *Psychological Assessment*. 2017;29(10):1201-1209. doi: 10.1037/pas0000401
 39. Ng F., Trauer T., Dodd S., Callaly T., Campbell S., Berk M. The validity of the 21-item version of the Depression Anxiety Stress Scales as a routine clinical outcome measure. *Acta Neuropsychiatrica*. 2007;19(5):304-310. doi: 10.1111/j.1601-5215.2007.00217.x
 40. Norton P.J. Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21): psychometric analysis across four racial groups. *Anxiety, Stress and Coping*. 2007;20(3):253-265. doi: 10.1080/10615800701309279
 41. Oei T.P., Sawang S., Goh Y.W., Mukhtar F. Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures. *International Journal of Psychology*. 2013;48(6):1018-1029. doi: 10.1080/00207594.2012.755535

42. Osman Z.J., Mukhtar F., Hashim H.A., Abdul Latiff L., Mohd Sidik S., Awang H., Ibrahim N., Abdul Rahman H., Ismail S.I., Ibrahim F., Tajik E., Othman N. Testing comparison models of DASS-12 and its reliability among adolescents in Malaysia. *Comprehensive Psychiatry*. 2014;55(7):1720-1725. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.04.011
43. Osman A., Wong J.L., Bagge C.L., Freedenthal S., Gutierrez P.M., Lozano G. The Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21): further examination of dimensions, scale reliability, and correlates. *Journal of Clinical Psychology*. 2012;68(12):1322-1338. doi: 10.1002/jclp.21908
44. Ownsworth T., Little T., Turner B., Hawkes A., Shum D. Assessing emotional status following acquired brain injury: the clinical potential of the depression, anxiety and stress scales. *Brain Injury*. 2008;22(11):858-869. doi: 10.1080/02699050802446697
45. Parkitny L., McAuley J.H., Walton D., Pena Costa L.O., Refshauge K.M., Wand B.M., Di Pietro F., Moseley G.L. Rasch analysis supports the use of the depression, anxiety, and stress scales to measure mood in groups but not in individuals with chronic low back pain. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2012;65(2):189-198. doi: 10.1016/j.jclinepi.2011.05.010
46. Pezirkianidis C., Karakasidou E., Lakioti A., Stalikas A., Galanakis M. Psychometric properties of the Depression, Anxiety, Stress Scales-21 (DASS-21) in a Greek sample. *Psychology*. 2018;9(15):2933-2950. doi: 10.4236/psych.2018.915170
47. Ramli M., Salmiah M.A., Nurul Ain M. Validation and psychometric properties of Bahasa Malaysia version of the Depression Anxiety and Stress Scales (DASS) among diabetic patients. *Malaysian Journal of Psychiatry*. 2009;18(2):1-7.
48. Randall D., Thomas M., Whiting D., McGrath A. Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Factor Structure in Traumatic Brain Injury Rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2017;32(2):134-144. doi: 10.1097/HTR.0000000000000250
49. Rusli B.N., Amrina K., Trivedi S., Loh K.P., Shashi M. Construct validity and internal consistency reliability of the Malay version of the 21-item depression anxiety stress scale (Malay-DASS-21) among male outpatient clinic attendees in Johor. *Medical Journal of Malaysia*. 2017;72(5):264-270.
50. Scholten S., Velten J., Bieda A., Zhang X.C., Margraf J. Testing measurement invariance of the Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21) across four countries. *Psychological Assessment*. 2017;29(11):1376-1390. doi: 10.1037/pas0000440
51. Shaw T., Campbell M.A., Runions K.C., Zubrick S.R. Properties of the DASS-21 in an Australian community adolescent population. *Journal of Clinical Psychology*. 2017;73(7):879-892. doi: 10.1002/jclp.22376
52. Shea T.L., Tennant A., Pallant J.F. Rasch model analysis of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *BMC Psychiatry*. 2009;9:21. doi: 10.1186/1471-244X-9-21
53. Sinclair S.J., Siefert C.J., Slavin-Mulford J.M., Stein M.B., Renna M., Blais M.A. Psychometric evaluation and normative data for the depression, anxiety, and stress scales-21 (DASS-21) in a nonclinical sample of U.S. adults. *Evaluation and the Health Professions*. 2012;35(3):259-279. doi: 10.1177/0163278711424282
54. Singh K., Junnarkar M., Sharma S. Anxiety, stress, depression, and psychosocial functioning of Indian adolescents. *Indian Journal of Psychiatry*. 2015;57(4):367-374. doi: 10.4103/0019-5545.171841
55. Szabó M. The short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Factor structure in a young adolescent sample. *Journal of Adolescence*. 2010;33(1):1-8. doi: 10.1016/j.adolescence.2009.05.014
56. Tonsing K.N. Psychometric properties and validation of Nepali version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). *Asian Journal of Psychiatry*. 2014;8:63-66. doi: 10.1016/j.ajp.2013.11.001
57. Tran T.D., Tran T., Fisher J. Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry*. 2013;12:13-24. doi: 10.1186/1471-244X-13-24
58. Tully P.J., Zajac I.T., Venning A.J. The structure of anxiety and depression in a normative sample of younger and older Australian adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2009;37(5):717-726. doi: 10.1007/s10802-009-9306-4
59. Vasconcelos-Raposo J., Fernandes H.M., Teixeira C.M. Factor structure and reliability of the depression, anxiety and stress scales in a large Portuguese community sample. *Spanish Journal of Psychology*. 2013;16:e10. doi: 10.1017/sjp.2013.15
60. Vignola R.C., Tucci A.M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*. 2014;155:104-109. doi: 10.1016/j.jad.2013.10.031
61. Wang K., Shi H.-S., Geng F.-L., Zou L.-Q., Tan S.-P., Wang Y., Neumann D.L., Shum D.H.K., Chan C.K. Cross-cultural validation of the Depression Anxiety Stress Scale-21 in China. *Psychological Assessment*. 2016;28(5):e88-e100. doi: 10.1037/pas0000207
62. Wise F.M., Harris D.W., Olver J.H. The DASS-14: Improving the construct validity and reliability of the Depression, Anxiety, and Stress Scale in a cohort of health professionals. *Journal of Allied Health*. 2017;46(4):e85-e90.
63. Wood B.M., Nicholas M.K., Blyth F., Asghari A., Gibson S. The utility of the short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) in elderly patients with persistent pain: does age make a difference? *Pain Medicine*. 2010;11(12):1780-1790. doi: 10.1111/j.1526-4637.2010.01005.x
64. Xavier S., Bento E., Azevedo J., Marques M., Soares M.J., Freitas V., Mota D., Macedo A., Pereira A.T. Validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale-DASS-21 in a community sample

- of Portuguese pregnant women. *European Psychiatry*. 2016;33:239. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.600
65. Xavier S., Martins M.J., Pereira A.T., Paula Amaral A., João Soares M., Roque C., Macedo A. Contribution for the Portuguese validation of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21): Comparison between dimensional models in a sample of students. *European Psychiatry*. 2017;41:416. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.01.365

Сведения об авторе

Золотарева Алена Анатольевна — кандидат психологических наук, научный сотрудник Международной лаборатории позитивной психологии личности и мотивации Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», Москва. E-mail: alena.a.zolotareva@gmail.com

Подходы к анализу нарушений высших психических функций

Карякина М.В.¹, Рычкова О.В.^{1,2}

¹ Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ НМИЦ ПН им. В.П. Сербского Минздрава России,

² Московский государственный психолого-педагогический университет

Резюме. Целью обзора является сопоставление методологических подходов отечественной психологической школы и западной психологии к изучению высших психических функций, сравнение используемых для оценки последних методик.

Проведенное сопоставление методических приемов, используемых в западной и в отечественной психодиагностике демонстрирует, что различия начинаются на этапе интерпретации результатов. Нейропсихологический метод анализа предполагает выявление выпадения не психической функции в целом, а нарушение отдельных ее звеньев. Что делает нейропсихологический анализ в большей степени качественным методом, опирающимся на анализ индивидуальных клинических случаев.

В западной психологии принято говорить о психических функциях в целом. Использование стандартизированных тестов дает возможность использовать математические инструменты обработки данных, делает результаты сопоставимыми между собой в различных группах испытуемых, позволяет распространять выводы на генеральную совокупность в соответствии с современными требованиями к достоверности научных результатов.

Ключевые слова: психодиагностика; высшие психические функции; когнитии; внимание; память; мышление; исполнительные функции

Approaches to analysis of higher mental function impairments

Karyakina M.V.¹, Rychkova O.V.^{1,2}

¹ Moscow Research Institute of Psychiatry — the branch of FSBI NMRC PV n.a. V.P.Serbbsky,

² Moscow State University of Psychology and Education

Summary. The purpose of the review is to compare the methodological approaches of Russian psychological school and Western psychology to the study of higher mental functions, and to compare the methods used for evaluating them.

The comparison of methods used in Western and Russian psychodiagnostics demonstrates, that differences begin at the stage of interpreting the results. Thus, the neuropsychological analysis identifies not the loss of the mental function in general, but the impairment of its parts. This makes neuropsychological analysis more of a qualitative method based on the analysis of individual clinical cases.

In Western psychology it is more common to talk about mental functions in general. The use of standardized tests makes it possible to use mathematical tools for data processing, makes the results comparable in different groups of subjects, and allows to extend the conclusions to the general population in accordance with modern requirements for the reliability of scientific results.

Keywords: psychological assessment; higher mental functions; cognitions; attention; memory; thinking; executive functions

Изучение высших психических функций представляет большой интерес для представителей различных специальностей: по данным базы РИНЦ, на конец июня 2019 почти двести тысяч статей посвящено этому вопросу. Подходы к изучению высших психических функций в западной и отечественной психологии имеют как определенные сходства, так и ряд принципиальных различий, обусловленных социальным и историческим контекстом. К высшим психическим функциям в отечественном подходе, опираясь на работы Л.С. Выготского [5], относят мышление, память, восприятие и речь, произвольное внимание. Их ключевым отличием от так называемых «натуральных» психических функций является то, что они развиваются при социальном взаимодействии ребенка со взрослым, опосредованы культурными средствами. Использование психо-

метрических методик в отечественной психологии не было ведущим, изучение психических процессов было смещено в сторону анализа их становления (в возрастной и общей психологии) [8] и нарушений психической деятельности (в клинической психологии) [7].

В исследованиях психических процессов в западной психологии обычно используется термин «когнитивные функции», который восходит к когнитивной психологии (см. [4]). Когнитивная психология развивалась в тесной связи с экспериментальной психологией с одной стороны, и кибернетикой с другой. Из экспериментальной психологии были позаимствованы строгие подходы к измерению: стандартизация, надежность, валидность. Это позволило накопить большой объем количественных данных, собранных в экспериментах со здоровыми испытуемыми.

Нарушения высших психических функций являются характерным признаком многих психических расстройств, например, уже Э.Крепелин описывал нарушения памяти, внимания, мышления, характерные для больных шизофренией. Для других расстройств выраженность когнитивных нарушений является основным критерием диагностики (признанием этого факта стало выделение в DSM-V раздела «Нейрокогнитивные расстройства»). Высшие психические функции в значительной степени определяют успешность деятельности человека.

Целью обзора является сопоставление указанных методологических подходов к изучению высших психических функций, сравнение используемых для оценки последних методик. Для выполнения этой задачи был проведен поиск в базах РИНЦ и Pubmed по ключевым словам «когнитивные функции», «когниции», «высшие психические функции», «cognitive functions», «cognitions», а также по названиям отдельных функций. В найденных статьях анализировался раздел «Материалы и методы», или аналогичный, для определения ведущего подхода и методик, которые использовались для оценки исследуемых функций.

Внимание, восприятие и обработка информации

Внимание и в западной, и в отечественной психологии рассматривается как основа любой целенаправленной психической деятельности. В отечественной психологии внимание определяется не как изолированный психический процесс, а как характеристика динамики всех познавательных и аффективных процессов [14], как обеспечивающее селективность и избирательность этих процессов. Если обратиться к концепции трех функциональных блоков мозга, процессы внимания характеризуют способность к любой избирательной и целенаправленной деятельности, имея в структуре модально-специфические компоненты (зрительное, слуховые и т.д.), а также служат для регуляции сознательной произвольной деятельности.

В западной психологии к вниманию относят психические процессы, которые связаны с возникновением реакции в ответ на определенный раздражитель [44]. Структурно внимание рассматривается как иерархический процесс, в котором модально-специфическими являются низшие звенья цепи (внимание может быть слуховым, зрительно-пространственным, др.). Высшие не являются модально специфическими, к ним относятся поддержание уровня осознанности (awareness), отслеживание собственной психической активности (mental tracking) [18, 40]. Как минимум, выделяют два вида внимания: психические процессы могут возникать под влиянием внешнего стимула (stimulus-driven), а также под влиянием внутренних психических процессов, в частности, памяти (или memory-driven) [51]. В другой классификации принято выделять следующие четыре типа внимания:

(1) Сфокусированное (focused) или избирательное (selective) внимание, которое также называют концентрацией, и которое отвечает за способность выделять один или два важных стимула, и подавлять реакцию на отвлекающие раздражители;

(2) Устойчивое (sustained) или активное (vigilance) внимание — отвечает за способность поддерживать активность, сфокусировавшись на одной задаче, в течение определенного периода времени;

(3) Распределенное (divided) внимание отвечает за способность реагировать на более чем один стимул за раз, или удерживать в сознании несколько задач в рамках сложного действия;

(4) Разделенное (alternating) внимание позволяет переключаться между задачами и стимулами [36].

В отечественной традиции аналогичные феномены описывают как свойства внимания [11], которые являются характеристиками единого процесса, и могут встречаться в сочетании, вместо того, чтобы быть отдельными типами. Устойчивость внимания и сосредоточенность, как характеристики способности сохранять внимание на одном объекте, не отвлекаясь на побочные стимулы, соответствует сфокусированному вниманию в западном подходе. Распределение внимания как способность выполнять одновременно несколько действий соотносится с распределенным типом, а переключаемость — с разделенным вниманием. Интенсивность внимания как направленность на один стимул и отвлечение от всего остального, и противоположная характеристика — рассеянность — могут характеризовать процесс внимания при любом из указанных выше типов. Аналогичная ситуация и с объемом внимания, который характеризует количество информации, которую человек способен удерживать в фокусе внимания.

На практике разделить различные типы внимания сложно, а большинство тестов оценивают сразу несколько параметров. В отечественной практике оценка внимания чаще строится на основании поведения испытуемого во время обследования в целом. Обращают внимание на скорость выполнения заданий, на отвлекаемость, наличие побочных ассоциаций [10, 14]. К специализированным методикам относят такие, в которых присутствует большой объем однородного стимульного материала, из которого испытуемому необходимо выбирать отдельные стимулы, например, корректурная проба.

В западных исследованиях и практической работе используются тесты на скорость реакции, отделяя этот параметр от собственно внимания. Испытуемому предъявляется последовательность стимулов, и он должен обозначить тем или иным способом (поднятием руки, нажатием на клавишу), когда появится целевой стимул [55]. В подобных заданиях определяется такой параметр как скорость обработки информации, которая, по данным исследований, существенно влияет на внимание [51]. При усложнении заданий стано-

вится возможным оценить большее количество функций. Так, в тестах используются увеличение вариантов ответа с необходимостью выбора добавление отвлекающего стимула [24, 37]. Существует ряд письменных тестов. Наиболее известный из них — тест на кодирование из батареи Векслера [6, 59]. На основе ключа о соответствии цифр и символов испытуемый заполняет бланк в течение отведенного времени.

Восприятие как психический процесс на практике нелегко отделить от внимания. В отечественной психологии восприятие рассматривается как сложный процесс отбора и синтеза, «поиск требуемой информации, выделение существенных признаков, сличение их между собой, создание адекватных гипотез и последующее сличение этих гипотез с исходными данными» [10]. Кроме того, процесс восприятия включает и активные двигательные компоненты: при неподвижном взгляде восприятие внешних объектов практически невозможно [10, 14]. Согласно западным моделям [37], чувственное восприятие включает в себя пассивное восприятие стимула, анализ, кодирование и интеграцию поступившей информации в память. Кроме того, от чувственного восприятия (sensory reception) отличают восприятие как понимание (perception) которое, в свою очередь, является активным процессом, включающим такие функции как осознание (awareness), распознавание (recognition), различение, и структурирование.

При этом как в западной, так и в отечественной психологии недостаточно разработана общая теория восприятия, которая могла бы охватить все формы нарушений, наблюдаемых в клинике. Современные методики диагностики восприятия оценивают функционирование одной или нескольких связанных функций относительно изолировано: что именно испытуемый не воспринимает или воспринимает искаженно.

Для оценки восприятия как узнавания объектов используются тесты с изображениями объектов, как в привычном виде, так и перечеркнутые, зашумленные, представленные частично [2], с необычного ракурса, изменением размера, представленные по частям [26]. Наряду с узнаванием конкретных объектов, используются тесты на узнавание абстрактных фигур [50].

В западных подходах принято выделять способность воспринимать социальные ситуации из восприятия внешних объектов в целом [13]. К социальному восприятию относится способность распознавать лица. Тесты, оценивающие эту способность, делятся на две категории: узнавание знакомых лиц и незнакомых, поскольку существуют данные, что нарушения этих двух способностей мало связаны друг с другом [37]. При распознавании знакомых лиц задействованы память и способность к извлечению информации; тесты требуют от испытуемого назвать или каким-либо еще способом идентифицировать известное лицо [2]. Тесты на распознавание незнакомых лиц могут как включать компонент памяти, так и нет. Например,

испытуемому предъявляется одна фотография и одновременно, или позже, несколько других, среди которых он должен найти нужное лицо [47].

Ориентация в пространственных отношениях в отечественной нейропсихологии также относится к функциям восприятия [14], тогда как в западной психологии выделяется в самостоятельную когнитивную способность (orientation) [37]. При этом для диагностики используются схожие методики: беседа и опрос испытуемого, ориентация в географической карте, копирование рисунка.

Память

Память — способность хранить информацию и использовать ее при необходимости. В отечественной психологии память определяют как неспецифическую способность к запоминанию, связанную с общим тонусом, ритмом сна и бодрствования, выделяя память разных модальностей: слуховую, зрительную и иные виды. Степень участия лобных отделов коры головного мозга предопределяет разделение процесса запоминания на произвольный и непроизвольный. Характеризуют память длительность формирования следов, продолжительность их сохранения, объем, особенности воспроизведения [10]. По длительности память разделяют на мгновенную (до нескольких секунд хранения информации), краткосрочную (до нескольких минут) и долгосрочную (длительное хранение информации) [10].

В западной психологии используются иные основания для выделения видов памяти. Системы хранения информации подразделяются на два блока: декларативная система или эксплицитная память, которая хранит информацию о фактах и событиях и доступна сознанию, и недеklarативная или имплицитная система, являющаяся бессознательной, и содержащая информацию о навыках, умениях [52].

Декларативную систему разделяют на семантическую память (хранящую общеизвестные факты) и эпизодическую (или автобиографическую) память; на автоматическую, когда заучивание происходит непроизвольно, и произвольную [22]. Декларативная память также является модально специфической: зрительной, слуховой, вербальной. Как отдельный вид памяти в последние годы стали выделять проспективную память [21, 25]: способность вспомнить о запланированном действии. Процесс запоминания в декларативной системе памяти принято разделять на три стадии: сенсорную, краткосрочную и долгосрочную память. Сенсорная память представляет собой очень краткую (несколько миллисекунд) регистрацию информации, воспринятой органами чувств [19]. В краткосрочной памяти информация хранится дольше — до нескольких минут [43], но с краткосрочной памятью связывают мысленное повторение, которое удлинит хранение информации до нескольких часов. Долгосрочная память отвечает за хранение информации на протяжении длительного времени без ее постоянного повторения [43].

Недекларативная или имплицитная память служит для хранения знаний об определенных действиях без их субъективного осознания [52]. Она включает процедурную память — двигательные и когнитивные навыки, представления о том «как» что-либо делать. С имплицитной памятью также связывают эффект прайминга: то, как предыдущие знания влияют на текущую реакцию испытуемого, даже если сам он не осознает этого влияния [45].

Несмотря на различия в концептуализации процессов запоминания и хранения информации, на операциональном уровне оценка памяти в отечественной и в зарубежной практике производится схожими методами. Такая оценка может включать как открытые вопросы о времени, месте, общеизвестных фактах и обстоятельствах собственной жизни испытуемого, так и ряд специально разработанных заданий. Тесты делятся по характеру стимульного материала: по модальности (наиболее разработанными являются тесты на вербальную и зрительно-пространственную память), по смысловому содержанию (стимульный материал может быть как набором несвязанных между собой элементов, так и представлять собой связный текст или картинки). Для оценки долгосрочной памяти и способности заучивания помимо немедленного воспроизведения используется также отложенное воспроизведение. Поскольку при снижении отсроченного воспроизведения различают проблемы собственно заучивания и извлечения информации из памяти, для их разведения могут использоваться задания на узнавание материала [14, 37].

Тесты для оценки вербальной памяти включают в себя бессмысленный набор букв или цифр, слова, предложения [9, 12, 42]. Существует большое количество тестов, в которых испытуемому необходимо заучивать слова. Отечественные специалисты, опираясь на работы Лурия и Зейгарник, обычно используют десять слов. В западных странах также распространены устоявшиеся наборы слов, которые проходят стандартизацию на популяции каждой страны [16, 28, 30, 57]. Эти тесты различаются по количеству слов, повторений, времени между предъявлением и воспроизведением. Некоторые тесты (например, Калифорнийский тест вербальной памяти, CVLT, [57] и Хопкинский тест, HVLT, [16]) оценивают способность использовать смысловые ассоциации для заучивания: испытуемому в качестве подсказки дается список семантических категорий, к которым принадлежат заучиваемые слова.

Воспроизведение предложений и рассказов — как диагностический прием и показатель — считается в большей степени связанным с повседневным функционированием, поскольку позволяет оценить не только количество запоминаемой информации, но и способность использовать сложные стратегии усвоения и воспроизведения информации, опору на прошлый опыт, ассоциативные связи [37]. Существует множество тестов, в которых испытуемому нужно переска-

зать текст (например, [31]); и такие задания входят во многие стандартизированные батареи для оценки памяти [34]. Заметим, что балл по такому тесту требует субъективной оценки специалистом того, насколько сильно испытуемый отклонился от оригинала при пересказе, почему этот балл сложнее стандартизировать.

Тесты на зрительную память аналогичны словесным по организации: обычно используют абстрактный или бессмысленный стимульный материал, чтобы исключить вербальный компонент запоминания [2, 23, 35, 46, 53]. В ряде тестов наряду со зрительной памятью оцениваются восприятие пространственных отношений [53], исполнительные функции: стратегия выполнения задания по копированию [54].

Небольшое количество тестов существует для оценки тактильной памяти. Так, испытуемому предлагается нарисовать геометрическую фигуру, которую ему предъявили на ощупь; тест проводится на каждую руку в отдельности и для обеих рук [29]. Другой тест — испытуемый должен с закрытыми глазами перенести позу пальцев с одной руки на другую, можно выполнять и по памяти [14].

В западной психологии весьма значимым концептом является «рабочая память», к которой относятся не только непосредственно хранимую информацию, но и операции с этой информацией, что требует участия процессов внимания и исполнительных функций. Задачей рабочей памяти полагают «удерживание информации в сознании, и использование ее для построения поведения в отсутствии сигналов из внешней среды» [37]. Представления о рабочей памяти опираются на трехчастную модель Alan Baddeley [15]. Согласно этой модели выделяется контролирующая система внимания (supervisory attentional system, SAS), которая распределяет информацию и задачи между подсистемами: фонологической или артикуляционной петлей (phonological или articulatory loop), обрабатывающей языковую информацию, и зрительно-пространственной системой (visuo-spatial sketchpad), связанной с зрительно-пространственной информацией. Существует также временное хранилище информации, которое используется при выполнении любых когнитивных задач.

Для оценки рабочей памяти предлагают удерживать определенную информацию в сознании в процессе выполнения задания, с оценкой эффективности деятельности. В зависимости от теоретических взглядов исследователей, такие методики могут рассматриваться не только как оценивающие рабочую память, но и как методики для оценки процессов внимания. Правомочность последней трактовки подтверждается высокой корреляцией между выполнением такого вида задания и оценкой процессов внимания, произведенной другими способами [32]. Это могут быть задания на повторение букв или цифр при определенных условиях (например, в батарее Векслера — в обратном порядке).

Стимулы могут быть более сложными, чем отдельные буквы и цифры. Зрительно-пространственная составляющая рабочей памяти самостоятельно изучается преимущественно в научных исследованиях; при этом стандартизированных методик для ее оценки нет. В исследовательских проектах используются эксперименты с отсроченным воспроизведением. Так, испытуемому предъявляется определенное положение стимула (например, точки) на экране компьютера или на чистом листе бумаги, после исчезновения стимула испытуемому необходимо воспроизвести положение стимула: взглядом, указать пальцем на экране, или нарисовать на чистом листе бумаге [37]. Методики для исследования SAS пересекаются с методиками для исследования исполнительных функций: есть данные, в том числе и подтвержденные нейровизуализационными исследованиями, о частичном перекрытии этих функций [37].

Мышление

Мышление может рассматриваться как «активное психическое действие, направленное на решение задачи» [14]. В отечественной психологии мышление определяется как особая деятельность, «опирающаяся на систему понятий, направленная на решение задач, подчиненная цели, учитывающая условия, в которых задача осуществляется» [7]. Мышление обладает такими характеристиками как динамика, операциональный и личностный компоненты. Операциональный компонент включает в себя аналитическую деятельность, операции обобщения, синтеза, отвлечения с опорой на известную систему понятий, установление связей между этими понятиями. К личностному компоненту мышления относятся способности к саморегуляции, целенаправленность, мотивационная сфера. Под динамикой мышления подразумевается его гибкость, способность переходить от одной идеи к другой и выстраивать цепочку умозаключений. Мыслительная деятельность также состоит из нескольких этапов: предварительная ориентировка, формирование программы действия и выбора средств решения задачи, осуществление определенных операций, контроля и сличения результатов с первоначальной задачей.

В зарубежном подходе мышление, как thinking, объединяет в себе такие операции, как логические рассуждения, суждение и выводы, образование понятий, абстрагирование и генерализация, упорядочивание, решение проблем (conceptual problem solving) [37], что соответствует операциональной стороне мышления, как ее понимают в отечественной психологии. Динамическая сторона мышления, а также ее этапы в западной психологии рассматриваются в рамках концепта исполнительных функций. За рамками рассмотрения западными психологами остается личностный компонент мышления: он связывается с социальными когнициями и метакогнициями, рассмотрение которых не входит в задачи данной статьи.

Широко распространенным вариантом тестов способности к абстрактному мышлению являются задания на интерпретацию пословиц [12, 37]. Другим вариантом тестов является задание на сравнение нескольких слов, которое перешло в западную нейропсихологию из методик, созданных Лурия, например, в задании из батареи Векслера испытуемому необходимо объяснить, что есть общего между представленными парами слов.

Для оценки образования понятий созданы различные тесты на классификацию. В таких методиках испытуемому предъявляется большое количество стимульного материала (карточки с изображением объектов, кубики, фишки и др.), сгруппированного каким-либо образом. Задачами испытуемого могут быть определить принцип, по которому они объединяются, самостоятельно объединить объекты определенным образом, выделить наиболее отличающийся. Примерами могут служить методика классификации для патофизиологического обследования [12], Висконсинский сортировочный тест [20], Category test [48] и другие.

Рассуждение (reasoning) это обдумывание с целью прийти к какому-либо заключению [37], включает в себя операции логических построений, понимания взаимосвязей, выводов. Для исследования способности к рассуждению и решению проблем (conceptual problem solving) используются тесты, основанные на известной игре, когда специалист загадывает определенный объект, а испытуемый должен отгадать этот объект, задавая вопросы, на которые специалист может отвечать только «да» или «нет». Существуют варианты, когда испытуемому заранее предлагается список объектов или набор изображений, один из которых он должен отгадать [37].

Кроме того, разработаны тесты с задачами, требующими определения отношений и логических связей [41]. Например, «У Анны денег в десять раз больше, чем у Билла, а у Дебби — в половину меньше, чем у Анны, но в два раза больше, чем у Карла». Различные математические задачи, требующие от испытуемого вычислений, также относятся к тестам на мышление [37]. Существуют также невербальные тесты. Примером может служить субтест из Векслера, в котором испытуемый должен дополнить недостающую часть в рисунке, или расположить изображения в таком порядке, чтобы из них получалась связная непротиворечивая история. Прогрессивные матрицы Равена [58] широко используются для обследования мышления, поскольку требуют от испытуемого одновременно оценивать пространственные, зрительные, количественные отношения, от очевидных и конкретных до очень сложных и абстрактных.

Исполнительные функции и моторные навыки

Понятие «исполнительные функции» в значении функций, отвечающих за осуществление деятельности, пришло из западной психологии. Су-

ществует несколько определений исполнительных функций. Они включают в себя следующие способности: планирование, когнитивная гибкость, способность регулировать психическую деятельность в ответ на требования среды [39], прогнозирование, постановку цели, отслеживание, ориентацию на обратную связь [56], способность к независимому целенаправленному поведению с учетом собственных интересов [37], решение проблем, переключаемость между двумя и более задачами [27], выбор одной из нескольких стратегий для решения задачи, изменение или отмена стратегии в ответ на изменение целей или обстоятельств [38]. Основываясь на данных определениях можно заключить, что исполнительные функции представляют собой баланс между сохранением целенаправленного поведения и переключением между различными вариантами деятельности в ответ на требования окружающей среды, позволяя поддерживать поведение, отличающееся от автоматической импульсивной реакции. В отечественной психологии перечисленные функции относятся к компонентам и этапам мыслительной деятельности [7], и не выделяются в отдельную категорию.

Для оценки исполнительных функций используются сложные задания, которые включают оценку работы нескольких из перечисленных выше функций. Тесты на классификацию, описанные в разделе, посвященном исследованию мышления, могут также использоваться для оценки исполнительных функций. Задания на прохождение лабиринта адресуются к таким функциям как планирование, прогнозирование, рассмотрение и выбор или отказ от нескольких альтернативных вариантов. Задания могут усложняться как ограничением времени, так и с помощью дополнительных условий: не отрывать карандаш от бумаги, не заходить в тупики и другие. Тесты вида «Лондонская Башня», в которых задача испытуемого заключается в перемещении шаров из текущего положения в требуемое за как можно меньшее количество ходов, в большей степени ориентированы на оценку планирования [17].

Двигательные функции в западной психологии также относят к исполнительным, поскольку их функция заключается в реализации поставленной задачи [37]. Наиболее разработанными для оценки движений как высших психических функций являются методики для обследования произвольных движений рук. В отечественной традиции [10] создан ряд проб, от простых, при которых испытуемому нужно сложить пальцы в определенном положении, до сложных, вовлекающих другие психические функции (например, письмо, рисование), а также специализированные пробы на сохранение программы действий, выявление персевераций [10]. В западной психологии также активно используют методики, разработанные отечественными специалистами, и включают их в ряд шкал и батарей для оценки моторных навыков, были разработаны системы для количественной оценки результатов [33, 49].

Заключение

В отечественной психологии представления об организации высших психических функций опираются на теорию функциональных систем, которая рассматривает любую высшую психическую функцию как сложную систему, состоящую из ряда компонентов, локализованных в различных частях нервной системы, но объединенных для решения общей задачи [1]. Основными свойствами таких функциональных систем является их устойчивость и возможность достигать инвариантного эффекта различными средствами [3]. Эти системы могут рассматривать как особые «функциональные органы», являющиеся основой для психических процессов.

Когнитивная психология в западных странах развивалась в тесной связи с кибернетикой. Отсюда работа психики чаще представляется через компьютерную метафору, по аналогии с компьютерными операциями ввода, хранения, обработки и вывода [37]. Выделяют: 1 — функции, связанные с восприятием и включающие способность выбирать, усваивать, классифицировать и интегрировать информацию, 2 — память и обучение, которые связаны с хранением и извлечением информации, 3 — мышление, связанное со структурированием и реорганизацией информации на ментальном уровне, 4 — исполнительные функции, реализующие планы, намерения, осуществляющие действия, опираясь на имеющуюся информацию.

Проведенное сопоставление методических приемов, используемых в западной и в отечественной психодиагностике демонстрирует, что различия начинаются на этапе интерпретации результатов. Нейропсихологический метод анализа, основанный на теории о развитии высших психических функций Выготского и функциональных систем Анохина, предполагает выявление выпадения не психической функции, а отдельных нарушенных ее звеньев, что делает нейропсихологический анализ в большей степени качественным методом, опирающимся на анализ индивидуальных клинических случаев.

В западной психологии, традиционно опирающейся на психометрический метод с его стандартизированными процедурами и количественной оценкой результатов, скорее принято говорить о психических функциях в целом. Использование стандартизированных тестов дает возможность использовать математические инструменты обработки данных, делает результаты сопоставимыми между собой в различных группах испытуемых, позволяет распространять выводы на генеральную совокупность в соответствии с современными требованиями к достоверности научных результатов.

На наш взгляд, и одна, и вторая традиции заслуживают внимания и уважительного отношения, и дают возможности для разносторонней и полной оценки психических функций.

Литература

1. Анохин П.К. Системные механизмы высшей нервной деятельности. — М., «Наука», 1979:453с. [Anokhin P.K. *Systemnye mekhanizmy vysshei nervnoi deyatelnosti*. — Moscow. Nauka. 1979:453p. (In Russ.)]
2. Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Нейропсихологическая диагностика. Классические стимульные материалы. М.: Генезис, 2010:12с. (+70 л.) [Balashova E.Yu., Kovyazina M.S. *Neiropsikhologicheskaya diagnostika. Klassicheskie stimulnye materialy*. — Moscow. Genezis. 2010:12p. (In Russ.)]
3. Бернштейн Н.А. Очерки физиологии движений и физиологии активности. М.: «Медицина», 1966. [Bernstein N.A. *Ocherki fiziologii dvizhenii i fiziologii aktivnosti*. — Moscow. Medicina. 1966 (In Russ.)]
4. Величковский Б.М. Когнитивная наука: Основы психологии познания, в 2 т. М.: Смысл: Издательский центр «Академия», 2006:880с. [Velichkovsky B.M. *Kognitivnaya nauka: Osnovy psikhologii poznaniya*, v 2 t. Moscow. Smysl: Izdatelskii centr «Akademia». 2006:880p. (In Russ.)]
5. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. — М.: Изд-во Акад. пед. Наук, 1960:500с. [Vygotskii L.S. *Razvitie vyshsikh psikhicheskikh funktsii*. — Moscow. Akademia pedagogicheskikh nauk. 1960:500p. (In Russ.)]
6. Дружинин В. Н. Психология общих способностей. — 3-е издание — Издательство: Питер. Серия: Мастера психологии, 2007:368с. [Druzhinin V.N. *Psikhologiya obshchikh sposobnostei*. — St. Petersburg. Mastera Psikhologii. 2007:368p. (In Russ.)]
7. Зейгарник Б.В. Патопсихология: учебник для студентов ВУЗов. — 2-е изд., перераб. и доп. М.: Изд-во МГУ, 1986:288с. [Zeigarnik B.V. *Patopsikhologiya: uchebnik dlya studentov VUZov*. — Moscow. MGU. 1986:288p. (In Russ.)]
8. Обухова Л. Ф. Возрастная психология : учебник. М. : Издательство Юрайт, МГППУ, 2011:460с. [Obukhova L.F. *Vozrastnaya psikhologiya: uchebnik*. Moscow. Yurait, MGPPU. 2011:460p. (In Russ.)]
9. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. М.: МГУ, 1962:432с. [Luria A.R. *Vysshie korkovye funktsii cheloveka*. Moscow. MGU. 1962:432p. (In Russ.)]
10. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Издательство Московского университета, 1973:376с. [Luria A.R. *Osnovy neiropsikhologii*. Moscow. Izdatelstvo Moskovskogo Universiteta. 1973:376p. (In Russ.)]
11. Общая психология: Тексты: В 3 т.: Для студентов фак. психологии вузов. 2-е изд., испр. и доп. Отв. ред. В. В. Петухов. М.: Психология; Генезис, 2001. [Obshchaya psikhologia, teksty: v 3 t. Dlya studentov fak. psikhologii vuzov. 2d ed. Editor Petukhov V.V. Moscow. Psikhologiya, Genezis. 2001 (In Russ.)]
12. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. Практическое руководство. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2010:224с. [Rubinstein S.Ya. *Eksperimentalnye metodiki patopsikhologii i opyt primeneniya ikh v klinike. Prakticheskoe rukovodstvo*. — Moscow. Izdatelstvo Instituta Psikhoterapii. 2010:224p. (In Russ.)]
13. Тонконогий И., Пуанте А. Клиническая нейропсихология. СПб.: Питер, 2007:528с. [Tonkonogii I., Puante A. *Klinicheskaya neiropsikhologiya*. — St. Petersburg. Piter. 2007:528p. (In Russ.)]
14. Хомская Е. Д. Нейропсихология. 4-е издание. СПб.: Питер, 2005:496с [Khomsкая E.D. *Neiropsikhologiya*. 4th ed. St. Petersburg. Piter. 2005:496p. (In Russ.)]
15. Baddeley A. Working memory: theories, models, and controversies. *Annu Rev Psychol*. 2012;63:1-29. doi: 10.1146/annurev-psych-120710-100422
16. Bailey KC, Soble JR, Bain KM, Fullen C. Embedded Performance Validity Tests in the Hopkins Verbal Learning Test-Revised and the Brief Visuospatial Memory Test-Revised: A Replication Study. *Arch Clin Neuropsychol*. 2018;33(7):895-900. doi: 10.1093/arclin/acx111.
17. Boccia M, Marin D, D'Antuono G, Ciurli P, Innoccia C, Antonucci G, Guariglia, Piccardi L. The Tower of London (ToL) in Italy: standardization of the ToL test in an Italian population. *Neurol Sci*. 2017;38(7):1263-1270. doi: 10.1007/s10072-017-2957-y.
18. Butter CM. Varieties of attention and disturbances of attention: A neuropsychological analysis. In M. Jeannerod (Ed.) *Neurophysiological and Neuropsychological Aspects of Spatial Neglect*. Amsterdam: Elsevier/North-Holland, 1987.
19. Cappelletto M, Zhang W. A dual-trace model for visual sensory memory. *J Exp Psychol Hum Percept Perform*. 2016;42(11):1903-1922.
20. Chiu EC, Wu WC, Hung JW, Tseng YH. Validity of the Wisconsin Card Sorting Test in patients with stroke. *Disabil Rehabil*. 2018;40(16):1967-1971. doi: 10.1080/09638288.2017.1323020.
21. Crystal JD, Wilson AG. Prospective memory: a comparative perspective. *Behav Processes*. 2015;112:88-99. doi: 10.1016/j.beproc.2014.07.016.
22. Devitt AL, Addis DR, Schacter DL. Episodic and semantic content of memory and imagination: A multilevel analysis. *Mem Cognit*. 2017;45(7):1078-1094. doi: 10.3758/s13421-017-0716-1.
23. Di Pino RK, Kabat MH, Kane RL. An exploration of the construct validity of the Heaton memory tests. *Arch Clin Neuropsychol*. 2000;15(2):95-103.
24. Foster J.K., Behrmann M., Stuss D.T. Visual attention deficits in Alzheimer's disease: Simple versus conjoined feature search. *Neuropsychology*. 1999;13:223-245.
25. Gatzounis R, Schrooten MGS, Crombez G, Vlaeyen JWS. Forgetting to remember? Prospective

- memory within the context of pain. *Eur J Pain*. 2018;22(3):614-625. doi: 10.1002/ejp.1152.
26. Gauthier I, Tarr MJ. Visual Object Recognition: Do We (Finally) Know More Now Than We Did? *Annu Rev Vis Sci*. 2016;2:377-396. doi: 10.1146/annurev-vision-111815-114621.
 27. Green M.F. Schizophrenia from a Neurocognitive Perspective: Probing the Impenetrable Darkness. — Allyn and Bacon, Boston, 1998.
 28. Hanke LD, Preis SR, Piers RJ, Beiser AS, Devine SA, Liu Y, Seshadri S, Wolf PA, Au R. Population Normative Data for the CERAD Word List and Victoria Stroop Test in Younger- and Middle-Aged Adults: Cross-Sectional Analyses from the Framingham Heart Study. *Exp Aging Res*. 2016;42(4):315-28. doi: 10.1080/0361073X.2016.1191838.
 29. Halstead WC. Brain and intelligence. — Chicago: University of Chicago Press, 1947.
 30. Hawkins KA, Dean D, Pearlson GD. Alternative forms of the Rey Auditory Verbal Learning Test: a review. *Behav Neurol*. 2004;15(3-4):99-107.
 31. Horner MD, Teichner G, Kortte KB, Harvey RT. Construct validity of the Babcock Story Recall Test. *Appl Neuropsychol*. 2002;9(2):114-6.
 32. Howieson DB, Lezak MD. Separating memory from other cognitive problems. In A. Baddeley (Eds.) *Handbook of Memory Disorders* (2nd ed.). Chichester, UK: Wiley, 2002.
 33. Hurtado-Pomares M, Carmen Terol-Cantero M, Sánchez-Pérez A, Peral-Gómez P, Valera-Gran D, Navarrete-Muñoz EM. The frontal assessment battery in clinical practice: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018;33(2):237-251. doi: 10.1002/gps.4751.
 34. Kent PL. Evolution of Wechsler's Memory Scales: Content and structural analysis. *Appl Neuropsychol Adult*. 2017;24(3):232-251. doi: 10.1080/23279095.2015.1135798.
 35. Krishnan M, Donders J. Embedded assessment of validity using the continuous visual memory test in patients with traumatic brain injury. *Arch Clin Neuropsychol*. 2011;26(3):176-83. doi: 10.1093/arclin/acr010.
 36. Leclercq M. Theoretical aspects of the main components and functions of attention. In M. Leclercq, P. Zimmerman (Eds.) *Applied Neuropsychology of Attention*. New York: Psychology Press, 2002.
 37. Lezak MD, Howieson DB, Bigler ED, Tranel D. *Neuropsychological Assessment*. 5th edn. Oxford University Press, New York, 2012.
 38. Logan GD. Executive control of thought and action. *Acta Psychologica*. 1985;60:193-210.
 39. Loring DW (ed.) *INS Dictionary of Neuropsychology*. Oxford University Press, New York, 1999.
 40. Luck SJ, Hillyard SA. The operation of selective attention at multiple stages of processing: Evidence from human and monkey electrophysiology. In M.S. Gazzaniga (Ed.) *The New Cognitive Neurosciences* (2nd ed.). Cambridge, MA: MIT Press, 2000.
 41. Marcotte K, McSween MP, Pouliot M, Martineau S, Pauzé AM, Wiseman-Hakes C, MacDonald S. Normative Study of the Functional Assessment of Verbal Reasoning and Executive Strategies (FA-VRES) Test in the French-Canadian Population. *J Speech Lang Hear Res*. 2017;60(8):2217-2227. doi: 10.1044/2017_JSLHR-L-17-0012.
 42. Neath I, Saint-Aubin J, Bireta TJ, Gabel AJ, Hudson CG, Surprenant AM. Short- and long-term memory tasks predict working memory performance, and vice versa. 2019;73(2):79-93. doi: 10.1037/cep0000157.
 43. Norris D. Short-term memory and long-term memory are still different. *Psychol Bull*. 2017;143(9):992-1009. doi: 10.1037/bul0000108.
 44. Parasuraman R. The attentive brain: Issues and prospects. In R. Parasuraman (Ed.) *The Attentive Brain*. Cambridge, MA: MIT Press, 2000.
 45. Park JL, Donaldson DI. Investigating the relationship between implicit and explicit memory: Evidence that masked repetition priming speeds the onset of recollection. *Neuroimage*. 2016;139:8-16. doi: 10.1016/j.neuroimage.2016.06.013.
 46. Pirogovsky E, Nicoll DR, Challener DM, Breen E, Gluhm S, Corey-Bloom J, Gilbert PE. The Visual Spatial Learning Test: differential impairment during the premanifest and manifest stages of Huntington's disease. *J Neuropsychol*. 2015;9(1):77-86. doi: 10.1111/jnp.12036.
 47. Rossion B, Michel C. Normative accuracy and response time data for the computerized Benton Facial Recognition Test (BFRT-c). *Behav Res Methods*. 2018;50(6):2442-2460. doi: 10.3758/s13428-018-1023-x.
 48. Roye S, Calamia M, Greve K, Bianchini K, Aguerrevere L, Curtis K. Further validation of booklet category test subscales for learning, set loss, and memory in a mixed clinical sample. *Appl Neuropsychol Adult*. 2018;25(1):11-18. doi: 10.1080/23279095.2016.1230120.
 49. Shura RD, Rowland JA, Yoash-Gantz RE. The Behavioral Dyscontrol Scale-II with non-elderly veterans. *Arch Clin Neuropsychol*. 2014;29(5):409-14. doi: 10.1093/arclin/acu022.
 50. Smirni D, Oliveri M, Turriziani P, Di Martino G, Smirni P. Benton visual form discrimination test in healthy children: normative data and qualitative analysis. *Neurol Sci*. 2018;39(5):885-892. doi: 10.1007/s10072-018-3297-2.
 51. Spikman J, van Zomeren E. Assessment of attention / In J.M. Gurd et al. (Eds.) *The Handbook of Clinical Neuropsychology* (2nd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press, 2010.
 52. Squire LR, Zola-Morgan M. Conscious and unconscious memory systems. *Cold Spring Harb Perspect Biol*. 2015 Mar 2;7(3):a021667. doi: 10.1101/cshperspect.a021667.
 53. Steck PH. A revision of A. L. Benton's Visual Retention Test (BVRT) in two parallel forms. *Arch Clin Neuropsychol*. 2005;20(3):409-16.
 54. Stern RA, Singer EA, Duke LM, Singer NG, Morey CE, Daughtrey EW, Kaplan E. The Boston qualitative scoring system for the Rey-Osterrieth complex figure: Description and inter-rater reliability. *Clinical Neuropsychologist*. 1994;8:309-322. DOI: 10.1080/13854049408404137

55. Strub RL, Black FW. *The Mental Status Examination in Neurology* (4th ed.). — Philadelphia: Davis, 2000.
56. Stuss DT, Benson DF. *The frontal Lobes*. — Raven press, New York, 1986.
57. Thiruselvam I, Hoelzle JB. *Refined Measurement of Verbal Learning and Memory: Application of Item Response Theory to California Verbal Learning Test — Second Edition (CVLT-II) Learning Trials*. Arch Clin Neuropsychol. 2019 Jan 7. doi: 10.1093/arclin/acy097.
58. Van der Elst W, Ouwehand C, van Rijn P, Lee N, Van Boxtel M, Jolles J. *The shortened Raven Standard Progressive Matrices: item response theory-based psychometric analyses and normative data*. Assessment. 2013;20(1):48-59. doi: 10.1177/1073191111415999.
59. Wechsler D. *WAIS Manual*. New York: The Psychological Corporation, 1955.

Сведения об авторах

Карякина Мария Владимировна — научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии — филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. E-mail: karyakina.m@serbsky.ru

Рычкова Ольга Валентиновна — д.псих.н., профессор, ведущий научный сотрудник Московского НИИ психиатрии — филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского», заместитель декана факультета консультативной и клинической психологии Московского государственного психолого-педагогического университета. E-mail: rychkovao@bk.ru

Клинические варианты аффективных, диссомнических и двигательных проявлений краниоцервикальной дистонии (обзор литературы)

Хаятова З.Г.¹, Залялова З.А.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Россия

²Республиканский клинико-диагностический центр экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии Республики Татарстан, Казань, Россия

Резюме. В литературе появляется все больше данных, указывающих на наличие у пациентов с дистонией не двигательных нарушений — изменения настроения, когнитивных нарушений, расстройств сна, вегетативной дисфункции и/или боли, являющихся важными составляющими качества жизни. В статье обсуждается вероятность коморбидности аффективных и диссомнических проявлений и дистонии. В настоящий момент доказательства в пользу этой теории спорны, и вопрос остается открытым и требует дальнейшего изучения. Аффективные и диссомнические проявления дистонии — определяющий фактор снижения качества жизни, связанного со здоровьем, а также нетрудоспособности, хотя их вклад в клиническую картину заболевания зачастую остается недооцененным. Важным становится выявление этих проявлений, оценка их выраженности, роли в изменении повседневной активности пациентов с краниоцервикальной дистонией.

Ключевые слова: дистония, аффективные нарушения, не двигательные симптомы, диссомния, краниоцервикальная дистония

Clinical variety of affective, sleep and motor manifestations in craniocervical dystonia (a literature review)

Khaitatova Z.G. ¹, Zalyalova Z.A. ^{1,2}

¹ Kazan State Medical University

² Kazan State Medical University, Republican clinical diagnostical center of extrapyramidal disorders and botulinotherapy

Summary. Recent research data literature indicates the presence of non-motor symptoms in patients with dystonia such as mood disorders, cognitive impairments, sleep disturbances, autonomic dysfunction and / or pain, which are important components of quality of life. The article discusses possible comorbidity of affective manifestations, sleep disorders and dystonia. Currently, evidence is controversial, and the question requires further study. Affective symptoms and sleep disturbances of dystonia are now recognized as the greater determinant of quality of life in dystonia, being associated with health and disability, although their contribution to the clinical picture of the disease often remains underestimated. It becomes important to identify these manifestations, assess their severity and impact on the daily activity of patients with craniocervical dystonia.

Keywords: dystonia, affective disorders, non-motor symptoms, sleep disturbances, craniocervical dystonia

К мышечной дистонии относятся расстройства движения, характеризующиеся постоянными или прерывистыми мышечными сокращениями, вызывающими патологические, часто повторяющиеся движения и/или позы, как правило, напоминающие скручивания или дрожание. Они часто инициируются или усугубляются произвольными действиями и связаны с избыточной мышечной активацией [11]. По распространенности гиперкинеза выделяют фокальные, мультифокальные, сегментарные, гемидистонии и генерализованные дистонии [1]. Первичные мышечные дистонии, дебютирующие во взрослом возрасте, чаще всего носят фокальный характер и локализируются в краниоцервикальной области. Распространенность цервикальной дистонии и блефароспазма, как самых частых форм фокальных дистоний по данным Steeves и соавт. (2012), составляет 4,98 на 100 000 и 4,24 на 100 000 населения соответственно [71].

С начала XX века, когда Оппенгейм впервые представил в литературе четырех пациентов с деформирующей мышечной дистонией, весь фокус исследовательского внимания был направлен на феноменологию двигательных проявлений этого загадочного заболевания, поиск его нейроанатомического субстрата и механизмов формирования.

Предполагается, что патогенез дистонии состоит в повышенной активации интернейронов ствола и спинного мозга в связи с избыточной афферентацией и недостаточностью ингибиторных процессов [33]. Недостаточность тормозных ГАМК-ергических и избыточность холинергических механизмов в стволе, таламусе, скорлупе и других структурах головного мозга обуславливает эти изменения. С современной точки зрения, фокальная дистония рассматривается как сетевое расстройство с вовлечением различных отделов моторной и сенсорной систем, в частности в

патогенез вовлечены связи между кортикальными, стриарными, таламическими и церебеллярными областями [74]. Также важную причинную роль играют изменения в синаптической пластичности. Одна из гипотез патогенеза блефароспазма — формирование патологической адаптационной пластичности в базальных ганглиях, среднем мозге и стволе мозга [6].

Наука значительно продвинулась в диагностике и лечении двигательных проявлений дистонии: ботулинотерапия объективно корректирует гиперкинез и облегчает боль у пациентов с дистонией. Исследования подтверждают уменьшение болевого синдрома как у пациентов с идиопатической дистонией, так и при вторичных дистониях при различных заболеваниях [2, 10]. Несмотря на компенсацию двигательных нарушений, у пациентов отмечается тенденция к сохранению симптомов депрессии, тревоги, нарушений сна, что оказывает весомый вклад в качество жизни [41]. Нередко эти симптомы не представляется возможным назвать следствием двигательных нарушений, поскольку некоторые из них предшествуют двигательным проявлениям, а у части пациентов не купируются на фоне приема антидепрессантов и успешного специфического лечения. В литературе находится подтверждение этим фактам и все больше обсуждается возможность наличия немоторных проявлений дистонии, схожих с таковыми при болезни Паркинсона (БП) и болезни Гентингтона (БГ). К ним относятся нейропсихиатрические и когнитивные нарушения, диссомнии, сенсорные аномалии, вегетативные нарушения и боль [41]. В различных исследованиях было установлено, что НМС является более важным определяющим фактором качества жизни, чем двигательные проявления у пациентов с такими расстройствами движения, как болезнь Паркинсона и дистония [26, 48, 80]. Аналогично за маской выраженных моторных проявлений дистонии может скрываться совокупность симптомов, которые расцениваются как латентная стадия заболевания или предвестник худшего течения болезни у пациентов с дистонией [74].

В литературе накоплены данные о немоторных проявлениях при различных формах дистонии: фокальных формах, генерализованной дистонии с ранним началом DYT 1, а также различных Дистония-плюс синдромах, как то X-сцепленная дистония-паркинсонизм DYT 3, леводопамочувствительная дистония DYT 5, миоклонус-дистония DYT 11, дистония-паркинсонизм с быстрым началом DYT 12 [74].

Представляют научный интерес особенности проявления таких аффективных расстройств как депрессия и тревога, нарушений сна у пациентов с цервикальными дистониями и блефароспазмом.

Блефароспазм

Блефароспазм (БС) — это первичная фокальная краниальная мышечная дистония, характеризующаяся непроизвольными сокращениями круговых

мышц глаз, приводящих к учащенному морганию и неконтролируемому зажмуриванию. О.Р. Орлова выделяет следующие клинические варианты блефароспазма: 1) учащенное моргание — у 10% больных; 2) эпизоды зажмуривания в виде частых кратковременных ритмичных спазмов круговых мышц глаз — у 17%; 3) эпизоды длительного зажмуривания глаз — у 46%; 4) эпизоды частых ритмичных спазмов круговых мышц глаз в сочетании с отдельными подергиваниями век — у 7%; 5) закрывание глаз, называемое больными “опусканием век”, — у 20% [4, 5].

В литературе имеются данные о наличии у пациентов с БС следующих психических нарушений: депрессия, тревога, обсессивно-компульсивное расстройство. Янг и соавт. (2016) провели в Китае исследование 68 пациентов с БС из “Центра расстройств движений” и сопоставимой по полу, возрасту и уровню образования контрольной группы на наличие когнитивных и аффективных нарушений с использованием следующих шкал: модифицированной Адденбрукской когнитивной шкалы (ACE-R), шкалы тревоги Гамильтона (HAM-A) и шкалы депрессии Гамильтона (HAM-D). Значения показателей по шкале HAM-D в группе пациентов с БС были значительно выше (9,24) по сравнению со здоровым контролем, в особенности у пациентов с когнитивными нарушениями, имеющих более высокие средние баллы (11,77), указывающие на умеренную депрессию. Тем не менее, этот вывод не был статистически значимым, а оценка по шкале HAM-D не была значительной детерминантой когнитивных нарушений в логистическом регрессионном анализе [81]. В исследовании с участием 11 пациентов с БС была отмечена корреляция выраженности тревоги и тяжестью двигательных проявлений, однако выборка пациентов недостаточно велика и необходимы дальнейшие исследования на большем количестве пациентов для более достоверных выводов [9].

При БС были установлены нарушения сна. Как показано в исследованиях Сильвестри [66], Сфорца [65], и коллег, с выраженностью заболевания положительно коррелировало уменьшение продолжительности фазы сна с быстрыми движениями глаз (REM фазы сна) и частота ночных пробуждений. В другом исследовании Paus и соавт. (2011), ухудшение качества сна по Питтсбургскому опроснику качества сна (PSQI) было зафиксировано у 46% пациентов с БС в сравнении с 20% здорового контроля. Кроме того, отмечалась связь с симптомами депрессии (26%) и синдромом беспокойных ног (19%). Нарушения сна отмечалось преимущественно у женщин. Повышенная дневная сонливость, оцениваемая шкалой сонливости Эпворта (ESS), редко отмечалась у пациентов с БС [57]. В отличие от вышеупомянутого исследования Сильвестри и Сфорзы, не было зафиксировано существенной разницы между качеством сна и выраженностью дистонических симптомов по шкале Янковича. Кроме того, лечение с применением ботулинического токсина не улучшало качество сна. Важно отметить, что около 28% участни-

ков каждой когорты уже принимали антидепрессанты и седативные средства до начала исследования [74].

Fontenelle и соавт. (2011) сравнили пациентов с БС и гемифациальным спазмом с помощью Краткого международного руководства для проведения нейропсихиатрического опроса, Опросника обсессивности-компульсивности (OCI-R), шкалы депрессии Бека (BDI), шкалы тревоги Бека (BAI) и MMSE [12, 13, 35, 51]. Отмечалась положительная корреляция тяжести симптомов ОКР с продолжительностью аномальных движений и отрицательная корреляция с тяжестью депрессии. При оценке по шкале OCI-R установлена большая продолжительность симптомов при БС, по сравнению с таковой при гемифациальном спазме. Однако, при оценке по шкале BDI, BAI и MMSE не была выявлена корреляция с продолжительностью БС [23]. Другое исследование проводилось с использованием Гамбургского краткого опросника обсессий и компульсий (HOCI-S), где сообщалось о больших проявлениях обсессий и компульсий у небольшой выборки пациентов с БС, хотя ни у одного из пациентов диагноз обсессивно-компульсивного расстройства не удовлетворял критериям [39, 57]. У других авторов, использовавших шкалу обсессий/компульсий, подобные результаты не повторились [17, 23, 32, 55, 63, 74].

Также отмечались сенсорные расстройства до и во время клинической манифестации БС, в частности жжение или сухость глаз, а также светобоязнь [49, 74]. Установлена более высокая вероятность развития глазных симптомов у родственников пациентов с развившимся БС, чем у родственников пациентов с другими формами фокальной дистонии [21, 74]. Известно, что манифестация БС происходит постепенно, с возникновения раздражения или сухости глаз с последующим развитием выраженного моргания, особенно при ярком свете [4]. Вероятно, сенсорные нарушения предшествуют развитию двигательных проявлений БС. Изучение семей с проведением молекулярно-генетических исследований у пациентов с БС и их родственников с глазными симптомами представляет перспективу в поиске ответа на вопрос об этиологической общности данных проявлений. На сегодняшний день спектр наследственных дистонических синдромов включает более двадцати самостоятельных клинико-генетических вариантов, среди которых не выделен ген, ответственный за развитие изолированного блефароспазма [3].

Цервикальная дистония

Цервикальная дистония (ЦД) характеризуется произвольными сокращениями мышц, вызывающими аномальные позы и / или скручивающие движения головы и шеи [22, 74]. ЦД представляет собой наиболее распространенную форму фокальной дистонии с дебютом во взрослом возрасте, с распространенностью приблизительно 28-183 случаев / млн [44]. Женщины обычно страдают за-

болеванием чаще, чем мужчины, с соотношением примерно 2:1. НМС также были широко изучены у этих пациентов, как и у пациентов с БС. Считается, что кортико-стриато-таламо-кортикальная и кортико-мозжечковая системы могут модулировать сенсорные, эмоциональные, вегетативные, когнитивные и связанные со сном или бодрствованием немоторные симптомы [37].

Klingelhoefer и соавт. (2014) описал распространенность НМС у 102 пациентов с ЦД (средняя оценка по EIL 5,09), наблюдавшихся в Центре расстройств движений, все они получали лечение препаратами БТ [40, 74]. В качестве инструмента скрининга НМС использовался опросник для самозаполнения NMSQuest, утвержденный и специально разработанный для оценки НМС при болезни Паркинсона. Практически все пациенты (95%) сообщили, что имели по меньшей мере семь симптомов (36%). Утрата уверенности в себе (61,8%), трудности засыпания и бессонница (59,8%), усталость (51%) были наиболее часто сообщаемыми НМС в исследовании. Самоуничтожение, как следствие потери уверенности в себе из-за стигмы заболевания, было выявлено как наиболее важный предиктор развития депрессии у пациентов с ЦД [43]. Эти результаты соответствуют результатам Camfield, в которых у 289 пациентов с ЦД обнаружилось несоразмерное ограничение физической активности по сравнению с пациентами с другими хроническими заболеваниями, такими, как инсульт и болезнь Паркинсона [18]. Эти данные согласуются с результатами, полученными Papathanasiou, в исследовании которого значительная доля из 79 пациентов с ЦД отмечали застенчивость [56]. В последнем исследовании восприятие косметического дефекта отрицательно коррелировало с возрастом. У молодых пациентов наблюдались более значительные нарушения настроения по сравнению с пациентами старшего возраста [36, 38]. Не обнаружилось значительной корреляции между НМС и возрастом, полом и продолжительностью заболевания. Напротив, отмеченная слабая корреляция между НМС и выраженностью двигательных проявлений по УШД (UDRS), возможно, указывала на то, что пациенты с тяжелыми проявлениями ЦД могут иметь более выраженные НМС [56, 74].

Феномен самостигматизации был выявлен у 100% пациентов с дистонией при болезни Паркинсона в связи с наличием у них нарушений позы. В большей степени это касалось оценки пациентами своей внешности и страхов, связанных с восприятием их людьми из неблизкого окружения [7,8].

В исследовании 2019 года, в задачи которого входило установление влияния ботулинотерапии на выраженность тревоги и депрессии у пациентов с краниоцервикальными дистониями, не было установлено достоверной связи между выраженностью тревоги и депрессии и удовлетворенностью пациентов результатами лечения ($r = -0,1$ для депрессии и $r = -0,02$ для тревоги). Полученные данные, а также отсутствие зависимости тяжести психоэмоциональных нарушений от вы-

раженности клинических проявлений в результате этого исследования могут косвенно указывать на коморбидность двигательных и аффективных симптомов заболевания [9]. Это предположение находит отражение в литературе. В настоящий момент доказательства в пользу этой теории спорны, и вопрос остается открытым и требует дальнейшего углубленного изучения на большем количестве больных [41, 46].

У пациентов с ЦД так же, как и у пациентов с БС, отмечаются изменения в качестве сна, с распространенностью 44%-70% [24, 57]. Нарушение засыпания и поддержания сна (60%), а также ночная инсомния (40%) являлись типичными проблемами сна [82]. В проспективном исследовании Eichensteiner и соавт. (2014), у 65% пациентов с ЦД были выявлены проблемы со сном согласно Питтсбургскому опроснику качества сна (PSQI > 5). По сравнению с контрольной группой у пациентов с ЦД показатели качества сна, эффективности сна, дневной дисфункции, латентности сна и привычной эффективности сна были значительно хуже. Было отмечено, что нарушение качества сна встречалось вдвое чаще у пациентов с ЦД, по сравнению с сопоставимой по полу и возрасту группой сравнения и не улучшилось после инъекций ботулинического токсина [24, 74].

Существуют противоречивые данные относительно чрезмерной дневной сонливости и ее связи с ЦД. Более высокий процент чрезмерной дневной сонливости (оценка ШСЭ > 11) по сравнению с другими фокальными формами дистонии и контрольной группой, наблюдали исследователи Lobbezoo и соавт. (Lobbezoo, ThuThon, Remillard, Montplaisir, & Lavigne, 1996), однако эти данные не воспроизводились при повторном исследовании [47, 74]. Чрезмерная дневная сонливость не коррелировала с оценками по шкале оценки кривошеи Западного Торонто (TWSTRS) или ее подшкалами [47] (Lobbezoo, ThuThon, et al., 1996). Подобно результатам при БС, снижение REM фазы сна и нарушение эффективности сна также положительно коррелировали с выраженностью моторных проявлений [24, 65]. Помимо нарушений сна, отмечалось, что ночной сон смягчает болезненные проявления в спине и шее приблизительно на 50% [70, 74].

Пациенты с ЦД жалуются и на сенсорные нарушения, которые развиваются до или после возникновения дистонии [20]. Неприятные ощущения в виде онемения, покалывания, ощущения кола или вонзания игл в тело (30%), нарушения равновесия (49%) и зрительные нарушения (21,6%) были зарегистрированы среди пациентов с ЦД в исследовании Klingelhoefer [40]. Ошибки в представлении о местоположении частей тела в пространстве и нарушение интеграции проприоцептивной информации с моторным ответом связывают с изменением проприоцептивных афферентных функций, в том числе кинестезии и вибрационной иллюзией движения у пациентов с такими фокальными формами дистонии, как ЦД [62]. Сенсорные расстройства возникают как в за-

тронутых, так и не затронутых дистонией областях у пациентов с ЦД и их родственников первой степени родства, являющихся бессимптомными носителями [28, 52]. Афферентная обработка сенсорных раздражителей при дистонии широко обсуждалась. Порог пространственной дискриминационной чувствительности (определяемый как кратчайшее расстояние, при котором два раздражителя, воздействующие на одну и ту же часть тела воспринимались, как два разных прикосновения) и временной дискриминационной чувствительности (определяемой как минимальный интервал времени между стимулами, при котором два прикосновения воспринимаются отдельно) аномально выше в пораженных и не затронутых дистонией частях тела у пациентов с дистониями, чем у контрольной группы здоровых [16].

Данные нарушения были зарегистрированы у родственников пациентов без клинических проявлений [15, 20, 72, 74, 77]. Изменение порога временной дискриминации, как полагают, обусловлено аномальной обработкой сенсорной информации базальными ганглиями, о чем свидетельствует значительная корреляция между пороговым значением временной дискриминации и увеличением размеров скорлупы у пациентов с дистонией и их родственников без клинических проявлений [15, 20, 72, 77]. Считается, что синаптическая пластичность сенсомоторной области коры играет роль в сенсорной системе дистонии. Аномальная ингибирующая интернейрональная активность и нарушенная сенсомоторная интеграция были зарегистрированы с помощью транскраниальной магнитной стимуляции [14, 31].

Коморбидность по психическим заболеваниям значительно выше у пациентов с ЦД по сравнению с общей популяцией и среди пациентов с другими хроническими заболеваниями [34, 38, 41]. До 90% пациентов с ЦД имеют психическое заболевание либо перенесли его в анамнезе. В частности, у пациентов с ЦД увеличен риск возникновения депрессии (15% -53%) и тревожных расстройств (26% -83%) [20, 30, 41, 50]. Тем не менее, связь тяжести дистонии с возникновением депрессии и тревожных расстройств остается неясной, поскольку данные различных имеющихся исследований противоречивы [45, 47]. При ЦД также могут возникать расстройства личности. Использование пятифакторного опросника личности показало распространенность расстройств личности, достигающей 70,9%, в частности у 32,6% — тревожная личность, у 22,1% — обсессивно-компульсивное личностное расстройство, у 16,3% — избегающее расстройство личности [42]. Вероятность социальной фобии, агорафобии и панического расстройства в 4,5 раза выше среди пациентов с ЦД [70]. В других исследованиях ожидаемая вероятность возникновения на протяжении жизни социальной фобии с использованием теста на определение социальной фобии и шкалы социального взаимодействия составили 71%, что примерно в 10 раз больше по сравнению со средним уровнем таковой у взрослого населения [46]. Социальная фобия коррели-

ровала с изменением позы и «неадекватным отношением» к болезни. Ассоциации с объективной выраженностью дистонии не отмечалось. Потребление алкоголя оказалось значительно выше в небольшой группе пациентов с ЦД по сравнению со здоровым контролем [78]. Исследование Венцеля и его коллег показало, что эти психиатрические проявления часто предшествуют двигательным [53]. При долгосрочном наблюдении за пациентами с ЦД психиатрические симптомы оставались стабильными, несмотря на уменьшение тяжести двигательных проявлений [73].

НМС могут играть ключевую роль в изменении качества жизни пациентов с ЦД. По сути, аффективная коморбидность является наиболее важным предиктором снижения качества жизни, связанного со здоровьем, что подтверждается исследованиями [59, 67, 69]. Большое ретроспективное исследование среди пациентов с дистонией показало, что как физические, так и психические аспекты качества жизни были сильно связаны с депрессией и тревогой [36]. Ключевое значение имеют несколько таких факторов как длительность инвалидизации, наличие болей, деформаций, изменений образа жизни, которые также способствуют депрессии и снижению уровня качества жизни. Связь с проводимым специфическим лечением дистонии со снижением уровня депрессии и повышением качества жизни, остается неопределенной [19, 54, 82]. Исследование с использованием Шкалы оценки влияния дистонии показало, что у значительной части пациентов с ЦД на качество жизни влияют нарушения сна, усталость и утомляемость, из которых наибольшее значение, судя по оценкам подраздела утомляемости визуальной аналоговой шкалы настроения, имеет повышенная утомляемость [36, 61]. В другом исследовании Smit и соавт. (2017 год) оценивалось качество жизни с помощью опросника RAND-36, и первые 8 показателей уровня жизни, связанного со здоровьем, были значительно ниже у пациентов с ЦД из-за наличия и выраженности депрессии, тревоги, боли, инвалидизации [68].

В другом кросс-секционном исследовании Янга и соавт. (2016) проводился сравнительный анализ НМС у 120 пациентов с первичной краниоцервикальной дистонией (60 пациентов с БС и 60 пациентов с ЦД), а также 60 человек из контрольной группы, соответствующей по полу, возрасту, уровню образования. Применялось тестирование с помощью Шкалы депрессии Гамильтона (HAM-D), Шкалы тревоги Гамильтона (HAMA), модифицированной Адденбрукской когнитивной шкалы (ACE-R), Питтсбургского опросника качества сна, шкалы сонливости Эпворта. Двигательные проявления БС и ЦД оценивались по шкале Янковича и шкале спастической кривошеи Западного Торонто (TWSTRS) соответственно. В результате у 20 пациентов была обнаружена депрессия и у 29 пациентов — тревога. Показатели HAM-D и HAMA были значительно выше среди пациентов по сравнению со

здоровым контролем. При этом не было существенной разницы в выраженности проявлений депрессии и тревоги в группах пациентов с БС и ЦД [81]. Высокая распространенность депрессии и тревоги, обнаруженная в этом исследовании, соотносится с данными других исследований [25, 30, 45, 50]. Muller и соавт. (2002) обнаружили, что депрессия у некоторых пациентов с БС и ЦД не уменьшилась даже после значительного облегчения моторных симптомов и болей после ботулинотерапии [54]. Этот факт находит подтверждение в выводах Янга и соавт. о том, что нет значительной корреляции между выраженностью депрессии и двигательных проявлений. Качество сна также было ниже среди пациентов, при этом в группе пациентов с ЦД качество сна было хуже, чем в группе пациентов с БС. 33 пациента с БС и ЦД имели изолированные нарушения сна. У 43 пациентов с ЦД (71,7%) были выявлены нарушения качества сна, у 12 пациентов с ЦД (20%) была зафиксирована повышенная дневная сонливость. У 33 пациентов с БС страдало качество сна (55%), и у 15 пациентов с БС (25%) была повышенная дневная сонливость. Частота проявлений чрезмерной дневной сонливости не отличалась у групп пациентов и группы контроля.

Однако, после коррекции симптомов депрессии и тревоги, ковариационный анализ показал отсутствие существенных различий в оценках по PSQI или ESS в группах пациентов и здорового контроля. Множественный регрессионный анализ показал, что существует положительная корреляция между выраженностью депрессии и нарушением качества сна по PSQI в группах пациентов с ЦД и БС, в то время как корреляции между снижением качества сна по PSQI и выраженностью тревоги по HAMA или выраженностью двигательных симптомов не обнаружилось [81].

Существуют нейрофизиологические исследования, указывающие на участие кортико-стриарно-таламо-кортикального круга в развитии не только двигательных, но и аффективных симптомов дистонии [70, 81]. Однако, патогенез формирования депрессии и тревоги остается до конца неясным. Между тем нейровизуализационные исследования на пациентах с дистонией показали наличие структурных аномалий в областях мозга, отвечающих за регуляцию эмоций: передней поясной коре, предклинье, префронтальной области, таламусе [29, 64, 81].

Есть данные, подтверждающие влияние генетического фактора на психические расстройства при дистонии. Например, Neiman и соавт. (2004) обнаружили, что рекуррентное депрессивное расстройство с ранним началом связано с мутацией DYT1 GAG, и эта ассоциация не влияет на двигательные проявления дистонии [58, 61]. Пациенты с миоклонус-дистонией чаще страдают от обсессивно-компульсивного расстройства и алкогольной зависимости, что может быть отчасти вызвано мутацией в гене саркогликана (SGCE) [58, 81].

Заключение

Таким образом, вторичность немоторных симптомов дистонии подвергается все большему сомнению. Тем не менее, не исключается возможность наличия как аффективной реакции, так и генетической детерминированности непроизвольных проявлений дистонии. В литературе появляется все больше данных, указывающих на наличие у пациентов с дистонией непроизвольных нарушений: изменения настроения, когнитивные нарушения, расстройства сна, вегетативная дисфункция и/или боль, являющихся важными составляющими качества жизни. Данные свидетельствуют о том, что не всегда эти симптомы можно объяснить следствием двигательных нарушений или побочным действием использованных препара-

тов. В настоящий момент доказательства в пользу этой теории спорны, и вопрос остается открытым и требует дальнейшего изучения.

Аффективные и диссомнические проявления дистонии — определяющий фактор снижения качества жизни, связанного со здоровьем, а также нетрудоспособности, хотя их вклад в клиническую картину заболевания зачастую остается недооцененным. Для доказательства коморбидности немоторных симптомов дистонии с известными клиническими симптомами необходимо проведение более длительных и крупных исследований, в том числе, молекулярно-генетических. Важным становится выявление этих проявлений, оценка их выраженности, роли в изменении повседневной активности пациентов с краниоцервикальной дистонией.

Литература

1. Залялова З.А. Современные классификации мышечных дистоний, стратегия лечения. Журнал неврологии и психиатрии и им. С.С. Корсакова. 2013;113(3):85-89. [Zalyalova ZA. Modern classifications of muscular dystonia, treatment strategy. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova. 2013;113(3):85-89. (In Russ.).]
2. Захаров Д.В., Залялова З.А., Фурсова И.В., Яковлева Л.А. Опыт применения ботулинического токсина типа А в лечении болезненных дистоний при болезни Паркинсона. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2014;(1):90-95. [Zakharov DV, Zalyalova ZA, Fursova IV, Yakovleva LA. Application of botulinum toxin type A in the treatment of painful dystonia in Parkinson's disease. Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2014;(1):90-95. (In Russ.).]
3. Краснов М.Ю., Тимербаева С.Л., Иллариошкин С.Н. Генетика наследственных форм дистонии. Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2013;7(2):55-62. [Krasnov MYu, Timerbaeva SL, Illarioshkin SN. Genetics of hereditary forms of dystonia. Annaly klinicheskoy i eksperimental'noj nevrologii. 2013;7(2):55-62. (In Russ.).]
4. Орлова О.Р. Фокальные дистонии: клиника, патогенез, лечение с использованием токсина ботулизма. Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 2000;48. [Orlova O.R. Fokal'ny'e distonii: klinika, patogenez, lechenie s ispol'zovaniem toksina botulizma. Avtoref. dis. dokt. med. nauk. M., 2000;48. (In Russ.).]
5. Орлова О.Р. Фокальные дистонии: современные подходы к диагностике и возможности ботулинотерапии. Нервные болезни. 2016;4:3-13. [Orlova OR. Focal dystonia: modern approaches to diagnosis and possibilities of botulinum therapy. Nervny'e bolezni. 2016;4:3-13. (In Russ.).]
6. Тимербаева С.Л., Коновалов Р.Н., Иллариошкин С.Н. Фокальная дистония: картирование церебральных моторных зон с помощью функциональной МРТ. Неврологический журнал. 2012;17(3):23-29. [Timerbaeva SL, Kononov RN, Illarioshkin SN. Focal dystonia: mapping of cerebral motor zones using functional MRT. Nevrologicheskij zhurnal. 2012;17(3):23-29. (In Russ.).]
7. Фурсова И.В., Михайлов В.А., Захаров Д.В., Коваленко А.П. Постуральные деформации при болезни Паркинсона (клинические и психосоциальные аспекты). Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2019;4:112-117. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-4-2-112-117>. [Fursova I.V., Mikhailov V.A., Zakharov D.V., Kovalenko A.P. Postural deformities in patients with Parkinson disease (clinical and social aspects). Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2019;4:112-117.]
8. Фурсова И.В., Михайлов В.А., Захаров Д.В., Хубларова Л.А., Коваленко А.П., Залялова З.А. Постуральные деформации при болезни Паркинсона, обзор проблемы, терапевтические подходы. Неврологический вестник. 2019;50(3):69-73. [Khayatova ZG, Zalyalova ZA. Postural deformities in Parkinson's disease. Review of the problem, therapeutic approaches. Nevrologicheskij vestnik. 2019;50(3):69-73. (In Russ.).]
9. Хаятова З.Г., Залялова З.А. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с краниоцервикальными дистониями: клинико-анамнестические особенности и модифицирующая роль ботулинотерапии. Неврологический вестник. 2019; 51(1):25-31. [Khayatova ZG, Zalyalova ZA. Anxiety-depressive disorders in patients with craniocervical dystonia: clinical and anamnestic features and modifying role of botulinum therapy. Nevrologicheskij vestnik. 2019;51(1):25-31. (In Russ.).]
10. Хубларова Л.А., Захаров Д.В., Михайлов В.А. Стратификация риска развития поздних лекарственно-индуцированных осложнений. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2017;(4):111-114. [Khublarova LA, Zakharov DV, Mikhaylov VA. Stratification of the risk of developing tardive

- drug-induced complications. *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva*. 2017;(4):111-114.
11. Albanese A, Bhatia K, Bressman SB, DeLong MR, Fahn S, Fung VS, Hallett M, Jankovic J, Jinnah HA, Klein C, Lang AE, Mink JW, Teller JK. Phenomenology and classification of dystonia: a consensus update. *MovDisord*. 2013;28(7):863-873. doi: 10.1002/mds.25475.
 12. Beck Anxiety Inventory. *Rezhimdostupa*: <http://bluemtassociates.com/wp-content/uploads/2011/12/Beck-Anxiety-Inventroy.pdf> \$sylkaaktivnana 04.11.2019.
 13. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961;4:561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
 14. Belvisi D, Suppa A, Marsili L, Di Stasio F, Parvez AK, Agostino R, Fabbrini G, Berardelli A. Abnormal experimentally- and behaviorally-induced LTP-like plasticity in focal hand dystonia. *Experimental Neurology*. 2013;240:64-74. doi: 10.1016/j.expneurol.2012.11.003.
 15. Bradley D, Whelan R, Kimmich O, O'Riordan S, Mulrooney N, Brady P, Walsh R, Reilly RB, Hutchinson S, Molloy F, Hutchinson M. Temporal discrimination thresholds in adult-onset primary torsion dystonia: An analysis by task type and by dystonia phenotype. *Journal of Neurology*. 2012;259(1):77-82. doi: 10.1007/s00415-011-6125-7.
 16. Bradley D, Whelan R, Walsh R, Reilly RB, Hutchinson S, Molloy F, Hutchinson M. Temporal discrimination threshold: VBM evidence for an endophenotype in adult onset primary torsion dystonia. *Brain*. 2009;132(9):2327-2335. doi: 10.1093/brain/awp156.
 17. Broocks A, Thiel A, Angerstein D, Dressler D. Higher prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with blepharospasm than in patients with hemifacial spasm. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(4):555-557. doi: 10.1176/ajp.155.4.555.
 18. Camfield L, Ben-Shlomo Y, Warner TT. Impact of cervical dystonia on quality of life. *Movement Disorders*. 2002;17(4):838-841. doi: 10.1002/mds.10127.
 19. Cano SJ, Warner TT, Linacre JM, Bhatia KP, Thompson AJ, Fitzpatrick R, Hobart JC. Capturing the true burden of dystonia on patients: the Cervical Dystonia Impact Profile (CDIP-58). *Neurology*. 2004;63:1629-1633. doi: 10.1212/01.wnl.0000142962.11881.26.
 20. Conte A, Berardelli I, Ferrazzano G, Pasquini M, Berardelli A, Fabbrini G. Non-motor symptoms in patients with adult-onset focal dystonia: Sensory and psychiatric disturbances. *Parkinsonism & Related Disorders*. 2016;22:S111-S114. doi: 10.1016/j.parkreldis.2015.09.001.
 21. Defazio G, Berardelli A, Abbruzzese G, Lepore V, Coviello V, Acquistapace D, Capus L, Carella F, De Berardinis MT, Galardi G, Girlanda P, Maurri S, Albanese A, Bertolasi L, Liguori R, Rossi A, Santoro L, Tognoni G, Livrea P. Possible risk factors for primary adult onset dystonia: A case-control investigation by the Italian movement disorders study group. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 1998;64(1):25-32. doi: 10.1136/jnnp.64.1.25.
 22. Defazio G, Jankovic J, Giel JL, Papapetropoulos S. Descriptive epidemiology of cervical dystonia. *Tremor and Other Hyperkinetic Movements*. 2013;3. doi: 10.7916/D80C4TGJ.
 23. Dias FM, Doyle F, Kummer A, Cardoso F, Fontenelle LF, Teixeira AL. Frequency of psychiatric disorders in blepharospasm does not differ from hemifacial spasm. *Acta Neuropsychiatrica*. 2010;22(5):223-227. doi: 10.1111/j.1601-5215.2009.00436.x.
 24. Eichenseer SR, Stebbins GT, Comella CL. Beyond a motor disorder: A prospective evaluation of sleep quality in cervical dystonia. *Parkinsonism & Related Disorders*. 2014;20(4):405-408. doi: 10.1016/j.parkreldis.2014.01.004.
 25. Fabbrini G, Berardelli I, Moretti G, Pasquini M, Bloise M, Colosimo C, Biondi M, Berardelli A. Psychiatric disorders in adult-onset focal dystonia: A case-control study. *Movement Disorders*. 2010;25(4):459-465. doi: 10.1002/mds.22983.
 26. Findley L, Aujla M, Bain PG, Baker M, Beech C, Bowman C, Holmes J, Kingdom WK, MacMahon DG, Peto V, Playfer JR. Direct economic impact of Parkinson's disease: A research survey in the United Kingdom. *MovDisord*. 2003;18(10):1139-1455. doi: 10.1002/mds.10507.
 27. Fontenelle LF, Pacheco PG, Nascimento PM, de Freitas AR, Rosso AL, Teixeira AL, Lauterbach EC. Obsessive-compulsive symptoms among patients with blepharospasm and hemifacial spasm. *General Hospital Psychiatry*. 2011;33(5):476-481. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2011.05.016.
 28. Frima N, Nasir J, Grünwald RA. Abnormal vibration-induced illusion of movement in idiopathic focal dystonia: An endophenotypic marker? *Movement Disorders*. 2008;23(3):373-377. doi: 10.1002/mds.21838.
 29. Gong Q, He Y. Depression, neuroimaging and connectomics: a selective overview. *Biological Psychiatry*. 2015;77:223-235. doi: 10.1016/j.biopsych.2014.08.009.
 30. Gündel H, Wolf A, Xidara V, Busch R, Ceballos-Baumann AO. Social phobia in spasmodic torticollis. *J NeurolNeurosurg Psychiatry*. 2001;71:499-504. doi: 10.1136/jnnp.71.4.499.
 31. Gündel H, Wolf A, Xidara V, Busch R, Ladwig KH, Jacobi F, von Rad M, Ceballos-Baumann AO. High psychiatric comorbidity in spasmodic torticollis: A controlled study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2003;191(7): 465-473. doi: 10.1097/01.NMD.0000081667.02656.21.
 32. Hall TA, McGwin G Jr, Searcey K, Xie A, Hupp SL, Owsley C, Kline LB. Benign essential blepharospasm: Risk factors with reference to hemifacial spasm. *Journal of Neuro-Ophthalmology: The Official Journal of the North American Neuro-Ophthalmology Society*. 2005;25(4):280-285. doi: 10.1097/01.wno.0000189063.43423.04.

33. Hallett M. Neurophysiology of dystonia: The role of inhibition. *Neurobiol Dis.* 2011;42(2):177-184. doi: 10.1016/j.nbd.2010.08.025.
34. Heiman GA, Ottman R, Saunders-Pullman RJ, Ozelius LJ, Risch NJ, Bressman SB. Increased risk for recurrent major depression in DYT1 dystonia mutation carriers. *Neurology.* 2004;63:631-637. doi: 10.1212/01.wnl.0000137113.39225.f.
35. Hupperta JD, Walthera MR, Hajcakab G, Yadina E, Foa EB, Simpsonc HB, Liebowitzc MR. The OCI-R: Validation of the subscales in a clinical sample. *J Anxiety Disord.* 2007;21(3):394-406. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.05.006.
36. Jahanshahi M, Marsden CD. A longitudinal follow-up study of depression, disability, and body concept in torticollis. *Behavioural Neurology.* 1990;3(4):233-246. doi: 10.3233/BEN-1990-3403.
37. Jahanshahi M. Psychosocial factors and depression in torticollis. *Journal of Psychosomatic Research.* 1991;35(4-5):493-507.
38. Jankovic J, Leder S, Warner D, Schwartz K. Cervical dystonia: Clinical findings and associated movement disorders. *Neurology.* 1991;41(7):1088-1091. doi: 10.1212/wnl.41.7.1088.
39. Klepsch R, Zaworka W, Hand I, Jauernig G. *Hamburger Zwangsinventar.* Weinheim: Beltz;1993.
40. Klingelhoefer L, Martino D, Martinez-Martin P, Sauerbier A, Rizos A, Jost W, Warner T, Chaudhuri K. Nonmotor symptoms and focal cervical dystonia: Observations from 102 patients. *Basal Ganglia.* 2014;4(3-4):117-120. doi: 10.1016/j.baga.2014.10.002.
41. Kuyper DJ, Parra V, Aerts S, Okun MS, Kluger BM. Nonmotor Manifestations of Dystonia: A Systematic Review. *Movement Disorders.* 2011;26(7):1206-1217. doi: 10.1002/mds.23709.
42. Lauterbach EC, Freeman A, Vogel RL. Differential DSM-III psychiatric disorder prevalence profiles in dystonia and Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry ClinNeurosci.* 2004;16:29-36. doi:10.1176/jnp.16.1.29.
43. Lehericy S, Gerardin E, Poline JB, Meunier S, Van de Moortele PF, Le Bihan D, Vidailhet M. Motor execution and imagination networks in post-stroke dystonia. *Neuroreport.* 2004;15(12):1887-90. doi: 10.1097/00001756-200408260-00010.
44. Lehericy S, Tijssen MAJ, Vidailhet M, Kaji R, Meunier S. The anatomical basis of dystonia: Current view using neuroimaging. *Movement Disorders.* 2013;28(7):944-957. doi: 10.1002/mds.25527.
45. Lencer R, Steinlechner S, Stahlberg J, Rehling H, Orth M, Baeumer T, Rumpf HJ, Meyer C, Klein C, Muenchau A, Hagenah J. Primary focal dystonia: Evidence for distinct neuropsychiatric and personality profiles. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry.* 2009;80(10):1176-1179. doi: 10.1136/jnnp.2008.170191.
46. Lewis L, Butler A, Jahanshahi M. Depression in focal, segmental and generalized dystonia. *Journal of Neurology.* 2008;255(11):1750-1755. doi: 10.1007/s00415-008-0020-x.
47. Lobbezoo F, Thu Thon M, Remillard G, Montplaisir JY, Lavigne GJ. Relationship between sleep, neck muscle activity, and pain in cervical dystonia. *The Canadian Journal of Neurological Sciences.* 1996;23(4):285-290. doi: 10.1017/S0317167100038233.
48. Löhle M, Storch A, Reichmann H. Beyond tremor and rigidity: non-motor features of Parkinson's disease. *J Neural Transm (Vienna).* 2009;116(11):1483-1492. doi: 10.1007/s00702-009-0274-1.
49. Martino D, Defazio G, Alessio G, Abbruzzese G, Girlanda P, Tinazzi M, Fabbrini G, Marinelli L, Majorana G, Buccafusca M, Vacca L, Livrea P, Berardelli A. Relationship between eye symptoms and blepharospasm: A multicenter case-control study. *Movement Disorders.* 2005;20(12):1564-1570. doi: 10.1002/mds.20635.
50. Miller KM, Okun MS, Fernandez HF, Jacobson CE, Rodriguez RL, Bowers D. Depression symptoms in movement disorders: Comparing Parkinson's disease, dystonia, and essential tremor. *MovDisord.* 2007;22:666-672. doi: 10.1002/mds.21376.
51. Mini-Mental Status Examination. Psychological Assessment Resources, Inc. P. Rezhimnostupa: <https://web.archive.org/web/20060627004052/http://www.minimental.com/Sslykaaktivnana> 04.11.2019.
52. Molloy FM, Carr TD, Zeuner KE, Dambrosia JM, Hallett M. Abnormalities of spatial discrimination in focal and generalized dystonia. *Brain.* 2003;126(Pt.10):2175-2182. doi: 10.1093/brain/awg219.
53. Moraru E, Schnider P, Wimmer A, Wenzel T, Birner P, Griengl H, Auff E. Relation between depression and anxiety in dystonic patients: implications for clinical management. *Depress Anxiety.* 2002;16:100-103. doi: 10.1002/da.10039.
54. Müller J, Kemmler G, Wissel J, Schneider A, Voller B, Grossmann J, Diez J, Homann N, Wenning GK, Schnider P, Poewe W; Austrian Botulinum Toxin and Dystonia Study Group. The impact of blepharospasm and cervical dystonia on health-related quality of life and depression. *J Neurol.* 2002;249(7):842-846. doi: 10.1007/s00415-002-0733-1.
55. Munhoz RP, Teive HA, Della Coletta MV, Germiniani FM, Iwamoto FM, Camargo CH, Werneck LC. Frequency of obsessive and compulsive symptoms in patients with blepharospasm and hemifacial spasm. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria.* 2005;63(2):213-216. doi: 10.1590/s0004-282x2005000200004.
56. Papathanasiou I, MacDonald L, Whurr R, Jahanshahi M. Perceived stigma in spasmodic torticollis. *Movement Disorders.* 2001;16(2):280-285. doi: 10.1002/mds.1055.
57. Paus S, Gross J, Moll-Müller M, Hentschel F, Spottke A, Wabbels B, Klockgether T, Abele M. Impaired sleep quality and restless legs syndrome in idiopathic focal dystonia: A controlled study. *Journal of Neurology.* 2011;258(10):1835-1840. doi: 10.1007/s00415-011-6029-6.
58. Peall KJ, Smith DJ, Kurian MA, Wardle M, Waite AJ, Hedderly T, Lin JP, Smith M, Whone A, Pall H, White C, Lux A, Jardine P, Bajaj N, Lynch B, Kirov G, O'Riordan S, Samuel M, Lynch T, King MD, Chinnery PF, Warner TT, Blake DJ, Owen MJ,

- Morris HR. SGCE mutations cause psychiatric disorders: Clinical and genetic characterization. *Brain*. 213;136(Pt1):294-303. doi: 10.1093/brain/aww308.
59. Pekmezovic T, Svetel M, Ivanovic N, Dragasevic N, Petrovic I, Tepavcevic DK, Kostic VS. Quality of life in patients with focal dystonia. *ClinNeurol-Neurosurg.* (2009);111(2):161-164. doi: 10.1016/j.clineuro.2008.09.023.
 60. Putzki N, Stude P, Konczak J, Graf K, Diener HC, Maschke M. Kinesthesia is impaired in focal dystonia. *Movement Disorders.* 2006;21(6):754-760. doi: 10.1002/mds.20799.
 61. Romano R, Bertolino A, Gigante A, Martino D, Livrea P, Defazio G. Impaired cognitive functions in adult-onset primary cranial cervical dystonia. *Parkinsonism & Related Disorders.* 2014;20(2):162-165. doi: 10.1016/j.parkreldis.2013.10.008.
 62. Rome S, Grünewald RA. Abnormal perception of vibration-induced illusion of movement in dystonia. *Neurology.* 1999;53(8):1794-800. doi:10.1212/wnl.53.8.1794.
 63. Scheidt CE, Schuller B, Rayki O, Kommerell G, Deuschl G. Relative absence of psychopathology in benign essential blepharospasm and hemifacial spasm. *Neurology.* 1996;47(1):43-45.
 64. Sexton CE, Mackay CE, Ebmeier KP. A systematic review and meta-analysis of magnetic resonance imaging studies in late-life depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry.* 2013;21(2):184-195. doi: 10.1016/j.jagp.2012.10.019.
 65. Sforza E, Montagna P, Defazio G, Lugaesi E. Sleep and cranial dystonia. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology.* 1991;79(3):166-169. doi: 10.1016/0013-4694(91)90135-q.
 66. Silvestri R, De Domenico P, Di Rosa AE, Bramanti P, Serra S, Di Perri R. The effect of nocturnal physiological sleep on various movement disorders. *Mov. Disord.* 1990;5(1):8-14. doi: 10.1002/mds.870050104.
 67. Slawek J, Friedman A, Potulska A, Krystkowiak P, Gervais C, Banach M, Ochudlo S, Budrewicz S, Reclawowicz D, Rynkowski M, Opala G. Factors affecting the health-related quality of life of patients with cervical dystonia and the impact of botulinum toxin type A injections. *Functional Neurology.* 2007;22(2):95-100.
 68. Smit M, Kuiper A, Han V, Jiawan VC, Douma G, van Harten B, Oen JM, Pouwels ME, Dieks HJ, Bartels AL, Tijssen MA. Psychiatric comorbidity is highly prevalent in idiopathic cervical dystonia and significantly influences health-related quality of life: Results of a controlled study. *Parkinsonism&RelatedDisorders.* 2017;30:7-12. doi: 10.1016/j.parkreldis.2016.06.004.
 69. Soeder A, Kluger BM, Okun MS, Garvan CW, Soeder T, Jacobson CE, Rodriguez RL, Turner R, Fernandez HH. Mood and energy determinants of quality of life in dystonia. *J Neurol.* 2009;256:996-1001. doi: 10.1007/s00415-009-5060-3.
 70. Stamelou M, Edwards MJ, Hallett M, Bhatia KP. The non-motor syndrome of primary dystonia: Clinical and pathophysiological implications. *Brain.* 2012;135(6):1668-1681. doi: 10.1093/brain/awr224.
 71. Steeves TD, Day L, Dykeman J, Jette N, Pringsheim T. The prevalence of primary dystonia: a systematic review and meta-analysis. *MovDisord.* 2012;27(14):1789-1796. doi: 10.1002/mds.25244.
 72. Tamura Y, Matsushashi M, Lin P, Ou B, Vorbach S, Kakigi R, Hallett M. Impaired intracortical inhibition in the primary somatosensory cortex in focal hand dystonia. *Movement Disorders.* 2008;23(4):558-565. doi: 10.1002/mds.21870.
 73. Tiple D, Strano S, Colosimo C, Fabbrini G, Calcagnini G, Prencipe M, Berardelli A. Autonomic cardiovascular function and baroreflex sensitivity in patients with cervical dystonia receiving treatment with botulinum toxin type A. *J Neurol.* 2008;255:843-847. doi: 10.1007/s00415-008-0753-6.
 74. Torres JAKL, Rosales RL. Nonmotor Symptoms in Dystonia. *International Review of Neurobiology.* 2017;134:1335-1371. doi: 10.1016/bs.irn.2017.05.003.
 75. Trotti LM, Esper CD, Feustel PJ, Bliwise DL, Factor SA. Excessive daytime sleepiness in cervical dystonia. *Parkinsonism & Related Disorders.* 2009;15(10):784-786. doi: 10.1016/j.parkreldis.2009.04.007.
 76. Vuilleumier P, Chicherio C, Assal F, Schwartz S, Slosman D, Landis T. Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss. *Brain.* 2001;124(Pt 6):1077-1090. doi: 10.1093/brain/124.6.1077.
 77. Walsh RA, Whelan R, O'Dwyer J, O'Riordan S, Hutchinson S, O'Laoide R, Malone K, Reilly R, Hutchinson M. Striatal morphology correlates with sensory abnormalities in unaffected relatives of cervical dystonia patients. *Journal of Neurology.* 2009;256(8):1307-1313. doi: 10.1007/s00415-009-5119-1.
 78. Wenzel T, Schnider P, Wimmer A, Steinhoff N, Moraru E, Auff E. Psychiatric comorbidity in patients with spasmodic torticollis. *J Psychosom Res.* 1998;44:687-690. doi: 10.1016/s0022-3999(97)00229-8.
 79. Whurr R, Nye C, Lorch M. Meta-analysis of botulinum toxin treatment of spasmodic dysphonia: a review of 22 studies. *Int J Lang CommunDisord.* 1998;33:327-329. doi: 10.3109/13682829809179445.
 80. Wolters ECh. Non-motor extranigral signs and symptoms in Parkinson's disease. *Parkinsonism RelatDisord.* 2009;15:6-12. doi: 10.1016/S1353-8020(09)70770-9.
 81. Yang J, Shao N, Song W, Wei Q, Ou R, Wu Y, Shang HF. Nonmotor symptoms in primary adult-onset cervical dystonia and blepharospasm. *Brain Behav.* 2016;7(2):e00592. doi: 10.1002/brb3.592.

Сведения об авторах

Хаятова Зифа Гумеровна — аспирант кафедры неврологии и реабилитации Казанского государственного медицинского университета. E-mail: hayatova@list.ru

Залялова Зулейха Абдуллазяновна — д.м.н., профессор кафедры неврологии и реабилитации Казанского государственного медицинского университета, руководитель Республиканского клинико-диагностического центра экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии Республики Татарстан. E-mail: z.zalyalova@gmail.com

Проект Регионального плана развития системы охраны психического здоровья жителей Санкт-Петербурга

Софронов А.Г.^{1,2}, Добровольская А.Е.^{1,2}

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

²Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова»

Резюме. Региональная психиатрическая служба сегодня является основным структурированным элементом системы охраны психического здоровья в России. Развитие психиатрической службы на современном этапе призвано внести значимый вклад в достижение целей Национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография». Вместе с тем, возможности психиатрической службы России в области охраны психического здоровья ограничены. Психиатрическая служба сегодня обладает недостаточным ресурсом для социальной поддержки больных, лишена возможности вести последовательную психопрофилактическую и психогигиеническую работу, в том числе среди уязвимых групп населения. В настоящее время развитие системы охраны психического здоровья в России широко обсуждается специалистами.

Предлагаемый авторами статьи проект Регионального плана развития системы охраны психического здоровья разработан с учетом особенностей региона РФ — Санкт-Петербурга. Основой для формирования предложений послужил Европейский план действий по охране психического здоровья (План ВОЗ). Документ содержит преамбулу, раздел основных задач, заключение и приложение. В преамбуле представлено обоснование необходимости развития охраны психического здоровья на основе адаптированных положений Плана ВОЗ, отечественных подходов и других информационных материалов. Следующий раздел содержит четыре наиболее актуальные для региона задачи. Каждая задача имеет план основных мероприятий, с определением круга ответственных организаций за его исполнение. Мероприятия сведены в таблицы и представлены в приложении. Материал публикуется с сокращениями.

Ключевые слова: психическое здоровье, общественное здравоохранение, психиатрическая служба

The Draft of the Regional Mental Health Care System Development Plan for St. Petersburg Residents

Sofronov A.G.^{1,2}, Dobrovolskaya A.E.^{1,2}

¹I.I. Mechnikov Northwestern State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,

²Saint Petersburg State Public Institution of Healthcare «City Psychiatric Hospital № 3 named after I.I. Skvortsov-Stepanov»

Summary. Nowadays, the regional psychiatric service is a main structured part of the mental health care system in Russia. The development of psychiatric service at the present stage is intended to contribute meaningfully to achievement of the goals of National projects: «Health Care» and «Demography». At the same time, abilities of Russian psychiatric service in mental health protection field are limited. Today, psychiatric service is lacking resources for social assistance for the patients, is unable to do psychoprophylactic and psychohygienic work, including work for vulnerable groups. At the present time, the development of the Russian mental health protection system is widely discussed among experts.

The draft of the Regional mental health care system development plan that is proposed by the authors of the article has been designed according to the characteristics of St. Petersburg, the region of the Russian Federation. The European mental health action plan (The Plan of the WHO) served as the basis for development of the thesis. The document contains a preamble, a main objectives section, a conclusion and an appendix. The justification for the development of the mental health care, based on the adapted provisions of the Plan of the WHO, domestic approaches and other informational materials, is provided in the preamble. The next section contains 4 objectives that are the most relevant for the region. Each objective has a plan of the key activities with a clarification regarding which organisations are responsible for executing it. The activities are summarised in tables and are presented in the appendix. The material is published in reduced form.

Keywords: mental health, public health, mental health services

В 2019 году Правительством Российской Федерации были представлены информационные материалы о национальных проектах «Здравоохранение» и «Демография» [2], утвержденных Указом президента Владимира Путина от 7 мая 2018 года. Ключевые цели этих проек-

тов направлены на повышение ожидаемой продолжительности жизни россиян. Для достижения целей предстоит решить многочисленные задачи по снижению смертности, в том числе среди граждан трудоспособного возраста, обеспечению оптимальной доступности для населения

медицинских организаций, оптимизации работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и др. Эти задачи одинаково актуальны для любой отрасли отечественного здравоохранения. Развитие национальных проектов предусматривает реализацию федеральных, региональных и иных проектов в области здравоохранения. В частности, в рамках исполнения поручений Правительства Российской Федерации от 25.12.2019 № ДМ-П12-11297р и от 31.12.2019 № ТГ-П12-11608, требующих разработки плана мероприятий по совершенствованию системы оказания психиатрической помощи населению в субъектах Российской Федерации в течение 2020–2024 годов, необходимо обобщить и изучить региональный опыт по развитию системы охраны психического здоровья.

Психическое здоровье является неотъемлемой частью здоровья и благополучия человека. Современные исследования показывают, что общественное бремя психических расстройств обуславливают не только прямые и косвенные экономические затраты в связи с психическими расстройствами, не только низкий уровень социального функционирования и качества жизни психически больных людей, но и достоверно более низкая продолжительность их жизни. Больные глубокой депрессией и шизофренией имеют на 40%-60% более высокую вероятность преждевременно умереть из-за самоубийств и проблем физического здоровья, которые часто остаются без внимания (например, онкологические заболевания, сердечно-сосудистые заболевания, диабет и ВИЧ-инфекция), чем лица без психических нарушений [1]. Согласно исследованиям последних лет [5] смертность среди психически больных примерно в два раза выше, чем в среднем по популяции. Число «потерянных» лет составило около 10 для мужчин и 7 для женщин. По достижении 33 лет люди с психическими расстройствами имеют в семь раз более высокий риск смерти, чем здоровые. Таким образом, улучшение психического здоровья нации является важнейшей предпосылкой для увеличения продолжительности жизни и ее качества. Следовательно, охрана психического здоровья должна рассматриваться в числе важнейших государственных задач.

Региональная психиатрическая служба сегодня является основным, и, по сути, единственным структурированным элементом системы охраны психического здоровья в России. Соответственно, ее развитие на современном этапе призвано внести вклад в достижение целей Национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография». Вместе с тем, возможности психиатрической службы России в области охраны психического здоровья ограничены. Сегодня психиатрическая служба не обладает достаточным ресурсом для социальной поддержки больных, лишена возможности вести последовательную психопрфилактическую и психогигиеническую работу, в том числе среди уязвимых групп населения. Основополагающие документы ВОЗ в области охраны

психического здоровья содержат емкие рекомендации, направленные на все виды профилактики психических расстройств [1]. Психиатрическая служба в России преимущественно ориентирована на медицинскую помощь лицам с психическими заболеваниями. Однако профилактика предусматривает психосоциальные вмешательства в семейную, образовательную, рабочую и другие сферы деятельности человека, а также раннее выявление психических расстройств. При этом, в исполнительных органах государственной власти, образовательных, социальных и иных организациях, курирующих эти сферы, психиатрическая служба практически не представлена.

Психосоциальная помощь преимущественно осуществляется педагогическими и социальными психологами. Отсутствие медицинской составляющей в их вмешательствах не позволяет осуществлять профилактику в полной мере, в том числе среди уязвимых групп населения. Межведомственное взаимодействие затруднено из-за разобщенности организаций по причине их различной ведомственной подчиненности, а также из-за правовых ограничений по передаче информации учреждениями здравоохранения в немедицинские организации, регламентированных Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [4]. В результате, профилактика психических расстройств, как первичная, так и вторичная во многом остается декларативной.

В настоящее время развитие системы охраны психического здоровья в России широко обсуждается специалистами [3]. Основой для формирования предложений служит Европейский план действий по охране психического здоровья (План ВОЗ) [1]. При этом важно следовать одному из главных подходов Плана ВОЗ — формировать соответствующие программы, учитывающие особенности и возможности регионов. Программы, по сути, являются итоговым документом, предусматривающим развитие системы за счет организационно-управленческих решений и адекватного финансирования. Очевидно, что в основу программы должны быть заложены концепция и план действий, имеющие статус рекомендаций исполнительным органам государственной власти. Принципиально важно: базовые рекомендации, особенно в части, касающейся возможных реформ, должны содержать выверенные цели, задачи и основные формулировки, понятные исполнителям, вне зависимости от их ведомственной принадлежности.

Предлагаемый проект Регионального плана развития региональной системы охраны психического здоровья разработан с учетом особенностей региона РФ — Санкт-Петербурга. Документ содержит преамбулу, раздел основных задач, заключение и приложение. В преамбуле представлено обоснование необходимости развития охраны психического здоровья на основе адаптированных положений Плана ВОЗ, отечественных подходов и других информационных материалов. Следующий

раздел содержит четыре наиболее актуальные для региона задачи. Каждая задача имеет план основных мероприятий, с определением круга ответственных организаций за его исполнение. Мероприятия сведены в таблицы и представлены в значительном по объему приложении. Материал публикуется с сокращениями. Полный текст документа представлен на официальном сайте СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова» (ГПБ№3) — <http://grpb3.ru/blog/>. В качестве примера, из приложения в основном тексте представлены таблицы с перечнем мероприятий по решению задач №1 и №2.

Проект Регионального плана развития системы охраны психического здоровья жителей Санкт-Петербурга

Психические расстройства являются одной из главных проблем современности, о чем свидетельствует их распространенность и обусловленное ими бремя болезни и инвалидности. Ожидаемая продолжительность жизни у людей с психическими расстройствами на много лет меньше, чем в целом у населения в тех же половозрастных группах, что обусловлено сочетанными заболеваниями и взаимосвязью между психическими и соматическими нарушениями здоровья. По данным ВОЗ на лиц с психическими расстройствами приходится непропорционально более высокая доля инвалидности и смертности. Самоубийство является второй из общих причин смерти молодых людей во всем мире. Взятые в своей совокупности психические расстройства и расстройства, обусловленные потреблением психоактивных веществ, оказывают мощное влияние на общественное здоровье, выражающееся в 13% общего глобального бремени заболеваний. Отдельные социальные группы могут быть подвержены значительно более высокому риску развития проблем с психическим здоровьем. Эти уязвимые группы могут включать лиц с низким экономическим статусом, лиц с хроническими заболеваниями, детей раннего и младшего возраста, подвергаемых плохому обращению, подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, пожилых людей, мигрантов, лиц, оказавшихся в условиях конфликтов, природных бедствий или других гуманитарных катастроф и др.

Психические расстройства накладывают тяжелое бремя на экономику, поэтому проблема охраны психического здоровья требует стратегических решений.

Мониторинг состояния психического здоровья, профилактика и лечение психических расстройств и реабилитация больных являются важнейшими предпосылками для защиты и улучшения качества жизни, благополучия и продуктивной деятельности граждан и их семей, и, таким образом, способствуют повышению устойчивости общества к внешним негативным воздействиям. Развитие психиатрической помощи идет в направлении оказания медицинских и социальных услуг по охране психического здоро-

вья вне стационара, однако прогресс, достигнутый в этом направлении, не столь очевиден. Актуальным становится расширение роли первичного звена медико-санитарной помощи, которое должно работать в тесном партнерстве с мультидисциплинарными группами по охране психического здоровья в учреждениях, приближенных к населению. Современные методы терапии психических нарушений позволяют эффективно лечить многие психические расстройства. Благодаря своевременному лечению можно предупредить ухудшение социального функционирования и профилактировать случаи самоубийств. Однако многие больные, страдающие психическими расстройствами, не получают современное лечение своевременно и в полном объеме. Лица с психическими нарушениями часто не обращаются за медицинской помощью из-за боязни стигматизации и дискриминации, а также из-за негативных впечатлений от прежнего лечения.

Стратегии развития охраны психического здоровья предполагают структурную реформу системы предоставления медицинских и социальных услуг с акцентом на их качестве, что в итоге должно гарантировать предоставление эффективных форм лечения и социальной поддержки.

Очевидна и необходимость разработки программ первичной профилактики психических расстройств у психически здоровых людей. При этом и первичная профилактика психических расстройств, и психосоциальная реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами, требует комплексного междисциплинарного и межведомственного подхода на основе скоординированных действий со стороны как специалистов, занятых в психиатрии, так и специалистов из других областей знаний и практической деятельности, представителей государства, культуры, СМИ, бизнеса и общества.

В настоящее время исполнительные органы государственной власти сталкиваются с необходимостью решения проблем самого разного характера, включая вопросы повышения качества жизни населения в целом и оказания помощи лицам с нарушениями психического здоровья, в частности. Решение указанных проблем требует последовательных действий на системном уровне. Большое значение приобретает межведомственное взаимодействие исполнительных органов государственных власти, учреждений государственной и иных форм собственности, а также общественных организаций. У каждого государственного и негосударственного ведомства и учреждения в этой области своя роль. Необходимым условием реализации задач в области охраны психического здоровья является устойчивое финансирование мероприятий в области здравоохранения и социальной политики. Доступность психиатрической помощи и социальной поддержки во многом зависит от экономического благополучия региона.

(План) ориентирован на решение взаимосвязанных задач. В нем намечены комплексные меры по укреплению психического здоровья и повы-

шению уровня психического благополучия населения. План разработан на основе Европейского плана действий по охране психического здоровья ВОЗ (2013 г.), а также на основе современных подходов к охране психического здоровья, декларируемых российскими экспертами в данной области. Цель усилий по охране психического здоровья заключается в обеспечении более высокого уровня благополучия и повседневного функционирования граждан, что может быть достигнуто повышением устойчивости к внешним негативным воздействиям за счет личных ресурсов, а также совершенствованием и усилением внешних защитных факторов. Конечной целью психиатрической помощи на современном этапе все больше становится не только фармакологическая ремиссия, но и социальная адаптация лиц, страдающих психическими расстройствами. Для достижения обозначенной цели необходимо решить следующие основные задачи:

- организовать управление системой охраны психического здоровья граждан
- обеспечить всем гражданам, особенно из наиболее уязвимых групп риска, равные возможности для поддержания психического благополучия на протяжении всей жизни;
- обеспечить в полной мере соблюдение прав лиц с нарушениями психического здоровья;
- оптимизировать медицинскую помощь лицам с психическими расстройствами и расстройствами поведения.
- Для решения каждой из этих задач предлагается предпринять меры, которые позволят получить итоговые результаты. Приоритетность таких мер должна устанавливаться в соответствии с реальными потребностями и имеющимися материальными ресурсами.
- Мероприятия по развитию системы охраны психического здоровья объемны и многогранны. Необходимо:
- осуществлять мониторинг состояния психического здоровья взрослого населения и детей;
- проводить мероприятия по профилактике возникновения и развития психических расстройств;
- создавать структуры для эффективного лечения психических расстройств в наименее ограничительных и наиболее доступных условиях;
- повысить доступность медицинской и социальной помощи во внебольничных условиях;
- совершенствовать оказание стационарной психиатрической помощи;
- развивать новые подходы к медико-социальной реабилитации, включающие трудоустройство лиц с психическими нарушениями;
- вести первичную профилактику психических расстройств, в том числе в образо-

вательных организациях и на рабочих местах;

- повышать квалификацию всего персонала, занятого в сфере охраны психического здоровья населения;
- развивать волонтерское движение в сфере охраны психического здоровья населения;
- создать платформы для диалога между всеми заинтересованными лицами, организациями, сообществами и СМИ по вопросам охраны психического здоровья и борьбы со стигматизацией, дискриминацией и социальной изоляцией лиц, страдающих психическими расстройствами, а также членов их семей и др.

Задача 1. Организация управления системой охраны психического здоровья жителей Санкт-Петербурга

Для осуществления первичной профилактики психических нарушений, предоставления медицинской и социальной помощи лицам с психическими расстройствами требуется обеспечить объединение действий различных организаций, подведомственных органам государственного управления на федеральном, региональном и муниципальном уровнях. Организации должны определить свои функции и обязанности по охране психического здоровья и организовать наиболее подходящую для себя систему координации действий. Необходимо назначить ответственных за решение поставленных задач и наделить организации и учреждения возможностью действовать совместно, а также создать координационный орган управления системой охраны психического здоровья. В рамках межведомственного взаимодействия следует определить порядок направления лиц, нуждающихся в психиатрической (психопрофилактической) помощи из одной организации в другую, а также предоставление необходимой информации. Мероприятия и ожидаемые результаты от решения этой задачи представлены в Табл.1.

Задача 2: Обеспечение жителям Санкт-Петербурга, особенно из наиболее уязвимых групп риска, равных возможностей для поддержания психического благополучия на протяжении всей жизни

Психическое благополучие является основой устойчивости к негативным внешним воздействиям, повышает способность адаптироваться к переменам и преодолевать жизненные невзгоды. Особенно важно принимать меры по укреплению благополучия и предупреждению нарушений психического здоровья в условиях повышенного социального стресса и экономических трудностей, и, в первую очередь, в интересах уязвимых групп населения. Большое влияние на психическое здоровье населения оказывает низкий уровень жизни, потеря источника доходов, низкий уровень образования, отсутствие работы, злоупотребление

Таблица 1. Мероприятия по организации управления системой охраны психического здоровья жителей Санкт-Петербурга, по координации деятельности учреждений разной ведомственной принадлежности, вовлечённых в сферу охраны психического здоровья
Table 1. St Petersburg residents' mental health care system organisation events; events for coordination of the activities of different departments' institutions that are involved in the field of mental health care

№ п/п	Мероприятия	Ответственные исполнительные органы государственной власти.	Итоговые результаты
1	Создание рабочей группы для общей координации мероприятий (под-программ) по развитию охраны психического здоровья жителей Санкт-Петербурга.	Комитет по здравоохранению, Комитет по социальной политике	Определение задач и координация деятельности ведомств и учреждений с целью реализации политики Правительства Санкт-Петербурга в области охраны психического здоровья жителей Санкт-Петербурга.
2	Разработка и принятие региональных нормативных актов по охране психического здоровья, направленных на обязательное исполнение мероприятий по охране психического здоровья и устранение существующих межведомственных противоречий в сфере охраны психического здоровья.	Комитет по здравоохранению, Комитет по социальной политике	Интеграция деятельности психологических служб медицинских, социальных, образовательных и других учреждений. Обеспечение оперативного мониторинга психического здоровья жителей Санкт-Петербурга.
3	Проведение на регулярной основе научно-практических семинаров, круглых столов, конференций по междисциплинарным аспектам охраны психического здоровья.	Комитет по здравоохранению, Комитет по социальной политике	Обеспечение эффективной системы обратной связи между учреждениями и ведомствами, вовлеченными в систему охраны психического здоровья.

наркотиками и алкоголем, преступность. На психическое благополучие негативно влияет снижение возможностей по самообслуживанию и поддержанию социальных связей. В результате психическое состояние людей, не получивших своевременно и в достаточном объеме помощь, продолжает ухудшаться, что приводит к тяжелым последствиям, в том числе и к попыткам суицида. Эффективным подходом к решению этой проблемы является осуществление комплекса мер по укреплению здоровья и профилактике, а также создание рабочих мест для лиц с нарушениями психического здоровья и лиц из уязвимых групп населения. Адекватные уровни социальной поддержки и включения в жизнь общества, в том числе предоставление всеобщего социального обеспечения, позволяют снизить уровень смертности. Техногенные или природные катастрофы приводят к острым психическим нарушениям у большого числа людей. Адекватные меры профилактики и вмешательства на раннем этапе могут повышать устойчивость граждан к неблагоприятным внешним воздействиям и ограничивать весьма высокую в таких случаях распространенность посттравматических стрессовых расстройств, депрессии, тревожных расстройств, злоупотребления психоактивными веществами, насилия и самоубийств. Принимаемые государством меры должны носить комплексный и согласованный характер, при этом их масштаб и интенсивность должны быть пропорциональны потребностям уязвимых и наименее обеспеченных групп населения.

Программа по реализации второй задачи включает мероприятия по охране психического здоровья в области семьи, материнства и детства; обра-

зования; поддержки лиц пожилого возраста; распространения здорового образа жизни; профилактики суицидов и др.

Все мероприятия (всего 14) и ожидаемые результаты от решения этой задачи представлены на сайте ГПБ№3 — <http://gpb3.ru/blog/>.

Задача 3. Обеспечение прав жителей Санкт-Петербурга с нарушениями психического здоровья

В настоящее время происходит переориентация в области охраны психического здоровья на создание благоприятных возможностей для того, чтобы граждане с нарушениями психического здоровья могли использовать собственные ресурсы и полноправно участвовать в социальной и семейной жизни в соответствии со своими потребностями и пожеланиями. Общеизвестно, что ограничения возможностей жизнедеятельности и инвалидность людей с нарушениями психического здоровья являются не только следствием болезни, но и результатом влияния внешних факторов, связанных с межличностными отношениями и условиями среды. Стигматизация может затруднить получение доступа к широкому спектру медицинских услуг для людей с психическими расстройствами. От государственных органов и учреждений социальной защиты требуется поддержка лиц с психическими расстройствами для того, чтобы они могли в полной мере реализовать свои права. Система охраны психического здоровья может внести весомый вклад в достижение этой цели. В рамках данной системы должны предоставляться такие услуги и осуществляться та-

Таблица 2. Мероприятия по обеспечению прав жителей Санкт-Петербурга с нарушениями психического здоровья**Table 2. Events for ensuring the rights of St Petersburg residents with mental health issues**

№ п/п	Мероприятия	Ответственные исполнительные органы государственной власти	Итоговые результаты
1	Принятие законодательных актов, гарантирующих соблюдение прав и защиту от дискриминации лиц с нарушениями психического здоровья в таких областях, как социальные льготы, трудоустройство, образование и жилищное обеспечение.	Жилищный комитет, Комитет по здравоохранению, Комитет по социальной политике, Комитет по труду и занятости	Обеспечение соблюдения всех прав и социальная защита лиц с нарушениями психического здоровья. Предоставление равных возможностей гражданам с нарушениями психического здоровья по сравнению с другими лицами, включая трудоустройство, жилищное обеспечение и образование, с учетом приспособительных коррекций, которые необходимы для компенсации имеющихся ограничений жизнедеятельности.
2	Обеспечение каждого пациента и каждого члена семьи информацией в доступной форме о правах и стандартах медицинской и социальной помощи.	Комитет по здравоохранению, Комитет по социальной политике	
3	Создание механизмов, дающих возможность людям с нарушениями психического здоровья участвовать в оценке услуг по охране психического здоровья.	Комитет по здравоохранению, Комитет по социальной политике	

кие мероприятия, которые расширяют полномочия и возможности граждан реализовывать свой потенциал и одновременно обеспечивают по отношению к ним соблюдение прав человека. Такой подход служит для системы здравоохранения мощным средством повышения уровня здоровья на индивидуальном и популяционном уровне.

Программа по реализации третьей задачи включает мероприятия по совершенствованию законодательства, гарантирующего соблюдение прав и защиту от дискриминации у людей с нарушениями психического здоровья, в таких областях, как социальные льготы, трудоустройство, образование и жилищное обеспечение. Кроме того, реализация второй задачи предполагает обеспечение каждого пациента и каждого члена семьи информацией в доступной форме о правах, стандартах медицинской и социальной помощи; создание механизмов, дающих возможность людям с нарушениями психического здоровья участвовать в оценке услуг по охране психического здоровья; проведение мероприятий по борьбе со стигматизацией. Мероприятия и ожидаемые результаты от решения этой задачи представлены в Табл.2.

Задача 4. Оптимизация медицинской помощи лицам с психическими расстройствами и расстройствами поведения

Охрана психического здоровья заключается не только в лечении психических расстройств, но и в создании для лиц с психическими нарушениями благоприятных условий психологического, медицинского, социально-экономического и культурного характера, способствующих социальной адаптации. Необходимость развития амбулаторного звена психиатрической службы очевидна. Для оказания медицинской и социальной помощи людям с нарушениями психического здоровья

необходимо иметь достаточную численность квалифицированного персонала, материальных и финансовых ресурсов. Установлено, что граждане с нарушениями психического здоровья чаще всего в первый раз обращаются за помощью не в психиатрические учреждения, а в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь. Обращение за услугами первичной помощи не сопряжено с выраженной стигматизацией, эти услуги доступны и позволяют осуществлять эффективные краткосрочные вмешательства, в частности, при таких распространенных расстройствах, как тревога и депрессия. Работники первичного звена нуждаются в обучении диагностике, основам лечения психических расстройств и определению показаний к направлению пациентов с психическими расстройствами для получения специализированной помощи. Необходимо располагать кадрами психиатров и других специалистов в области психического здоровья для обеспечения психиатрической помощи в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Программа по реализации четвертой задачи включает мероприятия по укреплению материального и кадрового потенциала учреждений, оказывающих специализированную психиатрическую помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара; внедрение первичной специализированной психиатрической медико-санитарной помощи (в том числе психиатрической помощи с использованием методов психотерапии) в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь; обучение основам психиатрической диагностики и лечения врачей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; развитие социальных услуг в направлении поддержки лиц с психическими расстройствами в привычных условиях и др.

Как уже отмечалось, развитие психиатрической помощи идет в направлении оказания медицинских и социальных услуг по охране психического здоровья в наименее ограничительных (амбулаторных или полустационарных) условиях. Вместе с тем, требуется активная поддержка наметившихся положительных тенденций по снижению количества госпитализаций. В настоящее время достигнуто улучшение условий содержания больных в психиатрических стационарах, однако, многие здания и помещения психиатрических больниц требуют реконструкции или ремонта. Оснащение больниц не позволяет в полной мере осуществлять диагностику и лечение психических заболеваний на современном уровне в достойных человека условиях. Условия содержания больных во многих стационарах не соответствуют санитарно-гигиеническим требованиям: количество палатной площади, приходящейся на одного больного, в целом по городу вдвое ниже нормативного. Сохраняется практика направления на госпитализацию пациентов по так называемым «социальным показаниям», таким больным медицинская помощь могла быть оказана в амбулаторных условиях при условии должной социальной поддержки. Помощь больным с соматической патологией, требующей стационарного лечения, и геронтологическим пациентам организована не на должном уровне, в частности, недостаточно используется ресурс многопрофильных больниц для оказания медицинской помощи данным категориям пациентов. Основным направлением развития стационарной помощи является постепенное сокращение коечного фонда, кардинальное улучшение условий содержания больных в соответствии с современными санитарно-гигиеническими требованиями.

План по реализации данной задачи включает внедрение в стационарах современных диагностических исследований; обеспечение своевременной квалифицированной консультативной помощью специалистов из различных областей медицины; открытие в больницах комфортабельных отделений, соответствующих современным санитарно-гигиеническим нормам; постепенный перевод больных, находящихся на принудительном лечении в психиатрических стационарах общего типа, в профилированную психиатрическую больницу, создание и развитие соматопсихиатрических отделений в многопрофильных стационарах и др.

Действующая модель организации психиатрической службы Санкт-Петербурга ограничена пределами специализированных медицинских организаций, оказывающих помощь прикрепленному населению согласно территориальному принципу. Этот сектор системы охраны психического здоровья требует приоритетного реформирования в связи с актуальностью задач, стоящих перед психиатрической службой. При должной организации государственных медицинских учреждения способны достичь высоких и качественных результатов как в области профилактики и раннего выявления лиц с психическими расстройства-

ми, так и в области оказания психиатрической помощи нуждающимся в ней пациентам. Реформирование психиатрической службы должно обеспечить равную доступность стационарной и амбулаторной психиатрической помощи в районах города, кардинальное улучшение преемственности между стационарным и амбулаторным этапами медицинской помощи, одинаковое и достаточное финансирование медицинских организаций психиатрического профиля. Современная организация психиатрической помощи в Санкт-Петербурге сложилась в 60-е годы прошлого века. С тех пор произошли существенные территориальные изменения, в результате которых доступность психиатрической помощи оказалась неодинаковой для жителей отдельных районов.

Наименее экономически затратным решением следует признать изменения территорий обслуживания психоневрологических диспансеров. Преемственность должна включать более широкий и эффективный набор стационар-замещающих технологий, способных обеспечить долечивание после курса более интенсивного и короткого по времени стационарного лечения, а также своевременное лечение обострений психических расстройств в амбулаторных условиях. В абсолютном большинстве регионов страны улучшение преемственности было достигнуто путем интеграции стационаров и психоневрологических диспансеров в одну медицинскую организацию. Это решение способно оптимизировать психиатрическую службу путем сокращения коечной мощности стационаров, и за счет этого улучшить финансирование амбулаторного звена психиатрической службы. Все мероприятия (всего 17) и ожидаемые результаты от решения этой задачи представлены на сайте ГПБ№3 — <http://gpb3.ru/blog/>.

Заключение. Роль системы охраны психического здоровья в обеспечении цикла благополучия человека

Развитие системы охраны психического здоровья должно способствовать обеспечению благополучия человека в самом широком смысле.

У многих людей имеется порочный круг, не позволяющий сделать свою жизнь благополучной. Психическое здоровье является одновременно и следствием, и причиной социального неравенства. Нарушения и психического, и соматического здоровья сопряжены с многочисленными вариантами отклоняющегося поведения и факторами риска, такими как употребление алкоголя, табака, наркотиков и других психоактивных веществ. Эти типы поведения и факторы риска коррелируют с различными психическими расстройствами, включая психотические состояния, депрессивные нарушения и суицидальное поведение, равно как и с неинфекционными состояниями, такими, как сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, астма и диабет. Совершенно очевидно, что психическое и соматическое здоровье нужно рассматривать в едином ключе. Наличие у челове-

ка психического расстройства может снижать доступность медицинских и социальных услуг, тогда как эффективно работающая система здравоохранения во многих случаях способна обеспечить выздоровление и хорошее здоровье, повысить уровень благополучия и социального функционирования.

Таким образом, развитие системы охраны психического здоровья позволит в перспективе предупредить, облегчить и даже обратить вспять многие разрушительные и крайне нежелательные тенденции развития современного общества.

Литература / References

1. Европейский план действий по охране психического здоровья. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/195187/63wd11r_MentalHealth-3.pdf [The European Mental Health Action Plan 2013–2020 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/195187/63wd11r_MentalHealth-3.pdf (In Russ.)]
2. Национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография» <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravooohranenie>. [National projects «Health» and «Demography» <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravooohranenie> (In Russ.)]
3. Проект «Стратегия развития системы охраны психического здоровья в Российской Федерации до 2025 года». <https://psychiatr.ru/news/987> [The draft «Strategy for the development of mental health in the Russian Federation until 2025 <https://psychiatr.ru/news/987> (In Russ.)]
4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025>. [Federal law of November 21, 2011 No. 323-ФЗ «On the basics of protecting the health of citizens in the Russian Federation» <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025>]
5. Plana-Ripoll O., Pedersen C.B. et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *The Lancet*. 2019; 394:1827–1835 DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32316-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32316-5)

Сведения об авторах

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

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

Психологические характеристики пациентов с опиоидной зависимостью в период ремиссии: экзистенциальный аспект

Карпова Э.Б., Кипнис А.В., Кузнецова Л.В.
Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Резюме. В статье представлены результаты исследования актуальных экзистенциальных переживаний, таких как отношение к одиночеству, свободе, смерти, смыслу жизни, а также временной жизненной перспективы и жизнестойкости у пациентов с опиоидной зависимостью, находящихся в периоде неустойчивой ремиссии. В исследовании приняли участие 31 пациент городской наркологической больницы г. Санкт-Петербурга, находящиеся в периоде неустойчивой ремиссии, и 30 респондентов, не имеющие наркотической зависимости, но схожие по социодемографическим характеристикам. Сопоставление полученных результатов выявили значимые различия направленности временной перспективы и содержательных показателей мотивации у опиоидзависимых от респондентов контрольной группы. Обращает на себя внимание негативное отношение к одиночеству и более высокий уровень его переживания у наркозависимых.

Ключевые слова: зависимость от опиатов, ремиссия, временная перспектива, одиночество, выносливость, жизненный смысл

Psychological characteristics of opioid dependence in remission: existential aspect

Karpova E.B., Kipnis A.V., Kuznetsova L.V.
St. Petersburg State University, Saint-Petersburg

Summary. The article adduces the results of a study of real existential experiences, such as attitudes towards loneliness, freedom, death, the meaning of life, as well as a temporary lifespan and viability in with opioid dependence patients who are in a period of unstable remission. The study involved 31 patients of the St. Petersburg

Drug Treatment Hospital who were in a period of unstable remission and 30 respondents with similar socio-demographic characteristics, but without drug dependence. Comparison of the data showed significant differences in future time perspective and indicators of motivation of opioid-dependents and control group respondents. The negative attitude towards loneliness and the higher level of his experience in drug addicts attracts attention.

Key words: opiate addicted, future time perspective, loneliness, hardness and life meaning, remission

Научные исследования, посвященные ранней профилактике наркозависимости в целом и опиоидной зависимости, в частности, указывают на необходимость учитывать психологические составляющие развития наркомании [1, 4, 15, 21]. Вместе с тем не менее актуальным представляется изучение психологических факторов при организации вторичной и третичной профилактики наркозависимости [4, 13, 15, 21]. В полной мере это относится к зависимости от опиоидов, отличающейся высокой прогрессивностью. Как показывают исследования, направленные на изучение продолжительности ремиссий у этих пациентов, лишь 5-9% лиц, страдающих опиоидной зависимостью, по разным источникам, преодолевают одногодичный порог ремиссии [2, 6, 10]. Даже при добровольной попытке отказа от опиатов годичной ремиссии достигают только 15% наркозависимых [22]. Актуализация патологического влечения способствует ряд факторов, в числе которых, безусловно, и психологические [1, 12, 23, 27, 30].

В регуляции поведения наркозависимого человека, как на стадии наркотизации, так и в пери-

од ремиссии, существенную роль играют мотивация [20]; ценностные и смысло-жизненные ориентации [3, 8]; восприятие различных сторон жизни, важнейшими из которых являются актуальная субъективная оценка настоящего и своего будущего [7, 9, 11, 14], своих межличностных отношений, включающих микросоциальное окружение [1, 23, 29]; отношение к жизни, смерти, к одиночеству [26, 29] и другим экзистенциальным категориям [24, 31].

Как метко выразился один из пациентов, рефлексирующий относительно своего «алкогольного» прошлого и «наркозависимого» настоящего, «алкоголик решает проблему счастье — несчастье, а наркоман — проблему жизни и смерти». Вместе с тем эмпирические исследования наркозависимых чаще всего проводятся в когнитивно-бихевиоральной парадигме, а экзистенциальные проблемы пациентов, с которыми при разной степени осознанности они сталкиваются, остаются вне поля внимания исследователей. В связи с этим важным представляется изучение актуальных жизненных переживаний наркозависимых, особенно тех пациентов, которые пытаются из-

бавиться от своего недуга. Следует подчеркнуть, что изучение факторов, способствующих продлению ремиссий, должны быть направлены не только на прогностически неблагоприятные, но и на личностные характеристики, которые можно рассматривать как ресурс устойчивости ремиссии у наркозависимых.

Целью исследования явилось изучение мотивационной структуры и временной перспективы, а также экзистенциальных переживаний у пациентов с опиоидной зависимостью в период ремиссии.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 61 человек в возрасте от 23 до 48 лет. Средний возраст когорты — $37,51 \pm 0,67$ лет.

Основную группу (респонденты с опиоидной зависимостью) составили 14 женщин и 17 мужчин в возрасте от 23 до 45 лет, употреблявшие наркотики в течение от 8 до 22 лет. Средний возраст пациентов — $35,61 \pm 1,0$ лет. Первый опыт употребления относился к возрасту от 14 до 26 лет, средний возраст первого употребления по группе — $17,14 \pm 0,66$ лет. Пациенты находились в периоде неустойчивой ремиссии (до полугода); в среднем по группе длительность ремиссии составила $66,2 \pm 10,61$ дней. 12 (38,7%) респондентов находились в браке, 20 (64,5%) пациентов имели детей. 8 (25,8%) опрошенных пациентов имели высшее образование, 13 (41,9%) — среднее специальное и 10 (32,2%) — среднее образование.

Критериями включения в основную группу исследования являлись:

1) наличие медицинского диагноза в соответствии с МКБ-10 — психические расстройства и расстройства поведения, связанные с (вызванные) употреблением психоактивных веществ — опиоидов (F11.2), на этапе воздержания (ремиссии); 2) отсутствие психопатологической симптоматики у обследуемого, препятствующей психологическому исследованию;

3) добровольное согласие на исследование.

Респонденты с опиоидной зависимостью находились на лечении в Городской Наркологической больнице и Межрайонном Наркологическом Диспансере №1 города Санкт-Петербурга. Пациенты наряду с медицинской и социальной помощью проходили реабилитацию по «Программе психотерапевтического восстановительного лечения», разработанной С. А. Кулаковым и С. Б. Ваисовым [11], в которую была включена групповая и индивидуальная психотерапевтическая работа. Психотерапия была направлена на: самораскрытие; предоставление и получение информации; анализ мотивов поведения и эмоций; самопринятие; восстановление самоуважения; развитие навыков самостоятельности и ответственности; развитие навыков борьбы с депрессией и неудачами; обращение к сфере эмоциональных отношений (корректирующий эмоциональный опыт, облегчение выхода эмоций); работа с деструктивными эмоциями (обидой, виной, жалостью к себе, мстительностью); принятие ответственности за свои выборы; формирование компетентности в преодолении трудностей; активация ресурсов.

В группу контроля (лица, не имеющие химических зависимостей и никогда не употреблявшие психоактивные вещества), вошли родители учеников средней школы №595 Приморского района г. Санкт-Петербурга (20 человек) и сотрудники ЗАО «Балтийская Инжиниринговая Компания». Из первоначально опрошенных участников исследования были отобраны респонденты в возрасте от 35 до 45 лет, средний возраст составил $39,48 \pm 0,73$. Из группы родителей, прошедших анкетирование, в группу контроля были включены: 8 человек с высшим образованием, 12 — со средним и средним специальным образованием (всего 20 родителей, в соответствии с количеством респондентов, имеющих детей в основной группе исследования). Из сотрудников ЗАО «Балтийская Инжиниринговая Компания», прошедших первичный опрос, были отобраны 10 человек со средним специальным образованием, не имеющих детей. Отбор осуществлялся случайным образом (был применен генератор случайных чисел от Google Inc.). Таким образом, основная и контрольная группы были сбалансированы по таким социально-демографическим характеристикам, как возраст, образование, наличие детей.

Исследование проводилось индивидуально с каждым респондентом. Перед началом интервьюирования респондентам давалось разъяснение о направленности исследования и о конфиденциальности полученных результатов. При получении согласия на участие проводились клинико-психологического интервью и сбор анкетных данных. К предъявляемым методикам давались подробные инструкции, была возможность задать вопрос исследователю в случае непонимания вопросов или формулировок. Каждому респонденту была предоставлена возможность получить обратную связь по результатам методик через 5 рабочих дней после проведения исследования.

Для контрольной группы применялась та же последовательность, исключая этап клинико-психологического интервью.

Сбор социодемографических характеристик (пол, возраст, семейное положение, наличие детей, образование) всей выборки осуществлялся с помощью анкеты. Для респондентов основной группы было разработано клинико-психологического интервью, направленное на получение информации о мотивации начала употребления наркотиков, а также об актуальном переживании одиночества и других экзистенциальных категорий.

В дополнение к этому перечню, для группы наркозависимых собирались клинические данные о стаже употребления наркотиков и сроке ремиссии.

В фокусе внимания нашего исследования были переживание категорий «время» и «одиночество», а также такие психологические характеристики как жизнестойкость, осмысленность жизни и управляемость ею.

В психологических исследованиях экзистенциальное, или непосредственно переживаемое, Время операционализируется с помощью разных под-

ходов и, соответственно, разных методов. Один из них — представления Ф. Зимбардо и Дж. Бойда о временной перспективе как когнитивных процессов, разделяющих опыт человека на временные отрезки прошлого, настоящего и будущего. Ориентация на каждый из этих отрезков является, по мнению авторов, основной формирующей мотивацией, силу, определяющую деятельность человека.

Несколько иная трактовка временной перспективы принадлежит Ж. Нюттену, согласно представлениям которого, это понятие неразрывно связано с представлениями о мотивации и поведении, направленном на достижение целей. Мотивация, по словам автора, есть динамический и направляющий (то есть избирательный и задающий предпочтения) аспект поведения.

Мы в своем исследовании изучали временную перспективу и как ориентацию на тот или иной временной отрезок, определяющую деятельность человека, и как место осмысления потребностей и целей, формирования поведенческих проектов, как мотивационную структуру, которую составляют объекты, «локализованные» во времени с помощью темпоральных знаков. В связи с этим в качестве методов, направленных на изучение временной перспективы, были выбраны: «Опросник Временной перспективы» Ф. Зимбардо и Дж. Бойда (ZTPI) [33]; «Метод мотивационной индукции» Ж. Нюттена (адапт. Д.А. Леонтьева) [16].

Для исследования переживания одиночества, жизненного смысла и других экзистенциальных переживаний «управляемости жизнью»,

жизнестойкости использовались: Методика «Духовный кризис», разработанная Л.В. Восковской и А.В. Ляшук [5]; «Дифференциальный опросник переживания одиночества» разработанный Д.А. Леонтьевым и Е.Н. Осиным [18]; методика «Тест смысло-жизненных ориентаций» (методика «Purpose in life test», разработанная Д. Крамбо и Л. Махоликом [24, 25] в адаптации Д.А. Леонтьева); «Тест жизнестойкости» (оригинальная методика «Hardiness Survey», разработанная С. Мадди, в модификации Е.Н. Осина и Е.И. Рассказовой [17]).

Для статистической обработки использовался пакет программ SPSS ver.17. В соответствии с поставленными задачами исследования использовались различные математико-статистические методы. Для систематизации эмпирических данных применялись описательные статистики. Проверка различий между распределениями респондентов двух исследуемых групп проводилась с помощью точного критерия Фишера для таблиц сопряженности и хи-квадрата Пирсона. Проверка гипотезы о различиях двух независимых групп после тестирования данных на нормальность распределения с помощью теста Колмогорова-Смирнова и проверки гомогенности дисперсий с помощью F-критерия Ливиня проводилась с помощью t-критерий Стьюдента и U-теста по методу Манна и Уитни. Для проверки гипотез о связях был использован коэффициент корреляции Пирсона или

Спирмена (в соответствии с результатами проверки на нормальность распределения шкальных оценок методик). Статистические гипотезы проверялись на уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. Согласно данным клинико-психологического интервью, 16 зависимых от опиоидов (51,6%) впервые попробовали наркотическое вещество в подростковом возрасте (от 14 до 18 лет), 15 (48,4%) — в возрасте от 19 до 26 лет. Для 58,1% группы ($n=18$) первая проба произошла в период с 1994 по 1999 гг., а для 41,9% ($n=13$) — в период с 2001 по 2005 гг. Мотивы первого употребления делятся на категории: «интерес», «конформный», «избегание проблем». В категорию «интерес» были включены ответы об экспериментировании с целью узнать и почувствовать эффект от наркотического вещества. Ответы, относящиеся к категории «интерес», оказались у 11 наркозависимых (35,5%). В категорию «конформный» были включены высказывания пациентов, свидетельствующие об употреблении наркотических веществ их близкими и друзьями и влиянии на них референтной группы. На стремление соответствовать близкому окружению указали 14 пациентов (45,1%). В категорию «избегание проблем» были включены утверждения об уходе от конфликтов в семье, стрессовых и травмирующих ситуаций с помощью употребления наркотического вещества. Такие ответы дали 6 наркозависимых (19,3%).

Анализ интервью и результатов методики «Духовный кризис» показал, что в описании категорий «неудовлетворенность», «свобода», «грех», «смерть», «ответственность» различия между респондентами двух групп не обнаружены. Описывая категорию «неудовлетворенность» респонденты обеих групп упоминали нереализованность целей, негативные эмоции и чувства, а также не устраивающие их конкретные ситуации в жизни. Неудовлетворенность собой в целом как личностью встречается достаточно редко (1 случай в контрольной группе и 2 случая в основной), чаще описываются примеры совершенных конкретных поступков, действий или неправильно сделанный выбор. К категории «свобода» респонденты обеих групп относятся позитивно, описывая ее как возможность реализации своего выбора. Пациенты к тому же связывают эту категорию со «свободой от зависимости». Категорию «смерть» обе группы описывают общими словами («конец», «переход в другой мир»). О переживании смерти респонденты высказывались редко (2 случая в контрольной группе и 4 в основной). При упоминании отношения к смерти используются слова «страх» и «скорбь». Категорию «страдание» респонденты обеих групп описывают через боль как физическую, так и душевную. При этом представители основной группы склонны к большей конкретизации при описании данной категории, чем респонденты контрольной. Наркозависимые приводят такие примеры страдания как «лишение свободы», «ломки», «утрата близких», «разлука». Контрольная группа дает лишь общие определе-

ния без приведения примеров. Среди описаний «смысла» в основной группе выделены следующие категории: 12 человек (38,7%) назвали в качестве смысла жизни «семью, детей, продолжение рода»; 7 человек (22,9%) — «быть счастливым»; 6 человек (19,3%) — «принесение пользы окружающим», 2 человека (6,4%) — «духовное развитие». Остальные 4 пациента (12,7%) описывают смысл в контексте совладания с актуальной ситуацией зависимости, отказа от наркотиков и восстановления своего социального положения.

Результаты анализа представлены на рисунке 1. В контрольной группе высока доля категории «семья, дети, продолжение рода», составившая 43,3% (n=13); присутствуют категории «духовное развитие» и «быть счастливым», составившие 13,3% (n=4) и 16,7% (n=5) соответственно. Была выявлена категория, не встречающаяся в группе пациентов, — «жизнь как самоцель», составившая 26,7% (n=8).

Большинство наркозависимых респондентов (61,3%, n=19) дают негативную оценку категории «одиночество», которое у них ассоциируется с чувствами «тоска», «грусть». Часто респонденты определяют его через свою «ненужность» кому-либо и «отсутствие близкого человека». Позитивную оценку дают лишь 3 пациента (9,7%), определяя одиночество как время для отдыха и рефлексии. Оставшиеся 9 наркозависимых (29%) не смогли дать оценку одиночеству или относились к ситуациям одиночества нейтрально. В контрольной группе распределение отношения к одиночеству было следующим: 14 человек (46,6%) оценивают одиночество негативно, 2 человека (6,8%) — позитивно и 14 человек (46,6%) не дают оценки одиночеству или относятся к нему нейтрально (рис.1).

Изучение временной перспективы показало, что наркозависимые, как и респонденты контрольной группы, ориентированы приблизительно в равной мере на будущее (38,7%, n=12) и прошлое (29%, n=9) (в контрольной группе эти показатели, соответственно — 60%, n=18 и 40%, n=12) (рис.2). Наряду с ориентацией на прошлое и бу-

дущее у пациентов с наркозависимостью присутствует и ориентация на настоящее (преимущественно гедонистическое 32,3%, n=10), которое в контрольной группе отсутствует. Статистически значимые различия по этому признаку ($p=0,0007$) свидетельствуют о том, что именно ориентация на настоящее является особенностью наркозависимых пациентов. Полученные результаты согласуются не только с описаниями многих наркологов, согласно которым лица с опиоидной зависимостью характеризуются гедонистической натурой, способны забыть свои отдаленные планы ради сиюминутного наслаждения, но и с результатами исследований временной перспективы у наркозависимых [9, 14].

Несмотря на то, что нельзя однозначно заключить, является ли эта особенность предпосылкой заболевания или побочным ее действием, можно утверждать, что ориентация на гедонистическое настоящее наблюдается у пациентов в период неустойчивой ремиссии. В значительно меньшей мере, но в этой группе представлена и ориентация на фаталистическое настоящее (6,4%, n=2), то есть безнадежное и беспомощное отношение к своей жизни.

Значимые различия получены не только по показателям «гедонистическое» настоящее. Статистически значимо ($p=0,0004$) различаются и распределения показателей отношения к прошлому: наркозависимые чаще, чем респонденты из контрольной группы, оценивали прошлое негативно (соответственно, 7 человек (22,6%) в основной группе и 2 человека (6,7%) — в контрольной). В контрольной группе 10 человек (33,3%) оценивали свое прошлое положительно, тогда как в группе наркозависимых только 2 человека (6,7%).

Рассмотрение локализации мотивов во времени показало, что наиболее наполненными являются промежутки времени открытого настоящего, настоящего — периода взрослости и отрезок «вся жизнь». Обращает на себя внимание, что у людей с зависимостью временная перспектива практически не распространяется на период старости.

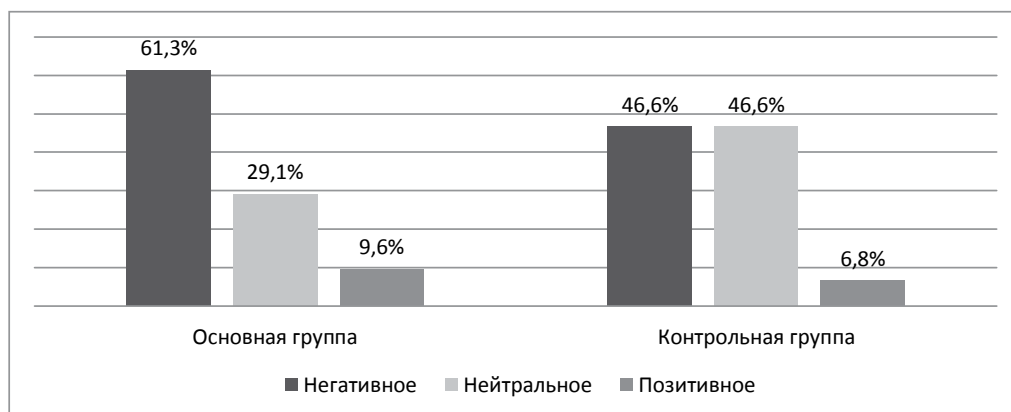


Рис.1. Распределение типов отношений к одиночеству в двух группах
Fig. 1. The distribution of types of relationships to loneliness in two groups

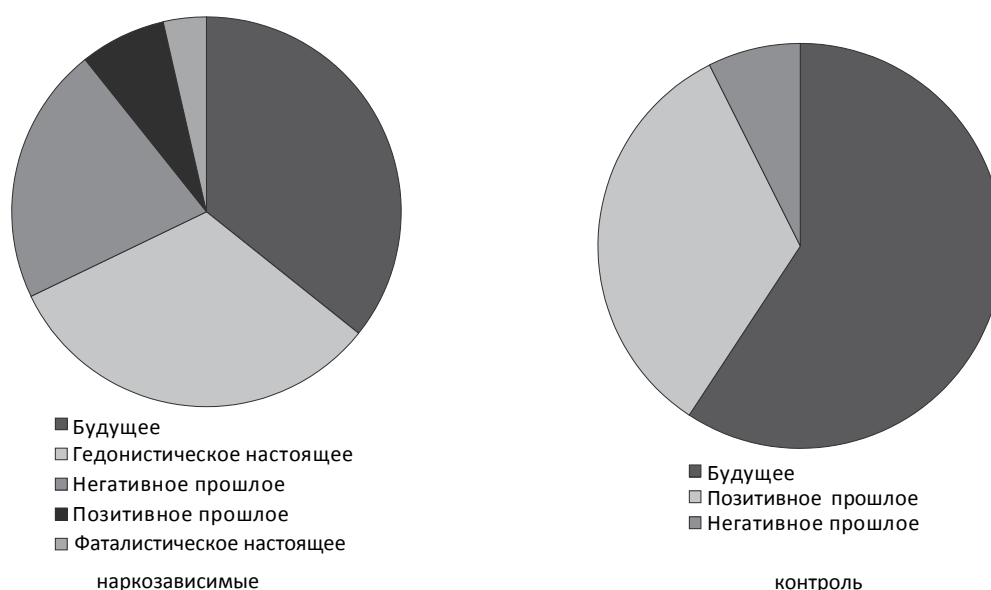


Рис. 2. Распределение отрезков временной перспективы в двух группах
Fig. 2. The distribution of segments of the time perspective in two groups

Среднегрупповой показатель содержания временной перспективы в период «Старость» равен 0,14 ($\sigma=0,59$), тогда как в контрольной группе — 0,78 ($\sigma=0,86$). Значимо меньшее ($p=0,001$) присутствие этого периода во временной перспективе может объясняться тем, что многие наркозависимые страдают сопутствующими физическими заболеваниями, и считают, что не доживут до старости.

Содержательный анализ мотивов, локализованных во временной перспективе, показал, что в группе наркозависимых наиболее популярными являются те же мотивы, что и в контрольной группе: направленные на «Себя» и связанные с «Контактами с другими».

Среди мотивов, относящихся к категории «О себе», у пациентов значительно более высокие, чем у респондентов контрольной группы, показатели мотивов, относящихся к «Личности субъекта» ($p=0,005$): например, «лучше разбираться в себе», «работаю над собой». Более высокие у пациентов также показатели мотивов, связанных со своим «Психологическим и физическим сохранением» ($p=0,001$): «результаты анализов будут лучше», «наказанием будет полная обездвиженность», «тюрьма меня ломает». Сравнитель-

ный анализ показал, что в основной группе значимо меньше ($p=0,043$) выражена мотивация, связанная с «Развитием способностей» и с «Благополучием близких» ($p=0,014$), и значимо выше — мотивация на «Отдых» ($p=0,000$) и «Желание обладать чем-нибудь материальным» ($p=0,001$).

Значительная включенность в мотивационные объекты социальных контактов свидетельствует о важности этой сферы для наркозависимых. В связи с этим предметом изучения стало также переживание одиночества — еще одной экзистенциальной данности.

Оказалось, что лица с опиоидной зависимостью чувствуют себя более одиноко и более негативно относятся к одиночеству, чем респонденты из контрольной группы ($p<0,001$) (табл.1.). Статистически значимых различий по шкале «Позитивное одиночество» выявлено не было, что означает примерно равную возможность респондентов находить ресурс в переживаемом одиночестве.

Анализ взаимосвязи изучаемых характеристик показал, что чем выше выраженность актуального переживания одиночества у наркозависимых тем ниже оценки осмысленности жизни и ниже показатели жизнестойкости ($p<0,01$). Следует отме-

Таблица 1. Сопоставление ранговых оценок шкалы «Общее переживание одиночества»
Table 1. Comparison of rank grades of the scale "General experience of loneliness"

Группа	N	Средний ранг	Сумма рангов	Статистика	Значимость
1	31	40,48	1255,00	U Манна-Уитни	171,0
2	30	21,20	636,00	W Уилкоксона	636,0
				Z	-4,277
Всего	61			p	,000

тить, что даже при высоком неприятии одиночества при актуальном отсутствии этого чувства не наблюдается связи оценок «переживание одиночества» с показателями «осмысленность жизни». Однако при сочетании двух составляющих (выраженное неприятие одиночества и высокое переживание его в настоящий период) актуализируются острые негативные переживания, и при низкой жизнестойкости сочетание этих переживаний может сопровождаться чувством смыслоутраты.

Заключение. Таким образом, для зависимых от опиоидов в стадии неустойчивой ремиссии характерны:

- ориентация на гедонистическое настоящее и негативное прошлое; временная перспектива направлена на открытое настоящее, период взрослости и всей жизни, однако не распространяется на период старости, т.е. жизнь представляется укороченной;
- важность мотивов, связанных с собственной личностью и своего физического и психического благополучия; на втором месте по важности — мотивы, связанные с контактами с другими;
- наркозависимые чувствуют себя более одинокими, чем лица из контрольной группы и более негативно оценивают одиночество;

- высокая выраженность актуального переживания одиночества у наркозависимых связана с низкой осмысленностью жизни и низкой жизнестойкостью;
- отсутствие в структуре жизненных смыслов самого процесса жизни.

В дополнение к описанным характеристикам и их связи между собой следует отметить и результаты изучения взаимосвязи длительности ремиссии и исследуемых показателей. Анализ показал, что с увеличением срока ремиссии у пациентов снижается актуальное переживание одиночества ($p \leq 0,01$), растет осмысленность жизни ($p \leq 0,01$) и жизнестойкость ($p \leq 0,05$), что косвенно может свидетельствовать и об эффективности реабилитационной программы, проводимой в клинике.

Несмотря на обнаруженные прогностически неблагоприятные характеристики (переживание одиночества и негативная его оценка, относительно укороченная временная перспектива, выраженность мотивационной ориентации на гедонистическое настоящее и негативно окрашенное прошлое), полученные данные свидетельствуют и о таких личностных характеристиках, как направленность на будущее, жизнестойкость и жизненные смыслы, которые можно рассматривать как ресурс для продления ремиссии.

Литература / References

1. Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.А. Психология наркотической зависимости и созависимости. М.: Международная педагогическая академия. 2001. [Berezin S.V., Lisetskii K.S., Nazarov E.A. *Psikhologiya narkoticheskoy zavisimosti i sozavisimosti*. M.: Mezhdunarodnaya pedagogicheskaya akademiya; 2001. (In Rus.).]
2. Братанова С.Б. Короткие и длительные ремиссии у больных героиновой наркоманией. Вопросы наркологии. 2001;5:34-39. [Bratanova S.B. *Korotkiye i dlitel'nyye remissii u bol'nykh geroinovoy narkomaniyey*. *Voprosy narkologii*. 2001;5:34-39. (In Rus.).]
3. Бузина Т.С., Шаталов П.Н. Специфика ценностно-смысловой сферы наркозависимых. Психология и психотехника. 2016;7(34):33-45. [Buzina T.S., Shatalov P.N. *Specifika cennostno-slovoj sfery narkozavisimy'x*. *Psixologiya i psixotekhnika*. 2016;7(34):33-45. (In Rus.).]
4. Бузина Т.С. Психологическая профилактика наркотической зависимости, М.: Когито-Центр. 2015. [Buzina T.S. *Psixologicheskaya profilaktika narkoticheskoy zavisimosti*, M.: Kogito-Centr. 2015. (In Rus.).]
5. Восковская (Шутова) Л.В., Ляшук А.В. Методика «Духовный кризис». Психологическая диагностика. 2005;1:51-71. [Voskovskaya (Shutova) L.V., Lyashuk A.V. *Metodika «Dukhovnyy krizis»*. *Psikhologicheskaya diagnostika*. 2005;1:51-71. (In Rus.).]
6. Винникова М.А. Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов): Дис. ... д-ра. мед. наук. Москва; 2004. Доступно по: <https://www.dissercat.com/content/remissii-pri-geroinovoi-narkomanii-klinika-etapy-techeniya-profilaktika-retsidivov>. Ссылка активна на 29.06.2019. [Vinnikova M.A. *Remissii pri geroinovoy narkomanii (klinika, etapy techeniya, profilaktika retsidivov)*: Dis d-ra. med. nauk. M.; 2004. (In Rus.).]
7. Выгинная Е.А. Временная перспектива наркозависимых в показателях формализованных и проективных методик. Мир науки, культуры, образования. 2016;1:237-241. [Vy'ginnaya E.A. *Vremennaya perspektiva narkozavisimy'x v pokazatelyax formalizirovanny'x i proektivny'x metodik*. *Mir nauki, kul'tury, obrazovaniya*. 2016;1(56):237-241. (In Rus.).]
8. Грузд Л.В. Ценностные ориентации наркозависимой личности: Дис. ... канд. мед. наук. Казань; 2004. Доступно по: <https://www.dissercat.com/content/tsennostnye-orientatsii-narkozavisimoi-lichnosti>. Ссылка активна на 25.06.2019. [Gruzd L.V. *Tsennostnyye oriyentatsii narkozavisimoy lichnosti*: Dis kand. med. nauk. Kazan'; 2004. (In Rus.).]
9. Зенцова Н.И., Корендюхина А.О. Особенности восприятия временной перспективы у лиц, зависимых от психоактивных веществ. Общество: социология, психология, педагогика. 2016;4:69-71. [Zenczova N.I., Korendyuxina A.O. *Osobennosti vospriyatiya vremennoj perspektivy u licz, zavisimy'x ot psixoaktivny'x veshhestv*. *Obshchestvo: sociologiya, psixologiya, pedagogika*. 2016;4:69-71. (In Rus.).]
10. Зобин М., Егоров А. Ремиссии при опиоидных наркоманиях (обзор). Доступно по: <http://>

- www.narcom.ru/publ/info/258. Ссылка активна на 20.06.2019. [Zobin M, Egorov A. Remissii pri opioidnykh narkomaniyakh (obzor). (In Rus.).]
11. Кошельская Т. В. Временная перспектива наркозависимых и ее роль в процессе реабилитации. Вестник КемГУ. 2016;68(4):157-160. [Koshel'skaya TV. Vremennaya perspektiva narkozavisimyykh i yeye rol' v protsesse reabilitatsii. Vestnik KemGU. 2016; 68(4):157-160. (In Rus.).]
 12. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния). М.: Медпрактика; 2001. [Ivanets N.N., Vinnikova M.A. Geroinovaya zavisimost' (klinika i lecheniye postabstinentnogo sostoyaniya). M.: Medpraktika; 2001. (In Rus.).]
 13. Кулаков С.А., Ваисов С.Б. Руководство по реабилитации наркозависимых. СПб.: Речь; 2006. [Kulakov S.A., Vaisov S.B. Rukovodstvo po reabilitatsii narkozavisimyykh. SPb.: Rech'; 2006. (In Rus.).]
 14. Климанова С.Г., Трусова А.В., Березина А.А., Мустафина К.А., Шамаева А.Н., Гвоздецкий А.Н. Особенности субъективного восприятия психологического времени пациентов, проходящих лечение от алкогольной и наркотической зависимостей. Вестник Южно- Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2016; 9(4):50-63. [Klimanova S.G., Trusova A.V., Berezina A.A., Mustafina K.A., Shamaeva A.N., Gvozdeczkij A.N. Osobennosti sub'ektivnogo vospriyatiya psixologicheskogo vremeni paitsientov, prokhodyashchix lecheniye ot alkogol'noj i narkoticheskoy zavisimostej. Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psixologiya. 2016; 9(4):50-63. (In Rus.).]
 15. Лисецкий К.С. Психологические основы профилактики наркотической зависимости личности: Дис. ... док-ра психол. наук. Москва; 2008. Доступно по: <https://www.dissercat.com/content/psixologicheskie-osnovy-profilaktiki-narkoticheskoi-zavisimosti-lichnosti>. Ссылка активна на 24.06.2019. [Lisetskii K.S. Psixologicheskiye osnovy profilaktiki narkoticheskoy zavisimosti lichnosti: Dis dokt. psikhol. nauk. Moskva; 2008. (In Rus.).]
 16. Михайлов С.В. Клинико-психологические характеристики и психотерапия больных героиновой наркоманией в программе долгосрочной реабилитации: Дис. ... канд. пед. наук. Томск; 2006. Доступно по: <https://www.dissercat.com/content/kliniko-psixologicheskie-kharakteristiki-i-psikhoterapii-bolnykh-geroinovoi-narkomaniei-v-p>. Ссылка активна на 20.05.2019. [Mikhailov S.V. Clinical and psychological characteristics and psychotherapy of patients with heroin addiction in the program of long-term rehabilitation: Dis. ... kand. ped. nauk. Samara; 2006: 21. (In Rus.).]
 17. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего. Под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл; 2004. [Nyutten Zh. Motivation, action and future time perspective. Pod red. D.A. Leont'eva. M.: Smysl; 2004. (In Rus.).]
 18. Осин Е.Н., Рассказова Е.И. Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте. Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. 2013;2:147-165. [Osin E.N., Rasskazova E.I. Kratkaya versiya testa zhiznestoykosti: psikhometricheskiye kharakteristiki i primeneniye v organizatsionnom kontekste. Vestnik Moskovskogo universiteta: Ser. 14. Psikhologiya. 2013;2:147-165. (In Rus.).]. doi: 10.0000/cyberleninka.ru/article/n/kratkaya-versiya-testa-zhiznestoykosti-psihometricheskie-kharakteristiki-i-primeneniye-v-organizatsionnom-kontekste.
 19. Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Дифференциальный опросник переживания одиночества: структура и свойства. Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2013;10(1):55-81. [Osin E.N., Leont'ev D.A. Differentsial'nyy oprosnik perezhivaniya odinochestva: struktura i svoystva. Psikhologiya. Zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki. 2013;10(1):55-81. (In Rus.).]
 20. Поляк О.Б. Критика к заболеванию и терапевтическая мотивация в структуре отношения к болезни при опиоидных наркоманиях: Дис. ... канд. психол. наук. Санкт-Петербург; 2009. Доступно по: <http://www.dslib.net/med-psixologia/kritika-k-zabolevaniyu-i-terapevticheskaja-motivaciya-v-strukture-otnosheniya-k-bolezni>.html. Ссылка активна на 28.06.2019 [Polyak O.B. Kritika k zabolevaniyu i terapevticheskaya motivatsiya v strukture otnosheniya k bolezni pri opioidnykh narkomaniyakh: Dis kand. psikhol. nauk. Sankt-Peterburg; 2009. (In Rus.).]
 21. Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опиоидной наркоманией: Региональный, клинико-психологический аспект: автореф. дис. ... док-ра. мед. наук. Томск; 2005. Доступно по: <https://www.dissercat.com/content/rannyya-profilaktika-i-neoabilitatsiya-bolnykh-opioidi-narkomaniei-regionalnyi-kliniko-psik>. Ссылка активна на 20.05.2019. [Rossinskii, Yu.A. Rannyya profilaktika i neoabilitatsiya bol'nykh opiynoy narkomaniyey: Regional'nyy, kliniko-psixologicheskii aspekty: Dis dokt. med. nauk. Tomsk; 2005. (In Rus.).]
 22. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация. Под ред. А.Я. Гриненко. Серия «Мир медицины». СПб.: Изд-во «Лань»; 2000. [Shabanov P.D., Shtakel'berg O.Yu. Narkomanii: patopsikhologiya, klinika, rehabilitatsiya. Pod red. A.Ya. Grinenko. Seriya «Mir meditsiny». SPb.: Izd-vo «Lan'»; 2000. (In Rus.).]
 23. О.Ю. Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация. Под ред. А.Я. Гриненко. Серия «Мир медицины». СПб.: Изд-во «Лань»; 2000. (In Rus.).]
 24. Cloud W., Granfield R. Natural recovery from substance dependency: Lessons for treatment providers. Journal of Social Work Practice in the Addictions. 2001;1(1):83-104. doi: 10.1300/j160v01n01_07
 25. Crumbaugh JC, & Maholick LT. An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. Journal of Clinical Psychology. 1964;20:589-596

26. Crumbaugh J. Cross validation of Purpose in-Life test based on Frankl's concepts. *Journal of Individual Psychology*. 1968;24:74-81
27. Kondo S, Imuro T, Iwai K, Kurata K, Kouda M, Tachikawa H, Nakashima K, Munakata T. A study of recovery factor about drug addiction recovery center "DARC". *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*. 2000;35(4):258- 270
28. Sheehan M, Oppenheimer E, Taylor C. Opiate users and the first years after treatment outcome analysis of the proportion of follow up time spent in abstinence. *Addiction*. 1993;88(12):1679-1689
29. Smith JW, Frawley PJ. Treatment outcome of 600 chemically dependent treated in a multimodal inpatient program including aversion therapy and pentothal interviews. *J. Subst. Abuse Treat*. 1993;10(4):359-69. doi: 10.1016/0740-5472(93)90021-s
30. Rokach A. Determinants of Loneliness of Young Adult Drug Users. *The Journal of Psychology*. 2002;136(6):613-630. doi: 10.1080/00223980209604823
31. Waldorf D. Natural recovery from opiate addiction: Some social- psychological processes of untreated recovery. *J. Drug Issues*. 1983;13(2):237-280. doi: 10.1177/002204268301300205
32. Wiklund L. Existential aspects of living with addiction—Part II: Caring needs. A hermeneutic expansion of qualitative findings. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(18):2435-2443. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02357.x
33. Zimbardo PG. & Boyd J. Putting time in perspective: A valid, reliable individual differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999;77:1271-1288

Сведения об авторах

Карпова Эльвира Борисовна — кандидат психологических наук, доцент кафедры психологических наук кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: e.karпова@ru

Кипнис Анна Валерьевна — аспирант кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: anya.kipnis@gmail.com

Кузнецова Любовь Валерьевна — клинический психолог. E-mail: sold-luba@yandex.ru

Субъективная концепция морбидности: её оценка и связь с мотивацией к лечению у лиц, перенесших психоз

Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Макаревич О.В., Вид В.Д.

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

Резюме. Медикаментозный комплаенс и мотивация к лечению, являясь адаптационно-компенсаторными реакциями больного на осознание факта собственного неблагополучия, основаны на его субъективном представлении о расстройстве. До настоящего времени существует дефицит объективных способов оценки субъективной концепции морбидности у психотических больных.

Обследованы 160 пациентов, перенесших психоз: нозологически по рубрикам МКБ-10 80% — F2, 11% — F3, 9% — F0. Для адаптированного на русский язык самоопросника определения субъективного смысла и значения психоза (Susi) приведены результаты внутренней валидизации и внешней — при сопоставлении с данными выраженности продуктивной и негативной симптоматики, субъективной оценки тяжести состояния и мотивации больных к лечению.

Выводы. Показана применимость концепции субъективной морбидности у пациентов с психическими расстройствами. Роль субъективного отношения к болезни в случае её восприятия как разрушительного события жизни связана с нарушением структуры мотивации пациентов к лечению. Напротив, способность больных к формированию субъективного смысла в факте заболевания может рассматриваться как залог более интенсивной терапевтической мотивации.

Ключевые слова: инсайт, мотивация, восприятие, самооценка, комплаенс пациента, тяжёлые психические расстройства, шизофрения.

The subjective concept of morbidity: its assessment and connection with the motivation for treatment in persons who underwent psychosis

Lutova N.B., Sorokin M.Y., Makarevich O.V., Wied V.D.

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

Summary. Medication compliance and motivation for treatment, as adaptive- compensatory reactions of patients to the awareness of the fact of their own ill- being, are based on subjective perception of the disorder. To date, there is a shortage of objective methods for assessing the subjective concept of morbidity in psychotic patients.

160 inpatients with psychosis in anamnesis were examined: nosologically according ICD-10 80% — F2, 11% — F3, 9% — F0. A self-questionnaire was adapted to the Russian language for determining the subjective meaning and significance of psychosis (Susi). The results of its internal and external (when compared with data on the severity of productive and negative symptoms, subjective assessment of the severity of the condition and treatment motivation of patients) validation are presented.

Conclusions. The applicability of the concept of subjective morbidity in patients with mental disorders is shown. The role of the subjective attitude to the disease in case of its perception as a destructive life event is associated in patients with a violation of the structure of motivation for treatment. On the contrary, the ability of patients to form a subjective meaning of the disease can be considered as a guarantee of more intense therapeutic motivation.

Key words: insight, motivation, perception, self concept, patient compliance, severe mental disorder, schizophrenia.

Контекстуальной основой для научных исследований в области нейронаук и клинической психиатрии на протяжении многих лет является биопсихосоциальная модель развития психических расстройств. Важнейшая её ценность состоит в предупреждении неоправданного сужения взглядов исследователей и клиницистов на рассматриваемые вопросы развития и течения психических расстройств в рамках одной главенствующей парадигмы: биологической, психологической или социальной.

В частности, чувствительными к гетерогенным факторам являются адаптационно-компенсаторные реакции пациентов, как ответ на развившееся заболевание. Так снижать готовность к активному участию в терапии могут не только биологически обусловленные нарушения регуляции поведения больного или выраженность психопатологической симптоматики, но и широкий перечень социально-психологических реакций пациента на ситуацию заболевания [4]. Принято считать адаптивными те из них, которые свя-

заны с лучшим осознанием пациентом характера его заболевания, а дезадаптивными — нарушением инсайта, которые часто ассоциированы с нон-комплаенсом.

Тем не менее, в последние годы накоплено существенное количество данных о неоднозначности причинно-следственных связей между инсайтом и включённостью больных в терапию [1]. Показано, что максимальный уровень приверженности депо-формам антипсихотической терапии (94%) характерен для больных с высокой мотивацией к лечению, но плохим осознанием заболевания, в то время как в группе пациентов с высокими показателями как инсайта, так и терапевтической мотивации лишь 73% были комплаентны [12]. При том, что отсутствие желания лечиться в сочетании с нарушением критики к болезни в том же исследовании определяли минимальный уровень приверженности терапии (61%), вероятно инсайт на заболевание остаётся фактором, в целом позитивно отражающимся на отношении к медикации [15]. Тем не менее, важно учитывать его комплексную структуру: так способствуют повышению комплаенса не только опознание симптомов как проявлений психического расстройства, но понимание пациентом необходимости терапии, а также вера в биологические причины заболевания (регрессионные коэффициенты соответственно 0,19, 0,39 и 0,22). Напротив, субъективные представления больных о психологической каузальности расстройства связаны с ухудшением отношения к медикаментам (регрессионные коэффициенты соответственно — 0,22). Мотивация к лечению сама по себе также не является основополагающим фактором вовлечённости больных в терапию, а определяет её в сочетании с дополнительной и независимой детерминантой — субъективно воспринимаемым пациентами внешним давлением (коэффициенты регрессии 0,19 и 0,36) [10].

Таким образом, субъективизм восприятия ситуации болезни и её причин является краеугольным камнем формирования психологических адаптационно-компенсаторных реакций пациентов, направленных на борьбу с психическим расстройством. Здесь наиболее очевидны интуитивно непредсказуемые различия в траекториях зрения специалистов, оказывающих помощь, и самих пациентов, страдающих психическими расстройствами [7]. В случае большей длительности расстройства больший удельный вес в развитии заболевания больные придают ситуативным факторам ($r=0,26$). Напротив, представление о цикличности болезни связано со степенью морбидной дезадаптации ($r=0,39$) и эмоционального типа реакции ($r=0,27$). Даже субъективная оценка эффективности терапии ассоциирована у психически больных с ожиданиями краткосрочности, отсутствия тяжёлых последствий расстройства [3].

Остаётся недостаточно изученным вопрос о роли объективно выраженных психопатологических нарушений пациентов на формирование их субъективной концепции морбидности. Суще-

ственные трудности представляет и сама оценка отношения больных психическими расстройствами к каузальности их нарушений здоровья. Простое механическое перенесение психодиагностических инструментов, разработанных в последние годы за рубежом, для оценок русскоязычной популяции пациентов с психическими расстройствами является неоправданным [2], нуждаясь в валидации.

Гипотезой исследования было предположение о возможности психометрической оценки субъективной концепции морбидности у пациентов, страдающих тяжёлыми психическими расстройствами. В этом случае отдельные показатели специального психодиагностического инструментария должны продемонстрировать с одной стороны внутреннюю согласованность, а с другой стороны подтвердить внешнюю валидность в отношении важных клинических и социально-психологических переменных: психопатологической симптоматики, социально-демографических параметров больных и их психологических установок в отношении болезни и лечения. За основу нами был взят апробированный в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева опросник Susi [5], подтвердивший в пилотном исследовании свою конструктивную валидность [2].

Целью данного этапа исследования было завершение создания русскоязычного психометрического инструмента оценки субъективной концепции морбидности у больных психическими расстройствами.

Задачи исследования: 1) выявление внутренней валидности опросника оценки субъективной концепции морбидности через определение его факторной структуры, согласованности и интеркорреляций разделов; 2) подтверждение внешней валидности опросника оценки субъективной концепции морбидности при изучении взаимосвязей его показателей с выраженностью психопатологической симптоматики, субъективными оценками тяжести состояния у пациентов и их мотивацией к лечению.

Материалы и методы. Обследовано 160 пациентов с тяжёлыми психическими расстройствами, находящихся в состоянии ремиссии. Мужчин — 44%, женщин — 56%. Средний возраст составил $31,6 \pm 10,71$ лет. Среди обследуемых: состоящие в браке — 30%, имеющие детей — 24%, работающие/учащиеся — 29%, имеющие инвалидность — 43%. Получили среднее образование 26% респондентов, профессиональное — 37%, высшее — 37%. В соответствии с МКБ-10 у 80% респондентов были диагностированы заболевания группы шизофрении (F2), у 11% аффективные психотические расстройства (F3), еще у 9% — органические психотические расстройства (F0). Средняя продолжительность заболевания составила $12,4 \pm 10,3$ лет, среднее количество госпитализаций — 5 ± 3 .

Процедуры исследования были рассмотрены на заседании Независимого этического комитета при ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева Минздрава России (ЭК-18-678), соответствовали требо-

ваниям последней версии Хельсинкской декларации, стандарту надлежащей клинической практики (GCP) и включали: 1) сбор анамнестических и социо- демографических данных после подписания пациентами добровольного информированного согласия; 2) однократное заполнение испытуемыми психометрических инструментов для оценки субъективного смысла психоза, мотивации к лечению и субъективной тяжести состояния; 3) заполнение лечащими врачами шкал оценки общего клинического впечатления.

Критерии включения: 1) способность понять и готовность прочитать, а также подписать добровольное информированное согласие на участие в исследовании; 2) добровольная госпитализация с целью лечения в отделение интегративной фармако-психотерапии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; 3) наличие диагноза, соответствующего рубрикам F0, F2, F3 МКБ-10; 4) нахождение на этапе ремиссии или её формирования; 5) способность выполнять процедуры исследования. Критерии не включения: 1) наличие иных психиатрических диагнозов, кроме кодируемых в рубриках F0, F2, F3 МКБ-10; 2) отсутствие как минимум одного перенесённого психотического эпизода в рамках текущего основного заболевания; 3) нахождение пациента на режиме усиленного наблюдения в связи с острой психотической симптоматикой, выраженными когнитивными нарушениями либо аффективной симптоматикой. Критерии исключения: отказ от выполнения процедур исследования на любом из его этапов.

С целью объективации концепции морбидности у больных тяжёлыми психическими расстройствами применялся Гамбургский опросник определения субъективного смысла и значения психоза (SuSi) [6, 11]. Его двойной перевод и сопоставление получаемых результатов с данными для оригинальной немецкой версии был осуществлён в пилотном исследовании [2]. Инструмент описывает несколько уровней субъективного отношения к заболеванию. «Возникновение психоза» отражает реконструкцию условий развития психического расстройства и является залогом смысловой интеграции болезни в жизненный контекст пациента. Этот уровень представлен в опроснике 1-ой субшкалой «привязка к событиям жизни», описывающей каким специфическим жизненным опытом и особенностями личности обладает пациент. Уровень «переживание симптомов» фокусируется на содержании и конкретных симптомах расстройства. Здесь 2-я субшкала «позитивное переживание симптомов» отражает понимание того, что симптомы не только имеют свою историю, но достойны пристального рассмотрения, поскольку психотический опыт может служить обогащению личности.

Противоположная установка описана в 3-й субшкале «негативное переживание симптомов», где утверждается отсутствие смысла и значения психоза, а острая симптоматика является лишь отягощающей и мучительной. Третий уровень «последствия психоза» отражает взгляд в буду-

щее — может ли из факта заболевания быть извлечён урок, оказывающий влияние на дальнейшую жизнь. Соответственно, 4-я субшкала «конструктивные последствия» содержит варианты положительного ответа на этот вопрос, а 5-я субшкала «деструктивные последствия» — то, что психоз никак не повлиял на жизнь или оказал лишь отрицательное воздействие.

Общая интенсивность мотивации пациентов к лечению и её структура были выявлены с помощью опросника «Оценка мотивации к лечению» (ОцМЛ) и его четырёх факторов: опора на собственные знания и навыки преодоления заболевания, осознание необходимости лечения, осознание психологического механизма болезненной дезадаптации и готовность к активному сотрудничеству в процессе лечения [4, 13].

Выраженность различных кластеров психопатологической симптоматики оценивалась лечащими врачами по шкалам CGI-Positive/CGI- BP и CGI-Negative [8, 9, 14]. Субъективную оценку тяжести текущего состояния пациенты проводили по визуально-аналоговой шкале, где 1 балл означал минимальную тяжесть, а 5 баллов — крайне тяжёлое состояние.

Математико-статистическая обработка данных проводилась с использованием программного продукта SPSS. Для проведения факторного анализа было выбран метод главных компонент с косогольным вращением Promax, поскольку параметры отдельных факторов по результатам исследований немецкой выборки не были независимыми от остальных факторов. Проверка на нормальность распределения полученных данных осуществлена по Z-критерию Колмогорова-Смирнова, в связи с чем в дальнейшем были выбраны методы дисперсионного и корреляционного анализов для непараметрических данных. Использованы дискрептивные статистики, α Кронбаха.

Результаты. Пригодность данных русскоязычной версии опросника, состоящей из 29 разделов, для проведения её факторного анализа была подтверждена результатом теста Бартлетта $\text{Approx. Chi-Square}=965,2$; $\text{Sig.}=0,000$ и критерием КМО = 0,684. Выделение в русскоязычной версии 5-ти факторов было корректным, однако 4 раздела продемонстрировали несоответствие своих факторных нагрузок ожидаемым уровням опросника и поэтому не использовались в дальнейших этапах исследования.

Факторный анализ подтвердил содержательную валидность предварительно выделенных на основании немецких исследований факторов. Один из них определял 15,0% дисперсии и соответствовал уровню «возникновение психоза». Все его разделы за исключением п.1.4 были включены в процедуру определения факторных нагрузок, где продемонстрировали значения $> 0,5$, и обладали достигающей достаточного уровня согласованностью итогового состава 4-х разделов субшкалы (α Кронбаха $\geq 0,7$).

В отношении уровня «переживание симптомов» факторный анализ подтвердил корректность

выделения двух компонентов (17,0% и 8,3% дисперсии), соответственно описывающих «позитивное» и «негативное» переживание симптомов. Все разделы данного уровня кроме п.2.6 были включены в процедуру определения факторных нагрузок, однако 2 пункта продемонстрировали обратные ожидаемым значения (пп. 2.3 и 2.5 «позитивное» вместо «негативного» переживания симптомов), ещё 2 — существенные значения нагрузок для факторов нескольких уровней опросника (п. 2.7 для фактора 2: 0.410; п. 2.8 для фактора 3: 0.413). Тем не менее, на данном этапе все пункты кроме 2.3, 2.5, 2.6 учитывались для определения α Кронбаха субшкал в целях поддержания содержательной валидности уровня «переживание симптомов». В итоге для субшкал «позитивного» и «негативного» переживания симптомов показатели достигали соответственно уровней хорошей (≥ 0.8) и достаточной (≥ 0.7) согласованности.

Для уровня «последствия психоза» также была подтверждена корректность выделения двух факторов (9,7% и 6,8% дисперсии), однако при исключении пп. 3.8 и 3.11 из процедуры по причине соответствия их факторных нагрузок неверным уровням п. 3.5 также продемонстрировал обратные значения внутри ожидаемого фактора («негативное» вместо «позитивного» восприятия эффекта психоза). Дальнейший подсчёт показателей α Кронбаха обеих субшкал проводился без учёта пунктов с неверными факторными нагрузками, что позволило достичь достаточного (≥ 0.7) уровня внутренней согласованности для субшкалы «негативные эффекты». Показатель субшкалы «позитивные эффекты» соответствовал уровню сомнительной внутренней согласованности (α Кронбаха ≥ 0.6).

Таким образом, оценка внутренней согласованности субшкал опросника дополнила результаты факторного анализа, позволила оптимизировать структуру итогового инструмента и показала, что все уровни оригинального опросника сохранили свою валидность при переводе — лишь один из факторов уровня «последствия психоза» («позитивные эффекты») имел меньшую согласованность. Психометрические параметры четырёх из пяти субшкал были хорошими, а общая внутренняя согласованность опросника составила α Кронбаха ≥ 0.7 . Итоговая его структура включала 21 пункт, сгруппированный в 3 уровня, 2 из которых имели по 2 субшкалы.

Таким образом, количество пунктов в каждой субшкале варьировало от 4 до 5 и их факторная структура объясняла 56,8% дисперсии результатов. Структура итоговой русскоязычной версии опросника оценки субъективного смысла психоза с описанием его факторов представлена в Табл.1.

Корреляционный анализ подтвердил наиболее существенную гипотезу, впервые сформулированную авторами оригинальной немецкой версии опросника, а также подтверждённую в ходе пилотного исследования в русскоязычной выборке пациентов с психическими расстройствами: отношение к возникновению психоза как к неслучай-

ному следствию сочетанного влияния ряда жизненных обстоятельств прямо связано с более конструктивным восприятием больными их заболевания в виде позитивной оценки влияния психоза на их дальнейшую жизнь (таблица 2).

Чем лучше пациенты осознавали неслучайность своего заболевания, тем более негативной была их реакция на конкретные проявления психического расстройства. Обратное, положительное отношение к симптоматике психоза было ассоциировано с восприятием болезни как деструктивного события жизни. Корреляционный анализ также продемонстрировал важную для реабилитации больных психическими расстройствами закономерность: при негативном отношении к конкретным проявлениям заболевания, пациенты более склонны видеть негативные последствия болезни для их жизни, однако позитивная переоценка влияния факта заболевания для части из них также остаётся доступна.

В ходе второго этапа анализа данных были получены сведения о внешней валидности инструмента оценки субъективной концепции морбидности у больных психическими расстройствами. В частности, восприятие пациентами последствий психоза как деструктивных для жизни было предсказуемо ассоциировано с субъективной оценкой текущего состояния как более тяжёлого (таблица 3). В то же время способность видеть позитивные последствия заболевания была характерна при меньшей выраженности негативной симптоматики у больных. Аналогично к негативному восприятию конкретных симптомов заболевания были склонны более сохранные пациенты. Позитивное отношение к проявлениям психического расстройства коррелировало с меньшим давлением психопродуктивной и более выраженной негативной симптоматики.

Наиболее важными для клинической практики были закономерности, полученные в отношении мотивации пациентов к лечению. Их способность конструктивно видеть последствия заболевания прямо коррелировала с нарастанием общей интенсивности мотивации к лечению. Восприятие деструктивных последствий психоза было связано с демотивированным состоянием: слабой зависимостью от знаний и навыков для преодоления заболевания и низкой готовностью активно сотрудничать с врачом (соответственно факторы 1 и 4 опросника ОцМЛ). Позитивное восприятие симптоматики расстройства также было ассоциировано с отказом от опоры на собственные знания и навыки пациентов по преодолению болезни.

Заключение. Проведённое исследование полностью подтвердило гипотезу: продемонстрирована применимость концепции субъективной морбидности у пациентов с психическими расстройствами и валидность нового психодиагностического инструмента её оценки.

Сочетания отдельных паттернов отношения к болезни, описываемых с диаметрально противоположных точек зрения, были по-разному ассоциированы с объективной и субъективной тяже-

Таблица 1. Матрица факторных нагрузок компонентов опросника оценки субъективного смысла психоза по уровням

Table 1. Matrix of the components' factor loads of the questionnaire for assessing the subjective meaning of psychosis by levels

Пункты опросника	Факторы опросника				
	1. «Позитивное переживание»	2. «Возникновение психоза»	3. «Негативные эффекты»	4. «Негативное переживание»	5. «Позитивные эффекты»
2.2	0,779				
2.12	0,758	-0,428			
2.13	0,737				
2.1	0,629				
2.11	0,590				
1.1	-0,372	0,825			
1.3		0,691			
1.5		0,688			
1.2	0,409	0,543		0,355	
3.3			0,773		
3.1			0,708		
3.6			0,679		
3.10			0,564		
2.4				0,740	
2.7		0,410		0,724	
2.10				0,602	
2.8			0,413	0,553	
3.7					0,767
3.9					0,706
3.2		0,374			0,589
3.4				0,427	0,520

Примечание. Уровни: 1.х возникновение психоза; 2.х переживание симптомов; 3.х последствия психоза; приведены нагрузки $\geq 0,35$)

Таблица 2. Интеркорреляции субшкал опросника оценки субъективного смысла психоза (Spearman's rho; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$)

Table 2. Sub-scales' intercorrelations of the questionnaire for assessing the subjective meaning of psychosis

		Возникновение психоза	Переживание симптомов		Последствия психоза	
			+	-	-	+
Возникновение психоза		1,000	-0,138	0,291**	0,042	0,231**
Переживание симптомов	+		1,000	-0,107	0,226**	-0,050
	-			1,000	0,239**	0,194*
Последствия психоза	-				1,000	0,028
	+					1,000

Таблица 3. Внешняя валидизация опросника оценки субъективного смысла психоза (Spearman's rho; *p≤0.05, **p≤0.01, *p≤0.001)****Table 3. External validation of the questionnaire for assessing the subjective meaning of psychosis**

		Субъективная оценка тяжести состояния	Шкала CGI		Опросник оценки мотивации		
			Positive	Negative	Σ	Фактор 1	Фактор 4
Переживание симптомов	+		-0,43**	0,53***		-0,19*	
	-			-0,40**			
Последствия психоза	-	0,37***				-0,18*	-0,21*
	+			-0,46**	0,22*	0,20*	

стью текущего заболевания пациентов, но сохраняли общую внутреннюю согласованность. Роль субъективного отношения к болезни в случае её восприятия как разрушительного события жизни была связана с деструктивной реакцией больных в виде отказа от сотрудничества и активно-

сти пациентов в процессе лечения. Наличие личностных ресурсов, достаточных для выявления больными субъективного смысла в факте заболевания, напротив, может рассматриваться как залог формирования более интенсивной мотивации к лечению.

Литература / References

1. Лутова Н.Б., Петровская И.Н., Вид В.Д. Знание болезни и комплаенс больных психозами. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2014;1:10–15. [Lutova NB, Petrovskaya IN, Wied VD. Illness insight and medication compliance in psychoses. Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2014;1:10-15. (In Russ.).]
2. Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Новикова К.Е., Вид В.Д. Субъективное восприятие психоза у больных шизофренией: опыт транскультурального исследования. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2018;3:59–64. [Lutova NB, Sorokin MY, Novikova KE, Vid VD. Subjective perception of psychosis in patients with schizophrenia: the experience of transcultural research. Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2018;3:59-64. (In Russ.).] doi: 10.31363/2313-7053-2018- 3-59-64
3. Рассказова Е.И. Русскоязычная версия опросника восприятия болезни Р.МоссМоррис и др.: апробация на выборке больных с непсихотическими депрессиями. Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 2016;1:123–142. [Rasskazova EI. Russian version of the illness perception questionnaire (IPQ-R): validation in the patients with non-psychotic depressions. Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14: Psikhologiya. 2016;1:123-142. (In Russ.).]
4. Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Вид В.Д. Типология больных психическими расстройствами в зависимости от структуры мотивации к лечению и приверженности терапии. Социальная и клиническая психиатрия. 2018;28:12–17. [Sorokin MYu, Lutova NB, Wied VD. Typology of psychiatric patients in regard motivation and treatment engagement. Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya. 2018;28:12-17. (In Russ.).] doi: 10.24412/FfoPDvXFBEU
5. Сорокин М.Ю. Гендерные аспекты субъективного отношения к перенесённому психозу и мотивация пациенток к лечению // Женское психическое здоровье — от истерии к гендерно-сенситивному подходу: сб. научных трудов / [НМИЦ им. В.М. Бехтерева]: авторы-сост.: А.В. Васильева, Т.А. Караваева; под общ. ред. Н.Г. Незнанова. — СПб.: Изд. дом «Алеф-Пресс», 2018. — С. 283-290. [Sorokin M.Yu. Gendernye aspekty sub'ektivnogo otnosheniya k perenesennomu psikhozu i motivatsiya patsientok k lecheniyu. Zhenskoe psikhicheskoe zdorov'e — ot isterii k genderno-sensitivnomu podkhodu: sb. nauchnykh trudov. [NMITs im. V.M. Bekhtereva]: avtory-sost.: A.V. Vasil'eva, T.A. Karavaeva; pod obshch. red. N.G. Neznanova. — SPb.: Izd. dom «Alef-Press». 2018; 283-290 (In Russ.).]
6. Bock T, Brysinski T, Klapheck K, Bening U, Lenz A, Naber D. Zum subjektiven Sinn von Psychosen. Psychiatrische Praxis. 2010;37:285-291. doi: 10.1055/s-0030-1248424.
7. Fervaha G, Takeuchi H, Agid O, Lee J, Foussias G, Remington G. Determinants of Patient-Rated and Clinician-Rated Illness Severity in Schizophrenia. The Journal of Clinical Psychiatry. 2014;76:924-930. doi: 10.4088/JCP.14m09128
8. Guy W. Clinical Global Impressions. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Revised DHEW Publication (ADM). National Institute for Mental Health, Rockville. 1976;218-222.
9. Haro J, Kamath S, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A et al. Clinical Global Impression-Schizophrenia Scale. PscTESTS Dataset. 2003;. doi: 10.1037/t49685-000
10. Jochems E, Duivenvoorden H, van Dam A, Mulder C, van der Feltz-Cornelis C. Testing the Integral Model of treatment motivation in outpatients with severe mental illness. Motivation and Emotion. 2018;42:816-830. doi: 10.1007/s11031-018-9708-0

11. Klapheck K, Nordmeyer S, Cronjäger H, Naber D, Bock T. Subjective experience and meaning of psychoses: the German Subjective Sense in Psychosis Questionnaire (SUSE). *Psychological Medicine*. 2011;42:61-71. doi:10.1017/s0033291711001103
12. Noordraven E, Wierdsma A, Blanken P, Bloemendaal A, Mulder C. Depot- medication compliance for patients with psychotic disorders: the importance of illness insight and treatment motivation. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016;12:269-274.
13. Sorokin M, Lutova N, Wied V. The Role of Treatment Motivation Subsystems in the Overall Structure of Compliance in Patients Undergoing Psychopharmacotherapy. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2017;47:890-894. doi: 10.1007/s11055-017-0486-z
14. Spearing M, Post R, Leverich G, Brandt D, Nolen W. Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) scale for use in bipolar illness (BP): the CGI- BP. *Psychiatry Research*. 1997;73:159-171. doi: 10.1016/s0165- 1781(97)00123-6
15. Wiesjahn M, Jung E, Lamster F, Rief W, Lincoln T. Explaining Attitudes and Adherence to Antipsychotic Medication: The Development of a Process Model. *Schizophrenia Research and Treatment*. 2014;1-11. doi: 10.1155/2014/341545

Сведения об авторах

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

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

Макаревич Ольга Владимировна — младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: lysska@mail.ru

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

Неэпилептические пароксизмальные состояния у детей: структура, манифестация и факторы риска

Приворотская В.В.^{1,2}, Пальчик А.Б.¹, Понятишин А.Е.^{1,2}, Машевский Г.А.³

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России

² Детская городская больница Св. Ольги, Санкт-Петербург

³ Санкт-Петербургский государственный электротехнический университет «ЛЭТИ» им. В.И. Ульянова (Ленина)

Резюме: В условиях специализированного неврологического отделения Детской городской больницы Св. Ольги в течение 3-х лет обследовано 708 детей от 2-х месяцев до 3.5 лет с пароксизмальными расстройствами сознания. Из них у 98 младенцев диагностированы неэпилептические пароксизмальные состояния (НЭПС). На основании комплексного обследования НЭПС разделены на дифференцированные и недифференцированные. Показано, что в большинстве случаев неврологический статус, данные нейровизуализации и нейрофизиологического обследования у детей с НЭПС мало отличаются от таковых у детей группы сравнения. Выявлено, что формирование НЭПС связано с перинатальными факторами, а также болезнями развития младенческого возраста (функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта, железодефицитными состояниями, хронической/персистирующей инфекцией). Полученные данные интерпретированы в соответствии с принципами неврологии развития, в частности концепции оптимальности.

Ключевые слова: дети, неэпилептические пароксизмальные состояния, факторы риска.

Non-Epileptic Paroxysmal Events in Infants: structure, manifestation and risk factors

Privorotskaya V.V.^{1,2}, Palchik A.B.¹, Ponyatishin A.E.^{1,2}, Mashevskiy G.A.³

¹ St.Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

² St.Olga Children Hospital, St.Petersburg

³ State Electrotechnical University, St. Petersburg, Russia

Summary: During 3 years we observed in specialized neurological department of St. Olga Children's City Hospital 708 babies aged up to 42 months with different paroxysmal disorders. Non-epileptic paroxysmal events (NEPE) were diagnosed in 98 cases. These disorders were qualified (according to ILAE criteria) as differentiated and undifferentiated NEPE. In most cases neurophysiological assessment data, neurovisualization data, and neurological status of infants with NEPE and babies from comparison group varied marginally. It was shown that NEPE development correlated with perinatal factors, and with infants' developmental diseases (functional gastrointestinal disorders, iron deficiency states, chronic or persistent infections). The obtained data was interpreted according to the developmental neurology principles (optimality concept, in particular).

Key words: infants, non-epileptic paroxysmal events, risk factors

С первых дней своей практики детский врач сталкивается с разнообразными проявлениями в поведении младенца, которые ставят в замешательство как родителей ребенка, так и самого врача. К ним можно отнести, в частности, дрожание, стереотипные привычные движения в бодрствовании, трудно объяснимые феномены во сне. В данную категорию можно включить расстройства, которые в англоязычной литературе носят название Non-Epileptic Paroxysmal Events (NEPE) — неэпилептические пароксизмальные состояния (дословно события) (НЭПС).

НЭПС — это гетерогенная группа неврологических расстройств, доброкачественных по своей природе, вызывающих диагностические трудности у клиницистов, в связи со сходством их проявлений с эпилептическими приступами.

Относительно распространенности НЭПС имеются противоречивые сведения, однако повсеместно встречается некорректная диагностика данных состояний, вследствие чего дети неоправданно получают неадекватную терапию [2, 3, 20].

Представления о встречаемости НЭПС зависят от среды и дизайна исследований, однако можно упомянуть следующие показатели: в условиях отделения неврологии среди детей до 18 лет с пароксизмальными расстройствами сознания и движения неэпилептические состояния отмечены у 15.2% обследованных. Однако в младшей возрастной группе (до 5 лет) количество детей с этими нарушениями составило 54 % [14].

В проекте классификации ILAE [23] раздел «имитаторов эпилепсии» включает синкопы и аноксические приступы, поведенческие, психологические и психиатрические нарушения; состояния, зависящие от сна; пароксизмальные расстройства движений; нарушения, ассоциированные с мигренью; смешанные нарушения.

Помимо данной классификации, можно систематизировать НЭПС по возрасту дебюта [10].

Цель исследования

Определить частоту встречаемости, характер и факторы риска развития НЭПС у детей в условиях специализированного неврологического отделения.

Материалы и методы

В период с 1.03.2016 по 1.03.2019 во 2 неврологическое отделение СПбГБУЗ ДГБ Св.Ольги поступило 708 детей от 2-х месяцев до 3.5 лет с пароксизмальными расстройствами сознания и движения. Из них у 448 детей пароксизмы были расценены как эпилепсия, эпилептическая энцефалопатия, фебрильные судороги или однократный эпилептический приступ впервые в жизни. В результате обследования у 260 детей данных за наличие эпилепсии не выявлено. Из оставшейся выборки выделено 98 детей с пароксизмальными состояниями, которые соответствовали критериям НЭПС и прошли необходимый объем обследования в условиях отделения.

Всего в рамках целевого изучения было обследовано 128 детей в возрасте от 1 до 42 месяцев.

Основную группу (I группа) составили 98 детей (48 мальчиков и 50 девочек гестационного возраста от 29 до 43 недель, постнатального возраста от 1 до 42 месяцев) с пароксизмальными расстройствами сознания и движения, не относящихся к эпилепсии (неэпилептические пароксизмальные состояния — НЭПС). В группу сравнения (II) вошли 30 детей без пароксизмов (14 мальчиков и 16 девочек гестационного возраста от 37 до 41 недель, постнатального возраста от 2 до 24 месяцев). В данную группу включены младенцы, не имевшие на протяжении жизни пароксизмальных расстройств сознания и движения, а также признаков органического поражения центральной нервной системы. Эти дети вошли в исследование на основании планового наблюдения в соматических отделениях стационара и на амбулаторном этапе после выписки из больницы.

Дети обеих групп не отличались по половым и возрастным характеристикам ($p > 0.05$).

Все дети прошли комплексное клинко-лабораторное обследование, включавшее сбор анамнеза с оценкой течения беременности и родов по шкалам оптимальности, стандартные неврологический осмотр, рутинное соматическое и лабораторное обследование.

Наряду с этим, дети старше 12 месяцев были осмотрены логопедом с оценкой речевого/доречевого развития (Макарова О.А.).

Нейровизуализация проведена с помощью транскраниальной и транскраниальной ультрасонографии на аппарате Mindray DC-8. Кроме того, детям старше 12 месяцев и/или, по особым показаниям, детям, не достигшим возраста 12 месяцев, проводилась магнитно-резонансная томография на аппарате Siemens Magnetom Espree 1.5 Тесла.

Электроэнцефалография (ЭЭГ) выполнена в соответствии с рекомендациями экспертного со-

вета по нейрофизиологии РФ на аппарате Mitsar-ЭЭГ-201 в состоянии спокойного бодрствования, в положении «сидя» или «лежа на спине», с мощностью 19 чашечковых электродов по системе «10-20», по референтной (монополярной) монтажной схеме, с использованием функциональных проб в соответствии с возрастом. Анализ спонтанной биоэлектрической активности проведен в соответствии с международной классификацией нарушений ЭЭГ [15].

Видео-ЭЭГ осуществлена в условиях кабинета функциональной диагностики ДГБ Св. Ольги на аппарате Mitsar-ЭЭГ-201 под контролем непрерывной видеозаписи в течение 2-4 часов, в зависимости от возраста ребенка и клинических особенностей, с анализом данных в соответствии с международной классификацией нарушений ЭЭГ [15].

Помимо этого, проведено психологическое исследование (Джоджуа М.Д.), которое заключалось в психодиагностической беседе с родителями детей, включенных в исследование, а также оценки уровней родительской личностной и ситуативной тревожности методикой Спилбергера-Ханина (STAI—State-Trait Anxiety Inventory) [7, 19].

Оценочные критерии шкалы теста Спилбергера-Ханина составляли: до 30 баллов — низкий уровень тревожности; 31–44 балла — умеренный; 45 и более — высокий.

Результаты исследования обработаны посредством программы STATISTICA for Windows (версия 10).

Результаты исследования

В связи с многообразием течения беременности и родов проведена оценка их оптимальности по шкалам F. Kaineretal [12]. Показатели оптимальности течения беременности в I группе составляли: медиана 83% (70–97%), во II — медиана 85% (80–91%); родов — медиана 85.5% (52–95%), медиана 88% (81–94%), соответственно ($p > 0.05$).

Оценка по шкале Апгар у детей I группы колебалась в пределах 1–9 баллов (медиана 8 баллов) через 1 минуту; 4–10 баллов (медиана 9 баллов) через 5 минут; у младенцев II группы — 7–9 баллов (медиана 8 баллов) через 1 минуту; 8–10 баллов (медиана 9 баллов) через 5 минут, соответственно.

Статистический анализ по критерию Вальда-Вольфовица продемонстрировал достоверно более низкие показатели у детей основной группы по шкале Апгар через 1 минуту ($p = 0,000001$) и через 5 минут ($p = 0,004556$).

Изучение клинической картины пароксизмальных состояний у детей I группы показал, что у 59 младенцев отмечены типичные НЭПС, которые в дальнейшем будут называться «дифференцированные» (ДНЭПС); в 39 случаях выявлены нетипичные, abortивные «недифференцированные» приступы (ННЭПС).

Как следует из представленной таблицы, у обследованных детей преобладали ДНЭПС. Среди них достоверно чаще диагностирова-

Таблица 1. Характер пароксизмальных нарушений у обследованных детей
Table 1. Features of paroxysmal events in observed infants

Характер пароксизмальных расстройств	n	%
ННЭПС	39	39.8
ДНЭПС	59	60.2
Аффективно-респираторные приступы	18	18.4
Цианотичные	11	11.2
«Бледные»	7	7.1
Синдром Феджермана + Доброкачественный миоклонус сна	16	16.3
Доброкачественные глазные феномены	6	6.1
Детские периодические синдромы	6	6.1
Мастурбация	4	4.1
Доброкачественная альтернирующая ночная гемиплегия	2	2.0
Прочие дифференцированные формы (единичные случаи):	7	7.1
Малая форма гиперэксплексии	2	2.0
Spasmusnutans	1	1.0
синдром апноэ во сне	1	1.0
туловищные дистонии	1	1.0
jitteriness	1	1.0
startle-реакция	1	1.0

ны аффективно-респираторные приступы ($\chi^2 = 7.53$; $p = 0.0061$), а также синдром Феджермана ($\chi^2 = 5.59$; $p = 0.018$). При оценке связи основных типов пароксизмов с возрастом установлено, что ННЭПС более характерны для грудных детей ($r = -0,304571$; $p = 0,001734$), а ДНЭПС- для детей старше года ($r = 0,312461$; $p = 0,002295$).

Анализ клинической картины НЭПС свидетельствует об единичных клинических находках в неврологическом статусе у детей группы сравнения. В группе исследования отмечены достоверное преобладание синдрома мышечной гипертонии над манифестацией синдрома мышечной гипотонии ($\chi^2 = 5.52$; $p = 0.019$), также получена более высокая встречаемость синдрома мышечной гипотонии при доброкачественных глазодвигательных феноменах ($r = 0.3133696$; $p = 0.001659$). Наряду с этим, определена достоверная связь между феноменом мышечной дистонии и манифестацией детских периодических синдромов (доброкачественный пароксизмальный тортиколиз и пароксизмальные головокружения) ($r = 0.281551$; $p = 0.004977$).

Исследование соматического статуса свидетельствует об естественной соматической заболеваемости в обеих группах. Однако в I группе отмечена более частая встречаемость функциональных нарушений верхних отделов желудочно-

кишечного тракта (ЖКТ) ($\chi^2 = 5.52$; $p = 0.019$) и анемии ($\chi^2 = 5.60$; $p = 0.018$), чем в группе сравнения. При ННЭПС сопутствующие соматические заболевания в целом встречаются достоверно чаще, чем при других пароксизмальных состояниях ($\chi^2 = 38.36$, $p = 0.0000233$).

Также выявлена статистически достоверная взаимосвязь между наличием ДНЭПС и хронической и/или персистирующей инфекцией у младенцев ($r = 0.220371$; $p = 0.029224$).

У детей с ННЭПС прослеживается достоверная корреляционная взаимосвязь с функциональными расстройствами ЖКТ, в целом ($r = 3.57$; $p = 0.0005$) и функциональными расстройствами кишечника (ФРК) в частности ($r = 3.62$; $p = 0.0004$). Кроме того, у детей этой группы ФРК встречаются достоверно чаще, чем у детей с ДНЭПС ($\chi^2 = 6.66$, $p = 0.00223$), а также по сравнению с общей совокупностью младенцев из обеих групп ($\chi^2 = 6.63$, $p = 0.00124$).

В то же время достоверных различий между группой детей с ДНЭПС и ННЭПС по заболеваемости функциональными расстройствами желудка (ФРЖ) не наблюдается.

Выявлена статистически достоверная корреляция между доброкачественными глазными феноменами и наличием невоспалительных заболеваний органа зрения ($r = 0.234162$; $p = 0.02097$), а также корреляция между наличием невоспали-

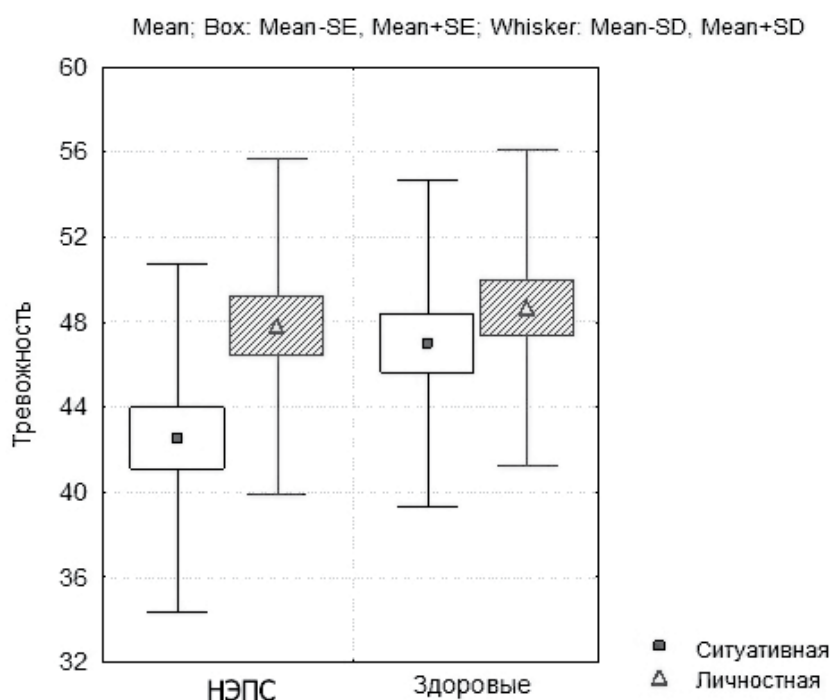


Рис. 1. Показатели ситуативной и личностной тревожности матерей на основании краткой оценочной шкалы Спилбергера-Ханина

Fig. 1. Features of maternal situational and personal anxiety assessed by mean of the Spielberger-Khanin Scale

тельных заболеваний органа зрения и мастурбацией ($r = 0.314777$; $p = 0.001688$).

Установлено, что при аффективно-респираторных приступах (АРП), в сравнении с другими пароксизмальными состояниями, достоверно чаще встречаются железодефицитные состояния и железодефицитная анемия ($p = 0.002$).

Анализ нейровизуализационной картины не выявил существенных различий между указанными группами и подгруппами детей ($p > 0.05$).

Нейрофизиологические исследования показали, что общим в электрогенезе мозга детей обеих групп является доминирующий Θ -ритм с амплитудой фонового ритма от 40 до 80 мВ и отсутствием патологической активности, что соответствует нормальным возрастным характеристикам детей раннего возраста. Тем не менее, у детей с НЭПС достоверно чаще отмечено преобладание амплитуды фонового ритма более 80 мВ ($\chi^2 = 4.43$; $p = 0.035$).

Результаты клинико-психологического обследования матерей детей свидетельствуют о том, что при отсутствии различий в абсолютных показателях тревожности у матерей детей I и II групп ($t = 0.42$, $p = 0.677$), однако достоверное преобладание уровня личностной тревожности над ситуативной выявлено лишь в основной группе ($t = 2.59$, $p = 0.012$) (рис.1, fig. 1)

Обсуждение

Распространенность НЭПС в детской популяции, по данным различных источников, составля-

ет от 12 до 20% [1, 13, 14], с существенным преобладанием в младших возрастных группах [13, 14].

Согласно данным настоящего исследования, распространенность НЭПС у детей раннего возраста составляет 13.8%, с погрешностью на число больных, не прошедших полный объем обследования. Полученные цифры сопоставимы с данными мировой статистики.

По результатам исследования, у ряда детей были диагностированы НЭПС, нашедшие описание в литературе и внесенные в специальный раздел ИАЕ — «имитаторы эпилепсии» [24], а также пароксизмальные расстройства сознания и движения, не удовлетворяющие диагностическим критериям известных НЭПС. Таким образом, впервые все пароксизмальные события были разделены на дифференцированные и недифференцированные (ДНЭПС и ННЭПС).

Особенностью настоящего исследования была попытка оценить роль внешних триггерных факторов в развитии НЭПС.

В одном из исследований, посвященном перинатальным факторам риска развития пароксизмальных состояний, установлено, что риск возникновения пароксизмальных состояний на 1 году жизни выше у недоношенных детей и детей с низкой оценкой по Апгар на 1 минуте жизни [21].

Согласно нашему исследованию, показатели шкалы Апгар на 5 минуте оказались несколько ниже в группе детей с НЭПС в сравнении с контрольной группой ($p < 0.05$). Более заметные отличия выявлены по шкале Апгар на 1 минуте

($p = 0.000001$). Таким образом, согласно проведенному исследованию, нельзя отрицать роль перинатальной гипоксии в формировании НЭПС у младенцев.

Информация в отношении влияния соматических факторов на развитие НЭПС у детей в литературе представлена скудно. Существуют немногочисленные сведения о соматических триггерах, провоцирующих некоторые формы НЭПС [4]. Согласно полученным данным, у детей с ННЭПС сопутствующие соматические заболевания в целом встречаются достоверно чаще, чем при других пароксизмальных состояниях ($\chi^2 = 38.36$, $p = 0.0000233$).

В группе детей с НЭПС в целом отмечена более частая встречаемость анемии ($\chi^2 = 5.60$; $p = 0.018$), чем в группе сравнения. Такое преобладание, вероятнее всего, связано с высокой частотой встречаемости анемии у детей с АРП ($\chi^2 = 7.23$; $p = 0.0002$). Результаты нашего исследования подтверждают и дополняют данные литературы о связи наличия анемии и развития АРП у младенцев [4, 6, 11].

Необходимо также отметить, что наличие у младенцев хронической/персистирующей инфекции может оказывать влияние на манифестацию дифференцированных типов НЭПС ($r = 0.220371$; $p = 0.029224$).

Особое внимание в настоящем исследовании уделено роли функциональных нарушений желудка и кишечника в развитии НЭПС, поскольку известны результаты ряда исследований, касающиеся «кишечно-мозговой оси» и роли энтеральной нервной системы и кишечной микробиоты в формировании неврологической патологии и когнитивного дефицита у детей. [8, 16, 22].

Согласно полученным данным, у детей с НЭПС отмечена более частая встречаемость функциональных нарушений верхних отделов желудочно-кишечного тракта в сравнении с группой контроля ($\chi^2 = 5.52$; $p = 0.019$). Кроме того, у детей с ННЭПС ФРК встречаются достоверно чаще, чем у детей с ДНЭПС ($\chi^2 = 6.66$, $p = 0.00223$), а также по сравнению с общей совокупностью младенцев из обеих групп ($\chi^2 = 6.63$, $p = 0.00124$). Выявлено преобладание расстройств кишечника в возрастной группе до 3 месяцев включительно ($p = 0.0042$), что подтверждает ряд исследований [9, 23].

Немаловажным аспектом данного исследования была оценка личностной и ситуативной тревожности матерей детей с НЭПС и выявление роли тревоги матери в формировании НЭПС у младенца. Большая часть исследований эмоционального статуса родителей у детей с неврологическими заболеваниями касается изучения эпилепсии найдены лишь единичные описания психологических особенностей семей детей с НЭПС, и они касаются АРП [17].

В настоящем исследовании клинико-психологическое изучение матерей детей с НЭПС выявило преобладание у них личностной тревожности над ситуативной ($t = 2.59$, $p = 0.012$),

при этом показатели ситуативной тревожности в группе контроля оказались выше.

Таким образом, проведенное нами исследование не позволило построить единую модель формирования НЭПС у детей раннего возраста, однако дало возможность выявить ряд важных закономерностей, образно представленных на следующем рис.2 (Fig. 2).

Природа и манифестация НЭПС оставляют ряд вопросов о сущности этих феноменов. Как ранее было показано, дети с НЭПС имеют скудную неврологическую симптоматику и мало отличимы от группы сравнения по нейрофизиологической и нейровизуализационной картине. В связи с этим необходимо подчеркнуть, что рассматриваемые явления описывают у развивающихся младенцев, а, следовательно, возможно рассмотреть данную проблему сквозь призму принципов неврологии развития. Основополагающей концепцией данной дисциплины является принцип оптимальности, который признает непродуктивными общепринятые клинические дихотомии «нормальный – ненормальный»; «нормальный – патологический» для развивающегося ребенка, а предлагает дихотомию «оптимальный – субоптимальный» [5, 18]. Анализ полученных данных свидетельствует о большей роли в возникновении НЭПС болезней развития, типичных для младенцев (анемия, функциональные расстройства ЖКТ и т.д.), чем реальных поражений нервной системы, что позволяет отнести НЭПС к категории субоптимальных состояний развивающегося ребенка.

Таким образом, на основании проведенного клинико-функционального исследования можно сделать следующие **выводы**:

В условиях специализированного неврологического стационара дети с НЭПС составляют 13,8 % в структуре всех пароксизмальных расстройств сознания и движений, среди которых 60 % приходится на дифференцированные пароксизмы (согласно классификации ILAE) и 40 % — на недифференцированные.

Для детей с НЭПС, в сравнении с группой контроля, характерны более низкие оценки по шкале Апгар, в особенности, на 1 минуте, более низкие показатели по шкале оптимальности течения беременности и родов, а также легкая полиморфная неврологическая симптоматика, с преобладанием тех или иных особенностей мышечного тонуса, в зависимости от типа пароксизмального расстройства.

У детей с НЭПС в целом, и, особенно, с ННЭПС отмечена повышенная соматическая заболеваемость, в структуре которой ведущее значение имеют функциональные нарушения верхних отделов ЖКТ и анемия. При этом связь развития НЭПС с заболеваниями внутренних органов зависит от характера пароксизмов: при АРП достоверно чаще встречаются железодефицитные состояния; при ННЭПС — ФРК.

Клинико-психологическое обследование матерей детей с НЭПС свидетельствует о преобладании у них личностной тревожности над ситуативной.

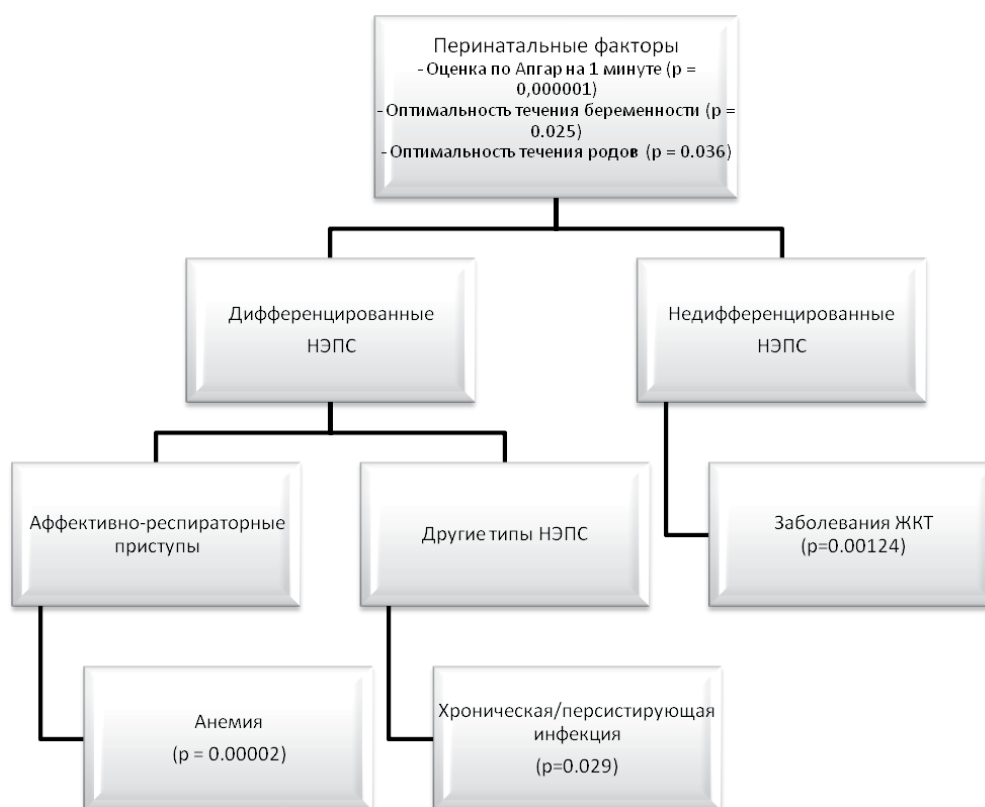


Рис.2. Факторы, влияющие на формирование НЭПС у детей раннего возраста.

Fig. 2. Risk factors of NEPE development in infants.

Литература / References

1. Айвазян С.О. Неэпилептические пароксизмальные состояния, имитирующие эпилепсию у детей. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2016;8:23–33. [Aivazyan S.O. Neepilepticheskie paroxysmal'nye sostoyaniya, imitiruyuschie epilepsiyu u detey. Epilepsiya i paroxysmal'nye sostoyaniya. 2016;8:23-33 (in Russ.)].
2. Гузева В.И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей. М.: Медицинское информационное агентство. 2007;568. [Guzeva V.I. Epilepsiya i neepilepticheskie paroxysmal'nye sostoyaniya u detey. M.: Meditsinskoye informatsionnoye agestvo. 2007; 568 (in Russ.)].
3. Мухин К.Ю. Эпилептические синдромы. Диагностика и терапия. Справочное руководство для врачей. Под ред. К.Ю. Мухина, А.С. Петрухина, М.Б. Миронова. М.: Системные решения. 2008;223. [Mukhin K.Yu. Epilepticheskie sindromy. Diagnostika i terapiya. Spravochnoye rukovodstvo dlya vrachev. Pod red. K.Yu. Mukhina, A.S. Petrukhina, M.B. Mironova. M.: Systemnye resheniya. 2008;223 (in Russ.)].
4. Неэпилептические пароксизмальные расстройства у детей. Учебно-методическое пособие. Под ред. Д.Д. Коростовцева, В.И. Гузевой, М.Ю. Фоминой и др. СПб.: СПбГПМА. 2006;41. [Neepilepticheskie paroxysmal'nye rasstroystva u detey. Uchebno-metodicheskoye posobie. Pod red. D.D. Korostovtseva, V.I. Guzevoy, M.Yu. Fominoy dr. SPb. :SPbGPMA. 2006;41 (in Russ.)].
5. Пальчик А.Б. Основные принципы неврологии развития. Педиатр 2011;2, (3):90-97. [Palchik A.B. Osnovnye principy nevrologii razvitiya. Pediatr 2011;2 (3):90-97. (in Russ.)].
6. Пальчик А.Б., Понятишин А.Е. Неэпилептические пароксизмы у грудных детей. М.: МЕДпресс-информ, 2015;136. [Palchik A.B., Ponyatishin A.E. Neepilepticheskie paroxysmy u grudnykh detey. M.: MEDpress-inform. 2015;136. (in Russ.)].
7. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Л.: ЛНИИФК. 1976;18. [Khanin Yu.L. Kratkoe rukovodstvo k primeneniyu shkaly reaktivnoy i lichnostnoy trevozhnosti C.D. Spielbergera. L.: LNIIFK. 1976;18. (in Russ.)].
8. Carabotti M, Scirocco A, Maselli MA, Severi C. The gut-brain axis: interactions between enteric microbiota, central and enteric nervous systems. Annals of Gastroenterology. 2015;28(2):203—9.
9. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV—Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. Gastroenterology. 2016; 150(6): 1257–61.

10. Fejerman N. Nonepileptic disorders imitating generalized idiopathic epilepsies. *Epilepsia*. 2005; 46 (9):80–3.
11. Hamed SA, Gad EF, Sherif TK. Iron deficiency and cyanotic breath-holding spells: The effectiveness of iron therapy. *Pediatric Hematology and Oncology*. 2018;35(3):186–95.
12. Kainer F, Prechtl H, Engele H, Einspieler C. Assessment of the quality of general movements in fetuses and infants of women with type-I diabetes mellitus. *Early Human Development*. 1997;50(1):13–25.
13. Kim SH, Kim H, Lim BC et al. Paroxysmal nonepileptic events in pediatric patients confirmed by long-term video-EEG-monitoring — single tertiary center of 143 patients. *Epilepsy and Behavior*. 2012;24(3):336–40.
14. Kotagal P, Costa M, Wyllie E, Wolgamuth B. Paroxysmal nonepileptic events in children and adolescents. *Pediatrics*. 2002;110(4):46.
15. Luders H, Noachtar S. *Atlas and Classification of Electroencephalography*. — Philadelphia: Saunders. 2000; 203.
16. Maqsood R, Stone T. The gut-brain axis, BDNF, NMDA and CNS disorders. *Neurochemical Research*. 2016;41(11):2819–35.
17. Mattie-Luksic M, Javornisky G, Di Mario FJ. Assessment of stress in mothers of children with severe breath-holding spells. *Pediatrics*. 2000; 106:1–5.
18. Prechtl HFR. The optimality concept. *Early Human Development*. 1980;4(3):201–5.
19. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene PR et al. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1983; 42.
20. Uldall P, Alving J, Hansen LK et al. The misdiagnosis of epilepsy in children admitted to a tertiary epilepsy center with paroxysmal events. *Archives of Disease in Childhood*. 2006;91(3):219–21.
21. Visser AM, Jaddoe WV, Arends LR et al. Paroxysmal disorders in infancy and their risk factors in a population-based cohort: the Generation R Study. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2010;52 (11):1014–20.
22. Wakefield AJ. The Gut–Brain Axis in Childhood Developmental Disorders. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2002;34:14–7.
23. Wolke D, Bilgin A, Samara M. Systematic Review and Meta-Analysis: Fussing and Crying Durations and Prevalence of Colic in Infants. *The Journal of Pediatrics*. 2017;185:55–61.
24. Официальный сайт Международной Антиэпилептической Лиги [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.ilae.org>.

Сведения об авторах

Приворотская Валерия Валерьевна — врач-невролог, 2-е психоневрологическое отделение Детской городской больницы Св. Ольги, Санкт-Петербург, аспирант кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Педиатрический Медицинский Университет» Минздрава РФ. E-mail: funnypost@list.ru

Пальчик Александр Бейнусович — д.м.н., профессор кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Педиатрический Медицинский Университет» Минздрава РФ. E-mail: xander57@mail.ru

Понятишин Андрей Евстахиевич — к.м.н., доцент кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Педиатрический Медицинский Университет» Минздрава РФ, врач-невролог, 2-е психоневрологическое отделение Детской городской больницы Св. Ольги, Санкт-Петербург. E-mail: aronyat@mail.ru

Машевский Глеб Алексеевич — к.т.н., доцент кафедры биотехнических систем «Санкт-Петербургский Государственный Электротехнический Университет «ЛЭТИ» им В.И. Ульянова (Ленина). E-mail: aniket@list.ru

Психологические реакции населения как фактор адаптации к пандемии COVID-19

Сорокин М.Ю.¹, Касьянов Е.Д.¹, Рукавишников Г.В.¹, Макаревич О.В.¹, Незнанов Н.Г.^{1,2},
Лутова Н.Б.¹, Мазо Г.Э.¹

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

²ФГБОУ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Резюме. Одним из многочисленных негативных последствий пандемии COVID-19 является «вторая эпидемия» негативных психологических эффектов

Целью исследования было определить социально-психологические факторы, ассоциированные с адаптивным поведением населения.

Материалы и методы: проведено он-лайн анкетирование 1957 русскоговорящих респондентов старше 18 лет в период с 30.03.2020 по 05.04.2020. Уровень тревожного дистресса определялся по Шкале психологического стресса (PSM-25). Использовали дисперсионный анализ. Для выявленных достоверных различий ($p < 0.05$) размеры эффектов (SE) оценивались по критериям Cohen's d и Cramer's V.

Результаты: Повышенный уровень психологического стресса был ассоциирован с соблюдением самоизоляции (SE=0.13), использованием социального дистанцирования (SE=0.14) и применением антисептиков (SE=0.11), а также был повышен у лиц, обращавшихся за новостями о коронавирусе чаще одного или двух раз в день (SE=0.11). При этом частота обращений за информацией о COVID-19 была нелинейно связана с наличием опасений за собственную жизнь. Переживания о доступности средств защиты в свободной продаже были специфически связаны с соблюдением мер самоизоляции (SE=0.1), а сочетание волнений по поводу заразности вируса и недоступности лекарств для ежедневного приёма — с принципами социального дистанцирования (соответственно, SE=0.12 и SE=0.11). Кроме того, наличие волнений об отсутствии специфического лечения COVID-19, опасности для собственной жизни, заразности вируса и дефиците средств защиты — были ассоциированы с формированием защитного поведения, связанного с гигиеной рук (соответственно, SE=0.12, SE=0.12, SE=0.11, SE=0.11). В отношении ношения маски существенным было наличие тех же сюжетов волнения, что и для поведения, связанного с гигиеной рук, однако их взаимосвязь была обратной (соответственно, SE=0.13, SE=0.12, SE=0.14, SE=0.15). Наиболее распространённый тип переживаний — страх за близких — не был специфически связан с определёнными типами поведения и сопровождал каждый его вариант.

Заключение: Психологические реакции населения, связанные с распространением пандемии COVID-19, специфически ассоциированы с адаптивным поведением в процессе противоэпидемических мероприятий.

Ключевые слова: Коронавирусная инфекция, пандемия, COVID-19, психическое здоровье, тревога, психологический стресс.

Psychological reactions of the population as a factor of adaptation to the COVID-19 pandemic

Sorokin M.Yu.¹, Kasyanov E.D.¹, Rukavishnikov G.V.¹, Makarevich O.V.¹, Neznakov N.G.^{1,2},
Lutova N.B.¹, Mazo G.E.¹

¹ V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry, Saint-Petersburg, Russia

² I.P. Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Saint-Petersburg, Russia

Summary. One of the many negative consequences of the COVID-19 pandemic is the “secondary epidemic” of negative psychological effects

The aim of the study was to identify socio-psychological factors associated with adaptive behavior in the population.

Materials and methods: an on-line survey of 1957 Russian-speaking respondents over 18 years old was performed from 30.03.2020 to 05.04.2020. The level of anxiety distress was verified with the psychological stress scale (PSM-25). Dispersion analyses were used ($p < 0.05$). The size of the effects (SE) was evaluated according to Cohen's d and Cramer's V criteria.

Results: Increased levels of psychological stress were associated with self-isolation (SE=0.13), social distancing (SE=0.14) and antiseptic usage (SE=0.11). The scores of psychological stress were higher in individuals who search the media for coronavirus news more than once or twice a day (SE=0.11). At the same time, the frequency of requests for information about COVID-19 was not linearly associated to the individuals fears for their own lives. The concerns about the availability of protective equipment were specifically associated to compliance with self-isolation measures (SE=0.1). The combination of concerns about the contagiousness of the virus and

the unavailability of medication for daily intake were associated with the principles of social distance ($SE=0.12$ and $SE=0.11$ respectively). Moreover, concerns about the lack of specific treatment for COVID-19, the danger to one's own life, the contagiousness of the virus and the lack of protective equipment were associated with the protective behaviours related to hand hygiene ($SE=0.12$, $SE=0.12$, $SE=0.11$, $SE=0.11$ respectively). Wearing a mask was characterized by the same anxiety patterns as hand hygiene, but their association was inverse (respectively $SE=0.13$, $SE=0.12$, $SE=0.14$, $SE=0.15$). The most common type of anxious experience—fear for the health of relatives—was not specifically associated with certain types of behavior and accompanied each of its variants.

Conclusion: Psychological reactions of the population to the COVID-19 pandemic are specifically associated with adaptive behavior in the dynamics of anti-epidemic measures.

Key words: coronavirus infection, pandemia, COVID-19, mental health, anxiety, psychological stress.

Начиная с декабря 2019 года распространение новой коронавирусной инфекции COVID-19 (от англ. COroNaVIrusDisease 2019) быстро превратилась в глобальную пандемию. С этого периода и по настоящее время число случаев заражения и смертельных исходов в мире продолжает расти. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и многие правительства объявили нынешнюю ситуацию чрезвычайной проблемой всемирного масштаба и настояли на введении карантинных мер с целью замедлить распространение вируса (то есть “сгладить кривую”). В РФ первые лица с COVID-19 были выявлены 31 января 2020 г., а в начале мая уже более 165000 россиян имели подтвержденные диагнозы [1, 10].

Инфекция, вызванная коронавирусом SARS-CoV-2, передается от человека к человеку преимущественно воздушно-капельным путем и наиболее часто проявляется повышением температуры, респираторными симптомами (кашель, одышка, затруднения дыхания), нарушениями функции желудочно-кишечного тракта (рвота, диарея) [9]. Тяжелые случаи заболевания сопряжены с развитием сердечной и легочной недостаточности, развитием острого респираторного дистресс-синдрома с риском летального исхода. По имеющимся первичным данным, наибольший риск заражения и тяжелых форм заболевания отмечен для пожилых людей с сопутствующей соматической патологией [25]. С марта 2020 г. многие правительства во всем мире ввели карантинные меры, чтобы ограничить распространение вируса и минимизировать нагрузку на медицинские службы. Лицам старше 65 лет, лицам с сопутствующими заболеваниями и беременным, было предложено изолировать себя от прямого контакта с людьми в течение как минимум 12 недель, а лицам с подозрением на носительство коронавируса было поручено оставаться в своих домах, изолировать себя и всех, кто живет с ними, в течение как минимум 14 дней [8].

Любая крупная эпидемическая вспышка вызывает негативные последствия как для отдельных людей, так и для общества в целом, охватывая практически все стороны жизни на макро- и на индивидуальном уровнях. Одним из многочисленных негативных последствий пандемии COVID-19 является «вторая эпидемия» негативных психологических эффектов [14]. Данные 3166 статей и 24-х обзоров указывают на широкое распространение среди населения планеты симптомов посттравматического стрессового расстрой-

ства, замешательства и гнева [8]. В ситуации введения необходимых эпидемиологических мер общество профессионалов в области психического здоровья пытается выявить разнообразные причины и факторы, в наибольшей степени вызывающие нарушения адаптации людей, с целью мобилизации ресурсов здравоохранения для оказания адекватной и персонифицированной помощи населению [13].

Тревога при этом может выполнять как роль стрессового, так и дистрессового фактора. В первом случае тревожные опасения способствуют формированию адаптивного поведения, связанного с соблюдением мер предотвращения заражения [6]. Таким примером могут служить данные исследования, проведенного в Гонконге, которые демонстрируют изменения поведенческих стереотипов у жителей региона в плане активного использования превентивных мер по предотвращению заражения [11]. В то же время в психологии здоровья исторически развиваются 2 направления: учитывающее рациональные причины поведения человека, а также подход к описанию поведения как иррационального и потому трудно прогнозируемого [2]. В отношении пандемии COVID-19 уже существуют данные о прагматических причинах некомплайентности населения с противоэпидемическими мерами [22, 23]. Однако в силу исключительной общественной важности соблюдения большинством населения противоэпидемических мер, необходимо понимание всех потенциальных факторов комплаентности.

Гипотеза: психологические реакции населения, связанные с распространением пандемии COVID-19, специфически ассоциированы с поведением в процессе противоэпидемических мероприятий.

Цель: определить социально-психологические факторы, ассоциированные с адаптивным поведением населения в связи с пандемией, проявляющимся в использовании мер предотвращения заражения.

Материал и методы

Данные исследования получены в ходе онлайн опроса, проведенного с 30 марта по 5 апреля 2020 года. Участникам исследования предлагалось заполнить анкету через интернет-платформу GoogleForms, что в среднем требовало около 15 минут. Анкета распространялась в социальных сетях, а также на сайтах общественных органи-

заций и тематических сообществ (см. Благодарности).

К критериям включения относились: возраст участников ≥ 18 лет, способность читать на русском языке, наличие согласия на обработку персональных данных, фактом которого считалось заполнение всех предложенных форм опроса. К критериям невключения — отсутствие при заполнении анкеты значений для отдельных пунктов опроса.

Анкета включала социо-демографические данные респондентов, а также сведения о наличии/отсутствии аффективных расстройств (депрессивного расстройства, биполярного аффективного расстройства, генерализованного тревожного расстройства, дистимии и циклотимии) и соматической патологии на основании самоотчётов участников исследования, поскольку эти группы населения по данным литературы являются наиболее уязвимыми для развития дистрессовых тревожных реакций в условиях пандемии.

Респондентам предлагалось отметить любое количество из предложенных 10-и пунктов анкеты, описывающих различные варианты опасений в связи с пандемией COVID-19, а также любое число среди 6-и поведенческих вариантов предотвращения заражения, которые они практиковали (полная анкета представлена в Приложении). Отдельно респонденты могли выбрать частоту их обращения за информацией о пандемии в течение последней недели, ранжированную на 8 градаций в диапазоне от «ни разу» до «ежечасно». Для количественной оценки психологического стресса использовали одноимённую шкалу (PSM-25).

Статистический анализ данных проводили с использованием программного продукта SPSS-16. Были использованы дескриптивные статистики. Проверка на нормальность распределения осуществлена по методу оценки асимметрии. Дисперсионный анализ для данных с номинальными шкалами проведён с использованием критерия χ^2 Пирсона, с порядковыми шкалами — по U-критерию Манна-Уитни. Для групп, различающихся на уровне статистической значимости $p \leq 0.05$, вычисляли размеры эффектов по критериям Cohen's d и Cramer's V.

Результаты

Данные исследованной выборки

В финальный реестр вошло 2117 записей, сделанных в течение первой недели рекомендуемой в России самоизоляции (с 30 марта по 5 апреля). Из анализа были исключены сведения 160 респондентов, не соответствовавших возрастному ограничению исследования. Таким образом, данные были проанализированы для 1957 респондентов, большую часть которых составили женщины (1649 человек, 84.3%). Средний возраст респондентов составил 31 ± 12 год. В выборку вошли респонденты из городов федерального значения, Санкт-Петербурга (21.1%) и Москвы (16.8%), и всех федеральных округов России (57.6%), а также стран ближнего и дальнего зарубежья (4.5%), имевшие любые уровни образования и формы занятости (в том числе медработники — 10.3%). В самоотчётах наличие сопутствующей соматической патологии было указано в 54.8% случаев, аффективных расстройств — в 29.5%.

Взаимосвязь психологических реакций респондентов с поведением

В среднем респонденты дважды в день искали новости о пандемии в средствах массовой информации ($M=6$, $q_{25}=5$, $q_{75}=7$). Они также использовали 4 меры предотвращения заражения коронавирусом ($M=3$, $q_{25}=3$, $q_{75}=4$), в отдельности, по-разному связанные с психологическим стрессом, достигавшим среднего уровня интенсивности (Табл. 1).

Сюжеты тревожных переживаний о COVID-19 были специфическим образом связаны с мерами предотвращения заражения, которые использовали участники исследования (рисунок 1). При том, что наличие страха за близких было свойственно подавляющему числу респондентов (1527 человек, 77.2%), оно оказалось важным, но не специфичным в отношении детерминации отдельных типов адаптивного поведения в период пандемии. Напротив, среди 544 человек, переживавших о доступности средств защиты в свободной продаже, соблюдение самоизоляции было специфично для 82% (соответственно, не соблюдали самоизоляцию 18% подгруппы; Pearson's $\chi^2=20.0$, $p=0.000$; Cramer's $V=0.1$). Следование принципу социального дистанцирования в повседневной жизни

Таблица 1. Распространённость мер предотвращения заражения в выборке и уровень ассоциированного психологического стресса (PSM-25; $M \pm S.D.$)
Table 1. Prevalence of infection control measures in the sample and the level of associated psychological stress (PSM-25; $M \pm S.D.$)

Мытьё рук	1805 (92%)	105.4 $\pm$ 33.7
Самоизоляция	1463 (75%)	106.0 $\pm$ 34.4
Социальное дистанцирование	1441 (74%)	106.1 $\pm$ 34.0
Использование антисептиков	1133 (58%)	106.4 $\pm$ 34.0
Ношение масок	753 (38%)	104.2 $\pm$ 34.8
Использование перчаток	406 (21%)	102.6 $\pm$ 34.1

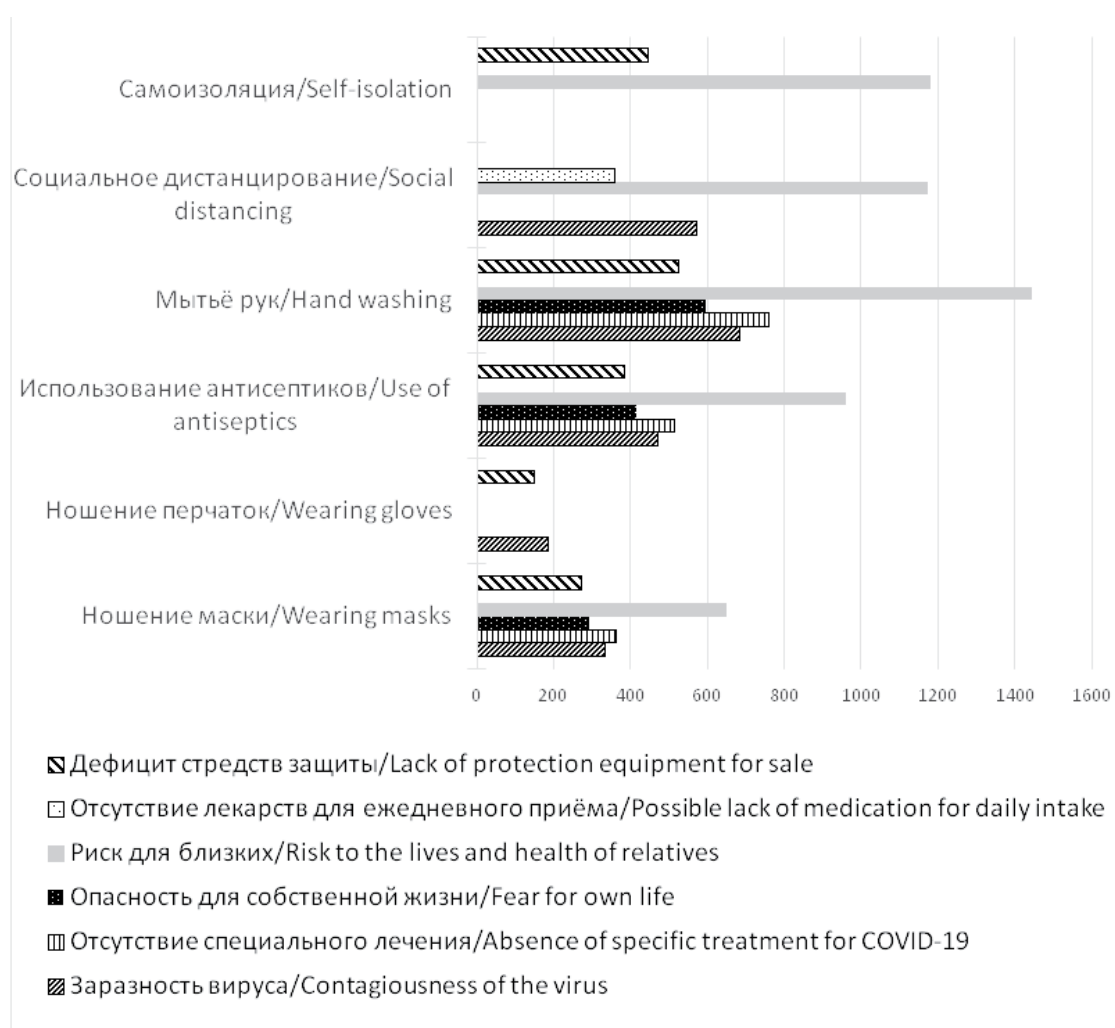


Рис. 1. Распространённость опасений о COVID-19 у респондентов, практикующих отдельные меры предотвращения заражения (чел.)
 Pic. 1. Prevalence of COVID-19 Concerns among Respondents Practicing Different Prevention Measures

Таблица 2. Сочетание характера тревожных переживаний о COVID-19 с типами поведения (размер эффекта (SE) средний при Cramer's $V \geq 0.1$; $p \leq 0.05$)										
Table 2. Combination of anxiety experiences about COVID-19 with behaviors (average size effect (SE) at Cramer's $V \geq 0.1$; $p \leq 0.05$)										
Типы тревожных переживаний о COVID-19		Частота поиска информации: ни разу (1), однократно (2), 2-3 в неделю (3), 4-5 в неделю (4), ежедневно (5), 2 в день (6), 4-5 в день (7), ежечасно (8)								Критерий статистической значимости
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Опасность для собств. жизни	+	14,8%	22,2%	16,7%	26,6%	26,7%	33,0%	39,0%	42,9%	$\chi^2=52.4$; $p=0.000$ SE=0.11
	-	85,2%	77,8%	83,3%	73,4%	73,3%	67,0%	61,0%	57,1%	

было специфично для сочетания волнения по поводу заразности вируса (81% из 708 дистанцировавшихся против 19%, не имевших опасений; Pearson's $\chi^2=29.5$, $p=0.000$; Cramer's $V=0.12$), а также недоступности лекарств для ежедневного приёма (соответственно, 83% из 434 человек и 17%; Pearson's $\chi^2=22.7$, $p=0.000$; Cramer's $V=0.11$).

Формирование защитного поведения, связанного с гигиеной рук (мытьё, применение антисептиков), было ассоциировано с наличием широкого круга переживаний: волнением об отсутствии специфического лечения COVID-19 (из 789 человек соответственно 97% и 3%, Pearson's $\chi^2=29.7$, $p=0.000$, Cramer's $V=0.12$; 65% и 35%, Pearson's $\chi^2=32.0$, $p=0.000$, Cramer's $V=0.13$), заразности вируса (из 708 человек 93% и 3%, Pearson's $\chi^2=30.1$, $p=0.000$, Cramer's $V=0.12$; 66% и 34%, Pearson's $\chi^2=33.0$, $p=0.000$, Cramer's $V=0.13$), опасности для собственной жизни (из 619 человек 93% и 3%, Pearson's $\chi^2=24.6$, $p=0.000$, Cramer's $V=0.11$; 67% и 33%, Pearson's $\chi^2=30.1$, $p=0.000$, Cramer's $V=0.12$), дефиците средств защиты (из 544 человек 97% и 3%, Pearson's $\chi^2=23.0$, $p=0.000$, Cramer's $V=0.11$; 71% и 29%, Pearson's $\chi^2=51.5$, $p=0.000$, Cramer's $V=0.16$).

Интересно, что в отношении ношения маски существенным было наличие тех же сюжетов волнения, что и для поведения, связанного с гигиеной рук, однако, их взаимосвязь была обратной. Среди 789 человек, переживавших об отсутствии специфического лечения COVID-19, маску носили лишь 46%, а 54% избегали этого (Pearson's $\chi^2=32.0$, $p=0.000$, Cramer's $V=0.13$), из 708 респондентов, опасавшихся заразности вируса, соответствующая пропорция составила 47% и 53% (Pearson's $\chi^2=38.0$, $p=0.000$, Cramer's $V=0.14$). Среди 619 человек, боявшихся за собственную жизнь, также 47% защищали дыхательные пути, а 53% этого не делали (Pearson's $\chi^2=29.0$, $p=0.000$, Cramer's $V=0.12$). Наконец у 544 респондентов, волновавшихся из-за дефицита средств защиты, ношение маски было равновероятно её отсутствию (49% и 51%), в то же время, среди 1414 человек, не подверженных данному типу волнения, чаще встречались не носившие маски (66%), чем респонденты, защищавшие дыхательные пути (34%) (Pearson's $\chi^2=43.8$, $p=0.000$, Cramer's $V=0.15$).

Уровень психологического стресса был ассоциирован лишь с несколькими видами мер предотвращения заражения. Он нарастал при соблюдении самоизоляции (106.0±34.4 и 101.6±34.0 соответственно; $p\leq 0.05$; Cohen's $d=0.13$), социального дистанцирования (106.1±34.0 и 101.3±35.1; $p\leq 0.05$; Cohen's $d=0.14$), а также при использовании антисептиков (106.4±34.0 и 102.7±34.8; $p\leq 0.05$; Cohen's $d=0.11$).

Частота обращения за информацией о COVID-19 была нелинейно связана с наличием тревожных опасений и имела 2 отрицательных пика во взаимосвязи с неспецифическим, но экзистенциальным по содержанию страхом за жизнь. Среди лиц, за 7 дней ни разу не искавших новости о коронавирусе, а также тех, кто обращался к СМИ 2-3 раза в неделю, в равной степени ред-

ко встречались респонденты, опасавшиеся за собственную жизнь (Табл. 2).

При этом уровень психологического стресса по шкале PSM-25 был минимален (96.5±32.4 и 99.5±33.0) в подгруппах респондентов, получавших новости о COVID-19 один или два раза в день (959 человек, 49%), по сравнению с теми участниками исследования (667 человек, 34.1%), кто обращался к СМИ более часто (113.2±33.0 и 117.5±36.3; $p\leq 0.05$; Cohen's $d=0.52$).

Обсуждение

В результате проведенного исследования нами были получены данные о специфических ассоциациях социально-психологических факторов с адаптивными паттернами поведения населения в период пандемии COVID-19. Так, переживания о доступности средств защиты в свободной продаже были специфически связаны с соблюдением мер самоизоляции, а сочетание волнений по поводу заразности вируса и недоступности лекарств для ежедневного приёма было связано с принципами социального дистанцирования. Кроме того, наличие волнений об отсутствии специфического лечения COVID-19 и опасности для собственной жизни, а также заразности вируса и дефиците средств защиты — были ассоциированы с формированием защитного поведения, связанного с гигиеной рук. В отношении ношения маски существенным было наличие тех же сюжетов волнения, что и для поведения, связанного с гигиеной рук, однако, их взаимосвязь была обратной. Наиболее распространённый тип переживаний — страх за близких — не был специфически связан с определёнными типами поведения и сопровождал каждый его вариант.

При этом повышенный уровень психологического стресса был ассоциирован с соблюдением самоизоляции, использованием социального дистанцирования и применением антисептиков. Кроме того, уровень психологического стресса был выше у тех лиц, кто обращался за новостями о коронавирусе чаще одного или двух раз в день. В то же время, хотя частота обращений за информацией о COVID-19 была нелинейно связана с наличием опасений за собственную жизнь, данные переживания чаще всего испытывали респонденты, изучавшие новости о коронавирусе 4-5 раз в день или чаще (Таб.2).

Таким образом, основополагающие противоэпидемические меры — самоизоляция и социальное дистанцирование — которые в сложившейся ситуации пандемии являются необходимыми, в исследованной выборке были самостоятельным стрессовым фактором. Это вполне согласуется с данными литературы, демонстрирующими, что даже не столкнувшиеся лично с инфекцией люди могут переживать критические последствия социальных ограничений [15] вплоть до уменьшения продолжительности жизни на 9 лет среди 2% населения [19]. Здесь важно отметить, что субъективность восприятия населением рекомендуемых противо-

эпидемических мер может определять как конструктивный характер их реагирования (социальное дистанцирование), так и деструктивный (избегание социальных контактов), что связывают с вариантами развития адаптивной тревоги человека по поводу здоровья [5].

В доступной нам научной литературе крайне ограничены данные о взаимосвязи психологических реакций населения с практикуемыми мерами защиты на начальных этапах ухудшения эпидемиологической обстановки и объявления карантинных мероприятий [21]. Нами были получены данные, свидетельствующие о том, что некоторые сюжеты тревожных переживаний по поводу COVID-19, вероятно, не требуют экстренной коррекции, поскольку связаны с формированием адаптивного типа реагирования населения на пандемию — самоизоляцией и применением социального дистанцирования. К ним относятся переживания о доступности средств защиты в свободной продаже, заразности вируса, а также недоступности лекарств для ежедневного приёма.

Важно отметить выявленные принципиальные различия между отдельными способами защиты от инфицирования, практиковавшимися респондентами. Меры по обеспечению гигиены рук были широко представлены у исследованной выборки, тем не менее, их потенциальная эффективность наиболее очевидна при несоблюдении населением самоизоляции и дистанцирования. Широкое применение гигиены рук среди наших респондентов могло быть обусловлено разными факторами. Например, известно, что для русскоязычной популяции свойственно первоочередное использование тех мер заботы о здоровье, которые легче реализуются на практике [3]. Исследования китайских коллег продемонстрировали, что простое мытьё рук у населения Китая было ассоциировано со снижением уровня стресса, тревоги и депрессии [25]. Так гигиена рук, являющаяся «вторым эшелон» защиты от заражения, получила наиболее широкое распространение. «Вторичный» характер этой меры подчеркивается её едиными психологическими предпосылками с иррациональным поведением, выявленным у обследованных респондентов: ношением масок при отсутствии выраженного волнения за собственную жизнь или недоступность специфического лечения COVID-19. В периоды эпидемий H1N1 и SARS подобным примером дезадаптивного поведения населения США и Гонконга был взрывной рост обращаемости за медицинской помощью среди лиц, не имеющих достаточных на то оснований [16, 18].

Ключевой аспект иррационального поведения населения в периоды эпидемий, уже описанный на примере SARS в Гонконге, а также H1N1, 2019-nCoV в США и Канаде [4], был подтверждён в ходе данного исследования: «вторичные» способы защиты от заражения, как и минимально необходимые противоэпидемические меры, тоже ассоциированы с существенным нарастанием психологического стресса. «Дозозависимый эффект» прояв-

ляется в нарастании дезадаптивности поведения при превышении средних уровней тревоги у населения. В этом ключе более понятен полученный нами результат: в обследованной выборке на фоне повышенного уровня психологического стресса более рутинные гигиенические меры (мытьё рук, перчатки) не были связаны с дальнейшим нарастанием стресса, в отличие от использования респондентами антисептиков.

В литературе не раз отмечалась взаимосвязь уровней тревожности и стресса с информацией, распространяемой через средства массовой информации и Интернет [20]. Однако, при этом подчёркивалось, что индикатором стресса в популяции является неудовлетворённость предоставляемой информацией, а не увеличение частоты обращений за ней [25].

Показательно, что в обследованной выборке опасения за собственную жизнь не ассоциировались с формированием первоочередных мер защитного поведения (изоляции) и нелинейно нарастали в зависимости от частоты поиска новостей о COVID-19. Дозируемое респондентами обращение к информации, которую они субъективно оценивали как достаточную и не продолжали дальше отслеживать новости, было связано со снижением неконструктивного страха подобно тому, как это было показано для населения Китая [13]. В обратном случае, когда участники исследования многократно возвращались к СМИ, опасения за жизнь нарастали вместе с уровнем психологического стресса, демонстрируя известную закономерность Йеркса-Додсона [24]: чрезмерные мотивационные стимулы всё равно не способствовали формированию минимально необходимого адаптивного поведения, а напротив, были связаны с социально нормативными реакциями (ношением масок).

Считается, что лучшее понимание угрозы вирусной инфекции и соблюдение превентивных мер населением связаны с высоким уровнем доверия к информации, распространяемой СМИ и властями [17, 27]. Однако, существенная роль здесь может принадлежать не только психосоциальной поддержке [26]. Уровень компетенций специалистов психиатрической службы может обеспечить авторитетную информационную поддержку населению в период «второй эпидемии» распространения тревожащей информации или дезинформации [7]. В частности, важнейшее значение могут иметь: 1) предупреждение о возможных общепсихологических последствиях пандемии, 2) обучение представителей населения защитному поведению для сохранения здоровья, укрепление их проблемно-решающего поведения, повышение самооффективности, 3) интеграция специально-психолого-психиатрического сопровождения в протоколы помощи при COVID-19, 4) оказание психолого-психиатрической помощи медицинским работникам, включённым в борьбу с пандемией.

Ограничения исследования

У исследования имелось несколько потенциально важных ограничений.

1. Данные получены для выборки, в которой существенно преобладали женщины, что лимитирует прямую экстраполяцию результатов на всё русскоговорящее население.

2. В опросе принимали участие около 30% респондентов, указавших наличие у себя аффективных расстройств, а также около 10% медработников, что существенно отличало выборку от генеральной совокупности населения.

3. Результаты о распространенности тревожных переживаний релевантны для первого этапа распространения эпидемии в России и, вероятно, подвержены изменениям по мере развития эпидемического процесса.

4. Полученные данные были полностью основаны на результатах самоотчёта, что затрудняет их объективную оценку. Однако, как правило, самоопросники и объективный распрос респондентов обладают достаточно высокой корреляцией. Таким образом, несмотря на описанные ограничения, полученные результаты, на наш взгляд, позволяют делать выводы об общих закономерностях поведенческих паттернов населения в связи с COVID-19.

Заключение

Как любая чрезвычайная ситуация, пандемия, вызванная COVID-19, породила волну психологического напряжения среди населения по всему миру. В данной ситуации для поддержания адаптационных механизмов людей чрезвычайно важными представляются следующие меры: во-первых, предоставление через СМИ полной, убедительной и обоснованной информации о необходимости соблюдения противоэпидемических мер населением; во-вторых, создание коалиции всех специалистов, участвующих в борьбе с пандемией и общественных организаций для мобилизации ресурсов с целью своевременного реагирования на потребности в поддержании психического здоровья населения; в-третьих, проведение длительного мониторинга уровня стресса на различных Интернет-платформах, что создаст возможность для сфокусированной профилактической и психокоррекционной работы среди населения.

Благодарности

Российскому Обществу Психиатров, Анастасии Петровой и АНО «Партнёрство Равных», Марии Фаворской и Ассоциации «Биполярники», Виктору Лебедеву и проекту «Дело Пинеля», а также просветительскому portalу «Психиатрия & Нейронауки».

Литература / References

1. "В России выявили двух первых больных коронавирусом". INTERFAX.RU, 31.01.2020. <https://www.interfax.ru/russia/693554> ["The first two patients with coronavirus were identified in Russia". INTERFAX.RU, 31.01.2020. <https://www.interfax.ru/russia/693554> (In Rus.)]
2. Рассказова Е.И., Иванова Т. Ю. Мотивационные модели поведения, связанного со здоровьем: проблема «Разрыва» между намерением и действием. Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2015;12:105–130. [Rasskazova EI, Ivanov TU. Motivational models of health-related behavior: the problem of the "gap" between intention and action. *Psikhologiya. Zhurnal Vysshey shkoly ekonomiki*. 2015;12:105-130. (In Russ.)]
3. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Гульдман В.В. Способы заботы о здоровье и соматические жалобы в норме: роль представлений и роль действий. Психологические исследования. 2016;9:4-13. [Rasskazova EI, Tkhostov AS, Guldman VV. Ways of Taking Care of Health and Somatic Complaints in Normal: Role of Perception and Role of Action. *Psikhologicheskiye issledovaniya*. 2016;9:4-13. (In Russ.)]
4. Asmundson GJG, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorders*. 2020;70:102196
5. Asmundson GJG, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: what all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of Anxiety Disorders*. 2020;71:102211
6. Asmundson GJ, Taylor S, Carleton RN, Weeks JW, Hadjistavropoulos HD. Should health anxiety be carved at the joint? A look at the health anxiety construct using factor mixture modeling in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*. 2012;26(1):246-251. doi:10.1016/j.janxdis.2011.11.009
7. Banerjee D. The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. *Asian J Psychiatr*. 2020;50:102014. doi:10.1016/j.ajp.2020.102014
8. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395:912-920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8
9. Chan JF, Yuan S, Kok KH, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*. 2020;395:514-523. doi:10.1016/S0140-6736(20)30154-9
10. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). Available from: <https://gisand-data.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

11. Cowling BJ, Ali ST, Ng TWY, et al. Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against coronavirus disease 2019 and influenza in Hong Kong: an observational study. *Lancet Public Health*. 2020;2468-2667. doi:10.1016/S2468-2667(20)30090-6
12. Dong M, Zheng J. Letter to the editor: Headline stress disorder caused by Netnews during the outbreak of COVID-19. *Health Expect*. 2020;23(2):259-260. doi:10.1111/hex.13055
13. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):300-302. doi:10.1016/S2215-0366(20)30073-0
14. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*. 2020;288:112954. doi:10.1016/j.psychres.2020.112954
15. Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *MedSciMonit*. 2020;26:e924609. doi:10.12659/MSM.924609
16. Leung GM, Ho LM, Chan SK, et al. Longitudinal assessment of community psychobehavioral responses during and after the 2003 outbreak of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *Clin Infect Dis*. 2005;40:1713-1720. doi:10.1086/429923
17. Li J-B, Jang A, Dou K, et al. Chinese public's knowledge perceived severity and perceived controllability of the COVID-19 and their association with emotional and behavioural reactions, social participation and precautionary behaviour. A national survey. *National survey of COVID-19*. 2020. p.30
18. McDonnell WM, Nelson DS, Schunk JE. Should we fear «flu fear» itself? Effects of H1N1 influenza fear on ED use. *Am J Emerg Med*. 2012;30(2):275-282. doi:10.1016/j.ajem.2010.11.027
19. Moser DA, Glaus J, Frangou S, Schechter DS. Years of life lost due to the psychosocial consequences of COVID19 mitigation strategies based on Swiss data. *medRxiv* 2020.04.17.20069716; doi: doi.org/10.1101/2020.04.17.20069716
20. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *GenPsychiatr*. 2020;33:e100213. doi:10.1136/gpsych-2020-100213
21. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature [published online ahead of print, 2020 Apr 10]. *Asian J Psychiatr*. 2020;52:102066. doi:10.1016/j.ajp.2020.102066
22. Moore RC, Lee A, Hancock JT, Halley M, Linos E. Experience with Social Distancing Early in the COVID-19 Pandemic in the United States: Implications for Public Health Messaging. *medRxiv* 2020.04.08.200570677 doi: doi.org/10.1101/2020.04.08.20057067
23. Singh R, Adhikari R. Age-structured impact of social distancing on the COVID-19 epidemic in India. 2020; arXiv:2003.12055v
24. Teigen K. Yerkes-Dodson: A Law for all Seasons. *TheoryPsychol*. 1994; 4(4):525-47. doi:10.1177/0959354394044004
25. Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate psychological responses and associated factors during initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among general population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17,1729; doi10.3390/ijerph17051729
26. WHO, 14 April 2020, COVID-19 STRATEGY UPDATE <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-strategy-update-14-april-2020>.
27. Wise T, Zbozinek T, Micheleni G, et al. Changes in risk perception and protective behaviour during the first week of the COVID-19 pandemic in United States. March 2020. <https://www.researchgate.net/340040972> DOI:10.31234/osf.io/dz428

Сведения об авторах

Сорокин Михаил Юрьевич — к.м.н., младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ. E-mail: m.sorokin@list.ru

Касьянов Евгений Дмитриевич — аспирант, младший научный сотрудник отделения эндокринологической психиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ. E-mail: ohkasyan@yandex.ru

Рукавишников Григорий Викторович — к.м.н., научный сотрудник отделения эндокринологической психиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ. E-mail: grigory_v_r@mail.ru

Макаревич Ольга Владимировна — младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ. E-mail: lysska@mail.ru

Незнанов Николай Григорьевич — д.м.н., профессор, директор ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, научный руководитель отделения гериатрической психиатрии, зав. кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. E-mail: spbinstb@bekteterev.ru

Лутова Наталия Борисовна — д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ. E-mail: lutova@mail.ru

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

Психосоциальные факторы профилактики и терапии невротических расстройств в мегаполисе: мишени интервенций в здоровом городе

Васильева А.В.^{1,2}, Караваева Т.А.^{1,3}

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

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

³ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Резюме. Настоящая проблемная статья освещает актуальные вопросы, касающиеся развития пограничных, в первую очередь, невротических расстройств у жителей больших городов. Анализируются специфические факторы, которые способствуют появлению различных нарушений. Отражена роль психологических и социальных воздействий мегаполиса на состояние и функционирование человека. Представлены особенности формирования и течения неврастенических, истерических, обсессивных, тревожных невротических расстройств и нехимических аддикций.

Проблемы, которые отражены в этой статье, относятся к глобальным аспектам современной жизни, им уделяется большое внимание ВОЗ, под эгидой которой для профилактики и коррекции нарушений разработана программа «Здоровые города».

Ключевые слова: стресс, невротические расстройства, мегаполис, неврастения, истерические расстройства, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, социальная фобия, обсессивное расстройство, орторексия, буллинг.

Psychosocial factors of the neurotic disorders treatment and prevention in metropolis

Vasileva A.V.^{1,2}, Karavaeva T.A.^{1,3}

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

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

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

Summary. This problematic article considers the role of the psychosocial factors on neurotic disorders manifestation in metropolis citizens. The specific factors impact on the neurotic disorders incidence is analyzed. The role of the metropolis psychological and social influence on the ones global functioning is represented. The article describes the specific of the development and course of the neurasthenic, histrionic, obsessive anxiety disorders and non-chemical addictions.

Problems highlighted in this article belongs to the main modern life challenges, taking by WHO as the global problems, that were included in the targeted Healthy Cities program also aimed to treat and prevent metropolis mental disorders.

Key words: stress, neurotic disorders, metropolis, neurasthenia, histrionic disorders, panic disorder, generalized anxiety disorder, social phobia, obsessive disorder, orthorexia, bullying.

Проживание в условиях мегаполиса создает особые условия, формирует специфическое средовое экологическое окружение для человека, с одной стороны, предоставляет богатство возможностей для самореализации и развития индивидуального креативного жизненного стиля, с другой стороны, предъявляет повышенные требования к нервной системе человека по переработке информационных и других стрессовых нагрузок [4]. Средовые факторы проживания действуют в двух направлениях, усиливают стимульную нагрузку, что повышает риск развития психических нарушений, и в то же время уменьшают влияние психопротективных составляющих.

К перегрузке нервной системы приводят плотность человекопотока, запахи, шум, загрязнение и интенсивность других входящих стимулов. Городское окружение организовано таким образом, чтобы постоянно посылать сообщения, требую-

щие переработки. Раздражители запускают когнитивную переработку на неосознаваемом субпороговом уровне, и их негативное воздействие усиливается по мере истощения копинг-ресурсов. Последствием этого может быть повышение порога стрессовой готовности и стремление индивида к изоляции для восстановления сил.

Чрезмерная нагрузка в течение рабочего дня, особенно в сочетании с личностными чертами перфекционизма и мотивацией высоких достижений, приводит к защитному ограничению социальных связей, которые в иных условиях могли бы быть ресурсом стабилизации самооценки. Постепенно усиливается разрыв между представлениями о Я-реальном и Я-идеальном, для оценки собственных достижений используются сравнения не с представителями референтной группы, а с некоторым воображаемым идеальным человеком. Это создает почву для обесценивания

собственных успехов и формирования «синдрома самозванца», когда индивид находится на рабочем месте в состоянии постоянного страха, что будет обнаружена его недостаточная компетентность, которую он до сих пор успешно скрывал. При этом за счет негативного селективного восприятия рабочие успехи игнорируются, а неудачам и промахам придается чрезмерное значение. Одновременно с этим через масс-медиа и популярные в мегаполисах бестселлеры биографий успешных людей, которые обычно создает команда пиар-профессионалов, транслируется отлаженный клишированный нереалистичный стандарт успешной жизни. Массовая культура значительно больше влияет на концепцию «Я» жителей городов, чем сельской местности [8].

Передвижение по мегаполису требуют времени, что уменьшает возможности проведения досуга с семьей и друзьями, негативно влияя на психическое здоровье жителей городов-миллионников. В целом проживание в мегаполисе ограничивает возможность использования психопротективных факторов, как пребывание на природе, общее время досуга, имеются ограничения личного пространства.

Также физическая активность, необходимая для поддержания как психического, так и соматического здоровья, менее доступна жителям большого города. Люди, которые по тем или иным причинам переехали в мегаполис из других населенных пунктов, оказываются лишенными социальной поддержки своего привычного окружения. Последнее подтвердило свою значимость в исследованиях в качестве ресурса повышающего адаптационность личности при психотравмирующем воздействии [7].

Ответом на это стала инициатива ВОЗ по созданию здоровых городов, где есть достаточное количество рекреативных зон, ограничена шумовая нагрузка, организовано досуговое пространство, сформировано свободное от стигматизации инклюзивное сообщество [12]. Формирование здорового экологического пространства проживания является сложной мультидисциплинарной задачей, требующей совместных усилий специалистов различного профиля: политиков, социологов, экологов, педагогов, работников муниципалитета, организаторов здравоохранения, профпатологов, профессионалов в области психического здоровья.

Многомиллионный город предлагает человеку большое количество вариантов, как организации собственной жизни, так и в выборе потребительских товаров. Таким образом, житель мегаполиса каждый день должен принимать множество решений разной значимости, что может быть причиной снижения ресурса волевого контроля. Способность делать гибкий выбор на основе новой информации относится к базовым когнитивным процессам, выступающим одной из движущих сил эволюции. Само принятие решения в ситуации множественных вариантов является энергозатратным волевым усилием, и не может воспро-

изводиться бесконечно. В ряде случаев из-за астении начинают страдать исполнительские функции, требующие последовательных действий, направленных на реализацию принятого решения. Наличие большого количества альтернатив, связанных с выбором партнера, места работы и проживания, проведением досуга создает почву для развития тревожных состояний, в основе которых неуверенность относительно правильности выбора или прокрастинация в принятии решений и завершении проектов, что негативно сказывается на самооценке. Истощение ресурсов саморегуляции может быть причиной различных эмоциональных и поведенческих нарушений, таких как снижение продуктивности, ангедония, деструктивная самопрезентация, психогенное переедание, импульсивное поведение [18]. Житель мегаполиса должен научиться совладать с ситуацией «неидеального выбора», поскольку практически всегда имеются равнозначные альтернативы, как в проведении досуга — поход на спектакль может быть не менее интересным, чем поход на концерт, так и в более значимых ситуациях, связанных с обращением за медицинской помощью [21].

Рой Баумейстер вводит понятие *decisionfatigue* — «усталость от принятия решений», в своих экспериментах он показал, что способность человека эффективно функционировать и регулировать свое поведение зависит от того, какое количество решений ему приходится принимать. Это понятие получило признание и ответом на него стали рекомендации по стилю жизни в мегаполисе, к примеру, по созданию рутинной активности, как поход в спортзал каждый четверг, или в филармонию раз в месяц, появились коллекции «капсульного гардероба» и другие минималистские тенденции [18]. Усталость от постоянного анализа информации приводит к срыву адаптационных механизмов, проявляющихся в импульсивных поступках, по такому механизму может развиваться известный бич жителей мегаполиса — шопоголизм [31]. Как вариант нехимических аддикций он имеет более тяжелые социальные последствия в виде финансовых трудностей, при одновременном накоплении ненужных человеку вещей, семейных трудностей и в ряде случаев, — проблем с законом, если для продолжения покупок совершаются финансовые махинации. Для помощи этим людям в ряде городов достаточно успешно стартовали программы «Анонимные должники» [6].

Под влиянием средств массовой информации и рекламы все большую распространенность в городах приобретают поведенческие нарушения, связанные со стремлением к модификации собственного тела с целью достижения его идеальных параметров. Навязанные нереалистичные стандарты красоты и идеи, что счастье и успех ассоциированы исключительно с молодостью, заставляют восприимчивых жителей мегаполисов повторно обращаться к косметологам и пластическим хирургам, идеи идеальной внешности приобретают сверхценный характер, постепенно фор-

мируются все признаки аддиктивного паттерна с изменениями настроения и конфликтами с окружающими, если реализация желаемого поведения невозможна. К этой же категории относится аддикция упражнений, связанная с неудовлетворенностью собственным телом. О.В. Фельсendorффи А.Ю. Егоров и в своем исследовании в крупных фитнес центрах Санкт-Петербурга выявили тенденцию к сочетанию аддикции упражнений с нарушениями пищевого поведения [15]. Социальная приемлемость многих нехимических аддикций приводит к тому, что лица, регулирующие свои эмоциональные нарушения при помощи данных поведенческих паттернов, не попадают своевременно в поле зрения специалистов, занимающихся психическим здоровьем.

Проживание в условиях мегаполиса часто требует от индивида мобилизации ресурсов адаптации, конфронтируя с основными типами конфликтов, выделенных А.Я. Анцуповым, А.И. Шипиловым [1, 13]. Во-первых, это социальный конфликт — наиболее острый способ развития и завершения значимых противоречий, возникающих в процессе социального взаимодействия, заключающийся в противодействии субъектов конфликта и сопровождающийся негативными эмоциями по отношению друг к другу. В мультикультуральных условиях мегаполиса — это, прежде всего, столкновение коренного населения и групп мигрантов, религиозные и этнические конфликты, конфронтация между жителями благополучных и бедных районов, а также ситуации травли (буллинга и моббинга) на рабочем месте [24,36].

Крайним проявлением социальных конфликтов является террористическая деятельность, проявления которой усиливаются параллельно с ростом мегаполисов [38]. Помимо районов выраженных локальных социальных конфликтов, в нашей стране, начиная с 90-х годов прошлого века, в первую очередь в Москве и в Санкт-Петербурге, а также в других крупных городах, жители сталкиваются с террористической угрозой, взрывами в метро, захватом заложников. Жертвами становятся случайные, не связанные личными или групповыми отношениями с агрессорами люди, что негативно сказывается на психическом здоровье горожан.

11 сентября 2001 года стало новой вехой в проявлении социальных конфликтов, и в значительной степени подорвало чувство базовой безопасности у жителей мегаполисов. После террористической атаки в Нью-Йорке произошел целый ряд схожих событий в крупных городах разных стран. Так за три дня до парламентских выборов в Испании 11 марта 2004 года на центральном вокзале Аточа произошел ряд взрывов, ставшими самыми масштабными террористическими действиями в стране. Затем 7 июля в Лондоне было проведено 4 скоординированных взрыва в метрополитене. Следующим объектом стал Париж в ноябре 2015 г. с последовательной серией террористических атак, перекинувшихся затем на другие города Франции. 3 апреля 2017 г. был осуществлен

взрыв террористом-смертником в метрополитене Санкт-Петербурга. Последствием подобных событий в области психического здоровья является развитие реактивных психических нарушений разной степени тяжести. Непосредственно после событий манифестируют острые состояния, такие как острая реакция на стресс (F. 43.0) или расстройство адаптации (F.43.2). Посттравматическое стрессовое расстройство или ПТСР (F. 43.1) может отмечаться в течение 6 месяцев после воздействия травматического события [7, 32]. Также в связи с потерей близких могут встречаться депрессивные состояния различной глубины [9]. Помимо организации психологической помощи при чрезвычайных ситуациях с целью профилактики психических осложнений в концепции здорового города чрезвычайно важным становится поиск оптимального баланса между формированием необходимой бдительности и навыков противодействия терроризму у граждан с одной стороны, и нивелирования повышенной тревожности и паранойальной настроенности у уязвимых лиц — с другой стороны [16, 37].

Учитывая, что под влияние идей антисоциальных террористических группировок чаще попадают люди с пограничной организацией личности, значимым фактором профилактики становится создание развитой структуры медико-психологической помощи с различными формами групповой психотерапии, направленной на коррекцию и восполнение личностных дефицитов, формирование инклюзивных сообществ, где каждый может найти свое место [37, 38]. Также необходима постоянная психообразовательная работа, направленная на борьбу со стигматизацией больных тяжелыми психическими заболеваниями, которым в обществе ошибочно приписывается исключительно агрессивное поведение [16].

Техногенные и природные катастрофы, стихийные бедствия, аварии и несчастные случаи, приводящие к разрушению объектов культурного наследия, сосредоточенных в городах вследствие их особого символического и идентификационного значения, дополнительно неблагоприятно влияют на психологическую среду. Примером этого может быть пожар в Париже, значительно разрушивший Нотр-Дам — символ европейской цивилизации, и многочисленные интерпретации этого трагического события в СМИ.

Второй группой конфликтов, в ряде случаев тесно связанной с первой, можно выделить внутриличностные противоречия — выраженное негативное переживание, вызванное затянувшейся борьбой структур внутреннего мира личности, отражающее ее противоречивые связи с социальной средой и задерживающее принятие решения [4, 11, 13, 14]. В случае срыва адаптационных механизмов развиваются расстройства приспособительных реакций (F.43.2), проявляясь кратковременными и пролонгированными аффективными нарушениями тревожно-депрессивного характера, диссомнией, астенизацией, снижением работоспособности. В случае выраженной соматиза-

ции — склонности индивида переживать психологическое неблагополучие на соматическом уровне, речь может идти о соматизированном (F45.0) или соматоформном (F45.1) расстройствах; соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (F45.3). Человек оказывается в ситуации длительной повышенной нагрузки, часто сопровождающейся внутренними противоречиями в ценностных ориентациях и системе значимых отношений, что может рассматриваться в качестве почвы для развития адаптационных расстройств, сопровождающихся сомато-вегетативными нарушениями [2].

Основным кластером психических нарушений выступают невротические расстройства. Еще в середине прошлого века основатель ленинградской-санкт-петербургской школы психотерапии В.Н. Мясисев отмечал, что «неврозы тесно связаны с условиями общественного существования... В связи с этим правильное понимание их предусматривает изучение системы общественных отношений (ее экономической основы, идеологических надстроек, особенностей быта, условий воспитания, уровня культуры), а также обусловленных ими особенностей характера и личных отношений людей» [14]. Патогенной основой различных форм невротических состояний являются противоречия в тенденциях и возможностях личности, с одной стороны, в требованиях и возможностях, которые ей предъявляет действительность, — с другой.

Существование большого количества вариантов жизненного стиля, ослабление социальных контактов в референтной группе, необходимость принятия на себя ответственности за свой выбор в условиях мегаполиса формируют почву для срыва адаптационных механизмов. Невротические расстройства могут возникать в тех случаях, когда жизненные обстоятельства затрагивают обобщенные, особо значимые, эмоционально насыщенные переживания личности, занимающие важнейшее место в системе ее отношений к действительности.

В докторской диссертации Е.А. Колотильщиковой было показано, что существующие у жителей городов с невротическими расстройствами противоречия лишь условно можно отнести к исключительно внутренним. Автор приходит к выводу, что у этого контингента интрапсихический конфликт представляет собой конфликт-фрустрацию, его конкретное содержание заключается в так называемой подмене истинных ценностей (желание быть любимым, признаваемым, защищенным) ложными (стремление к максимальным достижениям, перфекционизм), что приводит к актуализации и нарастанию конфликта неадекватной самооценки, а затем общего адаптационного конфликта [11].

Отдельного внимания в связи с распространенностью в общей медицинской сети и гиподиагностикой заслуживает неврастения (F48.0).

К сожалению, традиционное определение неврастения, сформулированное в отечественной

психиатрии, как заболевания психогенной (преимущественно конфликтогенной) природы, возникающее в результате нарушения особенно значимых отношений личности при несоответствии между возможностями, средствами индивида и требованиями действительности или при возникновении противоречий между возможностями человека и завышенными требованиями к себе, в МКБ-10 утрачено. В данном случае противоречие между актуальными возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и требованиями к себе, которые не противоречат, а соответствуют требованиям окружающего, с другой стороны, что часто является причиной «слепого пятна», у специалистов, которым бывает трудно выделить психогенный компонент психических нарушений. Источником болезни является то, что личность не умеет при данной конкретной ситуации справиться со стоящей перед ней задачей даже при самом активном стремлении ее разрешить.

Противоречие заключается в относительном несоответствии между возможностями личности и между требованиями действительности. Этот конфликт имеет более внешний характер, так как здесь несоответствие средств и тенденций не представляет внутреннего конфликта. Более того при неврастении в личных тенденциях ничего патологического не отмечается. Для данной формы патогенные источники обнаруживаются не в тенденциях и их направленности, а в неумении правильно сообразовать свою активность с внутренними и внешними средствами выполнения задачи и достижения поставленной цели [2, 3].

Клиника нервно-психического срыва проявляется в специфических, непсихотических клинических астенических, эмоционально-аффективных, волевых и сомато-вегетативных расстройствах. Рассматривая гиперстеническую форму неврастения, следует сделать акцент на том, что в ее основе лежат скорее не биологические конституциональные факторы, ограничивающие переносимость нагрузок, а психосоциальные. Главными патогенетическими факторами в наш стремительный век, особенно для жителей больших городов, становятся непомерный объем информации, ограниченное время для ее переработки, при одновременно существующей выраженной мотивации высоких достижений [35]. Подобная ситуация может рассматриваться как экспериментальный невроз по И.П. Павлову в современных условиях. Нарастающая гиперфатигация и истощение приводят к мобилизации всего волевого контроля личности и аффективной перегрузке. Заболевание, как правило, манифестирует головными болями напряжения, с ощущениями «несвежей головы». Преобладающий в городах сидячий образ жизни с длительной работой за компьютером, поскольку большинство больных неврастениями имеют высшее образование и относятся к категории служащих, приводит к еще большему застою напряжению мышц верхнего плечевого пояса и усилению симптоматики. Имея преимущественно соматоцентрическую внутреннюю картину болез-

ни, эти пациенты в первую очередь обращаются к неврологам, которые рассматривают головную боль напряжения в качестве самостоятельного диагноза, наиболее частого вида первичных головных болей. Игнорирование психогенного компонента состояния больных часто приводит к увеличению длительности нетрудоспособности и присоединению ипохондрического компонента [34].

Дополнительный вклад вносят особенности личности, в виде категоричности, стеничности, повышенной ответственности, гипербдительности, стремления к контролю за происходящим, ориентации на высокие достижения, при одновременном игнорировании биологических границ переносимости нагрузок. Это со временем приводит к перенапряжению, особенно в случаях многозадачной деятельности. Повторные усилия по выполнению больших объемов работы приводят к нарушению ритма сна-бодрствования, когда чрезмерная намерстаивающая активность в вечернее время еще больше усугубляет нарушения засыпания. Сон становится поверхностным, прерывистым с тревожными сновидениями, отражающими содержание беспокойства, без чувства отдыха по утрам. Падает работоспособность, увеличивается количество ошибок в работе, усиливаются трудности сосредоточения, становится трудно довести начатое дело до конца. Основным в патогенезе неврастенических расстройств выступает отрицание сигнальной функции утомления, как команды о необходимости прекратить деятельность. В ответ на это прикладываются дополнительные волевые усилия, что приводит к аффективному и интеллектуальному истощению. Отмечается эмоциональная лабильность, плаксивость, чувство неуверенности в себе, в своих силах. Часто имеются сердечно-сосудистые вегетативные расстройства в ответ на негативные эмоциональные события, вплетающиеся в структуру тревожного синдрома. У женщин, учитывая влияние стрессового прессинга на менструальные циклы возможно присоединение дисменореи, олиго- или аменореи, утяжеление синдрома предменструального напряжения [33].

В больших городах традиционно в семьях количество детей меньше, чем в сельской местности, процесс взросления ретардирован и значительно чаще встречается воспитание по типу «кумира семьи», гиперопека. В процессе развития у этих людей не формируются навыки самостоятельного преодоления трудностей из-за того, что взрослые в свое время с удовольствием брали на себя выполнение всех неприятных обязанностей. С ранних лет они привыкают к тому, чтобы быть в центре внимания, даже при незначительных достижениях их оценивают с восхищением. Семьи пытаются создать детям чрезмерный псевдокомфорт, поощряя их к отрицанию законов социума. Этим обеспечивается внешняя идеализированная любовь с чрезмерным потаканием, самоотдачей, избыточной чувственной стимуляцией. Постепенно складываются отношения, далекие от реальности, необходимые для совладания с по-

вседневными тревогами. Когда присутствует материальный достаток, то он способствует избалованности, привычке к высокому уровню жизни, свойственной jetset — «золотой молодежи» столичных городов [28]. При невозможности поддерживать привычный уровень роскоши самостоятельно во взрослой жизни, при возникновении жизненных коллизий, изменении социального статуса эти люди пытаются переложить заботу о своем материальном благополучии на других, объясняя это своим случившимся тяжелым болезненным состоянием.

В подобных ситуациях манифестирует истерическое невротическое расстройство — психогенное заболевание проявляющееся полиморфизмом симптоматики, включающее эмоциональные и функциональные моторные, вегето-висцеральные расстройства, которые носят болезненно-адаптивный характер и обусловлены ранее сформированным стереотипом поведения [2, 39]. В основе нарушений находится стойкое внутреннее противоречие между потребностью во внимании и признании со стороны окружающих и неадекватной оценки собственных возможностей и условий реальности, а также между желанием независимости и страхе ответственности, между собственными потребностями и требованиями социума, развитие симптоматики приводит к достижению временного компромисса. Противоречие заключается в том, что личность вступает в конфликт с различными моментами окружающей ее действительности, не находя удовлетворения своих требований, стремлений или когда действительность выдвигает требования, идущие в разрез с субъективными требованиями личности. В связи с пестротой клинической картины и склонностью этих пациентов воспроизводить однажды увиденные симптомы других людей, диагноз по МКБ-10 у этой категории больных часто варьирует, попадая в рубрики тревожно-фобических, тревожных, соматоформных и связанных со стрессом расстройств, что препятствует целостному этиопатогенетическому пониманию этих нарушений, а также принципам преемственности и последовательности в их лечении.

Личность пациентов отличается эмоциональной и вегетативной лабильностью, повышенной впечатлительностью, внушаемостью, инфантильностью. Отмечаются повышенная тревожность, связанная с импульсивностью, нарушенной по невротическому типу оценкой реальности, с преобладанием истерического невротического стиля мышления, в большей степени основанном на впечатлениях и ассоциациях, чем на оперировании логическими конструкциями. В ситуациях стресса пациенты начинают активно искать защиту у идеализированной сильной личности, обращаясь с повторными жалобами, одновременно игнорируя значимость тех отношений, которые им удалось построить, в качестве такого лица может выступать и лечащий врач. Популярно обращение к представителям альтернативной медицины, рынок которых весьма богат представлен в городах

от потомственных колдунов до мастеров трансерфинга реальности.

Демонстративное поведение, как правило, направлено на принуждение окружающих к подтверждению собственной значимости и таким образом восстановлению заниженной самооценки. Необходимо внешнее свидетельство об отсутствии у пациента недостатков или запретных побуждений. Свои демонстративные черты пациенты могут в стационарных условиях использовать как здоровый ресурс личности, выполняя функции успешных лидеров групп самоуправления терапевтического сообщества, организуя совместный досуг пациентов, помогая персоналу, активно участвуя в сплочении психотерапевтической группы [2,39].

Отмечаются перманентные вегетативные нарушения и пароксизмальные вегетативные кризы, а также сочетанные (перманентно- пароксизмальные) вегетативные расстройства с преимуществом вовлечением симпатического отдела вегетативной нервной системы. Конверсионные расстройства обычно представлены жалобами на «ощущение кома в горле», головными болями, болями в спине. Соматические симптомы во многом носят коммуникативный характер и отражают содержание конфликтных переживаний в символической форме. В ряде случаев соматические жалобы имитируют те заболевания, которые пациенты наблюдали у близких родственников, к которым в семье относились с сочувствием и поддержкой.

Астенические нарушения носят характер невротической астении. Предъявляя жалобы на упадок сил, быструю утомляемость, пациенты поддерживают высокий уровень активности и включенности на протяжении длительной беседы, активно участвуют в досуговых мероприятиях отделения в вечерние часы. При расспросе нередко выявляется парадоксальная реакция — улучшение самочувствия и сосредоточения внимания в шумном окружении, что способствует перенаправлению тревоги вовне. Нарушения внимания обычно обусловлены трудностями сосредоточения, вследствие высокого уровня тревоги при включении в деятельность после периода вработываемости, пациенты делают значительно меньше ошибок, чем в начале исследования, т.е. утомления не наступает [28].

Даже при отсутствии связи развития заболевания с психотравмирующей ситуацией при первом опросе пациента, в процессе психотерапии выявляются составляющие интрапсихического конфликта истерического типа, которые проявляются в актуальных отношениях пациентов и поддерживают симптоматику. При ослаблении конфликтного напряжения отмечается спонтанное улучшение самочувствия. Для этих больных особенно характерно, что сам факт госпитализации, выход из привычной обстановки приводит к улучшению их состояния.

После проведения психотерапии и разрешения конфликтного напряжения симптоматика может практически полностью исчезать, и пациенты

чувствуют себя здоровыми. Однако при повторном возникновении конфликтного напряжения симптомы возобновляются. За счет сохраняющейся инфантильности пациенты избегают брать на себя ответственность за принятие трудных решений, что приводит к возобновлению невротического расстройства.

В случае непрерывного течения истерического расстройства в клинической картине могут быть представлены тревожно-фобические, эмоционально-аффективные, сомато-вегетативные нарушения. При этом они носят более выраженный характер, с большей мотивацией на получение вторичной выгоды от заболевания. Отмечается расширение круга симптомов, по мере получения новой информации пациенты могут неосознанно копировать нарушения, имевшиеся у соседей по палате. При непрерывном течении сохраняется динамичность выраженности симптомов с ослаблением и временным исчезновением при переключении внимания, в зависимости от актуальной ситуации. Симптоматика, к примеру, может практически исчезать в условиях стационарного лечения, когда пациенты думают, что персонал их не видит. Приступы тревоги и фобий имеют определенную неосознаваемую вторичную выгоду — выглядеть слабым и беспомощным перед социумом, получить пенсию по инвалидности и другие социальные преференции. Обычно имеется хорошая осведомленность об имеющихся в городах программах социальной поддержки [2].

Существуют специфические варианты невроза навязчивых состояний или в классификации МКБ-10 обсессивно-компульсивного расстройства (F42) присущие жителям мегаполиса. Таким примером может быть «ипохондрии здоровья», когда здоровый образ жизни (ЗОЖ) приобретает характер сверхценной идеи, которой подчиняется вся жизнь индивида. В частности может формироваться нервная орторексия (от греческого *ortho* — прямой, правильный и *orexis* — аппетит) вариант рестриктивного пищевого поведения с навязчивым стремлением к правильному питанию только из перечня «правильных разрешенных продуктов» [22]. Этот термин был введен С. Братманом для описания специфического пищевого поведения, основным мотивом которого выступал не внешний вид, а стремление к совершенству и контролю соматического состояния [19]. В данном случае в отличие от здорового рациона имеются жесткие категоричные ограничения и проявления перфекционизма в приготовлении и сервировке повседневных блюд [23]. Составление списка продуктов может носить иррациональный характер и определяться индивидуальными убеждениями, часто сформированными модными тенденциями мегаполиса и не имеющими научного обоснования.

Среди личностных характеристик преобладают тревожность, эгоцентризм перфекционизм и стремление к контролю. Способность выбрать приоритет и жестко ему следовать вызывает чув-

ство гордости и превосходства над другими людьми. В холодильнике могут быть только продукты из фиксированного списка. Поскольку идеи питания носят обсессивный характер, имеются аффективные колебания, связанные с приемом пищи. Интерперсональные отношения находятся под влиянием сверхценных пищевых идей с нетерпимостью по отношению к пищевым пристрастиям других людей. Индивид проводит много времени, думая о составе употребляемой пищи и совершенствуя диету. Питание планируется на несколько дней вперед. Диета и посещение спортзала доминируют в системе отношений и могут быть причиной игнорирования значимых событий, как свадьба друзей, юбилей родственников, что постепенно ведет к социальной изоляции. В случае нарушения диеты возникает выраженное чувство вины и потребность в самонаказании. Постепенно обсессивные идеи чистоты и здоровья, связанные с пищевым поведением, захватывают и другие сферы жизни [25]. Нельзя не коснуться вопроса о тревожных расстройствах невротического уровня (тревожно-фобические, паническое и генерализованное тревожное расстройства), которые являются широко распространенными, склонными к хронизации заболеваниями, манифестирующим в молодом, социально активном, возрасте [8, 9, 10, 17]. В последние десятилетия наблюдается их существенный рост, особенно среди жителей больших городов. В патогенезе этих нарушений определяющей является тесная связь психологических и социальных факторов. Сенситивные, перфекционистские черты личности, особенности семейного воспитания, отношений со сверстниками, необходимость поддержания высокого темпа деятельности в мегаполисах, недостаточная толерантность к стрессу и к высокой конкуренции способствуют формированию тревожных расстройств. Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) — одно из наиболее распространенных пограничных психических заболеваний, характеризующиеся рецидивирующие приступы резко выраженной тревоги (паники), не связанные с какими-либо специфическими ситуациями или предметами, а, следовательно, непредсказуемыми и спонтанными [8, 26, 32]. Частота его встречаемости среди городского населения составляет 7-12%, однако далеко не все пациенты обращаются за медицинской помощью. Панические приступы часто ассоциированы с агорофобией. Так многие пациенты не могут пользоваться метро или другими видами общественного транспорта, избегают посещения крупных торговых центров и гипермаркетов. Несомненно, это создает для них большое неудобство и существенно ограничивает в возможностях. Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) — распространенная и устойчивая тревога и напряжение, не ограниченные или не вызванные преимущественно каким-либо особыми окружающими обстоятельствами («свободно плавающая тревога»). Заболевание характеризуется хроническим или рекуррентным течением и может приводить к выра-

женной дезадаптации и повышенному суицидному риску [10,27]. Нередко присоединяются аддитивные нарушения — злоупотребление алкоголем, психотропными препаратами с анксиолитической целью, что имеет негативные социальные последствия [10, 20,]. Тревожно-фобические расстройства (ТФР) — группа расстройств, в клинической картине которых преобладает опредмеченная тревога, страх определенных ситуаций или объектов (внешних по отношению к субъекту), не представляющих реальной опасности. В результате больной старается избегать таких ситуаций, или вынужден, оказавшись в них преодолевать чувство страха. Как правило, переживая страх в провоцирующей обстановке, ситуации, пациенты пытаются сопротивляться ему, ослаблять его интенсивность, искать способы борьбы с ним, используя различные приемы и отвлечения [9]. Одной из частых фобий является социальная фобия, которая существенно нарушает возможность коммуникации, избеганию межперсональных взаимодействий и иногда делает невозможными установление контактов во всех сферах жизни. Страх внимания, негативной оценки со стороны других людей в большинстве случаев носит иррациональный характер и формируется часто в подростковом возрасте, когда негативная обратная связь и комментарии со стороны окружающих воспринимаются особенно остро. Человек боится в случае попадания в центр внимания негативной реакции со стороны окружающих и фиксирован на этом.

Очевидно, что в таком случае возникает существенное нарушение социального функционирования, мешающие строить личные отношения, общаться, учиться, заниматься профессиональной деятельностью, добиваться карьерного роста [20, 29, 30]. При самых выраженных проявлениях формируется социальная изоляция. Своевременное и адекватное врачебное вмешательство, организация которого в современных больших городах требует совершенствования, обеспечивает хороший терапевтический эффект у лиц с такими нарушениями, однако без лечения тревожные, фобические, панические проявления могут привести к неблагоприятным последствиям в виде социальной дезадаптации, потери трудоспособности и, в конечном итоге, к существенному снижению качества жизни [8, 9, 10].

Являясь сосредоточением научной мысли, мегаполисы предоставляют возможность оказания высококвалифицированной, специализированной помощи, получить медицинскую консультацию в национальных центрах у ведущих специалистов, лечение для широкого спектра заболеваний с использованием высоких технологий. У пациентов, обращающихся за помощью, в связи с тем, что имеющееся заболевание может иметь хронический инвалидизирующий характер и негативно влиять на качество жизни и социальное функционирование, или в случае онкопатологии иметь неблагоприятный прогноз, а также вследствие особенностей самого лечения, выраженных известных побочных эффектов, калеча-

щего характера операции, могут развиваться коморбидные нозогенные психические нарушения [5,12]. Задачей поддержания психического здоровья становится разработка программ по оказанию медико-реабилитационной помощи с активным участием специалистов в области психического здоровья этой довольно многочисленной категории пациентов.

Таким образом, для поддержания психического здоровья жителей мегаполиса и профилактики пограничных нервно-психических расстройств должна быть создана система психотерапевтической помощи, включающей как непосредственно лечебный, также профилактический и психообразовательный компоненты. Необходимо создание доступной системы амбулаторной и стационарной психотерапевтической помощи с утвер-

ждением психотерапии в качестве самостоятельной медицинской специальности. Должны быть разработаны информационные программы для жителей мегаполиса по поддержанию психического здоровья, а также о содержании психотерапевтического лечения и особенностях проявления расстройств невротического уровня, отсутствии негативных социальных последствий после обращения за помощью. Для профилактики и лечения нозогенных расстройств и их своевременной диагностики в курсы повышения квалификации для врачей соматического профиля должны быть введены обучающие циклы по коморбидным психическим расстройствам, в полипрофессиональных бригадах обязательно участие специалиста в области психического здоровья.

Литература

1. Анципов А. Я., Шипилов А. И. Конфликтология: учебник для ВУЗов: 4-е изд., испр. и доп. М.: Эксмо; 2009. [Ancipov A. YA., SHipilov A. I. Konfliktologiya: uchebnik dlya VUZov: 4-e izd., ispr. idop. M.: Eksmo; 2009. (In Russ.)]
2. Васильева А.В. Клиника и течение основных форм затяжных невротических расстройств. Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание: под общей ред. Н.Г. Незнанова, авт.-сост.: Васильева А.В., Караваева Т.А. СПб.: ООО Издательский дом «Альфа-Пресс»; 2018:283-308. [Vasileva A.V. Klinika i techenie osnovnyh form zatyazhnyh nevroticheskikh rasstrojstv. Bolezni i zdorov'e, psihoterapiya i soperezivanie: pod obshchej red. N.G. Neznanova, avt.-sost.: Vasileva A.V., Karavaeva T.A. SPb.: ООО Izdatel'skij dom «Al'fa-Press»; 2018:283-308. (In Russ.)]
3. Васильева А.В., Вахренева О.А., Караваева Т.А. Сравнительный анализ психосоциальных характеристик пациентов с неврастенией и невротоподобными резидуально-органическими расстройствами. Вестник психотерапии. 2014;49(54):101-113. [Vasileva AV, Vakhreneva OA, Karavaeva TA. Comparative analysis of the psychosocial characteristics of patients with the neurasthenia and neurosis-like residual-organic cerebral disorders. Vestnik psihoterapii. 2014;49(54):101-113. (In Russ.)]
4. Васильева А.В., Караваева Т.А. Исследование особенностей клинического патоморфоза невротических расстройств в новых социальных условиях в связи с выбором психотерапевтических стратегий. Вестник психотерапии. 2009;32(37):70-77. [Vasileva AV, Karavaeva TA. The Study of the clinical pathomorphosis features of neurotic disorders in the new social conditions as the basis for the psychotherapeutic strategy choice. Vestnik psihoterapii. 2009;32(37):70-77. (In Russ.)]
5. Васильева А.В., Караваева Т.А., Семиглазова Т.Ю., Карицкий А.П., Лукошкина Е.П., Беляев А.М. Алгоритм диагностики тревожных расстройств невротического уровня у онкологических больных. Вопросы онкологии. 2016;2(62):355-359. [Karavaeva TA, Vasilieva AV, Semiglazova TYu, Karitsky AP, Lukoshkina EP, Belyaev AM. Anxiety disorders diagnostic algorithm in cancer patients. Voprosy onkologii. 2016;2(62):355-359. (In Russ.)]
6. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости. СПб «Речь»; 2007. [Egorov A.YU. Nekhimicheskie zavisimosti. Spb «Rech'»; 2007. (In Russ.)]
7. Караваева Т.А., Васильева А.В., Лукошкина Е.П., Гл. 10. Развитие посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями. В кн. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов: руководство. Под ред. А. М. Беляева и др. СПб.: Изд-во АНО «Вопросы онкологии». 2017: 228-241. [Karavaeva T.A. Vasilieva A.V., Lukoshkina E.P., Gl. 10. Razvitie posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva u pacientov s onkologicheskimi zabolevaniyami. V kn. Onkopsihologiya dlya vrachej-onkologov i medicinskih psihologov: rukovodstvo. Pod red. A. M. Belyaeva i dr. SPb.: Izd-vo ANO «Voprosy onkologii». 2017: 228-241. (In Russ.)]
8. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полтораки С.В., Гребенюков С.В., Колесова Ю.П. Критерии и алгоритм диагностики панического расстройства. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2015;2:3-9. [Karavaeva TA, Vasilieva AV, Poltorak SV, Grebenyukov SV, Kolesova YP. Criteria and algorithm of diagnostics of panic disorder. Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2015;2:3-9. (In Russ.)]
9. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полтораки С.В., Мизинова Е.Б., Белан Р.М. Критерии и алгоритм диагностики тревожно-фобических расстройств. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им/В.М. Бехтерева. 2015;4:117-122. [Karavaeva TA, Vasilieva AV, Poltorak SV, Mizinova EB, Belan RM. Diagnostic Algorithm and Criteria of Anxiety Disorder.

- Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2015;4:117–122. (In Russ.)]
10. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторац С.В., Чехлатый Е.И., Лукошкина Е.П. Критерии и алгоритм диагностики генерализованного тревожного расстройства. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2015;3:124–130. [Karavaeva TA, Vasilyeva AV, Poltorak SV, Chekhlaty EI, Lukoshkina EP. Diagnostic Algorithm and Criteria of Generalized Anxiety Disorder. Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2015;3:124–130. (In Russ.)]
 11. Колотильщикова Е.А. Психологические основы невротогенеза: основные концепции и модели. Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015;1(11):30–56. [Kolotil'shchikova EA. Psychological foundations for neurotic disorders: basic concepts and models. Vestnik psikiatrii i psihologii chuvashii. 2015;1(11):30–56. (In Russ.)]
 12. Лукошкина Е.П., Караваева Т.А., Васильева А.В. Этиология, эпидемиология и психотерапия сопутствующих психических расстройств при онкологических заболеваниях. Вопросы онкологии. 2016;6(62):744–782. [Lukoshkina EP, Karavaeva TA, Vasilyeva AV. Etiology, epidemiology and psychotherapy of comorbid psychiatric disorders in cancer patients. Voprosy onkologii. 2016;6(62):744–782. (In Russ.)]
 13. Лысенко И.С., Караваева Т.А. Уровень и структура личностной и межличностной конфликтности у больных с невротическими расстройствами. Вестник психотерапии. 2016;58(63):57–74. [Lysenko IS, Karavaeva TA. The level and the structure of personal and interpersonal conflict in patients with neurotic disorders. Vestnik psihoterapii. 2016;58(63):57–74. (In Russ.)]
 14. Мясичев В.Н. О генетическом понимании психоневрозов. В кн. Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание: под общей ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: ООО Издательский дом «Альфа-Пресс»; 2018:8–39. [Myasishchev V.N. O geneticheskoy ponimaniy psikhonevrozov. V kn. Bolezni i zdorov'ye, psixoterapiya i soperezhiivanie: pod obshchey red. N.G. Neznanova, avt.- sost.: Vasileva A.V., Karavaeva T.A. SPb.: OOO Izdatel'skiy dom «Al'fa-Press»; 2018:8–39. (In Russ.)]
 15. Фельсендорфф О.В., Егоров А.Ю. Риски развития аддикции упражнений и расстройств пищевого поведения, среди женщин, посещающих фитнес-клубы. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2017;4:96–102. [Felsendorff OV, Egorov AY. Risks of exercise addiction and eating disorders among women attending fitness classes. Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2017;4:96–102. (In Russ.)]
 16. Abiola T, Udofia O, Sheikh TL, Yusuf DA. Fear of Future Terrorism: Associated Psychiatric Burden. Asian J Psychiatr. 2018;38:53–56. DOI: 10.1016/j.ajp.2017.01.028
 17. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues Clin. Neurosci. 2015;17(3):327–335.
 18. Baumeister R, Brocas I, Carrillo JD. The Psychology of Irrationality. The Psychology of Economic Decisions: Rationality and well-being. 2003:1–15.
 19. Bratman S, Knight D. Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating. New York: Broadway Books. 2000; 346p.
 20. Bulley A, Miloyan B, Brilot B, Gullo MJ, Suddendorf T. An evolutionary perspective on the co-occurrence of social anxiety disorder and alcohol use disorder. J. Affect. Disord. 2016;196:62–70. DOI: 10.1016/j.jad.2016.02.028.
 21. Chernev A, Böckenholt U; Goodman JK. Choice overload: A conceptual review and meta-analysis. Journal of Consumer Psychology. 2015;25(2):333–358.
 22. Costa C, Hardan-Khalil K, Gibbs K. Orthorexia Nervosa: A Review of the Literature. Issues Ment Health Nurs. 2017; 38(12): 980–988. DOI: 10.1080/01612840.2017.1371816
 23. Dunn T, Bratman S. On Orthorexia Nervosa: A Review of the Literature and Proposed Diagnostic Criteria. Eat Behav. 2016; 21:11–17. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2015.12.006
 24. Gillen PA, Sinclair M, Kernohan WG, Begley CM, Luyben AG. Interventions for Prevention of Bullying in the Workplace. Cochrane Database Syst Rev. 2017;1(1):CD009778. DOI: 10.1002/14651858.CD009778.pub2
 25. Håman L, Barker-Ruchti N, Patriksson G, Lindgren E. Orthorexia Nervosa: An Integrative Literature Review of a Lifestyle Syndrome. Int J Qual Stud Health Well-being. 2015;10: 26799. DOI: 10.3402/qhw.v10.26799
 26. Harber L, Hamidian R, Bani-Fatemi A, Wang KZ, Dada O, Messina G et al. Meta-Analysis of Neuropsychological Studies in Panic Disorder Patients: Evidence of Impaired Performance during the Emotional Stroop Task. Neuropsychobiology. 2019;78(1):7–13. DOI: 10.1159/000496623
 27. Hoehn-Saric R, McLeod DR, Funderburk F, Kowalski P. Somatic symptoms and physiologic responses in generalized anxiety disorder and panic disorder: An ambulatory monitor study. Archives of General Psychiatry. 2004;61(9): 913–921. DOI: 10.1001/archpsyc.61.9.913
 28. Kanaan R A. Freud's Hysteria and Its Legacy. Handb Clin Neurol. 2016;139:37–44. DOI: 10.1016/B978-0-12-801772-2.00004-7
 29. Manning RP, Dickson JM, Palmier-Claus J, Cunliffe A, Taylor PJ. A systematic review of adult attachment and social anxiety. J. Affect. Disord. 2017;15 (211):44–59. DOI: 10.1016/j.jad.2016.12.020.
 30. Miloyan B, Doorn GV. Longitudinal association between social anxiety disorder and incident alcohol use disorder: results from two national samples of US adults. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2019; 54 (4):469–475. — DOI: 10.1007/s00127-018-1569-z.
 31. Muller A. More and More Germans Are Shopaholics. When Does Shopping Become a Drug? Inter-

- view by Dr. Judith. Neumaier MMW Fortschr Med. 2018;150(38): 6
32. Natolochnaya OV, Cherkasov AA. Panic attack as the syndrom of the XXI century. *European Journal of Psychological Studies*. 2014;1(1):12–17. DOI: 10.13187/ejps.2014.1.12
 33. O'Neal MA, Baslet G. Treatment for Patients With a Functional Neurological Disorder (Conversion Disorder): An Integrated Approach. *Am J Psychiatry*. 2018; 175(4):307–314. DOI: 10.1176/appi.ajp.2017.17040450
 34. Paciaroni M, Bogousslavsky J. The Borderland With Neurasthenia ('Functional Syndromes'). *Front Neurol Neurosci*. 2014;35:149–156. DOI: 10.1159/000360055
 35. Pietikainen P, Turunen J. Diagnoses in and Out of Time: Historical and Medical Perspectives on the Diagnoses of Distress. *Diagnosis (Berl)*. 2017; 4(1): 3–11. DOI: 10.1515/dx-2016-0013
 36. Rettew DC, Pawlowski S. Bullying. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*. 2016; 25(2): 235–42. DOI: 10.1016/j.chc.2015.12.002
 37. Shah SA, Yezhuang T, Shah AM, Durrani DK, Shah SJ. Fear of Terror and Psychological Well-Being: The Moderating Role of Emotional Intelligence. 2018;15 (11):2554. DOI: 10.3390/ijerph15112554
 38. Shechory-Bitton M, Cohen-Louck K. Does Fear of Terrorism Differ From Fear of Crime and Sexual Assault: A Question of Geographical Location and Residential. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2018; 62 (3):806–826. DOI: 10.1177/0306624X16658472
 39. Trimble M, Reynolds EH. A Brief History of Hysteria: From the Ancient to the Modern. *Handb Clin Neurol*. 2016;139:3–10 DOI: 10.1016/B978-0-12-801772-2.00001-1

Сведения об авторах

Васильева Анна Владимировна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: annavdoc@yahoo.com

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>

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

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

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)



Научно-практический ежемесячный рецензируемый журнал «**ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ**» – старейший наркологический журнал в России, выходит с 1988 года. Учредителем и издателем журнала является ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Журнал «Вопросы наркологии» – единственное в Российской Федерации специализированное издание, посвященное актуальным проблемам наркологии как научной и медицинской дисциплины, вопросам профилактики, лечения и реабилитации в наркологии, медико-биологическим проблемам болезней зависимости от психоактивных веществ и нехимических зависимостей, вопросам организации наркологической помощи и проблемам наркологической службы РФ.

В журнале размещаются приоритетные данные научно-исследовательских работ, рассказывается о новых лекарственных средствах, психотерапевтических и профилактических программах и технологиях. Регулярно печатаются научные обзоры, посвященные различным аспектам психиатрии и наркологии, материалы для практикующих врачей, краткие сообщения, материалы региональных подразделений наркологической службы.

Журнал «Вопросы наркологии» входит в Перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук Высшей аттестационной комиссией (ВАК) Министерства образования и науки Российской Федерации.

Журнал выходит ежемесячно, 12 раз в год.

Публикации в журнале индексируются в РИНЦ. Импакт-фактор РИНЦ 2018 года – 0,689.

Подписной индекс в каталоге «Роспечати» – 72238.

Подписаться на журнал можно в редакции. Стоимость годового комплекта (12 номеров, выход ежемесячно) – 7 200 рублей.

Оформить подписку на «Вопросы наркологии» можно также по договору оферты, заполнив электронный договор. Оферты размещены:

- оферта № 8887467-17 – без доставки (самовывоз),
<https://zakupki.mos.ru/#/offers/23379131>,
стоимость годового комплекта – 4 800 рублей;
- оферта № 8879087-17 – с доставкой по почте,
<https://zakupki.mos.ru/#/offers/23383811>,
стоимость годового комплекта – 7 200 рублей.

Контактные данные редакции:

ответственный секретарь – **Наталья Борисовна Гончарова**,

телефоны: **8(495) 637-26-13; 8(917)511-09-50;**

e-mail: **goncharova.n@serbsky.ru;**

адрес: **119034, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23**