



ISSN 2313-7053 (print)

ISSN 2713-055X (online)

**ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ
И МЕДИЦИНСКОЙ
ПСИХОЛОГИИ ИМЕНИ
В.М. БЕХТЕРЕВА**



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

**Том 58 № 3 (2024)
Vol 58 № 3 (2024)**

Журнал основан в 1896 г. В.М. Бехтеревым
The journal was founded in 1896 V.M. Bekhterev

<https://www.bekhterevreview.com>

**ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
имени В.М. Бехтерева**

Т. 58, № 3, 2024

V.M. BEKHTEREV REVIEW OF PSYCHIATRY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

Главный редактор

Н.Г.Незнанов, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ E-mail: spbinstb@bekhterev.ru
<https://bekhterev.ru/about/administration/neznanov-nikolaj-grigorevich/>

Заместители главного редактора

Е.М. Крупицкий, д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе, руководитель отдела аддиктологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ E-mail: kruenator@gmail.com

А.О. Кибитов, доктор медицинских наук, руководитель отделения геномики психических расстройств ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ E-mail: druggen@mail.ru

В.А. Михайлов, д.м.н., руководитель отдела нейropsychиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

E-mail: vladmikh@yandex.ru

Ответственный секретарь

И.В. Макаров, д.м.н., профессор, руководитель отделения детской психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ E-mail: ppsy@list.ru

Редакционная коллегия

В.В. Бочаров, канд.псих.н., доцент, руководитель лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерев» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

А.В. Васильева, д.м.н., доцент, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

Л.Н. Горобец, д.м.н., профессор, руководитель отделения психонейроэндокринологии «ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России, Москва, РФ

Т.А. Караваяева, д.м.н., доцент, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

В.Л. Козловский, д.м.н., научный руководитель отделения клинико-экспериментальных исследований новых психотропных средств ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

А.П. Коцюбинский, д.м.н., профессор, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский

Editor-in-Chief

Nikolay G. Neznanov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Honored Scientist of the Russian Federation, Director of the FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF E-mail: spbinstb@bekhterev.ru
<https://bekhterev.ru/about/administration/neznanov-nikolaj-grigorevich/>

Deputy Editors-in-Chief

Evgeny M. Krupitsky, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Deputy Director for Research, Head of Addictology Department, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF, E-mail: kruenator@gmail.com

Alexander O. Kibitov, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Genomics of Mental Disorder of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center named V.M. Bekhterev" of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, E-mail: druggen@mail.ru

Vladimir A. Mikhailov, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Neuropsychiatry, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF E-mail: vladmikh@yandex.ru

Executive Secretary

Igor V. Makarov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Child Psychiatry, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF E-mail: ppsy@list.ru

Editorial Board

Victor V. Bocharov, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics of the FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Anna V. Vasilyeva, Dr. of Sci. (Med.), Associate Professor, Chief Researcher of the Department of Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Ludmila N. Gorobets, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Psychoneuroendocrinology, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia, Moscow, RF

Tatyana A. Karavaeva, Dr. of Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department of Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Vladimir L. Kozlovsky, Dr. of Sci. (Med.), Scientific Director of the Department of Clinical and Experimental Research of New Psychotropic Drugs, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Alexander P. Kotsyubinsky, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Biopsychosocial Rehabilitation of the Mentally Ill FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neu-

центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

Г.Э.Мазо, д.м.н., заместитель директора по инновационному научному развитию ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

С.Н. Мосолов, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, руководитель отдела терапии психических заболеваний ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России, Москва, РФ

А.Б. Шмуклер, д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России, Москва, РФ

О.Ю. Щелкова, д.псих.н., профессор, профессор исполняющий обязанности заведующего кафедрой медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, РФ

В.М. Ялтонский, д.м.н., профессор, профессор кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, РФ

Редакционный совет

Ю.А. Александровский, д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, заслуженный деятель науки РФ, руководитель отдела пограничной психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России, Москва, РФ

С.А. Алтынбеков, д.н.м., профессор, руководитель института дополнительного профессионального образования НАО КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

М. Аммон, д.псих.н., профессор, президент немецкой академии психоанализа, г. Берлин, Германия

Н.А. Бохан, д.м.н., профессор, академик РАН, Заслуженный деятель науки РФ, директор НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, г. Томск, РФ

Л.И. Вассерман, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

В.Д. Вид, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

А.Ю. Егоров, д.м.н., профессор, заведующий лабораторией нейрофизиологии и патологии поведения Института эволюционной физиологии и биохимии (ИЭФБ РАН) им. И.М. Сеченова РАН, Санкт-Петербург, РФ

С.Н. Ениколопов, к.псих.н., доцент, руководитель отдела медицинской психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ

Х. Кассинов, Почетный профессор психологии Университет Хофстра, Нью-Йорк, США

В.Н. Краснов, д.м.н., профессор, руководитель Отдела клинико-патогенетических исследований в психиатрии МНИИП — филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, РФ

О.В. Лиманкин, д.м.н., заслуженный работник здравоохранения РФ, главный врач Санкт-Петербургской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко, Санкт-Петербург, РФ

rology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Galina E. Mazo, Dr. of Sci. (Med.), Deputy Director for Innovative Scientific Development of the FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Sergey N. Mosolov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Honored Scientist of the Russian Federation, Head of the Department of Therapy of Mental Diseases of the FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky Ministry of Health of Russia, Moscow, RF

Alexander B. Shmukler, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Deputy Director for Research of the FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky Ministry of Health of Russia, Moscow, RF

Olga Yu.Schelkova, Prof. Dr. of Sci. (Psychol.), Professor Acting Head of the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, St. Petersburg State University, St. Petersburg, RF

Vladimir M. Yaltonsky, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Professor of the Department of Clinical Psychology, Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimova Ministry of Health of Russia Moscow, RF

Editorial Council

Yuri A. Aleksandrovsky, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Corresponding Member RAS, Honored Scientist of the Russian Federation, Head of the Department of Border Psychiatry National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky Ministry of Health of Russia, Moscow, RF

Sagat A. Altynbekov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Institute of Additional Professional Education, NAO KazNMU named after S. D. Asfendiyarova, Almaty, Kazakhstan

Maria Ammon, Dr. of Sci. (Psychol.), Professor, President of the German Academy of Psychoanalysis, Berlin, Germany

Nikolay A. Bokhan, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Academician of the Russian Academy of Sciences, Honored Scientist of the Russian Federation, Director of the Scientific Research Institute of Mental Health of the Tomsk National Research Center, Tomsk, RF

Ludwig I. Wasserman, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Chief Researcher, Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, Saint Petersburg, RF

Ludwig D. Vid, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Chief Researcher of the Department of Integrative Pharmacopsychotherapy of Patients with Mental Disorders, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Alexey Yu. Egorov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Laboratory of Neurophysiology and Pathology of Behavior at the Institute of Evolutionary Physiology and Biochemistry named after I.M. Sechenov Russian Academy of Sciences, St. Petersburg, RF

Sergey N. Enikolopov, Cand. Of Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department of Medical Psychology, Federal State Budgetary Scientific Institution Scientific Center for Mental Health, Moscow, RF

Howard Kassino, Honorary Dr. of Sci. (Psychol.), Professor of Psychology, Hofstra University, New York, USA

Valery N. Krasnov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Clinical and Pathogenetic Research in Psychiatry, MNIIP — branch of the FSBI NMITs PN im. V.P. Serbian «Ministry of Health of Russia, Moscow, RF

Oleg V. Limankin, Dr. of Sci. (Med.), Distinguished Health Worker of the Russian Federation, Chief Physician of the St. Petersburg Psychiatric Hospital No. 1 named after P.P. Kashchenko, St. Petersburg, RF

Н.Б. Лутова, д.м.н., руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии психических расстройств ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

В.В. Макаров, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, Москва, РФ

В.Э. Пашковский, д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, РФ

Н.Н. Петрова, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, РФ

Ю.В. Попов, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, руководитель отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

В.А. Розанов, д.м.н., профессор, профессор кафедры психологии здоровья и отклоняющегося поведения ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, РФ

П.И. Сидоров, д.м.н., профессор, академик РАН, главный научный сотрудник ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск, РФ

А.Г. Соловьев, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный работник высшей школы РФ, заведующий кафедрой психиатрии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск, РФ

А.Г. Софронов, д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, главный врач психиатрической больницы № 3 имени И.И. Скворцова-Степанова, Санкт-Петербург, РФ

Е.В. Снедков, д.м.н., врач-психиатр, Санкт-Петербургское ГКУЗ «Психиатрическая больница св. Николая Чудотворца», Санкт-Петербург, РФ

С. Тиано, профессор, Тель-Авивский университет, г. Тель-Авив, Израиль

Б.Д. Цыганков, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, Заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, РФ

С.В. Цыцарев, профессор, Университет Хофстра, Нью-Йорк, США

Е. Чкония, д.м.н., профессор психиатрии Тбилисского государственного университета, Тбилиси, Грузия

А.В. Шаболтас, д.псих.н., заведующий кафедрой психологии здоровья и отклоняющегося поведения, декан факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, РФ

В.К. Шамрей, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург, РФ

К.К. Яхин, д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань, Республика Татарстан, РФ

Natalya B. Lutova, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Integrative Pharmacopsychotherapy of Mental Disorders, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Victor V. Makarov, Prof. Dr. of Sci.(Med.), Head of the Department of Psychotherapy and Sexology, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, RF

Vladimir E. Pashkovsky, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Department of Psychiatry and Addiction, St. Petersburg State University, St. Petersburg, RF

Natalia N. Petrova, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Psychiatry and Narcology, St. Petersburg State University, St. Petersburg, RF

Yuri V. Popov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Honored Scientist of the Russian Federation, Head of the Department of Treatment of Mental Disorders in Young People, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Vsevolod .A. Rozanov, Prof.Dr.of Sci.(Med.) Professor at the Chair of Health Psychology and Deviant Behavior St.Petersburg State University, St.Petersburg, RF

Pavel I. Sidorov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Academician of the Russian Academy of Sciences, Chief Researcher of the FSBE Institution of Higher Education of the Northern State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Arkhangelsk, RF

Andrey G. Soloviev, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Honored Worker of the Higher School of the Russian Federation, Head of the Department of Psychiatry and Clinical Psychology of the FSBE Institution of Higher Education of the Northern State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Arkhangelsk, RF

Alexander G. Sofronov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Chief Physician of the Psychiatric Hospital No. 3 named after I.I. Skvortsov-Stepanov, St. Petersburg, RF

Evgeny V. Snedkov, Dr. of Sci. (Med.), psychiatrist, St. Petersburg State Public Health Institution «St. Nicholas the Wonderworker», St. Petersburg, RF

Sam Tianio, Professor Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel

Boris D. Tsygankov, Prof. Dr. of Sci.(Med.), Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Honored Scientist of the Russian Federation, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, FSBE Institution of Higher Education of the Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimov Moscow, RF

Sergey V. Tsytsarev, Professor Hofstra University, New York, USA

Eka Chkonია, Dr. of Sci.(Med.), Professor of Psychiatry, Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia

Alla V. Shabol'tas, Prof. Dr. of Sci. (Psychol.), Head of the Department of Health Psychology and Abnormal Behavior, Dean of the Faculty of Psychology, St. Petersburg State University, St. Petersburg, RF

Vladislav K. Shamrey, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Psychiatry, FSBE Institution of Higher Education Military Medical Academy named after S.M. Kirov St. Petersburg, RF

Kausar K. Yakhin, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Kazan State Medical University, Ministry of Health of Russia, Kazan, Republic of Tatarstan, RF

ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva

Журнал основан в 1896 г. В.М. Бехтеревым

История переименований:

Обозрение психиатрии, неврологии и рефлексологии им. В.М. Бехтерева 1928–1930 г.

Обозрение психиатрии, неврологии и рефлексологии 1926–1928 г.

Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии 1896–1918 г.

Учредитель: Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ул. Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербург, 192019, Россия, E-mail: spbinstb@bekhterev.ru

Одно из старейших медицинских изданий России, связанное с именем его основателя — выдающегося отечественного ученого академика Владимира Михайловича Бехтерева. Традиционно журнал освещает не только проблемы психиатрии, но и всех смежных дисциплин — психотерапии, медицинской психологии, наркологии, неврологии, нейрофизиологии. В журнале публикуются работы как ученых, так и специалистов-практиков в указанных областях.

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

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*)

ISSN 2313-7053 (print), ISSN 2713-055X (online), DOI: 10.31363/2313-7053

Сайт журнала: <https://www.bekhterevreview.com>

Журнал индексируется в Российском индексе научного цитирования (www.elibrary.ru)

Журнал участвует в проекте CrossRef. Все статьи рецензируются

Журнал выходит 4 раза в год.

Адрес редакции: ул. Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербург, 192019, Россия,
тел. +7 (812) 412-72-53, E-mail: ppsy@list.ru

Подписной индекс в Объединенном каталоге Пресса России 70232
В интернет-каталоге Пресса rf.ru https://www.pressa-rf.ru/cat/1/edition/y_e70232/

© ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, оформление, 2023
Все права защищены

Контент распространяется под лицензией CC-BY-NC-SA
(CC Attribution — Noncommercial — Share Alike)

(«С указанием авторства — Некоммерческая — С сохранением условий»).

Для использования в других случаях необходимо разрешение редакции.

Редакция несет ответственность за размещение рекламных материалов в пределах,
установленных рекламной политикой журнала

«Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева»,
располагающейся по адресу: <https://www.bekhterevreview.com/>.

Редакция предпринимает все установленные законом меры
для публикации правомерной и корректной рекламы

Издатель: Издательский дом «Арс меденти». г. Санкт-Петербург, 191119, а/я 179
E-mail: amedendi@mail.ru

Типография «Акрос», г. Санкт-Петербург, ул. Самойлова д.5, 192102
Тираж 1000 экз. Цена свободная. Подписано к печати 27.09.2024 г.

V.M. BEKHTEREV REVIEW OF PSYCHIATRY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

The journal was founded in 1896. V.M. Bekhterev

Renaming History:

Review of psychiatry, neurology and reflexology named after V.M. Bekhtereva 1928–1930.

Review of psychiatry, neurology and reflexology 1926–1928

Review of psychiatry, neurology and experimental psychology 1896–1918

Founder: Federal State Budgetary Institution

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

Ministry of Health of the Russian Federation

st. Bekhtereva, d. 3, St. Petersburg, 192019, Russia, E-mail: spbinstb@bekhterev.ru

One of the oldest medical publications in Russia, associated with the name of its founder — an outstanding domestic scientist academician Vladimir Mikhailovich Bekhterev. Traditionally, the journal covers not only the problems of psychiatry, but also all related disciplines — psychotherapy, medical psychology, narcology, neurology, neurophysiology. The journal publishes the work of both scientists and practitioners in these areas

The journal is registered by Federal Service for Supervision in the Sphere of Telecom, Information Technologies and Mass Communications with the State Press Committee of the Russian Federation. Certificate of registration PI № ФС 77-48985

The journal is included in the List of periodic scientific and technical publications of Russian Federation, recommended for candidate, doctoral thesis publications of State Commission for Academic Degrees and Titles at the Ministry of Education and Science of Russian Federation

ISSN 2313-7053 (print), ISSN 2713-055X (online), DOI: 10.31363/2313-7053

Site of the journal: <https://www.bekhterevreview.com>

The journal is in the Russian Scientific Citation Index (www.elibrary.ru)

The journal is member CrossRef

Issued 4 times a year.

The articles are reviewed

Address of Editorial Department: 3 Bekhtereva St., St. Petersburg, 192019, Russia,
tel. +7 (812) 412-72-53, E-mail: ppsy@list.ru

Subscription index in the Combined catalogue Press of Russia 70232

In the online catalog Press pφ.ru https://www.pressa-rf.ru/cat/1/edition/y_e70232/

© FGBU «NMIC PN named after V.M. Bekhtereva"

Ministry of Health of Russia, design, 2023

All rights reserved.

Content is distributed under license CC-BY-NC-SA

(CC Attribution — Noncommercial — Share Alike)

For other cases, permission from the editors is required.

The editors are responsible for placing advertising materials within the limits established by the advertising policy of the journal

"Review of Psychiatry and Medical Psychology named after V.M. Bekhterev",
located at: <https://www.bekhterevreview.com/>.

The editors take all measures established by law to publish lawful and correct advertising

Publisher: Publishing House «Ars Medenti.» St. Petersburg, 191119, a/i 179

E-mail: amedendi@mail.ru

Printing house «Akros», St. Petersburg, st. Samoilova 5, 192102

SCIENTIFIC REVIEWS

- Neuroimaging markers of phenomena of perceived stigmatization in people with and without mental disorders: a systematic scoping-review.** 8

Natalia B. Lutova, Maria O. Bocharova, Maria A. Khobeys, Ekaterina S. Gerasimchuk, Olga V. Makarevich, Mikhail Yu. Sorokin

- Modern approaches to psychotherapy of somatoform disorders** 26

Alsu I. Mukhametova, Valeriy V. Vasilyev

RESEARCH

- Contextuality of cognitive control deficits in alcohol dependence — pro et contra** 43

Anna A. Berezina, Anna V. Trusova, Anton N. Gvozdetskiy, Svetlana G. Klimanova

- Research of the personal characteristics of patients with vegetative disorders in relation to clinical and instrumental indicators** 52

Vladimir A. Mikhailov, Nina A. Rzhetskaya, Igor V. Hyanikyaynen

- Impact of pre-stroke cognitive decline on rehabilitation effectiveness and cognitive-functional status of patients in the acute period of ischemic stroke** 63

Anastasya M. Tynterova

- Cross-cultural adaptation and primary approbation of the Russian version of Posttraumatic Growth and Depreciation Inventory — Expanded version** 74

Alexandra M. Shishkova, Victor V. Bocharov, Elizaveta S. Tsygankova, Yulia S. Chernaya

GUIDELINES FOR THE PRACTITIONER

- Clinical case of senesto-hypochondrical form of schizophrenia with implementation of pathological bodily sensations mainly in the orofacial area: problems of differential diagnosis at the early stages** 86

Ekaterina D. Kochereva, Larisa S. Dzikovitskaya, Marina V. Kozlova, Vlada V. Titova, Marina A. Samushiya

- Depressive state associated with cryptogenic rigid person syndrome (case study)** 94

Aleksandr G. Naryshkin, Mikhail N. Klochkov, Taras A. Skoromets, Igor V. Galanin, Sergey A. Katyshev, Aleksandr V. Vtorov, Ilya A. Orlov, Khalid Kh. Umaev

PSYCHIATRIC NEWSPAPER

- The Past, present and future of Russia's oldest psychiatric journal in the context of the vicissitudes of Russian history** 100

Aleksandr P. Kotsyubinsky

- “V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology” —History of the First Psychiatric Journal in Russia** 104

Popov Yu. V., Neznanov N. G.

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

- Нейровизуализационные маркеры воспринимаемой стигматизации и ее структурных феноменов у лиц с психическими расстройствами и без них: систематический обзор предметного поля** 8
Лутова Н.Б., Хобейш М.А., Герасимчук Е.С., Бочарова М.О., Макаревич О.В., Сорокин М.Ю.

- Современные подходы к психотерапии соматоформных расстройств** 26
Мухаметова А.И., Васильев В.В.

ИССЛЕДОВАНИЯ

- Контекстуальность нарушений когнитивного контроля при алкогольной зависимости — pro et contra** 43
Березина А.А., Трусова А.В., Гвоздецкий А.Н., Климанова С.Г.

- Исследование личностных особенностей больных вегетативными нарушениями во взаимосвязи с клинико-инструментальными показателями** 52
Михайлов В.А., Ржеутская Н.А., Хяникяйнен И.В.

- Влияние доинсультного когнитивного снижения на эффективность реабилитации и когнитивно-функциональный статус пациентов в остром периоде ишемического инсульта** 63
Тынтерова А.М.

- Кросс-культурная адаптация и первичная апробация русскоязычной версии методики Опросник Посттравматического Роста и Посттравматического Обесценивания — ОПРПО (Posttraumatic Growth and Depreciation Inventory — Expanded version)** 74
Шишкова А.М., Бочаров В.В., Цыганкова Е.С., Черная Ю.С.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

- Клинический случай сенестоипохондрической формы шизофрении с реализацией патологических телесных сенсаций преимущественно в орофациальной области: проблемы дифференциального диагноза на ранних этапах** 86
Кочерева Е.Д., Дзиковицкая Л.С., Козлова М.В.1, Титова В.В., Самушия М.А.

- Депрессивное состояние, сопряженное с криптогенным синдромом ригидного человека (случай из практики)** 94
Нарышкин А.Г., Клочков М.Н., Скоромец Т.А., Галанин И.В., Катышев С.А., Второв А.В., Орлов И.А., Умаев Х.Х.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

- Прошлое, настоящее и будущее старейшего психиатрического журнала России в контексте перипетий отечественной истории** 100
Коцюбинский А.П.

- «Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева» — история первого психиатрического журнала в России** 104
Попов Ю.В. Незнанов Н.Г.

Нейровизуализационные маркеры воспринимаемой стигматизации и ее структурных феноменов у лиц с психическими расстройствами и без них: систематический обзор предметного поля

Лутова Н.Б.¹, Хобейш М.А.¹, Герасимчук Е.С.¹, Бочарова М.О.^{1,2}, Макаревич О.В.¹, Сорокин М.Ю.¹

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

²Институт психиатрии, психологии и нейронаук лондонского королевского колледжа, Великобритания

Обзорная статья

Резюме. Наряду с традиционными исследованиями психиатрической стигмы в последнее время возрастает интерес к нейробиологическим факторам, ассоциированным со стигматизацией.

Цель исследования: изучить по данным научной литературы наиболее распространенные методы исследований нейробиологических коррелятов феномена стигматизации и ее компонентов, а также систематизировать результаты проведенных исследований с учетом их методологических ограничений.

Материал и методы: Обзор был проведен в соответствии с расширением PRISMA-ScR. Поиск исследований проводился в MEDLINE, EMBASE, PsycINFO с использованием платформы Ovid. В результате оценки 2358 статей в соответствии с критериями включения, невключения, исключения в окончательный анализ были включены 20 статей.

Результаты: Большая доля исследований проводилась на выборках здоровых респондентов и не имели группу контроля (14 статей). Средний возраст респондентов варьировал от 18,8 [1,0] до 42,7 [14,7] лет. Непосредственно психиатрическая стигма изучалась в 2 исследованиях, в остальных работах — различные составляющие стигмы, среди которых наиболее часто исследовалась чувствительность к социальному отвержению (13 статей). Наиболее популярной фМРТ-парадигмой была симуляция с применением Cyberball social exclusion task (10 статей). Изменения нейронной активности, коррелирующие с выраженностью стигмы и ее составляющих конструктов, были описаны передней поясной, префронтальной коре, островковой доле, таламусе, гипоталамусе, гиппокампе, парагиппокампулярной извилине, вентральной области стриатума, скорлупе, амигдале.

Заключение: Функциональные магнитно-резонансные исследования могут быть эффективным инструментом верификации и оценки динамики психологического состояния лиц, переживающих явления стигматизации.

Ключевые слова: стигма; самостигма; социальное отвержение; нейробиология; психические расстройства; функциональная нейровизуализация; магнитно-резонансная томография

Информация об авторах:

Лутова Наталия Борисовна — e-mail: lutova@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9481-7411>

Хобейш Мария Александровна* — e-mail: mariakhobeysh@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8860-986X>

Герасимчук Екатерина Сергеевна — e-mail: katherine.gerasimchuk@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6317-5778>

Бочарова Мария Олеговна — e-mail: mariia.bocharova@kcl.ac.uk; <https://orcid.org/0000-0002-2113-699X>

Макаревич Ольга Владимировна — e-mail: mariakhobeysh@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6058-8289>

Сорокин Михаил Юрьевич — e-mail: m.sorokin@list.ru; <https://orcid.org/0000-0003-2502-6365>

Как цитировать: Лутова Н.Б., Хобейш М.А., Герасимчук Е.С., Бочарова М.О., Макаревич О.В., Сорокин М.Ю. Нейровизуализационные маркеры воспринимаемой стигматизации и ее структурных феноменов у лиц с психическими расстройствами и без них: систематический обзор предметного поля. *Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2024; 58:3:8-25. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-880>.

Конфликт интересов: Лутова Н.Б. является членом редакционного совета.

Автор, ответственный за переписку: Хобейш Мария Александровна — e-mail: mariakhobeysh@mail.ru

Corresponding author: Maria A. Khobeysh — e-mail: mariakhobeysh@mail.ru



Neuroimaging markers of phenomena of perceived stigmatization in people with and without mental disorders: a systematic scoping-review.

Natalia B. Lutova¹, Maria O. Bocharova^{1,2}, Maria A. Khobeysh¹, Ekaterina S. Gerasimchuk¹, Olga V. Makarevich¹, Mikhail Yu. Sorokin¹

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

²Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, United Kingdom

Review article

Summary. Along with traditional research on psychiatric stigma, there has recently been increasing interest in the neurobiological factors associated with stigmatization.

Aim: to study the most common research methods in the studies of the neurobiological correlates of stigmatization phenomenon and its components, as well as to systematize their results, taking into account their methodological limitations.

Materials and Methods: The review was conducted in accordance with the PRISMA-ScR extension. Studies were searched in MEDLINE, EMBASE, PsycINFO using the Ovid platform. After evaluating 2358 articles according to inclusion, non-inclusion, and exclusion criteria, 20 articles were included in the final analysis.

Results: The most of the studies were conducted on samples of healthy respondents without a control group (14 articles). The mean age of respondents ranged from 18.8 [1.0] to 42.7 [14.7] years. Psychiatric stigma was studied in 2 studies; in the remaining articles, various components of stigma were studied, among which social rejection sensitivity was most often studied (13 articles). Among fMRI paradigm the Cyberball social exclusion task was used more often (10 articles). Changes in neural activity, correlating with the severity of stigma and its constituent constructs, were found in the anterior cingulate cortex, prefrontal cortex, insula, thalamus, hypothalamus, hippocampus, parahippocampal gyrus, ventral region of the striatum, putamen, amygdala.

Conclusion: Functional magnetic resonance studies can be an effective tool for verifying and assessing the dynamics of the psychological state of people experiencing the phenomenon of stigmatization.

Key words: stigma; self-stigma; social rejection; neuroscience; mental disorders; functional neuroimaging; magnetic resonance imaging

Information about the authors:

Natalia B. Lutova — e-mail: lutova@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9481-7411>

Maria A. Khobeysh* — e-mail: mariakhobeysh@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8860-986X>

Ekaterina S. Gerasimchuk — e-mail: katherine.gerasimchuk@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6317-5778>

Maria O. Bocharova — e-mail: mariia.bocharova@kcl.ac.uk; <https://orcid.org/0000-0002-2113-699X>

Olga V. Makarevich — e-mail: mariakhobeysh@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6058-8289>

Mikhail Yu. Sorokin — e-mail: m.sorokin@list.ru; <https://orcid.org/0000-0003-2502-6365>

To cite this article: Lutova NB, Khobeysh MA, Gerasimchuk ES, Bocharova MO, Makarevich MO, Sorokin MYu. Neuroimaging markers of phenomena of perceived stigmatization in people with and without mental disorders: a systematic scoping-review. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2024; 58:3:8-25. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-880> (In Russ.)

Conflict of interest: Natalia B. Lutova is a member of the editorial board.

Нейробиология личности как современное направление исследований стойких индивидуально-психологических особенностей человека с использованием молекулярной генетики, методов нейрофизиологии и нейровизуализации ставит целью определить нейробиологические механизмы, лежащие в основе эмоциональных, когнитивных, поведенческих и даже мотивационных характеристик личности [19]. Это новое направление, основанное на принципах и требованиях доказательности исследований, выходит за рамки клинической медицины, используя современные инструментальные и лабораторные методы обследования в изучении психологических феноменов. Среди методов исследований нейробиологии личности особое место занимает нейровизуализация, в частности, фМРТ, ко-

торая эффективно используется в протоколах, связанных с изучением нейropsychологических феноменов, в том числе, и в рамках проекта Human Connectome Project [7]. Как любой новый этап развития научных подходов, исследования в данной области сопряжены с рядом методологических трудностей, связанных как со сложностью их организации, так и со сложностью самих психологических явлений, состоящих из нескольких структурных компонентов, например, феномена психиатрической стигмы [19].

Значимость психиатрической стигмы трудно переоценить, поскольку данный феномен имеет глобальный характер и, выходя за пределы клинической практики, затрагивает различные аспекты общественных отношений. Проявления социальной стигмы и сформированной внутренней

стигмы ассоциированы с множеством негативных последствий. Среди них отмечают ухудшение течения психического расстройства; снижение чувства надежды и социального функционирования; снижение приверженности к терапии больных [23] и их обращаемости за медицинской помощью [67]; нарастание дефицитарных копинг-стратегий (избегания и отчуждения) [50], а также низкий уровень самооценки, самоэффективности и качества жизни [22].

Наряду с традиционными исследованиями психиатрической стигмы, направленными на изучение социально-психологических механизмов ее формирования и клинично-нозологических коррелятов [2, 3], в последнее время возрастает интерес к нейробиологическим факторам, ассоциированным со стигматизацией [21].

Предметом научных исследований, изучающих стигматизацию, по данным литературы, становились следующие конструкции, по своей сути ассоциированные и/или составляющие феномен стигмы: социальный остракизм и чувствительность к социальному отвержению, субъективный опыт социальной дискриминации, социальный дистресс, социальное отчуждение (одиночество) [21, 37]. Но методологическая проблема исследований состоит в том, что перечисленные конструкции часто изучаются изолированно, что порождает вопрос: отражают ли они переживание стигмы в полной мере или являются независимыми психологическими состояниями и процессами? Так Williams et al. [61] отмечал двухфакторность остракизма, определяя его как «процесс, характеризуемый в качестве разворачивающейся последовательности реакций, которые испытывают на себе индивиды при игнорировании и исключении» [59, 64]. В литературе также проводится линия разграничения между социальным исключением и отвержением, состоящая в демонстративности или публичности заявления о нежелании взаимодействовать с индивидом, характерных для отвержения. В то же время, в большинстве исследований не наблюдается четкой дифференциации между последними понятиями [42, 49].

Изучение нейрональных механизмов самостигматизации как явления, связанного с принятием по отношению к себе воспринимаемой стигмы и её составляющих, может проводиться в соответствии с тремя экспериментальными парадигмами: 1) на основании имплицитных ассоциативных тестов; 2) моделей стереотипной угрозы («stereotype threat (ST) model»); 3) моделей социального отвержения. Несколько иной подход описывает Muscatell et al. [37], опираясь на работы Berretz et al. [9] и рассматривая социальный дистресс в виде трёх составляющих, каждая из которых имеет свой наиболее оптимальный способ оценки. Чувствительность к социальной оценке рекомендуется оценивать с использованием Montreal imaging stress task (MIST; [17]) и ScanSTRESS [55]; чувствительность к социальному отвержению — с применением Cyberball [63]; дистресс, ассоциированный с расовой дискриминацией, — с исполь-

зованием адаптированной версии Cyberball [32]. Вариабельность методологических подходов проводимых нейровизуализационных исследований стигмы, описанных в литературе, обращает нас ко второму проблемному вопросу: какие особенности методологии являются наиболее важными и какой подход можно считать наиболее оптимальным и комплексным?

Описанные парадигмы применяются в рамках нейровизуализационных методов исследования, одним из которых является неинвазивный метод функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ), позволяющий изучить нейронные реакции, связанные с восприятием стигмы. Существуют два основных последствия нейронной активности, которые могут быть обнаружены при помощи фМРТ: увеличение регионарного мозгового кровотока и изменение концентрации кислорода (BOLD). Наиболее часто используется метод, основанный на втором явлении — BOLD-контрасте, возникающем из-за изменения магнитного поля в зависимости от состояния кислорода в гемоглобине эритроцитов [24]. Методы проведения фМРТ можно обобщенно разделить на две группы: проводящиеся в состоянии покоя и с использованием задания [4].

Исследования, связанные с заданием, направлены на то, чтобы вызвать различные нейронные состояния в мозге и получить карты активации путем сравнения сигналов, записанных во время стимулированных состояний. Другим распространенным методом МР-визуализации ткани головного мозга является диффузно-тензорная визуализация — метод исследования клеточной структуры, основанный на диффузии молекул воды [51]. Наиболее широко используемой мерой в данном способе является фракционная анизотропия, часто считающаяся мерой «целостности белого вещества» головного мозга [41]. Таким образом, становится очевидной зависимость корректности сопоставления данных при анализе результатов инструментальных исследований от того, учитываются ли все технические особенности проводимых процедур, — что может рассматриваться как третий проблемный вопрос нейробиологических исследований психологических феноменов.

И все же нейробиология личности на современном этапе своего развития позволяет выделить отделы мозга, активность которых связывают с выраженностью стигматизации и ее составляющих. Так, одной из ключевых областей головного мозга, отвечающих за восприятие и сопротивление стигме, признается амигдала. [38]) Среди морфологических субстратов, функционально связанных с восприятием негативной обратной связи, зарубежные исследователи описывают вендролатеральную и медиальную префронтальную и затылочную кору, а также верхнюю височную извилину [60]. Имеются данные об активности вендролатеральной префронтальной и ростральной передней поясной коры в ответ на дистресс, ассоциированный с расовой дискриминацией [37]. Реактивность островковой

доли упоминается в исследованиях пациентов с шизофренией в ответ на симуляцию социального отвержения и состояния социального отчуждения [29]. При этом на основании результатов нейровизуализационных исследований можно говорить о предполагаемой взаимосвязи отдельных психологических конструктов. Так в литературе имеются сведения об ассоциации чувствительности к социальному отвержению с шизотипическими личностными чертами и агрессивностью за счет общих поведенческих паттернов и функционально-морфологических субстратов, в частности активностью в вентролатеральной префронтальной коре, вентральном стриатуме, дорсальной передней поясной коре [44].

Более того, в научной литературе имеются данные о том, что внедрение знаний из области нейронаук в психообразовательные программы ассоциировано с их большей эффективностью в виде развития сочувствия и сострадания к себе, ощущения больших возможностей, а также понимание и принятие процесса терапевтических изменений [35].

Таким образом, учитывая высокую значимость психиатрической стигмы и как социального явления, и как фактора, определяющего подходы к профилактике и лечению пациентов с психическими расстройствами [54], фундаментальное (нейробиологическое) понимание процессов, лежащих в основе стигматизации, становится условием развития психиатрической реабилитации в рамках парадигмы доказательной медицины.

Цель исследования: изучить по данным научной литературы наиболее распространенные методы исследований нейробиологических коррелятов феномена стигматизации и ее компонентов,

а также систематизировать результаты проведенных исследований с учетом их методологических ограничений.

Материалы и методы

Стратегия поиска

Обзор был проведен в соответствии с расширением Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping reviews (PRISMA-ScR). Протокол исследования зарегистрирован на: crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=434857

Принимая во внимание описанные методологические сложности в изучении многокомпонентных психологических феноменов, а также малое количество оригинальных нейровизуализационных исследований непосредственно психиатрической стигматизации, при планировании текущего исследования особое внимание уделялось предмету исследования. Исследовательский вопрос текущей работы состоял в изучении научных исследований нейробиологических коррелятов как непосредственно психиатрической стигмы, так и ее составляющих, к которым были отнесены следующие явления: 1) восприятие дискриминации; 2) чувствительность к социальному отвержению и/или социальный дистресс; 3) социальное отчуждение; 4) восприятие социальной угрозы и склонности к враждебно-агрессивным реакциям; 5) социальная изоляция.

Поиск соответствующих исследований в трех базах данных MEDLINE, EMBASE, and PsycINFO проводился с использованием платформы Ovid среди статей, опубликованных до 21 сентября 2022 года. Поисковый запрос вклю-

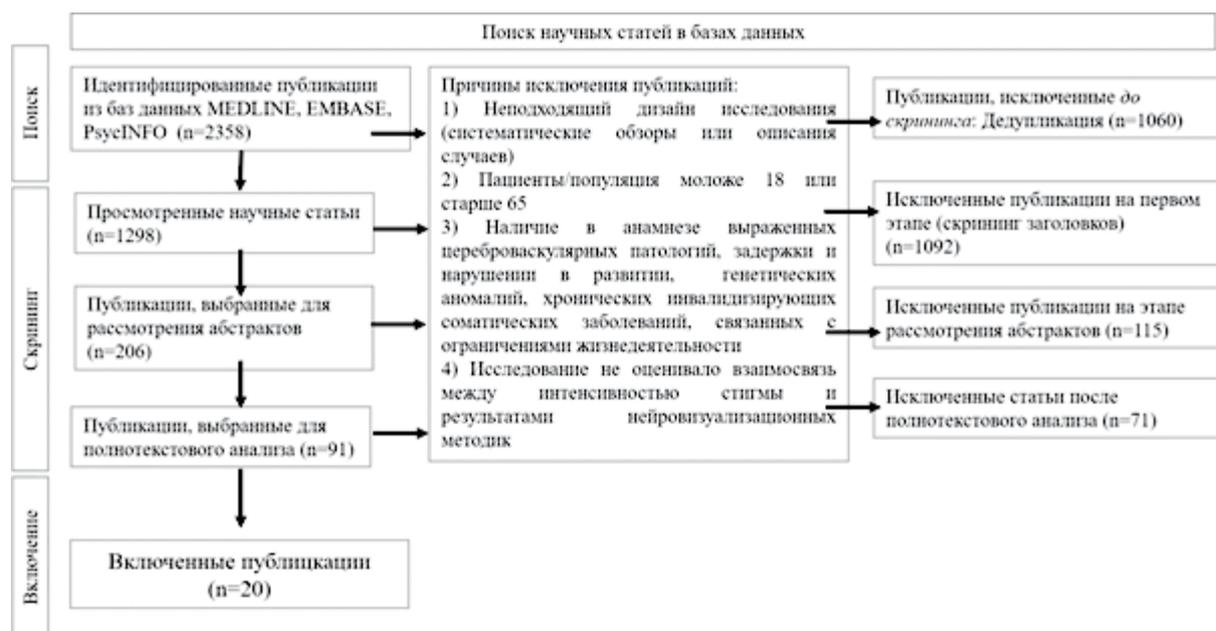


Рис. 1. Поисковая стратегия (flow-chart) проведенного исследования
Fig. 1 Search strategy (flow-chart) of the conducted research

чал термины, описывающие стигматизацию и структурные компоненты этого феномена, также различные инструментальные нейровизуализационные методики и выглядел следующим образом: ((stigma* or self-stigma or «self stigma» or «social stigma» or stereotype* or rejection) and («functional neuroimaging» or «brain activation» or «brain connectivity» or «functional connectivity» or «functional MRI» or «connectivity» or «fMRI» or «resting state fMRI» or «task-based MRI» or «task based MRI»)). Изучались литературные источники на трех языках: русском, английском и немецком. Подробное описание поисковой стратегии (flow-chart) представлено на Рис.1.

Были изучены научные исследования, соответствующие следующим критериям включения: 1) оригинальные исследования; 2) кроссекционные/ лонгитюдные когортные и популяционные исследования; 3) оценивающие степень выраженности стигматизации с применением психометрических или иных инструментов, позволяющих дать количественную оценку интенсивности изучаемого феномена; 4) описывающие нейробиологические корреляты интенсивности стигмы или ее компонентов, выделенные на основании результатов обследования с применением инструментальных нейровизуализационных методик; 5) описывающие результаты обследования пациентов в возрасте от 18 до 65 лет мужского и женского биологического пола.

Оценка критериев невключения и исключения проводилась последовательно: на основании названия публикаций, резюме, при полнотекстовом просмотре. В анализ не вошли статьи, соответствующие следующим критериям невключения: 1) систематические обзоры, 2) кейс-репорты. Исключались публикации, описывающие результаты обследования пациентов с наличием в анамнезе выраженных цереброваскулярных патологий, задержки и нарушения в развитии, генетических аномалий, хронических инвалидирующих соматических заболеваний, связанных с ограничениями жизнедеятельности.

Изложение результатов проводилось в соответствии с чек-листом Prisma-ScR [57]. При разработке иллюстративного материала использовалось программное обеспечение Paint Tool Sai (Ver 2); для визуализации координат, представленных во включенных в окончательный анализ исследованиях, применялась MRICron (v1.0.20190902) (<https://www.nitrc.org/projects/mricron>).

Результаты

Из 206 публикаций, полученных в результате поиска в базах данных, 91 соответствовали критериям включения. После проверки полнотекстовых статей на предмет критериев исключения в окончательный качественный анализ было включено 20 оригинальных исследований (Табл.1).

Размер исследовательских выборок в статьях, использованных для анализа, составлял от 16 до 309 респондентов (M=65 человек). Большая доля

исследований проводилась на выборках участников, не имевших психиатрического диагноза. Лишь в шести исследованиях приняли участие пациенты с установленными психическими расстройствами: в двух — из группы шизофрении [29, 45], в двух — большого депрессивного расстройства [13, 48], по одному из групп пограничного расстройства личности [66] и эпилепсии [30]. Из 20 изученных статей лишь шесть имели группу контроля. Гендерный состав исследовательских выборок в работах, вошедших в анализ, был различным: в семи исследованиях в выборке преобладали женщины, в трех — мужчины, в десяти работах приблизительно в равных долях были представлены участники как мужского, так и женского полов. В одной работе [48] в исследовательскую группу были включены только женщины. Средний возраст участников исследований варьировал от 18,8 [1,0] до 42,7 [14,7] лет. В двух исследованиях средний возраст указан не был.

Обращает на себя внимание тот факт, что лишь в двух исследованиях изучалась психиатрическая стигма, в то время как в остальных работах акцент делался на изучении отдельных составляющих стигмы (Табл.2). Среди них: чувствительность к социальному (межличностному) отвержению (rejection sensitivity) была предметом изучения в тринадцати исследованиях, социальный дистресс (social distress) — в двух статьях. Также по одному исследованию было посвящено изучению следующих явлений: социальному отчуждению (social alienation), агрессивности в ответ на социальное (межличностное) отвержение (aggression regulation in response to negative social feedback), модуляции физической боли социальным отвержением (neural dynamics of pain and interpersonal emotions).

Следует отметить высокую вариабельность методологии проанализированных исследований как в выборе способа оценки изучаемых феноменов, так и в выборе нейровизуализационной парадигмы (Табл.2). В двенадцати исследованиях применялись стандартизированные опросники и шкалы оценки стигматизации, в семи — использовались оригинальные самоопросники, в том числе визуально-аналоговые шкалы, основанные на стандартизированных методиках, а в работе Raij TT et al. (2014) применялась батарея ассоциативных тестов, разработанных авторами для оригинального исследования. Среди стандартизированных методов оценки связанных со стигматизацией феноменов, наиболее популярным оказалась Шкала Need Threat Scale [62], состоящая из 20 вопросов и оценивающая степень чувствительности к социальному отвержению и социальный дистресс, вызванный фрустрирующим межличностным взаимодействием. Она применялась в пяти исследованиях. Другим распространенным способом оценки чувствительности к социальному отвержению являлся Опросник Rejection Sensitivity Questionnaire [20] — в трех исследованиях. Показатели выраженности феноменов, связанных со

| Таблица 1. Социодемографические характеристики выборок отобранных научных исследований Table 1. Sociodemographic characteristics of the selected samples in scientific research | | | | |
|--|--|--|---|--|
| Ссылка | Характеристики выборки | | | |
| | Величина выборки (половой состав) | Средний возраст участников (M[SD]) | Характеристики исследуемой группы | Характеристики контрольной группы |
| Burklund LJ et al., 2007 (США) [12] | 16 (11 (69%) женщин, 5 (31%) мужчин) | 27.1 [9.04] лет | Условно здоровые участники | Нет |
| Way BM et al., 2009 (США) [58] | 31 (19 (61%) женщин, 12 (39%) мужчин) | 21 [3,06] лет | Условно здоровые участники | Нет |
| DeWall CN et al., 2011 (США) [18] | 22 (14 (64%) женщин, 6 (36%) мужчин) | Н/А | Условно здоровые участники | Нет |
| Masten CL et al., 2011 (США) [33] | 18 (9 (50%) женщин, 9 (50%) мужчин) | 21,4 (min=18; max=28) лет | Условно здоровые участники | Нет |
| Kross E et al., 2011 (США) [27] | 40 (21 (52%) женщина, 19 (48%) мужчин) | 20.78 [2.59] лет | Условно здоровые участники | Нет |
| Bolling DZ et al., 2011 (США) [10] | 26 (13 (50%) женщин, 13 (50%) мужчин) | 24.15 [4.07] лет | Условно здоровые участники | Нет |
| Powers KE et al., 2013 (США) [43] | 42 (21(50%) женщина, 21 (50%) мужчин) | Min=18; max=24 лет | Условно здоровые участники | Нет |
| Lindner C et al., 2014 (Германия) [29] | 76 (27 (36%) женщин; 49 (54%) мужчины) | Пациенты: 30.8[7,9] лет; Группа контроля: 29.5[8,3] лет | 36 пациентов с диагнозом шизофрения (14 (39%) женщин, 22 (61%) мужчины) | 40 респондентов группы здорового контроля (13 (33%) женщин, 27 (67%) мужчин) |
| Raij TT et al., 2014 (Финляндия) [45] | 36 (10 (28%) женщин, 26 (72%) мужчин) | Пациенты: 26 [4] лет; Группа контроля: 28 [4] лет | 20 пациентов с диагнозом шизофрения (6 (30%) женщин, 14 (70%) мужчин) | 16 респондентов группы здорового контроля (4 (25%) женщины, 12 (75%) мужчин) |
| Chester DS et al., 2014 (США) [15] | 27 (14 (52%) женщин, 13 (48%) мужчин) | 18.78[1.01] лет | Условно здоровые участники | Нет |
| Chester DS et al., 2015 (США) [16] | 37(19 (51%) женщин, 18 (49%) мужчин) | 18.92[1.32] лет | Условно здоровые участники | Нет |
| Achterberg M et al., 2016 (Нидерланды) [5] | 30 (15 (50%) женщин, 15 (50%) мужчин) | 22.63[2.62] лет | Условно здоровые участники | Нет |
| Muscattell KA et al., 2016 (США) [36] | 107 (69 (64%) женщин; 38 (36%) мужчин) | 24.17[6.61] | 61 условно здоровый случайно отобранный респондент получал эндотоксин | 54 условно здоровых случайно отобранных респондента получали плацебо |
| Sun J et al., 2017 (Китай) [56] | 309 (172 (56%) женщины; 132 (44%) мужчины) | 19.98[1.29] | Условно здоровые участники | Нет |
| Martelli AM et al., 2018 (США) [31] | 39 (18 (50%) женщин; 18 (50%) мужчин) | 18.97[1.32] | Условно здоровые участники | Нет |
| Sankar A et al., 2019 (США) [48] | 40 (все участники - женщины) | Пациенты: 30.00 [10.84] лет; Группа контроля: 30.25 [10.99] лет | 20 пациентов с диагнозом большого депрессивного расстройства | 20 респондентов группы здорового контроля |
| Wrege JS et al., 2019 (Швейцария) [66] | 68 (30 (44%) женщин, 38 (56%) мужчин) | Пациенты: 27.5 [8.2] лет; Группа контроля: 25.7 [6.0] лет | 39 пациентов с диагнозом пограничного расстройства личности (30 (77%) женщин, 9 (23%) мужчин) | 29 (25 (86%) женщин, 4 (14%) мужчины) |

Продолжение табл. 1

| Ссылка | Характеристики выборки | | | |
|----------------------------------|--|---|--|---|
| | Величина выборки (половой состав) | Средний возраст участников (M[SD]) | Характеристики исследуемой группы | Характеристики контрольной группы |
| Cáceda R et al., 2020 (США) [13] | 52 (30 (58%) женщин, 22 (42%) мужчины) | Пациенты: с попыткой суицида 34,2 [10,9] лет; с суицидальными идеями 30,1 [9,4]; без суицидальных идей 42,7 [14,7]; Группа контроля: 33,0 [11,3] лет | Пациенты с диагнозом большого депрессивного расстройства: с попыткой суицида (6 (60%) женщин, 4 (40%) мужчины); с суицидальными идеями (6 (67%) женщин, 3 (33%) мужчины); без суицидальных идей (7 (47%0 женщин, 8 (53%) мужчин) | 18 респондентов группы здорового контроля (11 (61%) женщин, 7 (39%) мужчин) |
| Landa A et al, 2020 (США) [28] | 22 (11 (50%) женщин, 11 (50% мужчин)) | 31.4 [8.1] лет | Условно здоровые участники | Нет |
| Мао L et al, 2022 (Китай) [30] | 256 (126 (49%) женщин, 130 (51%) мужчин), из которых 114 участников, прошедших диффузионно-тензорную визуализацию (57 (50%) женщин, 57 (50%) мужчин) | 28.96 [10.25] лет (29.76 [9.82] лет - прошедших диффузионно-тензорную визуализацию) | Пациенты с диагнозом эпилепсия по ILAE | Нет |

стигмой, в изученных исследованиях, отражены в таблице 2.

При анализе результатов включенных исследований принимались во внимание различия как в технических характеристиках нейровизуализационного оборудования (табл. 2), областях исследования и размерах вокселей (Табл.3), так и в методологических особенностях исследований (Табл.2). Так лишь в двух исследованиях [27, 43] были использованы МРТ-аппараты с силой магнитного поля 1,5Т, в то время как в других работах использовались 3Т МРТ-аппараты. Наиболее популярной фМРТ-парадигмой была симуляция с применением Cyberball social exclusion task [61, 65], которая использовалась в десяти исследованиях [10, 13, 15, 16, 18, 28, 31, 33, 58, 66]. Другими вариантами создания симуляции социального отвержения во время МРТ-сканирования были задачи, связанные с демонстрацией фото- и видеоматериалов с изображениями эмоционально значимых людей или незнакомцев с различными эмоциями, подобные задачи были использованы в пяти исследованиях [12, 27, 29, 43, 48]. В трех из изученных исследований проводились эксперименты, в которых участники были убеждены в получении “обратной связи” от реальных людей, в то время как негативные оценки были лишь частью проводимой симуляции [37, 43, 48]. Лишь в двух

исследованиях проводилось МРТ-сканирование в состоянии покоя [30, 56].

В тринадцати работах область исследования и последующего анализа включала заранее выделенные регионы интереса (ROI) [12, 13, 15, 16, 18, 29, 31, 36, 43, 45, 48, 56, 58] (Табл.3). Наиболее часто, а именно, в пятнадцать из двадцати включенных исследований, результаты нейровизуализационных исследований, предполагающих координатное описание, были представлены в Monreal Neurological Institute (MNI) пространстве; в пространстве Talairach — в двух работах [10, 27]; в тексте двух из проанализированных статей координаты областей активации не представлялись [28, 36].

Изменения активности в ответ на симуляцию социального отвержения регистрировались в областях передней поясной коры (ACC) в десяти работах. В частности, усиление активности отмечалось в вентральной [10, 28], ростральной [33] и медиальной [28] частях ACC. Разнонаправленные изменения регистрировались в субгугуальной области ACC (усиление [10, 33]/снижение [12] активности) и дорсальной ACC (усиление [12, 13, 15, 18, 37, 58, 66]/снижение активности [12]). При проведении фМРТ покоя в исследовании Sun J et al. [56] определялась отрицательная корреляция активности в субгугуальной области и положи-

| <p>Таблица 2. Нейробиологические характеристики ассоциированные со структурными компонентами стигмы, по результатам отобранных научных исследований.</p> <p>Table 2. Neurobiological characteristics associated with the structural components of stigma, based on the results of selected scientific studies.</p> | | |
|--|--|---|
| Ссылка | Исследуемый феномен | Область исследования и результаты |
| Burklund LJ et al., 2007 (США) [11] | Чувствительность к социальному отвержению (ЧСО) | ROI: лимбические и префронтальные области коры. Изображения для каждого участника были перестроены, чтобы скорректировать движение головы, нормализованы в MNI-пространстве. При стимуляции нейробиологией: > ЧСО коррелировала с > NA dACC, правой vIPFC, правой dIPFC и < NA subACC/vmPFC. При стимуляции гневом: > ЧСО была связана с < NA dACC, subACC/vmPFC, левой Am и mPFC. При стимуляции отвращения: > ЧСО связана с < NA в правой Am. |
| Way VM et al., 2009 (США) [57] | Чувствительность к социальному отвержению (ЧСО) | ROI: dACC и двусторонняя aIn. Координаты приводятся в пространстве MNI. > диспозиционная ЧСО была достоверно связана с > NA dACC. В условиях исключения NA в aIn была значительно выше у носителей аллеля G, чем у гомозигот аллеля A гена A118G. |
| DeWall CN et al., 2011 (США) [17] | Социальный дистресс (СД), привязанности (СП) | ROI: dACC и aIn. Оценка нейронной активности всего мозга: $P < 0,005$, 20 вокселей для dACC, aIn; для других областей – $P < 0,05$, минимальный размер кластера 10 вокселей. Во время исключения: > NA aIn. > СД и > выраженность тревожного СП положительно коррелировали с NA в dACC, правой и левой aIn. В условиях исключения (SubnetBall) лица с тревожным СП отличались > NA в правой и левой vIPFC. |
| Masten CL et al., 2011 (США) [32] | Социальный дистресс (СД), Субъективное восприятие дискриминативных атрибуций | Для регионов априорных гипотез (dACC, aIn, PFC): $P < 0,005$ для величины с минимальным порогом размера кластера в 10 вокселей. Для всех остальных областей мозга - порог $p < 0,001$ с минимальным порогом размера кластера в 20 вокселей. MNI. В условиях исключения (SubnetBall) по сравнению с условиями включения: > NA в aIn, ростральной ACC и PFC. В условиях исключения (SubnetBall) социальный дистресс положительно коррелировал с NA в subACC и отрицательно с NA в dmPFC. |
| Kross E et al., 2011 (США) [26] | Чувствительность к социальному отвержению (ЧСО) | Общий анализ активности с последующим определением ROI: оперкуло-инсулярную область, Th, dACC и aIn. Нормализация к Talairach-пространству. Анализ всего мозга: Области, обычно участвующие как в аффективном (aIn; dACC), так и сенсорном (Th; iLP) компонентах физической боли, также были вовлечены в реакцию на социальное неприятие и физическую боль. Анализ ROI: совпадение между СО и физической болью в областях, аналогичных тем, которые были выявлены при анализе всего мозга (aIn; dACC; Th; iLP). |
| Bolling DZ et al., 2011 (США) [9] | Социальное отвержение (СО) | Общий анализ активности с последующим определением ROI: vACC. Нормализация к пространству Talairach. При сравнении условия социального отвержения с честной игрой в SubnetBall: > NA в правой aIn, правом Cer, левом rHir, aHir, правом Hir, mOC, левой mTG, subACC, vACC, левой vIPFC, левой PG. При обратном сравнении: > NA в теменной коре, правая iOC, Cer, OFC, PG. |
| Powers KE et al., 2013 (США) [42] | Чувствительность к социальному отвержению (ЧСО) | ROI: vS и dmPFC. Функциональные данные были нормализованы в стандартное пространство (изотропные воксели 3 мм) на основе шаблона EPI SPM8, который соответствует шаблону мозга ICBM 152 (MNI). vS была сильнее вовлечена, когда люди с > ЧСО ожидали положительной социальной обратной связи (СОС), тогда как это различие было менее выраженным для людей с низкой ЧСО. В области dmPFC чаще наблюдалась активность, когда участники ожидали положительной СОС и, при этом люди с > ЧСО демонстрировали большую реакцию, ожидая положительной СОС по сравнению с отрицательной. |
| Lindner C et al., 2014 (Германия) [28] | Социальное отчуждение (одиночество) | ROI: aIn и Am. Нормализация по MNI. Маски островка и миндалевидного тела были созданы с помощью WFU PickAtlas. > вовлечение aIn во время обработки немаскированных выражений отвращения. < Двусторонней активизации aIn у пациентов во время обработки замаскированных выражений отвращения. Неактивность aIn на скрытые лица отвращения положительно коррелировала с социальным одиночеством. < Уступчивость была связана с > реакцией aIn на выражения отвращения. Чувствительность aIn к проявлениям отвращения в целом может быть нейронным маркером личностной черты уступчивости. |

Продолжение табл. 2

| Таблица 2. Нейробиологические характеристики, ассоциированные со структурными компонентами стигмы, по результатам отобранных научных исследований. | | Table 2. Neurobiological characteristics associated with the structural components of stigma, based on the results of selected scientific studies. | |
|--|--|--|--|
| Ссылка | Исследуемый феномен | Область исследования и результаты | |
| Raij TT et al., 2014 (Финляндия) [44] | Психиатрическая стигма (ассоциация между социальной неполноценностью и диагнозом шизофрении) | ROI: mPFC. Выровненные изображения были нормализованы к MNI-пространству. Сила ассоциации между социальной неполноценностью и шизофренией была обратно пропорциональна силе HA рострентральной mPFC, и сохранилась после поправки на глобальное функционирование, оценку симптомов депрессии и инсайта. HA рострентральной mPFC отрицательно коррелировала с HA миндалевидного тела. Сила связи между социальной неполноценностью и шизофренией коррелировала со скомпрометированной производительностью в задаче Струпа, которая является мерой когнитивной регуляции. | |
| Chester DS et al., 2014 (США) [14] | Социальное (межличностное) отвержение (СО) в контексте алекситимии | ROI: dACC. Маска ROI использовалась для ограничения анализа fMPRT и коррекции множественных сравнений и была создана на основе automated anatomical atlas с использованием координат MNI. СО связано с > HA в dACC. Отрицательная связь между трудностью идентификации чувств и HA dACC. У людей, которым трудно определить свои чувства, < HA в dACC во время отвержения. Люди, которые демонстрировали > HA в dACC во время отвержения, также сообщили о большем ежедневном отвержении в среднем. Участники, которые, как правило, испытывали трудности с определением своих чувств, демонстрировали более сильное ежедневное неприятие, отчасти из-за < dACC во время социального отвержения. | |
| Chester DS et al., 2015 (США) [15] | Социальное (межличностное) отвержение (СО) | ROI: rVLPFC, VLPFC, PFC, Nacc > СО связано с > HA в правой vPFC. Вероятно СО ухудшает саморегуляцию, действуя на правую vPFC, что затем склоняет регулирующий баланс в сторону импульсов, основанных на вознаграждении. | |
| Achterberg M et al., 2016 (Нидерланды) [5] | Агрессия в ответ на социальное (межличностное) отвержение | Не выделялся заранее известный ROI. Координаты локальных максимумов сообщались в пространстве MNI. Как отрицательная, так и положительная социальная обратная связь (СО) была связана с > HA в vmPFC и двусторонних участках In. Положительная СО ассоциирована с > HA в VS и vmPFC. > HA в IPFC после отрицательной СО связана с относительно < длительностью < длительностью, что свидетельствует о более регуляторной агрессии. | |
| Muscattell KA et al., 2016 (США) [35] | Социальное (межличностное) отвержение | ROI: Am, dACC, двусторонняя In, dmPFC, mS и vmPFC. ROI dACC, передняя островковая доля, миндалевидное тело и вентральное полосатое тело были определены структурно на основе AAL. ROI vmPFC и dmPFC строились вручную по вокселям в FSLview с использованием AAL. При негативной социальной обратной связи (СО) у лиц, получивших эндотоксин, - > HA в областях, связанных с угрозой (двусторонняя Am, dACC) и ключевой области, связанной с ментализацией (dmPFC). При положительной СО у получивших эндотоксин - > HA в mS и vmPFC, областях (участвуют в обработке вознаграждения). | |
| Sun J et al., 2017 (Китай) [55] | Социальное (межличностное) отвержение | ROI: subACC, mFG, IPFC. Изображения были нормализованы к пространству MNI. Была обнаружена связь между subACC и mFG, отрицательно коррелировавшая ЧСО. Также существовала положительная корреляция активности между dACC и Pre) с ЧСО. | |
| Martelli AM et al., 2018 (США) [30] | Социальное (межличностное) отвержение | ROI: dACC, aln и vPFC. Нормализация к пространству MNI. Внимательность отрицательно коррелировала со связью между vPFC и левой Am, правой Am и dACC. Более внимательные участники сообщили о < социальном стрессе примерно через час после того, как их отвергли. > HA в vPFC во время социального отвержения была обратно пропорциональна внимательности, и эта < HA в vPFC опосредовала связь между внимательностью и социальным дистрессом. | |
| Sankar A et al., 2019 (США) [47] | Социальное (межличностное) отвержение | ROI: Nacc и aln. Нормализация к пространству MNI. Во время задания социальной обратной связи пациенты с депрессивными расстройствами, но не здоровые контрольные лица, проявляли переключавшиеся активации в aln в ответ на социальное принятие и отвержение. | |

Продолжение табл. 2

| Таблица 2. Нейробиологические характеристики, ассоциированные со структурными компонентами стигмы, по результатам отобранных научных исследований. | | Table 2. Neurobiological characteristics associated with the structural components of stigma, based on the results of selected scientific studies. | |
|---|---|--|--|
| Ссылка | Исследуемый феномен | Область исследования и результаты | |
| Wtege JS et al., 2019 (Швейцария) [65] | Социальное (межличностное) отвержение | Использовался Piskatlas для анатомической локализации, и порог формирования кластеров $p = 0,001$ примененный во всех анализах. Нормализация к пространству MNI. У пациентов с пограничным расстройством личности (ПРЛ): при социальной изоляции - $> NA$ в левой mFG и ACC и в правой sFG. Также была выявлена значимая связь между негативным аффектом и $> NA$ в правом Pre, связанной с отвержением. | |
| Saceda R et al., 2020 (США) [12] | Социальное (межличностное) отвержение | ROI: dACC и верхняя aIn, нижняя aIn и dIn. Анатомические данные подверглись пространственной нормализации к атласу головного мозга icbm452 и сегментации на белое вещество (WM), серое вещество (GM) и спинномозговую жидкость (CSF) с FSL. Реакция правой верхней aIn значительно различалась между четырьмя группами относительно времени "Включения-Отдыха". Двусторонний ответ верхней aIn во время состояния «Включение-Отдых» положительно коррелировал с тяжестью депрессии и обычной психической болью за последние 15 дней. Реакция dACC во время социальной изоляции коррелировала с текущей физической болью. | |
| Landa A et al., 2020 (США) [27] | Модуляция социальным отвержением физической боли. | Не выделялся заранее известный ROI. Нормализация к пространству MNI. Межличностный контекст отвержения в сравнении с принятием значительно модулировал восприятие боли во многих областях мозга, включая мост, Hip, гипоталамус, In, скорлупу, язычную извилину, Th, mTG, iPL, средняя поясная извилина, Pre, PG и sFG. Межличностный контекст повторного принятия после отвержения в сравнении с повторным принятием значительно модулировал восприятие боли во многих областях мозга, включая: мост, Am, Cer, vACC, парагиппокамп, In, mTG, PCC, Pre, дополнительная двигательная зона и sFG. | |
| Мао L et al, 2022 (Китай) [29] | Воспринимаемая стигма (Felt Stigma) | ROI: оценивалась фракционная анизотропия (ФА) двустороннего дугообразного пучка, крючковидного пучка, поясного пучка, свода, верхнего продольного пучка и передней спайки. При $>$ воспринимаемой стигме - $<$ ФА правого свода, верхнего продольного пучка и поясного пучка. В итоговую логистическую регрессионную модель вошли: показатели ФА поясного пучка, социального функционирования по QOL-31, $>$ значения которых были связаны с $<$ шансами высокой стигматизации, а также оценка невротизма. | |
| <p>Примечания: NA — нейрональная активность; MNI - пространство Montreal Neurological Institute; vIPFC - вентро-латеральная область префронтальной коры; dIPFC - дорсо-латеральная область префронтальной коры; vmPFC - вентро-медиальная область префронтальной коры; mPFC - медиальная область префронтальной коры; IPFC - латеральная область префронтальной коры; OFC - орбито-фронтальная кора; mOC - медиальная область затылочной коры; iOC - нижняя область затылочной коры; Pre - предклинье; dACC - дорсальная часть передней поясной коры; vACC - вентральная часть передней поясной коры; subACC - субгенуальная область передней поясной коры; NAcc - прилежащее ядро; mTG - медиальная часть теменной извилины; mFG - медиальная часть лобной извилины; sFG - верхняя часть лобной извилины; mCG - медиальная часть поясной извилины; PG - прецентральная извилина; Am - амигдала; In - островковая доля; aIn - передняя часть островковой доли; dIn - дорсальная часть островковой доли; Th - таламус; iPL - нижняя теменная доля; Cer - мозжечок; aHip - передняя часть гиппокампа; pHip - задняя часть гиппокампа; VS - вентральная область стриатума.</p> <p>Notes: NA - neural activity; MNI - Montreal Neurological Institute space; vIPFC - ventro-lateral prefrontal cortex; dIPFC - dorso-lateral prefrontal cortex; vmPFC - ventromedial prefrontal cortex; mPFC - medial prefrontal cortex; OFC - orbito-frontal cortex; mOC - medial occipital cortex; iOC - inferior occipital cortex; Pre - precuneus; dACC - dorsal anterior cingulate cortex; vACC - ventral anterior cingulate cortex; subACC - subgenual anterior cingulate cortex; NAcc - nucleus accumbens; mTG - medial temporal gyrus; mFG - medial frontal gyrus; sFG - superior frontal gyrus; PG - medial cingulate gyrus; PG - precentral gyrus; Am - amygdala; In - insular cortex; aIn - anterior insular cortex; dIn - dorsal insular cortex; Th - thalamus; iPL - inferior parietal lobule; Cer - cerebellum; aHip - anterior hippocampus; pHip - posterior hippocampus; VS - ventral striatum.</p> | | | |

тельная — в дорсальной областях АСС — с чувствительностью к социальному отвержению.

По результатам семи работ в ответ на симуляцию социального отвержения были задействованы, среди прочего, другие области лимбической системы и базальных ядер конечного мозга. Так усиление активности регистрировалось в таламусе [27], гипоталамусе [28], гиппокампе [10, 28], парагиппокампальной извилине [28], вентральной области стриатума [12, 36] и скорлупе [28], в то время как в амигдале отмечались разнонаправленные изменения (усиление/снижение активности) [12],

В девяти исследованиях в ответ на социальное отвержение у респондентов были обнаружены различные изменения активности в островковой доле, преимущественно в передней её части, — усиление [5, 10, 13, 18, 27–29, 33, 36] и снижение [29] активности.

Изменения активности в различных участках префронтальной коры (PFC) были описаны в семи статьях: усиление нейронной активности в правой дорсолатеральной и вентролатеральной части PFC [12], а также в орбитофронтальной коре (OFC) [10]; разнонаправленные изменения — в медиальной (усиление [5]/ снижение [12]) и дорсомедиальной (усиление [36]/ снижение [33]) областях PFC. Также определялись регионы усиления активности в верхней лобной извилине (SGF) [28, 66] и левой стороне медиальной лобной извилины (MGF) (у пациентов с ПРЛ [66]). В исследовании Raji TT et al. [45], изучавших психиатрическую стигму через ассоциативную связь между социальной неполноценностью и диагнозом шизофрении, было обнаружено: сила этой связи была обратно пропорциональна активации ростровентрального участка медиальной PFC.

На фоне экспериментального переживания отвержения отмечались единичные участки активации в прецентральной извилине [10, 28], дополнительной моторной коре [28], медиальной височной извилине [10, 28], теменной коре, а именно, в предклинье [28] (в группе пациентов с ПРЛ) и нижней теменной доле [10, 27, 28], в нижней и медиальной областях [10] затылочной коры и мозжечке [10, 28].

По данным Mao L et al. [30], меньшее восприятие стигматизации было ассоциировано с большей сохранностью миелинизации волокон головного мозга и более высокими показателями фракционной анизотропии свода (верхнего продольного пучка и передней спайки).

Обсуждение

В рамках проведенного первого русскоязычного систематического обзора предметного поля в отношении исследований нейробиологических коррелятов стигматизации и ее компонентов были изучены и систематизированы результаты исследований и наиболее распространенные методологические подходы. Результаты текущего обзора подтвердили наличие трех проблемных вопросов

в исследованиях нейровизуализационных маркеров стигмы, продемонстрировав варибельность феноменологических подходов к описанию стигматизации, а также методологические различия нейровизуализационных исследований, которые сочетано приводят к неоднородности полученных данных.

В проведенном обзоре предметом исследования зачастую был не феномен стигматизации как таковой, но ассоциированные с ним структурные и процессуальные компоненты: чувствительность к социальному отвержению (rejection sensitivity), социальный дистресс (social distress), социальное отчуждение (social alienation), агрессивность в ответ на социальное (межличностное) отвержение (aggression regulation in response to negative social feedback) и модуляция физической боли социальным отвержением (neural dynamics of pain and interpersonal emotions). При этом наиболее часто изучалась именно чувствительность к социальному отвержению как проявление стигматизации, что соотносится с данными Dubreucq J et al. (2019). Вероятно, это объясняется преимуществами применения моделей остракизма для симуляции условий, схожих со стигматизацией.

В научной литературе отечественными и зарубежными авторами социальный остракизм, или социальное отвержение, изучается и в качестве составного компонента стигмы [1]. На сегодняшний день исследователи используют понятия «социальный остракизм», «социальное исключение», «отвержение», «игнорирование» синонимично, несмотря на сохраняющиеся разногласия о разграничении этих понятий [42, 47]. Согласно модели остракизма Williams et al. [62], социальное отвержение признается частью остракизма. С одной стороны, это позволяет изучать с помощью модели остракизма множество ее составляющих явлений, что является преимуществом, а с другой, усложняет дифференциацию между ними, что является ее недостатком.

Другим возможным недостатком, зачастую в литературе рассматриваемым в качестве преимущества, модели социального отвержения является варибельность методологических подходов к ее использованию. Все методологические приемы к изучению остракизма можно условно разделить на три группы: симуляция ситуации социального остракизма, исследования с использованием функциональной диагностики, а также самоотчеты, — каждая из которых представляет собой совокупность альтернативных методик. Так симуляция остракизма может проводиться не только с использованием «классического» способа Cyberball social exclusion task [61, 65], но и с применением экспериментальных парадигм «O`Train» (Остракизм в поезде) [68], «Get Acquainted» (Знакомство) [40], «Life Alone» (Жизнь в одиночестве) [40]. Однако такое методологическое разнообразие может затруднять соотнесение результатов разных исследований.

Хотя проведенный обзор демонстрирует применение всех трех экспериментальных парадигм

изучения самостигматизации: на основании имплицитных ассоциативных тестов, моделей стереотипной угрозы и социального отвержения, — наиболее распространенным подходом, среди проанализированных статей, оказалась модель социального отвержения, изучаемая с применением Cyberball social exclusion task [61, 65]. В классическом варианте Cyberball исследователи информируют участников о том, что они участвуют в эксперименте с целью тренировки навыков ментальной визуализации других участников этой игры. При этом участникам сообщают, что они играют по сети с двумя, иногда тремя другими игроками. Игра состоит из 2 этапов: условий включения (обычно около 50% бросков направляется участнику) и условий исключения (обычно участник получает лишь 2-3 подачи мяча в начале игры). По результатам проведенного обзора можно сделать вывод о том, что даже использование одной и той же экспериментальной парадигмы не отменяло существенную вариабельность протоколов симуляционной модели. Так в 10 изученных исследованиях [10, 13, 15, 16, 18, 28, 31, 33, 58, 66] с использованием Cyberball social exclusion task и его вариаций отмечались различия в количестве раундов, их длительности, в количестве бросков для условий включения и исключения (табл. 2). Вариабельность проколов нейровизуализационных парадигм, ограничивающая широкую экстраполяцию результатов, была отмечена и в других зарубежных систематических обзорах. Становится очевидным, что проведение и оценка нейровизуализационных исследований, направленных на поиски нейробиологических коррелятов, ассоциированных с выраженностью отдельных психологических феноменов, в частности социального дистресса как одного из структурных компонентов феномена стигматизации, сопряжено с рядом трудностей [37]. Среди них можно выделить необходимость разработки эффективной модели симуляции социального отвержения и схожих феноменов в процессе сканирования, а также проблему выбора адекватного способа оценки изучаемого феномена, в частности соответствия симуляционной модели выбранной для оценки психологической переменной. Наиболее распространенные в настоящее время протоколы исследований подразумевают проведение психометрической оценки психологической переменной после связанного с экспериментальной симуляцией МР-сканирования. В связи с этим, с точки зрения соотношения момента визуализации изменений нейронной активности с моментом симуляции, наиболее перспективными, на наш взгляд, представляются исследования с применением имплицитных ассоциативных тестов.

К методологическим ограничениям, специфически связанным с техническими особенностями современной нейровизуализации, можно отнести вычислительные ограничения, возникающие при коррекции множественных сравнений, а также многомерный характер данных фМРТ. Представляется важным тот факт, что в большей части

проанализированных исследований использовался метод выделения ROI. С одной стороны, это повышало чувствительность к изменениям в выбранных участках, уменьшало объем данных для последующей обработки и увеличивало статистическую мощность полученных результатов. С другой стороны, поскольку процесс выделения ROI зависит от широты гипотезы работы и выбора исследователя, усреднение BOLD-сигнала от многих смежных областей вследствие выделения ROI могло приводить к потере информации об изменениях активности в других регионах головного мозга [37]. Следует также отметить сложности, связанные с интерпретацией полученных данных, в том числе риск трактовки корреляционных связей в качестве причинно-следственных [37].

С целью попытки преодоления проблемы использования различных атласов для топографических наименований областей головного мозга в проанализированных исследованиях и более наглядного представления результатов текущего обзора были созданы схематичные иллюстрации головного мозга (Рис.2) с опорой на Automated Anatomical Labeling атлас (AAL). На изображениях с долей приближения были нанесены регионы активности, согласно результатам включенных в обзор работ.

Таким образом, по результатам анализа исследований нейровизуализационных коррелятов стигматизации и ее компонентов были выделены наиболее часто выявляемые области активации (Рис.2). Одна из них — передняя поясная кора, которая, как и большая часть лимбической системы, участвует в формировании эмоций, обучения и памяти [26]. В нескольких исследованиях регистрировались очаги активности в дорсальной части передней поясной коры, чьи функции в других работах связывались с оценкой стимула и эмоциональным контролем [25, 34, 69]. Это, вероятно, может объяснять результаты Wrege JS et al. [66]: более выраженная активация этой области как биологическое проявление болезненного нарушения эмоциональной регуляции [14, 52] у пациентов с пограничным расстройством личности в сравнении со здоровым контролем. По результатам исследования Burkland LJ et al. [12], наблюдался неоднозначный ответ дорсальной области поясной коры на социальное отвержение. Были выявлены положительные корреляционные связи между активностью этой области и выраженным социальным отвержением в ответ на симуляцию неодобрения.

В то время, как при симуляции выражений гнева и отвращения подобные корреляции обнаружены не были. Возможно, это противоречие могло быть обусловлено более избирательной реакцией дорсальной области поясной коры на стимуляции выражением лица, указывающим на возможное отвержение, но не на выражение угрозы. Также при симуляции чувства социального отвержения определялись регионы активации в вентральной передней части поясной коры (в том числе в субгугуальной и ростральной областях).

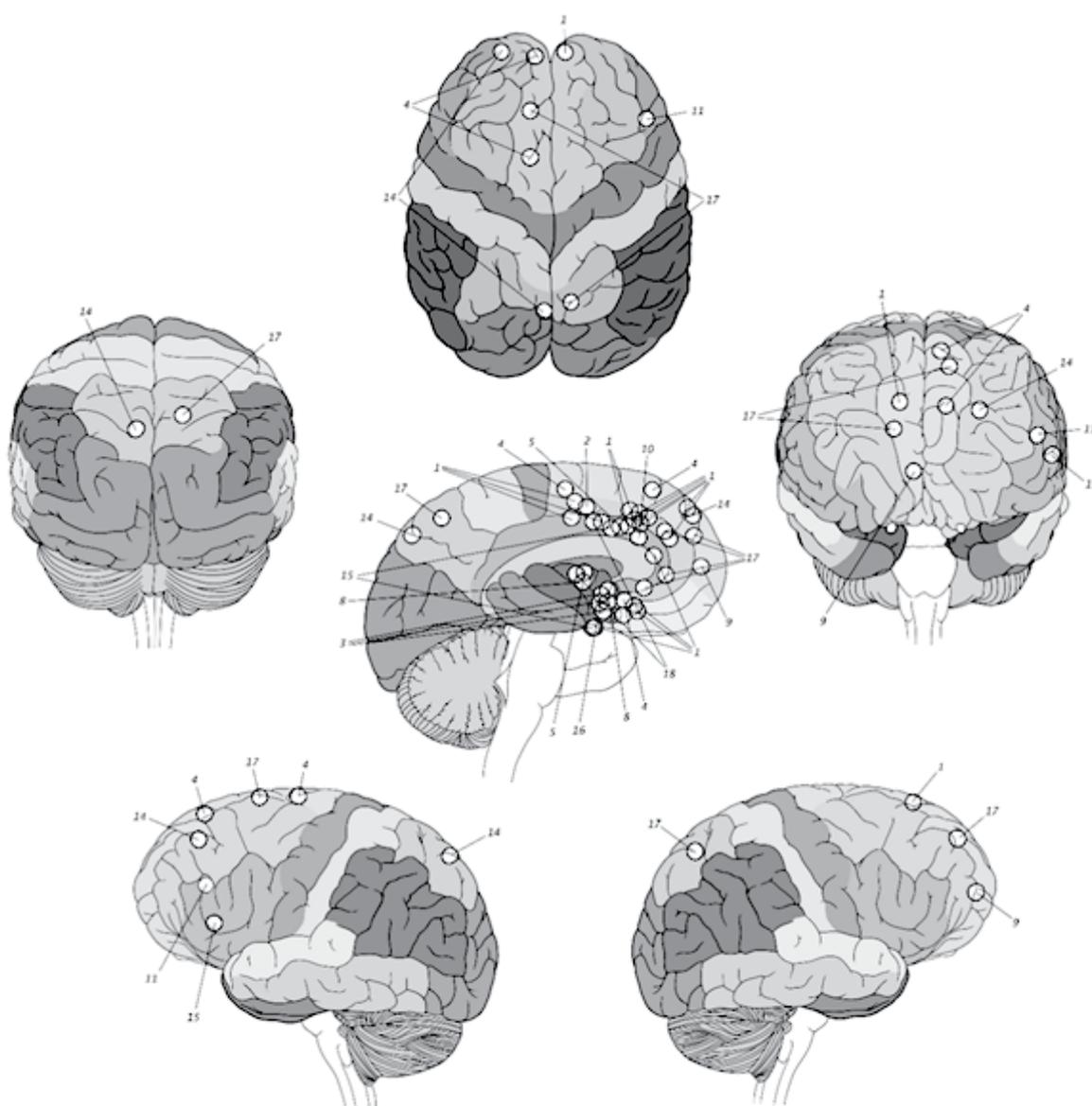


Рис. 2. Схема отображения регионов локальных максимумов изменения активности согласно координатам MNI-пространства по результатам исследований, вошедших в анализ.

Fig. 2. Illustrating the regions of local activity change maxima according to MNI-space coordinates based on the results of the included studies in the analysis.

Примечания: Числовые обозначения присвоены исследованиям в соответствии с их представлением в табличных материалах текущего обзора. Были исключены следующие данные: 1) работы координаты результатов, которых представлены в пространстве Talairach; 2) работа Mao L et al, [30] ввиду использования альтернативного метода нейровизуализационного исследования (диффузно-тензорной визуализации); 3) регионы активности в областях таламуса, гипоталамуса, вентрального стриатума, в пользу представления регионов активности островковой доли.

Notes: Numeric labels were assigned to the studies according to their representation in the tabular data of the current review. The following data were excluded: 1) studies with coordinates reported in the Talairach space; 2) the work of Mao L et al, [29], due to the use of an alternative neurovisualization method (diffusion tensor imaging); 3) regions of activity in the thalamus, hypothalamus, ventral striatum, in favor of representing regions of activity in the insular cortex.

О функциях этого региона известно несколько меньше, чем о дорсальной части, но часто ему отводится роль в индукции переживания эмоции грусти [46], основываясь на чем, можно предположить, что его активация могла быть связана с негативными эмоциями, вызванными социальным отвержением. Burklund LJ et al., [12] также получили отрицательную корреляцию активности в этом регионе в ответ на стимуляцию гневом с чувствительностью к социальному отвержению.

Среди других анатомических компонентов лимбической системы регистрировалась активность в области амигдалы, которой в современных теориях эмоциональной регуляции часто отводится роль центральной подкорковой эмоциональной структуры мозга, осуществляющей оценку и интеграцию сенсорной информации из окружающей среды и присваивающей ей значения эмоциональных измерений [53]. Sankar A et al., [48] получили большую активность в области амигдалы среди пациентов с большим депрессивным расстройством, в сравнении с группой здорового контроля, при применении метода социальной обратной связи в ответ как на позитивный, так и на негативный отклик. Это согласуется с данными Varbour T. et al. [6] о большей активации амигдалы у депрессивных пациентов, не отвечая, однако, на вопросы: является ли эта активность патологической реакцией в ответ на социальную обратную связь или биологическим отражением депрессивного состояния и каковы ее механизмы участия в последующем поведении.

Во многих включенных в анализ работах фиксировалось увеличение активности в островковой доле. По данным Craig AD. [11], роль инсулы связывают с функциями лобной, поясной коры и амигдалы, свидетельствуя об ее участии в обработке эмоций и, вероятно, в эмоциональном осознании. И в этом смысле передняя область островковой доли схожа с амигдалой, реагируя на стимулы с похожим содержанием [70]. Снижение активации в ее передней части в ответ на социальное отвержение было получено лишь в исследовании Lindner C et al. [29] у пациентов с шизофренией. Полученные результаты могут отражать биологическое проявление нарушенной функции инсулы при шизофрении, проявляющейся дефицитом самосознания [70] и обработки аффективного опыта.

По результатам проведенного обзора, ожидаемо часто выделялась префронтальная кора как область нейронной активности, которая была ассоциирована со стигматизацией и ее компонентами. Как известно, префронтальная кора участвует в обработке и регулировании эмоциональных процессов подкорковых и стволовых структур [39]. Часть проанализированных статей указывала на усиление активности в ответ на социальное отвержение в медиальной части префронтальной коры, к которой относят орбитальную область, ответственную за чувствительность к вознаграждению, оценку значимости стимула, а также принятие решений на основе вознаграждения. В ис-

следовании Burklund LJ et al. [12] была получена отрицательная корреляция с активностью этой области в ответ на стимуляцию гневом у лиц с высокой чувствительностью к социальному отвержению.

По результатам включенных в анализ исследований определялись регионы активации в дорсальной части префронтальной коры, также участвующей в реакции на стимул, однако, в меньшей степени в эмоциональной обработке, и большей — в когнитивном контроле [39]. Снижение активности в этой области регистрировали только в работе Masten CL et al. [33], связанной с исследованием социального отвержения на основании расового признака.

Исследование Mao L et al, [30], отличавшееся методологией МР-визуализации, описывало не нейронную активность, а структуру головного мозга и указывало на меньшую интенсивность восприятия стигматизации у пациентов с большей целостностью ткани белого вещества, в частности, в области свода, имеющего связующую роль между гиппокампом и глубокими структурами головного мозга [8]. При этом у подгруппы больных, не демонстрировавших признаков стигматизации, отсутствовали специфические участки нарушения миелинизации, что может стать поводом для продолжения исследований в этом направлении.

Ограничения

К ограничениям проведенного исследования можно отнести невключение в анализ данных систематических обзоров и кейс-репортов, а также исследований на выборках респондентов более широкого возрастного диапазона и с наличием отягощенного соматического анамнеза, в частности цереброваскулярных патологий, задержки и нарушения в развитии, генетических аномалий, хронических инвалидизирующих соматических заболеваний, связанных с ограничениями жизнедеятельности. Не учитывались потенциальные влияния принимаемых лекарственных средств, в том числе психофармакотерапии для респондентов с психическими расстройствами, на нейронную активность регионов интереса.

Определенные ограничения представленного систематического обзора предметного поля были связаны с ограничениями методологии проанализированных нейровизуализационных исследований маркеров психологических феноменов. Как было описано выше, сопоставление результатов вошедших в финальный анализ статей было осложнено различиями как в изучаемых психологических явлениях, составляющих феномен стигмы, так и в применяемых экспериментальных парадигмах, а также в технических особенностях проводимой нейровизуализации. Описанные различия приводятся в результатах исследования. Данные систематического обзора Dubreucq J., et al. [22] также указывают на неоднородность результатов опубликованных нейровизуализационных исследований феномена стигмы, подтверждая

наиболее частое изучение именно социального отвержения как ее составного явления.

Заключение

Бурное развитие нейронаук, наряду с накоплением первичных данных о нейробиологии личности, открывают новые возможности фундаментального понимания нейрональных механизмов патопсихологических феноменов и социально-психологических процессов, оказывающих влияние на благополучие больных и модулиру-

ющих лечебный процесс в психиатрии, которые до настоящего момента остаются ограниченными. Функциональные магнитно-резонансные исследования могут быть эффективным инструментом верификации и оценки динамики психологического состояния лиц, переживающих явление стигматизации. Перспективы дальнейших исследований в области нейрофизиологии психических процессов наиболее ограничены в части дефицита валидных экспериментальных моделей симуляции и диктуют необходимость их разработки.

Литература / References

1. Бойкина Е.Э. Остракизм и родственные феномены: обзор зарубежных исследований. *Психология и право*. 2019;3(9):127-140. Boykina EE. Ostracism and Related Phenomena: Review of Foreign Studies. *Psihologiya i pravo*. 2019;9(3):127-140. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/psylaw.2019090310>
2. Лутова Н.Б., Макаревич О.В., Сорокин М.Ю., Новикова К.Е., Абрамчик С.С., Вид В.Д. Психиатрическая стигма: клинико-демографические или культуральные факторы. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2019;29(4):50-56. Lutova NB, Makarevich OV, Sorokin MYu, Novikova KE, Abramchic SS, Vid VD. Psychiatric stigma: clinical-demographic or cultural factors. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya*. 2019;29(4):50-56. (In Russ.). <https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.2012.0812.X>
3. Лутова Н.Б., Макаревич О.В., Новикова К.Е. Взаимосвязь психологических характеристик и самостигматизации больных с эндогенными психическими расстройствами (результаты оригинального исследования). *Обозрение 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.). <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-2-46-54>
4. Маркин К.В. Функциональная магнитно-резонансная томография покоя при биполярном аффективном расстройстве Систематизированный зонтичный обзор. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2023;57(3):15-29. Markin KV. Resting-state functional magnetic resonance imaging in bipolar affective disorder. A systematized umbrella review. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2023;57(3):15-29. (In Russ.). <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-800>
5. Achterberg M, van Duijvenvoorde ACK, Bakermans-Kranenburg MJ, Crone EA. Control your anger! The neural basis of aggression regulation in response to negative social feedback. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2016;11(5):712-720. <https://doi.org/10.1093/scan/nsv154>
6. Barbour T, Holmes AJ, Farabaugh AH, et al. Elevated Amygdala Activity in Young Adults With Familial Risk for Depression: A Potential Marker of Low Resilience. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. 2020;5(2):194-202. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2019.10.010>
7. Barch DM, Burgess GC, Harms MP, et al. Function in the human connectome: Task-fMRI and individual differences in behavior. *NeuroImage*. 2013;(80):169-189. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.05.033>
8. Benear SL, Ngo CT, Olson IR. Dissecting the Fornix in Basic Memory Processes and Neuropsychiatric Disease: A Review. *Brain Connect*. 2020;10(7):331-354. <https://doi.org/10.1089/brain.2020.0749>
9. Berretz G, Packheiser J, Kumsta R, Wolf OT, Ocklenburg S. The brain under stress-A systematic review and activation likelihood estimation meta-analysis of changes in BOLD signal associated with acute stress exposure. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;124:89-99. <https://doi.org/10.1016/J.NEUBIOREV.2021.01.001>
10. Bolling DZ, Pitskel NB, Deen B, et al. Dissociable brain mechanisms for processing social exclusion and rule violation. *Neuroimage*. 2011;54(3):2462-2471. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.10.049>
11. (Bud) Craig AD. How do you feel—now? The anterior insula and human awareness. *Nat Rev Neurosci*. 2009;10(1):59-70. <https://doi.org/10.1038/nrn2555>
12. Burkland LJ, Eisenberger NI, Lieberman MD. The face of rejection: Rejection sensitivity moderates dorsal anterior cingulate activity to disapproving facial expressions. *Soc Neurosci*. 2007;2(3-4):238-253. <https://doi.org/10.1080/17470910701391711>
13. Cáceda R, James GA, Stowe ZN, Delgado PL, Kordsmeier N, Kilts CD. The neural correlates of low social integration as a risk factor for suicide. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;270(5):619-631. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-00990-6>

14. Chapman AL. Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Dev Psychopathol.* 2019;31(3):1143-1156.
<https://doi.org/10.1017/S0954579419000658>
15. Chester DS, DeWall CN. Prefrontal recruitment during social rejection predicts greater subsequent self-regulatory imbalance and impairment: neural and longitudinal evidence. *Neuroimage.* 2014;101:485-493.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2014.07.054>
16. Chester DS, DeWall CN. The pleasure of revenge: retaliatory aggression arises from a neural imbalance toward reward. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2016;11(7):1173-1182.
<https://doi.org/10.1093/SCAN/NSV082>
17. Dedovic K, Rexroth M, Wolff E, et al. Neural correlates of processing stressful information: An event-related fMRI study. *Brain Res.* 2009;1293:49-60.
<https://doi.org/10.1016/j.brainres.2009.06.044>
18. DeWall CN, Masten CL, Powell C, Combs D, Schurtz DR, Eisenberger NI. Do neural responses to rejection depend on attachment style? An fMRI study. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2012;7(2):184-192.
<https://doi.org/10.1093/scan/nsq107>
19. DeYoung CG, Beaty RE, Genç E, et al. Personality neuroscience: An emerging field with bright prospects. *Personality Science.* 2022;3.
<https://doi.org/10.5964/ps.7269>
20. Downey G, Feldman SI. Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *J Pers Soc Psychol.* 1996;70(6):1327-1343.
[doi:10.1037//0022-3514.70.6.1327](https://doi.org/10.1037//0022-3514.70.6.1327)
21. Dubreucq J, Franck N. Neural and cognitive correlates of stigma and social rejection in individuals with Serious Mental Illness (SMI): A systematic review of the literature. *Psychiatry Res.* 2019;274:146-158.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.023>
22. Dubreucq J, Plasse J, Franck N. Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophr Bull.* 2021;47(5):1261-1287.
<https://doi.org/10.1093/SCHBUL/SBAA181>
23. Firmin RL, Lysaker PH, Luther L, et al. Internalized stigma in adults with early phase versus prolonged psychosis. *Early Interv Psychiatry.* 2019;13(4):745-751.
<https://doi.org/10.1111/eip.12553>
24. Glover GH. Overview of Functional Magnetic Resonance Imaging. *Neurosurg Clin N Am.* 2011;22(2):133-139.
<https://doi.org/10.1016/j.nec.2010.11.001>
25. Grecucci A, Sulpizio S, Tommasello E, Vespignani F, Job R. Seeing emotions, reading emotions: Behavioral and ERPs evidence of the regulation of pictures and words. *PLoS One.* 2019;14(5):e0209461.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209461>
26. Hadland KA, Rushworth MFS, Gaffan D, Passingham RE. The effect of cingulate lesions on social behaviour and emotion. *Neuropsychologia.* 2003;41(8):919-931.
[https://doi.org/10.1016/S0028-3932\(02\)00325-1](https://doi.org/10.1016/S0028-3932(02)00325-1)
27. Kross E, Berman MG, Mischel W, Smith EE, Wager TD. Social rejection shares somatosensory representations with physical pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences.* 2011;108(15):6270-6275.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1102693108>
28. Landa A, Fallon BA, Wang Z, et al. When it hurts even more: The neural dynamics of pain and interpersonal emotions. *J Psychosom Res.* 2020;128:109881.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109881>
29. Lindner C, Dannlowski U, Walhöfer K, et al. Social Alienation in Schizophrenia Patients: Association with Insula Responsiveness to Facial Expressions of Disgust. *PLoS One.* 2014;9(1):e85014.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0085014>
30. Mao L, Wang K, Zhang Q, et al. Felt Stigma and Its Underlying Contributors in Epilepsy Patients. *Front Public Health.* 2022;10.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.879895>
31. Martelli AM, Chester DS, Brown KW, Eisenberger NI, DeWall CN. When less is more: mindfulness predicts adaptive affective responding to rejection via reduced prefrontal recruitment. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2018;13(6):648-655.
<https://doi.org/10.1093/SCAN/NSY037>
32. Masten CL, Morelli SA, Eisenberger NI. An fMRI investigation of empathy for "social pain" and subsequent prosocial behavior. *Neuroimage.* 2011;55(1):381-388.
<https://doi.org/10.1016/J.NEUROIMAGE.2010.11.060>
33. Masten CL, Telzer EH, Eisenberger NI. An fMRI Investigation of Attributing Negative Social Treatment to Racial Discrimination. *J Cogn Neurosci.* 2011;23(5):1042-1051.
<https://doi.org/10.1162/jocn.2010.21520>
34. Messina I, Grecucci A, Viviani R. Neurobiological models of emotion regulation: a meta-analysis of neuroimaging studies of acceptance as an emotion regulation strategy. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2021;16(3):257-267.
<https://doi.org/10.1093/scan/nsab007>
35. Miller R. Neuroeducation: Integrating Brain-Based Psychoeducation into Clinical Practice. *J Ment Health Couns.* 2016;38(2):103-115.
<https://doi.org/10.17744/MEHC.38.2.02>
36. Muscatell KA, Moieni M, Inagaki TK, et al. Exposure to an inflammatory challenge enhances neural sensitivity to negative and positive social feedback. *Brain Behav Immun.* 2016;57:21-29.
<https://doi.org/10.1016/J.BBI.2016.03.022>
37. Muscatell KA, Merritt CC, Cohen JR, Chang L, Lindquist KA. The Stressed Brain: Neural Underpinnings of Social Stress Processing in Humans. *Curr Top Behav Neurosci.* 2022;54:373-392.

- https://doi.org/10.1007/7854_2021_281/TABLES/1
38. Nakamura Y, Okada N, Ando S, et al. The Association Between Amygdala Subfield-Related Functional Connectivity and Stigma Reduction 12 Months After Social Contacts: A Functional Neuroimaging Study in a Subgroup of a Randomized Controlled Trial. *Front Hum Neurosci.* 2020;14. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2020.00356>
 39. Nejati V, Majdi R, Salehinejad MA, Nitsche MA. The role of dorsolateral and ventromedial prefrontal cortex in the processing of emotional dimensions. *Sci Rep.* 2021;11(1):1971. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81454-7>
 40. Nezelek JB, Kowalski RM, Leary MR, Blevins T, Holgate S. Personality moderators of reactions to interpersonal rejection: Depression and trait self-esteem. *Pers Soc Psychol Bull.* 1997;23(12):1235-1244. <https://doi.org/10.1177/01461672972312001>
 41. O'Donnell LJ, Westin CF. An Introduction to Diffusion Tensor Image Analysis. *Neurosurg Clin N Am.* 2011;22(2):185-196. <https://doi.org/10.1016/j.nec.2010.12.004>
 42. Pelliccio LJ, Walker S. What is an interpersonal ostracism message?: bringing the construct of ostracism into communication studies. *Atl J Commun.* 2020;30(2):172-187. <https://doi.org/10.1080/15456870.2020.1859509>
 43. Powers KE, Somerville LH, Kelley WM, Heatherton TF. Rejection Sensitivity Polarizes Striatum-Medial Prefrontal Activity When Anticipating Social Feedback. *J Cogn Neurosci.* 2013;25(11):1887-1895. https://doi.org/10.1162/jocn_a_00446
 44. Premkumar P, Kumari V. Rejection sensitivity and its relationship to schizotypy and aggression: current status and future directions. *Curr Opin Behav Sci.* 2022;44:101110. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2022.101110>
 45. Raij TT, Korkeila J, Joutsenniemi K, Saarni SI, Riekkii TJJ. Association of stigma resistance with emotion regulation—Functional magnetic resonance imaging and neuropsychological findings. *Compr Psychiatry.* 2014;55(3):727-735. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.10.010>
 46. Ramirez-Mahaluf JP, Perramon J, Otal B, Villoslada P, Compte A. Subgenual anterior cingulate cortex controls sadness-induced modulations of cognitive and emotional network hubs. *Sci Rep.* 2018;8(1):8566. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-26317-4>
 47. Ren D, Wesselmann ED, Williams KD. Hurt people hurt people: ostracism and aggression. *Curr Opin Psychol.* 2018;19:34-38. <https://doi.org/10.1016/J.COPSYC.2017.03.026>
 48. Sankar A, Yttredahl AA, Fourcade EW, et al. Dissociable Neural Responses to Monetary and Social Gain and Loss in Women With Major Depressive Disorder. *Front Behav Neurosci.* 2019;13. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00149>
 49. Schaafsma J, Williams KD. Exclusion, intergroup hostility, and religious fundamentalism. *J Exp Soc Psychol.* 2012;48(4):829-837. <https://doi.org/10.1016/J.JESP.2012.02.015>
 50. Schomerus G, Stolzenburg S, Freitag S, et al. Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: a prospective study among untreated persons with mental illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2019;269(4):469-479. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0896-0>
 51. Sen PN, Basser PJ. A Model for Diffusion in White Matter in the Brain. *Biophys J.* 2005;89(5):2927-2938. <https://doi.org/10.1529/biophysj.105.063016>
 52. Sicorello M, Schmahl C. Emotion dysregulation in borderline personality disorder: A fronto-limbic imbalance? *Curr Opin Psychol.* 2021;37:114-120. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.12.002>
 53. Šimić G, Tkalčić M, Vukić V, et al. Understanding Emotions: Origins and Roles of the Amygdala. *Biomolecules.* 2021;11(6):823. <https://doi.org/10.3390/biom11060823>
 54. Sorokin MY, Lutova NB, Bocharova MO, Khobeysh MA, Wied VD. Computational psychiatry approach to stigma subtyping in patients with mental disorders: explicit and implicit internalized stigma. *Consortium Psychiatricum.* 2023;4(3):13-21. <https://doi.org/10.17816/CP6556>
 55. Streit F, Haddad L, Paul T, et al. A functional variant in the neuropeptide S receptor 1 gene moderates the influence of urban upbringing on stress processing in the amygdala. *Stress.* 2014;17(4):352-361. <https://doi.org/10.3109/10253890.2014.921903>
 56. Sun J, Zhuang K, Li H, Wei D, Zhang Q, Qiu J. Perceiving rejection by others: Relationship between rejection sensitivity and the spontaneous neuronal activity of the brain. *Soc Neurosci.* 2018;13(4):429-438. <https://doi.org/10.1080/17470919.2017.1340335>
 57. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
 58. Way BM, Taylor SE, Eisenberger NI. Variation in the μ -opioid receptor gene (OPRM1) is associated with dispositional and neural sensitivity to social rejection. *Proceedings of the National Academy of Sciences.* 2009;106(35):15079-15084. <https://doi.org/10.1073/pnas.0812612106>
 59. Wesselmann ED, Ren D, Williams KD. Motivations for responses to ostracism. *Front Psychol.* 2015;6(FEB). <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2015.00040>
 60. Wikman P, Moisala M, Ylinen A, et al. Brain Responses to Peer Feedback in Social Media Are Modulated by Valence in Late Adolescence. *Front Behav Neurosci.* 2022;16. <https://doi.org/10.3389/FNBEH.2022.790478>

61. Williams KD. Ostracism. *Annu Rev Psychol.* 2007;58:425-452.
<https://doi.org/10.1146/ANNUREV.PSYCH.58.110405.085641>
62. Williams KD. Chapter 6 Ostracism. *A Temporal Need-Threat Model. Adv Exp Soc Psychol.* 2009;41:275-314.
[https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)00406-1](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)00406-1)
63. Williams KD, Cheung CKT, Choi W. Cyberostracism: effects of being ignored over the Internet. *J Pers Soc Psychol.* 2000;79(5):748-762.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.79.5.748>
64. Williams KD, Forgas JP, Hippel W von. *The social outcast ostracism, social exclusion, rejection, and bullying.* 2005.
65. Williams KD, Nida SA. Ostracism: Consequences and coping. *Curr Dir Psychol Sci.* 2011;20(2):71-75.
<https://doi.org/10.1177/0963721411402480>
66. Wrege JS, Ruocco AC, Euler S, et al. Negative affect moderates the effect of social rejection on frontal and anterior cingulate cortex activation in borderline personality disorder. *Cogn Affect Behav Neurosci.* 2019;19(5):1273-1285.
<https://doi.org/10.3758/s13415-019-00716-0>
67. Yilmaz E, Okanlı A. The Effect of Internalized Stigma on the Adherence to Treatment in Patients With Schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs.* 2015;29(5):297-301.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.006>
68. Zadro L, Williams KD, Richardson R. Riding the "O" train: Comparing the effects of Ostracism and verbal dispute on targets and sources. *Group Processes and Intergroup Relations.* 2005;8(2 SPEC. ISS.):125-143.
<https://doi.org/10.1177/1368430205051062>
69. Zhang M, Peng Y. Anterior insula and dorsal anterior cingulate cortex as a hub of self-regulation: combining activation likelihood estimation meta-analysis and meta-analytic connectivity modeling analysis. *Brain Struct Funct.* 2023;228(5):1329-1345.
<https://doi.org/10.1007/s00429-023-02652-9>
70. Zhang Y, Zhou W, Wang S, et al. The Roles of Subdivisions of Human Insula in Emotion Perception and Auditory Processing. *Cerebral Cortex.* 2019;29(2):517-528.
<https://doi.org/10.1093/cercor/bhx334>

Сведения об авторах

Лутова Наталия Борисовна — д.м.н, главный научный сотрудник, руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, 920191, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3. E-mail: lutova@mail.ru

Хобейш Мария Александровна — младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: mariakhobeysh@mail.ru

Герасимчук Екатерина Сергеевна — младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: katherine.gerasimchuk@mail.ru

Бочарова Мария Олеговна — к.м.н, младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, сотрудника Института психиатрии, психологии и нейронаук лондонского королевского колледжа, SE58AF, Лондон, Де Креспины Парк 16, E-mail: mariia.bocharova@kcl.ac.uk

Макаревич Ольга Владимировна — младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: mariakhobeysh@mail.ru

Сорокин Михаил Юрьевич — к.м.н, старший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами, учёный секретарь, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: m.sorokin@list

Поступила 23.10.2023

Received 23.10.2023

Принята в печать 25.04.2024

Accepted 25.04.2024

Дата публикации 27.09.2024

Date of publication 27.09.2024

Современные подходы к психотерапии соматоформных расстройств

Мухаметова А.И., Васильев В.В.
Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

Обзорная статья

Резюме. Научный обзор посвящен актуальной для современной медицины проблеме психотерапии соматоформных расстройств (СФР). Он построен на анализе 106 публикаций на данную тему (из них 46 на русском языке и 60 на английском). Поиск публикаций производился в библиографических базах РИНЦ и Medline. Целью обзора явилось формирование представлений о современном состоянии проблемы психотерапии СФР с выделением и сопоставлением основных актуальных подходов в данной области. В обзоре анализируется общая эффективность психотерапии СФР, а также рассматриваются следующие современные ее направления: когнитивно-поведенческая терапия, психотерапия на основе осознанности, динамическая психотерапия, групповая психотерапия, другие (редко упоминаемые) психотерапевтические методы, а также полимодальные и дистанционные подходы к психотерапии СФР.

Обобщение представленных в обзоре литературных сведений позволяет заключить, что психотерапия на сегодняшний день рассматривается большинством авторов как важный, возможно даже ведущий компонент лечения рассматриваемого вида психической патологии. В то же время, данные о ее клинической эффективности, в особенности при изолированном применении, остаются неоднозначными, кроме того, среди исследователей по-прежнему нет единства взглядов относительно основных мишеней психотерапевтических воздействий при СФР, а также относительно наиболее подходящих для лечения указанной патологии форм и методов психотерапии. Сведения о клинической эффективности конкретных психотерапевтических методов, применяемых в настоящее время для лечения СФР, являются либо неоднозначными, либо неполными, а предлагаемые отдельными авторами полимодальные подходы к психотерапии СФР страдают недостаточностью научного обоснования используемых в них методологических сочетаний.

Авторам настоящего обзора будущее психотерапии СФР видится в разработке интегративных психотерапевтических программ, содержащих в себе элементы нескольких разнонаправленных методов психотерапии, но при этом построенных на знании общих личностно-психологических особенностей пациентов, страдающих СФР.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, психотерапия соматоформных расстройств, эффективность психотерапии при соматоформных расстройствах, методы психотерапии соматоформных расстройств.

Информация об авторах:

Мухаметова Алсу Илдаровна — e-mail: flower-alsy@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5353-0038>
Васильев Валерий Витальевич* — e-mail: valeriy.vasilyev70@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6290-7404>

Как цитировать: Мухаметова А.И., Васильев В.В. Современные подходы к психотерапии соматоформных расстройств. . *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2024; 58:3:26-42. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-907>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Modern approaches to psychotherapy of somatoform disorders

Alsu I. Mukhametova, Valeriy V. Vasilyev
Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia

Review article

Summary. The scientific review focuses on the relevant for modern medicine problem of psychotherapy of somatoform disorders (SFD). It is based on the analysis of 106 publications on this topic (46 of them in

Автор, ответственный за переписку: Васильев Валерий Витальевич — e-mail: valeriy.vasilyev70@yandex.ru

Corresponding author: Valeriy V. Vasilyev — e-mail: valeriy.vasilyev70@yandex.ru

Russian and 60 in English). The search for publications was carried out in the RSCI and Medline bibliographic databases. The purpose of the review was to form ideas about the current state of the psychotherapy of SFD with the highlighting and comparison of the main current approaches in this area. The review analyzes the overall effectiveness of psychotherapy of SFD and considers the following modern its directions: cognitive behavioral therapy, mindfulness-based psychotherapy, dynamic psychotherapy, group psychotherapy, other (rarely mentioned) psychotherapeutic methods, as well as polymodal and remote approaches to psychotherapy of SFD.

The summary of the literary information presented in the review allows to conclude that psychotherapy today is considered by most authors as an important, possibly even leading component of the treatment of the considered mental pathology type. At the same time, data on its clinical effectiveness, especially in isolated use, remains ambiguous, in addition, among researchers there is still no unity of views on the main targets of psychotherapeutic impacts in SFD, as well as on the most suitable forms and methods of psychotherapy for the treatment of this pathology. Information on the clinical effectiveness of specific psychotherapeutic methods currently used for the treatment of SFD is either ambiguous or incomplete, and the polymodal approaches to psychotherapy of SFD proposed by some authors have insufficient scientific justification for the methodological combinations used in them. The future of psychotherapy of SFD is seen by the authors of this review in the development of integrative psychotherapeutic programs that combine elements of several multidirectional methods of psychotherapy, but that are based on knowledge of the general personal and psychological characteristics of patients suffering from SFD.

Keywords: somatoform disorders, psychotherapy of somatoform disorders, effectiveness of psychotherapy in somatoform disorders, methods of psychotherapy of somatoform disorders.

Information about the authors:

Alsu I. Mukhametova — e-mail: flower-alsy@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5353-0038>

Valeriy V. Vasilyev* — e-mail: valeriy.vasilyev70@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6290-7404>

To cite this article: Mukhametova AI, Vasilyev VV. Modern approaches to psychotherapy of somatoform disorders. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2024; 58:3:26-42. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-907> (In Russ.)

Conflict of interest: the authors declare no conflicts of interest.

Соматоформные расстройства (СФР) являются сегодня широко распространенным видом психической патологии. Согласно данным метаанализа Н. Haller с соавторами [63], их частота в населении колеблется от 0,8% до 5,9%, а доля страдающих ими лиц среди пациентов первичной соматической сети составляет 26,2% — 34,8%. Описанная ситуация остро ставит перед медицинскими службами вопрос об эффективном лечении рассматриваемой патологии. Следует отметить, что одним из ведущих методов лечения СФР с давних пор считается психотерапия. И сегодня в работах как отечественных, так и зарубежных авторов она нередко упоминается как важный компонент комплексного лечения данных расстройств. Так, на необходимость применения психотерапевтических интервенций при СФР указывают В.С. Собенников и Ф.И. Белялов [37]. В качестве обязательного элемента лечения СФР рассматривают психотерапию Е.Б. Мизина и С.В. Полторак [29], особо подчеркивающие важность поддержания долговременного контакта пациента с одним врачом-психотерапевтом. Н. Sattel с соавторами [92], изучая лечение СФР с позиций современного биопсихосоциального подхода, в качестве одного из ведущих его компонентов применительно к данной патологии также видят именно психотерапию. Наконец, Л.О. Пережогин [32], основываясь на принципах доказательной медицины, считает психотерапию не просто компонентом, а основой лечения СФР.

Вместе с тем, наряду с признанием многими авторами важной роли психотерапии в лечении СФР, имеются определенные расхождения в представлениях об основных ее терапевтических мишенях при данной патологии. Некоторые исследователи подходят к этому вопросу с чисто симптоматических позиций, рассматривая в качестве основных мишеней психотерапии при СФР отдельные их проявления, в частности, собственно соматические симптомы или расстройства сна [30]. Другие считают необходимым в большей мере воздействовать не на сами симптомы болезни, а на лежащие в ее основе личностно-психологические характеристики пациента [46] либо на внутреннюю картину заболевания [20, 44]. По мнению же И.И. Кухтевича [20], тактика психотерапии СФР должна быть дифференцирована в зависимости от конкретного их вида. Нет на сегодняшний день и единства мнений относительно предпочтительных методов психотерапии СФР. В научной литературе встречаются публикации сторонников как мономодального [28, 97], так и полимодального [17, 95] подходов в данной области, стоящих на самых разных, порой диаметрально противоположных методологических позициях и отстаивающих обоснованность этих позиций. При этом сравнительные исследования эффективности разных методов психотерапии СФР не дают однозначных подтверждений преимуществ какого-либо из них [3, 50].

Таким образом, высокая распространенность СФР и большая их значимость для современной медицины с одной стороны, а также важное место, которое занимает в их лечении психотерапия с другой, определяют актуальность темы настоящего научного обзора. Его целью является формирование представлений о современном состоянии проблемы психотерапии СФР с выделением и сопоставлением основных актуальных подходов в данной области. Поиск публикаций на рассматриваемую тему производился нами в поисковых системах РИНЦ и Medline.

Общая эффективность психотерапии при СФР

Прежде всего, необходимо оценить данные об эффективности психотерапии в целом в качестве метода лечения СФР. По этому поводу в современной научной литературе встречаются разные точки зрения. Значительная часть исследователей считает, что психотерапия при СФР, несомненно, эффективна. Например, метаанализ J.A. Koelen с соавторами [72], построенный на результатах десяти рандомизированных и шести нерандомизированных исследований, позволил авторам сделать однозначный вывод о том, что психотерапия при тяжелых СФР более эффективна в отношении физических симптомов и социального функционирования, чем лекарственное лечение. На обоснованность многочисленными исследованиями целесообразности применения психотерапевтических стратегий при лечении СФР указывают также А.А. Прибытков с соавторами [34]. В отдельных публикациях эффективность психотерапии при СФР рассматривается на примере лечения конкретных их разновидностей. В частности, в систематическом обзоре с метаанализом L. Berezowski с соавторами [50], построенном на данных тридцати контролируемых рандомизированных исследований, сообщается об эффективности психотерапии в разных ее видах (начиная от библиотерапии и заканчивая когнитивно-поведенческой терапией) при функциональных соматических синдромах (одно из альтернативных наименований СФР) преимущественно с болевыми проявлениями. При этом авторами выявлено положительное влияние психотерапии при данных синдромах на выраженность как депрессивных, так и собственно соматических симптомов. Систематический обзор с метаанализом сравнительных рандомизированных исследований, проведенный С. Roldán-Bargaza с соавторами [88], показал, что психотерапия как метод лечения болевого синдрома при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (один из видов СФР) по своей эффективности не уступает стандартной терапии данного заболевания наложением окклюзионных шин. О хороших результатах применения психотерапии при указанной патологии сообщают также Ю.В. Коцюбинская и Н.Ю. Сафонова [19].

Вместе с тем, другие авторы, хотя и не отрицают сам факт необходимости применения психоте-

рапии для лечения СФР, но отмечают, что уровень ее эффективности при данной патологии до сих пор не вполне определен. В частности, результаты метаанализа 20 рандомизированных контролируемых исследований психотерапевтических вмешательств при необъяснимых с медицинской точки зрения физических симптомах (еще одно альтернативное наименование СФР), проведенного Н. Gerger с соавторами [62], говорят о том, что данные вмешательства в целом эффективны, но их эффект невелик и, скорее всего, кратковременен. В систематическом обзоре исследований по лечению психогенного кашля, проведенного А.Е. Vertigan с соавторами [101] сообщается об эффективности психотерапевтического лечения данного расстройства у детей, однако отмечается, что доказательства этой эффективности соответствуют лишь низкому уровню качества.

Данные масштабного метаанализа эффективности различных типов поведенческих вмешательств (в том числе психотерапии) при СФР с участием 9 тысяч пациентов, проведенного J. Leaviss с соавторами [74], позволяют заключить, что психотерапия оказывает положительные эффекты при некоторых видах необъяснимых с медицинской точки зрения симптомов, но не является эффективной при всех их видах. Неоднозначные результаты показал и систематический обзор исследований эффективности психологических вмешательств при лечении физических симптомов неясной этиологии в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, проведенный Т. Kaur с соавторами [71]: в то время как тяжесть соматических симптомов и депрессии в группе вмешательства по сравнению с контрольной группой уменьшилась, тяжесть проявлений тревоги и общая удовлетворенность пациентов состоянием своего здоровья не изменились. Определенные сомнения у исследователей вызывают и организационные аспекты психотерапевтической помощи при СФР. Так, К. Geraghty и М. J. Scott [61], проанализировав работу бюджетной службы психологического лечения Великобритании по терапии необъяснимых с медицинской точки зрения соматических симптомов, выявили ряд проблем в данной сфере. К числу этих проблем авторы относят недостаточное обоснование лечения, слабую и спорную его доказательную базу, предвзятость в его пропаганде, преувеличение заявлений о выздоровлении, занижение показателей отсева пациентов и значительный риск ошибочного диагноза и ненадлежащей терапии.

Несколько более оптимистичными выглядят сообщения, касающиеся сочетания психотерапии СФР с их фармакотерапией. Так, по результатам исследования К.А. Идрисова [11], в результате такого сочетания у пациентов с СФР, наряду с улучшением социального функционирования, достоверно снизились уровни депрессии и тревоги. М.С. Артемьева и Е.В. Навасардян [2] сообщают о том, что прошедшие курс комплексного (т.е. включающего в себя сочетание психо- и фармакотерапевтических подходов) лечения пациенты

в большинстве своем остались им довольны и осознали, что заболевание их психологически обусловлено. Наконец, С.В. Харитонов с соавторами [41], сравнивая результаты изолированного применения психотерапии или фармакотерапии с их сочетанным применением при лечении СФР, указывают на несомненно более высокую эффективность последнего варианта.

Таким образом, литературные данные об общей эффективности психотерапии при СФР остаются неоднозначными. Впрочем, не исключено, что такое положение дел обусловлено значительным разнообразием психотерапевтических методов, применяемых в данной области. В этой связи целесообразно более детально рассмотреть эффективность и особенности конкретных методов психотерапии, находящих свое место в лечении рассматриваемой патологии.

Когнитивно-поведенческая психотерапия СФР

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) является сегодня наиболее часто упоминаемым в литературе психотерапевтическим методом из числа применяемых для лечения СФР. Обоснованность применения данного метода при рассматриваемой патологии определяется, по мнению ряда авторов, значимой ролью когнитивных искажений в формировании ее симптомов. Так, А. Orzechowska с соавторами [84] обращают внимание на наличие у многих пациентов с СФР стойких дисфункциональных убеждений, касающихся их заболевания, прежде всего, в форме катастрофизации. В статье К.Н. Prior и М.Д. Bond [86] обсуждается когнитивно-поведенческая концептуализация беспокойства о своем здоровье, а в статье С.К. Schenkel с соавторами [94] представляется целостная когнитивно-поведенческая модель СФР на примере такой распространенной в наше время их разновидности как киберипохондриа.

Во многих работах отмечается достаточно высокая эффективность КПТ в лечении СФР. В частности, систематический обзор с метаанализом, проведенный В. Jones с соавторами [70], основанный на данных 22 рандомизированных клинических исследований, показал, что применение КПТ в лечении необъяснимых с медицинской точки зрения симптомов достоверно снижает количество обращений пациентов за медицинской помощью, а также сокращает использование ими лекарственных препаратов. Метаанализ J. Liu с соавторами [75] подтвердил уменьшение соматических симптомов, тревоги и депрессии, а также улучшение физического функционирования у пациентов с СФР под влиянием проведенного курса КПТ. В некоторых статьях отмечается, что именно КПТ имеет наиболее научно доказанный терапевтический эффект при СФР из числа всех применяемых в этой области методов психотерапии [33, 97]. В качестве примеров конкретных данных об эффективности КПТ при СФР можно привести исследование С.В. Харитонова [40], в котором

положительный терапевтический эффект от коррекции дезадаптивных автоматических мыслей у пациентов с СФР был выявлен уже на первой неделе терапии, а также статью А.А. Прибыткова [35], в которой сообщается о статистически значимой редукции проявлений СФР у исследуемых пациентов в результате проведенного курса КПТ (в последнем случае, однако, автором указывается на наличие лимитирующих факторов в виде малого объема выборки и отсутствия контрольной группы).

В статье Р.В. Tamás с соавторами [96] сообщается об эффективности КПТ при лечении СФР даже у детей, при условии, что она интегрирована в семейную психотерапию (в качестве основной мишени психотерапевтических воздействий в таких случаях авторами называется катастрофический стиль мышления в семье). В то же время, не все авторы разделяют мнение о высокой эффективности КПТ при СФР. Например, обзор метаанализов и клинических исследований по данному вопросу, проведенный Б.Д. Цыганковым и А.Д. Куличенко [43], показал в среднем небольшую эффективность КПТ при данной патологии, а также выявил значительную вариабельность результатов исследований в данной области в зависимости от формата терапии, клинической специфики и степени выраженности соматоформных нарушений, методологического качества самих исследований.

Рядом авторов изучается эффективность КПТ при конкретных разновидностях СФР. При этом наибольшее количество исследований посвящено такой их разновидности, как ипохондрическое расстройство (возможно потому, что в его формировании значимую роль играет идеаторный компонент). Так, в систематическом обзоре с метаанализом, проведенном К. Cooper с соавторами [53], сообщается о достоверно более высоком в сравнении с контрольной группой клиническом эффекте КПТ у пациентов с указанной патологией. При этом данный эффект был отмечен авторами как непосредственно после проведенного курса КПТ, так и спустя 6 и 12 месяцев после него. О высокой эффективности применения КПТ при ипохондрическом расстройстве и стойкости получаемого при этом лечебного эффекта сообщается также в статье В.О. Olatunji с соавторами [83]. Немаловажно, что авторы отмечают зависимость выраженности данного эффекта от числа проведенных сеансов КПТ. В рандомизированном клиническом исследовании В.А. Fallon с соавторами [58] показана более высокая клиническая эффективность сочетанного применения флуоксетина и КПТ при ипохондрическом расстройстве в сравнении с изолированным применением флуоксетина. А вот результаты метаанализа Е. Axelsson и Е. Hedman-Lagerlöf [49] не столь однозначны: авторы отмечают, что КПТ при ипохондрическом расстройстве имеет высокую экономическую эффективность, но ограниченное влияние на качество жизни пациентов. Значительный интерес представляет также статья R. Sanatinia с соавторами [90], в которой анализируется влияние

личностного профиля пациента на результаты лечения ипохондрического расстройства с применением КПТ. На основании результатов собственного исследования авторы приходят к выводу, что значительное улучшение состояния под влиянием КПТ в краткосрочной и долгосрочной перспективе происходит только у тех пациентов, которые имеют личностную дисфункцию, в то время как у пациентов без личностной дисфункции КПТ по своему эффекту не превосходит стандартную терапию. Указанный результат позволяет предположить, что КПТ при ипохондрическом расстройстве действует не столько на сами его клинические симптомы, сколько на лежащие в их основе личностные аномалии.

В отдельных статьях рассматривается применение КПТ при других формах СФР и даже при отдельных их симптомах. В частности, в исследовании С.Г. Ionescu с соавторами [69] показано положительное влияние КПТ на такой симптом СФР, как нарушения сна. Об эффективности КПТ при лечении фибромиалгии, рассматриваемой многими авторами в качестве разновидности СФР, сообщают в своей статье W. Häuser с соавторами [64]. А.И. Ковешников с соавторами [15] рассматривают КПТ как обязательный компонент комплексной терапии функциональных расстройств кишечника. А.И. Мелехин [27] в своей статье разбирает когнитивно-поведенческие подходы к лечению функционального тиннитуса. В другой статье [28] этот же автор подчеркивает особую роль КПТ в лечении такого распространенного проявления СФР, как «ком в горле».

Обобщая представленные данные о применении КПТ при СФР, можно констатировать, что, несмотря на то, что указанный метод психотерапии в целом считается достаточно эффективным с точки зрения лечения указанной патологии, конкретные данные о результатах его применения в разных исследованиях неоднозначны и колеблются в зависимости как от методики самих исследований, так и от конкретных разновидностей СФР.

Психотерапия на основе осознанности при СФР

Психотерапия на основе осознанности (майндфулнесс-терапия) — современный метод психотерапии, построенный на сочетании техник КПТ с медитативными практиками осознанности. В последнее время данный метод получает все большее распространение в психотерапевтической практике, в том числе и в области психотерапии СФР. Ряд публикаций последних лет посвящен вопросам применения психотерапии на основе осознанности при указанной патологии. Согласно данным литературы, ключевыми факторами при применении рассматриваемого метода для лечения СФР является осознание и принятие болезненных симптомов и эмоций [99]. Эффективность такого подхода разными авторами оценивается неоднозначно. Так, метаанализ F. Maas Genannt Vermohl с соавторами [76] показал более высокую эффек-

тивность майндфулнесс-терапии в отношении тяжести соматических симптомов при ряде разновидностей СФР в сравнении как со стандартным, так и с усиленным лечением (под последним понимается стандартная терапия, дополненная психообразованием или психотерапевтическими консультациями сверх норматива, предусмотренного клиническими рекомендациями).

Согласно результатам рандомизированного клинического исследования, представленным в статье Н. van Ravesteijn [100], пациенты с СФР после прохождения майндфулнесс-терапии стали более склонны к получению психиатрической помощи, начали больше принимать свои симптомы, у них улучшилось социальное функционирование. F. McManus с соавторами [79] в своем исследовании оценили эффективность психотерапии на основе осознанности при такой разновидности СФР, как ипохондрическое расстройство. Согласно полученным ими результатам, майндфулнесс-терапия дала более чем в 1,5 раза большее количество ремиссий при данном расстройстве в сравнении с обычным лечением при оценке как непосредственно после прохождения курса терапии, так и спустя год после его окончания. Вместе с тем, метаанализ S.E. Lakhani и K.L. Schofield [73] показывает, что положительный эффект психотерапии на основе осознанности в отношении большинства клинических симптомов СФР является лишь небольшим или умеренным. А в исследовании L.O. Fjorback с соавторами [59] майндфулнесс-терапия превзошла усиленную стандартную терапию СФР лишь по длительности полученного эффекта, но не по его выраженности.

В отдельных работах акцент делается на экономической эффективности психотерапии на основе осознанности. Так, L.O. Fjorback с соавторами [60] на основании результатов рандомизированного клинического исследования приходят к выводу, что майндфулнесс-терапия может более успешно, чем стандартная терапия, предотвращать инвалидизацию пациентов с СФР, в результате существенно снижая социальные издержки на данную патологию. А вот в исследовании Н. van Ravesteijn с соавторами [98] достоверной разницы в расходах на лечение СФР между стандартной терапией и психотерапией на основе осознанности выявлено не было, хотя авторы и отмечают, что стандартная терапия была сопряжена с более высокими расходами на стационарное лечение, тогда как майндфулнесс-терапия — на амбулаторное.

Динамическая психотерапия СФР

Еще одной группой психотерапевтических методов, широко применяемых сегодня для лечения СФР, являются методы динамической (психоаналитической) психотерапии. Согласно сообщению И.В. Белокрылова и С.В. Семикова [4], по частоте использования при СФР методы данной группы уступают только КПТ. Авторы выделяют ряд современных тенденций в технологии проведения динамической психотерапии СФР: фокусирова-

ние интервенций на наиболее важных патогенетических механизмах заболевания, предпочтение краткосрочного формата терапии, использование дистанционных технологий, сочетание основной психоаналитической техники с другими, неаналитическими приемами. При этом они отмечают, что доказательная база по вопросу эффективности динамической психотерапии при СФР на сегодняшний день недостаточна и нуждается в пополнении.

Из числа конкретных психоаналитических подходов к психотерапии СФР наиболее часто в литературе упоминается краткосрочная психодинамическая психотерапия, применение которой считается более оправданным в экономическом отношении. Так, А. Abbass с соавторами [47] в своем метаанализе, построенном на результатах 17 рандомизированных клинических исследований, доказывают, что краткосрочная психодинамическая психотерапия является эффективным методом лечения функциональных соматических симптомов, сохраняющим свой эффект и в долгосрочной перспективе. Те же авторы в последующем своем систематическом обзоре с метаанализом [48] сообщают, что эффективность краткосрочной психодинамической психотерапии при функциональных соматических симптомах соответствует умеренному или высокому уровню, в том числе и в отношении вторичных нарушений, таких как тревога, депрессия и проблемы межличностного общения. В статье Н. Sattel с соавторами [91] приводятся результаты рандомизированного клинического исследования эффективности краткосрочной психодинамической межличностной психотерапии при мультисистемном СФР, согласно которым лечение указанным психотерапевтическим методом привело к достоверно более значимому повышению качества жизни пациентов, чем усиленное стандартное лечение. Однако, в противоположность ранее процитированной работе, данные авторы отмечают, что краткосрочная психодинамическая межличностная психотерапия существенно уменьшила у пациентов лишь выраженность соматических симптомов, но не повлияла на вторичные проявления заболевания, такие как депрессия или беспокойство о здоровье. N. Chernyak с соавторами [52] фокусируют внимание на вопросах экономической эффективности краткосрочной психодинамической межличностной психотерапии при лечении СФР. Согласно результатам их исследования, данный метод дает более высокий экономический эффект в сравнении с усиленной стандартной терапией.

В качестве еще одного возможного динамического подхода к психотерапии СФР в литературе упоминается групп-аналитическая психотерапия. Так, в исследовании И.В. Белокрылова с соавторами [5] эффективность данного метода при лечении СФР оценивается в сравнении с психообразовательными программами. По данным авторов, у пациентов обеих сравниваемых групп за время лечения отмечались уменьшение выраженности соматических симптомов и улучшение качества

жизни в различных жизненных сферах, однако при групп-анализе эти изменения были более существенными по сравнению с психообразованием. Кроме того, только при проведении групп-анализа отмечалось сокращение таких паттернов ипохондрического поведения, как катастрофизация телесных ощущений и частота повторных обращений к врачам общей практики.

Оригинальный подход к оценке эффективности психоаналитической психотерапии при СФР применили в своем исследовании М. de Greck с соавторами [54]. Они изучали в процессе мультимодальной психодинамической психотерапии динамику МРТ-показателей функционального состояния парагиппокампальной извилины как области головного мозга, участвующей в обработке эмоций. Согласно полученным результатам, сниженная активность данной извилины при СФР нормализуется после проведения психотерапевтического курса. По мнению авторов, это явление отражает улучшение понимания пациентом эмоциональных конфликтов, а также раскрытие у него подавленных эмоций, лежащих в основе симптомов заболевания.

И.В. Белокрылов, Е.М. Райзман и С.В. Семиков [3] рассматривают предикторы эффективности применения динамической психотерапии в лечении СФР на основании сравнения ее результатов с результатами применения гипносуггестивных методов при рассматриваемой патологии. Согласно выводам авторов, динамическая психотерапия более эффективна, чем гипносуггестия, в случаях невротической структуры личностной организации пациента, невысокого уровня алекситимии и наличия достаточных способностей к рефлексии психической составляющей болезни. Представляется, что эти данные создают предпосылки к более точному определению показаний к применению психоаналитической терапии при СФР.

Групповая психотерапия СФР

В ряде работ рассматривается применение в лечении СФР методов групповой психотерапии. Так, в метаанализе M.S.H. Wortman с соавторами [104], построенном на результатах 39 исследований, показано, что групповая психотерапия при лечении необъяснимых с медицинской точки зрения симптомов экономически более эффективна в сравнении с усиленной стандартной терапией и расширенной медицинской помощью. Н.Т. Ватутин с соавторами [8] сообщают о значимой роли групповой психотерапии в лечении синдрома Да Коста, рассматриваемого как разновидность СФР боевого происхождения. В то же время, не во всех публикациях эффективность групповой психотерапии СФР оценивается однозначно. Например, в рандомизированном клиническом исследовании применения групповой психотерапии при лечении необъяснимых с медицинской точки зрения симптомов, проведенном R. Schaefer с соавторами [93], было установлено, что такая терапия позволила добиться у пациентов клинически значимого

улучшения лишь в отношении психологического аспекта качества их жизни, но не повлияла на физический аспект их самочувствия.

Оценка эффективности при СФР конкретных разновидностей групповой психотерапии также дает неоднозначные результаты. Например, исследование А. Yoshino с соавторами [105] показало клинически значимый эффект групповой КПТ в отношении таких проявлений СФР, как интенсивность боли, тревога, депрессия и социальное функционирование, причем эффект этот сохранялся у пациентов на протяжении 12 месяцев после окончания терапевтического курса. Аналогичные результаты в отношении эффективности групповой КПТ при СФР получены и L.N. Zonneveld с соавторами [106]. В статье Н.Ф. Pedersen с соавторами [85] сообщается о более высоком в сравнении с усиленной стандартной терапией клиническом эффекте групповой разновидности терапии принятия и ответственности у пациентов с функциональными соматическими симптомами. В то же время, сравнительное исследование S. Moreno с соавторами [80] показало, что групповой вариант КПТ уступает по результатам лечения СФР индивидуальному ее варианту как в ближайшей, так и в отдаленной перспективе.

Отдельные публикации посвящены самой методике групповой психотерапии СФР. Так, R. Nickel, K. Ademmer и U.T. Egle [82] в своей статье приводят подробное описание программы психодинамически-интерактивной групповой психотерапии пациентов с устойчивым соматоформным болевым расстройством. В качестве основных терапевтических мишеней данной программы авторы выдвигают психические и межличностные проблемы, которые возникли у пациентов в результате неблагоприятного опыта детства и ненадежной привязанности.

Другие методы психотерапии СФР

Отдельными авторами сообщается об успешном опыте применения для лечения СФР и некоторых других психотерапевтических методов. В частности, результаты частично рандомизированного пилотного исследования применения при СФР телесно ориентированной психотерапии представляют в своей статье F. Röhrlich с соавторами [87]. Согласно полученным ими результатам, телесно ориентированная психотерапия привела к статистически более значимому снижению выраженности соматических симптомов, а также к большему улучшению самопринятия и повышению психической составляющей качества жизни пациентов в сравнении со стандартной терапией. В статье Ю.М. Каминской [12] анализируется эффективность применения метода биологической обратной связи в комплексной терапии СФР. Автором показано, что применение данного метода значимо снижает тревожные, депрессивные и вегетативные проявления болезни, а также способствует устойчивости данного результата в отдаленном периоде. Ф.В. Орлов,

Е.Л. Николаев и О.Ю. Иванова [31] ратуют за использование в психотерапии СФР нарративного подхода. На примере анализа клинического случая лечения пациента с соматоформной дисфункцией мочевого пузыря авторы демонстрируют эффективность данного подхода при рассматриваемой патологии.

Наконец, А.И. Копытин и Б. Корт [16] в своей книге указывают на растущее количество сообщений, подтверждающих положительный результат применения при лечении СФР техник телесно ориентированной арт-терапии. По мнению авторов, применение данных техник оказывается полезным при работе с пациентами, «не чувствующими» собственного тела, и способствует смягчению у них негативного отношения к своей внешности, а также формированию аутентичного, внутренне принимаемого образа своего телесного «Я». Данную точку зрения разделяет и Я.В. Кириллова [13], полагающая, что телесно ориентированные арт-терапевтические техники при психосоматических нарушениях (к числу которых относятся и СФР) учат пациентов лучше понимать «язык» собственного тела и исправляют искаженное его восприятие.

Полимодалная психотерапия СФР

В противовес поборникам того или иного конкретного психотерапевтического метода, некоторые авторы подчеркивают, что психотерапия СФР с одинаковым успехом может осуществляться самыми разными методами, дающими в итоге сопоставимый по эффективности результат. Так, L. Hetterich, S. Zipfel и A. Stengel [67] в качестве равноэффективных с точки зрения лечения СФР называют такие принципиально разные психотерапевтические подходы, как психообразование, КПТ, психодинамическая терапия и гипнотерапия. Н.А. Власов [9], разбирая возможные психотерапевтические подходы к лечению ковид-ипохондрии, выделяет три в равной степени успешные модели оказания краткосрочной психотерапевтической помощи при данном состоянии: краткосрочная стратегическая психотерапия, ориентированная на решение краткосрочная терапия и метод десенсибилизации и переработки движениями глаз.

Однако, целый ряд авторов идет еще дальше, предлагая для более успешной психотерапии СФР интегрировать несколько разных психотерапевтических методов в единую психотерапевтическую программу. В качестве преимущества такого подхода данные авторы выдвигают положение о том, что разнонаправленные методы, входящие в интегративную психотерапевтическую программу, будут воздействовать на разные точки приложения в клинической картине болезни и личности пациента, делая психотерапию более комплексной, а следовательно, более эффективной. В то же время, конкретные сочетания методов, предлагаемые разными сторонниками данного подхода, настолько разнообразны, что их сопоставление представляется весьма затруднительным.

Так, при анализе литературы нами обнаружены следующие варианты таких сочетаний: 1) рациональная психотерапия, суггестивная терапия, элементы арт-терапии, гештальт-терапия, кататимно-имагинативная психотерапия (символдрама), поведенческая терапия, нейролингвистическое программирование и семейная психотерапия [22, 23]; 2) системная семейная психотерапия Б. Хеллингера и транзактный анализ Э. Берна [14]; 3) личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия с интеграцией когнитивных и гипносуггестивных техник [39]; 4) релаксация, поведенческая психотерапия, стресс-менеджмент, медитация и гипнотерапия [55]; 5) когнитивно-поведенческая психотерапия и гипнотерапия [95]; 6) гипносуггестия, рациональная психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия, элементы нейролингвистического программирования [17]; 7) гипнотерапия, аутотренинг, релаксационные техники, нейролингвистическое программирование, гештальт-терапия, арт-терапевтические техники, элементы когнитивно-поведенческой терапии [10]; 8) комплексная гештальт-терапия с интеграцией элементов телесно-ориентированной психотерапии по А. Лоуэну и арт-терапии [21, 42]; 9) КПТ, групповая психотерапия, гипнотерапия и обучение техникам релаксации [6]; 10) рациональная, поведенческая, психоаналитическая и гипносуггестивная психотерапия [45]. Складывается впечатление, что выбор конкретных компонентов интегративной психотерапии СФР зачастую определяется не столько научными обоснованиями, полученными в ходе клинических исследований, сколько личными предпочтениями авторов. При этом практически все авторы заявляют о клинической эффективности предлагаемых ими психотерапевтических программ, но определить, какая же из них является наиболее эффективной, на сегодняшний день затруднительно.

Дистанционная психотерапия СФР

Современные технологии в последние годы сделали возможным оказание психотерапевтической помощи дистанционно, с использованием интернета. Такая психотерапия может проводиться в режиме интернет-чата или видеоконференции. Указанные нововведения коснулись, в том числе, и пациентов с СФР, в лечении которых дистанционная психотерапия применяется сегодня достаточно широко. При этом из числа применяемых таким способом психотерапевтических методов в подавляющем большинстве публикаций упоминается КПТ, что, по-видимому, связано с относительно большей в сравнении с другими психотерапевтическими методами ее приспособленностью к применению с помощью технических устройств (четкая структурированность, отсутствие необходимости в физическом контакте с пациентом и специфических требований к обстановке проведения сессии). В ряде работ рассматривается общая эффективность дистанционной КПТ в лечении СФР. Так, К. Matsumoto с соавто-

рами [77], анализируя в своем систематическом обзоре с метаанализом эффективность КПТ, проводимой в режиме видеоконференции, при различных психических расстройствах, в том числе и при СФР, пришли к выводу, что такое лечение по своей эффективности не уступает очной КПТ. Согласно результатам исследования R. Morriss с соавторами [81], дистанционная КПТ при ипохондрическом расстройстве превосходит стандартное лечение как по клинической, так и по экономической эффективности.

В исследовании E. Hedman с соавторами [65] рассмотрено влияние дистанционной КПТ на уровень нейротизма у пациентов с ипохондрическим расстройством. Согласно полученным результатам, после проведенного терапевтического курса данный уровень снизился у них до среднепопуляционных показателей. В другой своей статье [66] авторы сообщают о более высокой экономической эффективности дистанционной КПТ в сравнении с дистанционным стресс-менеджментом при лечении ипохондрического расстройства. Ступенчатое дистанционно-очное применение КПТ при синдроме хронической усталости предлагается в работах M. Worm-Smeitink с соавторами [102, 103]: на первом этапе пациент получает психотерапию в дистанционной форме, а уже затем переходит к очной терапии. По данным указанных авторов, такое лечение не уступает по своей эффективности стандартной очной КПТ, но при этом требует меньших затрат времени от психотерапевта.

Значительное внимание в литературе уделено применению дистанционной КПТ при такой клинической форме СФР, как синдром раздраженного кишечника. Так, по сообщению P. McCrone с соавторами [78], дистанционная КПТ при данной патологии сравнима с очной как по клинической, так и по экономической эффективности, превосходя при этом стандартное лечение по обоим показателям. В исследованиях H. Everitt с соавторами [56, 57] эффективность разных вариантов дистанционной КПТ (предоставляемой по телефону и через интернет) при синдроме раздраженного кишечника сравнивается с эффективностью стандартного лечения данной патологии. Авторы указывают, что оба варианта дистанционной КПТ по своей эффективности превосходят стандартное лечение, но интернет-вариант характеризуется меньшими в сравнении с телефонным вариантом затратами на сохраненные годы качественной жизни. Подробное описание техник и протоколов проведения дистанционной КПТ при синдроме раздраженного кишечника дается в работах А.И. Мелехина [25, 26]. В совместной публикации данного автора с Ю.С. Игнатенко [24] рассматриваются терапевтические мишени дистанционной КПТ с учетом психиатрического и коморбидного статусов пациента, а также клинического варианта синдрома раздраженного кишечника. При этом авторами сообщается, что длительность ремиссии после курса дистанционной КПТ при данном синдроме в среднем составляет 9—12 месяцев, что,

очевидно, предполагает необходимость проведения в дальнейшем повторных курсов.

Единичные публикации посвящены дистанционному применению для лечения СФР и других методов психотерапии. Так, D. Hoffmann с соавторами [68] приводят результаты рандомизированного клинического исследования эффективности интернет-версии терапии принятия и ответственности при ипохондрическом расстройстве. По их данным, 12 недель указанной терапии в сравнении с контрольной группой значимо уменьшили у пациентов симптомы беспокойства о здоровье. Авторы делают вывод о том, что дистанционная терапия принятия и ответственности под руководством клинициста может быть высокоэффективным и приемлемым лечением для пациентов с ипохондрическим расстройством. В. Chavooshi с соавторами [51] в своей статье представляют результаты пилотного исследования эффективности интернет-варианта интенсивной краткосрочной психодинамической психотерапии при лечении устойчивого болевого соматоформного расстройства. Исследование показало, что данная терапия может значительно ослабить у пациентов болевой синдром даже в долгосрочной перспективе. Кроме того, через 6 месяцев после завершения курса лечения у пациентов сохранялось значимое снижение показателей депрессии, тревоги и стресса, а также значительное улучшение функции регуляции эмоций, внимательности и качества жизни.

Заключение

Проведенный в настоящем обзоре анализ современной научной литературы по вопросам психотерапии СФР позволяет сделать вывод о том, что психотерапия на сегодняшний день рассматривается большинством исследователей как важный, возможно даже ведущий компонент лечения рассматриваемого вида психической патологии. В то же время, относительно конкретных аспектов ее применения при данной патологии еще остается немало вопросов. Эти вопросы касаются ведущих мишеней психотерапии при СФР, предпочтительных форм ее проведения (индивидуальная или групповая, очная или дистанционная), необходимости сочетания психотерапии с другими видами лечения, а также выбора наиболее подходящего психотерапевтического метода.

Относительно последнего вопроса следует отметить, что результаты проводимых в последние годы рандомизированных клинических исследований и метаанализов не позволяют вынести однозначного заключения о том, какой из ныне используемых методов психотерапии является наиболее эффективным именно применительно к СФР. Причем частота упоминания того или иного метода в литературных источниках еще не может служить здесь убедительным критерием, поскольку во многом зависит от развитости и популярности конкретного направления психотерапии на определенном историческом этапе. Кроме того, данные о клинической эффективности большинства применяемых в настоящее время для лечения СФР психотерапевтических методов остаются либо неоднозначными, либо недостаточными. Это касается, в том числе, и такого признанного в мире и часто упоминаемого в литературе метода, как КПТ.

Следует также отметить, что ни один из современных психотерапевтических методов не способен воздействовать сразу на все известные на сегодня возможные патогенетические звенья СФР: алекситимию, соматосенсорную амплификацию, личностно — характерологические особенности пациентов, присущие им когнитивные искажения и отклонения, неполноценность психологических защит и копинг-стратегий, паттерн ненадежной привязанности. В этой связи перспективным в отношении психотерапии СФР представляется интегративный подход с сочетанием в рамках одной психотерапевтической программы элементов из нескольких разнонаправленных методов психотерапии, воздействующих на разные терапевтические мишени. Однако, как уже указывалось в настоящем обзоре, предлагаемым сегодня разными исследователями подобным программам не хватает пока научной обоснованности с точки зрения психогенеза СФР, что является причиной чрезмерной их разнородности и несопоставимости. Именно в разработке научно обоснованных интегративных психотерапевтических программ, построенных на знании общих личностно-психологических особенностей пациентов, страдающих СФР, видится авторам настоящего обзора будущее психотерапии данного вида психической патологии.

Литература / References

1. Андрющенко А.В. Эпидемиология психосоматических расстройств. В кн.: *Лекции по психосоматике. Под ред. акад. РАН А.Б. Смелевича*. М.: ООО «Издательство “Медицинское информационное агентство”»; 2014. *Andryushchenko A.V. Epidemiologiya psichosomaticheskikh rasstrojstv. V kn.: Lekcii po psichosomatike. Pod red. akad. RAN A.B. Smulevicha*. M.: ООО «Izdatel'stvo “Medicin-skoe informacionnoe agentstvo”»; 2014. (In Russ.).
2. Артемьева М.С., Навасардян Е.В. Сравнительное исследование тревоги, депрессии и комплаентности пациентов с соматоформными расстройствами до и после лечения. *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. 2021;11:833-840. *Artemyeva MS, Navasardyan EV. Comparative study of the anxiety, depression and complaience of patients with somatoform disorders before and after treatment. Vestnik nevrologii, psikhiatrii i*

- neirokhirurgii. 2021;11:833-840. (In Russ.). <https://doi.org/10.33920/med-01-2111-02>
3. Белокрылов И.В., Райзман Е.М., Семиков С.В. К вопросу о показаниях к применению психотерапии пациентам с соматизированными расстройствами. Архивъ внутренней медицины. 2016;6(1s):121-122.
Belokrylov IV, Raizman EM, Semikov SV. On the question of indications for the use of psychotherapy for patients with somatization disorders. Arkhiv vnutrennei meditsiny. 2016;6(1s):121-122. (In Russ.).
 4. Белокрылов И.В., Семиков С.В. Современная психодинамическая психотерапия соматоформных расстройств: технологии, эффективность. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2020;5:53-61.
Belokrylov IV, Semikov SV. Modern psychodynamic psychotherapy of somatoform disorders: technology, effectiveness. Vestnik neurologii, psikiatrii i neirokhirurgii. 2020;5:53-61. (In Russ.). <https://doi.org/10.33920/med-01-2005-06>
 5. Белокрылов И.В., Семиков С.В., Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Групп-аналитическая психотерапия пациентов с соматоформными расстройствами: клиническая эффективность, динамика качества жизни, отношения к болезни и лечению. Психиатрия. 2022;20(1):76-88.
Belokrylov IV, Semikov SV, Tkhostov AS, Rasskazova EI. Group Analysis in Patients with Somatoform Disorders: Clinical Effectiveness, the Dynamics of Quality of Life and Attitude Towards Disease and Treatment. Psikiatriya. 2022;20(1):76-88. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-76-88>
 6. Беспалов Ю.И., Беспалова Л.Ю., Касымжанова М.К. Принципы диагностики и лечения хронического болевого синдрома в рамках соматоформного расстройства. Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2018;2:107-110.
Bespalov YuI, Bepalova LYu, Kassymzhanova MK. Principles of diagnosis and treatment of chronic pain syndrome within the framework of somatoform disorder. Vestnik Kazakhskogo Natsional'nogo meditsinskogo universiteta. 2018;2:107-110. (In Russ.).
 7. Бобров А.Е. Проблема психосоматических соотношений и некоторые методологические вопросы психопатологии. Социальная и клиническая психиатрия. 2017;27(1):98-103.
Vobrov AE. Problem of psychosomatic interrelations and methodological aspects of psychopathology. Social'naja i klinicheskaja psikiatrija. 2017;27(1):98-103. (In Russ.).
 8. Ватутин Н.Т., Склянная Е.В., Сологуб И.А., Кашанская О.К. Синдром да Коста. Университетская клиника. 2017;13(2):225-230.
Vatutin NT, Skliannaia EV, Sologub IA, Kashanskaia OK. Da Costa syndrome. Universitetskaya klinika. 2017;13(2):225-230. (In Russ.).
 9. Власов Н.А. Краткосрочная психотерапия при патологическом страхе заболеть COVID-19 и ковид-ипохондрией в условиях пандемии. Вестник психотерапии. 2022;84:5-14.
Vlasov NA. Brief psychotherapy for pathological fear of getting COVID-19 and covid-hypochondria in a pandemic. Vestnik psikhoterapii. 2022;84:5-14. (In Russ.). <https://doi.org/10.25016/2782-652X-2022-0-84-05-14>
 10. Есаулов В.И. Лечение тревожно-фобических расстройств у пациентов с синдромом раздраженного кишечника методами интегративной психотерапии. Современные проблемы науки и образования. 2017;1:15.
Esaulov VI. Treatment of anxiety-phobic disorders in patients with irritable bowel syndrome by integrative psychotherapy methods. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. 2017;1:15. (In Russ.).
 11. Идрисов К.А. Соматоформные расстройства в условиях длительной чрезвычайной ситуации: клинико-диагностические и терапевтические подходы. Вестник Чеченского государственного университета. 2015;3(19):60-64.
Idrisov KA. Somatoform disorders in a long-term emergency: clinical-diagnostic and therapeutic approaches. Vestnik Chechenskogo gosudarstvennogo universiteta. 2015;3(19):60-64. (In Russ.).
 12. Каминская Ю.М. БОС-терапия в комплексном лечении больных соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2010;1:26-34.
Kaminskaya YuM. Biofeedback therapy in the complex treatment of patients with somatoform autonomic dysfunction of the cardiovascular system. Psikiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya. 2010;1:26-34. (In Russ.).
 13. Кириллова Я.В. Особенности применения техник телесно-ориентированной арт-терапии в работе с психосоматическими нарушениями. Академическая наука — проблемы и достижения: материалы XIV международной научно-практической конференции. Норт-Чарлстон, 2017.
Kirillova Ya.V. Osobennosti primeneniya tekhniki telesno-orientirovannoi art-terapii v rabote s psichosomaticheskimi narusheniyami. Akademicheskaya nauka — problemy i dostizheniya: materialy XIV mezhhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii. Nort-Charlston, 2017. (In Russ.).
 14. Князев В.П. Комплексное применение психотерапевтических методов в лечении соматоформного расстройства. Общая врачебная практика (семейная медицина): проблемы и перспективы. Материалы третьей научно-практической конференции, посвященной 20-летию кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) и поликлинической терапии ДВГМУ. Хабаровск, 2011.
Knyazev V.P. Kompleksnoe primeneniye psikhoterapevticheskikh metodov v lechenii somatoformnogo

- rasstroistva. *Obshchaya vrachebnaya praktika (semejnaya meditsina): problemy i perspektivy. Materialy tretej nauchno-prakticheskoi konferentsii, posvyashchennoi 20-letiyu kafedry obshchei vrachebnoi praktiki (semeinoi meditsiny) i poliklinicheskoi terapii DVGUMU. Khabarovsk, 2011. (In Russ.)*
15. Ковешников А.И., Зайцева А.А., Морозов А.С., Бродницкая Е.И. Психофармакологические и психотерапевтические аспекты лечения синдрома раздражённого кишечника (обзор литературы). Молодежь и медицинская наука: Материалы IX Всероссийской межвузовской научно-практической конференции молодых ученых с международным участием, Тверь: ГБОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия Минздрава России, 2022. *Koveshnikov A.I., Zajceva A.A., Morozov A.S., Brodnitskaja E.I. Psihofarmakologicheskie i psihoterapevticheskie aspekty lechenija sindroma razdrashonnogo kishhechnika (obzor literatury). Molodezh' i medicinskaja nauka: Materialy IX Vserossijskoj mezhvuzovskoj nauchno-prakticheskoi konferentsii molodyh uchenyh s mezhdunarodnym uchastiem, Tver': GBOU VPO Tverskaja gosudarstvennaja medicinskaja akademija Minzdrava Rossii, 2022. (In Russ.)*
 16. Копытин А.И., Корт Б. Техники телесно-ориентированной арт-терапии. М.: Психотерапия, 2011. *Kopytin A.I., Kort B. Tekhniki telesno-orientirovanoi art-terapii. M.: Psicho-terapiya, 2011. (In Russ.)*
 17. Костин А.К., Рудницкий В.А., Аксенов М.М., Белокрылова М.Ф., Лебедева В.Ф., Епанчинцева Е.М., Иванова А.А., Никитина В.Б., Перчаткина О.Э., Гарганеева Н.П., Цыбульская Е.В. Персонализированная психофармакологическая и когнитивно-поведенческая терапия и реабилитация больных с соматоформной симптоматикой. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017;1(94):15-20. *Kostin AK, Rudnitsky VA, Axenov MM, Belokrylova MF, Lebedeva VF, Epanchintseva EM, Ivanova AA, Nikitina VB, Perchatkina OE, Garganeeva NP, Tsybul'skaja EV. Personalized psychopharmacological and cognitive-behavioral therapy and rehabilitation of patients with somatoform dysfunction. Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii. 2017;1(94):15-20. (In Russ.)*
 18. Костин А.К., Рудницкий В.А., Сазонова О.В., Никитина В.Б., Епанчинцева Е.М., Иванова А.А., Гарганеева Н.П., Цыбульская Е.В., Перчаткина О.Э., Белокрылова М.Ф. Клинические и социально-психологические факторы, определяющие приверженность к терапии пациентов с соматоформными расстройствами. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2020;2(107):13-25. *Kostin AK, Rudnitsky VA, Sazonova OV, Nikitina VB, Epanchintseva EM, Ivanova AA, Garganeeva NP, Tsybul'skaja EV, Perchatkina OE, Belokrylova MF. Clinical and socio-psychological factors determining adherence to treatment of patients with somatoform disorders. Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii. 2020;2(107):13-25. (In Russ.)*
 19. Коцюбинская Ю.В., Сафонова Н.Ю. Соматоформное болевое расстройство в орорфациальной области. Медицинский алфавит. 2018;27(364):42-45. *Kotsyubinskaya YuV, Safonova NYu. Somatoform pain disorder in orofacial region. Meditsinskii alfavit. 2018;27(364):42-45. (In Russ.)*
 20. Кухтевич И.И. Соматоформные расстройства в клинической практике. Пенза: Приволжский дом знаний; 2017. *Kuhtevich I.I. Somatoformnye rasstrojstva v klinicheskoi praktike. Penza: Privolzhskij dom znanij; 2017. (In Russ.)*
 21. Максимова Н.Е., Царева Е.В. Соматоформные расстройства желудочно-кишечного тракта, комплексная модель терапии. Психиатрия: современные тенденции охраны психического здоровья: Сборник научных трудов. Иваново, 2017. *Maksimova N.E., Tsareva E.V. Somatoformnye rasstrojstva zheludochno-kishhechnogo trakta, kompleksnaja model' terapii. Psichiatrija: sovremennye tendencii ohrany psikhicheskogo zdorov'ja: Sbornik nauchnyh trudov. Ivanovo, 2017. (In Russ.)*
 22. Маринчева Л.П., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Особенности психотерапии подростков с соматоформными расстройствами сердечно-сосудистой системы. Психическое здоровье. 2010;8(3):41-46. *Marincheva LP, Zlokazova MV, Soloviev AG. Psychotherapeutic peculiarities of adolescents with psychosomatic disorders of cardiovascular system. Psikhicheskoe zdorov'e. 2010;8(3):41-46. (In Russ.)*
 23. Маринчева Л.П., Злоказова М.В. Особенности психотерапии школьников с психосоматическими и соматоформными расстройствами в дневном стационаре. Психическое здоровье детей страны — будущее здоровье нации: Сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии. М.: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Москва), 2016. *Marincheva L.P., Zlokazova M.V. Osobennosti psikhoterapii shkol'nikov s psikhosomaticheskimi i somatoformnymi rasstrojstvami v dnevnom stacionare. Psikhicheskoe zdorov'e detei strany — budushchee zdorov'e natsii: Sbornik materialov Vserossiiskoi konferentsii po detskoj psikhiiatrii i narkologii. M.: Natsional'nyi meditsinskii issledovatel'skii tsentr psikhiiatrii i narkologii imeni V.P. Serbskogo (Moskva), 2016. (In Russ.)*
 24. Мелехин А.И., Игнатенко Ю.С. Дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия синдрома раздражённого кишечника: специфика и эффективность. Современная зарубежная психология. 2018;7(4):56-74.

- Melehin AI, Ignatenko YS. Home-based cognitive behavioral psychotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome: the specifics and effectiveness. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya*. 2018;7(4):56-74. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17759/jmfp.2018070407>
25. Мелехин А.И. Дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия при лечении синдрома раздраженного кишечника. Дистанционные технологии в профессиональном психологическом образовании, психологии и психоанализе: Сборник научных трудов по материалам международной научно-практической конференции, посвященной 10-летию отдела инновационных технологий в образовании ЧОУВО «ВЕИП», Санкт-Петербурге: ЧОУВО «Восточно — европейский институт психоанализа». 2020.
Melekhin A.I. Distantionnaya kognitivno-povedencheskaya psikhoterapiya pri lechenii sindroma razdrazhennogo kischechnika. *Distantionnye tekhnologii v professional'nom psikhologicheskom obrazovanii, psikhologii i psikhoanalize: Sbornik nauchnykh trudov po materialam mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii, posvyashchennoi 10-letiyu otдела innovatsionnykh tekhnologii v obrazovanii ChOUVO «VEIP», Sankt-Peterburg: ChOUVO «Vostochno-evropeiskii institut psikhoanaliza»*. 2020. (In Russ.).
26. Мелехин А.И. Дистанционная форма когнитивно-поведенческой психотерапии рефрактерного синдрома раздраженного кишечника. *Журнал телемедицины и электронного здравоохранения*. 2020a;6(2):30-45.
Melekhin AI. Remote form of cognitive behavioral psychotherapy for refractory irritable bowel syndrome. *Zhurnal telemeditsiny i elektronnogo zdравookhraneniya*. 2020a;6(2):30-45. (In Russ.).
<https://doi.org/10.29188/2542-2413-2020-6-2-30-45>
27. Мелехин А.И. Тактика лечения звона в ушах (тиннитуса) с точки зрения клинического психолога. Экспериментальная и клиническая оториноларингология. 2021;2(5):66-80.
Melyokhin AI. Treatment of tinnitus from the point of view of a clinical psychologist. *Ekspierimental'naya i klinicheskaya otorinolaringologiya*. 2021;2(5):66-80. (In Russ.).
28. Мелехин А.И. «Ком в горле», или globus pharyngeus: старая проблема в новых условиях. *Клиническая больница*. 2022;3(35):41-48.
Melyokhin AI. Lump in the throat, or globus pharyngeus: an old problem in new conditions. *Klinicheskaya bol'nitsa*. 2022;3(35):41-48. (In Russ.).
https://doi.org/10.56547/22263071_2022_3_41
29. Мизина Е.Б., Полторак С.В. Соматоформные расстройства (клиника, диагностика, лечение). *Наука и практика российской психотерапии и психиатрии: достижения и перспективы развития: Тезисы научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург: ООО «Альта Астра», 2016.*
- Mizinova E.B., Poltorak S.V. Somatoformnye rasstroistva (klinika, diagnostika, lechenie). *Nauka i praktika rossiiskoi psikhoterapii i psikhiatrii: dostizheniya i perspektivy razvitiya: Tezisy nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem, Sankt-Peterburg: ООО «Al'ta Ast-ra», 2016. (In Russ.)*.
30. Мороз С.М., Макарова И.И., Семенихина В.Е. Клинико-психологические факторы, влияющие на оценку качества жизни пациентами с соматоформными расстройствами. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2021;12(4): 597-602.
Moroz SM, Makarova II, Semenikhina VE. Clinical and psychological factors that influence the assessment of the quality of life by patients with somatoform disorders. *Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya*. 2021;12(4):597-602. (In Russ.).
<https://doi.org/10.34883/PI.2021.12.4.002>
31. Орлов Ф.В., Николаев Е.Л., Иванова О.Ю. Нарративный подход в психотерапии соматоформной дисфункции мочевого пузыря: анализ клинического случая. *Вестник психотерапии*. 2019;71(76):26-43.
Orlov FV, Nikolaev EL, Ivanova OYu. A narrative approach to psychotherapy of somatoform bladder dysfunction: clinical case analysis. *Vestnik psikhoterapii*. 2019;71(76):26-43. (In Russ.).
32. Пережогин Л.О. Соматоформные расстройства. Диагностика, лечение, профилактика. *Клинические рекомендации*. Москва, 2015.
Perezhogin L.O. Somatoformnye rasstroistva. Diagnostika, lechenie, profilaktika. *Klinicheskie rekomendatsii*. Moskva, 2015. (In Russ.).
33. 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;4:73-80.
Pribytkov AA, Yerichev AN, Kotsyubinsky AP, Yurkova IO. Therapy of somatoform disorders: pharmacological and psychotherapeutic approaches. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2014;4:73-80. (In Russ.).
34. Прибытков А.А., Барыльник Ю.Б., Антохин Е.Ю., Юркова И.О., Емцов К.Г., Деева М.А., Якушина А.М. Терапия соматоформных расстройств: данные исследований и повседневная практика. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2015;17(3):34-38.
Pribytkov AA, Baryl'nik YuB, Antokhin EYu, Yurkova IO, Emtsov KG, Deeva MA, Yakushina AM. Therapy somatoform disorders: data research and daily practice. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2015;17(3):34-38. (In Russ.).
35. Прибытков А.А. Когнитивно-поведенческая терапия соматоформных расстройств (описание серии случаев). *Архивъ внутренней медицины (специальный выпуск)*. 2016;6(1):126-127.

- Pribytkov AA. Cognitive-behavioral therapy of somatoform disorders (a case series). *Arkhiv vnutrennei meditsiny (spetsial'nyi vypusk)*. 2016;6(1):126-127. (In Russ.).
36. Прибытков А.А., Еричев А.Н. Соматоформные расстройства. Часть первая: интегративная модель патологии. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева*. 2017;1:3-10.
Pribytkov AA, Elichev AN. Somatoform disorders. The first part: integrative model of pathology. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M.Bekhtereva*. 2017;1:3-10. (In Russ.).
37. Собенников В.С., Белялов Ф.И. Соматизация и психосоматические расстройства. Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010.
Sobennikov V.S., Belyalov F.I. Somatizatsiya i psikhosomaticheskie rasstroistva. Irkutsk: RIO IGIUVa, 2010. (In Russ.).
38. Собенников В.С. Соматизация и соматоформные расстройства. Иркутск; 2014.
Sobennikov V.S. Somatizatsiya i somatoformnye rasstrojstva. Irkutsk; 2014. (In Russ.).
39. Ташлыков В.А. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия с интеграцией когнитивных и гипносуггестивных техник при лечении соматоформных расстройств. *Вестник психотерапии*. 2014;49(54): 23-30.
Tashlykov VA. Personality-oriented (reconstructive) psychotherapy with the integration of cognitive and hypnosuggestive techniques when treating somatoform disorders. *Vestnik psikhoterapii*. 2014;49(54):23-30. (In Russ.).
40. Харитонов С.В. Оценка эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии на начальных этапах коррекции соматических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F4). *Справочник врача общей практики*. 2016;3:39-44.
Kharitonov SV. Evaluation of the effectiveness of cognitive behavioral therapy in the initial stages of correction of somatic, stress related and somatoform disorders (F4). *Spravochnik vracha obshchei praktiki*. 2016;3:39-44. (In Russ.).
41. Харитонов С.В., Кукушина А.А., Зайцев В.П., Голубев М.В. Сравнение эффективности разных видов психокоррекции устойчивого соматоформного болевого расстройства (F45.4). *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. 2016;8:54-61.
Kharitonov SV, Kukshina AA, Zaitsev VP, Golubev MV. Comparison of the effectiveness of rehabilitation programs sustainable somatoform pain disorder (F45.4). *Vestnik nevrologii, psikiatrii i neirokhirurgii*. 2016;8:54-61. (In Russ.).
42. Царева Е.В. Интегративная модель психотерапии на примере психосоматических взаимоотношений в системе ЖКТ. *Новое качество жизни. Человек в современном мире: идентичность и межкультурная коммуникация: Международная коллективная монография. Дюссельдорф*, 2019.
Tsareva E.V. Integrativnaya model' psikhoterapii na primere psikhosomaticheskikh vzaimootnoshenii v sisteme ZhKT. *Novoe kachestvo zhizni. Chelovek v sovremennom mire: identichnost' i mezhkul'turnaya kommunikatsiya: Mezhdunarodnaya kollektivnaya monografiya*. Dyuusseldorf, 2019. (In Russ.).
43. Цыганков Б.Д., Куличенко А.Д. Эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии в лечении соматоформных расстройств: обзор зарубежных метаанализов и клинических исследований. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2015;1:81-88.
Tzigankov BD, Kulichenko AD. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for treating somatoform disorders: a review of foreign metaanalyses and clinical studies. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskii vestnik*. 2015;1:81-88. (In Russ.).
44. Чутко Л.С. Соматоформные расстройства. *Медицинский совет*. 2011;1-2:84-90.
Chutko LS. Somatoform disorders. *Meditsinskii sovet*. 2011;1-2:84-90. (In Russ.).
45. Шишков В.В., Кокурenkova П.А., Ильичев А.Б., Гречаний С.В., Поздняк В.В., Хуторянская Ю.В. Психогенная дизурия. *Педиатр*. 2020;11(5):73-79.
Shishkov VV, Kokurenkova PA, Ilyichev AB, Grechaniy SV, Pozdnyak VV, Khutoryanskaya YV. Psychogenic dysuria. *Pediatr*. 2020;11(5):73-79. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17816/PED11573-79>
46. Щербаносова Т.А., Литвинов А.В., Трофимчук Л.Г. Психосоматические и соматоформные расстройства. *Здравоохранение Дальнего Востока*. 2018;3(77):69-71.
Shcherbonosova TA, Litvinov AV, Trofimchuk LG. Psychosomatic and somatoform disorders. *Zdravookhranenie Dal'nego Vostoka*. 2018;3(77):69-71. (In Russ.).
47. Abbass A, Town J, Holmes H, Luyten P, Cooper A, Russell L, Lumley MA, Schubiner H, Allinson J, Bernier D, De Meulemeester C, Kroenke K, Kisely S. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Functional Somatic Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychother Psychosom*. 2020;89(6): 363-370.
<https://doi.org/10.1159/000507738>
48. Abbass A, Lumley MA, Town J, Holmes H, Luyten P, Cooper A, Russell L, Schubiner H, De Meulemeester C, Kisely S. Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A systematic review and meta-analysis of within-treatment effects. *J Psychosom Res*. 2021;145:110473.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110473>
49. Axelsson E, Hedman-Lagerlöf E. Cognitive behavior therapy for health anxiety: systematic review and meta-analysis of clinical efficacy and health economic outcomes. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2019;19(6):663-676. <https://doi.org/10.1080/14737167.2019.1703182>

50. Berezowski L, Ludwig L, Martin A, Löwe B, Shedden-Mora MC. Early Psychological Interventions for Somatic Symptom Disorder and Functional Somatic Syndromes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosom Med.* 2022;84(3):325-338. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001011>
51. Chavooshi B, Mohammadkhani P, Dolatshahi B. A Randomized Double-Blind Controlled Trial Comparing Davanloo Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy as Internet-Delivered Vs Treatment as Usual for Medically Unexplained Pain: A 6-Month Pilot Study. *Psychosomatics.* 2016;57(3):292-300. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2016.01.001>
52. Chernyak N, Sattel H, Scheer M, Baechle C, Kruse J, Henningsen P, Icks A. Economic evaluation of brief psychodynamic interpersonal therapy in patients with multisomatoform disorder. *PLoS One.* 2014;9(1):e83894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083894>
53. Cooper K, Gregory JD, Walker I, Lambe S, Salkovskis PM. Cognitive Behaviour Therapy for Health Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Behav Cogn Psychother.* 2017;45(2):110-123. <https://doi.org/10.1017/S1352465816000527>
54. de Greck M, Bölter AF, Lehmann L, Ulrich C, Stokum E, Enzi B, Hoffmann T, Tempelmann C, Beutel M, Frommer J, Northoff G. Changes in brain activity of somatoform disorder patients during emotional empathy after multimodal psychodynamic psychotherapy. *Front Hum Neurosci.* 2013;7:410. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00410>
55. Eriksson EM, Andrén KI, Kurlberg GK, Eriksson HT. Aspects of the non-pharmacological treatment of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2015;21(40):11439-11449. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i40.11439>
56. Everitt H, Landau S, Little P, Bishop FL, O'Reilly G, Sibelli A, Holland R, Hughes S, Windgassen S, McCrone P, Goldsmith K, Coleman N, Logan R, Chalder T, Moss-Morris R. Therapist telephone-delivered CBT and web-based CBT compared with treatment as usual in refractory irritable bowel syndrome: the ACTIB three-arm RCT. *Health Technol Assess.* 2019;23(17):1-154. <https://doi.org/10.3310/hta23170>
57. Everitt HA, Landau S, O'Reilly G, Sibelli A, Hughes S, Windgassen S, Holland R, Little P, McCrone P, Bishop F, Goldsmith K, Coleman N, Logan R, Chalder T, Moss-Morris R; ACTIB trial group. Assessing telephone-delivered cognitive-behavioural therapy (CBT) and web-delivered CBT versus treatment as usual in irritable bowel syndrome (ACTIB): a multicentre randomised trial. *Gut.* 2019a;68(9):1613-1623. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2018-317805>
58. Fallon BA, Ahern DK, Pavlicova M, Slavov I, Skritskaya N, Barsky AJ. A Randomized Controlled Trial of Medication and Cognitive-Behavioral Therapy for Hypochondriasis. *Am J Psychiatry.* 2017;174(8):756-764. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16020189>
59. Fjorback LO, Arendt M, Ornbøl E, Walach H, Rehfeld E, Schröder A, Fink P. Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: randomized trial with one-year follow-up. *J Psychosom Res.* 2013;74(1):31-40. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.09.006>
60. Fjorback LO, Carstensen T, Arendt M, Ornbøl E, Walach H, Rehfeld E, Fink P. Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: analysis of economic consequences alongside a randomized trial. *J Psychosom Res.* 2013a;74(1): 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.09.010>
61. Geraghty K, Scott MJ. Treating medically unexplained symptoms via improving access to psychological therapy (IAPT): major limitations identified. *BMC Psychol.* 2020;8(1):13. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0380-2>
62. Gerger H, Hlavica M, Gaab J, Munder T, Barth J. Does It Matter Who Provides Psychological Interventions for Medically Unexplained Symptoms? A Meta-Analysis. *Psychother Psychosom.* 2015; 84(4): 217-26. <https://doi.org/10.1159/000380914>
63. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch Arztebl Int.* 2015;112(16):279-287. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0279>
64. Häuser W, Fitzcharles MA. Facts and myths pertaining to fibromyalgia. *Dialogues Clin Neurosci.* 2018;20(1):53-62. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/whauser>
65. Hedman E, Andersson G, Lindefors N, Gustavsson P, Lekander M, Rück C, Andersson E, Ljótsson B. Personality change following internet-based cognitive behavior therapy for severe health anxiety. *PLoS One.* 2014;9(12):e113871. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0113871>
66. Hedman E, Andersson E, Ljótsson B, Axelsson E, Lekander M. Cost effectiveness of internet-based cognitive behaviour therapy and behavioural stress management for severe health anxiety. *BMJ Open.* 2016;6(4):e009327. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009327>
67. Hetterich L, Zipfel S, Stengel A. Gastrointestinal somatoform disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2019;87(9):512-525. <https://doi.org/10.1055/a-0996-0384>
68. Hoffmann D, Rask CU, Hedman-Lagerlöf E, Jensen JS, Frosthalm L. Efficacy of internet-delivered acceptance and commitment therapy for severe health anxiety: results from a randomized, controlled trial. *Psychol Med.* 2021;51(15):2685-2695. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001312>
69. Ionescu CG, Popa-Velea O, Mihăilescu AI, Talaşman AA, Bădărău IA. Somatic Symptoms and Sleep Disorders: A Literature Review of Their Relationship, Comorbidities and Treatment. *Healthcare (Basel).* 2021;9(9):1128.

- <https://doi.org/10.3390/healthcare9091128>
70. Jones B, de C Williams AC. CBT to reduce healthcare use for medically unexplained symptoms: systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2019;69(681):e262-e269. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X701273>
71. Kaur T, Ranjan P, Sarkar S, Kaloiya GS, Khan M, Aakansha, Bhatia H. Psychological interventions for medically unexplained physical symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry.* 2022;77:92-101. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2022.04.006>
72. Koelen JA, Houtveen JH, Abbass A, Luyten P, Eurelings-Bontekoe EH, Van Broeckhuysen-Kloth SA, Bühring ME, Geenen R. Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2014;204(1):12-19. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121830>
73. Lakhan SE, Schofield KL. Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2013;8(8):e71834. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071834>
74. Leaviss J, Davis S, Ren S, Hamilton J, Scope A, Booth A, Sutton A, Parry G, Buszewicz M, Moss-Morris R, White P. Behavioural modification interventions for medically unexplained symptoms in primary care: systematic reviews and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2020;24(46):1-490. <https://doi.org/10.3310/hta24460>
75. Liu J, Gill NS, Teodorczuk A, Li ZJ, Sun J. The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord.* 2019;245:98-112. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.114>
76. Maas Genannt Bermpohl F, Hülsmann L, Martin A. Efficacy of mindfulness- and acceptance-based cognitive-behavioral therapies for bodily distress in adults: a meta-analysis. *Front Psychiatry.* 2023;14:1160908. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1160908>
77. Matsumoto K, Hamatani S, Shimizu E. Effectiveness of Videoconference-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Psychiatric Disorders: Systematic and Meta-Analytic Review. *J Med Internet Res.* 2021;23(12):e31293. <https://doi.org/10.2196/31293>
78. McCrone P, Everitt H, Landau S, Little P, Bishop FL, O'Reilly G, Sibelli A, Holland R, Hughes S, Windgassen S, Goldsmith K, Coleman N, Logan R, Chalder T, Moss-Morris R. Cost effectiveness of therapist delivered cognitive behavioural therapy and web-based self-management in irritable bowel syndrome: the ACTIB randomised trial. *BMC Gastroenterol.* 2021;21(1):276. <https://doi.org/10.1186/s12876-021-01848-9>
79. McManus F, Surawy C, Muse K, Vazquez-Montes M, Williams JM. A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). *J Consult Clin Psychol.* 2012;80(5):817-828. <https://doi.org/10.1037/a0028782>
80. Moreno S, Gili M, Magallón R, Bauzá N, Roca M, Del Hoyo YL, Garcia-Campayo J. Effectiveness of group versus individual cognitive-behavioral therapy in patients with abridged somatization disorder: a randomized controlled trial. *Psychosom Med.* 2013;75(6):600-608. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31829a8904>
81. Morriss R, Patel S, Malins S, Guo B, Higton F, James M, Wu M, Brown P, Boycott N, Kaylor-Hughes C et al. Clinical and economic outcomes of remotely delivered cognitive behaviour therapy versus treatment as usual for repeat unscheduled care users with severe health anxiety: a multicentre randomised controlled trial. *BMC Med.* 2019;17(1):16. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1253-5>
82. Nickel R, Ademmer K, Egle UT. Manualized psychodynamic-interactional group therapy for the treatment of somatoform pain disorders. *Bull Menninger Clin.* 2010;74(3):219-37. <https://doi.org/10.1521/bumc.2010.74.3.219>
83. Olatunji BO, Kauffman BY, Meltzer S, Davis ML, Smits JA, Powers MB. Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behav Res Ther.* 2014;58:65-74. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.002>
84. Orzechowska A, Maruszewska P, Galecki P. Cognitive Behavioral Therapy of Patients with Somatic Symptoms-Diagnostic and Therapeutic Difficulties. *J Clin Med.* 2021;10(14):31-59. <https://doi.org/10.3390/jcm10143159>
85. Pedersen HF, Agger JL, Frostholm L, Jensen JS, Ørnboel E, Fink P, Schröder A. Acceptance and Commitment group Therapy for patients with multiple functional somatic syndromes: a three-armed trial comparing ACT in a brief and extended version with enhanced care. *Psychol Med.* 2019;49(6):1005-1014. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001666>
86. Prior KN, Bond MJ. Somatic symptom disorders and illness behaviour: current perspectives. *Int Rev Psychiatry.* 2013;25(1):5-18. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.732043>
87. Röhrich F, Sattel H, Kuhn C, Lahmann C. Group body psychotherapy for the treatment of somatoform disorder — a partly randomised-controlled feasibility pilot study. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):120. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2095-6>
88. Roldán-Barraza C, Janko S, Villanueva J, Araya I, Lauer HC. A systematic review and meta-analysis of usual treatment versus psychosocial interventions in the treatment of myofascial temporomandibular disorder pain. *J Oral Facial Pain Headache.* 2014;28(3):205-222. <https://doi.org/10.11607/ofph.1241>

89. Rossetti MG, Delvecchio G, Calati R, Perlini C, Bellani M, Brambilla P. Structural neuroimaging of somatoform disorders: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021;122:66-78. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.12.017>
90. Sanatinia R, Wang D, Tyrer P, Tyrer H, Crawford M, Cooper S, Loebenberg G, Barrett B. Impact of personality status on the outcomes and cost of cognitive-behavioural therapy for health anxiety. *Br J Psychiatry.* 2016;209(3):244-50. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.173526>
91. Sattel H, Lahmann C, Gündel H, Guthrie E, Kruse J, Noll-Husson M et al. Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry.* 2012;200(1):60-67. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.093526>
92. Sattel H, Schaefer R, Häuser W, Herrmann M, Ronel J, Henningsen P, Hausteiner-Wiehle C. Treatment of non-specific, functional and somatoform bodily complaints. *Dtsch Med Wochenschr.* 2014;139(12):602-607. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1369857>
93. Schaefer R, Kaufmann C, Wild B, Schellberg D, Boelter R, Faber R, Szecsenyi J, Sauer N, Guthrie E, Herzog W. Specific collaborative group intervention for patients with medically unexplained symptoms in general practice: a cluster randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2013;82(2):106-19. <https://doi.org/10.1159/000343652>
94. Schenkel SK, Jungmann SM, Gropalis M, Wirthöft M. Conceptualizations of Cyberchondria and Relations to the Anxiety Spectrum: Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2021;23(11):e27835. <https://doi.org/10.2196/27835>
95. Surdea-Blaga T, Baban A, Nedelcu L, Dumitrascu DL. Psychological Interventions for Irritable Bowel Syndrome. *J Gastrointest Liver Dis.* 2016;25(3):359-366. <https://doi.org/10.15403/jgld.2014.1121.253.ibs>
96. Tamás RB, Perczel-Forintos D, Máté O, Gyenge Z. Treatment of somatic symptom disorder in childhood: evidence-based psychotherapy interventions. *Orv Hetil.* 2020;161(25):1050-1058. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31740>
97. van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, Numans ME, van der Horst HE, van Marwijk H. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;11:CD011142. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011142>
98. van Ravesteijn H, Grutters J, olde Hartman T, Lucassen P, Bor H, van Weel C, van der Wilt GJ, Speckens A. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: a cost-effectiveness study. *J Psychosom Res.* 2013;74(3):197-205. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.01.001>
99. van Ravesteijn HJ, Suijkerbuijk YB, Langbroek JA, Muskens E, Lucassen PL, van Weel C, Wester F, Speckens AE. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for patients with medically unexplained symptoms: process of change. *J Psychosom Res.* 2014;77(1):27-33. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.04.010>
100. van Ravesteijn H. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with somatoform disorders. *Tijdschr Psychiatr.* 2016;58(3):198-206.
101. Vertigan AE, Murad MH, Pringsheim T, Feinstein A, Chang AB, Newcombe PA, Rubin BK, McGarvey LP, Weir K, Altman KW et al. CHEST Expert Cough Panel. Somatic Cough Syndrome (Previously Referred to as Psychogenic Cough) and Tic Cough (Previously Referred to as Habit Cough) in Adults and Children: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest.* 2015;148(1):24-31. <https://doi.org/10.1378/chest.15-0423>
102. Worm-Smeitink M, Janse A, van Dam A, Evers A, van der Vaart R, Wensing M, Knoop H. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Stepped Care for Chronic Fatigue Syndrome: Randomized Noninferiority Trial. *J Med Internet Res.* 2019;21(3):e11276. <https://doi.org/10.2196/11276>
103. Worm-Smeitink M, van Dam A, van Es S, van der Vaart R, Evers A, Wensing M, Knoop H. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Fatigue Syndrome Integrated in Routine Clinical Care: Implementation Study. *J Med Internet Res.* 2019a;21(10):e14037. <https://doi.org/10.2196/14037>
104. Wortman MSH, Lokkerbol J, van der Wouden JC, Visser B, van der Horst HE, Olde Hartman TC. Cost-effectiveness of interventions for medically unexplained symptoms: A systematic review. *PLoS One.* 2018;13(10):e0205278. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205278>
105. Yoshino A, Okamoto Y, Doi M, Horikoshi M, Oshita K, Nakamura R, Otsuru N, Yoshimura S, Tanaka K, Takagaki K, Jinnin R, Yamashita H, Kawamoto M, Yamawaki S. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for somatoform pain disorder patients in Japan: A preliminary non-case-control study. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2015;69(12):763-72. <https://doi.org/10.1111/pcn.12330>
106. Zonneveld LN, van Rood YR, Timman R, Kooiman CG, Van't Spijker A, Busschbach JJ. Effective group training for patients with unexplained physical symptoms: a randomized controlled trial with a non-randomized one-year follow-up. *PLoS One.* 2012;7(8):e42629. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0042629>

Сведения об авторах

Мухаметова Алсу Илдаровна — ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281. E-mail: flower-alsy@mail.ru

Васильев Валерий Витальевич — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: valeriy.vasilyev70@yandex.ru

Поступила 11.01.2024

Received 11.01.2024

Принята в печать 27.06.2024

Accepted 27.06.2024

Дата публикации 27.09.2024

Date of publication 27.09.2024

Контекстуальность нарушений когнитивного контроля при алкогольной зависимости — pro et contra

Березина А.А.¹, Трусова А.В.^{1,2}, Гвоздецкий А.Н.³, Климанова С.Г.¹

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

²Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

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

Оригинальная статья

Резюме. Когнитивные нарушения, в том числе, нарушения когнитивного контроля, опосредуют негативные социальные последствия связанного с алкогольной зависимостью поведения. Цель работы — изучение особенностей когнитивного контроля (торможения автоматического ответа) и общего уровня когнитивного функционирования в русскоязычной выборке лиц с зависимостью от алкоголя с использованием современных количественных методов оценки. Материалы и методы. С использованием краткой батареи оценки когнитивного функционирования при аффективных расстройствах (ВАС-А) и дополнительных тестов оценки когнитивного контроля (тест Струпа с инконгруэнтными стимулами, тест Струпа с алкоголь-ассоциированными стимулами) было обследовано 111 человек с диагнозом зависимость от алкоголя (F10.30) и 27 здоровых участников. Основными методами статистической обработки выступили критерий U-Манна-Уитни, коэффициент корреляции Спирмена, двухэтапная регрессия методом наименьших квадратов. Результаты. В экспериментальной группе показатели когнитивного функционирования были значимо ниже по всем параметрам, за исключением субтестов вербальной памяти и повторения цифр ($p < 0,05$). Построение модели связи параметров общего когнитивного функционирования и когнитивного контроля продемонстрировало, что показатель инконгруэнтности на связанные с алкоголем стимулы оказался значимым предиктором принадлежности к группе, в отличие от показателя классического теста Струпа. Заключение. Полученные результаты могут свидетельствовать о наличии нарушений скорости психических процессов, планирования и прогнозирования собственной деятельности, вербальной беглости и функции торможения ответа в исследуемой группе лиц с ЗА. Мы предполагаем, что функция торможения автоматического ответа имеет значение в общем когнитивном функционировании только в рамках актуального для лиц с зависимостью от алкоголя контекстуального поведения.

Ключевые слова: когнитивный контроль, зависимость от алкоголя, краткая батарея оценки когнитивных функций при аффективных расстройствах, торможение автоматического ответа.

Информация об авторах:

Березина Анна Андреевна* — e-mail: aneta.berezina@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-5274-0137>
Трусова Анна Владимировна — e-mail: anna.v.trusova@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0921-4203>
Гвоздецкий Антон Николаевич — comisora@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8045-1220>
Климанова Светлана Георгиевна — svetlanagk@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6162-1511>

Как цитировать: Березина А.А., Трусова А.В., Гвоздецкий А.Н., Климанова С.Г. Контекстуальность нарушений когнитивного контроля при алкогольной зависимости — pro et contra. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2024; 58:3:43-51. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-901>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contextuality of cognitive control deficits in alcohol dependence — pro et contra

Anna A. Berezina¹, Anna V. Trusova^{1,2}, Anton N. Gvozdetskiy³ Svetlana G. Klimanova¹

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

²Saint-Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

³North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

Research article

Summary. Cognitive impairment, including cognitive control, mediates the negative social consequences of alcohol-related behavior, but few studies have examined these processes in the Russian speaking population using modern and standardized assessment methods. Thus, the aim of the study was to examine the features of cognitive control (inhibition of automatic response) and the general level of cognitive functioning in a Russian-speaking sample of alcohol-dependent individuals (AD) using quantitative assessment methods. Materials and Methods. 111 individuals diagnosed with alcohol dependence (F10.30) and 27 healthy participants were examined by using the Brief Assessment of Cognitive Functioning in Affective Disorders Battery (BAC-A) and additional tests of cognitive control (Stroop test with incongruent stimuli, Stroop test with alcohol-associated stimuli). The statistical methods were U-Mann-Whitney test, Spearman correlation coefficient, two-stage least squares regression. Results. In the AD group the indices of cognitive functioning were significantly lower in all parameters except for the subtests of verbal memory and digit sequence ($p < 0,05$). The model of the relationship between the parameters of general cognitive functioning and cognitive control reveals that the index of incongruence to alcohol-related stimuli was a significant predictor of sample affiliation. Discussion. The obtained results may indicate the presence of impairments of speed of mental processes, planning, verbal fluency and response inhibition function in the group of individuals with AD. In the studied group, the automatic response inhibition function mediates the general cognitive functioning only within the relevant contextual stimuli.

Keywords: cognitive control, alcohol dependence, the Brief Assessment of Cognitions in Affective Disorders Battery (BAC-A), response inhibition.

Information about the authors:

Anna A. Berezina* — e-mail: aneta.berezina@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-5274-0137>

Anna V. Trusova — e-mail: anna.v.trusova@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0921-4203>

Anton N. Gvozdetskiy — e-mail: comisora@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8045-1220>

Svetlana G. Klimanova — e-mail: svetlanagk@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6162-1511>

To cite this article: Berezina AA, Trusova AV, Gvozdetskiy AN, Klimanova SG. Contextuality of cognitive control deficits in alcohol dependence — pro et contra. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2024; 58:3:43-51. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-901> (In Russ.)

Conflict of interest: the authors declare no conflicts of interest.

Зависимость от алкоголя (ЗА) — хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся чрезмерным употреблением алкоголя вопреки негативным последствиям, включающее социокультурный, генетический и онтогенетический аспекты [15]. Каждый год ЗА выступает причиной 3,3 миллионов смертельных случаев (5,9 % от общей смертности) [15]. Данное заболевание негативно сказывается на состоянии здоровья, семейных взаимоотношениях, социальном функционировании, качестве жизни пациентов, ведет к бездомности, безработице, психическим нарушениям [19]. Эти последствия связанного с ЗА поведения частично опосредованы наличием нарушений когнитивного функционирования (в том числе, когнитивные нарушения негативно сказываются на уровне комплаенса и повседневном функционировании больных). С когнитивными нарушениями сталкиваются от 30 до 80% людей, систематически злоупотребляющих алкоголем, это затрагивает аспекты процессов пере-

работки информации — освоение новых навыков и планирование поведения [19]. Исследования демонстрируют связь когнитивного функционирования с такими характеристиками ЗА как аддиктивное влечение, потеря количественного контроля над употреблением алкоголя, патологическая озабоченность поиском алкоголя, компульсивное потребление алкоголя, риск рецидива и коморбидного употребления каннабиса [7-9, 16, 22-23, 28-29]. Более того, в связи с тем, что когнитивные нарушения при ЗА в большинстве случаев имеют умеренную степень, их влияние на терапевтический процесс часто игнорируется в клинической практике, а в процессе лечения учитываются только более выраженные (грубые) когнитивные расстройства (например, как при т.н. «Корсаковском синдроме») [12]. Это обуславливает необходимость более глубоко изучения когнитивных нарушений при алкогольной зависимости и необходимости учета полученных данных в рутинной клинической практике.

Нарушения когнитивного функционирования у лиц с зависимостью от алкоголя имеют сложный и диффузный характер. Так, мета-анализ Crowe и коллег [12] продемонстрировал нарушения доменов скорости психических процессов, вербальной беглости/экспрессивной речи, вербального научения и некоторых других аспектов научения и памяти, а также исполнительных функций и рабочей памяти. Сходные результаты были получены в предыдущем мета-анализе Stavro и др. [26], а данные о системном нарушении исполнительных функций также соответствуют мета-анализу Stephan с соавт. [27]. К сожалению, данные исследований русскоязычной популяции с зависимостью от алкоголя немногочисленны, но также демонстрируют комплексный и диффузный характер нарушений, включая нарушения общего когнитивного функционирования, при этом более выраженные нарушения обнаруживаются в женской популяции и включают нарушения функций зрительно-пространственной памяти, планирования и принятия решений [1].

Одним из вариантов объяснения имеющихся данных о когнитивных нарушениях при зависимости от алкоголя выступает представление о трёх отдельных, но взаимодействующих блоках когнитивных процессов, обеспечивающих возникновение, развитие и поддержание зависимости: имплицитные когнитивные процессы (научение и память); метакогнитивные процессы, включая самосознание, рефлексии и саморегуляцию; исполнительные функции, то есть высокоорганизованные психические процессы, обеспечивающие планирование, исполнение и контроль (мониторинг) целенаправленного поведения. Постепенное усиление связанных с алкоголем-ассоциированными стимулами имплицитных процессов одновременно с ослаблением исполнительных функций обеспечивает снижение осознанности и способности к анализу последствий своего поведения, что выступает ключевым в формировании компульсивного стиля потребления алкоголя при зависимостях [11]. Соответственно, одним из потенциальных психологических механизмов совладания с зависимым поведением выступает одновременное усиление исполнительных функций и ослабление имплицитных доменов. Взаимодействие этих процессов описывается современными теориями когнитивного контроля [11]. В целом, когнитивный контроль включает в себя психические процессы, посредством которых выстраиваются цели и последовательные планы, которые определяют поведение, включая создание гибких и адаптированных под ситуацию ответов и сложное целенаправленное мышление [29]. Данные об особенностях когнитивного контроля у лиц с зависимостью от алкоголя нашли свое практическое применение в лечении посредством транскраниальной магнитной стимуляции, программ раннего вмешательства и профилактики зависимого поведения в подростковом возрасте [16].

Таким образом, изучение факторов формирования и развития зависимости от алкоголя, по-

следствий связанного с зависимостью поведения и разработка лечения требует анализа индивидуальной изменчивости когнитивных процессов, в частности, когнитивного контроля.

Что такое когнитивный контроль? Термины когнитивный контроль и исполнительные функции часто рассматриваются как синонимы [14]. При этом термин «когнитивный контроль» чаще используется в рамках нейронаук, в то время как термин «исполнительные функции» (executive functions) является более ранним и вышел из клинической нейропсихологии. В обоих случаях имеются ввиду когнитивные процессы поведенческой регуляции, оптимизирующие целенаправленное поведение в противовес автоматическому. Данное явление имеет много общего с разграничением контролируемого и автоматического ответов в рамках процессов переработки информации, а в теории научения отражено как различие между целенаправленным и привычным поведением. Таким образом, можно предположить, что отсутствие когнитивного контроля провоцирует автоматическое (привычное) поведение, в то время как его активация предполагает гибкий и связанный с целью ответ. Когнитивный контроль ассоциирован с функционированием префронтальной области коры головного мозга и связанных с ней структур, в частности, поясной извилины [20].

Существует множество моделей когнитивного контроля, которые можно отнести к 2 подходам: когнитивный контроль как совокупность компонентов или функций (компонентный подход); когнитивный контроль как результат взаимодействия других психических процессов (эмерджентный подход) [10]. Наибольшую популярность в рамках клинической практики приобретают компонентные теории, основанные на биологических механизмах когнитивного контроля. Например, согласно интегративной теории Миллера и Коена [20] процессы когнитивного контроля основаны на поддержании паттернов активности префронтальной коры головного мозга, отражающих цели и средства их достижения. Они осуществляют изменение сигналов в другие мозговые структуры, обеспечивающие направление потоков активности коры, для более точного соответствия входящих сигналов, внутренних состояний и промежуточных результатов, необходимых для выполнения задачи. Основной ролью префронтальной коры в обеспечении когнитивного контроля выступает контекстуальное смещение внимания для разрешения конфликта автоматических реакций и целенаправленного поведения, а также осуществления контроля внимания посредством паттерна регуляции активности коры «сверху вниз» («top-down»). Данный процесс описывается в различных концепциях терминами «торможение автоматического ответа», «преодоление интерференции» и др. Современные эмпирические исследования последовательно приводят данные о нарушении «торможение автоматического ответа» при различных психических заболеваниях, включая аффективные

расстройства, шизофрению, расстройства личности, а также при химических зависимостях [29].

Особенности когнитивного контроля у лиц с зависимостью от алкоголя. Большое количество исследований продемонстрировали наличие нарушений когнитивного контроля у лиц с зависимостью от алкоголя. Обзор Wilcox и коллег [29] отражает последовательные данные о нарушении функции торможения автоматического ответа у лиц с зависимостью от алкоголя, менее последовательные данные о нарушении рабочей памяти и наименее последовательные о нарушениях переключения между задачами. Специфика нарушений функции торможения ответа для зависимых от алкоголя также подтверждается мета-анализом Stephan и коллег [27]. Исследования когнитивного контроля на русскоязычной популяции малочисленны, и продемонстрировали нарушения функции торможения автоматического ответа у лиц с зависимостью от алкоголя [3, 4].

Также в отдельных работах были продемонстрированы связи между параметрами когнитивного контроля и особенностями употребления алкоголя — формой потребления алкоголя, тяжестью зависимости, потерей количественного контроля над употреблением алкоголя, патологической озабоченностью поиском алкоголя и компульсивным потреблением алкоголя, риском рецидива и коморбидного употребления каннабиса, влечением к алкоголю [7-9, 16, 22-23, 28-29]. Однако систематических исследований соотношения когнитивного контроля и уровня общего когнитивного функционирования, а также их связи с клиническими характеристиками ЗА, на данный момент нет.

Таким образом, целью данного исследования выступает изучение особенностей когнитивного контроля (торможения автоматического ответа) и общего уровня когнитивного функционирования в русскоязычной выборке лиц с зависимостью от алкоголя с использованием количественных инструментов оценки.

Выборка исследования. Экспериментальная группа — 111 человек с диагнозом зависимость от алкоголя (F10.30), проходящих стационарное лечение в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева ((21,9 % женщины), средний возраст — 41,7(8,26) М(σ)). Контрольная группа — 27 человек, не имеющих диагноза зависимость от алкоголя (59,1% женщины), средний возраст — 35,3(8,17)). В экспериментальной и контрольной группе большая часть участников имела высшее образование (61,2% и 85,2% соответственно), среднее специальное имели 27,0% и 11,1% соответственно, 10,8% экспериментальной группе не окончили высшее образование. Были получены значимые различия между группами по возрасту ($t=3,56$ при $p<0,001$) в распределении участников по полу ($\chi^2=8,98$, $df=1$ при $p=0,003$), при этом не было получено значимых различий в распределении участников по уровню образования ($\chi^2=7,49$, $df=3$ при $p=0,058$). В связи с различиями групп по данным параметрам для дальнейшего анализа характеристик когнитивно-

го функционирования во всех возможных случаях были использованы стандартизированные T-значения. Наследственную отягощенность по зависимости от алкоголя имели 70,2% экспериментальной группы и 37,0% контрольной группы, черепно-мозговые травмы — 47,7% и 18,5% соответственно. Средний возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома в экспериментальной группе составил 31,6(7,87) М(σ) лет, медиана по длительности заболевания составила 9,00[5,00; 14,3] Md[Q1; Q3] лет.

Методы исследования

Основными методами выступили: интервью, направленное на выявление клинических и социально-демографических характеристик, краткая батарея оценки когнитивного функционирования при аффективных расстройствах (the Brief Assessment of Cognition in Affective Disorders, ВАС-А), модификация теста Струпа с инконгруэнтными стимулами, модификация теста Струпа со связанными с алкоголем стимулами. Модификации были проведены по аналогии с тестом подавления эмоций, представленным в батарее ВАС-А. Для проведения статистического анализа высчитывались коэффициенты инконгруэнтности по широко распространенной формуле Golden [17], высчитывались отдельные характеристики для каждого субтеста (классического с инконгруэнтными стимулами, со связанными с алкоголем стимулами, с эмоционально-окрашенными стимулами и нейтральными стимулами), для расчета использовались сырые значения (количество правильных ответов за 30с.).

Краткая батарея оценки когнитивного функционирования при аффективных расстройствах (the Brief Assessment of Cognition in Affective Disorders, ВАС-А) была разработана Keefe и коллегами для создания специализированного инструмента оценки когнитивных функций у пациентов аффективными расстройствами [6, 18]. Данная методика была выбрана в связи со следующими причинами: большой чувствительностью к определению умеренных, а не только выраженных нарушений; наличием заданий на торможение ответа (тест подавления эмоций); валидизацией и адаптацией в русскоязычной популяции [5].

Основными методами статистической обработки выступил критерий U-Манна-Уитни (для определения различий между контрольной и экспериментальной группой), коэффициент корреляции р-Спирмена (для определения наличия связи клинических и когнитивных характеристик), двухэтапная регрессия методом наименьших квадратов (для определения вклада различных характеристик торможения ответа в уровень когнитивного функционирования участников).

Результаты. Данные о различиях по показателям когнитивного функционирования представлены в Табл.1. По ВАС-А показатели в группе лиц с зависимостью от алкоголя были значимо ниже чем в группе сравнения по всем субтестам на

уровне значимости $p < 0,05$ за исключением показателей субтестов «вербальное научение» ($p = 0,142$), «повторение цифр» ($p = 0,173$), «аффективная интерференция» непосредственное воспроизведение нейтральных слов ($p = 0,830$), отсроченное воспроизведение нейтральных слов ($p = 0,086$). По добавленным субтестам, сделанным по аналогии с тестом подавления эмоций ВАС-А, медианы по тесту Струпа со связными с алкоголем стимулами составили 28,5[23,3; 34,0] в экспериментальной группе и 42,5[41,0; 50,3], по классическому тесту Струпа — 24,0 [18,5; 34,0] и 36,0[29,3; 41,8] соответственно, были получены значимые различия при $p < 0,001$ в обоих субтестах. Также были получены значимые различия по показателю общего когнитивного функционирования при $p < 0,001$, $U = 316$, медианы составили 32,5[22,8; 39,3] в экспериментальной группе и 51,0[45,5; 58,3] в контрольной. При скрининговом анализе связей параметров

торможения ответа, общего когнитивного функционирования и клинических характеристик (возраст начала употребления, возраст формирования абстинентного синдрома, длительность заболевания) были получены значимые связи всех клинических характеристик с общим когнитивным функционированием ($p < 0,001$), показателем классического теста Струпа ($p < 0,05$), показателя алкоголь-ассоциированного теста Струпа с возрастом начала употребления ($p = 0,025$), возрастом формирования ААС ($p = 0,003$) (Табл. 2).

Анализ соотношения параметров торможения ответа с наличием диагноза ЗА с учётом общего уровня когнитивного функционирования был проведён с использованием двухэтапной регрессии методом наименьших квадратов. Данный метод был использован, так как существует связь общего уровня когнитивного функционирования по ВАС-А и характеристиками торможения

Таблица 1. Описательные статистики и данные по межгрупповым различиям по батарее ВАСА
Table 1. ВАС-А descriptive statistics and data on cross-group differences

| Субтест ВАС-А Зависимость от алкоголя | | Значение медианы (Md[Q1;Q3]) 1 в группе | | Значение U-Манна- Уитни | p-значение |
|--|---|---|-------------------|-------------------------------|-------------|
| | | Здоровый контроль | | | |
| Вербальная память | | 28,5[23,3; 34,0] | 42,5[41,0; 50,3] | 1153,5 | $p = 0,142$ |
| Последовательность цифр | | 37,6[29,9; 44,3] | 39,6[34,7; 44,9] | 1172,5 | $p = 0,173$ |
| Моторный тест с фишками | | 34,2[26,6; 43,9] | 60,0[53,3; 66,6] | 404,0 | $p < 0,001$ |
| Словесная беглость | | 47,5[40,4; 53,6] | 57,3[52,5; 63,9] | 580,5 | $p < 0,001$ |
| Башня Лондона | | 32,0[19,9; 43,7] | 52,1[46,5; 62,0] | 421,0 | $p < 0,001$ |
| Кодирование | | 36,8[27,0; 44,0] | 48,5[43,4; 57,9] | 546,5 | $p < 0,001$ |
| Тест аффективной интерференции | сумма нейтральных слов | 43,0[33,3; 51,2] | 48,8[44,8; 56,5] | 953,0 | $p = 0,010$ |
| | сумма аффективных слов | 40,5[33,3; 49,5] | 46,6[43,3; 56,8] | 917,0 | $p = 0,005$ |
| | Нейтральные слова | 30,5[23,5; 37,9] | 53,9[39,7; 66,5] | 1378,0 | $p = 0,830$ |
| | Аффективные слова | 30,3[24,8; 38,5] | 53,8[44,0; 58,9] | 303,0 | $p < 0,001$ |
| | Нейтральные слова (отсроченное воспроизведение) | 37,0[22,1; 48,0] | 42,5[29,8; 50,1] | 1109,0 | $p = 0,086$ |
| | Аффективные слова (отсроченное воспроизведение) | 26,8[13,4; 39,4] | 39,0[26,8; 47,2] | 977,5 | $p = 0,014$ |
| Тест подавления эмоций | Цвета | 30,0[22,5; 42,7] | 54,5[45,1; 63,7] | 425,0 | $p < 0,001$ |
| | Нейтральные слова | 30,5[23,5; 37,9] | 53,9[39,7; 66,5] | 303,0 | $p < 0,001$ |
| | Эмоционально-окрашенные слова | 32,6[22,9; 30,2] | 49,5[38,6; 56,4] | 465,5 | $p < 0,001$ |
| | Чтение | 38,7[28,8; 47,6] | 45,4 [40,8; 55,7] | 837,0 | $p = 0,003$ |
| Общее когнитивное функционирование (ВАС-А) | | 32,5[22,8; 39,3] | 51,0[45,5; 58,3] | 316,0 | $p < 0,001$ |
| Доп. субтесты | Алкоголь-ассоциированные слова | 28,5[23,3; 34,0] | 42,5[41,0; 50,3] | 228,0 | $p < 0,001$ |
| | Цветные цвета (классический) | 24,0[18,5; 34,0] | 36,0[29,3; 41,8] | 735,0 | $p < 0,001$ |
| Доп. индексы | Алкоголь-ассоциированные слова | 10,9[7,36; 14,1] | 16,1[12,1; 9,5] | 725,0 | $p < 0,001$ |
| | Цветные цвета (классический) | 8,05[4,26; 12,1] | 14,1[10,5; 17,9] | 716,0 | $p < 0,001$ |

Таблица 2. Данные о связи параметров торможения ответа, общего когнитивного функционирования и клинических характеристик в экспериментальной группе
Table 2. Data on the correlation between the response inhibition parameters, general cognitive functioning and clinical parameters

| Параметры | Возраст начала употребления | Возраст формирования ААС | Длительность заболевания |
|--|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Классический тест Струпа | r=0,228 p=0,008 | r=0,221 p=0,010 | r=0,261 p=0,002 |
| Алкоголь-ассоциированный тест | r=0,194 p=0,025 | r=0,254 p=0,003 | r=0,155 p=0,073 |
| Общее когнитивное функционирование (ВАС-А) | r=0,412 p<0,001 | r=0,431 p<0,001 | r=0,401 p<0,001 |

ответа (параметры модифицированного теста Струпа). Итоговая модель в качестве зависимой переменной включала фиктивную бинарную переменную — наличие ЗА, независимыми переменными выступили показатели классического и алкоголь-ассоциированного теста Струпа, показатель классического теста Струпа и общий уровень когнитивного функционирования по ВАС-А выступили в качестве инструментальных переменных. Значение $R^2=0,251$, $F=20,420$ при $p=0,000$. На втором этапе для алкоголь-ассоциированного Струпа $b=1,030$ при $p=0,000$, для классического — $b=0,260$ при $p=0,789$. Таким образом, показатель инконгруэнтности на связанные с алкоголем стимулы оказался значимым предиктором общего показателя принадлежности к группе, в то время как значение для показателя общей инконгруэнтности не достигло уровня статистической значимости.

Обсуждение. Полученные результаты могут свидетельствовать о наличии нарушений скорости психических процессов, планирования и прогнозирования собственной деятельности, вербальной беглости и функции торможения ответа в исследуемой группе лиц с ЗА. При сравнении с контрольной группой не было обнаружено нарушений оперативной памяти, противоречивые данные были получены относительно вербального научения, что частично согласуется с данными мета-анализов Слове и коллег [12] и Stavro и коллег [26] и обзора Wilcox и коллег [29].

Анализ вклада различных аспектов функции торможения ответа в характеристики общего когнитивного функционирования может указывать на то, что данная функция имеет значение для общего когнитивного функционирования только в рамках актуального для лиц с зависимостью от алкоголя контекстуального поведения, то есть при переработке связанной с алкоголем информации, при этом вклада изолированного торможения ответа обнаружено не было. Полученные результаты могут указывать на наличие умеренного снижения общего когнитивного функционирования в группе лиц с зависимостью от алкоголя по сравнению с условно здоровыми участниками, при этом вклад когнитивного контроля в данные нарушения проявляется только в связанном с алкоголем контексте.

Наличие связи параметров общего когнитивного функционирования, торможения ответа с такими клиническими характеристиками, как возраст начала употребления алкоголя, возраст формирования ААС и длительность заболевания может указывать на необходимость дальнейшего лонгитюдного изучения изменения когнитивного контроля при развитии ЗА.

Таким образом, данные о нарушениях когнитивного контроля при зависимости от алкоголя остаются противоречивыми. Например, в исследовании Во и коллег [7] не было показано значимой связи торможения ответа и количества потребляемого алкоголя, что косвенно противоречит полученным нами данным. Более того не всегда удается обнаружить нарушения всех параметров когнитивного контроля при расстройствах, связанных с употреблением алкоголя, что подтверждается и данными текущего исследования [23, 29].

Одной из причин имеющихся противоречий выступает сложность используемых методик оценки когнитивного контроля [13], их направленность на одновременную оценку нескольких когнитивных процессов. Таким образом, для прояснения необходимо четкое определение исследуемой характеристики, а также ее связи с используемыми методиками. Например, результаты методик Струпа, Go/NoGo могут быть одновременно интерпретированы как функция торможения ответа [21], так и как нарушения соотношений в работе проективного и реактивного компонентов когнитивного контроля [20]. Еще одной проблемой изучения когнитивного контроля при ЗА выступает необходимость учёта общего уровня когнитивного функционирования, который имеет широкую вариативность и может определять специфичность нарушений когнитивного контроля [10]. Также малое количество исследований русскоязычной популяции, выполненных в рамках количественного психометрического, а не более качественного нейropsихологического, подхода, что методологически затрудняет сопоставление имеющихся находок между собой и с исследованиями зарубежных коллег [2], а также с существующими теориями когнитивного контроля. В данном исследовании была предпринята попытка учесть эти факторы,

посредством использования стандартизированной батареи оценки когнитивных функций.

Проведенное исследование состояния когнитивных процессов у лиц с зависимостью от алкоголя в русскоязычной группе с использованием стандартизированного метода оценки (ВАС-А), а также с применением контекст-специфичных для лиц с зависимостью от алкоголя методов оценки когнитивного контроля, показало значимость связи когнитивного контроля с контекстом при определении его роли в общем когнитивном функционировании у лиц с ЗА.

Ограничениями текущего исследования выступают малая численность контрольной группы, и связанная с этим необходимость стандартизации использованных модификаций теста Струпа.

Заключение. Таким образом, полученные данные указывают на наличие более низких показателей общего уровня когнитивного функционирования и когнитивного контроля, торможения автоматического ответа, у лиц с ЗА за исключением функций вербальной и оперативной памяти по сравнению с лицами, не имеющими ЗА, что

частично согласуется с данными предыдущих исследований. Также данное исследование позволяет предположить, что показатели когнитивного контроля при обработке алкоголь ассоциированных стимулов в большей степени, чем ассоциированные с нейтральными стимулами показатели когнитивного контроля, связаны с наличием зависимого поведения.

Малое количество подобных работ и отсутствие стандартизированных методов оценки когнитивного контроля, связанного с алкоголь ассоциированными стимулами, определяет необходимость дальнейшего исследования процессов когнитивного контроля в русскоязычной популяции у лиц с ЗА и разработки более точных методов его оценки. В рамках исследования когнитивного контроля у лиц с ЗА, особого внимания требует оценка функции торможения автоматических реакций. Подобные работы позволят повысить качество психологического вмешательства при ЗА в связи с учётом фактора уровня и структуры когнитивного функционирования.

Литература / References

1. Бушара Н.М., Блохина Е.А., Крупицкий Е.М. Приверженность психотерапевтическим интервенциям в доказательных исследованиях, направленных на вторичную профилактику вич-инфекции. *Вопросы наркологии*. 2017;8:95–96.
Bushara NM, Blohina EA, Krupickij EM. Commitment to psychotherapeutic interventions in evidence-based studies aimed at secondary prevention of HIV infection.. *Voprosy narkologii*. 2017;8:95–96.
2. Ветрова М.В., Крупицкий Е.М., Трусова А.В., Климанова С.Г., Белова О.Г., Боровская В.Г., Ирхина М.Д., Пономарева Е.Р., Тюсова О.В., Блохина Е.А. Методы оценки когнитивного функционирования при аддитивных заболеваниях и ВИЧ-инфекции. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2021;13(4):21–32.
Vetrova MV, Krupickij EM, Trusova AV, Klimanova SG, Belova OG, Borovskaya VG, Irhina MD, Ponomareva ER, Tyusova OV, Blohina EA Cognitive functioning assessment methods in addictive diseases and HIV infection. *VICH-infekciya i imunosupressii*. 2021;13(4):21–32.
3. Пешковская А.Г., Галкин С.А., Стоянова И.Я. Особенности течения алкогольной зависимости и ее последствий у тувинских представителей коренного населения Сибири. *Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта*. 2022;5(207).
Peshkovskaya AG, Galkin SA, Stoyanova YA The course of alcohol dependence and its consequences in Tuvan representatives of the indigenous population of Siberia. *Uchenye zapiski universiteta imeni P.F. Lesgafta*. 2022;5(207).
4. Трусова А.В., Березина А.А., Гвоздецкий А.Н., Климанова С.Г. Влияние торможения ответа на направление сдвига внимания у лиц с алкогольной зависимостью. *Cognitive Neuroscience — 2020: материалы международного форума, Екатеринбург*. [elar.urfu.ru]. elar.urfu; 2021. Доступно: https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/95511/1/978-5-7996-3178-9_2021_062.pdf
Trusova A.V., Berezina A.A., Gvozdetskiy A.N., Klimanova S.G. Influence of Inhibition of the Response on the Direction of the Shift of Attention in Persons with Alcohol Dependence. *Cognitive Neuroscience — 2020: materialy mezhdunarodnogo foruma, Ekaterinburg*. [elar.urfu.ru]. elar.urfu; 2021. Available: https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/95511/1/978-5-7996-3178-9_2021_062.pdf
5. Янушко М.Г., Шаманина М.В., Аристова Т.А., Киф Р., Иванов М.В., Толмачева М. Стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с аффективными расстройствами» (ВАС-А) на основе нормативных данных российской популяции. *Российский психиатрический журнал*. 2015;2:68–75.
Yanushko MG, Shamanina MV, Aristova TA, Kif R, Ivanov MV, Tolmacheva M. Standardisation of the scale “Brief assessment of cognition in affective disorders” in the basis of normative data for Russian. *Rossiiskij psihiatricheskij zhurnal*. 2015;2:68–75.
6. Bauer IE, Keefe RS, Sanches M, Suchting R, Green CE, Soares JC. Evaluation of cognitive function in

- bipolar disorder using the Brief Assessment of Cognition in Affective Disorders (BAC-A). *J Psychiatr Res.* 2015;60:81-6.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.10.002>
7. Bo A, Hai AH, Jaccard J. Parent-based interventions on adolescent alcohol use outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2018;191:98-109.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.05.031>
 8. Burchi E, Makris N, Lee MR, Pallanti S, Hollander E. Compulsivity in Alcohol Use Disorder and Obsessive Compulsive Disorder: Implications for Neuromodulation. *Front Behav Neurosci.* 2019;13:70.
<https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00070>
 9. Claus ED, Kiehl KA, Hutchison KE. Neural and behavioral mechanisms of impulsive choice in alcohol use disorder. *Alcohol Clin Exp Res.* 2011;35(7):1209-19.
<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01455.x>
 10. Cooper RP. Cognitive control: componential or emergent? *Top Cogn Sci.* 2010;2(4):598-613.
<https://doi.org/10.1111/j.1756-8765.2010.01110.x>
 11. Copersino ML. Cognitive Mechanisms and Therapeutic Targets of Addiction. *Curr Opin Behav Sci.* 2017;13:91-98.
<https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.11.005>
 12. Crowe SF, Cammisuli DM, Stranks EK. Widespread Cognitive Deficits in Alcoholism Persistent Following Prolonged Abstinence: An Updated Meta-analysis of Studies That Used Standardised Neuropsychological Assessment Tools. *Arch Clin Neuropsychol.* 2019;35(1):31-45.
<https://doi.org/10.1093/arclin/acy106>
 13. Day AM, Kahler CW, Ahern DC, Clark US. Executive Functioning in Alcohol Use Studies: A Brief Review of Findings and Challenges in Assessment. *Curr Drug Abuse Rev.* 2015;8(1):26-40.
<https://doi.org/10.2174/1874473708666150416110515>
 14. Friedman NP, Robbins TW. The role of prefrontal cortex in cognitive control and executive function. *Neuropsychopharmacology.* 2022;47(1):72-89.
<https://doi.org/10.1038/s41386-021-01132-0>
 15. Galandra C, Basso G, Manera M, et al.: Abnormal fronto-striatal intrinsic connectivity reflects executive dysfunction in alcohol use disorders. *Cortex.* 2019;115:27-42.
<https://doi.org/10.1016/j.cortex.2019.01.004>
 16. Ghin FB, Christian S, AK. Neurobiological mechanisms of control in alcohol use disorder—Moving towards mechanism-based non-invasive brain stimulation treatments. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* 2022.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.12.031>
 17. Golden C.J. *Stroop Color and Word Test: A Manual for Clinical and Experimental Uses.* Chicago, IL: Stoelting Co. 1978.
 18. Keefe RS, Fox KH, Davis VG, Kennel C, Walker TM, Burdick KE, Harvey PD. The Brief Assessment of Cognition In Affective Disorders (BAC-A): performance of patients with bipolar depression and healthy controls. *J Affect Disord.* 2014;166:86-92.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.002>
 19. Maharjan S, Amjad Z, Abaza A, et al. Executive Dysfunction in Patients With Alcohol Use Disorder: A Systematic Review. *Cureus.* 2022;14(9): e29207.
<https://doi.org/10.7759/cureus.29207>
 20. Miller EK, Cohen JD. An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annu Rev Neurosci.* 2001;24:167-202.
<https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.24.1.167>
 21. Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ, Witzki AH, Howerter A, Wager TD. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex «Frontal Lobe» tasks: a latent variable analysis. *Cogn Psychol.* 2000 Aug;41(1):49-100.
<https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
 22. Müller-Oehring EM, Le Berre AP, Serventi M, Kalon E, Haas AL, Padula CB, Schulte T. Brain activation to cannabis- and alcohol-related words in alcohol use disorder. *Psychiatry Res Neuroimaging.* 2019;294:111005.
<https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2019.111005>
 23. Murray L, Welsh JC, Johnson CG, Kaiser RH, Farchione TJ, Janes AC. Alcohol- and non-alcohol-related interference: An fMRI study of treatment-seeking adults with alcohol use disorder. *Drug Alcohol Depend.* 2022;235:109462.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109462>
 24. Nikolaou K, Critchley H, Duka T. Alcohol Affects Neuronal Substrates of Response Inhibition but Not of Perceptual Processing of Stimuli Signalling a Stop Response. *PLOS ONE* 2013;8(9):e76649.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0076649>
 25. Poulton A, Mackenzie C, Harrington K, Borg S, Hester R. Cognitive Control Over Immediate Reward in Binge Alcohol Drinkers. *Alcohol Clin Exp Res.* 2016;40(2):429-37.
<https://doi.org/10.1111/acer.12968>
 26. Stavro K, Pelletier J, Potvin S. Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: a meta-analysis. *Addict Biol.* 2013;18(2):203-13.
<https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2011.00418.x>
 27. Stephan RA, Alhassoon OM, Allen KE, Wollman SC, Hall M, Thomas WJ, Gamboa JM, Kimmel C, Stern M, Sari C, Dalenberg CJ, Sorg SF, Grant I. Meta-analyses of clinical neuropsychological tests of executive dysfunction and impulsivity in alcohol use disorder. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2017;43(1):24-43.
<https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1206113>
 28. Vollstädt-Klein S., Gerhardt S., Lee A. et al. Interaction between behavioral inhibition and neural alcohol cue-reactivity in ADHD and alcohol use disorder. *Psychopharmacology.* 2020;237: 1691–1707.
<https://doi.org/10.1007/s00213-020-05492-1>
 29. Wilcox CE, Dekonenko CJ, Mayer AR, Bogenschutz MP, Turner JA. Cognitive control in alcohol use dis-

order: deficits and clinical relevance. *Rev Neurosci.* 2014;25(1):1-24.
<https://doi.org/10.1515/revneuro-2013-0054>.

Благодарности. За активное содействие в подготовке статьи приносим благодарность руководителю отдела наркологии ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева Крупицкому Евгению Михайловичу, руководителю отделения терапии стационарных больных с аддиктивными расстройствами Рыбаковой Ксении Валерьевне.

Сведения об авторах

Березина Анна Андреевна — младший научный сотрудник отделения терапии стационарных больных с аддиктивными расстройствами Национального медицинского исследовательского центра имени В.М. Бехтерева; 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева 3. E-mail: aneta.berezina@gmail.com, ORCID: 0000-0002-5274-0137.

Трусова Анна Владимировна — кандидат психологических наук, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета; 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская набережная 7-9; старший научный сотрудник отделения терапии стационарных больных с аддиктивными расстройствами Национального медицинского исследовательского центра имени В.М. Бехтерева. E-mail: anna.v.trusova@gmail.com, ORCID: 0000-0002-0921-4203.

Гвоздецкий Антон Николаевич — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, 195067, Санкт-Петербург, Россия. E-mail: somisora@yandex.ru, ORCID: 0000-0001-8045-1220.

Климанова Светлана Георгиевна — научный сотрудник отделения терапии стационарных больных с аддиктивными расстройствами Национального медицинского исследовательского центра имени В.М. Бехтерева. E-mail: svetlanagkl@gmail.com, ORCID: 0000-0001-6162-1511.

Поступила 12.12.2023

Received 12.12.2023

Принята в печать 30.05.2024

Accepted 30.05.2024

Дата публикации 27.09.2024

Date of publication 27.09.2024

Исследование личностных особенностей больных вегетативными нарушениями во взаимосвязи с клиничко-инструментальными показателями

Михайлов В.А.¹, Ржеутская Н.А.¹, Хяникяйнен И.В.^{2,3}

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

²Петрозаводский государственный университет, Россия

³Северный институт ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции (РПА Минюста России)», Петрозаводск, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Целью исследования было изучение личностных черт больных с вегетативными нарушениями (ВН) и выявление их психосоматических соотношений с вариабельностью сердечного ритма (ВСР) и с клинической степенью выраженности вегетативных проявлений. Исследовали военнослужащих г. Петрозаводска: основную группу (ОГ) — 104 человека с ВН (средний возраст 36,8±7,7 лет, гендерный индекс 1:1); контрольную группу — 30 здоровых лиц (средний возраст 36,1±5,5 лет; гендерный индекс 1:1; $p=0,761$). Использовали: «Опросник для выявления признаков вегетативных изменений» (Вейн А.М., 2003); кардиоинтервалографию с оценкой интегративных показателей (стандартного отклонения RR-интервалов (SDNN, мс) и общей мощности спектра (TP, мс²)). Личностные особенности исследовали с помощью теста «Большая пятерка» (The Big Five Inventory-2 Short Form (BFI-2-S)).

Статистическую обработку экспериментальных данных проводили в среде Excel 14.0 с использованием пакетов программного обеспечения Statistica 6.0. Выявили, что у больных с ВН, по сравнению со здоровыми, имеется умеренный вегетативный дисбаланс (36,63±10,50 / 2,67±1,96 баллов по опроснику А. М. Вейна); а также определяется снижение уровня вегетативной регуляции (с преобладанием симпатической) со снижением адаптационных возможностей (TP 1512,69±1005,38 мс² и 6548,80±3898,95 мс²; SDNN 38,34±13,27 мс и 80,17±23,59 мс в ОГ и КГ соответственно; $p<0,05$). Результаты BFI-2-S свидетельствовали о том, что у пациентов с ВН выявляется повышенный уровень нейротизма на фоне ослабления таких личностных качеств как экстраверсия, доброжелательность, добросовестность, открытость опыту. Нейротизм является той характерной личностной чертой, которая через систему психосоматических взаимоотношений усугубляет клиничко-неврологические проявления заболевания. Он прямо коррелирует с выраженностью вегетативного дисбаланса (по опроснику А. М. Вейна; $R = 0,66$), и обратно — с вариабельностью сердечного ритма ($R = -0,56$ для SPNN; $R = -0,53$ для TP). Результаты исследования позволяют оптимизировать персонализированные стратегии медико-психологической реабилитации лиц с ВН.

Ключевые слова: вегетативные нарушения, личностные особенности, вариабельность сердечного ритма.

Информация об авторах:

Михайлов Владимир Алексеевич — e-mail: vladmikh@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7700-2704>

Ржеутская Нина Александровна — e-mail: ninarjeutsky@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0000-1220-7752>

Хяникяйнен Игорь Викторович* — e-mail: hanikainen@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2655-5480>

Как цитировать: Михайлов В.А., Ржеутская Н.А., Хяникяйнен И.В. Исследование личностных особенностей больных вегетативными нарушениями во взаимосвязи с клиничко-инструментальными показателями. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2024; 58:3:52-62. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-936>.

Конфликт интересов: Михайлов В.А. является членом редакционной коллегии.

Research of the personal characteristics of patients with vegetative disorders in relation to clinical and instrumental indicators

Vladimir A. Mikhailov¹, Nina A. Rzhetskaya¹, Igor V. Hyanikyaynen^{2,3}

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

²Petrozavodsk State University, Russia

³The Northern Institute FSBEI HE «All-Russian State University of Justice (RLA Ministry of Justice of Russia)», Petrozavodsk, Russia

Research article

Summary. The aim of the research was to study the personality traits of patients with vegetative disorders (VD) and the identification of their psychosomatic relationships with heart rate variability (HRV) and with a clinical degree of severity of vegetative manifestations. The military personnel of Petrozavodsk were examined: the main group (MG) — 104 people with VD (average age 36,8±7,7 years, gender index 1:1); control group (CG) — 30 healthy individuals (average age 36,1±5,5 years; gender index 1:1; p=0,761). We used: «A questionnaire to identify signs of vegetative changes» (Vane A. M., 2003); cardiointervalography with an assessment of integrative indicators (standard deviation of RR—intervals (SDNN, ms) and total power of the spectrum (TR, ms²)). Personality traits were examined using the «Big Five» test (The Big Five Inventory—2 Short Form (BFI—2—S)). Statistical processing of experimental data was carried out in Excel 14.0 environment using Statistica 6.0 software packages. It was revealed that in patients with VD, compared with healthy ones, there is a moderate vegetative imbalance (36,63±10,50 / 2,67±1,96 points according to the A. M. Vane questionnaire); and a decrease in the level of vegetative regulation (with a predominance of sympathetic) with a decrease in adaptive capabilities (TP 1512,69±1005,38 ms² and 6548,80±3898,95 ms²; SDNN 38,34±13,27 ms and 80,17±23,59 ms in MG and CG, respectively; p<0,05).

The results of BFI—2—S indicated that patients with VD have an increased level of neuroticism against the background of a weakening of such personal qualities as: extraversion, benevolence, good faith, openness to experience. Neuroticism is a characteristic personality trait that, through a system of psychosomatic relationships, exacerbates the clinical and neurological manifestations of the disease. It directly correlates with the severity of vegetative imbalance (according to the A. M. Vane questionnaire; R = 0,66), and vice versa — with heart rate variability (R = —0,56 for SPNN; R = —0,53 for TP). The results of the study make it possible to optimize personalized strategies for the medical and psychological rehabilitation of people with VD.

Keywords: vegetative disorders, personality traits, heart rate variability.

Information about the authors:

Vladimir A. Mikhailov — e-mail: vladmikh@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7700-2704>

Nina A. Rzhetskaya — e-mail: ninarjeutsky@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0000-1220-7752>

Igor V. Hyanikyaynen* — e-mail: hanikainen@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2655-5480>

To cite this article: Mikhailov VA, Rzhetskaya NA, Hyanikyaynen IV. Research of the personal characteristics of patients with vegetative disorders in relation to clinical and instrumental indicators. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2024; 58:3:52-62. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-936> (In Russ.)

Conflict of Interest: Vladimir A. Mikhailov is a member of the editorial board.

Вегетативная дисфункция (ВД) — это распространенная патология, имеющая тенденцию к росту и затрагивающая наиболее трудоспособные слои населения. Её распространенность в общей популяции составляет 6,3% [13]. Вовлеченность разных систем и органов приводит к полиморфности клинических проявлений ВД, что в свою очередь вызывает определенные трудности в диагностике и позволяет вегетативным нарушениям (ВН) находиться в сфере интересов врачей различных специальностей.

Вегетативная нервная система принимает активное участие в адаптации организма к изменяющимся условиям внешней среды и находится в тесной взаимосвязи с эндокринной и лимбической системами головного мозга. Этим объясняется тот факт, что вегетативные проявления (пароксизмы)

сочетаются с аффективными расстройствами [7], а их выраженность и направленность зависят от личностных характеристик индивидуума. Дисгармония личности — общепризнанный фактор риска развития ВД [9], однако, до настоящего времени не проведена стратификация личностных черт у данной категории пациентов в ассоциации с клиничко-неврологическими проявлениями заболевания.

Больные с ВН трудно курабельны, так как длительный (зачастую, дорогостоящий) поиск «органической» причины заболевания, ложная фокусировка на «фасаде» соматических жалоб ведёт не только к фрустрации в диаде «врач-пациент», но и к снижению качества жизни и ограничению жизненного пространства лиц, страдающих ВД [10].

Мультифакторность заболевания и разнообразие клинических проявлений требуют применения биопсихосоциального подхода как в диагностике, так и в лечении пациентов с ВН [3]. Выявление доклинических проявлений заболевания и профилактика хронизации данной патологии являются актуальной задачей современной медицины.

Цель исследования

Изучить личностные особенности пациентов с вегетативной дисфункцией и выявить их психосоматические корреляции со степенью выраженности вегетативных проявлений и с вариабельностью сердечного ритма.

Дисфункция вегетативной нервной системы в МКБ-10 кодируется в рубриках G 90.9 (расстройство вегетативной нервной системы неуточненное), G 90.8 (другие расстройства вегетативной нервной системы). Данная нозология характеризуется полиморфностью жалоб, связанных с надсегментарными и сегментарными нарушениями вегетативной регуляции, отсутствием изменений со стороны внутренних органов и систем по данным лабораторных и инструментальных методов исследования, изменением внутренней картины болезни, а также обратимостью симптомов и хорошим прогнозом для жизни.

Диагноз подтверждался врачом-неврологом («G90.8» и «G90.9» в соотношении 1:1; на основании Приказа Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012г. № 926н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы» и региональных стандартов медицинской помощи больным с расстройствами вегетативной (автономной) нервной системы (специализированная помощь), утверждаемых Приказами Министерства здравоохранения и социального развития субъектов РФ), что позволяло говорить о пациентах, страдающих ВН.

Участники исследования и их отбор

В исследовании на добровольной основе участвовали военнослужащие, находившиеся на лечении у врача-невролога ведомственного лечебного учреждения г. Петрозаводска в 2023 году. Всем участникам разъяснены цель, временные рамки исследования, проведено информирование об используемых опросниках и инструментальных методах исследования. Протокол данного исследования был одобрен локальным этическим комитетом при ФБГУ «НМИЦ ПН» им. В.М. Бехтерева Минздрава России.

Критерии включения: клинически подтвержденный диагноз вегетативных нарушений; отсутствие значимой соматической патологии (некомпенсированные соматические заболевания, эндокринная патология), которая могла повлиять на клиническую картину заболевания; добровольное информированное согласие на участие в исследовании; отсутствие языкового барьера.

Критерии невключения в исследование: больные с психическими расстройствами (по заключению врача-психиатра), с другими неврологическими заболеваниями (болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, перенесенный инсульт, черепно-мозговые травмы, пароксизмальные состояния эпилептического генеза), имеющие органические поражения внутренних органов (по заключению врача-терапевта); больные, имеющие эндокринную патологию (нарушения углеводного и жирового обмена, заболевания щитовидной железы, гипопифиза, эпифиза, надпочечников, гипоталамические синдромы, изменение уровня половых гормонов); наркологическая зависимость, употребление психоактивных веществ; состояния, препятствующие пониманию текста опросника и его заполнению (когнитивные нарушения, языковой барьер); негативное отношение к исследованию (отсутствие добровольного информированного согласия)

Критерии исключения: развитие значимой сопутствующей психической или соматической патологии (острые или обострения хронических заболеваний); прекращение наблюдения по независящим причинам вследствие изменения обстоятельств у участника (например, при смене места жительства, убытию в служебную командировку); отказ обследуемого от дальнейшего участия в исследовании.

Методы исследования

Состояние исходного тонуса вегетативной нервной системы пациентом оценивалось с помощью «Опросника для выявления признаков вегетативных изменений» (Вейн А.М., 2003) [4]. Опросник включал в себя 11 утверждений, подсчитывались положительные ответы, каждому симптому давалась оценка от 3 до 7 баллов. Общая сумма полученных баллов у здоровых лиц не должна была превышать 15.

Исследование вариабельности сердечного ритма (ВСР) проводили в соответствии с «Международным стандартом Европейской и Североамериканской кардиологических ассоциаций» (Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology. Heart rate variability: Standards of measurement, physiological interpretation and clinical use, 1996) [11]. Регистрация проводилась в течение 300 секунд (5 минут). Исследовали ВСР посредством вариационной пульсометрии (кардиоинтервалографии), ритмографии, метода спектрального анализа (ВНС-Микро, ООО «Нейрософт», Иваново, 2019). Оценивались показатели:

- временной: стандартное отклонение RR — интервалов (SDNN, мс) — отражает все компоненты, влияющие на вариабельность ритма;
- спектральный: общая мощность спектра (TP, мс²) — отражает сумму всех регуляторных влияний.

Основываясь на общепринятых в нашей стране методических рекомендациях [11] при оценке

временных и спектральных показателей использовались следующие принципы: SDNN не должно быть меньше 32 мс, что соответствует TP не менее 1024 мс²; увеличение показателей свидетельствует о высоких регуляторных функциях и трактуется в пользу пациента.

Личностные особенности исследовались с помощью опросника «Тест «Большая пятерка» (К. Сото, О. Джон) (The Big Five Inventory-2 Short Form (BFI-2-S, Soto C.J., John O.P., 2017, адаптирован А.М. Мишкевич, С.А. Щebetенко, А.Ю. Калугин, 2022) [8]. Анкета включает в себя 30 вопросов, измеряет 5 черт личности (шкалы) и 15 фасетов (субшкалы), которые их составляют. На каждую шкалу, измеряющую черту, приходится по 6 пунктов (3 реверсивных); на каждую шкалу, измеряющую фасет, приходится по 2 пункта (1 реверсивный). С помощью специального ключа подсчитываются баллы, в ходе оценки, которых определяются основные черты личности: экстраверсия, доброжелательность, добросовестность, нейротизм, открытость опыту.

Статистический анализ экспериментальных данных проводился в среде Excel 14.0 с использованием пакетов программного обеспечения Statistica 6.0 на кафедре математического анализа математического факультета Петрозаводского государственного университета. Количественные оценки параметров, факторов и результатов в группах проводилась путем вычисления средних значений, медиан, моды, квартилей, выборочных исправленных дисперсий, стандартного отклонения, а также коэффициентов вариаций в основной и контрольной группах, определялись их размахи, минимальные и максимальные (25–75%). Достоверность межгрупповых различий при нормальном распределении оценивалась при помощи t-критерия Стьюдента, Z-теста, Манна-Уитни-Вилкоксона. Нормальность распределения изучаемых признаков проверялась по критерию Шапиро-Уилка, Лиллиефорса. Для определения уровня зависимости и подтверждения первоначальной гипотезы значений вычислялись линейные коэффициенты корреляции Пирсона, проводился непараметрический корреляционный анализ Спирмена. Вероятность ошибки во всех расчетах считалась допустимой при уровне достоверности $p < 0,05$.

Результаты

В исследование (основная группа — ОГ) включены 104 военнослужащих (гендерный индекс 1:1, по 52 мужчин и женщин), страдающих расстройством вегетативной нервной системы. Средний возраст лиц с РВНС составил $36,8 \pm 7,7$ лет. Контрольная группа (КГ) включала здоровых лиц, военнослужащих, сопоставимых с лицами основной группы по половозрастным характеристикам ($n=30$; средний возраст $36,1 \pm 5,5$ лет; гендерный индекс 1:1; $p=0,761$).

Для выраженности вегетативной недостаточности использовались: «Опросник для выявле-

ния признаков вегетативных изменений» (Вейн А.М. с соавт., 2003) для заполнения пациентом (исследуемым) [4]. Полученные показатели были достоверно выше у пациентов, страдающих ВД ($36,63 \pm 10,50$ / $2,67 \pm 1,96$ баллов, в ОГ и КГ соответственно; $p < 0,05$), что свидетельствует о средней степени выраженности ВН.

Общая вариабельность сердечного ритма (SDNN), которая позволяет оценивать адаптационные возможности [11], в группе контроля была выше ($38,34 \pm 13,27$ мс; и $80,17 \pm 23,59$ мс в ОГ и КГ соответственно; $p < 0,05$). Этот факт также свидетельствует в пользу преобладания влияния симпатической нервной системы у лиц с ВН.

Один из основных спектральных фоновых показателей TP (показатель мощности спектра), который является интегративным показателем и отражает регуляторные влияния (взаимоотношения) вегетативной нервной системы в целом [11], в основной группе был ниже ($1512,69 \pm 1005,38$ мс²; и $6548,80 \pm 3898,95$ мс у лиц с ВН и здоровых соответственно; $p < 0,05$).

Личностные характеристики в основной и контрольной группах исследовались с помощью опросника Big Five Inventory-2 Short: BFI-2-S, в основу разработки которого легла пятифакторная модель, основанная на особенностях в эмоциональной и когнитивной сфере, способности к мотивации и поведенческих реакциях [8].

Среди пациентов с вегетативными нарушениями были более низкие значения таких показателей как экстраверсия ($70,13 \pm 12,37$ / $86,87 \pm 11,04$ баллов, в основной и контрольной группах соответственно, $p < 0,05$), доброжелательность (склонность к согласию) ($69,45 \pm 13,99$ / $75,20 \pm 16,79$ баллов, $p < 0,05$), добросовестность (контроль импульсивности) ($81,40 \pm 12,34$ / $90,40 \pm 11,53$ баллов, $p < 0,05$) и открытость опыту ($55,84 \pm 14,97$ / $63,77 \pm 17,44$ баллов, $p < 0,05$). Зато показатели по такой шкале как негативная эмоциональность (нейротизм) в основной группе были выше ($38,77 \pm 14,11$ / $5,80 \pm 5,56$ баллов, $p < 0,05$).

Среди изучаемых компонентов каждой из пяти черт личности (фасетов) были получены детальные результаты, которые представлены в Табл.1.

Таким образом, в основной группе преобладали личностные черты, относящиеся к негативной эмоциональности (нейротизм); а по таким показателям как экстраверсия (общительность, настойчивость, энергичность), доброжелательность (сочувствие, доверие), добросовестность (продуктивность, ответственность), открытость опыту (творческое воображение) показатели были достоверно выше среди здоровых лиц ($p < 0,05$). По подшкалам уважительность, любознательность, эстетичность значимых различий между основной и контрольной группами получено не было ($p > 0,05$).

Провели изучение психосоматических соотношений у лиц с ВН и здоровых.

Так, в частности, выявили, что у пациентов с ВН нейротизм имеет прямую корреляцию с интенсивностью клинических проявлений (выра-

| Таблица 1. Личностные особенности у пациентов с вегетативными нарушениями и здоровых лиц Table 1. Personality traits in patients with vegetative disorders and healthy individuals | | | |
|---|-------------------------------------|---|----------------------------|
| Показатели | Лица с ВН n=104 Me[Q1;Q3], б. | Контрольная группа, n=30 Me[Q1;Q3], б. | U-тест Манна-Уитни Z, p |
| Экстраверсия* | 71[62;79] | 87[83;96] | Z=5,77,p=0,00 |
| Общительность* | 75[50;75] | 87[62;100] | Z=4,16,p=0,00 |
| Настойчивость* | 62[50;75] | 87[62;100] | Z=4,49,p=0,00 |
| Энергичность* | 87[81;87] | 100[100;100] | Z=5,17,p=0,00 |
| Доброжелательность* | 67[58;79] | 77[62;87] | Z=2,p=0,05 |
| Сочувствие* | 62[50;75] | 81[50;100] | Z=1,92,p=0,05 |
| Уважительность | 87[62;100] | 87[62;100] | Z=0,15,0=0,88 |
| Доверие* | 62[50;75] | 81[50;100] | Z=2,25,p=0,02 |
| Добросовестность* | 83[75;87] | 96[83;100] | Z=3,79,p=0,00 |
| Организованность* | 87[75;100] | 100[87;100] | Z=2,58,p=0,01 |
| Продуктивность* | 87[75;93,5] | 100[100;100] | Z=4,2,p=0,00 |
| Ответственность* | 87[62;87] | 100[75;100] | Z=2,75,p=0,01 |
| Нейротизм* | 37[29;50] | 4[0;12] | Z=8,27,p=0,00 |
| Тревожность* | 50[25;62] | 12[0;25] | Z=7,43,p=0,00 |
| Депрессивность* | 25[25;50] | 0[0;0] | Z=7,4,p=0,00 |
| Эмоциональная изменчивость* | 37[25;50] | 0[0;0] | Z=7,61,p=0,00 |
| Открытость опыту* | 54[46;67] | 67[54;75] | Z=2,69,p=0,01 |
| Любознательность | 50[37;75] | 62[25;75] | Z=0,55,p=0,58 |
| Эстетичность | 50[37;62] | 62[25;75] | Z=0,6,p=0,55 |
| Творческое воображение* | 62[50;75] | 87[75;100] | Z=4,86,p=0,00 |

Примечание: Me[Q1;Q3] — медиана и значения нижнего и верхнего квартилей, ВН — вегетативные нарушения, n — количество человек, б. — баллы, * — p<0,05 при сравнении основной и контрольной групп
Note: Me[Q1;Q3] — median and values of lower and upper quartiles, ВН — vegetative disorders, n — number of people, б. — scores, * — p<0,05 when comparing the main and control groups

женностью вегетативных проявлений по опроснику А.М. Вейна) и обратную корреляцию с показателями ВСР. А открытость опыту и эстетичность приводит к росту SDNN и TP, то есть имеет положительное влияние на функционирование вегетативной нервной системы (Табл.2).

Такие личностные характеристики как экстраверсия, энергичность, сочувствие, уважительность, добросовестность, продуктивность, ответственность были наиболее выражены у здоровых лиц с низкими показателями по опроснику А.М. Вейна (2003). Была установлена прямая зависимость между ростом показателей ВСР и преобладанием таких черт как экстраверсия, энергичность, доброжелательность, уважительность, доверие, и обратная — с депрессивностью (Табл.3).

Сравнили выше представленные корреляционные матрицы Спирмена для пациентов с ВН и здоровых (Табл.4).

При анализе взаимосвязи личностных черт (опросник BFI-2-S) с клинической картиной расстройства вегетативной нервной системы и с показателями ВСР были выявлены следующие значимые зависимости: с ростом балльных оценок показателя «экстраверсия», снижаются показатели по опроснику А. М. Вейна (2003) для пациентов и растут показатели SDNN / TP; аналогичная зависимость была получена при сравнении «добросовестности» с результатами опросника А. М. Вейна (2003) для пациентов и показателями ВСР SDNN / TP. С ростом показателей по шкале «нейротизм», отмечается рост вегетативной недостаточности, оцениваемой опросником А. М. Вейна (2003) и снижением уровня вегетативной регуляции на основании показателей SDNN / TP. По шкалам «доброжелательность» и «открытость опыту» в отношении клинических проявлений РВНС достоверной взаимосвязи установлено не

Таблица 2. Корреляционная матрица Спирмена — взаимосвязь между личностными особенностями, выраженностью вегетативных проявлений и вариабельностью сердечного ритма у пациентов с вегетативной дисфункцией
Table 2. Spearman's correlation matrix is the relationship between personality traits, the severity of vegetative manifestations and heart rate variability in patients with autonomic dysfunction

| Тест «Большая пятерка» (BFI-2-S), баллы | Выраженность вегетативных нарушений по опроснику А. М. Вейна (2003), баллы | SDNN, мс | TP, мс ² |
|---|--|--------------|---------------------|
| Экстраверсия | 0,00 | 0,06 | 0,10 |
| Общительность | 0,06 | 0,06 | 0,06 |
| Настойчивость | -0,12 | 0,01 | 0,07 |
| Энергичность | 0,06 | 0,05 | 0,09 |
| Доброжелательность | 0,12 | 0,13 | 0,09 |
| Сочувствие | 0,03 | -0,01 | 0,00 |
| Уважительность | 0,09 | 0,16 | 0,13 |
| Доверие | 0,12 | 0,11 | 0,06 |
| Добросовестность | 0,00 | 0,11 | 0,06 |
| Организованность | -0,03 | 0,08 | 0,11 |
| Продуктивность | -0,07 | 0,10 | 0,06 |
| Ответственность | 0,10 | 0,07 | -0,06 |
| Нейротизм | 0,24* | -0,35* | -0,31* |
| Тревожность | 0,10 | -0,05 | -0,03 |
| Депрессивность | 0,06 | -0,12 | -0,06 |
| Эмоциональная изменчивость | 0,17 | 0,06 | 0,06 |
| Открытость опыту | 0,13 | 0,26* | 0,28* |
| Любознательность | 0,14 | 0,14 | 0,11 |
| Эстетичность | -0,04 | 0,25* | 0,30* |
| Творческое воображение | 0,15 | 0,15 | 0,16 |

* Все коэффициенты ранговой корреляции Спирмена (R) статистически значимы на уровне $p < 0,05$; SDNN — стандартное отклонение RR-интервалов при выполнении кардиоинтервалографии; TP — общая мощность спектра при выполнении кардиоинтервалографии

*All Spearman rank correlation coefficients (R) are statistically significant at the level of $p < 0,05$; SDNN — standard deviation of RR-intervals when performing cardiointervalography; TP — total power of the spectrum when performing cardiointervalography

было, но имелась прямая зависимость показателей с ВСР.

Обсуждение

Не вызывает сомнения тот факт, что для обеспечения гомеостаза организма, адаптации к внешним воздействиям и поддержания работоспособности необходимо повышение уровня функционирования, но, несмотря на такую гиперфункцию в деятельности вегетативной нервной системы диапазоны ее реактивности прогрессивно снижаются [2], что и проявляется вегетативной недостаточностью. Количественным

маркером степени выраженности вегетативной несостоятельности является снижение среднего балла по опроснику А. М. Вейна (2003).

У пациентов с ВН, по сравнению со здоровыми, выявили снижение интегративных показателей вариабельности сердечного ритма. Так, снижение показателя «SDNN» свидетельствует не только о снижении адаптационных возможностей, но и о симпатикотонии. А уменьшение «TP» отражает дизрегуляцию вегетативной нервной системы в целом.

Общепризнано, что с ростом потребностей организма к адаптации происходит активация регуляторных систем, прежде всего симпатической.

Таблица 3. Корреляционная матрица Спирмена — взаимосвязь между личностными особенностями, выраженностью вегетативных проявлений и вариабельностью сердечного ритма у здоровых
Table 3. Spearman's correlation matrix is the relationship between personality traits, the severity of vegetative manifestations and heart rate variability in healthy people

| Тест «Большая пятерка» (BFI-2-S), баллы | Выраженность вегетативных проявлений по опроснику А. М. Вейна (2003), баллы | SDNN, мс | TP, мс ² |
|---|---|----------|---------------------|
| Экстраверсия | -0,25* | 0,21* | 0,19 |
| Общительность | -0,15 | 0,12 | 0,11 |
| Настойчивость | -0,14 | 0,14 | 0,13 |
| Энергичность | -0,30* | 0,20* | 0,18 |
| Доброжелательность | -0,17 | 0,27* | 0,29* |
| Сочувствие | -0,31* | 0,17 | 0,18 |
| Уважительность | -0,30* | 0,24* | 0,22* |
| Доверие | 0,16 | 0,18 | 0,21* |
| Добросовестность | -0,36* | -0,08 | -0,08 |
| Организованность | -0,18 | -0,06 | -0,07 |
| Продуктивность | -0,51* | 0,07 | 0,07 |
| Ответственность | -0,20* | -0,15 | -0,14 |
| Нейротизм | 0,10 | -0,01 | 0,00 |
| Тревожность | 0,12 | 0,05 | 0,07 |
| Депрессивность | 0,13 | -0,22* | -0,23* |
| Эмоциональная изменчивость | -0,04 | 0,06 | 0,06 |
| Открытость опыту | -0,17 | -0,01 | 0,02 |
| Любознательность | -0,17 | -0,03 | -0,01 |
| Эстетичность | -0,02 | 0,03 | 0,04 |
| Творческое воображение | -0,19 | -0,02 | 0,00 |

* Все коэффициенты ранговой корреляции Спирмена (R) статистически значимы на уровне $p < 0,05$; SDNN — стандартное отклонение RR-интервалов при выполнении кардиоинтервалографии; TP — общая мощность спектра при выполнении кардиоинтервалографии
 *All Spearman rank correlation coefficients (R) are statistically significant at the level of $p < 0,05$; SDNN — standard deviation of RR-intervals when performing cardiointervalography; TP — total power of the spectrum when performing cardiointervalography

При оценке ВСР это отражается в увеличении низкочастотной мощности спектра и снижении общей вариабельности сердечного ритма. Данные характеристики отражают функциональный резерв организма, чем больше выраженность изменений в показателях, тем больше риск истощения регуляторных резервов и срыва адаптации. Таким образом, с учетом проведенного анализа ВСР, можно говорить о снижении физиологического потенциала реагирования на стресс среди лиц основной группы. Исходя из модели многоуровневой регуляции, следует отметить у пациентов с вегетативными нарушениями снижение активности автономного контура, который отвечает за эффективную, быструю, рациональную, энергосохраняющую адаптацию, и повышение

сегментарной регуляции, связанной с активацией стрессовых механизмов (адаптация с «большой стоимостью») [11].

В стрессовой ситуации отмечается снижение активности префронтальной коры (орбитофронтальной и медиальной префронтальной), при этом уровень регуляции спускается на подкорковые образования (поясную кору, передние отделы островка, центральные отделы миндалевидного тела). Активирующие влияния от миндалевидного тела, через ядра гипоталамуса, передаются на ядра одиночного пути и ростральные вентролатеральные симпатические нейроны продолговатого мозга, которые усиливают нисходящие симпатические влияния и опосредованно через *nervus vagus*, уменьшают парасимпатическое вли-

Таблица 4. Зависимость между личностными особенностями, выраженностью вегетативных проявлений и вариабельностью сердечного ритма у пациентов с вегетативной дисфункцией (на основе сравнения корреляционных матриц Спирмена больных и здоровых)
Table 4. The relationship between personality traits, the severity of vegetative manifestations and heart rate variability in patients with autonomic dysfunction (based on a comparison of Spearman correlation matrices of patients and healthy)

| Тест «Большая пятерка» (BFI-2-S), баллы | Выраженность вегетативных нарушений по опроснику А. М. Вейна (2003), баллы | SDNN, мс | TP, мс ² |
|---|--|----------|---------------------|
| Экстраверсия | -0,43* | 0,43* | 0,43* |
| Общительность | -0,28* | 0,31* | 0,30* |
| Настойчивость | -0,39* | 0,32* | 0,33* |
| Энергичность | -0,31* | 0,34* | 0,34* |
| Доброжелательность | -0,09 | 0,24* | 0,24* |
| Сочувствие | -0,15 | 0,17* | 0,19* |
| Уважительность | 0,04 | 0,11 | 0,09 |
| Доверие | -0,08 | 0,21* | 0,21* |
| Добросовестность | -0,27* | 0,25* | 0,21* |
| Организованность | -0,16 | 0,14 | 0,12 |
| Продуктивность | -0,32* | 0,29* | 0,27* |
| Ответственность | -0,15 | 0,16 | 0,10 |
| Нейротизм | 0,66* | -0,56* | -0,53* |
| Тревожность | 0,57* | -0,47* | -0,45* |
| Депрессивность | 0,52* | -0,49* | -0,45* |
| Эмоциональная изменчивость | 0,63* | -0,47* | -0,47* |
| Открытость опыту | -0,13 | 0,26* | 0,23* |
| Любознательность | 0,05 | 0,05 | 0,03 |
| Эстетичность | -0,07 | 0,15 | 0,13 |
| Творческое воображение | -0,28* | 0,37* | 0,34* |

* Все коэффициенты ранговой корреляции Спирмена (R) статистически значимы на уровне $p < 0,05$; SDNN — стандартное отклонение RR-интервалов при выполнении кардиоинтервалографии; TP — общая мощность спектра при выполнении кардиоинтервалографии
 *All Spearman rank correlation coefficients (R) are statistically significant at the level of $p < 0,05$; SDNN — standard deviation of RR-intervals when performing cardiointervalography; TP — total power of the spectrum when performing cardiointervalography

ание. Таким образом, возникает закономерное изменение вариабельности сердечного ритма, что в свою очередь, позволяет использовать данный показатель для оценки функционального состояния вегетативной нервной системы, которая обеспечивает эффективную деятельность организма во внешней среде [11].

В формате проведенного нами исследования, преобладание симпатической регуляции и снижение ВСР следует рассматривать как сдвиг вегетативного гомеостаза в сторону симпатической регуляции. Набор, высокие цифры общей мощности ВСР являлись бы показателем достаточного адаптационного резерва, обеспечивающего устойчивость индивидуума к стрессогенным внешним факторам [12].

При изучении личностного профиля среди пациентов с ВН были более низкие значения таких показателей как экстраверсия, доброжелательность (склонность к согласию), добросовестность (контроль импульсивности) и открытость опыту. Зато показатели по шкале негативная эмоциональность (нейротизм) в основной группе были выше. По данным литературы известно, что личностные черты, определяемые по шкалам «Большой Пятерки», в значительной мере влияют на аффективные реакции людей [6]. Например, люди с высокими показателями нейротизма склонны к отрицательным эмоциям, таким как грусть, тревога, злость. Положительные эмоции в большей степени генерируют индивидуумы с высокими

баллами по шкалам «экстраверсия» и «доброжелательность». Кроме того, нейротизм находится в обратной взаимосвязи с уровнем интеллекта; а доброжелательность, открытость опыту, добросовестность и экстраверсия обеспечивают мотивацию деятельности, стойкость в целедостижении и обеспечивают успешность решения задач, способствуя профессиональному росту [5].

Также нами был проведен математический и статистический анализ полученных данных с помощью вычисления линейного коэффициента корреляции Пирсона и проведен анализ непараметрический корреляционный анализ Спирмена с целью установления статически значимых корреляций между пациентами с вегетативной дисфункцией и здоровыми лицами. Оценивалась зависимость между клиническими проявлениями ВН, показателями variability сердечного ритма и личностными чертами. Нейротизм у лиц с ВД прямо коррелирует со степенью выраженности вегетативных проявлений по опроснику А. М. Вейна (2003) и обратно — с интегративными показателями ВСП. Диаметрально противоположные соотношения выявлены у больных с расстройством вегетативной нервной системы между такими их личностными чертами, как «экстраверсия» и «доброжелательность» со средним баллом по опроснику А. М. Вейна (обратная корреляция), с ВСП (прямая корреляция). «Доброжелательность» и «открытость опыту» прямо коррелируют у данной категории больных лишь с ВСП без зависимости от степени выраженности вегетативных проявлений. Следовательно, у лиц с ВН нейротизм является той характерной личностной чертой, которая через систему психосоматических взаимоотношений усугубляет клинко-неврологические проявления заболевания, что подтверждается данными современных литературных источников [1].

Таким образом, в ходе исследования была доказана этиологическая мультифакторность вегетативных нарушений и необходимость рассматривать данное заболевание с точки зрения биопсихосоциального подхода как в отношении диагностики, так и в отношении профилактики и лечения.

Литература / References

1. Антонен Е.Г., Хяникяйнен И.В. Соматоформная вегетативная дисфункция как предиктор хронической ишемии мозга. Ученые записки Петрозаводского Государственного Университета. 2014;141(4):43-48.
Antonien EG, Hyanikyaynen IV. Somatoform autonomic dysfunction as predictor of chronic cerebral ischemia. Uchenye zapiski Petrozavodskogo Gosudarstvennogo Universiteta. 2014;141(4):43-48 (In Russ.).
2. Бойцов С.А., Карпов Ю.А., Остроумова О.Д., Агеев Ф.Т., Кисляк О.А., Стрюк Р.И., Негода С.В., Орлова Я.А. Роль активации симпатической нервной системы в лечении артериальной гипертонии. Фокус на пациента с повышенной частотой сердечных сокращений. Экспертное мнение. Атмосфера. Новости кардиологии. 2020;(1):20-28.
Boitsov SA, Karpov YA, Ostroumova OD, Ageev FT, Kislyak OA, Stryuk RI, Nedogoda SV, Orlova YA. The Role of Activation of Sympathetic Nervous System in the Treatment of Arterial Hypertension. Focus on a Patient with Increased Heart Rate. Expert Opinion. Atmosfera. Novosti kardiologii. 2020;(1):20-28 (In Russ.).
<https://doi.org/10.24411/2076-4189-2020-11047>
3. Васильева А.В., Караваева Т.А. Психосоциальные факторы профилактики и терапии неврологических расстройств в мегаполисе: миссии интервенций в здоровом городе. Обозрение

Заключение

У лиц с расстройством вегетативной нервной системы, по сравнению со здоровыми, имеется умеренная степень выраженности вегетативных нарушений, а также определяется снижение уровня вегетативной регуляции (с преобладанием симпатической) со снижением адаптационных возможностей.

При проведении психологического обследования у них выявляется повышенный уровень нейротизма на фоне ослабления таких личностных качеств как экстраверсия, доброжелательность, добросовестность, открытость опыту.

У пациентов с вегетативными нарушениями выявляются психосоматические корреляции, отражающие биопсихосоциальную сущность соматоформных расстройств. Так, у них установлены значимые взаимосвязи между клинко-неврологическими проявлениями и личностными особенностями. Такая личностная особенность больных как «нейротизм» (по тесту «Большая пятерка» (BFI-2-S)) прямо коррелирует с выраженностью вегетативного дисбаланса (по опроснику А. М. Вейна, 2003), и обратно — с variability сердечного ритма (снижение интегративных показателей SPNN (общая variability сердечного ритма) и TP (общая мощность спектра), приводящих к ухудшению функционирования вегетативной нервной системы). Факторы, ослабляющие порочный круг, будут способствовать улучшению психологической адаптации к вегетативной дисфункции. Например, в рамках психологической коррекции целесообразно развитие таких личностных черт как «экстраверсия» и «доброжелательность», которые обратно коррелируют со средним баллом по опроснику А. М. Вейна (2003), и прямо — с интегративными показателями variability сердечного ритма при проведении кардиоинтервалографии. Это значит, что применение выявленных значимых психосоматических отношений может быть полезно для оптимизации психолого-психотерапевтической реабилитации лиц с вегетативными нарушениями (особенно на ранних стадиях развития заболевания) в рамках персонализированного подхода.

- психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2020;(2):95-104.
4. Vasileva AV, Karavaeva TA. Psychosocial factors of the neurotic disorders treatment and prevention in metropolis. *Obzrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2020;(2):95-104 (In Russ.).
<https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-2-95-104>
 5. Вейн А.М. *Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение.* — М.: Медицинское информационное агентство, 2003.
 6. Vejn A.M. *Vegetativnye rasstrojstva: klinika, diagnostika, lechenie.* M.: Medicinskoje informacionnoje agentstvo, 2003. (In Russ.).
 7. Зиренко М.С., Корнилова Т.В. Интеллект, мотивация и черты Большой пятерки в регуляции решения детерминистской задачи. *Вестник Московского университета. Психология*. 2020;(1):3-21.
 8. Zirenko MS, Kornilova TV. *Intelligence, motivation and Big Five personality traits in the regulation of decision-making in the deterministic wason selection task.* *Vestnik Moskovskogo universiteta. Psihologiya*. 2020;(1):3-21.
<https://doi.org/10.11621/vsp.2020.01.01>
 9. Корнилова Т.В., Шестова М.А., Корнилов С.А. Эмоциональный интеллект, черты Большой пятерки и эмоциональная креативность в латентных личностных профилях. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология*. 2021;11(2):123-136.
 10. Kornilova TV, Shestova MA, Kornilov SA. *Emotional intelligence, Big Five Traits and emotional creativity in latent personality profiles.* *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psihologiya*. 2021;11(2):123-136.
<https://doi.org/10.21638/spbu16.2021.201>
 11. Коцюбинская Ю.В., Сафонова Н.Ю., Михайлов В.А. Особенности эмоционально-когнитивной сферы больных с соматоформными расстройствами на примере хронической болевой дисфункции. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2021;12(2):238-248.
 12. Kotsiubinskaya YuV, Safonova NYu, Mikhailov VA. *Eatures of the emotional-cognitive sphere of patients with somatoform disorders on the example of chronic pain dysfunction.* *Psikiatriya, psihoterapiya i klinicheskaya psihologiya*. 2021;12(2):238-248 (In Russ.).
<https://doi.org/10.34883/PI.2021.12.2.005>
 13. Мишкевич А.М., Щебетенко С.А., Калугин А.Ю., Сото К.Д., Джон О.П. Апробация краткой и сверхкраткой версий вопросника Big Five Inventory-2: BFI-2-S И BFI-2-XS. *Психологический журнал*. 2022; 43(1):95-108.
 14. Mishkevich AM, Shchebetenko SA, Kalugin AY, Soto KD, Dzhon OP. *The short and extra-short forms of the Russian version of big five inventory-2: BFI-2-S and BFI-2-XS.* *Psihologicheskij zhurnal*. 2022; 43(1):95-108 (In Russ.).
<https://doi.org/10.31857/S020595920017744-4>
 15. Прибытков А.А., Еричев А.Н. Соматоформные расстройства. Часть первая: интегративная модель патологии. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2017;(1):3-10.
 16. Pribytkov AA, Erichev AN. *Somatoform disorders. The first part: integrative model of pathology.* *Obzrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2017;(1):3-10 (In Russ.).
 17. Сидоров П.И., Совершаева Е.П. Синергетическая биопсихосоциодуховная концепция ментальной эпидемии соматоформных расстройств. *Экология человека*. 2015;(11):33-40.
 18. Sidorov PI, Sovershaeva EP. *Synergetic bio-psycho-socio-spiritual conception of mental epidemic of somatoform disorders.* *Ecologiya cheloveka*. 2015;(11):33-40 (In Russ.).
 19. Фомин Ф.Ю., Ахмерова Л.Р., Ананьева Л.Р., Саломатина Т.А., Андреев Е.В. Применение метода variability сердечного ритма в психоневрологической практике (часть 1): методические рекомендации. СПб. НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020.
 20. Fomin F.Yu., Ahmerova L.R., Anan'eva L.R., Salomatina T.A., Andreev E.V. *Primenenie metoda variabel'nosti serdechnogo ritma v psihonevrologicheskoy praktike (chast' 1): metodicheskie rekomendacii.* — Spb.: NMIC PN im. V.M. Bekhtereva, 2020. (In Russ.).
 21. Шлык Н.И. *Вариабельность сердечного ритма и методы ее определения у спортсменов в тренировочном процессе. Методическое пособие.* — Ижевск: Удмуртский университет, 2022.
 22. Shlyk N.I. *Variabel'nost' serdechnogo ritma i metody ee opredeleniya u sportsmenov v trenirovochnom processe.* *Metodicheskoe posobie.* Izhevsk: Udmurtskij universitet, 2022. (In Russ.).
 23. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010.* *Eur. Neuropsychopharmacol*. 2011;21(9): 655-679.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>

Сведения об авторах

Михайлов Владимир Алексеевич — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, научный руководитель отделения интегративной терапии больных психоневрологического профиля и отделения экзогенно-органических расстройств и эпилепсии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 192019, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3. E-mail: vladmikh@yandex.ru

Ржеутская Нина Александровна — врач-невролог, соискатель ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: ninarjeutsky@mail.ru

Хяникяйнен Игорь Викторович — доктор медицинских наук; профессор кафедры неврологии, психиатрии и микробиологии Медицинского института имени профессора А.П. Зильбера ФГБУ ВО «Петрозаводский государственный университет», 185910, Республика Карелия, г. Петрозаводск, просп. Ленина, д. 33; доцент кафедры уголовного права и процесса Северного института (филиала) ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции» (Российской Правовой Академии Минюста России), 185034, Республика Карелия, г. Петрозаводск, ул. Онежской Флотилии, д. 51. E-mail: hanikainen@yandex.ru

Поступила 02.03.2024

Received 02.03.2024

Принята в печать 25.07.2024

Accepted 25.07.2024

Дата публикации 27.09.2024

Date of publication 27.09.2024

Влияние доинсультного когнитивного снижения на эффективность реабилитации и когнитивно-функциональный статус пациентов в остром периоде ишемического инсульта

Тынтерова А.М.

Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта, Калининград, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Цель — на основании статистической методологии оценить влияние преморбидного когнитивного дефицита на эффективность реабилитации с применением VR –технологий и когнитивно-функциональный статус пациентов в остром периоде ишемического инсульта. Материалы и методы: обследовано 120 пациентов с диагнозом «Ишемический инсульт». Для выявления когнитивного снижения пациента до инсульта применялся опросник IQCODE. В зависимости от показателей IQCODE, пациенты были разделены на две группы: 1-я группа — 71 пациент с нормальным когнитивным статусом до инсульта (IQCODE \leq 78 баллов), 2-я группа — 49 пациентов с преморбидным когнитивным дефицитом (IQCODE $>$ 78 баллов). Для оценки когнитивно — функционального статуса использовались шкалы MoCA, NIHSS, BI, mRS, дополнительные шкалы для оценки праксиса, семантической афазии, перцепции и исполнительной функции.

В качестве критериев эффективности реабилитации (RE) использовались объективно измеряемые количественные показатели АПК для виртуальной реальности до и после лечения. Математическая статистика выполнялась с использованием языка программирования Python и библиотек Pandas и SciPy. Результаты: у всех пациентов наблюдался мультифункциональный тип когнитивных нарушений с преимущественным снижением в сферах исполнительной функции, памяти, речи и перцепции. Пациенты 2-й группы имели более выраженный дефицит в сферах конструктивного праксиса, эпизодической памяти, семантической обработки информации и перцепции. Оценка динамики когнитивных нарушений на фоне проведенной терапии выявила значимое улучшение в отношении снижения памяти ($p=0,0034$), исполнительной дисфункции ($p<0,0001$) и нарушения внимания ($p=0,0001$) у пациентов 2-й группы и регресс когнитивного дефицита практически во всех когнитивных сферах у пациентов 1-й группы. Факторами, затрудняющими реабилитацию у пациентов 1-й группы, являлись нарушения внимания ($r = -0,325$) и перцепции ($r = -0,425$); у пациентов 2-й группы — семантическая афазия ($r = -0,425$), конструктивная апраксия ($r = -0,325$), нарушение речи ($r = -0,375$), предметная агнозия ($r = -0,323$) и степень IQCODE ($r = -0,395$).

Заключение: доинсультные когнитивные нарушения являются предикторами развития и прогрессирования постинсультного когнитивного дефицита, снижают возможности реабилитации и восстановления когнитивных функций. Внедрение IQCODE в диагностику когнитивной дисфункции в остром периоде ишемического инсульта является полезным инструментом в прогнозировании течения и развития когнитивного дефицита и изучения перспектив применения реабилитационных программ с применением технологий VR у пациентов с когнитивными нарушениями до инсульта.

Ключевые слова: ишемический инсульт, IQCODE, когнитивная функция, реабилитация, VR — терапия.

Информация об авторе:

Тынтерова Анастасия Михайловна — e-mail: antynterova@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1743-4713>

Как цитировать: Тынтерова А.М. Влияние доинсультного когнитивного снижения на эффективность реабилитации и когнитивно-функциональный статус пациентов в остром периоде ишемического инсульта. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 2024; 58:3:63-73. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-892>

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Исследование было проведено в рамках проекта «Приоритет 2030» БФУ им. Канта.

Автор, ответственный за переписку: Тынтерова Анастасия Михайловна — e-mail: antynterova@mail.ru

Corresponding author: Anastasya M. Tynterova — e-mail: antynterova@mail.ru

Impact of pre-stroke cognitive decline on rehabilitation effectiveness and cognitive-functional status of patients in the acute period of ischemic stroke

Anastasya M. Tynterova
Immanuel Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia

Research article

Summary. The aim was to assess the influence of premorbid cognitive deficit on the effectiveness of rehabilitation using VR technologies and cognitive-functional status of patients in the acute period of ischemic stroke based on statistical methodology. **Materials and methods:** 120 patients diagnosed with ischemic stroke were examined. The IQCODE questionnaire was used to identify the patient's cognitive decline before stroke. Depending on the IQCODE scores, the patients were divided into two groups: Group 1—71 patients with normal cognitive status before stroke (IQCODE ≤ 78 points), Group 2—49 patients with premorbid cognitive deficit (IQCODE >78 points). MoCA, NIHSS, BI, mRS, additional scales for praxis, semantic aphasia, perception and executive function were used to assess cognitive-functional status. Objectively measured quantitative measures of AIC for virtual reality were used as criteria for rehabilitation effectiveness (RE) before and after treatment. Mathematical statistics was performed using the Python programming language and the Pandas and SciPy libraries. **Results:** all patients had a multifunctional type of cognitive impairment with a predominant decline in the areas of executive function, memory, speech and perception. Patients of the 2nd group had a more pronounced deficit in the areas of constructive praxis, episodic memory, semantic information processing and perception. Assessment of the dynamics of cognitive impairment during therapy revealed a significant improvement in memory loss ($p=0,0034$), executive dysfunction ($p<0.0001$) and attention impairment ($p=0.0001$) in patients of 1st group and regression cognitive deficit in almost all cognitive areas in patients of 2nd group. Factors impeding rehabilitation in 1st group of patients were attention ($r = -0,325$) and perceptual disorders ($r = -0,425$); in 2nd group: semantic aphasia ($r = -0,425$), constructive apraxia ($r = -0,325$), speech impairment ($r = -0,375$), object agnosia ($r = -0,323$) and IQCODE ($r = -0,395$). **Conclusion:** pre-stroke cognitive impairments are predictors of the development and progression of post-stroke cognitive deficits and reduce the possibilities of rehabilitation and cognitive recovery. The introduction of IQCODE in the diagnosis of cognitive dysfunction in the acute period of ischemic stroke is a useful tool in predicting the course and development of cognitive deficit and studying the prospects of rehabilitation programmes using VR technologies in patients with pre-stroke cognitive impairment.

Keywords: ischemic stroke, IQCODE, cognitive function, rehabilitation, VR therapy.

Information about the author:

Anastasya M. Tynterova — e-mail: antynterova@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1743-4713>

To cite this article: Tynterova AM. Impact of pre-stroke cognitive decline on rehabilitation effectiveness and cognitive-functional status of patients in the acute period of ischemic stroke. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2024; 58:3:63-73. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-892> (In Russ.)

Conflict of Interest: The author declare no conflict of interest.

The study was conducted within the framework of the “Priority 2030” project of the IKBFU

Ишемический инсульт (ИИ) является глобальной проблемой мирового здравоохранения и занимает одно из лидирующих мест в структуре заболеваний, приводящих к инвалидизации пациента [3, 15]. Одним из ведущих факторов, затрудняющих социальную адаптацию после инсульта, является когнитивная дисфункция [14]. По данным многочисленных международных исследований, развитие постинсультных когнитивных нарушений (ПИКН) у пациентов, перенесших инсульт, наблюдается в 40—70% случаев [5]. Высокая частота и гетерогенность ПИКН обусловлена различными механизмами формирования когнитивного дефицита у пациентов, перенесших инсульт. Основной вклад в структуру ПИКН вносят поражения в стратегических для когнитивных функций областях, опосредованные

гемореологическими, гемостатическими и воспалительно-нейроиммунными процессами [16, 30]. Другой причиной ранней постинсультной когнитивной дисфункции у людей пожилого возраста является наличие преморбидного когнитивного дефицита сосудистой и нейродегенеративной природы [7, 12, 18]. Наличие доинсультного когнитивного снижения приводит к более быстрому прогрессированию и развитию тяжелых КН в остром периоде ИИ, снижает адаптивные возможности пациента, влияет на функциональный исход и реабилитационный прогноз пациента [24]. В диагностике ранней постинсультной нейропсихологической дисфункции традиционно используются скрининговые психометрические шкалы, которые обладают недостаточной специфичностью в отношении оценки снижения интеллекта до развития

ИИ. С целью решения данной проблемы, в диагностике КН в остром периоде инсульта целесообразно использовать опросник IQCODE (от англ. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly), который позволяет ретроспективно оценить информацию о когнитивных функциях пациента в течение десятилетнего периода [29].

Цель — на основании статистической методологии оценить влияние преморбидного когнитивного дефицита на эффективность реабилитации с применением VR –технологий и когнитивно-функциональный статус пациентов в остром периоде ишемического инсульта

Материалы и методы. Данное проспективное когортное исследование было одобрено Независимым этическим комитетом Центра клинических исследований БФУ им. И. Канта и проводилось на базе первичного сосудистого центра ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи». Все субъекты исследования подписали 2 экземпляра Информированного согласия до проведения всех процедур, предусмотренных данным исследованием. В исследование включено 120 пациентов с диагнозом «Ишемический инсульт в каротидном бассейне». Для выявления когнитивного снижения пациента до инсульта применялся опросник родственника о когнитивном снижении у пожилого человека (от англ. Informant Questionnaire On Cognitive Decline in the Elderly, IQCODE). В зависимости от показателей IQCODE, пациенты были разделены на две основные группы: 1-я группа — 71 пациент с IQCODE \leq 78 баллов, что соответствовало отсутствию когнитивной дисфункции до инсульта, 2-я группа — 49 пациентов с преморбидным когнитивным дефицитом (IQCODE $>$ 78 баллов). Нейропсихологическое тестирование проводилось на 2-й день госпитализации. В качестве скрининга для оценки наличия когнитивного дефицита использовалась Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA), на основании которой, у пациентов диагностировалось умеренное нейрокогнитивное расстройство (MoCA — 20-24 баллов) и выраженное нейрокогнитивное расстройство (MoCA $<$ 20 баллов). Дополнительные тесты проводились с целью оценки эпизодической памяти (тест Лурия), исполнительной функции (тест Струпа), семантической афазии (понимание идиом). Для оценки перцепции использовался тест для исследования предметного гнозиса (Бостонский тест называния), оценка симультанной агнозии и тест на распознавание эмоций. С целью исследования праксиса применялись тесты на конструктивный (тест срисовывания 4-х геометрических фигур) и идеаторный (выполнение сложных движений, включающих серию простых действий) праксис.

Исследование показателей основных клинических шкал включала оценку тяжести инсульта (Шкала Национального института здоровья, National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS), повседневной активности пациента (индекс Бартеля, Barthel Index, BI) и степени инвалидизации (модифицированная шкала Рэнкина, Modified

Rankin scale, mRS) при поступлении. Всем пациентам с 3-го дня госпитализации в дополнение к базисной терапии и программе раннего восстановительного лечения (речевая реабилитация) проводилась реабилитация с использованием аппаратно-программного мультимедийного комплекса VR «Девирта Дельфи», предназначенного для дистанционно-контролируемой реабилитации пациентов с когнитивными и двигательными нарушениями (регистрационное удостоверение РЗН 2019/9218 от 13.11.2019). Был выбран полумерсивный тип погружения (без применения специальной гарнитуры). Тренинг проводился в течение 10 дней с последующей оценкой динамики когнитивных показателей. Программа реабилитации включала 4 задания, направленных на улучшение психо-эмоционального состояния, координации и точности движений, развитие когнитивной сферы, расширению двигательного режима, улучшению равновесия и баланса, обучению элементарным двигательным умениям и навыкам. В качестве критериев эффективности реабилитации (rehabilitation efficiency, RE) использовались объективно измеряемые количественные показатели системы VR до и после лечения.

Критериями включения являлись клинические признаки и симптомы, соответствующие диагнозу «ишемический инсульт в каротидном бассейне»; возраст от 50 до 80 лет; балл по NIHSS \leq 16; ясный уровень сознания пациентов на момент исследования; способность самостоятельно или с помощью врача заполнять анкетные формы; носительство русского языка. Критерии исключения включали существующее ранее неврологическое и психиатрическое заболевание, затрудняющее неврологическую и функциональную оценку; декомпенсацию коморбидных состояний; наличие сенсорной и грубой моторной афазии; транзиторную ишемическую атаку; инсульт в ВББ.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием стандартного пакета прикладных программ SPSS Statistics V23.0 for Windows, языка программирования Python и библиотек Pandas и SciPy. Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критериев Шапиро-Уилка (при числе исследуемых менее 50) и Колмогорова-Смирнова (при числе исследуемых более 50). Количественные показатели описывались с помощью средних арифметических величин и стандартных отклонений ($M \pm \sigma$). Данные с нормальным распределением сравнивали с помощью дисперсионного теста ANOVA для зависимых и независимых выборок. Уровень статистической значимости соответствовал $p < 0,05$. Для множественного сравнения переменных с целью отклонения ложноположительных результатов применяли поправку Бонферрони ($p < 0,0125$). Анализ различия частот в двух независимых группах проводился при помощи точного критерия Фишера с двусторонней доверительной вероятностью, критерия χ^2 с поправкой Йетса. Уровень статистической значимости соответствовал

$p < 0,05$. Для оценки связи параметров эффективности реабилитации с исходными нейропсихологическими показателями вычисляли коэффициент корреляции (r). Значение « r » находилось в промежутке от -1 до 1 , где -1 — это полная обратная зависимость, 0 — отсутствие какой-либо зависимости, 1 — полная прямая зависимость. Для оценки корреляции непрерывных значений, включающих признаки, исчисляемые в баллах, был выбран метод Фехнера. В качестве порога выбрали стандартное значение — $0,05$. Если p -значение было меньше $0,05$, считали, что значимость коэффициента корреляции подтверждается статистически.

Результаты исследования

Базисная терапия пациентов проводилась в соответствии со стандартом оказания специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга. Тромболитическая терапия не проводилась в связи с наличием противопоказаний или поступлением пациента в стационар вне терапевтического окна. Подтип ИИ определялся в соответствии с критериями TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment). Начальные ишемические изменения в бассейне средней мозговой артерии оценивались с использованием шкалы ASPECTS (Alberta stroke programme early CT score).

Основные характеристики пациентов, включающие демографические показатели, подтип ИИ, коморбидную патологию, ишемические изменения в каротидном бассейне (ASPECTS), неврологический (NIHSS) и когнитивный (MoCA) дефицит, степень доинсультной когнитивной дисфункции (IQCODE), снижение ежедневной активности (IB) и независимости (mRS) пациента представлены в Табл.1.

Статистически значимых отличий по полу между группами выявлено не было ($p > 0,05$). Возраст пациентов во 2-й группе был значимо выше ($p = 0,021$). В когорте пациентов с доинсультным когнитивным снижением чаще отмечался лакунарный и атеротромботический подтипы ИИ без статистически значимых отличий. Пациенты с преморбидной когнитивной дисфункцией имели статистически значимое снижение по шкале MoCA ($p < 0,0001$), количественным показателям системы VR (RE, $p < 0,0001$), большую представленность повторного инсульта ($p = 0,049$), умеренных ($p = 0,0009$) и выраженных ($p = 0,0053$) когнитивных нарушений в сравнении с больными 1-й группы. В отношении других признаков статистически значимых отличий между группами не выявлено ($p > 0,05$). На момент поступления все пациенты имели умеренную тяжесть инсульта по NIHSS, умеренное ограничение в самообслуживании по BI, легкое/умеренное нарушение жизнедеятельности по шкале mRS.

Результаты нейропсихологического тестирования пациентов с различной степенью IQCODE продемонстрировало снижение во всех когнитивных сферах в обеих группах. Диагностика слухоречевой памяти (повторение 10 слов без интерфе-

рирующего воздействия) выявила мнестические нарушения в обеих группах (менее 6 слов), статистически более значимое ($p = 0,033$) у пациентов 2-й группы. Анализ результатов тестирования пациентов с применением теста Струпа выявил для всех пациентов низкий уровень исполнительской функции без статистически значимого отличия. В обеих группах наблюдались нарушения речевой функции, в основном затрагивающие аспекты беглости речи (название максимального количества слов на букву «Л» за 1 минуту). Снижение в сфере семантической обработки информации было в большей степени ($p = 0,001$) выражено у пациентов с доинсультным когнитивным снижением. Конструктивный праксис был незначительно снижен у пациентов 1-й группы (4,3 балла, что соответствовало неправильному копированию в среднем 1-й фигуры из 4-х представленных) и в большей степени ($p < 0,001$) у больных 2-й группы (3,7 балла, что соответствовало неправильному копированию в среднем 2-х фигур из 4-х представленных). Идеаторный праксис у всех пациентов составил в среднем 4 балла, что отражает невыполнение одной из 5-ти предложенных инструкций (сложить письмо; положить письмо в конверт; заклеить конверт; написать адрес; показать расположение марки). Снижение показателей по результатам выполнения Бостонского теста называния до $22,61 \pm 1,3$ баллов у пациентов 1-й группы соответствовал легкому, у пациентов 2-й группы ($20,20 \pm 1,3$ баллов) — умеренному нарушению функции восприятия при наличии потребности в фонематических и категориальных подсказках. Симульный гнозис был незначительно снижен у пациентов обеих групп (Табл.2).

При проведении множественного анализа динамики когнитивных нарушений на фоне проведенной базовой терапии и нейрокогнитивной реабилитации с применением VR — технологий с учетом поправки Бонферрони ($p < 0,0125$), в 1-й группе пациентов значимое улучшение отмечено в сферах ориентации ($p = 0,0036$), идеаторного праксиса ($p = 0,0021$), исполнительской ($p < 0,0001$), речевой ($p < 0,0001$) и мнестической ($p < 0,0001$) функций; у пациентов 2-й группы — в отношении снижения памяти ($p = 0,0034$), исполнительской дисфункции ($p < 0,0001$) и нарушения внимания ($p = 0,0001$). Показатели эффективности нейрокогнитивной терапии с применением VR — технологий были выше у пациентов 1-й группы (Табл.3). Корреляционный анализ уровня RE с различными доменами когнитивного статуса и параметрами IQCODE у пациентов 1-й группы выявил умеренную отрицательную корреляцию ($-0,3; -0,5$) с нарушениями в сфере внимания ($r = -0,325$, $p < 0,001$) и перцепции ($r = -0,405$, $p = 0,004$). Показателями когнитивной дисфункции, оказывающими влияние на эффективность реабилитации у пациентов 2-й группы, являлись семантическая афазия ($r = -0,425$, $p = 0,001$), конструктивная апраксия ($r = -0,325$, $p < 0,001$), речевая дисфункция ($r = -0,375$, $p = 0,01$), нарушение перцепции ($r = -0,323$, $p = 0,004$) и степень доинсультного

| Таблица 1. Характеристики ишемического инсульта у пациентов с различной степенью IQCODE Table 1. Characteristics of ischemic stroke in patients with different degrees according to IQCODE | | | |
|---|--------------------|--------------------|---------|
| | 1-я группа, n = 71 | 2-я группа, n = 49 | p |
| Демографические показатели, n (%), M±σ | | | |
| Женщины | 38 (53,5%) | 22 (44,9%) | 0,354 |
| Мужчины | 33 (46, 5%) | 27 (55,1%) | 0,354 |
| Средний возраст | 64,35 ± 5,3 | 66,60 ± 5,3* | 0,021 |
| Подтипы ишемического инсульта (критерии TOAST), n (%) | | | |
| ИИ вследствие атеросклероза крупных артерий (атеротромботический) | 20 (28,2%) | 15 (30,6%) | 0,531 |
| ИИ вследствие кардиогенной эмболии (кардиоэмболический) | 28 (39,4%) | 15 (30,6%) | 0,323 |
| ИИ вследствие окклюзии мелких артерий (лакунарный) | 14 (19,7%) | 15 (30,6 %) | 0,170 |
| ИИ неустановленной этиологии | 9 (12,7%) | 4 (8,2%) | 0,436 |
| Коморбидная патология | | | |
| Повторный ИИ | 10 (14,1%) | 14 (28,6 %)* | 0,0492 |
| Атеросклероз >50% | 27 (38,0%) | 20 (40,8%) | 0,757 |
| Сахарный диабет | 10 (14,1%) | 10 (20,4%) | 0,362 |
| Гипертоническая болезнь | 40 (56,3%) | 32 (65,3%) | 0,430 |
| Клинические шкалы, M±σ (баллы) | | | |
| ASPECTS | 8,82 ± 1,8 | 8,71 ± 1,6 | 0,755 |
| NIHSS | 7,43 ± 3,5 | 7,81 ± 3,4 | 0,535 |
| IB | 84,72 ± 10,2 | 85,50 ± 9,6 | 0,666 |
| MoCA | 22,44 ± 2,8 | 20,26 ± 2,2* | <0,0001 |
| IQCODE | 77,35 ± 6,8 | 88,5 ± 9,8* | <0,0001 |
| mRS | 2,30 ± 1,8 | 2,70 ± 1,8 | 0,0870 |
| RE | 59,43 ± 9,8 | 40,38 ± 8,8* | <0,0001 |
| Умеренные когнитивные нарушения (MoCA 20-24 баллов) | 35 (49,3 %) | 39 (79,6%)* | 0,0009 |
| Деменция (MoCA < 20 баллов) | 3 (4,2 %) | 10 (20,4%)* | 0,0053 |

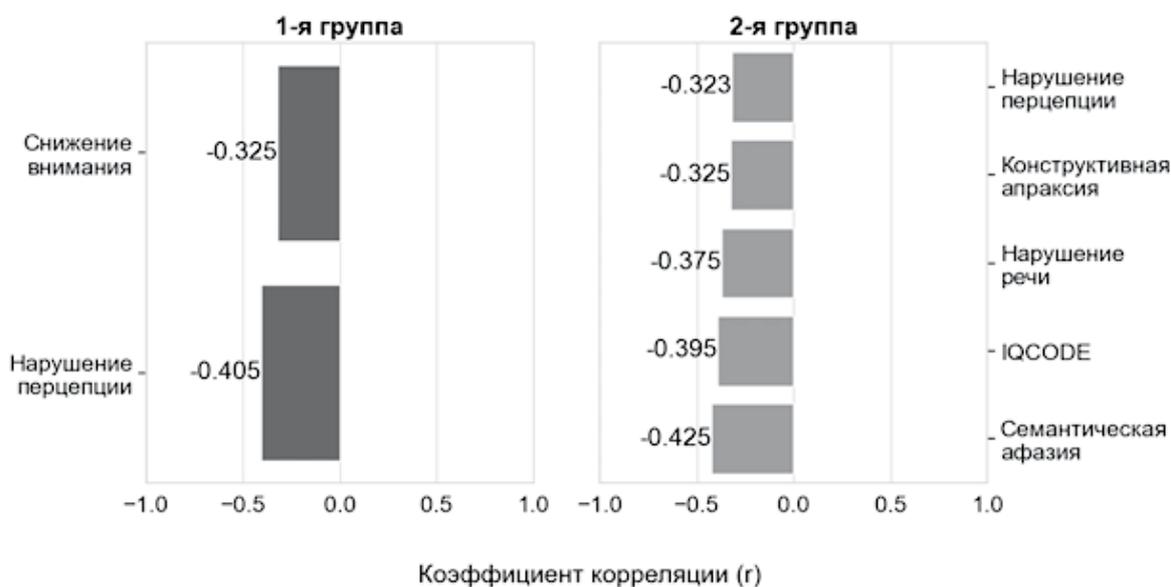
Примечание *—различия показателей статистически значимы (p < 0,05)

Note: * p < 0.05 — statistically significant differences between groups

| Показатели | 1-я группа, n = 71 | 2-я группа, n = 49 | p |
|------------------------------------|--------------------|--------------------|--------|
| Речь | 1,81 ± 0,7 | 1,80 ± 0,7 | 1,000 |
| Эпизодическая память | 4,20 ± 1,5 | 3,41 ± 1,5* | 0,033 |
| Исполнительная функция | 5,35 ± 2,8 | 5,24 ± 2,6 | 0,843 |
| Восприятие | 22,6 ± 1,3 | 20,2 ± 1,3* | <0,001 |
| Внимание | 4,20 ± 1,5 | 3,98 ± 2,6 | 0,847 |
| Конструктивный праксис | 4,32 ± 0,8 | 3,68 ± 0,7* | <0,001 |
| Идеаторный праксис | 4,15 ± 0,8 | 3,94 ± 1,0 | 0,227 |
| Симульный гнозис | 0,80 ± 0,4 | 0,80 ± 0,6 | 1,000 |
| Ориентация | 5,40 ± 0,9 | 5,8 ± 0,0 | 0,067 |
| Семантическая обработка информации | 2,26 ± 0,7 | 1,74 ± 0,8* | 0,001 |
| Распознавание эмоций | 2,19 ± 0,8 | 2,02 ± 1,3 | 0,375 |

Примечание * — различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Note: * $p < 0.05$ — statistically significant differences between groups



Рису. 1. Влияние показателей когнитивного статуса (баллы) на эффективность реабилитации (RE, баллы) у пациентов с различной степенью IQCODE

Fig. 1. The impact of cognitive status indicators (scores) on the effectiveness of rehabilitation (RE, points) in patients with varying degrees of IQCODE

Таблица 3. Динамика показателей когнитивных нарушений на фоне терапии пациентов с различной степенью IQCODE (баллы, M ± σ)
Table 3. Dynamics of indicators of cognitive disorders during therapy for patients with varying degrees of IQCODE (scores, M ± σ)

| Показатель | Значения показателей в группах | | | | p |
|------------------------------------|--------------------------------|---------------|--------------------|---------------|--|
| | 1-я группа, n = 71 | | 2-я группа, n = 49 | | |
| | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения | |
| Речь | 1,81 ± 0,7 | 2,60 ± 1,2 | 1,80 ± 0,7 | 2,08 ± 0,9 | P1<0,0001* P2=0,088 P3=0,0113* |
| Эпизодическая память | 4,20 ± 1,5 | 5,33 ± 1,8 | 3,41 ± 1,5 | 4,32 ± 1,5 | P1<0,0001* P2=0,0034* P3=0,0016* |
| Исполнительная функция | 5,35 ± 2,8 | 9,59 ± 3,1 | 5,24 ± 2,6 | 8,05 ± 2,5 | P1<0,0001* P2<0,0001* P3=0,0046* |
| Восприятие | 22,6 ± 1,3 | 23,02 ± 1,5 | 20,2 ± 1,3 | 20,66 ± 1,6 | P1=0,084 P2=0,147 P3<0,0001* |
| Внимание | 4,20 ± 1,5 | 4,46 ± 1,3 | 3,98 ± 2,6 | 4,22 ± 1,9 | P1=0,932 P2=0,0001* P3=0,412 |
| Конструктивный праксис | 4,32 ± 0,8 | 4,67 ± 1,1 | 3,68 ± 0,7 | 4,46 ± 1,5 | P1=0,0238 P2=0,005 P3=0,378 |
| Идеаторный праксис | 4,15 ± 0,8 | 4,75 ± 1,4 | 3,94 ± 1,0 | 4,03 ± 0,9 | P1=0,0021* P2=0,640 P3=0,0019* |
| Симультантный гнозис | 0,80 ± 0,4 | 0,77 ± 1,5 | 0,80 ± 0,6 | 0,81 ± 1,4 | P1=0,871 P2=0,963 P3=0,883 |
| Ориентация | 5,40 ± 0,9 | 5,90 ± 1,1 | 5,8 ± 0,0 | 5,76 ± 1,0 | P1=0,0036* P2=0,728 P3=0,478 |
| Семантическая обработка информации | 2,26 ± 0,7 | 2,69 ± 1,4 | 1,74 ± 0,8 | 2,05 ± 0,9 | P1=0,0221 P2=0,0747 P3=0,0056* |
| Распознавание эмоций | 2,19 ± 0,8 | 2,56 ± 0,9 | 2,02 ± 1,3 | 2,46 ± 1,7 | P1=0,0221 P2=0,153 P3=0,478 |
| RE | 59,43 ± 9,8 | 52,49 ± 9,1 | 40,38 ± 8,8 | 45,21 ± 10,9 | P1<0,0001* P2=0,0232 P3=0,0001* |

Примечание. P1 — показатель статистического отличия между параметрами на до и после лечения в 1-й группе; P2 — показатель статистического отличия между параметрами до и после лечения во 2-й группе; P3 — показатель статистического отличия параметров между группами после лечения; * — различия показателей статистически значимы (p < 0,0125 с поправкой Бенферони).

Note. P1 — significant difference between the parameters before and after treatment in group 1; P2 — significant difference between the parameters before and after treatment in group 2; P3 — significant difference of parameters between groups after treatment; * — statistically significant differences between the groups (p < 0,0125, Bonferroni correction).

когнитивного снижения ($r = -0,395$, $p < 0,001$ на Рис.1).

Обсуждение

Течение острого периода ишемического инсульта в бассейнах передней и средней мозговых артерий у пациентов обеих групп характеризовалось проявлением умеренных когнитивных расстройств в 61,6% случаев и деменции у 10,8% больных. Полученные результаты соответствуют данным исследований, в которых показано, что развитие деменции после ишемического инсульта может достигать 40%, а умеренных когнитивных нарушений — до 70% [11, 25]. В группе пациентов с нормальным когнитивным статусом до развития ИИ когнитивные нарушения отмечались у 53,5% больных, со снижением до уровня деменции в 4,2% случаев. В группе с IQCODE >78 баллов у всех пациентов было выявлено когнитивная дисфункция с прогрессированием до уровня деменции в 20,4% случаев, что отражает зависимость тяжести и распространенности раннего постинсультного когнитивного дефицита от наличия преморбидных когнитивных нарушений [19].

Основными клиническо-демографическими факторами, связанными с наличием когнитивного дефицита, предшествующего инсульту были: возраст, повторный ИИ, лакунарный и атеротромботический подтипы ишемического инсульта. У всех пациентов наблюдался мультифункциональный тип когнитивных нарушений с преимущественным снижением в сферах исполнительной функции, памяти, речи и перцепции. Принимая во внимание наличие преморбидных когнитивных нарушений, можно предположить, что когнитивный дефицит пациентов с IQCODE ≤ 78 баллов непосредственно связан с течением ИИ. Когнитивные нарушения пациентов с IQCODE > 78 ассоциированы как с развитием ишемии, так и с доинсультным когнитивным нарушением смешанной этиологии, интерпретируемой как болезнь Альцгеймера с цереброваскулярным заболеванием согласно критериям NINDS-AIREN (National Institute of Neurological Disorders and Stroke and the Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences) [4, 6]. В сравнении с пациентами, имеющими нормальный когнитивный статус до развития ИИ, у пациентов с доинсультным когнитивным снижением наибольший дефицит был выявлен в отношении конструктивного праксиса, мнестической функции, семантической обработки информации и восприятия.

Нарушение исполнительной функции в обеих группах, основными составляющими которого является снижение способности к принятию решений, рабочей памяти, контролем и переключением внимания, является клиническим фенотипом сосудистых когнитивных нарушений и связано с ишемией при поражении префронтальной коры, поясной извилины и подкорковых структур [17, 28]. Снижение беглости речи, как основного при-

знака речевой дисфункции в обследуемой когорте пациентов, можно рассматриваться как компонент моторной афазии при ишемии в бассейне средней мозговой артерии. Также подобные речевые нарушения могут быть связаны со снижением обработки языковой информации на семантическом и прагматическом уровнях у пациентов, имеющих когнитивное снижение до развития инсульта [13]. Нарушение эпизодической памяти, характерное для пациентов обеих групп, также имеет двойственную природу. С одной стороны, поражение диэнцефальных образований, гиппокампа, медиобазальных структур лобной и теменной долей определяют модально-неспецифический характер мнестического снижения в остром периоде ИИ [23]. С другой стороны, снижение памяти у пациентов с доинсультным когнитивным дефицитом, может быть признаком заболеваний нейродегенеративной природы. [26]. Представленность нарушений зрительной перцепции у пациентов с ИИ в каротидном бассейне остается дискуссионным вопросом, так как согласно данным многочисленных исследований, зрительные агнозии в остром периоде ИИ встречаются довольно редко при преимущественном поражении затылочно-височной и затылочно-теменной коры больших полушарий [10, 21]. Таким образом, легкое снижение в сфере предметной гнозиса у пациентов с ИИ в каротидном бассейне можно расценить как вторичную ассоциативную агнозию, непосредственно связанную с семантической памятью и недостаточностью лобно-подкорковых взаимодействий [22].

Более тяжелые нарушения зрительной перцепции в сочетании с мнестическим дефицитом в большинстве случаев являются признаками сопутствующего нейродегенеративного процесса, связанного с поражением вторичной и третичной зрительной коры, что обуславливает потребность пациента в категориальных подсказках. С другой стороны, низкий балл при выполнении Бостонского теста называния при наличии потребности в фонематических подсказках говорит о нарушении номинативной функции речи, связанной со снижением эксплицитной памяти и семантической обработки информации [8]. Семантическая дисфазия, наиболее выраженная у пациентов с IQCODE > 78 баллов и включающая трудности с выполнением языковых задач высокого уровня, относящихся к семантической и лексической обработке, является облигатным признаком семантической деменции и возможным типом речевого расстройства при болезни Альцгеймера, что указывает на преимущественно нейродегенеративный характер данного речевого расстройства [1]. Нарушение в сфере конструктивного праксиса с утратой навыков визуального конструирования у пациентов с высоким показателем по шкале IQCODE также является индикатором нейродегенеративного заболевания, в частности ранним признаком болезни Альцгеймера [9, 27].

Оценка динамики когнитивных нарушений на фоне проведения базисной терапии в комбинации с нейрокогнитивной реабилитацией демонстриру-

ют улучшение практически во всех сферах и высокий показатель эффективности реабилитации у пациентов с нормальным когнитивным статусом до развития ИИ. У пациентов с доинсультным когнитивным дефицитом были отмечены более низкие показатели эффективности реабилитации и улучшение только в отношении внимания, мнестической и исполнительной функций, что свидетельствует о низких компенсаторных возможностях и снижении когнитивного резерва в остром периоде ИИ в данной группе пациентов [2]. Отрицательные корреляционные взаимоотношения показателей эффективности реабилитации с доминирующими показателями когнитивной дисфункции пациентов с IQCODE > 78 — семантической афазией, агнозией, снижением беглости речи, конструктивной апраксией, позволяют рассматривать данные когнитивные домены в совокупности с возрастом в качестве основных индикаторов доинсультного когнитивного снижения и факторов, снижающих восстановительный потенциал пациентов, перенесших ИИ [20].

Заключение. Доинсультные когнитивные нарушения в совокупности с возрастным показателем, подтипом ишемического инсульта и наличием повторного инсульта в анамнезе являются предикторами развития и прогрессирования постинсультного когнитивного дефицита преимущественно смешанного сосудисто-дегенеративного характера. Снижение в сферах семантической обработки информации, конструктивного праксиса, речевой функции и перцепции снижают возможности реабилитации и восстановления когнитивных функций, что отражается на социально-бытовой адаптации пациентов, перенесших инсульт. Внедрение IQCODE в диагностику когнитивной дисфункции в остром периоде ишемического инсульта является полезным инструментом в прогнозировании течения и развития когнитивного дефицита и изучения перспектив, долгосрочных результатов, объема и типов реабилитационных программ с применением технологий VR у пациентов с когнитивными нарушениями до инсульта.

Литература / References

1. Васенина Е.Е., Левин О.С. Нарушение речи при нейродегенеративных заболеваниях как проявление дисфазии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020;120(5):50–59. Vasenina EE, Levin OS. Speech disorders in neurodegenerative diseases as dysphasia manifestation. Zhurnal Nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2020;120(5):50–59. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro202012005150>
2. Захаров В.В., Вахнина Н.В. Лечение когнитивных нарушений после инсульта. Медицинский Совет. 2018;(1):20–24. Zakharov VV, Vakhnina NV. Treatment of cognitive impairment after stroke. Medicinskij Sovet. 2018;(1):20–24. (In Russ.). <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-1-20-24>
3. Ключихина О.А., Шпрах В.В., Стаховская Л.В., Полунина О.С., Полунина Е.А. Динамика показателей заболеваемости инсультом и смертности от него за восьмилетний период на территориях, вошедших в федеральную программу реорганизации помощи пациентам с инсультом. Acta biomedica scientifica. 2021;6(1):75–80. Klochikhina OA, Shprakh VV, Stakhovskaya LV, Polunina OS, Polunina EA. Dynamics of Stroke Incidence and Mortality Indicators over Eight-Year Period in the Territories Included into the Federal Program of Reorganization of Care for Patients with Stroke. Acta Biomedica Scientifica. 2021;6(1):75–80. (In Russ.). <https://doi.org/10.29413/ABS.2021-6.1.10>
4. Коберская Н.Н., Ковальчук Н.А. Болезнь Альцгеймера с ранним дебютом. Медицинский совет. 2019; 1: 10–16. Koberskaya NN, Kovalchuk NA. Alzheimer's disease with an early debut. Meditsinsky Sovet. 2019;1: 10–16. (In Russ.). <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-1-10-16>.
5. Левин О.С., Боголепова А.Н. Постинсультные двигательные и когнитивные нарушения: клинические особенности и современные подходы к реабилитации. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020;120(11):99–107. Levin OS, Bogolepova AN. Poststroke motor and cognitive impairments: clinical features and current approaches to rehabilitation. Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2020;120(11):99–107. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro20201201199>
6. Локшина АБ, Гришина ДА, Обухова АВ. Болезнь Альцгеймера с ранним началом. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2022;14(2):110–116. Lokshina AB, Grishina DA, Obukhova AV. Early-onset Alzheimer's disease. Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika. 2022;14(2):110–116. (In Russ.). <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-2-110-116>
7. Парфенов В.А. Сосудистые когнитивные нарушения и хроническая ишемия головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия). Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019;11(3S):61–67. Parfenov VA. Vascular cognitive impairment and chronic cerebral ischemia (dyscirculatory encephalopathy). Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika. 2019;11(3S):61–67. (In Russ.). <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-3S-61-67>
8. Семенова Т.Н., Гузанова Е.В., Сорокина Т.А. Особенности речевых нарушений и их диагностики при нейродегенеративных заболеваниях. Практическая медицина. 2019;17(3):23–27.

9. Semenova TN, Guzanova EV, Sorokina TA. Features of speech disorders and their diagnosis in patients with neurodegenerative diseases. *Prakticheskaya medicina*. 2019;17(3):23-27. (In Russ.). <https://doi.org/10.32000/2072-1757-2019-3-23-27>.
10. Табеева Г.Р. Нейрокогнитивное старение и когнитивные расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;119(6):160-167. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119061160>.
Tabeeva GR. Neurocognitive aging and cognitive disorders. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. 2019;119(6):160-167. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119061160>.
11. Тихомиров Г.В., Григорьева В.Н. Зрительная предметная агнозия сложных форм у больных с острым ишемическим инсультом. *Практическая медицина*. 2019;17(7):107-110.
Tikhomirov GV, Grigoryeva VN. Visual object agnosia for complex shapes in patients with acute ischemic stroke. *Prakticheskaya medicina*. 2019;17(7):107-110. (In Russ.). <https://doi.org/10.32000/2072-1757-2019-7-107-110>
12. Arba F, Quinn T, Hankey GJ, Inzitari D, Ali M, Lees KR; VISTA Collaboration. Determinants of post-stroke cognitive impairment: analysis from VISTA. *Acta Neurol Scand*. 2017;135:603-607. <https://doi.org/10.1111/ane.12637>
13. Barbay M, Diouf M, Roussel M, Godefroy O. Systematic review and meta-analysis of prevalence in post-stroke neurocognitive disorders in hospital-based studies. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2018;46:322-34. <https://doi.org/10.1159/000492920>
14. Catricalà E, Della Rosa PA, Plebani V, Perani D, Garrard P, Cappa SF. Semantic feature degradation and naming performance. Evidence from neurodegenerative disorders. *Brain Lang*. 2015;147:58-65. <https://doi.org/10.1016/j.bandl.2015.05.007>.
15. Einstad MS, Saltvedt I, Lydersen S, Ursin MH, Munthe-Kaas R, Ihle-Hansen H, Knapskog AB, Askim T, Beyer MK, Næss H, Seljeseth YM, Ellekjær H, Thingstad P. Associations between post-stroke motor and cognitive function: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):103. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02055-7>
16. Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, et al. (GBD 2019 Stroke Collaborators). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Neurology*. 2021;20(10):795-820. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0).
17. Flint A, Bingham K. Risk of vascular disease and cognitive function in very old adults. *International Psychogeriatrics*. 2019;31(4):443-446. <https://doi.org/10.1017/S104161021800217X>
18. Graff-Radford J. Vascular Cognitive Impairment. *Continuum (Minneap Minn)*. 2019;25(1):147-164. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000684>.
19. Ihle-Hansen H, Thommessen B, Wyller TB, Engedal K, Øksengård AR, Stenset V, Løken K, Aaberg M, Fure B. Incidence and subtypes of MCI and dementia 1 year after first-ever stroke in patients without pre-existing cognitive impairment. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2011;32(6):401-7. <https://doi.org/10.1159/000335361>.
20. Lo JW, Crawford JD, Desmond DW, Godefroy O, Jokinen H, Mahinrad S, Bae HJ, Lim JS, Köhler S, Douven E, et al. Stroke and Cognition (STROKOG) Collaboration. Profile of and risk factors for post-stroke cognitive impairment in diverse ethnoregional groups. *Neurology*. 2019;93:e2257-e2271. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000008612>
21. Longley V, Peters S, Swarbrick C, Rhodes S, Bowen A. Does pre-existing cognitive impairment impact on amount of stroke rehabilitation received? An observational cohort study. *Clin Rehabil*. 2019;33(9):1492-1502. <https://doi.org/10.1177/0269215519843984>.
22. Martinaud O, Pouliquen D, Gérardin E, et al. Visual agnosia and posterior cerebral artery infarcts: an anatomical-clinical study. *PLoS One*. 2012;7(1):e30433. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0030433>.
23. Meichtry JR, Cazzoli D, Chaves S, et al. Pure optic ataxia and visual hemiagnosia—extending the dual visual hypothesis. *J Neuropsychol*. 2018;12(2):271-90. <https://doi.org/10.1111/jnp.12119>
24. O'Sullivan MJ, Li X, Galligan D, Pendlebury ST. Cognitive Recovery After Stroke: Memory. *Stroke*. 2023;54(1):44-54. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.122.041497>.
25. Pais R, Ruano L, Moreira C, Carvalho OP, Barros H. Prevalence and incidence of cognitive impairment in an elder Portuguese population (65-85 years old). *BMC Geriatr*. 2020;20(1):470. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01863-7>
26. Rost NS, Brodtmann A, Pase MP, van Veluw SJ, Biffi A, Duering M, Hinman JD, Dichgans M. Post-Stroke Cognitive Impairment and Dementia. *Circ Res*. 2022;130(8):1252-1271. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.122.319951>.
27. Sandry J. Working memory and memory loss in neurodegenerative disease. *Neurodegener Dis Manag*. 2015;5(1):1-4. <https://doi.org/10.2217/nmt.14.51>.
28. Serra L, Fadda L, Perri R, Spanò B, Marra C, Castelli D, Torso M, Makovac E, Cercignani M, Caltagirone C, Bozzali M. Constructional apraxia as a distinctive cognitive and structural brain feature of pre-senile Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis*. 2014;38(2):391-402. <https://doi.org/10.3233/JAD-130656>.
29. Shao K, Wang W, Guo SZ, Dong FM, Yang YM, Zhao ZM, Jia YL, Wang JH. Assessing executive function following the early stage of mild Ischemic stroke with three brief screening tests. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2020;29(8):104960.

- <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104960>.
30. van Nieuwkerk AC, Pendlebury ST, Rothwell PM; Oxford Vascular Study. Accuracy of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly for Detecting Preexisting Dementia in Transient Ischemic Attack and Stroke: A Population-Based Study. *Stroke*. 2021;52(4):1283-1290. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.031961>.
31. Weaver NA, Kuijf HJ, Aben HP, Abrigo J, Bae HJ, Barbay M, Best JG, Bordet R, Chappell FM, Chen CPLH, Dondaine T, van der Giessen RS, Godefroy O, Gyanwali B, Hamilton OKL, Hilal S, Huenges Wajer IMC, Kang Y, Kappelle LJ, Kim BJ, Köhler S, de Kort PLM, Koudstaal PJ, Kuchcinski G, Lam BYK, Lee BC, Lee KJ, Lim JS, Lopes R, Makin SDJ, Mendyk AM, Mok VCT, Oh MS, van Oostenbrugge RJ, Roussel M, Shi L, Staals J, Del C Valdés-Hernández M, Venketasubramanian N, Verhey FRJ, Wardlaw JM, Werring DJ, Xin X, Yu KH, van Zandvoort MJE, Zhao L, Biesbroek JM, Biessels GJ. Strategic infarct locations for post-stroke cognitive impairment: a pooled analysis of individual patient data from 12 acute ischaemic stroke cohorts. *Lancet Neurol*. 2021;20(6):448-459. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00060-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00060-0).

Сведения об авторе

Тынтерова Анастасия Михайловна — к. м. н., доцент кафедры психиатрии и нейронаук Балтийского федерального университета имени Иммануила Канта. Адрес: ул. Александра Невского, 14, Калининград, Калининградская обл., 236041. E-mail: antynterova@mail.ru.

Поступила 14.11.2023

Received 14.11.2023

Принята в печать 26.04.2024

Accepted 26.04.2024

Дата публикации 27.09.2024

Date of publication 27.09.2024

Кросс-культурная адаптация и первичная апробация русскоязычной версии методики Опросник Посттравматического Роста и Посттравматического Обесценивания — ОПРПО (Posttraumatic Growth and Depreciation Inventory — Expanded version)

Шишкова А.М.¹, Бочаров В.В.^{1,3,5}, Цыганкова Е.С.^{1,2,4}, Черная Ю.С.¹

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

²Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический), Россия

³Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия

⁴Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

⁵Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Многочисленные исследования говорят о том, что уход за хронически больным часто связан с возникновением разнообразных негативных последствий у близких пациента. В то же время под воздействием стрессового напряжения, обусловленного болезнью, могут отмечаться и позитивные изменения, например, так называемый посттравматический рост. В настоящее время в отечественной психологии отмечается острый дефицит психодиагностических инструментов, позволяющих исследовать соотношение конструктивных (развитийных) и деструктивных аспектов психического реагирования родственника в ситуации хронической болезни близкого.

Целью данной работы стало проведение кросс-культурной адаптации и первичной апробации методики Опросник Посттравматического Роста и Посттравматического Обесценивания (Posttraumatic Growth and Depreciation Inventory - Expanded version — PTGDI-X). Первичная апробация осуществлялась на фокус-группе родственников пациентов с церебральной патологией ($n=61$, средний возраст 51,2 [SD=15,3] лет). В качестве методов для изучения конвергентной и дискриминантной валидности применялись: Шкала базовых убеждений, Симптоматический опросник SCL-90-R, методика «Уровень Эмоционального выгорания родственников». Кроме того, использовалась специально адаптированная для исследования анкета «Время».

Проведенный анализ выявил хорошие психометрические характеристики адаптируемой методики по параметрам: согласованности шкал (α -Кронбаха от 0,73 до 0,86), внутренней и внешней конструктивной валидности.

Ключевые слова: посттравматический рост, посттравматическое обесценивание, родственники больных с церебральной патологией, кросс-культурная адаптация, психометрические характеристики.

Информация об авторах:

Шишкова Александра Михайловна* — e-mail: shishaspb@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9707-138X>

Бочаров Виктор Викторович — e-mail: bochvik@gmail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7141-162X>

Цыганкова Елизавета Сергеевна — e-mail: lisa94_94@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0001-5821-3127>

Черная Юлия Сергеевна — e-mail: psiheja13@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2646-2145>

Как цитировать: Шишкова А.М., Бочаров В.В., Цыганкова Е.С., Черная Ю.С. Кросс-культурная адаптация и первичная апробация русскоязычной версии методики Опросник Посттравматического Роста и Посттравматического Обесценивания — ОПРПО (Posttraumatic Growth and Depreciation Inventory — Expanded version). *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2024; 58:3:74-85. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-942>

Конфликт интересов: В.В. Бочаров является членом редакционной коллегии.

Автор, ответственный за переписку: Шишкова Александра Михайловна — e-mail: shishaspb@mail.ru

Corresponding author: Alexandra M. Shishkova — e-mail: shishaspb@mail.ru

Cross-cultural adaptation and primary approbation of the Russian version of Posttraumatic Growth and Depreciation Inventory — Expanded version

Alexandra M. Shishkova¹, Victor V. Bocharov^{1,3,5}, Elizaveta S. Tsygankova^{1,2,4}, Yulia S. Chernaya¹

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

²Saint-Petersburg clinical scientific and practical center for specialised types of medical care (oncological), Russia

³Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Russia

⁴North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

⁵Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia

Research article

Summary. Numerous studies suggest that caring for someone with a chronic disease is often associated with the various negative consequences for the patient's informal caregivers. At the same time, positive changes caused by the stress influence of patient's disease can be also noted. For example, the so-called posttraumatic growth. Currently, there is a lack of assessment tools in domestic psychology, that allow to investigate the relation between constructive (developmental) and destructive aspects of the relative's mental response in a situation of chronic illness of a loved one.

The aim of this work was to carry out cross-cultural adaptation and primary approbation of the Posttraumatic Growth and Depreciation Inventory — Expanded version (PTGDI-X). Primary approbation was performed on a focus group of relatives of patients with cerebral pathology ($n = 61$, mean age 51,2 [SD = 15,3] years). Convergent and discriminant validity of the PTGDI-X assessed using World Assumption Scale (WAS), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), Level of Relatives' Emotional Burnout Questionnaire (LREB). In addition, a specially adapted for the research Burden questionnaire was used.

The analysis revealed good psychometric characteristics of the PTGDI-X Russian version in terms of: internal subscales consistency (Cronbach's α coefficients varied from 0,73 to 0,86), internal and external construct validity.

Key words: posttraumatic growth, posttraumatic depreciation, relatives of patients with cerebral pathology, cross-cultural adaptation, psychometric characteristics.

Information about the authors:

Alexandra M. Shishkova* — e-mail: shishaspb@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9707-138X>

Victor V. Bocharov — e-mail: bochvik@gmail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7141-162X>

Elizaveta S. Tsygankova — e-mail: lisa94_94@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0001-5821-3127>

Yulia S. Chernaya — e-mail: psiheja13@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2646-2145>

To cite this article: Shishkova AM, Bocharov VV, Tsygankova ES, Chernaya YuS. Cross-cultural adaptation and primary approbation of the Russian version of Posttraumatic Growth and Depreciation Inventory — Expanded version. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2024; 58:3:74-85. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-942> (In Russ.)

Conflict of Interest: Victor V. Bocharov is a member of the editorial board.

В последние десятилетия проблематика семьи, оказавшейся в стрессовой жизненной ситуации, связанной с возникновением хронической болезни у одного из ее членов, все чаще становится предметом исследования как отечественных, так и зарубежных специалистов, работающих в области здравоохранения. Это связано с необходимостью решения медико-социальных задач, возникающих в контексте ухода за хронически больным, значительная часть которых (обеспечение доступа к медицинскому обслуживанию, удовлетворение физических, эмоциональных и социальных потребностей больного), согласно оценкам различных исследователей, во многом ложится на плечи родственников больного [36].

Многочисленные исследования говорят о том, что уход за хронически больным часто связан с возникновением таких негативных последствий у его близких, как эмоциональное выгорание, переживание так называемого «бремени» болезни, на-

личие выраженного психологического дистресса, проявляющегося различной психопатологической симптоматикой и деструктивными формами совладания со стрессом, нарушения в сфере семейного функционирования [5, 7, 16].

Стресс-ориентированные модели (концепции «бремени» и выгорания) традиционно фокусируются на негативных аспектах, возникающих в процессе ухода за хронически больным. В то же время в качестве последствий стрессового воздействия, обусловленного заболеванием близкого, могут выступать не только негативные изменения соматического и психосоциального функционирования членов семьи.

В последние два десятилетия в исследовательском фокусе оказались и позитивные моменты, например, удовольствие от совместного времяпрепровождения с болеющим близким, чувство личностной значимости и наполненности смыслом собственных действий по уходу за больным

у опекающих родственников. Развитие исследования в данном направлении преимущественно осуществляется в рамках концепции посттравматического роста [3, 9, 20, 23, 32].

Впервые термин «посттравматический рост» (ПТР) был предложен американскими психологами Tedeschi и Calhoun для описания субъективно воспринимаемых позитивных личностных изменений после травматических, кризисных и стрессовых событий [32].

Функционально-описательная модель («Functional-descriptive model»), разработанная авторами [32], а также психодиагностический инструмент, созданный на ее основе, — «Опросник посттравматического роста» [33] получили широкое распространение и подтвердили свою валидность в ходе различных эмпирических исследований [30], в том числе и в работах, посвященных изучению ПТР у родственников, опекающих хронически больных [9, 17, 23].

Первоначальная версия PTGI состоит из 21 утверждения и имеет 5-факторную структуру, описывающую возможные направления личностных преобразований. Авторы выделяют факторы «сила личности» (Personal Strength), «новые возможности» (New Possibilities), «отношение к другим» (Relating to Others), «ценности жизни» (Appreciation of Life) и «духовные изменения» (Spiritual Change) [33]. Следует отметить, что результаты, полученные при его использовании, могут отражать наличие только «положительных» психологических изменений, поскольку сама формулировка утверждений не предполагает возможности оценки иных трансформаций ценностно-смысловой сферы личности в ситуации воздействия стрессовых/травматических событий.

Дальнейшее развитие представлений о механизмах психического реагирования личности на психотравмирующие ситуации, разрабатываемых в рамках концепции R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun, нашло свое отражение в формировании понятия о посттравматическом обесценивании (posttraumatic depreciation), отражающем негативные изменения, формирующиеся в результате воздействия стресса в тех же областях личностного функционирования [8, 13]. Эмпирические данные, отражающие независимый характер конструкторов посттравматического роста и обесценивания [8, 13], подтвердили важность предоставления участникам исследования возможности сообщать как о положительных, так и об отрицательных изменениях, которые могут произойти в результате воздействия травматических событий одновременно. Опросник PTGI претерпел ряд модификаций и в 2020 году Tedeschi и его коллеги представили мировому научному сообществу новую расширенную версию инструмента — «Posttraumatic Growth and Posttraumatic Depreciation Inventory — Expanded version» (PTGDI-X), позволяющую одновременно оценить как положительные (посттравматический рост — posttraumatic growth), так и негативные (посттравматическое обесценивание — posttraumatic depreciation) изменения психи-

ческого функционирования. Инструмент прошел валидизацию в 10 странах мира, продемонстрировав различные психометрические характеристики (α -Кронбаха по шкалам — 0,93 и выше), что обуславливает целесообразность его применения при изучении последствий хронического стресса и психотравматизации [31].

В настоящее время отечественным исследователям и практикующим специалистам доступна только устаревшая версия методики PTGI, которая была переведена в 2004 году [1] и позволяет оценить только позитивные изменения без сопоставления с негативными последствиями. При этом в доступной литературе нам не удалось найти каких-либо сведений о процедуре кросс-культурной адаптации, валидизации и психометрических характеристиках русскоязычной версии PTGI.

В связи с этим, целью настоящей работы стало проведение кросс-культурной адаптации методики Posttraumatic Growth and Depreciation Inventory — Expanded version (PTGDI-X), а также апробации русскоязычной версии инструмента — методики Опросник Посттравматического Роста и Посттравматического Обесценивания (ОПРПО) на популяции родственников больных с церебральной патологией.

Материалы и методы

Первичная апробация ОПРПО осуществлялась на фокус-группе родственников пациентов с церебральной патологией ($n=61$). Средний возраст обследуемых составил 51,2 ($SD=15,3$) лет. Опекаемые обследуемыми родственниками пациенты находились на этапе реабилитации в ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева и ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) имени Н.П. Напалкова». Среди обследованных было 36% (22 человека) родственников пациентов с первичными/вторичными злокачественными или доброкачественными новообразованиями головного и/или спинного мозга (C71.1- C71.8; D32.1), 33% (20 человек) родственников пациентов с травмами головного и спинного мозга (S06; T91.3; T90.5) и 31% (19 человек) родственников пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения (I69). Постановка диагноза больным осуществлялась экспертами-врачами по МКБ-10. Проведение исследования было одобрено локальным этическим комитетом (протокол № ЭК-И-11/23 от 28.02.2023).

Критериями включения в исследование являлись: наличие близких родственных отношений (родители, супруги или дети) с больными, страдающими церебральной патологией; возраст обследуемого родственника более 18 лет; добровольное согласие обследуемого родственника на участие в исследовании.

В качестве критериев невключения в исследование выступали: наличие у обследуемого родственника грубых психических или интеллекту-

альных расстройств в актуальном состоянии или в анамнезе; наличие у обследуемого тяжелых соматических и/или неврологических заболеваний в состоянии выраженной декомпенсации, препятствующих прохождению обследования; наличие у обследуемого острой психической патологии, не позволяющей установить продуктивный рабочий контакт; возраст опекаемого больного менее 18 лет; наличие у опекаемого больного коморбидной патологии, существенно меняющей характер ухода за больным.

Все обследованные родственники пациентов прошли одинаковую диагностическую процедуру, которая включала предварительную беседу, направленную на установление контакта и сбор основных социо-демографических и клинических характеристик обследуемого родственника и опекаемого им больного, проведение экспериментально-психологического обследования с использованием батареи тестовых методик, процедуру «обратной связи», в ходе которой уточнялись и дополнялись полученные при обследовании данные. Основные социо-демографические и клинические характеристики представлены в Табл.1.

| Таблица 1. Основные социо-демографические и клинические характеристики обследованных родственников и опекаемых ими пациентов | |
|---|-----------------|
| Table 1. The sociodemographic and clinical characteristics of relatives and patients | |
| Социо-демографические и клинические характеристики | N (%) |
| Пол: | |
| Мужской | 10 (16%) |
| Женский | 51 (84%) |
| Возраст обследованных родственников | 51,2 (SD=15,3) |
| Родство: | |
| Отец | 1 (2%) |
| Мать | 21 (35%) |
| Муж | 5 (9%) |
| Жена | 13 (22%) |
| Сын | 5 (8%) |
| Дочь | 15 (24%) |
| Образование родственника: | |
| Среднее специальное | 11 (19%) |
| Незаконченное высшее | 3 (4%) |
| Высшее | 47 (77%) |
| Работа родственника: | |
| Не работает | 32 (52%) |
| Работает | 29 (48%) |
| Проживание с пациентом: | |
| Совместное | 37 (60%) |
| Раздельное | 24 (40%) |
| Пол пациента: | |
| Мужской | 37 (61%) |
| Женский | 24 (38%) |
| Возраст пациента | 53,5 (SD=17,2) |
| Возраст начала заболевания | 47,04 (SD=21,2) |
| Длительность заболевания | 9,12 (SD=10,7) |

Адаптируемая нами методика ОПРПО по данным авторов разработчиков имеет 5-факторную структуру, описывающую возможные направления личностных преобразований, происходящих под влиянием травматического стресса [30, 31]. Авторы выделяют следующие факторы: фактор «Отношение к другим» (Relating to Others), фактор «Новых возможностей» (New Possibilities), фактор «Силы личности» (Personal Strength), фактор «Духовных изменений» (Spiritual Change), фактор «Ценность жизни» (Appreciation of Life), которые связывают с основными сферами трансформаций личности. Опросник позволяет одновременно оценить как положительные (посттравматический рост — *posttraumatic growth*), так и негативные (посттравматическое обесценивание — *posttraumatic depreciation*) изменения психического функционирования в вышеперечисленных сферах, возникающих в результате воздействия травматических событий. Каждый из факторов, таким образом, образует 2 шкалы, одна из которых оценивает степень посттравматического роста, а другая — выраженность посттравматического обесценивания. Совокупно опросник имеет 10 шкал: шкала «Отношение к другим/посттравматический рост», шкала «Отношение к другим/посттравматическое обесценивание»; шкала «Новые возможности/посттравматический рост», шкала «Новые возможности/посттравматическое обесценивание» и т.д.

Проведение кросс-культурной адаптации опросника ОПРПО, осуществлялось в соответствии с современными представлениями о необходимых этапах этого процесса [11, 15] и включало: анализ особенностей конструктора посттравматического роста/обесценивания и его применимости к отечественной популяции; перевод независимыми русскоязычным переводчиками с хорошим пониманием языка оригинала (один из них с психологическим образованием, а другой — т.н. «наивный» переводчик, не имеющий специализированного образования); согласование экспертами концептуальной эквивалентности переводов, в результате которого была получена предварительная русскоязычная версия методики ОПРПО; оценка понимания вопросов респондентами на фокус-группе из целевой популяции; процедуру обратного перевода, которая осуществлялась двумя англоязычными переводчиками, не знакомыми с первоначальным вариантом опросника ОПРПО; формирование окончательной русскоязычной версии ОПРПО с учетом теоретической, семантической и идиоматической эквивалентности.

При выборе методов для изучения конвергентной и дивергентной валидности мы опирались на данные, полученные при исследовании посттравматического роста и посттравматического обесценивания в различных популяциях пациентов и опекающих их родственников. Исследования демонстрируют связь изучаемых феноменов с интенсивностью состояния дистресса, симптомами тревоги и депрессии, особенностями личностного функционирования, в частности, ценност-

но-смысловой сферой личности, выраженностью воспринимаемого «бремени» болезни [3, 9, 10, 14, 18, 21]. В связи с этим в работе использовались: Шкала базовых убеждений (ШБУ) Р. Янова-Бульмана в адаптации М.А. Падуна и А.В. Котельниковой [2], Симптоматический опросник SCL-90-R в адаптации Н.В. Тарабриной [4], методика «Уровень Эмоционального выгорания родственников» (УЭВР) [7]. Кроме того применялась специально адаптированная для исследования анкета «Бремя», разработанная на основе методики «Оценка Негативных Последствий Болезни Близкого у Родственников Больных с Аддиктивными Расстройствами» [6], направленная на определение выраженности объективной и субъективной «нагрузки» родственника в процессе опеки больного.

Для статистической обработки данных применялся IBM SPSS ver.21. В рамках оценки психометрических показателей методики проводился анализ надежности и согласованности пунктов опросника. Для каждой шкалы рассчитывался критерий пригодности с помощью коэффициента α -Кронбаха. Для определения меры связи между показателями применялся коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты

Согласованность шкал опросника. Определение согласованности выборок содержания утверждений теста (коэффициент α -Кронбаха) показало высокую согласованность содержания, то есть достаточную надежность русскоязычной версии методики. Расчет коэффициента α -Кронбаха проводился как для двух блоков конструкта — блока «Посттравматический рост/Posttraumatic growth» и блока «Посттравматическое обесценивание/Posttraumatic depreciation», так и для отдельных шкал, отражающих положительные и негативные изменения в рамках исследуемых 5 направлений возможных личностных трансформаций (Табл.2).

| Шкалы ОПРПО | α -Кронбаха |
|--------------------------|--------------------|
| ПТР/Отношение к другим | 0,88 |
| ПТР/Новые возможности | 0,78 |
| ПТР/Сила личности | 0,83 |
| ПТР/Духовные изменения | 0,87 |
| ПТР/Ценность жизни | 0,72 |
| ПТР / Общий | 0,95 |
| ПТО / Отношение к другим | 0,86 |
| ПТО/Новые возможности | 0,79 |

| | |
|------------------------|------|
| ПТО/Сила личности | 0,71 |
| ПТО/Духовные изменения | 0,81 |
| ПТО/Ценность жизни | 0,65 |
| ПТО/Общий | 0,92 |

Примечание: ПТР — посттравматический рост, ПТО — посттравматическое обесценивание.

Note: PTG — Posttraumatic Growth; PTD — Posttraumatic Depreciation.

Как видно из Табл.2, коэффициенты по блокам «Посттравматический рост» и «Посттравматическое обесценивание» оказались равным 0,95 и 0,93 соответственно. Альфа Кронбаха отдельных шкал колебался от 0,73 до 0,86, за исключением шкалы «Ценность жизни» блока «Посттравматическое обесценивание», по которой α -Кронбаха составил 0,65. Это требует дополнительной проверки на более мощной выборке, поскольку незначительное количество вопросов шкалы может обуславливать большую изменчивость в условиях малочисленной и гетерогенной выборки.

Внутренняя конструктивная валидность. При оценке внутренней конструктивной валидности анализировались соотношения показателей шкал ОПРПО между собой и соответствие этих соотношений теоретическому конструкту. Внутренняя согласованность опросника подтверждается результатами корреляционного анализа (Табл.3).

Анализ взаимосвязей показателей, отражающих проявления «посттравматического роста/посттравматического обесценивания», позволил выявить достаточно согласованную картину, подтверждающую теоретические конструкты, лежащие в основе адаптируемой методики. Так, показатели шкал, относящихся к блоку «Посттравматический рост» (ПТР), имеют между собой множественные положительные взаимосвязи, аналогичная картина наблюдается и в интеркорреляциях шкал, относящихся к блоку «Посттравматическое обесценивание» (ПТО). Особое внимание обращают на себя положительные взаимосвязи показателей шкал ПТР и ПТО, что на первый взгляд кажется парадоксальными, однако подтверждает теоретический конструкт, согласно которому люди могут испытывать оба типа изменений одновременно.

Внешняя конструктивная валидность. Исследование внешней конструктивной валидности велось по двум направлениям и включало изучение конвергентной и дискриминантной валидности на основе анализа соотношений показателей шкал ОПРПО со шкалами других психодиагностических методик (ШБУ, SCL-90-R, УЭВР, анкета «Бремя»), рассматривающихся в качестве независимых внешних критериальных оценок.

Конвергентная валидность предполагала наличие корреляций со шкалами, отражающими те психологические конструкты, которые содержали аспекты, сходные рассматриваемым нами конструктам. О дискриминантной валидности мы

Таблица 3. Интеркорреляционные связи показателей шкал методики ОПРПО
Table 3. Intercorrelation of PTGDI-X subscales in group of relatives, caring for patients with cerebral pathology

| ОПРПО PTGDI-X | Ф1/Ф1 ПТР | Ф1/Ф1 ПТО | Ф2/Ф2 ПТР | Ф2/Ф2 ПТО | Ф3/Ф3 ПТР | Ф3/Ф3 ПТО | Ф4/Ф4 ПТР | Ф4/Ф4 ПТО | Ф5/Ф5 ПТР | Ф5/Ф5 ПТО |
|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Ф1/Ф1 ПТР | 1,000 | | | | | | | | | |
| Ф1/Ф1 ПТО | | 1,000 | | | | | | | | |
| Ф2/Ф2 ПТР | 0,628** | | 1,000 | | | | | | | |
| Ф2/Ф2 ПТО | | 0,563** | | 1,000 | | | | | | |
| Ф3/Ф3 ПТР | 0,747** | | 0,709** | | 1,000 | | | | | |
| Ф3/Ф3 ПТО | | 0,797** | | 0,707** | | 1,000 | | | | |
| Ф4/Ф4 ПТР | 0,735** | 0,302* | 0,707** | | 0,726** | | 1,000 | | | |
| Ф4/Ф4 ПТО | | 0,764** | | 0,593** | | 0,664** | | 1,000 | | |
| Ф5/Ф5 ПТР | 0,645** | 0,385** | 0,685** | | 0,691** | | 0,723** | | 1,000 | |
| Ф5/Ф5 ПТО | | 0,662** | | 0,470* | | 0,588** | | 0,684** | | 1,000 |

Примечание: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$. ПТР — Посттравматический рост, ПТО — посттравматическое обесценивание, Ф1 — Отношение к другим, Ф2 — Новые возможности, Ф3 — Сила личности, Ф4 — Духовные изменения, Ф5 — Ценность жизни.

Note: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$. PTG — Posttraumatic Growth; PTD — Posttraumatic Depreciation; F1 — Relating to Others, F2 — New Possibilities, F3 — Personal Strength, F4 — Spiritual and Existential Change, F5 — Appreciation of Life

Таблица 4. Корреляционные взаимосвязи показателей шкал методики ОПРПО и методики ШБУ
Table 4. Intercorrelation of PTGDI-X and WAS subscales in group of relatives, caring for patients with cerebral pathology

| ОПРПО ШБУ | Ф1ПТО | Ф2ПТО | Ф3ПТО | Ф4ПТО | Ф5ПТО |
|-------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Доброжелательность мира | -0,379* | | -0,302* | | -0,378** |
| Справедливость | -0,323* | -0,467** | -0,395** | | |
| Образ Я | -0,452** | -0,297* | -0,397** | -0,419** | |
| Удача | -0,491** | -0,413** | -0,468** | -0,370* | -0,316* |
| Убеждения о контроле | -0,474** | -0,486** | -0,599** | -0,494** | -0,432** |

Примечание: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$. Показатели ОПРПО: ПТР — Посттравматический рост, ПТО — посттравматическое обесценивание, Ф1 — Отношение к другим, Ф2 — Новые возможности, Ф3 — Сила личности, Ф4 — Духовные изменения, Ф5 — Ценность жизни.

Note: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$. PTG — Posttraumatic Growth, PTD — Posttraumatic Depreciation; F1 — Relating to Others, F2 — New Possibilities, F3 — Personal Strength, F4 — Spiritual and Existential Change, F5 — Appreciation of Life.

судили по отсутствию связей шкал методики с теми показателями, которые теоретически были не соотносимы с исследуемым конструктом.

Для подтверждения конвергентной и дискриминантной валидности нами строились гипотезы о наличии или отсутствии взаимосвязей шкал методик, которые затем проверялись в эмпирическом исследовании. В Табл.4 представлены корреляционные взаимосвязи показателей шкал методики ОПРПО и методики ШБУ. При исследо-

вании корреляционных связей показателей шкал методики ОПРПО и Шкалы базовых убеждений (ШБУ), как и ожидалось, были выявлены многообразные значимые отрицательные связи блока «Посттравматическое обесценивание» со шкалами ШБУ. Можно утверждать, что чем больше выражен процесс обесценивания, тем в меньшей степени окружающий мир воспринимается личностью как доброжелательный, безопасный и справедливый.

Взаимосвязи показателей шкал методики ОПРПО и методики SCL-90-R приведены в Табл.5.

Корреляционные связи показателей шкал методики ОПРПО и методики Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) показали значительное количество положительных корреляций субъективно отмечаемых симптомов психического неблагополучия и показателей обесценивания во всех изучаемых сферах личностного функционирования. Данные корреляции, безусловно, являются ожидаемыми и отражают деструктивный компонент переживаний, связанным с процессом «обесценивания», происходящим у родственников, опекающих больных с церебральной патологией. Показатели шкал блока «Посттравматический рост» методики ОПРПО не обнаруживают взаимосвязей с показателями шкал SCL-90-R.

В Табл.6 представлены корреляционные взаимосвязи показателей шкал методики ОПРПО и методики УЭВР.

Анализ взаимосвязей показателей, отражающих проявления «эмоционального выгорания — вовлеченности» у близких больного (методика «Уровень Эмоционального выгорания родственников» — УЭВР) с параметрами посттравматического роста/посттравматического обесценивания (ОПРПО), подтверждает конструктивную валидность адаптируемой методики и говорит о связанности феноменов посттравматического обесценивания с различными симптомами эмоционального выгорания, например, истощением, циничным отношением к больному, редукцией (обесцениванием) личных достижений в процессе ухода за болеющим близким, деструктивной разрядкой напряжения, проявляющейся в соматизации психоэмоционального напряжения и формировании аддиктивных форм поведения у опекающих родственников. В то же время феномены посттравматического роста (ОПРПО), как и ожидалось, оказываются связанными с ресурсным полюсом, отражающим вовлеченность и наполненность смыслом действий по уходу за больным у опекающего его близкого (шкалы «Наполненность смыслом» и «Ресурс» методики УЭВР).

Взаимосвязи показателей шкал методик ОПРПО и анкеты «Бремя» представлены в Табл.7

Характер взаимосвязей шкал методики ОПРПО со шкалами анкеты «Бремя» показал, что вопреки ожиданиям, не обнаружено взаимосвязей между шкалами посттравматического роста и обесценивания и шкалами, отражающими объективное и субъективное бремя, связанное с уходом за больным. Иначе говоря, исполнение обязанностей опекуна не обнаруживает связи с феноменами посттравматического роста и обесценивания. В то же время обнаружены многочисленные связи со шкалой стигматизации, что позволяет уточнить изучаемый теоретический конструкт и считать, что в качестве основного стресс-фактора, запускающего посттравматическую стрессовую динамику, выступает стигматизация.

Обсуждение

Целью настоящего исследования являлись кросс-культурная адаптация и первичная апробация русскоязычной версии методики Posttraumatic Growth and Posttraumatic Depreciation Inventory — Expanded version (PTGDI-X), позволяющего одновременно оценить как положительные (посттравматический рост — posttraumatic growth), так и негативные (посттравматическое обесценивание — posttraumatic depreciation) изменения психического функционирования в результате воздействия травматических событий у родственников хронически больных.

Проведение психометрической проверки включало оценку внутренней согласованности шкал русскоязычной версии инструмента. Коэффициенты α -Кронбаха по блокам «Посттравматический рост» и «Посттравматическое обесценивание» оказались равными 0,95 и 0,93 соответственно, а по отдельным шкалам колебались от 0,73 до 0,86, что свидетельствует о хорошем уровне пригодности.

Несмотря на то, что «рост» и «обесценивание» представляют собой противоположные смысловые варианты исхода посттравматического стресса, сам теоретический конструкт посттравматического роста/посттравматического обесценивания предполагает возможность синхронных изменений. В настоящем исследовании это проявилось в наличие множественных индекорреляционных взаимосвязей показателей, отражающих проявления посттравматического роста/посттравматического обесценивания. Таким образом, подтверждена конструктивная валидность русскоязычной версии теста. Результаты, полученные как в нашей выборке, так и в других популяциях, показывают, что феномены роста и обесценивания могут наблюдаться одновременно [13, 24, 26].

На данном этапе оценка валидности русскоязычной версии методики ОПРПО включала также анализ перекрестной конвергентной и дискриминантной валидности.

Согласно Calhoun и его соавторам [12], когнитивная переоценка является важным элементом в процессе адаптации к сложной ситуации. В качестве такой ситуации, например, может выступать болезнь близкого человека. Различные исследования показывают, что предположения о справедливости и везении, контролируемости наличной жизненной ситуации, а также воспринимаемая социальная поддержка выступают в качестве предикторов посттравматического роста [10, 14, 29]. В отличие от предыдущих исследований [10, 29], в настоящей работе не были обнаружены корреляции между шкалами, отражающими феномены посттравматического роста (методика ОПРПО), и показателями базовых убеждений о мире и о себе. В то же время были выявлены многочисленные отрицательные взаимосвязи показателей базовых убеждений с переменными, отражающими проявления посттравматического обесценивания. Иначе говоря, посттравматическое обесценивание тем вероятнее, чем в меньшей степени окружающий

Таблица 5. Корреляционные взаимосвязи показателей шкал методики ОПРПО и методики SCL-90-R
Table 5. Intercorrelation of PTGDI-X and SCL-90-R subscales in group of relatives, caring for patients with cerebral pathology

| ОПРПО SCL-90-R | Ф1 ПТО | Ф2 ПТО | Ф3 ПТО | Ф4 ПТО | Ф5 ПТО |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| SOM | 0,310* | 0,436** | 0,473** | 0,438** | |
| OBS | 0,336* | 0,430** | 0,412** | 0,456** | |
| INT | 0,464** | 0,322* | 0,466** | 0,465** | 0,315* |
| DEP | 0,403** | 0,552** | 0,516** | 0,505** | |
| ANX | | 0,339* | 0,374* | 0,405** | |
| HOS | | 0,412** | 0,408** | 0,392** | 0,294* |
| PHOB | 0,484** | 0,393** | 0,549** | 0,483** | 0,410** |
| PAR | 0,533** | 0,335* | 0,576** | 0,398** | |
| PSY | 0,407** | 0,418** | 0,515** | | |
| GSI | 0,410** | 0,456** | 0,508** | 0,498** | 0,307* |
| PST | 0,412** | 0,456** | 0,490** | 0,478** | |
| PSDI | 0,318* | 0,392** | 0,416** | 0,411** | |

Примечание: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$. Показатели ОПРПО: ПТР — Посттравматический рост, ПТО — посттравматическое обесценивание, Ф1 — Отношение к другим, Ф2 — Новые возможности, Ф3 — Сила личности, Ф4 — Духовные изменения, Ф5 — Ценность жизни. Показатели SCL-90-R: SOM — соматизация; OBS — обсессивность-компульсивность; INT — межличностная чувствительность; DEP — депрессия; ANX — тревожность; HOS — враждебность; PHOB — фобическая тревожность; PAR — паранойяльные тенденции; PSY — психотизм; GSI — общий индекс тяжести симптомов; PST — общее число утвердительных ответов; PSDI — индекс наличного симптоматического дистресса.

Note: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$. PTG — Posttraumatic Growth, PTD — Posttraumatic Depreciation; F1 — Relating to Others, F2 — New Possibilities, F3 — Personal Strength, F4 — Spiritual and Existential Change, F5 — Appreciation of Life. SCL-90-R subscales: SOM — Somatization; O-C — Obsessive—Compulsive; INT — Interpersonal Sensitivity; DEP — Depression; ANX — Anxiety; HOS — Hostility; PHOB — Phobic Anxiety; PAR — Paranoid Ideation; PSY — Psychoticism; GSI — Global Severity Index; PST — Symptom Distress Index; PSDI — Positive Symptom Total.

Таблица 6. Корреляционные взаимосвязи показателей шкал методики ОПРПО и методики УЭВР
Table 6. Intercorrelation of PTGDI-X and LREB subscales in group of relatives, caring for patients with cerebral pathology

| ОПРПО УЭВР | Ф2ПТО | Ф3ПТР | Ф3ПТО | Ф4ПТР | Ф5ПТО |
|-----------------------------------|---------|--------|--------|--------|--------|
| Наполненность смыслом | | 0,317* | | 0,356* | |
| Ресурс | | 0,300* | | 0,307* | |
| Истощение | 0,587** | | 0,344* | | |
| Деперсонализация | 0,495** | | | | |
| Деструктивная разрядка напряжения | 0,406** | | 0,306* | | |
| Редукция достижения | 0,498** | | | | 0,309* |

Примечание: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$. Показатели ОПРПО: ПТР — Посттравматический рост, ПТО — посттравматическое обесценивание, Ф1 — Отношение к другим, Ф2 — Новые возможности, Ф3 — Сила личности, Ф4 — Духовные изменения, Ф5 — Ценность жизни.

Note: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$. PTG — Posttraumatic Growth, PTD — Posttraumatic Depreciation; F1 — Relating to Others, F2 — New Possibilities, F3 — Personal Strength, F4 — Spiritual and Existential Change, F5 — Appreciation of Life.

Таблица 7. Корреляционные взаимосвязи показателей шкал методики ОПРПО и анкеты «Бремя»
Table 7. Intercorrelation of PTGDI-X and Burden Inventory subscales in group of relatives, caring for patients with cerebral pathology

| ОПРПО Бремя | Ф1 ПТО | Ф2 ПТР | Ф2 ПТО | Ф3 ПТР | Ф3 ПТО | Ф4 ПТР | Ф4 ПТО | Ф5 ПТР | Ф5 ПТО |
|----------------|-----------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Стигма | 0,667** | 0,410** | 0,364* | 0,410** | 0,456** | 0,394** | 0,515** | 0,530** | 0,440** |
| Негатив | | | 0,342* | | | | | | |

Примечание: «*» — $p < 0,05$; «**» — $p < 0,01$. Показатели ОПРПО: ПТР – Посттравматический рост, ПТО — посттравматическое обесценивание, Ф1 — Отношение к другим, Ф2 — Новые возможности, Ф3 — Сила личности, Ф4 — Духовные изменения, Ф5 — Ценность жизни.

Note: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$. PTG — Posttraumatic Growth, PTD — Posttraumatic Depreciation; F1 — Relating to Others, F2 — New Possibilities, F3 — Personal Strength, F4 — Spiritual and Existential Change, F5 — Appreciation of Life.

мир воспринимается личностью как доброжелательный, безопасный и справедливый.

В литературе отсутствует консолидированное мнение относительно влияния стигматизации на формирование ПТР. По данным одних авторов стигматизация может усиливать ПТР [22, 24, 35], другие же свидетельствуют о том, что она препятствует его формированию [34]. Полученные в представляемом исследовании многочисленные связи показателя стигматизации (анкета «Бремя») как со шкалами блока ПТР, так и шкалами блока ПТО (методика ОПРПО), не вносят ясность в решение данного вопроса, однако подтверждают, что стигматизация выступает в качестве определяющего стресс-фактора, запускающего посттравматическую стрессовую динамику.

Анализ корреляций между шкалами ОПРПО и SCL-90-R показал значительное количество положительных связей субъективно отмечаемых симптомов психического неблагополучия с посттравматическим обесцениванием (ПТО) во всех изученных областях личного функционирования. При этом показатели шкал посттравматического роста (ПТР) методики ОПРПО не обнаруживают взаимосвязей с показателями шкал SCL-90-R. Полученные нами данные согласуются с результатами исследований, говорящих об ассоциированности депрессивной и посттравматической симптоматики с процессом обесценивания [19, 22, 25]. В то же время существуют данные о том, что депрессивные и посттравматические симптомы имеют нелинейный связи и с ПТР [28], что требует дополнительного прояснения на данной популяции при помощи более сложных методов статистической обработки, в частности, множественного регрессионного анализа, возможность проведения которого появится по мере увеличения выборки.

Как и в других работах [27], в настоящем исследовании обнаружены разнообразные связи различных показателей «эмоционального выгорания — вовлеченности» (методика УЭВР) со значениями шкал ПТР (ОПРПО). ПТР положительно взаимосвязан со степенью вовлеченности в трудовую деятельность, в качестве которой для родственника выступает уход за болеющим близким. В представленной работе также показана связь

посттравматического обесценивания с симптомами выгорания, а именно — истощением, циничным отношением к больному, редукцией (обесцениванием) личных достижений в процессе ухода за близким, деструктивной разрядкой напряжения. Выявленные взаимосвязи посттравматического обесценивания с феноменами эмоционального выгорания отражают сложную взаимообусловленность этих деструктивных процессов, происходящих под влиянием стрессовой травматизации.

Полученные данные подтверждают теоретические конструкты, лежащие в основе адаптируемой методики, и говорят о том, что посттравматический рост и посттравматическое обесценивание имеют сложную структуру и не могут рассматриваться как единый биполярный континуум.

Заключение

Первичная апробация русскоязычной версии методики, проведенная на фокус группе родственников больных с церебральной патологией, подтвердила как хорошую психометрическую валидность представленного теоретического конструкта (посттравматический рост/посттравматическое обесценивание) в целом, так и частные психометрические характеристики (коэффициенты согласованности, показатели перекрестной валидности и т.п.) анализируемой версии.

В качестве ограничений необходимо отметить, что представленные данные получены по относительно небольшой фокус-группе. В дальнейшем предполагается уточнение психометрических характеристик опросника на более мощной выборке, а также оценка специфики феноменов посттравматического роста/обесценивания у родственников, опекающих больных с более широким спектром клинических показателей.

Литература / References

1. Магомед-Эминов М. Ш. Феномен экстремальности. — М.: Психоаналитическая Ассоциация; 2008.
Magomed-Eminov M.Sh. Fenomen ekstremal'nosti. — М.: Psihoanaliticheskaya Assotsiatsiya; 2008. (In Russ.).
2. Падун М.А., Котельникова А.В. Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Булман. Психологический журнал. 2008;29(4):98–106.
Padun MA, Kotel'nikova AV. Modification of R. Janoff-Bulman's methodology for the study of basic personality beliefs. Psihologicheskij zhurnal. 2008;29(4):98–106. (In Russ.).
3. Сергиенко А.И. Эмоциональная дезадаптация и посттравматический рост родителя ребенка с ОВЗ: связь с субъективным восприятием тяжести симптоматики и с возрастом ребенка. Клиническая и специальная психология. 2019;8(4):93–106.
Sergienko AI. Emotional disadaptation and post-traumatic growth in parents of children with disabilities: a link with severity of symptoms and the age of the child. Klinicheskaya i special'naya psihologiya. 2019;8(4):93–106. (In Russ.).
4. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер. 2001.
Tarabrina N.V. Praktikum po psihologii posttravmaticheskogo stressa. SPb.: Piter; 2001. (In Russ.).
5. Шишкова А.М., Бочаров В.В., Михайлов В.А., Караваева Т.А., Иванов М.В., Черная Ю.С., Смирнова А.В., Сарайкин Д.М., Цыганкова Е.С., Карпов А.О., Захарова М.Л., Крижановский А.С., Шова Н.И., Твердохлебова А.М., Вукс А.Я. Особенности психологического статуса родственников пациентов со злокачественными новообразованиями. Вопросы онкологии. 2023;69(6):1081–1090.
Shishkova AM, Bocharov VV, Mihajlov VA, Karavaeva TA, Ivanov MV, Chernaya YuS, Smirnova AV, Sarajkin DM, Tsygankova ES, Karpov AO, Zaharova ML, Krizhanovskij AS, Shova NI, Tverdohlebova AM, Vuks AY. Psychological Status of Family Caregivers of Cancer Patients. Voprosy onkologii. 2023;69(6):1081–1090. (In Russ.). <https://doi.org/10.37469/0507-3758-2023-69-6-1081-1090>
6. Шишкова А.М., Бочаров В.В., Черная Ю.С. Многомерная система оценки негативных последствий болезни близкого у родственников больных с аддиктивными расстройствами методические рекомендации. Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы: сборник методических рекомендаций. Санкт-Петербург.: КОСТА, 2021.
Shishkova A.M., Bocharov V.V., Chernaya Yu.S. Mnogomernaya sistema ocenki negativnyh posledstvij bolezni blizkogo u rodstvennikov bol'nyh s addiktivnymi rasstrojstvami metodicheskie rekomendatsii. Diagnostika i lechenie psichicheskikh i narkologicheskikh rasstrojstv: sovremennye podhody: sbornik metodicheskikh rekomendatsij. Sankt-Peterburg.: KOSTA, 2021. (In Russ.).
7. Шишкова А.М., Бочаров В.В. Эмоциональное выгорание родственников больных с химической зависимостью: методология и инструментарий оценки. СПб.: Нестор-История; 2021.
Shishkova A.M., Bocharov V.V. Emocional'noe vygoranie rodstvennikov bol'nyh s himicheskoy zavisimost'yu: metodologiya i instrumentarij ocenki. SPb.: Nestor-Istoriya; 2021. (In Russ.).
8. Baker JM, Kelly C, Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG. An examination of posttraumatic growth and posttraumatic depreciation: two exploratory studies. J. Loss Trauma. 2008;13:450–465. <https://doi.org/10.1080/15325020802171367>
9. Balaban OD, Yazar MS, Aydin E, Agachanli R, Yumrukcal H. Posttraumatic growth and its correlates in primary caregivers of schizophrenic patients. Indian J Psychiatry. 2017;59(4):442–450. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_18_17.
10. Bayer S, Lev-Wiesel R, Amir M. The relationship between basic assumptions, posttraumatic growth, and ambiguity tolerance in an Israeli sample of young adults: A mediation-moderation model. Traumatology. 2007;13:4–15.
11. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine 2000;25(24):3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
12. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG, McMillan J. A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. J. Trauma. Stress. 2000;13:521–527.
13. Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG, Solomon DT. Posttraumatic growth and depreciation as independent experiences and predictors of well-being. J. Loss Trauma. 2010;15:151–166. <https://doi.org/10.1080/15325020903375826>
14. Dekel S, Mandl C, Solomon Z. Shared and unique predictors of post-traumatic growth and distress. J. Clin. Psychol. 2011;67:241–252.
15. Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. J Clin Epidemiol. 2015;68(4):435–41. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.021>.
16. Gérain P, Zech E. Informal Caregiver Burnout? Development of a Theoretical Framework to Understand the Impact of Caregiving. Front Psychol. 2019;10:1748. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01748>

17. Hallam W, Morris R. Post-traumatic growth in stroke carers: a comparison of theories. *Br J Health Psychol.* 2014;19(3):619-35. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12064>.
18. Henson C, Truchot D & Canevello A. What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation.* 2021;5(4):100195. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100195>
19. Ho SMY, Cheng CT, Shih SM, Taku K, Tedeschi RG. The Chinese version of Posttraumatic Growth and Depreciation Inventory-Expanded version (PT-GDI-X) for cancer survivors. *Support Care Cancer.* 2022;30(1):237-249. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06223-8>.
20. Knauer K, Bach A, Schäffeler N, Stengel A, Graf J. Personality traits and coping strategies relevant to posttraumatic growth in patients with cancer and survivors: a systematic literature review. *Curr. Oncol.* 2022;29(12):9593-9612. <https://doi.org/10.3390/curroncol29120754>.
21. Melinte BM, Turliuc MN, Măirean C. Secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in healthcare professionals: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2023;30(3):337-351. <https://doi.org/10.1037/cps0000159>
22. Michélsen H, Therup-Svedenlöf C, Backheden M, Schulman A. Posttraumatic growth and depreciation six years after the 2004 tsunami. *European Journal of Psychotraumatology.* 2017;8:1302691. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1302691>
23. Mosher CE, Adams RN, Helft PR, O'Neil BH, Shahda S, Rattray NA, Champion VL. Positive changes among patients with advanced colorectal cancer and their family caregivers: A qualitative analysis. *Psychology & Health.* 2017;32:94-109. <https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1247839>.
24. Pięta M, Rzeszutek M. Posttraumatic growth and posttraumatic depreciation among people living with HIV: the role of resilience and HIV/AIDS stigma in the person-centered approach. *AIDS Care.* 2023;35(2):230-237. <https://doi.org/10.1080/09540121.2022.2141184>
25. Romeo A, Di Tella M, Rutto F, Castelli L, Taku K, Loera BL. Expanded version of the Posttraumatic Growth and Depreciation Inventory: Scale validation and refinement among Italian adults. *Psychol. Trauma.* 2023;15(1):1-9. <https://doi.org/10.1037/tra0001203>
26. Romeo A, Castelli L, Zara G, Di Tella M. Posttraumatic Growth and Posttraumatic Depreciation: Associations with Core Beliefs and Rumination. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2022;19:15938. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315938>
27. Semeijn J, Van Ruysseveldt J, Vonk G, van Vuuren T. In flight again with wings that were once broken; Effects of post-traumatic growth and personal resources on burnout recovery. *International Journal of Workplace Health Management.* 2019;12(5):387-403. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-01-2019-0006>
28. Shakespeare-Finch J, Lurie-Beck J. A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorder.* 2014;28:223-229. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.005>
29. Szcześniak M, Madej D, Bielecka G. Relationship between World Assumptions and Post-Traumatic Growth among Polish Cancer Patients: Moderating Effect of Rumination. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2022;19:12444. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912444>
30. Taku K, Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG. The factor structure of the posttraumatic growth inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress.* 2008;21:158-164. <https://doi.org/10.1002/jts.20305>
31. Taku K, Tedeschi RG, Shakespeare-Finch J, Krosch D, David G, Kehl D, Grunwald S, Romeo A, Di Tella M, Kamibepu K, Soejima T, Hiraki K, Volgin R, Dhakal S, Zięba M, Ramos C, Nunes R, Leal I, Gouveia P, ... Calhoun LG. Posttraumatic growth (PTG) and posttraumatic depreciation (PTD) across ten countries: Global validation of the PTG-PTD theoretical model. *Personality and Individual Differences.* 2021;169:110222. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110222>
32. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering.* Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.
33. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress.* 1996;9:455-471.
34. Wei W, Li X, Tu X, Zhao J, Zhao G. Perceived social support, hopefulness, and emotional regulations as mediators of the relationship between enacted stigma and posttraumatic growth among children. *AIDS Care.* 2016;28:99-105.
35. Zeligman M, Barden SM, Hagedorn WB. Posttraumatic growth and HIV: A study on associations of stigma and social support. *Journal of Counseling & Development.* 2016;94(2):141-149.
36. Zhu Y, Pei X, Chen X, Li T. Family caregivers' experiences of caring for advanced cancer patients: a qualitative systematic review and meta-synthesis. *Cancer Nurs.* 2023;46(4):270-283. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001104>.

Сведения об авторах

Шишкова Александра Михайловна — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3. E-mail: shishaspb@mail.ru

Бочаров Виктор Викторович — кандидат психологических наук, доцент, руководитель лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева», заведующий кафедрой клинической психологии факультета клинической психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2.; доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9. E-mail: bochvik@gmail.ru

Цыганкова Елизавета Сергеевна — младший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева», медицинский психолог отделения медицинской реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) имени Н.П. Напалкова», 197758, Санкт-Петербург, посёлок Песочный, Ленинградская ул., д. 68А, ассистент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: lisa94_94@mail.ru

Черная Юлия Сергеевна — младший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева». E-mail: psiheja13@mail.ru

Поступила 15.03.2024

Received 15.03.2024

Принята в печать 26.07.2024

Accepted 26.07.2024

Дата публикации 27.09.2024

Date of publication 27.09.2024

Клинический случай сенестоипохондрической формы шизофрении с реализацией патологических телесных ощущений преимущественно в орофациальной области: проблемы дифференциального диагноза на ранних этапах

Кочерева Е.Д.¹, Дзиковицкая Л.С.², Козлова М.В.¹, Титова В.В.^{1,3}, Самушия М.А.¹

¹Центральная Государственная Медицинская Академия Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

²Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина», Стоматологическая поликлиника, Москва, Россия

³Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия

Оригинальная статья

Резюме. В статье приведен клинический случай сенестоипохондрической формы шизофрении, в рамках которой реализация нарушений телесной перцепции в течение длительного времени ограничивалась орофациальным пространством на фоне ортодонтической патологии. Прозопалгии представляют собой транснозологический синдром, характерный для гетерогенной группы расстройств, дифференциальная диагностика которых в силу особенностей иннервации лицевой области может быть затруднена и требует особого внимания для своевременного определения их нозологической принадлежности и адекватной терапии.

Интерес к клиническому случаю обусловлен длительно сохранявшимся сенестоалгическим синдромом, схожим по клинической картине с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, что осложнило проведение своевременной квалификации состояния пациентки и привело к эскалации психического расстройства в отсутствие психофармакологической терапии. В статье приведен разбор места психической патологии в формировании и развитии орофациальных болей (как соматогенного характера, так и в контексте соматопсихических нарушений), подчеркивается необходимость комплексной оценки как стоматологического, так и психического статусов таких пациентов с целью формирования оптимальных подходов к лечению.

Ключевые слова: психические расстройства, прозопалгия, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, идиопатическая лицевая боль, эндогенное заболевание

Информация об авторах:

Кочерева Екатерина Денисовна* — e-mail: e.kochereva@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0000-7952-9369>

Дзиковицкая Лариса Сергеевна — e-mail: larisa.dzikovitskaya@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9899-6672>

Козлова Марина Владленовна — e-mail: profkoz@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3066-206X>

Титова Влада Викторовна — e-mail: vivlan2001@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0003-2706-0804>

Самушия Марина Антиповна — e-mail: sma-psychiatry@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3681-9977>

Как цитировать: Кочерева Е.Д., Дзиковицкая Л.С., Козлова М.В., Титова В.В., Самушия М.А. Клинический случай сенестоипохондрической формы шизофрении с реализацией патологических телесных ощущений преимущественно в орофациальной области: проблемы дифференциального диагноза на ранних этапах. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2024; 58:3:86-93. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-938>

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.



Clinical case of senesto-hypochondriacal form of schizophrenia with implementation of pathological bodily sensations mainly in the orofacial area: problems of differential diagnosis at the early stages

Ekaterina D. Kochereva¹, Larisa S. Dzikovitskaya², Marina V. Kozlova¹, Vlada V. Titova^{1,3}, Marina A. Samushiya¹

¹Central state medical academy of department of presidential affairs, Moscow, Russia

²Clinical Hospital «Russian Railways-Medicine», Dental clinic, Moscow, Russia

³Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

Research article

Summary. The article presents a clinical case of the senesto-hypochondriacal form of schizophrenia, the implementation of violations of bodily perception within which for a long time was limited to the orofacial space against the background of orthodontic pathology. Prosopalgia is a transnosological syndrome characteristic of a heterogeneous group of disorders, the differential diagnosis of which, due to the peculiarities of the innervation of the facial area, can be difficult and requires special attention for the timely determination of their nosological affiliation and the initiation of adequate therapy. Interest in the clinical case is due to long-lasting senestoalgic syndrome, similar in clinical picture to established pathology of the temporomandibular joint, which complicated the timely assessment of the patient's condition and led to exacerbation of the mental disorder in the absence of psychopharmacological therapy. The article provides an analysis of the place of mental pathology in the formation and development of orofacial pain, both of a somatogenic nature and in the context of somatopsychic disorders, emphasizing the need for a comprehensive assessment of both the dental and mental status of such patients in order to formulate optimal approaches to treatment.

Key words: mental disorders, prosopalgia, temporomandibular joint dysfunction, idiopathic facial pain, endogenous disease

Information about the authors:

Ekaterina D. Kochereva* — e-mail: e.kochereva@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0000-7952-9369>

Larisa S. Dzikovitskaya — e-mail: larisa.dzikovitskaya@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9899-6672>

Marina V. Kozlova — e-mail: profkoz@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3066-206X>

Vlada V. Titova — e-mail: vivlan2001@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0003-2706-0804>

Marina A. Samushiya — e-mail: sma-psychiatry@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3681-9977>

To cite this article: Kochereva ED, Dzikovitskaya LS, Kozlova MV, Titova VV, Samushiya MA. Clinical case of senesto-hypochondriacal form of schizophrenia with implementation of pathological bodily sensations mainly in the orofacial area: problems of differential diagnosis at the early stages. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2024; 58:3:86-93. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-938> (In Russ.)

Conflict of interests: authors declare no conflict of interests.

Прозопалгия, или лицевая боль — один из ведущих симптомов в клинической практике врачей-стоматологов. Распространенность орорфациальных болей в общей популяции составляет от 10 до 23% от населения, среди которых преобладающее число обращений за медицинской помощью приходится на врачей-стоматологов [12,13]. Однако в 25-76% случаев патологий стоматологического профиля не выявляется, или же разрешения болевого синдрома на фоне проводимого лечения не происходит [10]. Установление нозогенной принадлежности орорфациального болевого синдрома осложняется морфологическими и функциональными особенностями иннервации лица и ротовой полости. Чувствительная иннервация лица обеспечивается в первую очередь тройничным нервом (V пара черепных нервов), отдающего три ветви: глазничную (V1), верхнечелюстную (V2) и нижнечелюстную (V3), ротовой полости — также блуждающим, языкоглоточным и лицевым нервами. Ноцицептивная чувствительность в лицевой области реализуется преимущественно Аδ-волокнами, окончания которых чув-

ствительны к высокоинтенсивным механическим и иногда термическим раздражениям, однако в ряде анатомических образований иннервация осуществляется также С- (височно-нижнечелюстной сустав, жевательная мышца) и Аβ-волокнами (пульпа), окончания которых менее специфичны. Отсутствие четких границ и общность иннервации анатомических структур лицевой области зачастую приводят к затруднениям в дифференциальной диагностике.

В связи с высокими цифрами распространенности прозопалгий и сложностями в дифференциальной диагностике, многократно предпринимались попытки их систематизации по этиологическому принципу. На настоящий момент в международной классификации орорфациальной боли выделяются следующие категории, выделенные на основании ведущего компонента в формировании болевого синдрома:

- Орорфациальная боль, связанная с нарушением дентоальвеолярных и сопутствующих структур

- Артралгия височно-нижнечелюстного сустава
- Орофациальная боль, связанная с поражением или заболеванием черепных нервов
- Миофасциальная орофациальная боль

Обращает на себя внимание также выделенная категория «идиопатическая лицевая боль», или прозопалгия при отсутствии объективно установленной причины.

Патологии дентоальвеолярных структур — состояния, успешно разрешающиеся в ходе стоматологических вмешательств, диагностика которых не вызывает существенных затруднений; однако, в силу распространенности, превышающей 50% от обращений с жалобами на лицевые боли [11], эти состояния, при наличии у пациентов коморбидной патологии, осложняют своевременную верификацию нозогенной принадлежности имеющегося болевого синдрома.

Среди основных причин возникновения орофациальной боли, помимо патологии непосредственно дентоальвеолярных структур, можно выделить дисфункцию височно-нижнечелюстного сустава (ДВНЧС) как заболевание, в формировании которого играют роль как миофасциальный, так и артрогенный компоненты. Распространенность ДВНЧС достигает 26% среди населения, а клиническими проявлениями могут являться:

- боли в области ВНЧС, лица;
- напряжение, скованность, утомляемость жевательных мышц;
- головные боли, головокружения;
- парестезии слизистой оболочки полости рта и носа;
- чувство жжения языка, гортани;
- иррадиацию боли в область зубов верхней и нижней челюстей, уха, виска, лба, затылка, мышц шеи [3, 19].

В структуре ДВНЧС выделяют следующие этиологические формы: миогенную — вызванную гипертонусом жевательных мышц; артрогенную — при которой клиническая картина отражает нарушения в структуре сустава в результате травмы, остеоартроза ВНЧС и т.д.; а также смешанную — проявления которой обусловлены синергией миогенного и артрогенного компонентов.

Коморбидность ДВНЧС и психической патологии являлась темой многочисленных исследований, проводимых с конца XX века по настоящее время, в которых, несмотря на противоречивые результаты, полученные преимущественно на основании изолированно применявшихся психометрических методик, выявлялось статистически значимое повышение частоты встречаемости психопатологической симптоматики в сравнении с общей популяцией [8, 15, 20]. Однако, своевременное выявление психической патологии значительно осложняется в связи с полиморфизмом клинических проявлений ДВНЧС, особенно в случае артрогенного или смешанного подтипа, когда имеется субстрат формирования болевого синдрома, подтвержденный объективными методами обследования, такими как МРТ, КТ, РГ, а также

методиками изучения окклюзионных контактов в полости рта. В большинстве исследований обнаруживалось значительное преобладание лиц гистрионного круга в группах пациентов с миогенной формой ДВНЧС, спазм жевательной мускулатуры у которых реализовывался в качестве конверсионной симптоматики, в последующем приводя к функциональным нарушениям жевательной системы в целом. Широкая известность упомянутых исследований среди врачей стоматологического профиля вкуче с низкой эффективностью физиотерапевтических процедур у категории пациентов без окклюзионных нарушений приводит к более высоким показателям обращаемости за психиатрической и психотерапевтической помощью [8, 16, 17].

Вместе с тем, в отсутствие эффекта от проводимого лечения, болевой синдром в орофациальной области имеет тенденцию к хронизации, значимо снижая качество жизни пациентов, приводя к формированию соматогенно спровоцированных стрессогенных реакций, что находит отражение в высоких цифрах распространенности аффективных расстройств депрессивного круга у лиц, страдающих СБД ВНЧС — согласно исследованиям, до 40.7% пациентов соответствуют критериям клинически очерченного депрессивного эпизода при отсутствии установленного ранее диагноза аффективного расстройства [6].

Персистирующая идиопатическая лицевая боль (ПИЛБ), ранее называвшаяся «атипичной лицевой болью», определяющаяся, согласно международной классификации орофациальных болей, как продолжающаяся боль в лице, не имеющая характеристик краниальной невралгии и не связанная с другими причинами — сложное диагностируемое состояние, клинко-психопатологическая структура которого остается малоизученной, несмотря на многочисленные исследования, свидетельствующие о высокой распространенности в структуре ПИЛБ соматоформных расстройств (до 95%) [7, 9, 14, 23], аффективных расстройств депрессивного круга (до 66%) [1, 18], тревожных расстройств (у 16-90%) [4, 5].

Удельный вес сенестопатических проявлений как нарушений телесной перцепции, на начальных этапах развития способных мимикрировать под соматическую патологию, в рамках данной категории достоверно неизвестен; однако в единичных публикациях группы японских ученых описаны т.н. «оральные сенестопатии», распространенность которых составила 27% среди пациентов, направленных в психосоматическую стоматологическую клинику в связи с отсутствием установленной соматической патологии или отсутствием улучшения на фоне проводимого лечения, т.е. — соответствующих критериям «идиопатической орофациальной боли» [22]. В проведенных исследованиях обращает особое внимание средняя продолжительность заболевания от момента первичного обращения за медицинской помощью до направления в психосоматическое отделение, составившая 3.2 года, а также высокий уровень объ-

ективно показанных стоматологических и ортодонтических вмешательств среди данной группы пациентов, составивший 29.9% и свидетельствующий о высокой коморбидности с патологиями дентоальвеолярных структур и височно-нижнечелюстного сустава. Это осложняет своевременную диагностику и, как следствие, раннее назначение адекватной фармакотерапии [21].

Приведенный клинический случай иллюстрирует затруднения в дифференциальной диагностике орофациальных сенестопатий при наличии коморбидной ортодонтической патологии в анамнезе.

Клинический случай:

Пациентка М., 31 год, не замужем, детей нет. Наследственность манифестными психозами неотягощена. Родилась на 38 неделе от вторых, нормально протекавших беременностей и родов. Раннее развитие с особенностями: заговорила позже срока, до 6 лет сохранялась выраженная дислалия, разрешившаяся на фоне логопедической коррекции. С раннего детства и до 7 лет, на фоне конфликтов в семье, отмечались эпизоды психомоторного возбуждения с внутренним беспокойством, страхом, зрительными обманами восприятия: «езде мурашки, как фонариком светят в глаза», «узоры на коврах складывались в страшные лица». При смещении фокуса внимания — симптоматика резко нивелировалась, вне психогенно значимых ситуаций не обнаруживалась. Эпизоды прекратились после развода родителей. Формировалась активным, общительным ребенком, любила быть в центре внимания, легко адаптировалась в детских коллективах. С начальных классов обращала пристальное внимание на свою внешность, много времени проводила у зеркала, могла в течение нескольких часов делать укладку, подбирать макияж, гордилась своей внешностью, особое внимание уделяла лицу как «главной своей гордости». Обучение интереса не вызывало, успеваемость в течение всего обучения в школе сохранялась средней, зачастую прибегала к помощи одноклассников, списывала, больше внимания уделяла общению. В дальнейшем поступила в Университет Искусств, где обучалась формально, начав концертную деятельность в составе музыкальной группы. С момента вступления в группу эпизодически употребляла ПАВ — марихуана, кокаин. Эпизоды наркотического опьянения проходили без особенностей. Несмотря на отсутствие интереса к учебе, высшее учебное заведение в 2015 году окончила, в дальнейшем работала в музыкальной сфере в составе различных групп, давала частные уроки по вокалу.

В 21 год (2013 г.) была установлена лингвальная брекет-система по показаниям, с целью коррекции прикуса, на фоне чего впервые отметила боли в области верхней и нижней челюстей, распространявшихся на лицевую область. В связи с жалобами, находилась под динамическим наблюдением в течение нескольких месяцев; проводимые физио-

терапевтические процедуры, прием НПВС давали кратковременный положительный эффект. Для снижения выраженности болевых ощущений лечащим врачом было принято решение о проведении коррекции высоты прикуса, что дало эффект. Несмотря на снижение выраженности болевого синдрома, стала отмечать диспропорцию в чертах лица; заявляла, что челюсть «будто съехала вбок». Объективно лечащим врачом асимметрия была подтверждена, однако расценена как незначительная и представляющая естественный этап в ходе ортодонтического лечения.

Спустя несколько месяцев болевой синдром вновь актуализировался, изменившись по характеру: «как что-то тянуло, постоянное напряжение в челюсти, ноющая тупая боль, отдавала то в виски, то в уши», стала обращать пристальное внимание на строение лица, делала многочисленные фотографии для сравнения, отмечала различия со снимками до лечения, опасалась, что «останется такой навсегда».

В 2015 году брекет-система в связи с окончанием лечения была удалена, однако жалобы на изменение пропорций в лице и болевые ощущения сохранились, лечащим врачом был установлен диагноз синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава как следствие ортодонтического лечения; рентгенографическая диагностика с целью подтверждения на тот момент не проводилась. В последующем в течение 7 лет многократно обращалась к различным специалистам: стоматологам, физиотерапевтам, практикам нетрадиционной медицины, настаивая на необходимости проведения различных вмешательств с целью снижения болевых ощущений и «возвращения гармонии», но без эффекта от проводимого лечения. Сохраняла убежденность, что «челюсть не на месте, словно съехала вбок, правая половина лица выше левой», старалась не улыбаться, будучи уверенной, что улыбка усугубляет диспропорцию и та становится заметна окружающим, стала реже фотографироваться, на снимках скрывала половину лица волосами, поворотом головы, с целью скрыть дефект. Болевой синдром сохранялся на протяжении всего периода, отмечала усиление болевых ощущений на фоне психогенно значимых ситуаций.

По результатам проведенного МРТ ВНЧС от 2017 г.: артроз ВНЧС 1ст., было рекомендовано ношение кап для восстановления высоты прикуса и снижения нагрузки на сустав, оказавшееся неэффективным в отношении болевого синдрома. Многократно обследовалась повторно без установления сопутствующей основному диагнозу соматической патологии, проводимая физиотерапия давала краткосрочный эффект — ощущала «расслабление мышц лица», отмечала восстановление пропорциональности в лицевой области, снижение болевых ощущений на срок до недели, после чего обращалась повторно. Многократным обследованиям посвящала много времени, с 2018 года испытывала сложности на работе в связи с частыми пропусками репетиций, выступлений, в связи с чем

была вынуждена вначале отказаться от постоянного места в группе, а с 2020 года вынуждена была ее покинуть. Стала преподавать вокал частным ученикам, однако стабильного заработка достичь не удавалось, часто отменяла занятия, стала менее продуктивной, избегала нагрузку. Перестала обеспечивать себя самостоятельно. Несмотря на то, что ранее очень гордилась финансовой независимостью и возможностью помогать семье, их утрате значения не придавала. Мечтала начать сольную карьеру, писала тексты песен, однако последние не записывала, несмотря на предложения знакомых, опасаясь, что «тяжесть состояния не позволит развиваться и выступать».

В начале марта 2023 года использовала интраназальную технику самомассажа по совету одного из специалистов с целью «расслабления мышц» в течение нескольких часов. В ходе его проведения обратила внимание на пульсацию в носу, придаточных пазухах, глазах, «стрекотание над небом», интервально сопровождавшееся «хлопком оттуда же, как ремнем бьют, громко, на всю комнату» в течение всей манипуляции. Впоследствии ощутила расслабление, смогла заснуть. Спустя несколько дней, на фоне употребления марихуаны, ощутила «хлопок в горле», сопровождавшийся «слабостью глотательных мышц», явлениями астазии-абазии, «все было как ненастоящее», с «помехами» в зрительной картинке, «судорогами в мышцах». Окружающими состояние было расценено как эпилептический приступ, была приведена в безопасное положение, после чего ощутила «вибрацию во всем теле», слышала голоса в голове комментирующего содержания. Приступ сопровождался вычурными ощущениями в теле различной локализации, которые интерпретировала как «это кто-то во мне сидит и выходит», «кто-то в голове паникует», «трогаю затылок, а под пальцами мышцы как червяки расползаются возле мозга, поэтому такая картинка получилась». В течение следующей недели, преимущественно в ночное время, отмечала многочисленные телесные сенсации: «как будто что-то шкочет в животе, как узел в кишечнике какой-то развязался», «распирание в животе, ногах», «колики в кишечнике, влагилице», «вибрация в суставах», сопровождавшиеся образами восприятия в виде неясных образов перед глазами в течение нескольких минут после пробуждения, тягостным тревожным аффектом. Все происходящее связывала с «расслаблением мышц», «открытием чакр». В последнюю ночь проснулась от звука «взрыва в животе», обратила внимание на «мурашки по чакрам», сердцебиение, отнесла симптоматику к последствиям «полного расслабления», после чего смогла заснуть, в дальнейшем подобного не наблюдала.

В течение последующих нескольких месяцев отмечала жалобы на «напряжение в мышцах лица», «чувство распирания в лице»; заявляла, что «череп хрустит, форма меняется», в связи с чем продолжила обследование, предполагая, что повредила блуждающий нерв интраназальными манипуляциями. Стала избегать и без того сни-

женной рабочей нагрузкой, проводя единичные занятия по вокалу на дому, снизилась социальная активность — перестала общаться с друзьями, коллегами, уделять время молодому человеку. Неврологом с была направлена на консультацию к психиатру.

Психический статус: выглядит моложе своих лет, ухожена. Всесторонне ориентирована верно. Охотно вступает в беседу с врачом. Темп речи ускорен, пантомимика сглажена, голос ярко эмоционально модулирован. Многоречиво излагает вышеуказанные жалобы, фиксируясь на многочисленных подробностях, однако линию повествования удерживает с трудом, отвечает не всегда в плане заданного, отвлекаема. В ходе повествования стремится выставить себя в лучшем свете, избегает упоминания фактов употребления ПАВ, эпизодов эмоциональной несдержанности, обманов восприятия. Испытывает трудности в систематизации предоставляемой информации. На момент осмотра сообщает, что чувствует себя «прекрасно, сейчас все хорошо», затем, спустя несколько минут, озвучивает жалобу на возникновение болей распирающего характера в области лба, придаточных пазухах, мышцах головы, «словно мышцы как червяки расползаются», мимически выражая нестерпимость болезненных ощущений.

Мышление паралогично, суждения поверхностны. Приводит многочисленные противоречивые гипотезы возникновения болезненного состояния, связывая его с последствиями ортодонтического лечения, психоэмоциональным стрессом, чисткой печени, поражением блуждающего нерва, кишечника, «прохождением энергии через чакры», аргументируя свои утверждения тем, что «кишечник — это же и есть мозг, все от него», «блуждающий нерв контролирует каждый орган, потому такие симптомы». К логическим несоответствиям критика отсутствует. Ищет помощи, вместе с тем отрицает болезненное происхождение своего состояния, убеждена в соматической или эзотерической природе жалоб. Фон настроения с тревожным оттенком. Суицидальные мысли отрицает. Сон, аппетит — не нарушены.

Ans.torbi: Наличие сопутствующих заболеваний, вредные привычки, иные значимые состояния отрицает. Считает себя здоровой. Пациентка связывает появление жалоб с протезированием зубов несколько лет назад. С ее слов, протезирование началось в одной клинике и продолжилось в другой в связи с переездом в другой город. Сожалеет о ранее проведенном ортодонтическом лечении, так как на данный момент не видит необходимости в нем, отмечает «навязывание» врачом его плана лечения.

При внешнем осмотре отмечается незначительное снижение высоты нижнего отдела лица; пальпация жевательной, латеральной крыловидной и грудино-ключично-сосцевидной мышцы слабо болезненны справа и слева.

При обследовании ВНЧС отмечаются щелчок справа, девиация нижней челюсти отсутствует. При осмотре полости рта: тотальное ортопе-

дическое протезирование зубов верхней и нижней челюсти полными коронками (жевательные зубы) и виниры с перекрытием режущих краев (фронтальная группа зубов), подвижность отсутствующая. На КТ все зубы витальные, отсутствующих нет. Генерализованное воспаление, гиперемия маргинального края десны, кровоточивость при зондировании, пародонтальные карманы 1-3 мм. На МРТ: правый ВНЧС -частичная медиальная дислокация суставного диска с репозицией, суставная головка в положении привычной окклюзии установлена правильно, левый ВНЧС — частичная медиальная дислокация без репозиции, суставная головка расположена с передне-депрессивным смещением.

Данные МРТ ВНЧС от 15.12.2023: Артроз правого ВНЧС 1-2 ст. Частичная медиальная дислокация суставного диска с неполной репозицией. Артроз левого ВНЧС 0-1 ст., небольшой синовит. Частичная медиальная дислокация суставного диска без репозиции. Минимально выраженные МР-признаки функциональной перегрузки латеральных крыловидных мышц.

Консультация стоматолога от 25.12.2023. Пациентка М., 1993 г.р., обратилась в клинику ортопедической стоматологии в декабре 2023 года с жалобами на ноющие, тянущие боли в области жевательных мышц, мышц шеи, головные боли, ощущение «подвижности» костей черепа. Жалобы особенно усиливались в ночное время. Пациентке рекомендовано проведение пародонтологического лечения, а для снятия болезненности в области жевательных мышц — окклюзионная сплент-терапия. От предложенного лечения пациентка отказалась, на прием не явилась.

На фоне приема назначенной психотерапии (Olanzapin 0.05, Lamotrigin 0.25) симптоматика редуцировалась, сформировалась частичная критика к состоянию, социальная активность и трудоспособность повысились, однако остались несколько сниженными. Перестала стремиться к общению, находится в центре внимания, отмечает сложности в установлении новых контактов, пациентка настроена на продолжение терапии.

Разбор. На момент первичного осмотра состояние пациентки определяется синдромом эссенциальных сенестопатий, а в более развернутой клинической форме — монотематическим несистематизированным ипохондрическим бредом, сформировавшимся на базе сенестопатических расстройств в пространстве сенесто-ипохондрической формы шизофрении у личности преморбидно-гистрионного круга.

Обращает внимание преморбидная фиксация внимания пациентки непосредственно на фациальную область, ставшую впоследствии областью нарушения телесной перцепции, болевые ощущения в которой изначально имели под собой соматически обусловленную почву, однако с течением времени приобретали характер сенестопатий, не соответствуя по своей тяжести инструментально подтвержденным нарушениям в височно-нижне-

челюстном суставе. Динамика процесса на данном этапе во многом определяется преморбидно-гистрионной структурой личности пациентки, находящей отражение в преувеличении тяжести объективно подтвержденных нарушений («челюсть словно съехала вбок») при наличии лишь незначительной диспропорции, с формированием впоследствии сверхценного ипохондрического симптомокомплекса.

Развитие психопатологической симптоматики в течение последующих 7 лет соответствует мало-прогредиентному течению эндогенной патологии с преимущественным постепенным нарастанием негативной симптоматики, выражавшейся в усиливающейся аутизации, снижении энергетического потенциала, продуктивности, при относительно сохранной эмоциональной сфере с преобладанием поверхностных истерических эмоциональных реакций и отсутствием экастербаций до 2023 года.

Развернутый психотический эпизод в марте 2023 года, разрешившийся без фармакологического вмешательства, ознаменовал трансформацию продуктивной психопатологической симптоматики с ее усугублением: стойкие, четко ограниченные орофациальным пространством, сенестопатии утратили характерные им ранее черты, став диффузными, мигрирующими, сложно поддающимися вербализации тягостными ощущениями, соответствующими критериям эссенциальных сенестопатий. Одновременно с этим трансформация коснулась и негативной симптоматики, которая стала характеризоваться выраженным снижением трудовой и социальной адаптации.

Обсуждение

Дифференциальная диагностика сенестопатических проявлений в орофациальной области на ранних этапах развития малопрогредиентного эндогенного процесса сопряжена со значительными затруднениями, в первую очередь — за счет полиморфности клинических проявлений ортодонтической патологии, в частности, ДВНЧС (протекание которой на начальном этапе происходит схожим образом — наиболее частыми жалобами являются алгии, чувство напряжения в лицевой области, жевательных мышц). Своевременная диагностика также осложняется высокой распространенностью внутрисуставных нарушений, подтверждаемых рентгенологически: наличие остеоартроза у лиц с ДВНЧС достигает 59%, а частота встречаемости в популяции, по данным ряда исследований, составляет до 30.1% [2, 15].

Таким образом, при наличии выявленных объективными методами исследования структурных нарушений ВНЧС, достоверно установить корреляцию между предъявляемыми пациентом жалобами и имеющейся соматической патологией на раннем этапе развития нарушений телесной перцепции, вне мультидисциплинарного подхода, не представляется возможным. В приведенном клиническом случае длительное время основные жалобы пациентки сохраняли «соматический фа-

сад», отвечая критериям ортодонтической патологии: первоначально — нарушениям окклюзионного характера, а впоследствии — артрозу ВНЧС. Вместе с тем, длительный период отсутствия ответа на проводимые лечебные мероприятия, постепенно нарастающая вычурность жалоб, несмотря на изначально соматически окрашенную симптоматику, свидетельствовали о необходимости привлечения врачей-психиатров для исключения психической патологии. Отсутствие своевременного клиничко-психопатологического обследования пациента, и, как следствие, раннего начала адекватной психофармакотерапии, привело к усугублению симптоматики — развернутому психотическому эпизоду, трансформации сенестопатических проявлений по типу сенестопатий в эссенциальные сенестопатии, формированию негативной симптоматики.

Заключение

Представленный клинический случай демонстрирует важность реализации мультимодального подхода в ведении пациентов с установленной ортодонтической патологией, длительно не отвечающих на проводимые лечебные стоматологические мероприятия, с целью раннего выявления психических расстройств, установления их вклада в структуру предъявляемых жалоб и своевременного назначения адекватной психофармакотерапии. Анализируя приведенный клинический случай, можно сделать предварительное заключение, что место психической патологии, в частности, эндогенного круга, в стоматологической практике, и ее влияние на течение и успешность терапии основного заболевания требует дальнейшего изучения с целью формирования оптимальных подходов лечения.

Литература / References

1. Вознесенская Т.Г., Вейн А.М. Хроническая боль и депрессия. Психиатрия и психофармакология. 2000;1:4-7. Voznesenskaya TG, Vein AM. Chronic pain and depression. Psihiatriya i psihofarmakologiya. 2000;1:4-7. (In Russ.).
2. Воловар О.С., Маланчук В.А., Топчий Д.В. Сравнительная характеристика диагностической информативности компьютерной томографии, рентгенографии и ортопантомографии при некоторых заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава. Российский стоматологический журнал. 2012;1:25-29. Volovar OS, Malanchuk VA, Topchiy DV. Comparative characteristics of the diagnostic information content of computed tomography, radiography and orthopantomography for some diseases of the temporomandibular joint. Rossijskij stomatologicheskij zhurnal. 2012;1:25-29. (In Russ.).
3. Трезубов В.Н. и др. Лечение пациентов с расстройствами височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц: клинические рекомендации. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2021. Trezubov V.N. i dr. Lechenie pacientov s rasstrojstvami visochno-nizhnechelyustnogo sustava i zhevatel'nyh myshc: klinicheskie rekomendacii. Moskva: GEOTAR-Media. 2021. (In Russ.).
4. Asmundson GJ, Jacobson SJ, Allardings MD, Norton GR. Social phobia in disabled workers with chronic musculoskeletal pain. Behavior Research and Therapy. 1996;34:939-943
5. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. Arch. Intern. Med. 2003;163(20):2433-2445
6. Dıraçoğlu D et al. Temporomandibular dysfunction and risk factors for anxiety and depression. Journal of back and musculoskeletal rehabilitation. 2016;29(3):487-491.
7. Feinmann C. Idiopathic orofacial pain: a multidisciplinary problem. The contribution of psychiatry and medicine to diagnosis and management. Pain — An update review. ISAP press. 1996.
8. Gatchel RJ et al. Major psychological disorders in acute and chronic TMD: an initial examination. The Journal of the American Dental Association. 1996;127(9):1365-1374
9. Hegarty AM, Zakrzewska JM. Differential diagnosis for orofacial pain, including sinusitis, TMD, trigeminal neuralgia. J Dental Update (Oral Medicine). 2011;38(6):396-406.
10. Hoffmann RG, Kotchen JM, Kotchen TA et al. Temporomandibular disorders and associated clinical comorbidities. Clin. J. Pain. 2011;27(3):268-274.
11. Horst OV, Cunha-Cruz J, Zhou L, Manning W, Mancl L, DeRouen TA. Prevalence of pain in the orofacial regions in patients visiting general dentists in the Northwest Practice-based REsearch Collaborative in Evidence-based DENTistry research network. J Am Dent Assoc. 2015;146(10):721-8.e3. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2015.04.001>.
12. John MT, LeResche L, Koepsell TD et al. Oral health-related quality of life in Germany. Eur J Oral Sci. 2003;111:483-491.
13. Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. J Am Dent Assoc. 1994;124:115-121
14. Madland G, Feinmann C. Chronic facial pain: a multidisciplinary problem. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2001;71:716-719.
15. Manfredini D et al. Psychosocial profiles of painful TMD patients. Journal of oral rehabilitation. 2009;36(3):193-198.
16. Meldolesi GN et al. Personality and psychopathology in patients with temporomandibular joint pain-dysfunction syndrome: A controlled investigation. Psychotherapy and psychosomatics. 2000;69(6):322-328.
17. Nifosi F et al. Psychopathology and clinical features in an Italian sample of patients with myofascial

- and temporomandibular joint pain: preliminary data. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2007;37(3):283-300.
18. Rees RT, Harris M. Atypical odontalgia. *British Journal of Oral Surgery*. 1979;16(3):212-218
 19. Slade GD, Ohrbach R et al. Painful temporomandibular disorder: decade of discovery from OP-PEERA studies. *J Dent Res*. 2016;95(10):1084-1092
 20. Sundsvold MØ, Vaglum P, Østberg B. Movements, lumbar and temporomandibular pain and psychopathology. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1981;35(1):1-8.
 21. Umezaki Y et al. Clinical characteristics and course of oral somatic delusions: a retrospective chart review of 606 cases in 5 years. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2018;14:2057-2065.
 22. Umezaki Y et al. Oral cenesthopathy. *BioPsychoSocial Medicine*. 2016;10:1
 23. Woda A, Pionchon P. A unified concept of idiopathic orofacial pain: clinical features. *J. Orofac. Pain*. 1999;13:172-195

Сведения об авторах

Кочерева Екатерина Денисовна — аспирантка кафедры психиатрии и наркологии ФГБУ ДПО «Центральная Государственная Медицинская Академия» УД Президента РФ, 121359, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Кунцево, ул. Маршала Тимошенко, д. 19, стр. 1А. E-mail: e.kochereva@gmail.com

Дзиковицкая Лариса Сергеевна — к.м.н., врач стоматолог-ортопед ЧУЗ «Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина» Стоматологическая поликлиника, 127015, г.Москва, ул. Бутырская 6, корпус 3. E-mail: larisa.dzikovitskaya@mail.ru

Козлова Марина Владленовна — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой стоматологии ФГБУ ДПО «Центральная Государственная Медицинская Академия» УД Президента РФ. E-mail: profkoz@mail.ru

Титова Влада Викторовна — к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБУ ДПО «Центральная Государственная Медицинская Академия» УД Президента РФ, , доцент кафедры психосоматики и психотерапии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава РФ, 194044, г. Санкт-Петербург, Литовская ул., 2П. E-mail: vivlan2001@mail.ru

Самушия Марина Антиповна — проректор по научной работе, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБУ ДПО «Центральная Государственная Медицинская Академия» УД Президента РФ, научный руководитель психиатрической службы ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, 121359, г. Москва, улица Маршала Тимошенко, 15. E-mail: sma-psychiatry@mail.ru

Поступила 04.03.2024

Received 04.03.2024

Принята в печать 25.07.2024

Accepted 25.07.2024

Дата публикации 27.09.2024

Date of publication 27.09.2024

Депрессивное состояние, сопряженное с криптогенным синдромом ригидного человека (случай из практики)

Нарышкин А.Г.^{1,3}, Клочков М.Н.¹, Скоромец Т.А.², Галанин И.В.¹, Катышев С.А.¹, Второв А.В.¹, Орлов И.А.¹,
Умаев Х.Х.¹

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург, Россия

²Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. Акад. И.П. Павлова, Россия

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

Оригинальная статья

Резюме. В статье описаны особенности современного понимания природы и лечения синдрома ригидного человека. Баклофен — ГАМК-В агонист является одним из препаратов выбора для лечения этого заболевания. Однако, его пероральное применение обладает незначительной эффективностью и приводит к целому ряду осложнений. Непререкаемой альтернативой перорального приема препарата в настоящее время является его постоянное интратекальное введение с использованием имплантируемой помпы. Приведен случай криптогенного синдрома ригидного человека, сопровождающийся развитием депрессивного состояния. В процессе лечения методом интратекальной баклофеновой терапии исчезли не только мучительные мышечные спазмы, но и депрессивная симптоматика без специального использования антидепрессантов.

Цель исследования. Показать высокую эффективность ИТБТ у пациентки с тяжелой криптогенной формой СРЧ, а также влияние ИТБТ, не только на спастичность, но и на депрессивную симптоматику.

Материал и методы. Приведен случай лечения методом ИТБТ с имплантацией помпы пациентке с криптогенной формой СРЧ. Для оценки спастичности использовалась модифицированная шкала Ашфорта (MAS). Качество жизни больной оценивалось по шкале Бартела (Barthel). Для оценки уровня депрессии использовалась шкала Гамильтона.

Ключевые слова: синдром ригидного человека, спастичность, интратекальная постоянная баклофеновая терапия, клинический случай, депрессивное расстройство.

Информация об авторах:

Нарышкин Александр Геннадьевич — <https://orcid.org/0000-0002-6156-7209>, naryshkin56@mail.ru

Клочков Михаил Николаевич* — <https://orcid.org/0000-0001-6751-4629>, mm4589@inbox.ru

Скоромец Тарас Александрович — <https://orcid.org/0000-0003-4580-4056>, tskoromets@mail.ru

Галанин Игорь Вениаминович — <https://orcid.org/0009-0001-4037-6403>, garik.galanin@yandex.ru

Катышев Сергей Андреевич — <https://orcid.org/0000-001-9441-771X>, katyshev.s.a@yandex.ru

Второв Александр Владимирович — av.spbnipni@inbox.ru

Орлов Илья Аркадьевич — <https://orcid.org/0000-0001-8418-2144>, cipor@inbox.ru

Умаев Халид Хизирович — <https://orcid.org/0009-0005-1167-7919>, khalid.umaev@gmail.com

Как цитировать: Нарышкин А.Г., Клочков М.Н., Скоромец Т.А., Галанин И.В., Катышев С.А., Второв А.В., Орлов И.А., Умаев Х.Х. Депрессивное состояние, сопряженное криптогенным синдромом ригидного человека (случай из практики). *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2024; 58:3:94-99. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-909>

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Depressive state associated with cryptogenic rigid person syndrome (case study)

Aleksandr G. Naryshkin^{1,3}, Mikhail N. Klochkov¹, Taras A. Skoromets², Igor V. Galanin¹, Sergey A. Katyshev¹, Aleksandr V. Vtorov¹, Ilya A. Orlov¹, Khalid Kh. Umaev¹

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

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

³North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

Research article

Summary. The article describes peculiarities of modern understanding of the nature and treatment of the rigid person syndrome. Baclofen, a GABA-B agonist, is one of the drugs of choice for the treatment of this condition. However, its oral use has little efficacy and leads to a number of complications. An indisputable alternative to oral administration of the drug at present is its continuous intrathecal administration using an implantable pump. A case of cryptogenic rigidity syndrome accompanied by the development of a depressive state is presented. In the process of treatment by intrathecal baclofen therapy, not only excruciating muscle spasms disappeared, but also depressive symptomatology without special use of antidepressants.

The purpose of the study. To show the high effectiveness of ITT in a patient with a severe cryptogenic form of CRS, as well as the effect of OT, not only on spasticity, but also on depressive symptoms.

Material and methods. A case of treatment by the ITB method with implantation of a pump to a patient with a cryptogenic form of HPV is presented. A modified Ashworth scale (MAS) was used to assess spasticity. The patient's quality of life was assessed on the Barthel scale. The Hamilton scale was used to assess the level of depression.

Key words: stiff person syndrome, spasticity, intrathecal continuous baclofen therapy, clinical case, depressive disorder.

Information about the authors:

Aleksandr G. Naryshkin — <https://orcid.org/0000-0002-6156-7209>, naryshkin56@mail.ru

Mikhail N. Klochkov* — <https://orcid.org/0000-0001-6751-4629>, mm4589@inbox.ru

Taras A. Skoromets — <https://orcid.org/0000-0003-4580-4056>, tskoromets@mail.ru

Igor V. Galanin — <https://orcid.org/0009-0001-4037-6403>, garik.galanin@yandex.ru

Sergey A. Katyshev — <https://orcid.org/0000-001-9441-771X>, katyshev.s.a@yandex.ru

Alexandr V. Vtorov — av.spbnipni@inbox.ru

Ilya A. Orlov — <https://orcid.org/0000-0001-8418-2144>, cipor@inbox.ru

Khalid Kh. Umaev — <https://orcid.org/0009-0005-1167-7919>, khalid.umaev@gmail.com

To cite this article: Naryshkin AG, Klochkov MN, Skoromets TA, Galanin IV, Katyshev SA, Vtorov AV, Orlov IA, Umaev KhKh. Depressive state associated with cryptogenic rigid person syndrome (case study). *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2024; 58:3:94-99. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-909> (In Russ.)

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Синдром ригидного человека (СРЧ) относится к орфанным заболеваниям. Частота его встречаемости составляет около 1 случая на 1 миллион населения ежегодно [10]. В статьях доступной нам отечественной литературы [4,8,10] приводятся обзорные материалы с описанием 1—3 клинических случаев, что косвенно свидетельствует о редкой встречаемости этого заболевания и в нашей стране.

Имеются гендерные различия в структуре заболеваемости. Так, 2/3 заболевших составляют женщины [3]. Манифестация заболевания приходится на возраст от 1 до 78 лет, но наиболее часто заболевание развивается в возрасте 44–45 лет [12].

Заболевание имеет синдромальный характер. В настоящее время в зависимости от этиологии выделяют три типа развития этого синдрома. Наиболее часто встречается аутоиммунный вариант развития. Так, у пациентов в сыворотке крови и в цереброспинальной жидкости обнаруживаются антитела к ферменту глутаматдекарбоксилазе

(ГДК). ГДК — фермент, участвующий в синтезе гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), которая в ЦНС является тормозным медиатором. Антитела к ГДК выявляются у 60—80% больных [12]. Следует сказать, что этот признак не является патогномичным. Действительно, антитела к ГДК обнаруживают при аутоиммунных энцефалитах [1], сопровождающихся эпилептическими припадками, мозжечковой атаксией [7], психическими нарушениями [6], а также при сахарном диабете 1 типа [11]. Разнообразие клинической симптоматики при аутоиммунных поражениях ЦНС можно объяснить с позиций патоклизиса. Патоклизис — это процесс избирательного поражения нейронов и нейронных сетей при заболеваниях ЦНС [2]. Для его развития имеется целый ряд, по-видимому, в большей степени, генетических причин.

Второй более редкий тип развития СРЧ (5%) — паранеопластический вариант, сопровождающийся онкологическими заболеваниями, в основе которого также лежат аутоиммунные процессы.

Удаление злокачественного новообразования и проведение иммуномодулирующей терапии приводит к регрессу симптоматики [12].

К третьему типу относятся криптогенные серонегативные случаи. С большей степенью вероятности, возникновение симптоматики СРЧ у этой группы больных следует рассматривать, как следствие нейродегенеративного процесса.

Клинически СРЧ проявляется развитием спастичности в мускулатуре проксимальных отделов нижних конечностей, тораколумбальных мышцах, а также болезненными тоническими спазмами в них и в мышцах живота. Эти спазмы возникают спонтанно или в ответ на сенсорные раздражения и при движениях верхними конечностями и головы. Также для больных СРЧ характерно появление патологических установок туловища и нижних конечностей.

Лечение СРЧ зависит от типа развития, но основой терапии является назначение ГАМК-ергических препаратов. К ним относятся бензодиазепины, ГАМК-В агонист баклофен, препараты вальпроевой кислоты. При неэффективности системного и перорального приема и в тяжелых случаях больным может быть предложена интратекальная постоянная баклофеновая терапия (ИТБТ) с использованием имплантируемой помпы. ИТБТ в настоящее время рассматривается как перспективное достаточно новое направление в лечении тяжелых форм спастичности [5].

Результаты. Пациентка К., 59 лет поступила в отделение нейрохирургии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева 20.06 2017 года. Жалобы при поступлении на повышенный мышечный тонус нижних конечностей, делающий невозможным передвижения, болезненные спазмы мышц спины, тазового пояса, нижней части живота длительностью несколько секунд до 70 раз в день. Спазмы возникают спонтанно, но чаще провоцируются сенсорными раздражениями, движениями верхних конечностей и головы, из-за чего больная не может не только самостоятельно есть, но и по сути, является полностью обездвиженной. Спит только после приема феназепама. Во сне мышечные спазмы отсутствуют.

Из истории заболевания известно, что в марте 2011 года стала отмечать появление судорог в животе и нижних конечностях во время физических упражнений (занятия по системе Пилата). Интенсивность и частота судорог описанной локализации постепенно нарастала (до 70 спазмов за день), отмечалось периодическое изменение их локализации. С течением времени развилась стойкая спастичность в нижних конечностях. В апреле 2011 года резко усилились болевые ощущения при судорогах, постоянно находилась в постели в связи с развитием частых приступов судорог в ногах даже при минимальных движениях верхними конечностями и головой, а также при сенсорных раздражениях.

Получала баклофен 30 мг в сутки с неотчетливым положительным эффектом, затем был назначен галоперидол, на фоне приема которого

уменьшилась частота и болезненность приступов, однако, появились расстройства зрения, в связи с чем самостоятельно отменила препарат. Впоследствии продолжала нарастать скованность в ногах, сопровождающаяся болезненными мышечными судорогами. С февраля 2012 года дальнейшее учащение болезненных мышечных спазмов, нарастание скованности в мышцах груднопоясничной области. С мая 2012 года отмечает эквинусную деформацию левой стопы.

Всесторонне обследована согласно критериям М. Dalakas [11]. В августе 2012 года в ходе обследования был установлен диагноз: «Синдром ригидного человека. Криптогенная форма». По причине состояния здоровья полностью перестала обслуживать себя. Частично утратила контроль над функциями тазовых органов.

В ноябре 2012 года имплантирована баклофеновая помпа MedstreamCodman. Осуществлялась интратекальная терапия баклофеном в дозировке 200 мкг в сутки. Отмечался положительный эффект в виде существенного сокращения частоты спазмов (10—20 в сутки) и интенсивности мышечных спазмов, уменьшения спастичности нижних конечностей. Больная начала самостоятельно передвигаться. Появилась возможность самообслуживания. С апреля 2017 года после падения стала отмечать появление и последующее нарастание мышечных спазмов и восстановления симптоматики до исходного уровня. На контрольном осмотре выявлена поломка системы для интратекального введения баклофена, рекомендована ее замена.

Поступила для реимплантации баклофеновой помпы. На момент поступления: общее состояние удовлетворительное. Соматически здорова. В психическом статусе: Сознание ясное. В месте, времени и собственной личности ориентирована верно. На вопросы отвечает по существу, развернутыми фразами. Мимика оскуднена. Речь обычного темпа. Настроение, со слов, снижено с суточной ритмикой: утром чувствует себя хуже, чем вечером. Тревожна, фиксирована на своем самочувствии. Мышление замедленное, обстоятельное. Внимание истощаемое. Память до клинически значимого уровня не снижена. Аппетит снижен. Сон нарушен по типу трудностей при засыпании и частых ночных пробуждений. Обманов восприятия в поведении не прослеживается. Бредовых идей на момент осмотра не выявлено. Без опасных и суицидальных тенденций. Критика к состоянию сохранена. Проведена оценка по шкале депрессии Гамильтона — 17 баллов (что соответствует депрессивному расстройству средней степени тяжести).

Неврологический статус: сознание ясное, контактна, ориентирована правильно. Зрачки D=S. Фотореакции сохранены. Движение глазных яблок в полном объеме, мелко размашистый нистагм в крайних отведениях глазных яблок. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Глубокие рефлексы с верхних конечностей D=S, средней живости, нижних конечностей D<S. Диссоциация

рефлексов по оси тела с существенным преобладанием на ногах. Судить о мышечной силе не представляется возможным из-за развития мышечных спазмов. Мышечный тонус повышен по спастическому типу до 2 баллов в правой нижней конечности, в левой — до 3 баллов по шкале Ашфорта.

Спонтанно и при сенсорных раздражениях и даже при исследованиях рефлексов, возникают мышечные болезненные спазмы в тораколюмбальных паравертебральных мышцах, мышцах брюшной стенки и нижних конечностей. Спазмы провоцируются также минимальными движениями верхних конечностей и головы. Нарушений чувствительности не выявлено. Менингеальной симптоматики нет. Патологических стопных знаков не определяется. Оценить координаторные пробы невозможно из-за развития двигательных спазмов. Функции базовых органов: запоры, требующие приема слабительных, проведение очистительных клизм. Оценка качества жизни по шкале Бартела 10 баллов, что соответствует категории полной зависимости от постороннего ухода. 20.06.2017 проведена операция: реимплантация лекарственной помпы Medtronic Synchromed II (40 ml), для хронического интратекального введения лекарственных препаратов. Послеоперационное течение гладкое. Осложнений нет. Швы satisfactory, без признаков воспаления.

Подобран оптимальный темп введения баклофена, который составил 250 мкг в сутки. При выписке 2.07.2017 в неврологическом статусе отмечена положительная динамика в виде снижения спастичности до 0 баллов в правой и до 1 балла в левой нижней конечности по шкале Ashworth. Отмечался полный регресс мышечных спазмов. Улучшилось настроение, нормализовался сон. Шкала Гамильтона — 10 баллов (легкое депрессивное расстройство).

Катамнестическое наблюдение 4 года. Заболевание не прогрессирует. Планово посещает магазины, самостоятельно готовит еду. Будучи любительницей двигательной активности, много гуляет. В летний сезон живет на даче. Занимается дачным хозяйством. Испытывает трудности при перемещении в зимнее время, особенно при гололеде, когда нуждается в посторонней поддержке. При оценке качества жизни по шкале Бартела набрала 95 баллов, что соответствует категории легкой зависимости от постороннего ухода. 2 раза в год самостоятельно приезжает на заправку помпы. Увеличения темпа интратекального введения баклофена не требуется. В психическом статусе: Сознание ясное. Ориентирована правильно. На вопросы отвечает по существу развернутыми фразами. Внешне опрятна. Настроение ровное. Эмоциональна. Мимика живая. Шутит, улыбается. Мышление последовательное, обстоятельное. Память до клинически значимого уровня не снижена. Сон нормализовался. Обманов восприятия в поведении не прослеживаются. Бредовых идей не высказывает. Без опасных и суицидальных тенденций на момент осмотра.

При оценке по шкале Гамильтона — 6 баллов, что соответствует норме.

Обсуждение. У больной имеется типичная симптоматика СРЧ. В связи с отсутствием антител к ГДК, опухолевого процесса, сахарного диабета имеет место криптогенная форма заболевания. Сказанное исключает необходимость назначения гормональной терапии, введения иммуноглобулина-g, проведения плазмафереза и других способов воздействия на иммунную систему, принятых для лечения наиболее частой аутоиммунной формы заболевания [12]. В связи с отсутствием эффекта от консервативного лечения была рассмотрена возможность использования ИТБТ. На фоне ее проведения симптоматика у больной практически полностью регрессировала, что выражалось в разительном улучшении качества жизни. Как показывает приведенный пример, к подбору темпа интратекального введения баклофена необходимо подходить индивидуально и не следовать предлагаемым шаблонам. Действительно при темпе введения 200 мкг в сутки, несмотря на существенное улучшение, симптоматика все-таки сохранялась, что явилось причиной падения пациентки, вследствие которого была повреждена помпа. После реимплантации помпы темп введения баклофена был увеличен до 250 мкг в сутки. Разница всего в 50 мкг привела к практически полному регрессу симптоматики.

Любопытным представляется факт полного регресса депрессивной симптоматики у пациентки в процессе ИТБТ при катамнестическом наблюдении, что может быть объяснено участием ГАМК-ергической трансмиссии в развитии депрессии. Однако не представляется возможным исключить ее ситуационный характер.

Заключение

1. Интратекальная постоянная баклофеновая терапия является высокоэффективным методом лечения синдрома ригидного человека.

2. Пероральный прием противоспастических ГАМК-ергических препаратов при синдроме ригидного человека не отличается высокой эффективностью.

3. При криптогенной природе заболевания интратекальная постоянная баклофеновая терапия может использоваться в качестве единственного метода лечения.

4. Для повышения эффективности метода необходим индивидуальный подбор темпа введения препарата.

5. Улучшение неврологического статуса и уменьшение спастичности в процессе лечения синдрома «ригидного человека» в данном наблюдении сопровождалось регрессом аффективных расстройств без применения специфической терапии антидепрессантами.

Литература / References

1. Горелик Е.Ю., Скрипченко Н.В., Лапин С.В., Вильниц А.А., Скрипченко Е.Ю., Астапова А.В., Марченко Н.В., Войтенков В.Б., Мошников А.Н. Аутоиммунный энцефалит, ассоциированный с антителами к глутамат-декарбоксилазе, в педиатрической практике. *Практическая медицина*. 2020;18(3):75–81. Gorelik EYu, Skriplenko NV, Lapin SV, Vil'nic AA, Skriplenko EYu, Astapova AV, Marchenko NV, Vojtenkov VB, Moshnikova AN. Autoimmune encephalitis associated with glutamic acid decarboxylase antibodies in children. *Prakticheskaya medicina*. 2020;18(3):75–81. (In Russ.).
2. Енкоян К.Б. Представления о процессах выживания нейронов. *Medicine science and education: Yerevan*. 2010;5:3–6. Enkoyan KB. Insights into neuronal survival processes. *Medicine science and education: Yerevan*. 2010;5:3–6. (In Russ.).
3. Краснов М.Ю., Павлов Э.В., Ершова М.В., Тимербаева С.Л., Иллариошкин С.Н. Спектр неврологических синдромов, ассоциированных с антителами к глутамат-декарбоксилазе. *Клиническая неврология*. 2015;9(4):37–41. Krasnov MYu, Pavlov EV, Ershova MV, Timerbaeva SL, Illarioshkin SN. The range of neurological syndromes associated with glutamic acid decarboxylase antibodies. *Klinicheskaya nevrologiya*. 2015;9(4):37–41. (In Russ.).
4. Мальмберг С.А., Дадали Е.Л., Жумаханов Д.Б., Джаксыбаева А.Х. Синдром ригидного человека с дебютом в грудном возрасте. Нервно-мышечные болезни. 2015;2:38–43. Mal'mberg SA, Dadali EL, Zhumahanov DB, Dzhaksybaeva AH. Stiff-person syndrome with early onset in infancy. *Nervno-myshechnye bolezni*. 2015;2:38–43. (In Russ.).
5. Морозов И.Н., Славин К.В. Интратекальная баклофеновая терапия в России: национальный регистр спастических состояний. *Современные технологии в медицине*. 2018;10(4):159–163. Morozov IN, Slavin KV. Intrathecal Baclofen Therapy in Russia: National Register of Spastic States. *Sovremennye tekhnologii v medicine*. 2018;10(4):159–163. (In Russ.).
6. Мурашко А.А. Психические нарушения при аутоиммунных энцефалитах. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2021;31(1):74–79. Murashko AA. Mental disorders in autoimmune encephalitis. *Social'naya i klinicheskaya psichiatriya*. 2021;31(1):74–79. (In Russ.).
7. Нужный Е.П., Краснов М.Ю., Ахмадуллина Д.Р., Абрамова А.А., Федотова Е.Ю., Иллариошкин С.Н. Атаксия, ассоциированная с антителами к глутаматдекарбоксилазе. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(5):66–70. Nuzhnyj EP, Krasnov MYu, Ahmadullina DR, Abramova AA, Fedotova EYu, Illarioshkin SN. Ataxia associated with anti-glutamic acid decarboxylase antibodies. *Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika*. 2020;12(5):66–70. (In Russ.).
8. Сердюк А.В., Ковражкина Е.А. Синдром ригидного человека с миоклонусом и дизавтономией: описание случая. *Consilium Medicum*. 2017;19(9):65–68. Serdyuk AV, Kovrazhkina EA. The syndrome of a rigid person with myoclonus and disautonomy: a description of the case. *Consilium Medicum*. 2017;19(9):65–68. (In Russ.).
9. Созаева Л.С., Зильберман Л.И., Светлова Г.Н. и др. Клинические и иммунологические особенности сахарного диабета у пациентов с аутоиммунным полигландулярным синдромом 1 типа в России. *Сахарный диабет*. 2018;21(1):48–57. Sozaeva LS, Zil'berman LI, Svetlova GN et al. Clinical and immunological characteristics of diabetes mellitus in patients with autoimmune polyglandular syndrome type 1 in Russia. *Saharnyj diabet*. 2018;21(1):48–57. (In Russ.).
10. Сорокина Е.А., Ельчанинов Д.В., Плотникова А.В., Климова И.Б., Ельчанинова С.А., Смагина И.В. Синдром ригидного человека. *Неврологический журнал*. 2018;4:195–200. Sorokina EA, El'chaninov DV, Plotnikova AV, Klimova IB, El'chaninova SA, Smagina IV. Stiff person syndrome. *Nevrologicheskij zhurnal*. 2018;4:195–200. (In Russ.).
11. Dalakas M. Stiff person syndrome: advances in pathogenesis and therapeutic interventions. *Curr. Treat. Options Neurol*. 2009;11:102–107. Sarva H, Deik A, Ullah A, Severt W. Clinical spectrum of stiff person syndrome: a review of recent reports. *Tremor Other Hyperkinet. Mov*. 2016;6:1–23.

Сведения об авторах

Нарышкин Александр Геннадьевич — д.м.н., в.н.с. Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева МЗ РФ, профессор кафедры нейрохирургии имени профессора А.Л. Поленова ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова». E-mail: naryshkin56@mail.ru

Клочков Михаил Николаевич — врач-невролог Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. E-mail: mm4589@inbox.ru

Скоромец Тарас Александрович — д.м.н, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии СПбГМУ им. академика И.П. Павлова. E-mail: tskoromets@mail.ru

Галанин Игорь Вениаминович — ст.н.с. Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. E-mail: garik.galanin@yandex.ru

Орлов Илья Аркадьевич — научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. E-mail: cipog@inbox.ru

Второв Александр Владимирович — заведующий отделением нейрохирургии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. E-mail: av.spbnipni@inbox.ru

Катышев Сергей Андреевич — врач-нейрохирург Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. E-mail: katyshev.s.a@yandex.ru

Умаев Халид Хизирович — врач-ординатор Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. E-mail: khalid.umaev@gmail.com

Поступила 26.01.2024

Received 26.01.2024

Принята в печать 27.06.2024

Accepted 27.06.2024

Дата публикации 27.09.2024

Date of publication 27.09.2024

Прошлое, настоящее и будущее старейшего психиатрического журнала России в контексте перипетий отечественной истории

Коцюбинский А.П.

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

Информация об авторе:

Коцюбинский Александр Петрович* — e-mail: ak369@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4826-9688>.

Как цитировать: Коцюбинский А.П. Прошлое, настоящее и будущее старейшего психиатрического журнала России в контексте перипетий отечественной истории. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2024; 58:3:100-103. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-912>.

Конфликт интересов: А.П. Коцюбинский — член редакционной коллегии.

The Past, present and future of Russia's oldest psychiatric journal in the context of the vicissitudes of Russian history

Aleksandr P. Kotsyubinsky

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

Information about the author:

Aleksandr P. Kotsyubinsky* — e-mail: ak369@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4826-9688>

To cite this article: Kotsyubinsky AP The Past, present and future of Russia's oldest psychiatric journal in the context of the vicissitudes of Russian history. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2024; 58:3:100-103. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-912> (In Russ.)

Conflict of interest: Aleksandr P. Kotsyubinsky is a member of the editorial board.

До последнего десятилетия XVIII века в России, несмотря на уже сформировавшуюся в тот период потребность в обмене информацией (ещё в 1763 г. президент Медицинской коллегии барон А. И. Черкасов написал инструкцию об издании «Записок докторов российских», в котором предполагалось публиковать научные и научно-практические сочинения по медицине, но дальше этого дело не продвинулось [4]) и клиническим опытом, не издавалось медицинских журналов.

Лишь в 1792 г. доктор медицины, хирург Фридрих (Фёдор Карлович) Уден (с 1800 г. — профессор патологии и терапии Санкт-Петербургского императорского медико-хирургического института) попытался организовать издание еженедельного журнала «Беседующие врачи, или общепользная врачебная переписка». К сожалению, издание журнала, судя по всему, оказалось экономически unsuccessful, и он прекратил своё существование в 1794 г. Всего вышло 52 номера «Санкт-Петербургских врачебных ведомостей» [1].

Автор, ответственный за переписку: Коцюбинский Александр Петрович — e-mail: ak369@mail.ru

Второй российский журнал с медицинской тематикой «Медико-физический журнал, или Труды высочайше утвержденного при Московском университете Общества соревнования врачебных и физических наук» начал выходить спустя 14 лет [4]. В последующем издавались: «Всеобщий журнал врачебной науки» (1811—16 гг.), «Военно-медицинский журнал» (с 1823 г. по сегодняшний день), первоначально издававшийся под эгидой Военно-медицинской академии (ВМА).

Возможно, именно это обстоятельство сподвигло одного из выдающихся выходцев из стен ВМА, В.М. Бехтерева, к организации и выпуску в свет в 1896 г. журнала «Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии» (получившего после смерти своего бессменного редактора Владимира Михайловича Бехтерева в 1927 году его имя), издававшегося с двумя небольшими перерывами (в 1926 и 1928 гг.) до 1930 г. и возрожденного в 1990 г.

Однако, в 1930-е гг. ситуация в жизни общества в целом и в медицинской науке в том числе,

Corresponding author: Aleksandr P. Kotsyubinsky — e-mail: ak369@mail.ru

радикально изменилась. Развитие психиатрической науки, по сути, было загнано в прокрустово ложе «единственно верного марксистско-ленинского подхода», основанного на вульгарно-материалистической трактовке рефлексологии.

Угнетённое положение, в котором оказалась психиатрическая наука, пагубно сказывалось не только на развитии академического знания, но и на социальных функциях психиатрии, которая стала использоваться тоталитарной властью как карательно-репрессивный инструмент в её борьбе с инакомыслящими.

Освобождение отечественной психиатрии от жёсткого государственного диктата и предпосылки для её гуманизации, а также для свободного научного поиска и общемировой интеллектуальной и профессиональной открытости появились лишь в период горбачёвской Перестройки, в ситуации общей либерализации политической системы и демонтажа «железного занавеса», отгораживавшего Советский Союз от Запада.

В результате в стране был создан благоприятный фон для возрождения журнала, основанного В. М. Бехтеревым. Субъективным фактором, способствовавшим этому, стало то, что Ю.В. Попов, бывший в то время заместителем директора Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, в 1989 году стал народным депутатом самого демократичного в истории нашей страны Съезда народных депутатов СССР. В результате, после годичных усилий и привлечения внимания чиновников, а также благодаря дружеским контактам с людьми, находившимися на разных этажах власти и способствовавшими последовательному разрешению всякого рода препятствий, возникших на пути к воссозданию журнала, удалось решить многие технические вопросы. Благодаря множественной дружеской помощи Ю. В. Попову удалось заручиться десятком гарантийных писем (почты, железной дороги, типографии и т.д.), что, в конце концов, позволило успешно урегулировать итоговые формальности: добиться издания соответствующего Приказа Государственного комитета СССР по печати № 134 от 28.03.1990 и получения от Госкомпечати СССР Свидетельства о регистрации № 988 от 23.11.1990 г. Ныне живущим молодым поколениям, вероятно, трудно представить, насколько могущественным был этот Комитет и насколько плотно он контролировал любое издание в нашей стране.

Главным редактором журнала стал доктор медицинских наук профессор Ю. В. Попов (с конца 2016 г. журнал редактирует доктор медицинских наук профессор Н. Г. Незнанов).

Отдавая должное многим людям, способствующим организации и выходу в свет Журнала, нельзя не отметить особо значимую роль заместителя директора института профессора А. Е. Личко (1926–1994). Андрей Евгеньевич подказал удобный для большинства читателей в то время формат издания в форме покетбука («карманной книги»), так как большинство людей в то время пользовались общественным транспортом и

для них подобный формат был более удобен для чтения в дороге. Помимо этого, А. Е. Личко во многом определил структуру издания, включив в неё новые разделы, которые впоследствии были переняты редакциями других журналов. Наконец, с именем А.Е. Личко связано определение содержательного направления журнала как периодического издания, в котором интегративно рассматриваются биологические, психологические и социальные проблемы психиатрии, а также должны были быть широко представлены вопросы, касающиеся медицинской психологии. Все это вызвало живой интерес не только отечественных читателей, но иностранных психиатров.

Однако, тяжёлая финансовая ситуация в 1990-х гг. поставила под сомнение возможность продолжения издания журнала. И тут на помощь пришли французские коллеги, согласившиеся издавать за свой счёт тираж на русском языке. При самом деятельном участии известного французского психиатра Н. Аттали практически весь тираж «Обзрения психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева» в 1998, 1999 и 2000 гг. печатался в Париже и затем переправлялся в Россию. В связи с этим изменился формат журнала: он был адаптирован под французские типографские стандарты.

Когда в 2001 г. по разным причинам подобная форма издания стала невозможной, помощь в издании журнала оказал московский профессор П. В. Морозов, предложивший воспользоваться услугами издательства «MEDIAMEDICA», где он являлся главным редактором. Однако, это повлекло за собой уменьшение объёма журнала и, как следствие, потерю его интегративного научного направления.

В связи с этим вскоре, по инициативе Н.Г. Незнанова, ставшего директором Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, издание журнала стало осуществляться непосредственно его учредителем (т.е. самим Институтом) в нужном объёме. Это позволило «Обзрению психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева» не только достаточно быстро завоевать авторитет в среде исследователей и врачей-психиатров нашей страны, но и войти в список журналов ВАК, публикации в которых необходимы для диссертационных защит.

К сожалению, в последние годы в России отмечается снижение интереса к периодическим психиатрическим изданиям. В определенной степени этому способствует недостаток организационно-финансовой поддержки со стороны государства, а также появление в Интернет-эпоху большого количества новых изданий, часть которых, имея небольшой импакт-фактор и низкорейтинговый характер, в целом дезориентирует читателя.

Однако, еще более значимым является усилившаяся в последние годы в целом негативная общемировая тенденция к преимущественной публикации сугубо инструментальных исследований, в которых находят отражение лишь те научные изыскания, которые представляют собой техноло-

гическое изложение каких-либо частных — при фактическом отсутствии концептуального осмысления презентуемого материала. Притом, что хотя каждая отдельно взятая научная продукция может представлять значительный интерес, но лишь их органическая, то есть концептуально осмысленная совокупность позволяет что-то не просто констатировать, но по-настоящему глубоко понять и интерпретировать, передав эстафету знания следующим поколениям специалистов.

Неслучайно научные публикации, в том числе, периодические, отражавшие результаты исследований, полученные в предшествовавшие эпохи, — при всей их неизбежной частичной устарелости и нередкой авторской субъективности, — содержат в себе много объективного и по праву считаются классикой.

К сожалению, сегодня появление публикаций такого рода становится все менее ожидаемым. Дело в том, что современные тренды фильтрации научных исследований, по сути, ставят заслон на развитии концептуализации осмысления накапливаемого учёными фактологического материала, включая гуманитарно-междисциплинарные направления исследований [2]. Многочисленные «цифровые» способы как анализа материала, так и оценки научных достижений, использование в

исследовательских проектах исключительно рандомизированных научных исследований и упрощенно интерпретированных кохрейновских принципов доказательности оказываются по факту «открытиями-однодневками». В итоге, со временем у многих исследователей эти «новейшие знания» начинают вызывать возрастающие сомнения, с годами лишь усиливающиеся. [3, 5, 6, 7, 8]

Вышесказанное ставит на повестку дня вопрос о необходимости гармонизации работы больших научных коллективов, каким является, в частности, НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева, включая использование ресурса «Обозрения психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева» как площадки, на которой должен происходить активный научный поиск, выдержанный в концептуально-свободном духе, завещанном нам основателем и журнала, и института — академиком В. М. Бехтеревым. Нет сомнений, что если на страницах Журнала будут осуществляться регулярная консолидация частных исследований, а также концептуальное интегративное рассмотрение различных научных проблем, интерес к этому периодическому изданию существенно возрастет как среди профильных специалистов, так и широких кругов просвещенной российской и международной общественности.

Литература / References

1. Горелова Л.Е. Первый медицинский журнал России. Российский медицинский журнал. 2002;24:1133.
Gorelova LE. The first medical journal of Russia. Rossijskij medicinskij zhurnal. 2002;24:1133. (In Russ.).
2. Коцюбинский А.П., Коцюбинский Д.А. Биологический редукционизм как препятствие для дальнейшего развития биопсихосоциальной концепции психических расстройств. Consortium Psychiatricum. 2023;4(4):75-84.
Kotsyubinsky AP. Kotsyubinsky DA. Biological Reductionism as an Obstacle to the Advancement of the Biopsychosocial Concept of Mental Disorders. Consortium Psychiatricum. 2023;4(4):75-84. (In Russ.). <https://doi.org/10.17816/CP15476>
3. Шмуклер А.Б. Персонализированный подход к оказанию помощи пациенту с шизофренией. Социальная и клиническая психиатрия. 2022;32(2):49-58
Shmukler AB. Personalized approach to providing assistance to a patient with schizophrenia. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya. 2022;32(2):49-58 (In Russ.).
4. 225 лет первому медицинскому журналу на русском языке «Санкт-Петербургские врачебные ведомости» (С.-Петербург, 1792). Городской центр общественного здоровья и медицинской профилактики. [gcmp.ru]. gcmp. Доступно: https://gcmp.ru/oldpages_225yfirstmedjournal/
5. Every-Palmer S, Howick J. How evidence-based medicine is failing due to biased trials and selective publication. J Eval Clin Pract. 2014;20(6):908-14. <https://doi.org/10.1111/jep.12147>.
6. Fava GA. Evidence-based medicine was bound to fail: a report to Alvan Feinstein. J Clin Epidemiol. 2017;84:3-7. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.01.012>.
7. Feinstein AR, Horwitz RI. Problems in the «evidence» of «evidence-based medicine». Am J Med. 1997;103(6):529-35. [https://doi.org/10.1016/s0002-9343\(97\)00244-1](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(97)00244-1).
8. Kennedy-Martin T, Curtis S, Faries D, Robinson S, Johnston J. A literature review on the representativeness of randomized controlled trial samples and implications for the external validity of trial results. Trials. 2015;16:495. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-1023-4>. PMID: 26530985; PMCID: PMC4632358.

Сведения об авторе

Коцюбинский Александр Петрович — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева»; адрес: Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3. E-mail: ak369@mail.ru

Поступила 03.02.2024

Received 03.02.2024

Принята в печать 25.07.2024

Accepted 25.07.2024

Дата публикации 27.09.2024

Date of publication 27.09.2024

«Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева» — история первого психиатрического журнала в России

Попов Ю.В., Незнанов Н.Г.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Санкт-Петербург, Россия

Резюме: В статье приводятся исторические факты создания первого в России (1896 г.) психиатрического журнала. Организатором журнала и его главным редактором бессменно был В.М. Бехтерев. После его смерти в 1927 г. журнал получил его имя и издавался до закрытия в 1930 г. В силу разных причин, часть из которых приводится в статье, журнал не издавался шесть десятилетий. Описываются так же и организационные трудности регистрации печатной продукции, существовавшие в то время. Тем не менее, они были преодолены, и в 1990 г. был издан Приказ Государственного комитета СССР по печати «О возобновлении издания журнала...». Журнал получил Свидетельство о регистрации и был отнесен практически к высшей группе центральных журналов. Все финансирование возлагалось на Ленинградское отделение издательства «Медицина», а тираж определялся баснословной по современной реальности цифрой в 20 000 экземпляров ежемесячно.

После распада в 1991 г. СССР этот Приказ перестал действовать, и пришлось начинать всё практически заново. Тем не менее, в 1991 г. всё же вышел первый номер журнала. Его появление уже ожидалось не только в России, но и за рубежом. В нём было опубликовано приветственное слово президента Всемирной Психиатрической Ассоциации Хорхе Альберто Коста-и-Силва, что вызвало, естественно, ещё больший интерес к журналу. В 1992 году Американская Психиатрическая Ассоциация опубликовала в США дайджест журнала на английском языке. Так же некоторое время журнал издавался в Париже (1998-2000) и в Москве (2004-2011). В настоящее время журнал издается его учредителем — Национальным медицинским исследовательским центром психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева в Санкт-Петербурге и является одним из наиболее авторитетных печатных изданий в области психиатрии и медицинской психологии в России.

Ключевые слова: история психиатрии, В.М. Бехтерев, медицинский журнал, наукометрия

Информация об авторах

Попов Юрий Васильевич — e-mail: popov62@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1644-8080>

Незнанов Николай Григорьевич — e-mail: spbinstb@bekhterev.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5618-4206>

Как цитировать: Попов Ю.В., Незнанов Н.Г. «Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева» — история первого психиатрического журнала в России. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2024; 58:3:104-110, <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-944>.

Конфликт интересов: Попов Ю.В. являлся членом редакционного совета журнала; Незнанов Н.Г. — главный редактор журнала.

“V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology” — History of the First Psychiatric Journal in Russia

Popov Yu. V., Neznanov N. G.

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

Abstract. The article presents the historical facts of the creation of the first psychiatric journal in Russia (1896). The organizer of the journal and its first editor-in-chief was V.M. Bekhterev. After his death in 1927, the journal was named after him. It had been published until its closure in 1930. For various reasons, some of which are discussed in the article, the journal has not been published for six decades. The organizational difficulties of registering printed materials that existed at that time are also described. Nevertheless, they were



overcome, and in 1990 the USSR State Press Committee issued the Order «On the resumption of publication of the journal...». The journal received a Registration Certificate and was assigned to almost the highest group of central journals. All financing was assigned to the Leningrad branch of the publishing house «Medicine», and the journal was printed in the fabulous in modern reality figure of 20,000 copies per month.

After the collapse of the USSR in 1991, this Order ceased to be valid, and the whole thing had to be started all over again. Nevertheless, the first issue of the journal was published in 1991. Its release has been expected not only in Russia, but also abroad. The first issue included a welcoming speech by the President of the World Psychiatric Association, Jorge Alberto Costa e Silva, which attracted even more attention towards the journal. In 1992, the American Psychiatric Association published an English-language digest of the journal in the United States. For some time the journal was also published in Paris (1998-2000) and in Moscow (2004-2011). Currently, the journal is published by its founder, the V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology in St. Petersburg and is one of the most renowned journals in the field of psychiatry and medical psychology in Russia.

Keywords: history of psychiatry, V.M. Bekhterev, medical journal, bibliometrics

Information about the authors

Yuri V. Popov — e-mail: popov62@yandex.ru ; <https://orcid.org/0000-0003-1644-8080>

Nikolay G. Neznanov — e-mail: spbinstb@bekhterev.ru ; <https://orcid.org/0000-0001-5618-4206>

To cite this article: Popov YuV., Neznanov NG, V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology — History of the First Psychiatric Journal in Russia. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2024; 58:3:103-111. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-944>.

Conflict of interests: Yuri V. Popov is a member of the editorial council; Nikolay G. Neznanov is Editor in Chief.

«...Настоящее бывает следствием прошедшего. Чтобы судить о первом, надлежит вспомнить последнее...». Собственно, эти замечательные слова знаменитого историка России Н.М. Карамзина [3] и определяют цель написания данной статьи. Потребность в обмене знаниями и клиническим опытом привела в 1827 году к появлению первого медицинского журнала «Вестник Российской Военно-медицинской академии», регулярно издающегося по настоящее время. Возможно, и это обстоятельство привело одного из выдающихся выпускников Военно-Медицинской Академии В.М. Бехтерева к организации и выходу в свет в 1896 году нового журнала (Рис. 1). Это было первое в России периодическое психиатрическое издание. Называлось оно в то время «Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии». После смерти своего основателя и бессменного главного редактора Владимира Михайловича Бехтерева в 1927 году журнал получил его имя и издавался с двумя небольшими перерывами (в 1926 и 1928 г.) до 1930 года (Рис. 2). Следует отметить, что самый известный и длительное время единственный в нашей стране «Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова» вышел на 5 лет позже (в 1901 году). Впрочем, большинство других профессиональных медицинских журналов (например, «Хирургический журнал им. Пирогова», 1922 г.) вышло уже в советское время. По существу «заявительный характер» организации журналов, как и в последнее время, привел к появлению десятков новых изданий. Одних только психоаналитических журналов издавалось в России более двух десятков названий, страна занимала по этому показателю первое место в мире.

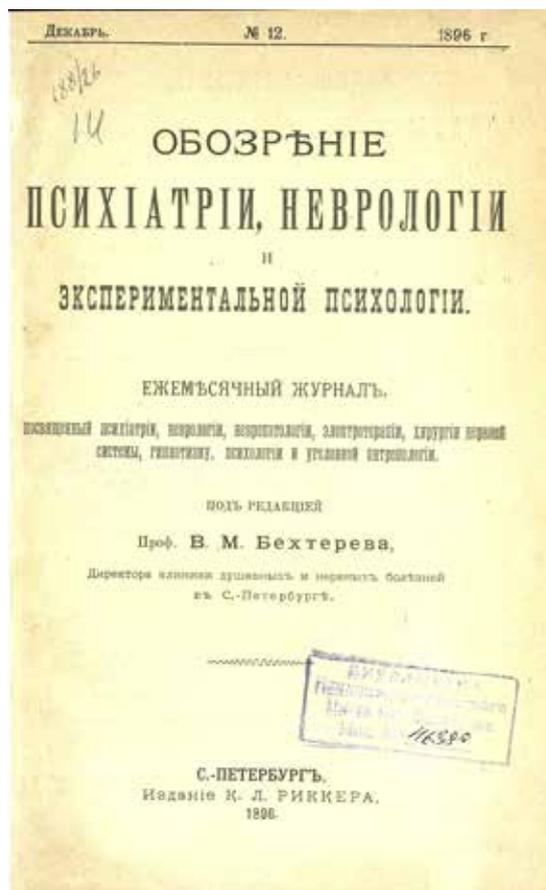


Рис. 1. Обложка Журнала 1896 г.
Fig. 1. The cover of the Journal in 1896

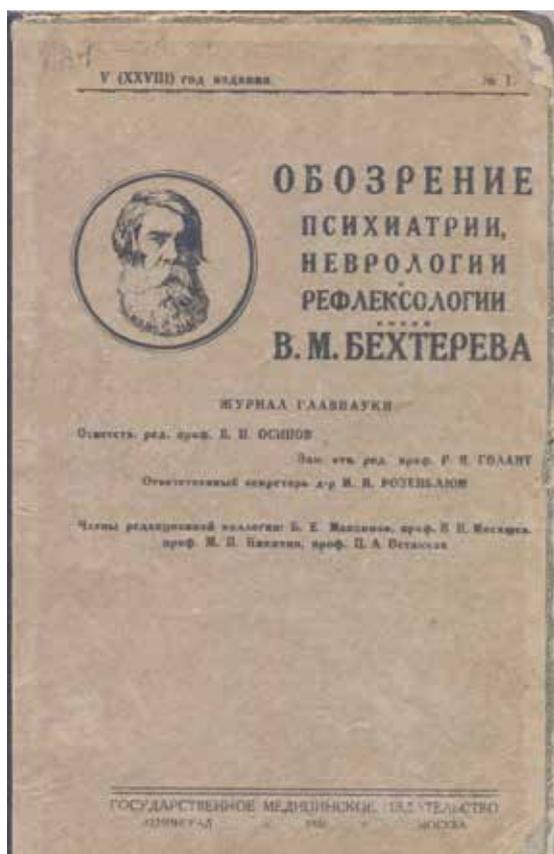


Рис. 2. Обложка Журнала 1930 г.
Fig. 2. The cover of the Journal in 1930

К концу двадцатых—началу тридцатых годов прошлого века ситуация в России резко изменилась, различное описание произошедших изменений, и тем более их оценка, всегда субъективны. Но непреложным остается факт, что плюрализм мнений никогда не способствовал сохранению государств, находящихся в условиях выживания, а скорее, приводил к обратному эффекту и их распаду. Не вдаваясь в оценочные рассуждения, впрочем, весьма разнообразные с точки зрения наших современников, можно лишь привести как факт, что все психоаналитические журналы, да и не только они, прекратили в тот исторический период свое существование. Видимо, под эту же «косу» попал и журнал «Обозрение... им. В.М. Бехтерева», в котором в числе прочего материала рассматривался и психоаналитический аспект душевных болезней. К тому же и отношение И.В. Сталина (и соответственно, руководства страны) к самому академику В.М. Бехтереву и его наследию в то время было довольно сложным. Но это уже совсем другая история, хотя, на взгляд авторов, связанная с табуированием журнала и многолетними трудностями возобновления его издания. Остаётся непреложным фактом, что в течение 60 лет единственным психиатрическим (и то только на 50 %) журналом оставался, надо

отдать должное, весьма авторитетный «Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова».

Тем не менее, к периоду распада СССР произошло много событий, определивших и благоприятную ситуацию для новых попыток возобновления издания Журнала. Ни тогда, ни, тем более, сейчас невозможно, да и, видимо, не нужно прибегать к оценке их значимости, рейтингования с помощью так популярной в наши дни удобной «цифровизации». К счастью, период замалчивания роли В.М. Бехтерева не мог не закончиться, а его более чем вековое всемирное признание только увеличилось. Его многочисленные труды продолжают привлекать внимание ученых, а идеи, изложенные им в 1926 году в последнем труде «Будущее психиатрии», опубликованном только в 1997 г. [2], продолжают успешно развиваться.

Но интерес к психиатрии в конце восьмидесятых—начале девяностых годов прошлого столетия усилился ещё и потому, что во всём мире психиатров стали обвинять в злоупотреблениях, которые в ряде случаев действительно имели место. Процесс деинституционализации психиатрии привёл к массовому, а в Италии, например, — полному закрытию в то время психиатрических больниц. Повышенный интерес зарубежных организаций, не только психиатрической направленности, был сфокусирован на советской психиатрии. Многочисленные зарубежные делегации, включая высокого уровня комиссию Госдепа США (в 1989 г.) посетившие в тот период психиатрические учреждения страны, в том числе и Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, отметили полное отсутствие именно в нашем учреждении каких-либо случаев злоупотреблений. Злоупотребления в психиатрии, а точнее — злоупотребления психиатрией (поскольку их инициаторами были зачастую отнюдь не психиатры), были и во многих других странах, в том числе и в США, но по политическим соображениям мировая пресса обсуждала их наличие в основном применительно к СССР. Это, конечно, другая история, но благоприятное отношение к Институту (как к учреждению гуманного отношения к пациентам) как за рубежом, так и внутри страны, создавало атмосферу, на фоне которой было легче продвигать идеи возобновления издания Журнала. Во многом этот фон подпитывался идеями реабилитации психически больных, которыми много лет занимался коллектив Института под руководством директора — заслуженного деятеля науки РФ, профессора М.М. Кабанова. Определённый приоритет Института в этом направлении был признан и мировым сообществом. Особенно восхищал приезжающих специалистов, количество которых доходило до 300 человек в год, лечебно-производственный комбинат (ЛПК), построенный на средства, полученные от труда больных в уже существовавших в Институте лечебно-производственных мастерских. Чтобы развеять возможные сомнения читателей в рентабельности труда душевнобольных, уместно упомянуть, что после трагического землетрясения, целиком раз-

рушившего город Спитак в Армении в 1988 году (а также 21 более мелких городов и более 300 населённых пунктов), унесшего 45 тысяч жизней и сделавшего 140 тысяч человек инвалидами, ЛПК перечислил на спасательные работы один миллион рублей. В то время это была огромная сумма.

На этом фоне идеи гуманизации психиатрии и привлечения к ней внимания становились всё более реальными. Этому способствовало и «использование служебного положения» (один из авторов был Народным депутатом СССР) для активизации попыток возобновления издания Журнала. Современному человеку трудно представить, сколько согласований и необходимых в то время гарантий и обязательств нужно было получить. Часто неформально помогали не только дружеские контакты, но и просто равнодушные люди. В то время на этапе осуществления любого большого проекта проблема заключалась не только в традиционном вопросе из наследия Владимира Высоцкого «Где деньги, Зин?» При том, что множество различных изданий выходило миллионными тиражами и имело более чем доступную цену в реализации, в стране был острый дефицит бумаги. Нередко это становилось непреодолимым препятствием для выхода печатной продукции. И здесь неоценимую дружескую помощь оказал тогда совсем молодой, ныне академик, П.И. Сидоров, приславший официальное заверение Архангельского писчебумажного комбината об изыскании дополнительных сверхплановых резервов и гарантий выделения многих тонн типографской бумаги. Десятки подобных гарантийных писем («Союзпечати», российских железных дорог, типографий и т.д.) было собрано в кратчайшие сроки и представлено в Государственный комитет по печати СССР, прежде чем его Председатель тов. Н.И. Ефимов подписал долгожданный Приказ № 134 от 28 марта 1990 года о возобновлении издания Журнала. В Приказе определялась заявленная ранее Институтом тематика Журнала. Периодичность издания значилась как ежемесячная, а первоначальный тираж определялся в 20 тысяч экземпляров. Объём номеров в учётно-издательских листах — 16,8. Устанавливалась и цена за экземпляр — 1 руб. 30 коп. (весьма доступная по тем временам). Любопытно, что Журнал был отнесён ко 2 группе центральных журналов, следует отметить, что к 1 группе относилась только партийная и агитационно-пропагандистская литература. Приказ определял, что редакционную подготовку Журнала берёт на себя Институт, а финансирование и полиграфическое исполнение осуществляется Ленинградским отделением издательства «Медицина». Отдельным пунктом Приказа уточнялось, что бумага для издания будет поставляться хозрасчётным коммерческим центром Архангельского областного союза кооператоров (первые ростки развития предпринимательской деятельности в стране очень помогли!). Уточнялось также, что распространение Журнала будет осуществляться по прямым договорам с агентством «Союзпечать» Минсвязи СССР.



Рис. 3. Обложка Свидетельства Госкомпечати СССР
Fig. 3. Cover of the USSR State Press Committee Certificate

После выхода Приказа Госкомпечати СССР казалось, что наконец-то можно порадоваться и вздохнуть свободно. Радость состоялась, но дышать свободно не получилось. Очень многое в стране изменилось, Советский Союз перестал существовать, а вместе с ним остался принадлежать истории и цитируемый выше Приказ, как и все изложенные в нём преференции. Новым структурам власти страны, ставшей правопреемницей СССР, не было дела ни до каких-то там журналов, да и денег не было. На славную память о преодолённых трудностях осталось только красивое Свидетельство № 988 о регистрации Журнала, выданное 23 марта 1999 года Государственным Комитетом СССР по печати (Рис. 3).

Организационно-техническую работу и изыскание новых источников финансирования пришлось начать заново. И всё же 26 февраля 1991 года возрождённый Журнал, главным редактором которого с 1991 по 2017 гг. являлся Ю.В. Попов, был подписан к печати, и вышел его первый номер объёмом 11,5 печатных листов и тиражом в 2200 экземпляров (Рис. 4). Это событие вызвало определённый резонанс, и не только в нашей стране, но и за рубежом. Особую значимость придавал тот факт, что выход первого номера возобновленного издания журнала «Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева» (1991, № 1) сопровождался напечатанной в нём выдержкой из приветственного письма Президента Всемирной Психиатрической Ассоциации Хорхе Альберто Коста-и-Силва (от 31.10.1990 г., Вашингтон). «... Я хочу направить нашим советским коллегам теплое приглашение объединиться с нами в общих усилиях на благо развития максимально высоко возможного уровня психиатрии в мире. Я надеюсь, что Бехтеревский журнал присоединится к нам в решении стоящих перед

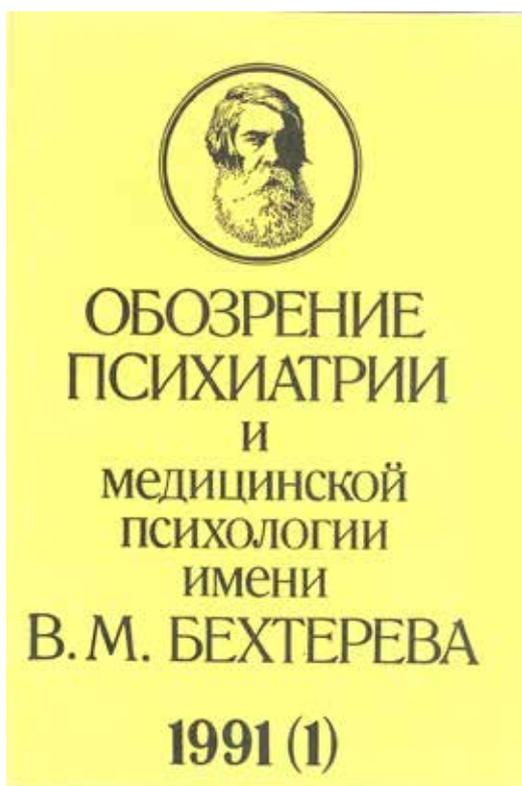


Рис. 4. Обложка Журнала 1991 г.
Fig. 4. The cover of the Journal in 1991

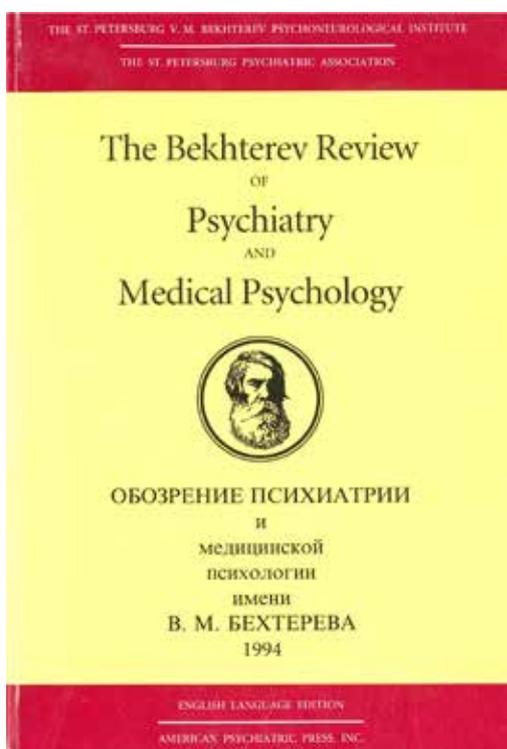


Рис. 5. Обложка дайджеста Журнала, издававшегося в США
Fig. 5. The cover of the digest of the Journal published in the USA

нами задач» [5]. Полный текст этого письма был опубликован в 1992 г. в Дайджесте Журнала, изданном в США, в несколько измененном виде: например, вместо слов «советских психиатров» употребляется сочетание «российских психиатров», т.к. в 1992 году СССР уже не существовало. [7].

Первый номер Журнала, как, впрочем, и следующие, разошелся почти мгновенно. К этому и стремилась редакция Журнала, предусмотрев даже pocket-book — формат, чтобы его можно было читать в транспорте. В то время автомобили ещё не были общедоступным средством передвижения, и большинство людей пользовались общественным транспортом, который отчасти напоминал читальный зал в весьма ограниченном пространстве.

Предложивший этот удобный формат, заместитель главного редактора Журнала, заслуженный деятель науки РСФСР профессор А.Е. Личко, во многом определил структуру и направления деятельности Журнала. Очень многое сделал он и для повышения читательского интереса к изданию. Наряду с проблемными статьями, обзорами отечественной и иностранной литературы, краткими сообщениями о проводимых исследованиях, регулярно публиковались статьи из истории психиатрии, патографии известных деятелей прошлых лет, психообразовательные работы. А статьи профессора А.Е. Личко с патографией известных исторических деятелей, опубликованные в Журнале, были позже изданы отдельной книгой [4], быстро ставшей библиографической редкостью. Являясь в нашей стране основателем подростковой психиатрии как особого (отдельного) научного направления, он регулярно делился своими научными исследованиями на страницах Журнала, что также вызвало живой интерес читателей. До настоящего времени труды профессора А.Е. Личко остаются настольными книгами для многих психиатров и других специалистов, работающих с подростками.

Но, возвращаясь к Журналу, необходимо отметить, что он сразу привлек внимание и зарубежных специалистов. Американская Психиатрическая Ассоциация (АПА) вышла с предложением издавать в США за их счёт на английском языке наиболее интересные статьи для англоязычного читателя (дайджест) (Рис. 5). Уже на очередном конгрессе АПА в Вашингтоне в 1992 году главный редактор с большим успехом осуществил его презентацию [6].

Полный вариант Журнала продолжал издаваться в нашей стране, но крайне сложное финансовое состояние сделало это практически невозможным. И тут помогли французские коллеги, крупное медицинское издательство «Синапс», во главе с его директором Норбером Аттали, предложило издавать за свой счёт тираж на русском языке. Практически весь тираж журнала в 1998, 1999 и 2000 гг. (Рис. 6) переправлялся в Россию и пользовался повышенным интересом среди наших читателей.

Когда в 2001 году по разным причинам подобная форма издания стала невозможной, с боль-

шой благодарностью было принято предложение московских коллег издавать журнал в Москве в крупнейшем издательском холдинге «МедиаМедика», специализировавшегося на издании медицинской литературы. Предложил наш Журнал к изданию в «МедиаМедика» профессор П.В. Морозов, являвшийся Главным редактором ряда медицинских журналов, известный в нашей стране и за рубежом психиатр, который во многом способствовал возвращению в 1988 г. Всесоюзного общества невропатологов и психиатров во Всемирную Психиатрическую Ассоциацию. Это был важный шаг для советских и впоследствии для российских психиатров (как граждан государства-правопреемника СССР).

Издание Петербургского журнала в Москве с 2004 по 2011 гг. позволило ему сохранить существование. К сожалению, объем журнала в этом варианте был крайне мал, что было, совершенно не достаточным для поддержания привычного читателям высокого научного уровня, и, к тому же, Журнал практически утратил свою автономность. Усилиями директора Института Заслуженного деятеля науки РФ профессора Н.Г. Незнанова, ставшего в 2004 г. Председателем редакционного совета и впоследствии (в 2018 г.) — главным редактором, стало возможным издание журнала его Учредителем (самим Институтом им. В.М. Бехтерева).

Следует отметить, что в 2004 г. дизайн обложки Журнала изменился и практически в неизменном виде сохраняется по настоящее время (рисунок 7). В 2012 г. Журнал получил регистрацию в Роскомстате (ПИ № ФС77-48985 от 21 марта 2012 г.) и был включен в список изданий ВАК, публикации в которых требуются при представлении диссертационных работ к защите. В последние годы импакт-фактор Журнала неуклонно растет. С 2024 г. Журнал индексируется в Scopus.

Следует отметить, что технику оцифровки своей нередко низкопробной продукции первыми освоили так называемые блогеры. Изначально безобидная погоня за «лайками» сейчас уже монетизируется в миллиардные доходы и всё больше привлекает внимание надзорных органов. Недопустимость подобной картины в научной деятельности очевидна. Тем не менее, становится всё больше научных сотрудников, которые свои основные усилия уделяют набору цифровых показателей, а не сути научных исследований. К сожалению, именно молодые сотрудники быстро осваивают эти методы оценки их деятельности. Появляются даже своего рода «чемпионы» в этих «научно-спортивных» соревнованиях, имеющие многие десятки публикаций. Вне всяких сомнений, история и здесь всё расставит по своим местам.

В этой связи хочется привести пример достойного поведения ученых Института, описанный М.А. Акименко [1] и вошедший в славные страницы его истории. Когда в 1940 году Постановлением Совета Народных Комиссаров СССР (№ 2201 от 31.10.1940) было принято решение о

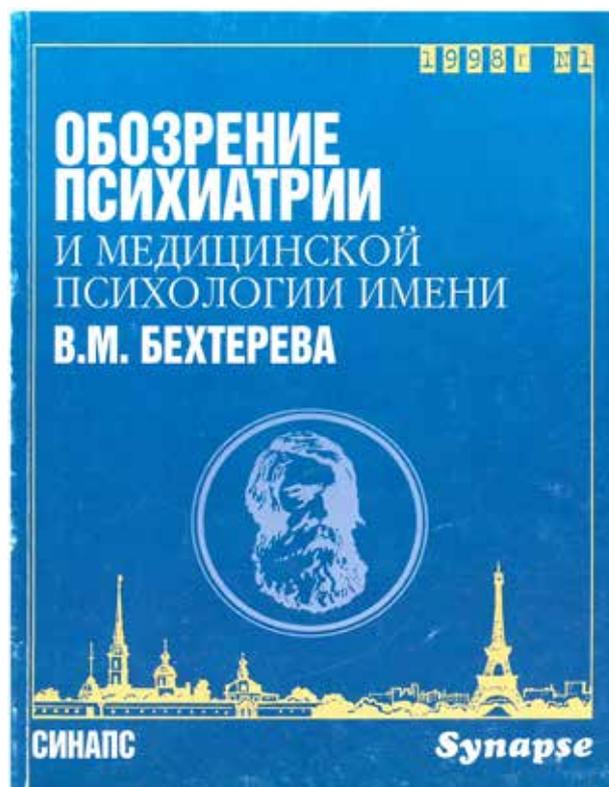


Рис. 6. Обложка Журнала, издававшегося во Франции
Fig. 6. The cover of the Journal published in France

присоединении Института им. В.М. Бехтерева к 2-му Ленинградскому медицинскому институту, многочисленная группа ведущих научных сотрудников с гордостью отметила в своём обращении в центральные партийные и советские органы (А.А. Жданову, А.А. Кузнецову, В.М. Молотову и даже в ЦК ВКП(б)), что за многие годы своей работы ими было опубликовано около 300 научных работ. Среди подписавших это письмо были такие, тогда уже известные сотрудники, как заслуженный деятель науки РСФСР, профессор Р.Я. Голант, профессор В.Н. Мясичев, профессор Я.А. Ратнер, профессор Ю.Л. Кривский, профессор Л.Я. Пинес, профессор Б.П. Эберт, профессор А.З. Розенберг, доцент С.С. Мнухин. В наше время подобная публикационная активность была бы расценена как весьма скромная, но тогда ценность печатного слова и труда ученых была так высока, что последовал Приказ № 33 от 25.01. 1941 по Народному Комиссариату Здравоохранения СССР, оставляющий Институт в качестве самостоятельного учреждения. Важно отметить, что сомнений в большой значимости для страны научной деятельности указанных учёных не было не только у их коллег, но и у партийных и советских органов, а графомания в то время не поощрялась, и ученые еще не были увлечены наукометрическими показателями.

Безусловно, различные формы и способы оценки печатной продукции нужны, но так же не-

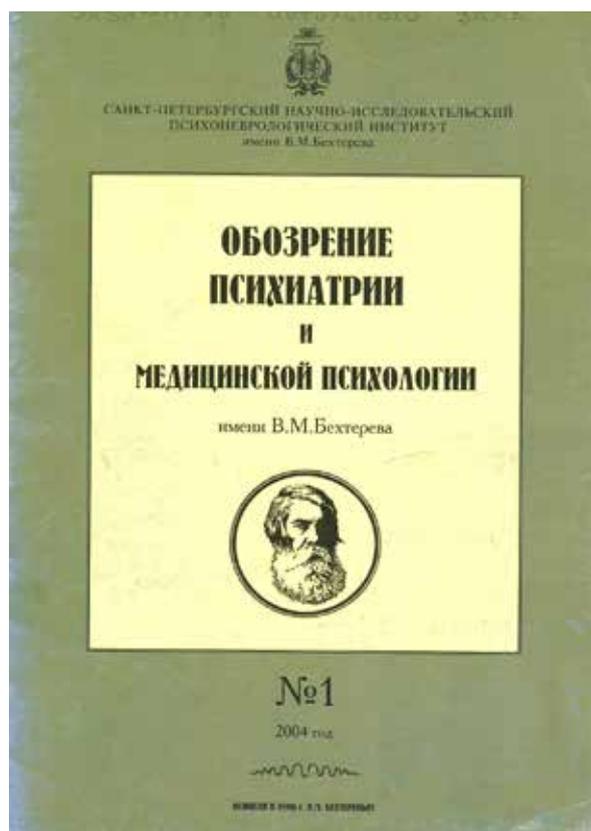


Рис. 7. Обложка Журнала, начиная с 2004 г.
Fig. 7. The cover of the Journal since 2004

избежно, что они постоянно будут меняться. Создаются и обретают популярность новые формы распространения информации. Уже сейчас практически все информационные издания на бумажном носителе имеют и электронные версии, и этот процесс будет и впредь развиваться. Сейчас даже невозможно представить, какие формы и способы информации появятся через 10-15 лет. Соответственно, будут создаваться и новые способы и формы оценки распространяемой информации.

Тем не менее, необходимо заметить, что в общей ретроспективной оценке всего прошедшего за многие века в области человеческой культуры и науки стержневую роль играет одна из высших психических функций — память. Именно бережно сохраняемая память о всемирно известном учёном академике В.М. Бехтерева и первых десятилетиях существования основанного им Журнала вызвала неподдельный интерес, как в нашей стране, так и за рубежом, к возобновляемому его изданию ещё до выхода первого номера.

История при всей нередко субъективности её изложения, даже специалистами, всё же выкристаллизовывает со временем много объективного. Если что-то остается в Истории на долгие годы, не в виде пересказываемых мифов и легенд, а в виде чего-то реально существующего и продолжающего приносить плоды, это заслуживает внимания и сохранения. И как же вновь не вспомнить слова нашего великого историка Н.М. Карамзина: «...Настоящее бывает следствием прошедшего. Чтобы судить о первом, надлежит вспомнить последнее...».

Литература / References

1. Акименко М.А. О попытках закрыть Психоневрологический институт в Санкт-Петербурге-Петрограде-Ленинграде. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2000;1:88–90.
2. Бехтерев В.М. Будущее психиатрии. Введение в патологическую рефлексологию. СПб.: Наука, 1997.
3. Карамзин Н.М. Записки о древней и новой России в её политическом и гражданском отношении. М.: Наука, 1991.
4. Личко А.Е. История глазами психиатра. СПб.: Адити, 1996.
5. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 1991;1:2.
6. Popov Y. Address to the Readership. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 1992;1-2.
7. Costa e Silva J.A. Guest Editorial. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 1992;3-4.

Сведения об авторах:

Попов Юрий Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, главный научный сотрудник отделения терапии психических расстройств у лиц молодого возраста

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ. E-mail: porov62@yandex.ru

Незнанов Николай Григорьевич, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, президент Российского общества психиатров, главный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, президент Всемирной Ассоциации динамической психиатрии. E-mail: spbinstb@bekhterev.ru

Поступила 28.12.2023

Received 28.12.2023

Принята в печать 14.02.2024

Accepted 14.02.2024

Дата публикации 27.09.2024

Date of publication 27.09.2024

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 в Объединенном каталоге Пресса России **70232**
В интернет-каталоге Пресса рф.ru https://www.pressa-rf.ru/cat/1/edition/y_e70232/



Администрация ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России с глубоким прискорбием сообщает, что 07 сентября 2024 года на 79 году жизни скончался главный научный сотрудник отделения терапии психических расстройств у лиц молодого возраста, заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор

ЮРИЙ ВАСИЛЬЕВИЧ ПОПОВ

Юрий Васильевич окончил Ленинградский педиатрический медицинский институт в 1970 году и в 1972 году завершил обучение в ординатуре. Тогда же начался профессиональный путь Юрия Васильевича в Ленинградском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева: в 1975 году он досрочно окончил аспирантуру в связи с защитой кандидатской диссертации по проблеме эпилепсии и продолжил работу младшим научным сотрудником в отделении детской нейропсихиатрии, с 1980 года — старшим научным сотрудником в отделении подростковой психиатрии, с 1985 года по 2017 работал в должности заместителя директора по научной работе, и с 1993 до 2023 год руководил отделением терапии психических расстройств у лиц молодого возраста, где продолжал работать в должности главного научного сотрудника до последнего дня своей жизни.

Юрий Васильевич был талантливым учёным и высокопрофессиональным детско-подростковым психиатром, эпилептологом. В 1989 году защитил диссертацию по проблеме расстройств личности у подростков на соискание учёной степени доктора медицинских наук, в этом же году был избран Народным депутатом СССР по Невскому округу г. Ленинграда. В 1993 году получил звание профессора, в 2001 году — заслуженного деятеля науки Российской Федерации. В 2002 году решением Российской Академии Наук Юрию Васильевичу была присуждена золотая медаль имени В.М. Бехтерева за совокупность работ по подростковой психиатрии и психофизиологии, в том числе аддиктивных проблем. Благодаря усилиям Юрия Васильевича было развито подростковое отделение, которое является уникальным и востребованным не только в России, но и за рубежом. Незаурядные организаторские способности Юрия Васильевича нашли применение в разных сферах профессиональной жизни. Он являлся членом правления президиума Всероссийского общества психиатров и возглавлял там комиссию по этике. С его именем связано возобновление издания журнала «Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева», главным редактором которого он был много лет. Международная деятельность Юрия Васильевича

связана с работой в комитете по конфликтам и их разрешению Всемирной психиатрической ассоциации, Совете директоров международного института по гуманитарным проблемам алкоголизма.

Под руководством Юрия Васильевича защищено 11 кандидатских и 5 докторских диссертаций. Ученики Юрия Васильевича являются успешными профессионалами, сохраняющими традиции школы подростковой психиатрии, созданной Юрием Васильевичем. Многие годы профессор Ю.В. Попов был председателем и заместителем председателя диссертационного совета СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева (ныне ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России). Он является автором более 160 научных работ, 5 монографий, выдержавших несколько переизданий. Разработка проблем личности у подростков позволила Юрию Васильевичу сформулировать оригинальную концепцию саморазрушающего поведения и его многоосевую классификацию. Научно-исследовательская работа легла в основу разработанных им практических подходов к коррекции поведения подростковых девиаций и аддиктивных проблем, суицидальности и насилия, внедрённых в работу клиники подростковой психиатрии

Несмотря на многочисленные научные достижения, на первом месте для Юрия Васильевича всегда была врачебная работа. Заботливый, всегда внимательный к больным, он умело выстраивал путь взаимодействия с любыми самыми сложными пациентами, поддерживал родителей, виртуозно определяя диагностическую и терапевтическую тактику. Никогда и никому Юрий Васильевич не отказывал в помощи. Большинству пациентов Юрий Васильевич становился родным человеком, сопровождая и помогая им на протяжении всей жизни.

Коллеги, друзья, ученики и пациенты запомнят Юрия Васильевича как чуткого, внимательного и отзывчивого человека, всегда готового прийти на помощь. Он был энергичным, требовательным к себе и другим руководителем, доброжелательным и деликатным, с прекрасным чувством юмора, обладающим энциклопедическими знаниями в вопросах истории, культуры, литературы и искусства.

Уход из жизни Юрия Васильевича Попова — тяжелая и невосполнимая утрата для всего нашего коллектива.

