



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 59 № 1 (2025)
Vol 59 № 1 (2025)**

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

ТРИТТИКО Тразодон таблетки с пролонгированным высвобождением 150 мг



Больше чем антидепрессант

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ОБЩЕЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА. НОМЕР РУ: ЛП-№(001171)-(РГ-RU).
Краткая информация по медицинскому применению препарата Триттико® доступна здесь – отсканируйте QR-код:



ОРГАНИЗАЦИЯ, ПРИНИМАЮЩАЯ ПРЕТЕНЗИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И ИНФОРМАЦИЮ
О НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ В РОССИИ:
ООО «Анджелини Фарма Рус»

Адрес, телефоны, электронная почта ООО «Анджелини Фарма Рус» доступна здесь -отсканируйте QR-код:



ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ

РЕКЛАМА

ТРИ-НСП-32/2024-Н16

ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

имени В.М. Бехтерева

Т. 59, № 1, 2025

V.M. BEKHTEREV REVIEW OF PSYCHIATRY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

Главный редактор

Н.Г.Незnanов, 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. Крупницкий, 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: krueuator@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. E-mail: druggen@mail.ru

В.А. Михайлов, д.м.н., руководитель отдела нейропсихиатрии 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

Е.Е. Васенина, д.м.н., доцент, профессор кафедры неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России РФ, Москва, РФ E-mail: rmapo@rmapo.ru

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 ис-

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: krueuator@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

Elena E. Vasenina, Prof. Dr. of Sci. (Med.) associate professor, professor of neurology department Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Health of Russia, Moscow, RF E-mail: rmapo@rmapo.ru

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

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

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

М.Ю. Сорокин, к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, ученый секретарь ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.М. Бехтерева» Минздрава России Санкт-Петербург, РФ
E-mail: m.sorokin@bekhterev.ru

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 психологии 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

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 Neurology 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

Michail Yu.Sorokin, Cand. of Sci. (Med.), academic secretary of the FSBI "National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev" of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, RF
E-mail: m.sorokin@bekhterev.ru

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

Victor 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

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.С. Левин, д.м.н., профессор, профессор кафедры неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России РФ, Москва, РФ
E-mail: rmapo@rmapo.ru

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

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

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

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 S. Levin, Prof. Dr. of Sci. (Med.) Honor head of department, professor of neurology department Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Health of Russia, Moscow, RF
E-mail: rmapo@rmapo.ru

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

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

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 Tiano, 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. Shaboltas, 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 meditsinskoy 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 28.03.2025 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 pф.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

- Epilepsy and criminal behavior (review of literature)** 8
Gulisa M. Musina, Kira V. Voronkova, Andrey S. Petrukhin

DEBATING CLUB

- Cyberpsychiatry is a new approach to understanding the impact of digital information space on the mental health of individuals and society. Report № 1** 18
Nikolay G. Neznanov, Aleksandr P. Kotsyubinsky, Daniil A. Kotsyubinsky

RESEARCH

- Psychological self-regulation of rheumatic patients with different types of illness perception** 31
Vladimir M. Yaltonsky, Ilya N. Abrosimov, Natalia A. Sirota

- Evoked cortical electrical activity associated with the presentation of a Ready-Made solution to a remote association task** 42
Igor S. Gornostaev, Andrey V. Kurgansky, Varvara K. Vyazovkina, Vladimir F. Spiridonov

- Questionnaire «Opioid anosognosia» is a new tool for assessment anosognosia in opioid-dependent patients** 53
Ilyuk R.D., Granovskaya E.A., Bocharov V.V., Gromyko D.I., Nechaeva A.I., Pushina V.V., Wuks A.Ya, Krupitsky E.M.

- Features of non-radicular pain chronic syndrome in patients with osteochondrosis of the spine and dynamics in the psychoemotional sphere of patients during treatment with galvanic vestibular stimulation** 67
Alexander G. Naryshkin, Alexander M. Sarkisyan, Maria A. Maksyutina, Taras A. Skoromets, Igor V. Galanin, Ilya A. Orlov

- Linguistic and cultural adaptation of the Russian version of the “Self-Talk Scale” questionnaire**
Valeria V. Proskurina, Andrey A. Tkachenko

GUIDELINES FOR THE PRACTITIONER

- Trazodon in the treatment of chemical addictions** 81
Azat R. Asadullin, Elvina A. Akhmetova, Ilia S. Efremov, Ksenia A. Gasenko, Rustam R. Borukaev, Irina V. Kolyvanova, Evgeny M. Krupitsky

- A case of paralytic dementia in neurosyphilis: a clinical observation** 90
Vitaly A. Chinarev, Elena V. Malinina, Maria D. Obukhova

PSYCHIATRIC NEWSPAPER

- Professor Vladimir Alexandrovich Glazov (To the 125th anniversary of his birth)** 98
Sergey B. Manyshev, Ksenia B. Manysheva

- In search of inspiration: Psychoactive substances in jazz history** 104
Valentin Yu. Skryabin

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

- Эпилепсия и криминальное поведение (обзор зарубежной литературы) 8
Мусина Г.М., Воронкова К.В.2,3, Петрухин А.С.

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

- Информационная психиатрия — новый подход к осмыслению воздействия цифрового информационного пространства на психическое здоровье индивидуума и социума. Сообщение 1 18
Незновов Н.Г., Коцюбинский А.П.1, Коцюбинский Д.А.

ИССЛЕДОВАНИЯ

- Психологическая саморегуляция пациентов с различными типами восприятия ревматического заболевания 31
Ялтонский В.М., Абросимов И.Н., Сирота Н.А.

- Вызванная кортикальная электрическая активность, связанная с предъявлением готового решения задачи на отдаленные ассоциации 42
Горностаев И.С., Курганский А.В., Вязовкина В.К., Спиридонов В.Ф.

- Опросник «Опиоидная анозогнозия» — новый тестовый инструмент для оценки анозогнозии у больных с опиоидной зависимостью 53
Илюк Р.Д., Грановская Е.А., Бочаров В.В., Громыко Д.И., Нечаева А.И., Пушина В.В., Вукс А.Я., Крупицкий Е.М.

- Особенности не корешкового болевого хронического синдрома у пациентов с остеохондрозом позвоночника и динамика в психоэмоциональной сфере пациентов при лечении методом гальванической вестибулярной стимуляции 67
Нарышкин А.Г., Саркисян А.М., Максютин М.А., Скоромец Т.А., Галанин И.В., Орлов И.А.

- Лингвокультуральная адаптация русскоязычной версии «Шкалы саморазговора» (Self-Talk Scale) 73
Проскурина В.В., Ткаченко А.А.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

- Тразодон в терапии химических зависимостей 81
Асадуллин А.Р., Ахметова Э.А., Ефремов И.С., Гасенко К.А., Борукаев Р.Р., Колыванова И.В., Крупицкий Е.М.

- Случай паралитической деменции при нейросифилисе: клиническое наблюдение 90
Чинарев В.А., Малинина Е.В., Обухова М.Д.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

- Профессор Владимир Александрович Глазов (к 125-летию со дня рождения) 98
Маньшиев С.Б. Маньшиева К.Б.

- В поисках вдохновения: психоактивные вещества в истории джаза 104
Скрябин В.Ю.

Эпилепсия и криминальное поведение (обзор зарубежной литературы)

Мусина Г.М.^{1,2}, Воронкова К.В.^{3,4}, Петрухин А.С.³

¹ Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Россия

² Башкирский государственный медицинский университет

³ Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова,
Москва, Россия

⁴ Российский научный центр хирургии им. академика Б.В. Петровского, Москва, Россия

Обзорная статья

Резюме. При эпилепсии возможны расстройства поведения, вплоть до криминального. Криминальные происшествия могут возникать в преиктальном, интериктальном, иктальном и постиктальных периодах, могут быть обусловлены нежелательными явлениями противосудорожных препаратов и другими факторами. Самое опасное постиктальное расстройство поведения, в том числе, в плане криминальных происшествий — постиктальный психоз.

Нередко людям с эпилепсией требуются опытные неврологи и юристы для разрешения криминальных ситуаций. Международной Противоэпилептической Лигой рекомендованы критерии для определения того, является ли конкретный акт криминального происшествия, совершенный пациентом с эпилепсией, результатом эпилептического приступа.

В целом, в диагностике криминального поведения при эпилепсии требуется криминалистически обоснованный, комплексный междисциплинарный подход, который объединяет нейропсихиатрические, нейропсихологические и психофизиологические методы, с учетом факторов риска и усугубляющих моментов.

Ключевые слова: эпилепсия, криминальное поведение, постиктальный психоз, патогенез, эпигенетические факторы, критерии ЭЭГ диагностики криминального поведения при эпилепсии

Информация об авторах:

Мусина Гулиса Марсельевна* — e-mail: nevrolog2009@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0010-8869>

Воронкова Кира Владимировна — e-mail: kiravoronkova@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1111-6378>

Петрухин Андрей Сергеевич — e-mail: epineuro@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9961-0199>

Как цитировать: Мусина Г.М., Воронкова К.В., Петрухин А.С. Эпилепсия и криминальное поведение (обзор зарубежной литературы). *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:1:8-17. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-934>

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Epilepsy and criminal behavior (review of literature)

Gulisa M. Musina^{1,2}, Kira V. Voronkova^{3,4}, Andrey S. Petrukhin³

¹ Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko, Voronezh, Russia

² Bashkir State Medical University

³ Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia

⁴ Petrovsky National Research Centre of Surgery, Moscow, Russia

Review article

Summary. With epilepsy, behavioral disorders are possible, including criminal ones. Criminal incidents can occur in the preictal, interictal, ictal and postictal periods, and may be due to adverse events of anticonvulsants and other factors. The most dangerous postictal behavioral disorder, including in terms of criminal incidents, is postictal psychosis.

Often people with epilepsy need experienced neurologists and lawyers to resolve criminal situations. The International League Against Epilepsy recommends criteria for determining whether a particular criminal act committed by a patient with epilepsy is the result of an epileptic seizure.

Автор, ответственный за переписку: Мусина Гулиса Марсельевна, e-mail: nevrolog2009@yandex.ru

Corresponding author: Gulisa M. Musina, e-mail: nevrolog2009@yandex.ru

In general, a forensically sound, comprehensive interdisciplinary approach to the diagnosis of criminal behavior in epilepsy is required, which combines neuropsychiatric, neuropsychological and psychophysiological methods, taking into account risk factors and aggravating factors.

Key words: epilepsy, criminal behavior, postictal psychosis, pathogenesis, epigenetic factors, EEG criteria for diagnosing criminal behavior in epilepsy

Information about the authors:

Gulisa M. Musina* — e-mail: nevrolog2009@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0010-8869>

Kira V. Voronkova — e-mail: kiravoronkova@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1111-6378>

Andrey S. Petrukhin — e-mail: epineuro@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9961-0199>

To cite this article: Musina GM, Voronkova KV, Petrukhin AS. Epilepsy and criminal behavior (review of literature). *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:1:8-17. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-934>. (In Russ.)

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

Данный материал инициирован Джанкарло Кандиано Трикази (Giancarlo Candiano Tricasi, @gcarlo.tricasi, Италия), доктором криминологии¹, капитаном войск специального назначения в отставке, автором образовательного проекта по криминологии, включающего 4 учебных пособия [51]. Одна из глав его первой книги написана российским врачом неврологом, кандидатом медицинских наук Мусиной Г.М., которая раскрыла вопрос криминального поведения при эпилепсии. В дальнейшем коллектив авторов данной статьи углубился в эту тему, проанализировав данные мировой литературы, и представляет ее вашему вниманию.

Эпилепсия — одно из наиболее распространенных неврологических заболеваний, сопровождается психическими расстройствами и различными сопутствующими заболеваниями [11]. Международная Лига борьбы с эпилепсией (ILAE) определяет эпилепсию как расстройство головного мозга, характеризующееся постоянным риском возникновения эпилептических приступов, с нейробиологическими, когнитивными, психологическими и социальными последствиями [26]. Согласно литературным данным, психические расстройства встречаются от 20% и до 50% пациентов с эпилепсией, начиная от тревоги и депрессии и заканчивая психозом, причем, у людей с эпилепсией почти в восемь раз повышен риск развития психозов [5, 26].

В 2022 г. ILAE выделила также аффективные особенности людей с эпилепсией, среди которых агрессия, возбуждение, гнев, враждебность, импульсивность, раздражительность, злость, тревога, страх, депрессия, чувство вины, религиозные и другие переживания [4]. При эпилепсии не является редкостью антисоциальное и криминальное поведение, что представляет собой серьезную проблему общественного здравоохранения, имеющую соответствующие социальные последствия. Пациентам с эпилепсией, замешанным в криминальных происшествиях, требуется более тщательное криминалистическое² расследование с медицинскими аспектами и юридическое сопровождение [8, 15, 17, 23, 32, 42, 45, 46, 49]. В на-

стоящее время формируется судебная неврология, ориентированная на применение неврологической клинической и научной экспертизы для решения юридических вопросов в системе уголовного правосудия [14].

Обсуждение

История вопроса. Агрессия в доисторические времена была необходима для выживания и эволюции человека и общества в целом [8, 20]. О различных событиях, которые сейчас можно расценить как те или иные преступления, мы можем судить лишь по наскальным рисункам и археологическим артефактам [41].

В процессе эволюционного развития люди стали объединяться в сообщества, возникали правила и система наказаний за различные неправомерные действия, как например, в Древнем Китае, Древней Индии, в Древнем Риме. Далее по мере развития, ученые и философы разных эпох и народов предпринимали попытки осмыслить природу преступлений и методов борьбы с ними. В 19 веке, например, была распространена теория Чезаре Ломброзо, который пытался сразу угадать преступника, лишь взглянув на его лицо и фигуру, учитывая те или иные внешние проявления дизэмбриогенеза и/или физические недостатки [39]. Порой людям с эпилепсией приписывалась особая жестокость при совершении правонарушений [23].

Внешние особенности или патология различных отделов головного мозга? В настоящее время стало понятным, что внешность не может служить индикатором преступника, что поведение, в том числе криминальное, не простой набор рефлексов и инстинктов. Любое поведение — это сложный процесс, требующий участия нескольких корковых и подкорковых нейронных сетей голов-

¹ криминология — это наука о причинах преступности и способах борьбы с ней.

² криминалистика — это отрасль криминологии, которая связана с научным выявлением преступлений, с применением современных способов доказательства преступлений, изучая отпечатки пальцев, ДНК, токсины, выстрелы и т.п.

ного мозга, оно модулируется нейромедиаторными системами, с влиянием различных стимулов, убеждений, социально-экономического статуса, воспитания, наследственности, окружающей среды и других факторов [36]. Главенствующее положение в регуляции и контроля поведения, в том числе криминального, занимают орбитофронтальные и вентромедиальные отделы лобных долей, передние отделы височных долей. Эти отделы связаны с суждением, принятием решений, исполнительной функцией, эмоциональной обработкой, сексуальным поведением, насилием и самосознанием. В тесном взаимодействии с ними находится лимбическая система: передняя поясная извилина, гиппокамп, миндалевидное тело, гипоталамус, септальные ядра, периаквадуктальное вещество среднего мозга и передние ядра таламуса [2, 6, 8, 22, 25, 36, 37].

В частности, гиппокамп регулирует мотивированное поведение, его передний вентромедиальный отдел участвует в модуляции защитно-яростного поведения [6, 35]. При повреждении вышеуказанных структур могут возникать те или иные расстройства поведения и эмоций, изредка с последующими криминальными происшествиями [42], дисфункция орбитофронтальной области коррелирует с антисоциальным поведением [25]. В основе расстройств поведения, в том числе, при эпилепсии — нарушения взаимодействия дофаминергических, серотонинергических, адренергических, ГАМКергических, глутаматергических и холинергических путей [6], вегетативная дисфункция [36], гормональный дисбаланс, в основном, высокий уровень тестостерона и низкий уровень кортизола, обусловленный гиперактивацией гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси и/или гипоактивацией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси [8].

Формы эпилепсии, возраст, гендерная принадлежность и криминальное поведение. Наиболее изучены в контексте криминального поведения при эпилепсии фокальные эпилепсии, в частности, височная и лобная формы, поскольку в их патофизиологию вовлечены те же структуры, которые обеспечивают и регулируют поведение: передние области лобных и височных долей и лимбическая система, те же нейромедиаторы: ГАМК, глутамат, серотонин, дофамин и норадреналин [6].

В группе риска различных криминальных событий при эпилепсии — молодые мужчины в возрасте от 20 до 50 лет, с дебютом эпилептических приступов в детстве или подростковом возрасте, с наличием сопутствующих психических заболеваний, с устойчивостью к противосудорожным препаратам (ПСП), большинство из них — безработные, со значительными трудностями в обучении в анамнезе, злоупотребляющие алкоголем и наркотиками [32, 42].

Юридическая помощь пациентам с эпилепсией и криминальным поведением. Многие центры эпилепсии имеют своих представителей в суде, с целью поддержки пациентов [17]. Как, например,

в клиническом случае 34-летнего пациента с фармако-резистентной эпилепсией, обусловленной каверномой в области поясной извилины слева. Дебют его приступов — с 13 лет. В клинике его эпилепсии два вида приступов: фокальные приступы, с пристальным взглядом, с нарушением осознанности, с автоматизмами, продолжительностью от 40 до 50 секунд, с постиктальной спутанностью сознания. Второй вид — типичный гипермоторный приступ, с внезапным началом, бессмысленной речью, с последующей внезапной гипермоторной активностью, часто протекающий с агрессией, с иктальным и постиктальным нарушением осознанности, с постиктальной спутанностью сознания и отсутствием четкой латерализации. Частота приступов — минимум раз в месяц, большинство приступов развивалось в ночное время.

В 15 лет выставлен также диагноз синдрома гиперактивности с дефицитом внимания. Генерализованные тонико-клонические приступы впервые развились в возрасте 29 лет, после чего ему проведены дополнительные обследования, выявлена кавернома левой поясной извилины. Приступы сохранялись, несмотря на комбинированную терапию ламотриджином (200 мг/сут) и клобазамом (20 мг/сут). Также пациент периодически злоупотреблял наркотиками (кокаин, марихуана и алкоголь). В возрасте 32 лет, после приступа, в постиктальный период, попытался похитить 7-летнюю девочку. Его арестовали, после допроса у него развился гипермоторный приступ, во время которого, т.е. в иктальный период, он еще ударил полицейского. Пациента посадили в тюрьму, где он просидел больше года. За это время ему была проведена резекция каверномы, после которой наступила ремиссия по приступам. Адвокаты добились оправдательного приговора, на исход дела также повлияло значительное улучшение поведения правонарушителя после оперативного лечения эпилепсии [15].

Расстройства поведения при эпилепсии в зависимости от времени возникновения: во время приступа, в около- или межприступный период. Поиск литературных данных показал, что среди криминальных происшествий, в которые могут быть вовлечены люди с эпилепсией — рукоприкладства, убийства, поджоги, похищение и другие [15, 32, 42, 45, 49], при этом оправдательные приговоры выносятся редко [15, 38]. Большинство насильственных преступлений совершаются в межприступные периоды, акты насилия происходят внезапно, без явного планирования, это кратковременные, фрагментарные и стереотипные события, они никогда не подкрепляются последовательной серией целенаправленных движений, возникают после стресса, могут возникать через часы или дни после эпилептических приступов, которые обычно амнезируются [15, 32, 42].

Расстройства поведения при эпилепсии, повлекшие за собой различные криминальные происшествия, возможны в преиктальном, интериктальном, иктальном и постиктальных периодах,

могут быть обусловлены нежелательными явлениями противосудорожных препаратов (ПСП) и другими факторами [2, 5, 6, 10, 26, 32, 42].

В преиктальном и интериктальном периоде основой правонарушений могут стать раздражительность, гневливость и возбуждение пациента. Возможно также развитие преиктального психоза, который проявляется множеством неспецифических симптомов в течение нескольких часов (редко до 3 дней), предшествующих приступу. Эти симптомы включают переживания дереализации и деперсонализации, вынужденное мышление, идеомоторную ауру, состояния «дежа вю», «жаме вю», тревогу, эйфорию и перцептивные переживания, включая галлюцинации или иллюзии. Обычно эти симптомы заканчиваются эпилептическими приступами, в большинстве случаев не коррелируют с обнаруживаемыми изменениями на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) [2].

В иктальном периоде за какие-то правонарушения могут быть приняты отдельные автоматизмы, например, повторяющиеся ритмичные движения, по типу исследовательских или манипулирующих движений, напоминающие толчки, хватания, мимические движения — по типу кусания, страха, гиперкинетическое поведение и другие [2, 6, 45]. Согласно обновленной семиологии ILAE (2022), автоматизмы представляют собой неадекватное продолжение поведенческой деятельности, некоторые из автоматизмов могут выглядеть произвольными, напоминать или не напоминать естественные движения, при этом пациент не способен контролировать их во время приступа [4].

Возможно, развитие иктального психоза — это эпизоды бессудорожного эпилептического статуса, чаще всего исходящие из височных долей, очень редко — из лобных долей, обычно проявляются широким спектром перцептивных, поведенческих, когнитивных и аффективных симптомов, часто связанных с типичными автоматизмами. Во время эпизода также могут наблюдаться изменения в сознании, и пациенты могут не помнить, что произошло в это время [2, 5, 44].

Постиктальные осложнения включают спутанность сознания, головные и мышечные боли, страх, эмоциональную реактивность, растерянность, делирий, психоз, кататонию, нарушение когнитивных функций и нарушений памяти, вплоть до амнезии, возможна самоагрессия, т.е. суицидальное поведение [1, 2, 17, 18]. Большинство постиктальных симптомов длятся 5–30 минут и самопроизвольно завершаются, хотя у части пациентов могут продолжаться более 10 часов [1, 2, 17]. Вместе с тем, постиктальные осложнения, например, страх, замешательство или растерянность могут внезапно трансформироваться в агрессию или в постиктальный психоз (ПП), распространенность которого колеблется от 2% до 8% [5, 18]. Нередко постиктальную агрессию могут принять за ПП, она чаще всего является реакцией на стороннего наблюдателя или того, кто оказывает первую помощь [18, 44].

ПП встречается в 25 % случаев из всех видов перииктальных психозов. По данным ряда авторов, среди обследованных ими пациентов, 22,8% эпизодов насилия по отношению к окружающим обусловлены ПП, в 4,8% случаев — интериктальным психозом, в 7% эпизодов встречалась самоагрессия. Постиктальная растерянность приводила к насилию по отношению к окружающим в 1% случаев, постиктальная спутанность сознания — в 0,7% случаев [17, 18, 28]. Среди факторов риска ПП — двусторонние независимые эпилептогенные очаги, личный и/или семейный анамнез психических расстройств [18].

Симптомы ПП обычно проявляются не сразу, могут начаться через несколько часов, суток или недель после генерализованных тонико-клонических приступов (ГТКП) или серии фокальных приступов с нарушением сознания, т.е. могут развиваться после «фазы осознания», когда пациент уже пришел в себя от первоначальной постиктальной растерянности [18]. Предвестники ПП появляются за несколько часов до начала, человек становится беспокойным и раздражительным, возможна бессонница. Клиника ПП полиморфна, чаще всего включает бредовое мышление и крайнее возбуждение. ПП представляет наибольшую опасность, как для самого пациента, так и для окружающих, причем преимущественно в контексте криминальных происшествий, поскольку во время ПП может спокойно общаться и вести логичный разговор, но далее — все амнезирует. В среднем, продолжительность ПП без лечения может длиться до 9–10 дней (диапазон: 12 часов — 3 месяца), чаще — от 1 до 3 суток, при этом до 15% ПП могут завершиться самопроизвольно [1, 2, 5, 18], установлены определённые критерия диагностики ПП [1].

ПП требует немедленной помощи и терапии, которая включает бензодиазепины и/или низкие дозы транквилизаторов. Повторный ПП встречается у 10%–25% людей с эпилепсией, в дальнейшем они еще могут испытать интериктальный психоз, который требует длительного применения антипсихотических препаратов, сдерживающих это состояние. Возможен переход в хронический ПП. В группе риска ПП — пациенты мужского пола, с длительным анамнезом эпилепсии, перерывом в приеме ПСП, с личным и/или семейным анамнезом психических расстройств; наличием различных нарушений при нейровизуализации (кроме склероза гиппокампа), лечением препаратами, воздействующими на центральную нервную систему (не ПСП) [5, 18].

Влияние противосудорожных препаратов, хирургического лечения эпилепсии. Расстройства поведения при эпилепсии могут быть связаны с ПСП [2, 6, 10, 29, 44]. Хорошо известен феномен форсированной (насильственной) нормализации или синдром Ландольта, когда происходит быстрое улучшение на ЭЭГ и/или прекращение приступов под влиянием ПСП, с одновременным появлением расстройств поведения в виде раздражительности, дисфории и других. В группе

риска — пациенты с длительным анамнезом эпилепсии, с неадекватной терапией эпилепсии или вовсе без какой-либо терапии, личный и/или семейный анамнез психических расстройств [2, 10].

ПСП могут сами вызывать различные нежелательные явления, от токсических энцефалопатий до поведенческих расстройств, в виде депрессии, развития или ухудшения раздражительности, импульсивности, гнева, агрессии и других [2, 6, 10, 29].

Наиболее выраженные нежелательные поведенческие реакции у взрослых пациентов с эпилепсией наблюдаются при приеме леветирацетама, в том числе при комбинированной терапии [6]. Примером служит клинический случай пациента С.А.З., 23.12.1973 г.р. с диагнозом G40.2. «Симптоматическая фокальная эпилепсия, с фокальными моторными и немоторными приступами, с трансформацией в билатеральные тонико-клонические приступы». Дебют его эпилепсии развился через 10 лет после перенесенной аварии, перенес ушиб головного мозга, лобно-височной области слева, с последующими нейрохирургическими вмешательствами. На прием к врачу неврологу эпилептологу обратился не сразу. В дебюте эпилептические приступы развивались только во сне, далее ГТКП развернулся в бодрствовании при гостях, в результате чего пациент получил травму лица. Эпилептические приступы купировались на фоне комбинированной терапии, когда к приему карбамазепина добавили леветирацетам. Однако вскоре появились вспышки агрессии, мог избить не понравившегося ему человека, например, таксиста. Эти состояния пациент связал с началом приема леветирацетама, улучшение в поведении наступило после коррекции терапии.

Нежелательные явления ПСП в виде повышенной раздражительности, агрессии, гневливости возможны при приеме топирамата, перампанела в высокой дозе, реже подобные симптомы встречаются при приеме зонисамида, вигабатрина, бриварацетама, менее всего — при приеме этосуксимида, фелбамата, фенобарбитала, фенитоина, тиагабина, стирипентола, руфинамида, эликарбазепина, ретигабина, клобазама, клоназепама, хотя, как считают авторы, возможно, недостаточно доказательной базы для подобных утверждений. Карбамазепин, вальпроевая кислота, габапентин, окскарбазепин и ламотриджин в большинстве случаев стабилизируют или улучшают настроение [6, 29]. У детей с эпилепсией большинство ПСП в той или иной степени могут вызывать изменения поведения, кроме ацетозоламида, карбамазепина и примидона [6].

В литературе также есть данные о развитии психозов *de novo*, примерно в 1,1% случаев, после хирургического вмешательства по поводу эпилепсии, вероятно, в связи с феноменом принудительной нормализации, или в связи с наличием ранее существовавших психических расстройств. Большинство подобных послеоперационных осложнений начинается в течение 1 года после операции по поводу эпилепсии, и важно информировать

пациентов и родственников о том, что до трети пациентов могут испытывать расстройства настроения и поведения [2]. В целом, после хирургических вмешательств при эпилепсии значительно улучшается психический профиль пациентов и различные психозы встречаются намного реже [7, 13].

Генетические аспекты. Существует общая генетическая предрасположенность к эпилепсии и психическим расстройствам [5, 36], отчасти обусловленная полиморфизмом генов, регулирующих ГАМК, NMDA и другие рецепторы в измененном эпилептическом мозге [6, 20, 36, 53]. Так, мутация гена *GRIA3*, модулирующего функцию АМРА-рецепторов, выявлена в выборке мужчин-насильников из китайской популяции хань [43], мутация гена коллибистина (*ARHGEF9*), играющего ключевую роль в мембранном транспорте гефрина и отдельных подтипов ГАМК-А рецепторов, проявляется эпилепсией, агрессией и другими психоневрологическими симптомами [27], как и мутация гена анкирина (*ANK3*) [52].

Исследования показали, что агрессивное поведение чаще встречается у мужчин, чем у женщин, и обусловлено также генами, отвечающими за половые различия и гендерное поведение, например, у мужчин — мутацией гена *AR*, кодирующего рецептор стероидного гормона андрогена [20, 53]. Открыты комплексы генов, экспрессия которых строго регулируется социальными сигналами, их мутации могут способствовать агрессии [20], в том числе при эпилепсии [5, 6]. Так, мутация гена, ответственного за синтез фермента моноаминоксидазы (*MAO-A*), сопровождается агрессивным поведением и эпилепсией, кроме прочих симптомов [6], причем носители мутации гена *MAO-A* более восприимчивы к неблагоприятным внешним условиям, вырастают агрессивными, если подвергались жестокому обращению в детстве, и резче реагируют на стресс во взрослой жизни [36].

Наиболее распространённые эмоции счастья, печали, удивления, страха, отвращения и гнева биологически детерминированы, лежат в основе фундаментальных социальных навыков, обеспечиваются определёнными нейронными сетями височных долей и зрительными зонами коры головного мозга. Нарушение распознавания эмоций по мимике лица (*FER*) может привести к правонарушениям, встречается и у людей с эпилепсией, чаще при фокальных формах, реже при генерализованных [16]. Выявлены мутации генов, способствующие развитию *FER*, например, гена *GALT* (кодирующего фермент галактозо-1-фосфатуридилтрансферазу) классической галактоземии [34].

Черепно-мозговая травма. Среди эпигенетических факторов, негативно модифицирующих поведение во взрослой жизни — перенесенные черепно-мозговые травмы (ЧМТ). У детей и подростков с ЧМТ в анамнезе в четыре раза выше вероятность развития психических расстройств в более позднем возрасте. С другой стороны, ЧМТ

в детстве и раннем подростковом возрасте значительно увеличивает риск уголовных преступлений среди людей с психическими расстройствами [37]. В настоящее время изучаются также нейробиологические последствия пренатального воздействия вирусных инфекций [54].

Другие этиологические факторы. На нейробиологию поведения, в том числе при эпилепсии, могут оказать дополнительное влияние алкоголь [36], психотропные вещества, некоторые лекарственные препараты вследствие того или иного влияния на нейромедиаторные системы [9, 12, 36]. В литературе есть сведения о влиянии на формирование агрессивного поведения дефицита микроэлементов, в том числе в пренатальном периоде, дефицита или избытка марганца, пиретроидных пестицидов, ртути и свинца в окружающей среде [12], дисбаланса материнских гормонов щитовидной железы [40], пренатального воздействия никотина, гипоксии/аноксии в период новорожденности [9, 24]. Нередко дефицит белка в перинатальном периоде способствует уменьшению количества нейронов в гиппокампе [9, 12, 22, 36], гиппокамп оказался особенно восприимчивым к программирующему воздействию эмоциональных и пищевых стрессоров во время беременности [22]. Пренатальный стресс, в том числе стресс в раннем возрасте, жестокое обращение, социальная изоляция и эмоциональные травмы в детском возрасте в значительной степени коррелируют с поведенческими и психическими расстройствами в более позднем возрасте [9, 24, 36].

Незрелость передних отделов лобной коры, являющихся основой регуляции поведения и эмоций, может быть обусловлена синдромом гиперактивности с дефицитом внимания (СДВГ). СДВГ генетически детерминирован и, в большинстве случаев, протекает примерно до 25 лет жизни, не позволяя оценивать риски своих действий, отягочающая психическое состояние при эпилепсии [31].

Методы диагностики

ЭЭГ. С целью объективной диагностики криминального поведения при эпилепсии ILAE рекомендует применять методы нейровизуализации и ЭЭГ, причем предпочтительнее продолженный видео-ЭЭГ мониторинг (ВЭЭГМ) [3, 6, 19, 33, 44, 47, 50]. В литературе для криминалистической оценки предлагают также включение психофизиологических исследований, где учитываются показатели состояния вегетативной нервной системы (частота сердечных сокращений, колебания артериального давления, проводимость кожи и т.д.), уровни гормонов кортизол, тестостерон и других, нейropsychологическое тестирование [8, 26, 30, 36].

Вспомогательная оценка правонарушений методом ЭЭГ имеет свою историю. Впервые ЭЭГ применили как доказательство в Британском суде в 1939 г. [3], при этом сам метод ЭЭГ признали стандартным диагностическим инструментом в клинической практике совсем незадолго до указанных событий — в 1934 г. [21]. Продавца моро-

женого 46-летнего Джей Ди обвинили в убийстве 4х-летней девочки, на допросе он вспоминал, что «отдавал честь мужчине, и когда я это сделал, у меня в глазах потемнело от ужасной боли, я больше ничего не помню». Тем не менее, он был последним человеком, с которым видели погибшую девочку. Джей Ди призывался на службу в армию в 1913 г. всего лишь на год, в 1914 г. его уволили по состоянию здоровья, поскольку, с его слов, за тот период у него произошло 12 эпилептических приступов. При обследовании на ЭЭГ были выявлены особенности, наблюдаемые у других людей с эпилепсией. Команда защиты смогла доказать, что преступление произошло во время «эпилептиформного эпизода», при котором отмечено нарушение разума. Однако, присяжные, согласно законам того времени, вынесли вердикт: «Виновен, но невменяем», пациента приговорили и поместили в больницу [3].

Один из основоположников метода ЭЭГ, Уильям Леннокс в 1942 году высказал предположение, что «...в тюрьмах содержится множество людей, страдающих не моральной распушенностью, а расстройствами мозговых волн, которые требуют химической терапии...», поскольку уже тогда было известно о преобладании на ЭЭГ медленных колебаний дельта- и тета-диапазонов у части преступников. Постепенно метод ЭЭГ стал применяться в судебно-медицинской экспертизе [47], поиск доказательной базы ЭЭГ маркеров агрессивности, импульсивности, риска и антисоциального поведения продолжается.

В настоящее время рекомендованы пять критериев ВЭЭГМ для определения того, является ли конкретный акт насилия результатом эпилептического приступа, разработаны Международные критерии [6, 45, 50]:

- 1) пациент должен иметь установленный диагноз эпилепсии;
- 2) должен быть видео-ЭЭГ протокол по эпилептическим автоматизмам;
- 3) должен быть видео-ЭЭГ протокол агрессивного поведения;
- 4) агрессивный акт должен быть характерным для привычных приступов пациента;
- 5) невролог должен сделать клиническое суждение относительно возможности того, что акт насилия был частью приступа.

Нейровизуализация. Наряду с ЭЭГ в судебно-медицинской экспертизе с 1997 г. стали применяться методы нейровизуализации, с 2001 г. последовали первые исследования с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ), нейровизуализация предоставила новый взгляд на «аморальный» мозг [47]. Среди нейровизуализационных методов диагностики криминальных происшествий при эпилепсии рекомендуют магнитную томографию головного мозга (МРТ) и фМРТ, позиционно-эмиссионную томографию (ПЭТ) головного мозга, сканирование с помощью однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ). Как правило, выявляются те или иные структурные измене-

ния отделов головного мозга, которые участвуют в регуляции и контроле поведения. Чаще всего встречаются уменьшение объема серого вещества префронтальных областей, гипо- и атрофия миндалевидного тела, обширная потеря зубчатых нейронов и пирамидальных клеток гиппокампа, так называемый «склероза гиппокампа», те или иные функциональные нарушения, в виде снижения кортикального метаболизма вентромедиальной коры, лимбической системы, миндалевидного тела и гипоталамуса [6, 8, 47, 48].

На диффузионно-взвешенной МРТ головного мозга у людей с эпилепсией, склонных к насилию, выявлены также двусторонние изменения и снижение активности в белом веществе лобных и височных долей, среди которых передние таламические пути, нижние лобно-затылочные пути и нижние продольные пути [6, 48]. При интериктальных психозах, обусловленных фокальной височной эпилепсией, выявлены нарушения пу-

тей, затрагивающих левые лимбическую и префронтальную области, по сравнению с височной эпилепсией без психоза [6, 44]. На ПЭТ головного мозга было выявлено снижение активности гипоталамуса у мужчин, совершивших насилие в семье, в частности — асимметрия передней части гиппокампа. Методами ОФЭКТ выявлены явления гипоперфузии в левой верхней височной извилине, причем во время психотического периода сообщалось о выявлении гиперперфузии в латеральной височной доле, лобно-височных долях и правой височной доле [6].

В целом, в диагностике криминального поведения при эпилепсии требуется криминалистически обоснованный, комплексный междисциплинарный подход, который объединяет нейропсихиатрические, нейропсихологические и психофизиологические методы, с учетом факторов риска и усугубляющих моментов.

Литература / References

1. Abrantes JS, Lobarinhas MJ, Lourenço JP. A Case of Postictal Psychosis. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2023;25(4):22cr03439. <https://doi.org/10.4088/PCC.22cr03439>.
2. Agrawal N, Mula M. Treatment of psychoses in patients with epilepsy: an update. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2019;9:2045125319862968. <https://doi.org/10.1177/2045125319862968>
3. Barrett K. The first appearance of EEG evidence in a UK court of law: a cautionary tale. *BJPsych Bulletin.* 2024;48(2):124-126. <https://doi.org/10.1192/bjb.2022.88>
4. Beniczky S, Tatum WO, Blumenfeld H, Stefan H, Mani J, Maillard L, Fahoum F, Vinayan KP, Mayor LC, Vlachou M, Margitta S, Ryvlin Ph, Philippe K. Seizure semiology: ILAE glossary of terms and their significance. *Epileptic Disord.* 2022;24(3):447-495. <https://doi.org/10.1684/epd.2022.1430>
5. Braatz V, Custodio HM, Leu C, Agrò L, Wang B, Calafato S, Doyle MG, Hengsbach Ch, Bisulli F, Weber YG, Gambardella A, Delanty N, Cavalleri G, Foong J, Scheffer IE, Berkovic SF, Bramon E, Balestrini S, Sisodiya SM. Postictal Psychosis in Epilepsy: A Clinicogenetic Study. *Ann Neurol.* 2021;90(3):464-476. <https://doi.org/10.1002/ana.26174>.
6. Brodie MJ, Besag F, Ettinger AB, Mula M, Gobbi G, Comai S, Aldenkamp AP, Steinhoff B. Epilepsy, Antiepileptic Drugs, and Aggression: An Evidence-Based Review. *An external file that holds a picture, illustration, etc. J. Pharmacol Rev.* 2016;68(3):563-602. <https://doi.org/10.1124/pr.115.012021>
7. Buranee K, Teeradej S, Chusak L, Michael M. Epilepsy-related psychoses and psychotic symptoms are significantly reduced by resective epilepsy surgery and are not associated with surgery outcome or epilepsy characteristics: A cohort study. *Psychiatry Res.* 2016;245:333-339. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.020>
8. Casula A, Milazzo BM, Martino G, Sergi A, Lucifora Ch, Tomaiuolo F, Quartarone A, Nitsche MA, Vicario CM. Non-Invasive Brain Stimulation for the Modulation of Aggressive Behavior-A Systematic Review of Randomized Sham-Controlled Studies. *2023;13(5):1220.* <https://doi.org/10.3390/life13051220>
9. Chbeir S, Carrión V. Resilience by design: How nature, nurture, environment, and microbiome mitigate stress and allostatic load *World J Psychiatry.* 2023;13(5):144-159. <https://doi.org/10.5498/wjpv.13.i5.144>
10. Chen Z, Lusicic A, O'Brien TJ, Velakoulis D, Adams SJ, Kwan P. Psychotic disorders induced by antiepileptic drugs in people with epilepsy 2016;139(Pt 10):2668-2678. <https://doi.org/10.1093/brain/aww196>.
11. Christensen J, Dreier JW, Sun Y, Linehan C, Tomson T, Marson A, Forsgren L, Granbichler CA, Trinka E, Illiescu C, Malmgren K, Kjellberg J, Ibsen R, Jennum PJ. ESBACE Consortium and ESBACE Collaborators. Estimates of epilepsy prevalence, psychiatric co-morbidity and cost. *Seizure.* 2023;107:162-171. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2022.06.010>.
12. Cohen Kadosh K, Muhandi L, Parikh P, Basso M, Jan Mohamed HJ, Prawitasari T, Samuel F, Ma G, Geurts JM. Nutritional Support of Neurodevelopment and Cognitive Function in Infants and Young Children-An Update and Novel Insights. *Nutrients.* 2021;13(1):199. <https://doi.org/10.3390/nu13010199>.
13. Dang H, Khan AB, Gadgil N, Sharma H, Trandafir C, Malbari F, Weiner HL. Behavioral Improvements following Lesion Resection for Pediatric Ep-

- ilepsy: *Pediatric Psychosurgery* *PediatrNeurosurg*. 2023;58(2):80-88.
<https://doi.org/10.1159/000529683>.
14. Darby RR, Considine C, Weinstock R, Darby WC. Forensic neurology: a distinct subspecialty at the intersection of neurology, neuroscience and law. *Nat Rev Neurol*. 2024;20(3):183-193.
<https://doi.org/10.1038/s41582-023-00920-0>
15. Denton A, Tellez-Zenteno JF. A patient with epilepsy charged with kidnapping, unlawful confinement, and assault causing bodily harm after seizures: Deficiencies in the legal system. *Epilepsy Behav Rep*. 2020;13:100361.
<https://doi.org/10.1016/j.ebr.2020.100361>
16. Dunkel H, Strzelczyk A, Schubert-Bast S, Kieslich M. Facial Emotion Recognition in Patients with Juvenile Myoclonic Epilepsy. *J Clin Med*. 2023;12(12):4101.
<https://doi.org/10.3390/jcm12124101>
17. EPIGRAPH VOL. 22 ISSUE 2, SPRING 2020. After the wave subsides: Post-ictal effects. [ilae.org]. Ilae; 2020.
Available: <https://www.ilae.org/journals/epigraph/epigraph-vol-22-issue-2-spring-2020/after-the-wave-subsides-post-ictal-effects>
18. EPIGRAPH VOL. 22 ISSUE 2, SPRING 2020. Post-ictal psychosis: Identification, treatment and prevention. [ilae.org]. Ilae; 2020.
Available: <https://www.ilae.org/journals/epigraph/epigraph-vol-22-issue-2-spring-2020/post-ictal-psychosis-identification-treatment-and-prevention>
19. Evers MEA, Nelissen J, Vlooswijk MCG, van Kranen-Mastenbroek VHBM, Leentjens AFG, Rouhl RPW; AWEK-study group. Risk factors for behavioral and psychotic dysregulation at the epilepsy monitoring unit in patients with intracranial electrodes. *Epilepsy Behav*. 2023;148:109448.
<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2023.109448>.
20. Fernández-Castillo N, Cormand B. Aggressive behavior in humans: Genes and pathways identified through association studies. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2016;171(5):676-696.
<https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32419>
21. Gibbs FA, Davis H, Lennox WG. The electro-encephalogram in epilepsy and in conditions of impaired consciousness. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 1935;34(6):1133-1148.
<https://doi.org/10.1001/arch-neuropsych.1935.02250240002001>
22. Grigoletti-Lima GB, Lopes MG, Barufi Franco AT, Damico AM, Boer PA and Rocha Gontijo JA. Severe Gestational Low-Protein Intake Impacts Hippocampal Cellularity, Tau, and Amyloid- β Levels, and Memory Performance in Male Adult Offspring: An Alzheimer-Simile Disease Model. *J Alzheimers Dis Rep*. 2022;6(1):17-30.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8842744/>
23. Gyimesi J. Epilepsy, violence, and crime. A historical analysis. *J HistBehavSci*. 2022;58(1):42-58.
<https://doi.org/10.1002/jhbs.22117>.
24. Harper KM, Harp SJ, Moy SS. Prenatal stress unmasks behavioral phenotypes in genetic mouse models of neurodevelopmental disorders. *Front Behav Neurosci*. 2023;17:1271225.
<https://doi.org/10.3389/fnbeh.2023.1271225>
25. Hedaya A, Ver Hoef L. «Amity Seizures»: A previously unreported semiology localizing to a circuit between the right hippocampus and orbitofrontal area. *Epilepsy Behav Rep*. 2024;25:100649.
<https://doi.org/10.1016/j.ebr.2024.100649>
26. Hungwe MM, Lowton K. Assessing the prevalence of psychotic symptoms in epileptic patients at a tertiary clinic. *S Afr J Psychiatr*. 2023;29:2062.
<https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v29i0.2062>
27. Kalscheuer VM, Musante L, Fang C, Hoffmann K, Fuchs C, Carta E, Deas E, Venkateswarlu K, Menzel C, Ullmann R, Tommerup N, Dalprà L, Tzschach A, Selicorni A, Lüscher B, Ropers HH, Harvey K, Harvey RJ. A balanced chromosomal translocation disrupting ARHGEF9 is associated with epilepsy, anxiety, aggression, and mental retardation. *Hum Mutat*. 2009;30(1):61-8.
<https://doi.org/10.1002/humu.20814>.
28. Kanemoto K, Tadokoro Y, Oshima T. Violence and postictal psychosis: a comparison of postictal psychosis, interictal psychosis, and postictal confusion. *Epilepsy Behav*. 2010;19(2):162-6.
<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2010.06.018>.
29. Kawai M, Goji H, Kanemoto K. Aggression as psychiatric side effect of newer AEDs in patients with epilepsy: Cross-sectional study based on Buss-Perry Aggression Questionnaire. *Epilepsy Behav*. 2021;115:107546.
<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107546>
30. Kempes M. Added value of neurotechnology for forensic psychiatric and psychological assessment. *Handb Clin Neurol*. 2023;197:217-232.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-821375-9.00015-3>
31. Kessi M, Duan H, Xiong J, Chen B, He F, Yang L, Ma Y, Bamgbade OA, Peng J, Yin F. Attention-deficit/hyperactive disorder updates. *Front MolNeurosci*. 2022;15:925049.
<https://doi.org/10.3389/fnmol.2022>.
32. Kim JM, Chu K, Jung KH, Lee ST, Choi SS, Lee SK. Characteristics of Epilepsy Patients who Committed Violent Crimes: Report from the National Forensic Hospital. *J Epilepsy Res*. 2011;1(1):13-8.
<https://doi.org/10.14581/jer.11003>.
33. Konicar L, Radev S, Silvoni S, Bolinger E, Veit R, Strehl U, Vesely C, Plener PL, Poustka L, Birbaumer N. Balancing the brain of offenders with psychopathy? Resting state EEG and electrodermal activity after a pilot study of brain self-regulation training. *PLoS One*. 2021;16(1):e0242830.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242830>.
34. Korner M, Kälin S, Zweifel-Zehnder A, Fankhauser N, Nuoffer JM, Gautschi M. Deficits of facial emotion recognition and visual information processing

- in adult patients with classical galactosemia. *Orphanet J Rare Dis.* 2019;14(1):56.
<https://doi.org/10.1186/s13023-019-0999-3>
35. Leroy F, Park J, Asok A, Brann DH, Meira T, Boyle LM, Buss EW, Kandel ER, Siegelbaum SA. A circuit from hippocampal CA2 to lateral septum disinhibits social aggression. *Nature.* 2018;564 (7735):213-218.
<https://doi.org/10.1038/s41586-018-0772-0>.
36. Ling S, Umbach R, Raine A. Biological explanations of criminal behavior. *Psychol Crime Law.* 2019;25(6):626-640.
<https://doi.org/10.1080/1068316X.2019.1572753>.
37. Maresca G, Lo Buono V, Anselmo A, Cardile D, Formica C, Latella D, Quartarone A, Corallo F. Traumatic Brain Injury and Related Antisocial Behavioral Outcomes: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas).* 2023;59(8):1377.
<https://doi.org/10.3390/medicina59081377>
38. McSherry B, Cook M. Seizures, Postictal States and Criminal Responsibility. *J Law Med.* 2022;29(3):707-713
39. Monaco F, Mula M. Cesare Lombroso and epilepsy 100 years later: an unabridged report of his original transactions. *Epilepsia.* 2011;52(4):679-688.
<https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2010.02959.x>
40. Moog NK, Entringer S, Heim C, Wadhwa PD, Kathmann N, Buss C. Influence of maternal thyroid hormones during gestation on fetal brain development. *Neuroscience.* 2017;342:68-100.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.09.070>
41. Moreno-Ibáñez MÁ, Linda F, Palmira S. Unraveling Neolithic sharp-blunt cranial trauma: Experimental approach through synthetic analogues. *Journal of Archaeological Science.* 2023;151:105739.
<https://doi.org/10.1016/j.jas.2023.105739>
42. Pandya NS, Vrbancic M, Ladino D, Téllez-Zenteno JF. Epilepsy and homicide *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013;9:667-73.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S45370>.
43. Peng Sh-X, Pei J, Rinaldi B, Chen J, Ge Y-H, Jia M, Wang J, Delahaye-Duriez A, Sun J-H, Zang Y-Y, Shi Y-Y, Zhang N, Gao X, Milani D, Xu X, Sheng N, Gerard B, Zhang Ch, Bayat A, Liu N, Yang J-J, Shi YS. Dysfunction of AMPA receptor GluA3 is associated with aggressive behavior in human. *Mol Psychiatry.* 2022;27(10):4092-4102.
<https://doi.org/10.1038/s41380-022-01659-8>.
44. Regala J, Lourenço J, Moniz-Pereira F, Bento A. Postictal Psychosis: Case Report and Literature Review. *Case Rep Psychiatry.* 2023;7960227.
<https://doi.org/10.1155/2023/7960227>
45. Reuber M, Mackay RD. *Epilepsia. Epileptic automatism in the criminal courts: 13 cases tried in England and Wales between 1975 and 2001.* 2008;49(1):138-45.
<https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2007.01269.x>
46. Saleh Ch, Reuber M, Beyenburg S. Epileptic seizures and criminal acts: Is there a relationship? *Epilepsy Behav.* 2019;97:15-21.
<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.05.015>. Epub 2019 Jun 7.
47. Schirmann F. «The wondrous eyes of a new technology»-a history of the early electroencephalography (EEG) of psychopathy, delinquency, and immorality. *Front Hum Neurosci.* 2014;8:232.
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00232>.
48. Sone D. Neurobiological mechanisms of psychosis in epilepsy: Findings from neuroimaging studies. *Front. Psychiatry.* 2022;13:1079295.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1079295>
49. Takeda K, Yamashita S, Taniguchi G, Kuramochi I, Murakami M, Kashiwagi H, Hashimoto R, Hirabayashi N, Okada T. Criminal victimization of people with epilepsy: Sixteen criminal judgments in Japan between 1990 and 2019. *Epilepsy Behav.* 2021;118:107912.
<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.107912>.
50. Treiman DM. Epilepsy and violence: medical and legal issues. *Epilepsia.* 1986;27(2):77-104.
<https://doi.org/10.1111/j.1528-1157.1986.tb05742.x>.
51. Tricasi G.C. *Criminology: Criminal profiling.* 2021.
52. Younus M, Rasheed M, Lin Zh, Asiri SA, Almazni IA, Alshehri MA, Shafiq S, Iqbal I, Khan A, Ullah H, Umair M, Waqas A. Homozygous Missense Variant in the N-Terminal Region of ANK3 Gene Is Associated with Developmental Delay, Seizures, Speech Abnormality, and Aggressive Behavior. *Mol Syndromol.* 2023;14(1):11-20.
<https://doi.org/10.1159/000526381>
53. Zhang-James Y, Fernández-Castillo N, Hess JL, Malki K, Glatt SJ, Cormand B, Faraone SV. An integrated analysis of genes and functional pathways for aggression in human and rodent models. *Mol Psychiatry.* 2019;24(11):1655-1667.
<https://doi.org/10.1038/s41380-018-0068-7>. Epub 2018 Jun 1.
54. Zimmer A, Youngblood A, Adnane A, Miller BJ, Goldsmith DR. Prenatal exposure to viral infection and neuropsychiatric disorders in offspring: A review of the literature and recommendations for the COVID-19 pandemic. *Brain Behav Immun.* 2021;91:756-770.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.10.024>.

Сведения об авторах

Мусина Гулиса Марсельевна — к.м.н., ассистент кафедры неврологии ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» Минздрава Российской Федерации (г. Воронеж, 394036, Воронежская обл, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10). E-mail: nevrolog2009@ya.ru.

Воронкова Кира Владимировна — д.м.н., профессор кафедры неврологии ФДПО Института непрерывного образования и профессионального развития ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» (117997, Москва, ул. Островитянова, д.1); невролог ЦНЭПС и ЛДЦ Научно-клинического центра №2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» Минобрнауки Российской Федерации (119991, г. Москва, Абрикосовский пер., д.2). E-mail: kiravoronkova@yandex.ru;

Петрухин Андрей Сергеевич — д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова». E-mail: epineuro@yandex.ru

Поступила 19.02.2024

Received 19.02.2024

Принята в печать 02.05.2024

Accepted 02.05.2024

Дата публикации 28.03.2025

Date of publication 28.03.2025

Информационная психиатрия — новый подход к осмыслению воздействия цифрового информационного пространства на психическое здоровье индивидуума и социума. Сообщение 1

Незнанов Н.Г.¹, Коцюбинский А.П.¹, Коцюбинский Д.А.²

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

²Автономная некоммерческая образовательная организация высшего образования «Европейский университет в Санкт-Петербурге», Санкт-Петербург, Россия

Резюме. В статье проводится анализ влияния фактора тотальной сетевой цифровизации на психику отдельного человека и на психическое здоровье общества в целом. На сегодня предложены две основные концепции: концепция зависимости от цифровых технологий и концепция их чрезмерного использования. Однако, ни одна из них не даёт чёткой трактовки этиопатогенеза расстройств, наблюдаемых при использовании цифровых устройств. Отсутствие у мировой психиатрии консенсусного подхода к проблематике воздействия Интернета на психическое здоровье человека влечёт за собой целый ряд негативных социально-медицинских последствий. В статье на основе детального анализа показано, что Интернет обладает рядом институциональных свойств, повышающих тревожность и невротичность людей, погружённых в виртуальную реальность Сети. В числе прочих рассмотрен феномен деперсонализационного эффекта, порождаемого Сетью. Также затронута проблема инфобизнеса как фактора повышенной социальной невротизации. Комплекс стрессогенных факторов, создаваемых Интернетом и негативно влияющих на общественное психическое здоровье, оценивается как константная аномийность, являющаяся следствием информационного хаоса, порождённого постинформационной эпохой и ставшего особенно социально-психологически вирулентным в «сетевую эпоху».

Ключевые слова: общественное психическое здоровье, социальная психопатология, интернет, сетевая эпоха, сетевое общество, тотальная цифровизация, негативное влияние цифровых технологий, стрессогенность, тревожность, социальная невротизация.

Информация об авторах:

Незнанов Николай Григорьевич — e-mail: nezn@bekhterev.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5618-4206>

Коцюбинский Александр Петрович* — e-mail: ak369@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4826-9688>.

Коцюбинский Даниил Александрович — e-mail: kd1965@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3642-0777>

Как цитировать: Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., Коцюбинский Д.А. Информационная психиатрия — новый подход к осмыслению воздействия цифрового информационного пространства на психическое здоровье индивидуума и социума. Сообщение 1. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:1:18-30. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-984>

Конфликт интересов: Незнанов Н.Г. — главный редактор журнала, Коцюбинский А.П. — член редакционной коллегии.

Cyberpsychiatry is a new approach to understanding the impact of digital information space on the mental health of individuals and society. Report № 1

Nikolay G. Neznanov¹, Aleksandr P. Kotsyubinsky¹, Daniil A. Kotsyubinsky²

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

² Independent not-for-profit educational organization of higher education "European University at St. Petersburg", Saint-Petersburg, Russia

Summary. The article analyzes the influence of the factor of total network digitalization on the psyche of an individual and on the mental health of society as a whole. Today, two main concepts have been proposed: the concept of dependence on digital technologies and the concept of their excessive use. However, none of them provides a clear interpretation of the etiopathogenesis of disorders observed when using digital devices. The lack of a consensus approach among world psychiatry to the problem of the impact of the Internet on human mental health entails a number of negative socio-medical consequences. The article, based on a detailed analysis, shows that the Internet has a number of institutional properties that increase the anxiety and neuroticism of people immersed in the virtual reality of the Network. Among others, the phenomenon of depersonalization effect generated by the Network is considered. The problem of information business as a factor of increased social neuroticism is also touched upon. The complex of stress factors created by the Internet and negatively affecting public mental health is assessed as constant anomie, which is a consequence of information chaos generated by the post-information era and which has become especially socio-psychologically virulent in the «network era».

Keywords: public mental health, social psychopathology, Internet, network era, network society, total digitalization, negative impact of digital technologies, stress, anxiety, social neuroticism.

Information about the authors:

Nikolay G. Neznanov — e-mail: spbinstb@bekhterev.ru ; <https://orcid.org/0000-0001-5618-4206>

Aleksandr P. Kotsyubinsky* — e-mail: ak369@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4826-9688>

Daniil A. Kotsyubinsky — e-mail: kd1965@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3642-077>

To cite this article: Neznanov NG, Kotsyubinsky AP, Kotsyubinsky DA. Cyberpsychiatry is a new approach to understanding the impact of digital information space on the mental health of individuals and society. Report № 1. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:1:18-30. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-984>. (In Russ.)

Conflict of interests: Nikolay G. Neznanov Editor in Chief, Aleksandr P. Kotsyubinsky member of the editorial board

Выводы, с которыми столкнулось человечество в XXI столетии, при всём их, на первый взгляд, хаотичном многообразии и независимо от того, на каком именно делается акцент — экологическом, экономическом, социальном, культурно-цивилизационном, международно-правовом, геополитическом, демографическом и т.д. [14, 20, 25, 49, 61, 71, 25] — почти всегда в качестве одного из центральных сюжетов включают в себя то главное новое, что принёс с собой новый век: фактор Интернета. А точнее, фактор тотальной сетевой цифровизации, становящейся год от года всё более социально-экономически плотной и всеобъемлющей. Как отметил в этой связи один из бизнесменов, занимающийся серийным производством Искусственного интеллекта, член Совета журнала *Forbes* Гэри Фаулер: «С начала 21-го века мир во многом изменился <...>. С каждым днём рождается всё больше людей, всё больше достижений делается в области технологий и цифровых технологий, и в то же время, по мере того как мы продолжаем демонстрировать такой взрывной, экспоненциальный рост, возникает всё больше потребностей и проблем» [65].

Фактор негативного влияния цифровых технологий на психическое здоровье — и проблема отсутствия научного консенсуса по данному вопросу

Одной из важнейших, если не самой важной среди проблем, порождаемых эпохой вездесущих Сети и Цифры и общепланетарного демографического бума, является проблема влияния расширяющейся экспансии виртуально-цифрового пространства как на психику отдельного человека, так и на психическое здоровье общества в целом.

Проблема эта обсуждается давно. Несмотря на то, что в 1990-х гг. отмечались преимущественно положительные эффекты внедрения цифровых технологий в контексте улучшения социальной интеграции (высокая скорость распространения и копирования цифровой информации; лёгкость влияния на психические функции в целях лечения и реабилитации; безопасность; комфортность общения; отсутствие стигматизации и т.д.) [22], уже в 1995 г. профессор психологии Питтсбургского университета в Брэдфорде Кимберли Янг (1965–2019) основала Центр по борьбе с интернет-зависимостью и в 1998 г. поделилась результатами трёхлетней работы в книге «Пойманные

в сеть: как распознать Интернет-зависимость?». В аннотации к монографии говорилось об интернет-зависимости как о лавинообразно нарастающей проблеме, не получающей, однако, должного научно-медицинского описания даже в той стране, где глобально-сетевой вид коммуникаций оказался наиболее развит: «В Соединённых Штатах эта проблема уже достигла масштабов эпидемии, и число “неаголиков” продолжает стремительно расти по мере того, как всё больше домохозяйств и предприятий выходят в Интернет. Тем не менее, до сих пор никто из специалистов в области психического здоровья не выступил с конкретным описанием интернет-зависимости и её последствий или стратегией лечения и выздоровления» [86]. В 1995 г. профессор Nottingham Trent University Марк Гриффитс выпустил книгу, посвящённую подростковому игровому зависимостям [68] и в дальнейшем подключился к обсуждению поднятой К. Янг темы игровой интернет-зависимости [70].

Интернет-зависимость приобрела особенную актуальность с появлением в конце 1990-х — начале 2000-х гг. крупных международных социальных сетей [55, 75].

С конца 1990-х гг. проблема игровой интернет-аддикции, особенно среди молодой части населения, оказалась в поле зрения российских учёных [2, 15, 29, 34, 39, 44, 45]. Стали переводиться и издаваться тексты авторитетных западных авторов, посвящённые этой теме [53]. Было отмечено, что одной из важных причин интернет-аддикции — и не только игровой — является попытка «уйти от себя настоящего», поскольку Глобальная паутина обладает целым набором соответствующих свойств — таких, как: анонимность; дистанционная интерактивность, возможность легко реализовать любые виртуальные фантазии; «вуайеристичность» (возможность «подглядывать»); лёгкое и внешне безопасное расширение коммуникации; членство в различных виртуальных группах; возможность «подменять» серую и пространственно ограниченную реальность — яркой и безграничной виртуальной «вселенной» и т.д.

Как было отмечено в докладе Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) за 2017 г., посвящённом проблеме психического здоровья детей и молодёжи в цифровую эпоху, «цифровые технологии и социальные сети усиливают чувство тревоги и депрессии, нарушают режим сна, приводят к кибер-травле и искажают представление о теле» [78]. Учёные также установили, что повышено активное использование социальных сетей связано с проблемами неправильного питания [72] и ухудшения сна, обнаружилась значительная связь между видеоиграми по вечерам и недосыпанием [59].

Как отмечают А.А. Коновалов и Е.Д. Божкова, на сегодня предложены две основные концепции: концепция зависимости от цифровых технологий и концепция их чрезмерного использования. При этом, однако, ни одна из них «не даёт четкой трактовки этиопатогенеза расстройств, наблю-

даемых при использовании цифровых устройств» [22]. Не выработано ни «золотого стандарта» составления анкет для самооценки использования интернета, ни базового перечня мероприятий, направленных на профилактику и лечение расстройств, связанных с использованием цифровой среды. Соответствующие рекомендации варьируются в широком диапазоне: от жёсткого ограничения экранного времени — до открытия центров помощи при цифровой зависимости, куда люди могут обращаться на сугубо добровольной основе; от превентивных мер, рекомендуемых фирмам-производителям разрабатывать приложения для контроля экранного времени, — до авторитарных регулятивных решений, принимаемых на государственном уровне [22].

Среди проблемных сюжетов, остающихся по сей день в «подвешенном состоянии», называются следующие:

— Не существует международного консенсуса относительно концептуализации и диагностики расстройств, связанных с Интернетом [67]; в отдельных случаях высказывается мнение о необходимости кардинального переосмысления интернет-зависимостей и признания Интернета новой всемирной социальной средой, в которой некоторые ранее осуждаемые типы поведения следует считать нормой [79];

— Нет утверждённых и общепринятых клинических рекомендаций и стандартов лечения; DSM-5 и МКБ-11 не включают диагнозы, связанные с проблемным использованием интернета, социальных сетей и цифровых средств массовой информации [22]; лишь в отношении игрового расстройства Американская психиатрическая ассоциация для DSM-5 и ВОЗ для МКБ-11 разработала диагностические критерии [54, 81], притом, что даже эта диагностическая категория подверглась критике за потенциальную стигматизацию профессиональных игроков [22];

— Психометрические инструменты последнего поколения, предназначенные для оценки использования смартфонов, не способны отразить связанные с ним опыт или поведение; в результате многие выводы, касающиеся психологических последствий использования цифровых технологий, остаются необоснованными и «ставят под сомнение представление о том, что смартфоны и связанные с ними технологии по своей сути являются проблематичными» [64];

— Неясно, чаще ли тревожные и депрессивные подростки, чем другие их сверстники, пользуются социальными сетями [80];

— Не доказана причинно-следственная связь чрезмерного использования цифровых технологий и социальных сетей — с психическими заболеваниями у детей и подростков [77];

— Термин «зависимость» в отношении чрезмерного использования цифровых технологий неоднократно критиковался психологами по причине негативной коннотации с употреблением психоактивных веществ, могущей повлечь за собой стигматизацию [82];

— Отсутствует международный консенсус по вопросу об оценке расстройств, связанных с интернет-играми (IGD) [69];

— Не проведено чёткого разграничения между полезным и патологическим использованием продуктов цифровой индустрии;

— Профилактика и реабилитация при патологическом использовании цифровой среды в условиях отсутствия консенсуса по вопросам этиологии и патогенеза практически не стандартизированы [22].

Принципиальные расхождения наблюдаются даже во взглядах основоположников изучения проблемы негативного влияния Интернета на психическое здоровье человека. Так, М. Гриффитс с соавт. расходятся с К. Янг по вопросу о возможности универсальной оценки вовлечённости людей, особенно молодых, в пользование Интернетом в странах с разным типом культуры и настаивают на обязательном учёте этого фактора [67].

Отсутствие у мировой психиатрии консенсусного подхода к проблематике воздействия Интернета на психическое здоровье человека, включая отсутствие согласия в понимании причин и природы патогенного влияния цифровой среды, влечёт за собой целый ряд неизбежных негативных социально-медицинских последствий.

Как отмечает ряд авторов, из-за отсутствия научно-психиатрического консенсуса по данному комплексу проблем диагностика и методы лечения психологических и психических расстройств, связанных с использованием Интернетом, находятся в настоящее время на низком уровне. В свою очередь, это провоцирует растущее общественное беспокойство по поводу очевидного нарастания негативного влияния цифровой среды (включая социальные сети, смартфоны и видеогames), а также делает невозможными системные профилактические мероприятия [82, 83] и разработку не только стандартов медицинской помощи, но даже клинических рекомендаций [66]. В свою очередь, отсутствие согласованных медицинских рекомендаций по вопросу о целесообразности полного лишения детей и подростков доступа к цифровым устройствам грозит негативными последствиями в таких областях, как обучение и социализация [73]. В итоге, по мнению некоторых специалистов, сегодня в ещё большей мере, чем в середине 1990-х, интернет-зависимость предстаёт как стихийно разрастающийся массовый недуг, о котором впору говорить как об «эпидемии XXI века» [62].

Подытоживая сложившуюся ситуацию, А. Коновалов и Е. Божкова делают очень важный вывод о необходимости (жирный курсив наш) «*дальнейшего концептуального осмысления взаимодействия человека и цифровой среды не только на индивидуальном, но и на популяционном уровне, с использованием междисциплинарного подхода*» [22].

Недостаточность научно-психиатрического внимания к проблемам, связанным с влиянием цифровой среды не только на индивидуальном, но и на общепопуляционном уровне, как

представляется, является одной из причин, по которым концептуальный поиск в данном направлении оказался не в силах преодолеть возникшие на его пути антиконсенсусные преграды и в известной степени стал «пробуксовывать». Как кратко отмечалось выше, серьёзной проблемой, тормозящей продуктивный научный поиск, стал, в частности, недоучёт культурного фактора, определяющего поведенческие и ценностные характеристики различных обществ, в том числе, связанные с использованием цифровыми технологиями. Оказывая одинаково мощное — и зачастую психологически травмирующее — влияние на все общества, вовлечённые в пользование Интернетом, «фактор Глобальной сети», преломляясь через конкретные цивилизационные реалии, порождает по-разному культурно оформленные последствия, которые должны оказываться в поле зрения не только социологов, политологов и культурологов, но также психиатров. И хотя активное движение в этом направлении наблюдается, но говорить о приближении к профессиональному консенсусу ещё рано. Об этом, как минимум, свидетельствует отсутствие консенсуса в обозначении культурно-центрированной психиатрии, которая на сегодня известна как *кросс-культурная* [74], *этнопсихическая* [58], *транскультурная* [84], *культурологическая* [60], *этнокультурная* [7, 10], *антропологическая* [76] психиатрия.

Однако прежде, чем начать разбираться в специфике интернет-воздействия на разные социокультурные среды (для каждого такого кейса, что очевидно, потребуется самостоятельное исследование), представляется необходимым описать базовые и, по сути, универсальные особенности воздействия «сетевой эпохи» (характеризующейся массовым распространением и использованием Интернета, а также окончательным формированием «сетевого общества» [46]) на массовое сознание и общественную психологию в целом.

Интернет как негативный фактор воздействия на психическое здоровье общества в целом

Феномен коллективного (общего) сознания впервые описал один из основоположников социологии Эмиль Дюркгейм [11]. Он же ввёл понятие *аномии* (отсутствия норм) как разновидности социальной патологии (социальной деструкции, различных форм девиантного и делинквентного поведения), возникающей в переходные периоды, характеризующиеся социальной нестабильностью, кризисом ценностей и их расколлапсированностью [36].

Фактор массового сознания, включая его анонимные проявления, резко актуализировался после появления средств массовой информации и особенно электронных средств коммуникации, бурно развивавшихся на протяжении вт. пол. XIX—XX в. и достигших кульминации в начале XXI в., в связи с наступлением эпохи Интернета.

Безусловно, само по себе развитие информационных технологий, оказывающих значитель-

ное влияние на человека и его жизнь, имеет множество очевидных плюсов. В связи с этим, как отмечалось выше, Интернет изначально воспринимался по большей части позитивно — как практически абсолютное воплощение ключевой либеральной ценности: свободы слова и доступа к информации. Помимо этого, Интернет, казалось, в одночасье сломал все границы межчеловеческого общения: в любой момент стало возможным не просто позвонить любому человеку, находящемуся, по сути, в любой точке земного шара, но и увидеть его «живьём» [25].

Однако, ещё в доцифровую эпоху было установлено, что мощный и неконтролируемый поток массовой информации может оказывать не только позитивное, но и негативное воздействие на психику человека [1, 5, 9, 12].

С особенной силой это проявилось в «сетевую эпоху», когда постинформационное (перенасыщенное информацией) общество, возникшее во 2-й пол. XX в., достигло мультимедийного апогея и создало в массовом сознании особенно благоприятную среду для развития социально-психопатологических тенденций.

Основным патогенным фактором стал переизбыток сетевой массовой информации. Исходя из многочисленных и идейно разнонаправленных источников, сетевой информационный поток непрерывно колеблется, деформирует и деконструирует социальные нормы и ценности, фактически не давая им возможности прочно закрепиться в общественном сознании. Ситуация дополнительно усугубляется тем, что значительная часть новостного потока представляет собой, в терминологии Жанра Бодрийара [6, 56], симулякры, то есть информационные пустышки. На всё это наслаивается противоречивость, а порой и конфликтность консервативных с одной стороны — и радикальных с другой социальных устремлений [24], которая в ситуации сетевой реальности провоцирует идейно конфликтующие социальные группы к непрерывному и зачастую резкому по форме выражению взаимной враждебности, что, как нетрудно понять, повышает градус социальной напряжённости.

В целом Интернет породил совершенно новую ситуацию нарастающей глобально-кибернетической неопределённости, социальной неудовлетворённости и *константной аномийности*, порождающую в обществе непрерывно усиливающуюся тревогу: «*Сеть обрушила на головы, а лучшие сказаты — в головы людей гигантское мусорное (то есть заведомо информационно недоброкачественное, а порой и прямо токсичное) цунами: информационно-шумовое, рекламно-агрессивное, культурно-неандертальское, антиинтеллектуальное, антиморальное, зачастую просто криминальное...*» [25].

Беспрецедентный по плотности, бесструктурности и «миражности» постинформационный водоворот (которого просто не существовало в предшествующие исторические эпохи), человеческий мозг зачастую не в состоянии не толь-

ко полноценно аналитически структурировать и переварить, но даже хотя бы приблизительно охватить «по контурам». В итоге в массовом сознании формируется образ настоящего как «вечно переходного периода», притом переходного в неизвестном направлении. З. Бауман в этой связи ещё на рубеже XX–XXI вв. говорил о феномене «текущей современности» (*liquid modernity*) [4, 57]. Всё вышеперечисленное порождает эффект глобального информационного хаоса и профанации различных общественных представлений, формируя в обществе патологическую ситуацию константной «аномии», в свою очередь провоцирующую общественный дистресс, обусловленный «мерцанием» и непрерывным изменением общественных «правил игры» [25]. Возникает комплекс вызовов, адресованных способности современного человека к успешной психологической адаптации [25].

Реакция на хронический дистресс, рождённый утратой базовых психологических ориентиров и саморазрушающим поведением, давно описана психиатрами. Такие деструктивные стресс-обусловленные реакции — не что иное, как одна из разновидностей механизмов психологической защиты. Под ней, как отмечала впервые научно описавшая этот феномен Анна Фрейд, понимаются бессознательные стратегии психического, которые в процессе личностного развития формируются, закрепляются и, наконец, превращаются в репертуар взрослого, реализуемый им при взаимодействии с неприятным и угрожающим контекстом [50]. Однако, снимая напряжение и частично улучшая самочувствие, психологическая защита далеко не всегда способна разрешить стоящие перед личностью затруднения и проблемы [23], а равно устранить интрапсихический конфликт [8]: «*В свою очередь, это ведёт к канализации субъектом его тревожных переживаний в “боковые русла”, без всякого шанса на сознательное преодоление сложившейся ситуации. А это лишь создаёт условия для новых бед*» [38].

Одним из таких боковых и по существу деструктивных направлений, в которые устремляется ложная психологическая защита в ситуации невозможности рационального усвоения и закрепления идейно-поведенческих норм и паттернов, является создание иррациональных — мифологических механизмов восприятия действительности и осмысления индивидуумом своего места в ней [24]. Созданная интернет-эпохой институционально стрессогенная ситуация непрерывно стимулирует и «разгоняет» этот процесс [25].

В итоге современный мир — вместо того, чтобы «расколдоваться» и стать индивидуализированно рациональным и прагматичным, как на это рассчитывал в начале прошлого столетия социолог и историк Макс Вебер [85], — оказывается до известной степени обречён «жить мифами», как и любой архаичный социум. С той лишь разницей, что люди древности, будучи погружёнными в информационное пространство мифа, не заявляли о своей приверженности принципам рационализма

и прагматизма. Современная же цивилизация декларирует установку на развитые формы рационального дискурсивного мышления. Существует даже некий культ «разума», декларативно противопоставляемого «эмоциям». На практике же, несмотря на этот культ, в обществе жива неистребимая потребность в мифотворчестве, которая в постинформационную эпоху лишь усилилась. При этом, в силу отмеченной противоречивости между стремлением социума, с одной стороны, оставаться в рамках логически обоснованного мышления, а с другой — компенсировать недостаток целостности мироощущения усилением мифологичности своего сознания, происходит массовое нарастание тревожных настроений и переживаний [38].

В свою очередь, этот тревожный вектор направляет процесс непрерывной мутации социальных мифов в сторону иррационального алармизма, агрессивности и тяготения к доминированию воинствующего антинаучных доктрин в многочисленных общественных дискурсах, а также к упрощённым силовым решениям сложных социальных и международных проблем [25]. Как отмечают многие авторы, интернет-эпоха породила самый настоящий неврозогенный и, как следствие, конфликтогенный бум эзотерики, конспирологии, дилетантской экспертизы вплоть до фактического мракобесия в самых широких сферах — от медицинско-бытовых и до вселенско-космических [40, 42, 52]. Именно в такие *системно-аномийные* отрезки истории общественное сознание становится особо подвержено воздействию со стороны иррациональных и алармистски акцентуированных *мифологических внушений*, порождающих «психопатические эпидемии», о которых ещё в начале XX в., незадолго до революции 1917 г., писал В.М.Бехтерев [37].

При этом у каждого культурно-исторического сообщества — свой доминирующий мифообразующий репертуар.

Так, для Запада психологически деструктивным вектором общественного сознания в «сетевую эпоху» стала борьба за *тотальную безопасность*: экологическую («борьба с изменением климата»), социальную («новая этика») и общественное здоровье (борьба за «стоцентную» профилактику эпидемии коронавируса) [25]. Дело в том, что идеология *либерального прогресса*, бывшая для Запада фундаментальной на протяжении последних двух столетий, в последние годы оказалась в значительной мере поколеблена именно в связи с постинформационным этапом общественного развития, и в особенности с появлением Интернета [25]. Призванная, как казалось поначалу, информационно и социально освободить человека, Глобальная сеть в реальности нанесла «большой либеральной вере» несколько мощных нокдаунов, выбивших у западной цивилизации психологическую почву из-под ног и породивших — вместо оптимистической картины «светлого завтра» и уверенности в своей культурной образцовости — тревожно-невротическую неопределенность и растерянность [25]. В свою очередь,

это способствовало усилению в западном, а также в других, так или иначе вынужденных *по цивилизационной инерции* ориентироваться на Запад социокультурных пространствах, — дистрессовых влияний, приводящих к тревожным ожиданиям как реакции на избыточность «бесконтрольного» потока информации. В итоге, не только на Западе, но в мире в целом, под вопросом оказался целый ряд базовых установок и ценностей демократического общества [38], включая центральную среди них — правовую свободу [25]. Идеалы правовой свободы стали всё более активно вытесняться доктринёрским консерватизмом либо квази-прогрессистскими фантазиями, по факту перерастающими в «массовую паранойю», в основе которой — страх перед свободой, всё чаще интерпретируемой как тревожная «неизвестность» и «нестабильность» [38]. Как следствие — в мире происходит, притом именно в тех странах, которые в наибольшей мере интегрированы в «сетевую цивилизацию», неуклонный рост *неототалитарных* социальных и политических трендов и практик, направленных на системное ограничение и подавление индивидуальных прав и свобод [25].

В свою очередь, культурно-цивилизационные различия — в ситуации непрерывно продюсируемого Глобальной сетью активного неврозогенного мифообразования — оказываются факторами, подталкивающими мир в направлении *«столкновения цивилизаций»*, о котором как об объективно развивающемся процессе, острые формы которого следует профилировать, в конце XX века писал Сэмюэль Хантингтон [51]. При этом рационально обоснованные и взаимно-компромиссные решения, на которые возлагал надежды американский политический философ, оказываются в «сетевую эпоху» заблокированы, поскольку властно доминирующие на всех этажах социума институционально тревожные и агрессивные эмоции делают крайне затруднённым проведение умеренной и компромиссной «большой политики» [26-28].

В ситуации объективного и во многом негативного мифологизированного междоцивилизационного расхождения рождаются гипотезы о существовании особых *«ментальных войн»* [16], хотя в реальности речь идёт об очередной разновидности феномена пропаганды. Правда, необходим учёт того, что институт пропаганды, известный ещё со времён древности [30], в XX–XXI вв., в связи с появлением электронных СМИ (радио, затем телевидения и, наконец, Интернета) принял качественно новые — «индустриальные» и массово-манипулятивные формы [18, 33]. В свою очередь, это способствовало, с одной стороны — усилению «низовых» тоталитарных трендов, а с другой стороны — умножению и усложнению манипулятивно-пропагандистских технологий, направляемых на социум «сверху» (со стороны правительств и иных заинтересованных структур).

Со всем вышесказанным имплицитно связан ещё один существенный фактор, повышающий тревожность и невротичность людей, погружённых в виртуальную реальность Сети: порождает

мый ею деперсонализационный эффект. Интернет лишает человека ощущения своей «первосортности», т.е. абсолютной значимости, субъектности. Несмотря на все попытки *Homo Interneticus* утвердить свою субъектность — через создание личных страниц, аккаунтов, публикацию постов, участие в интернет-опросах и прочую сетевую активность, — ощущение сетевым человеком своей униженной объектности в итоге лишь нарастает. Этот негативный психологический эффект мультиплицируется за счёт неотрывно преследующего «человека Сети» чувства постоянной внешней подконтрольности и, как следствие, небезопасности («Большой цифровой брат — всегда рядом»): «И человек начинает чувствовать себя в реальной жизни таким же бесконечно малым, обезличенным и ненастоящим, таким же фундаментально обездоленным, каким он стал ощущать себя в своём новом пространстве обитания — в Глобальной сети» [25]. С этим же связан уже устоявшийся и одновременно перманентно тревожащий общественность — российскую в том числе — дискурс о «цифровом тоталитаризме», утвердившимся в Китае и могущем распространиться на другие страны, многих из которых уже практикуют отдельные формы цифрового контроля над обществом [3, 19, 31, 35, 43].

Особо заметную социально-психологически деструктивную роль играет феномен *сетевого консьюмеризма*, когда реальное потребление в значительной степени подменяется виртуальным, основанным на искажённых (преувеличенных, «отфотошопленных») образах реальности, рождающих фантомные и недостижимые, но от этого ещё более беспокоящие воображение, «потребности» [25].

Отдельно в этой связи стоит упомянуть о такой стороне «консьюмеристско-цифровой цивилизации», как инфобизнес, под которым понимается продажа информации, знаний, опыта, алгоритмов в онлайн-формате. Этот новый, порождённый эпохой Глобальной сети кластер общества потребления, зачастую оказывается для человеческой психики более травмирующим, чем любой другой вид информационно (рекламно) агрессивной торговли. Дав человеку практически неограниченный доступ не только к информации как таковой, но и к информационному пространству других людей, Интернет предоставил бизнесменам, по сути, беспредельные возможности для непрерывного и крайне назойливого вторжения в частную жизнь индивидуумов.

Человек или фирма, владея некой полезной информацией, могут, благодаря Сети, быстро находить покупателей и заключать выгодные сделки, позволяя клиенту, не тратя время на поиски информации, сразу получить апробированные и сертифицированные знания. Опытные бизнесмены выбирают разные форматы подачи материала, чтобы расширить целевую аудиторию: электронные книги, аудиокурсы, видеокурсы и вебинары, тренинги и семинары, индивидуальные консультации, выездные мероприятия. Однако в этой сфе-

ре, на первый взгляд, всецело ориентированной на удовлетворение запросов потребителя, есть и немало для него потенциально опасного. В том числе для его психического здоровья. Дело в том, что, помимо добросовестных информационных бизнесменов, Сеть породила огромное число так называемых *инфоцыган*, с деятельностью которых связано дополнительное нарастание психологической недоверчивости, растерянности и общей невротизации как отдельно взятых людей — пользователей интернета, так и общества в целом.

«Инфоцыгане» — не слишком политкорректный [41], однако, уже закрепившийся в современном медийно-сетевом и околополитическом «арго» термин [17, 21, 32]. Он связан с этническим стереотипом, базирующемся на уходящей в далёкое прошлое социокультурной традиции манипулятивного навязывания цыганами «клиенту» (а по сути жертве манипуляций) товаров или услуг, которые ему в действительности не нужны, но за которые обязательно надо заплатить — «позолотить ручку». Чаще всего данным термином обозначают блогеров, психологов, бизнес-тренеров, коучей, мотиваторов и т.п., деятельность которых заключается в распространении информационных продуктов (курсов, тренингов, вебинаров, книг), чья польза или ценность ничем не подтверждена, кроме голословных обещаний продавцов «научить успеху» покупателей этого по сути бесполезного инфотовара. Вместо передачи конкретных знаний и умений недобросовестные инфобизнесмены используют эзотерические или иные суггестивно-психологические практики, по факту не принося людям обещанной пользы.

Власти регулярно заявляют о принятии мер против «разгула мошенничества» в Интернете [48]. Однако говорить об эффективности этих мер пока что рано, т.к. решение данной проблемы на протяжении уже сравнительно долгого времени по большей части лишь анонсируется [47].

Как нетрудно заметить, «инфоцыганство», как и иные формы агрессивного рекламного вторжения в сетевое информационное пространство людей, пользующихся Интернетом, институционально невротизирующие их и социум в целом, является частным случаем негативных последствий *аномийного информационного хаоса*, порождённого постинформационной эпохой и ставшего особенно социально-психологически вирулентным в «сетевую эпоху».

Складывающаяся в современном обществе ситуация делает отчетливым видение того, что перед психиатрической наукой встаёт масштабная и ответственная задача — выработки теоретического и терапевтического инструментария, позволяющего совладать с теми вызовами, которые адресуется общественному психическому здоровью «эпоха Глобальной сети».

Литература / References

1. Алексеева М.И., Болотова Л.Д., Вартанова Е.Л. Средства массовой информации России: учеб. пособие для студентов вузов. Под ред. Засурского Я.Н. М.: Аспект-Пресс, 2014.
Alekseeva M.I., Bolotova L.D., Vartanova E.L. Sredstva massovoy informacii Rossii: ucheb. posobie dlya studentov vuzov. Pod red. Zasurskogo Ya.N. M.: Aspekt-Press, 2014. (In Russ.).
2. Асмолов А.Г., Цветкова Н.А., Цветков А.В. Психологическая модель интернет-зависимости личности. Мир психологии. 2004;1:179–193.
Asmolov AG, Tsvetkova NA, Tsvetkov AV. Psychological model of personality Internet addiction. Mir psikhologii. 2004;1:179–193. (In Russ.).
3. Баранов Н.А. Политическая онлайн-мобилизация в современных мегаполисах в условиях «цифрового тоталитаризма». Большая Евразия: развитие, безопасность, сотрудничество. 2021;(4–1):687–689.
Baranov NA. Online political mobilization in modern megacities in the context of «digital totalitarianism». Bol'shaya Evraziya: razvitie, bezopasnost', sotrudnichestvo. 2021;(4–1):687–689. (In Russ.).
4. Бауман З. Текущая современность. СПб: Питер, 2008.
Bauman Z. Tekuchaya sovremennost'. SPb: Piter, 2008. (In Russ.).
5. Березкина О., Обозов Н., Харрис Р. Психология массовых коммуникаций. М.: Прайм-Еврознак. 2016.
Berezkina O., Obozov N., Harris R. Psihologiya massovykh kommunikacij. M.: Prajm-Evroznak. 2016. (In Russ.).
6. Бодрийяр Ж. Симулякры и симуляции; пер. О.А. Печенкиной. Тула: ООО «Тульский полиграфист». 2013.
Bodriyyar Zh. Simulyakry i simulyacii; per. O.A. Pechenkinoj. Tula: ООО «Tul'skij poligrafist». 2013. (In Russ.).
7. Вербенко В.А., Двирский А. А., Солдатенко А. А. Этнокультуральные особенности диагностики и терапии психических и поведенческих расстройств (обзор). Таврический журнал психиатрии. 2016;20(4-77):19–29.
Verbenko VA, Dvirsky AA, Soldatenko AA. Ethnocultural features of diagnosis and therapy of mental and behavioral disorders (review). Tavricheskii zhurnal psikiatrii. 2016;20(4-77):19–29. (In Russ.).
8. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. 3-е изд. СПб: Питер, 2008.
Vid VD. Psikhoterapiya shizofrenii. 3-e izd. SPb: Piter, 2008. (In Russ.).
9. Дзялошинский И.М. Российские медиа: проблемы вражды, агрессии, насилия: учебное пособие. Саратов: Ай Пи Эр Медиа, 2019.
Dzyaloshinskij I.M. Rossijskie media: problemy vrazhdy, agressii, nasiliya: uchebnoe posobie. Saratov: Aj Pi Er Media, 2019. (In Russ.).
10. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. М.: Медицина, 2003.
Dmitrieva T.B., Polozhij B.S. Etnokul'tural'naya psikiatriya. M.: Medicina, 2003. (In Russ.).
11. Дюркгейм Э. О разделении общественного труда. Метод социологии; пер. с фр. А.Б. Гофман. М.: Наука, 1991.
Dyurkgejm E. O razdelenii obshchestvennogo truda. Metod sociologii; per. s fr. A.B. Gofman. M.: Nauka, 1991. (In Russ.).
12. Заславская А.А. Средства массовой информации и их влияние на психику человека — истерия вокруг коронавируса. Исследования молодых ученых: материалы XIII Междунар. науч. конф. (г. Казань, октябрь 2020 г.). Под ред. И.Г. Ахметова и др. Казань: Молодой ученый, 2020.
Zaslavskaya A.A. Sredstva massovoj informacii i ih vliyanie na psihiku cheloveka — isteriya vokrug koronavirusa. Issledovaniya molodykh uchenykh: materialy XIII Mezhdunar. nauch. konf. (g. Kazan', oktyabr' 2020 g.). Pod red. I.G. Ahmetova i dr. Kazan': Molodoj uchenyj, 2020. (In Russ.).
13. Злобин А. Депутаты предложили создать реестр инфоцыган и ввести их лицензирование [forbes.ru]. Forbes; 2022 [опубликовано 22 февраля 2022; процитировано 11 июня 2024].
Доступно: <https://www.forbes.ru/biznes/456033-deputaty-predlozili-sozdat-reestr-infocygan-i-vvesti-ih-licenzirovanie>.
Zlobin A. Deputy predlozhili sozdat' reestr infotsygan i vvesti ikh litsenzirovanie [forbes.ru]. Forbes; 2022 [published February 22 2022; cited June 11 2024].
Available: <https://www.forbes.ru/biznes/456033-deputaty-predlozili-sozdat-reestr-infocygan-i-vvesti-ih-licenzirovanie>. (In Russ.).
14. Иванов В.В., Малинецкий Г.Г. Большие вызовы XXI века. Инновации. 2020;2(256):3–13.
Ivanov VV, Malinetskii GG. The great challenges of the XXI century. Innovatsii. 2020;2(256):3–13. (In Russ.).
15. Иванов М.С. Психологические аспекты игровой компьютерной зависимости на личность человека, 1999 [flogiston.ru]. Flogiston; 2002. [опубликовано 5 июля 2002; процитировано 11 июня 2024].
Доступно: <http://www.flogiston.ru/articles/netpsy/gameaddict2>
Ivanov M.S. Psikhologicheskie aspekty igrovoi komp'yuternoi zavisimosti na lichnost' cheloveka, 1999 [flogiston.ru]. Flogiston; 2002. [published July 5 2002; cited June 11 2024].
Available: <http://www.flogiston.ru/articles/netpsy/gameaddict2> (In Russ.).
16. Ильницкий А.М. Ментальная война России. Военная мысль. В Минобороны заявили, что США начали против России ментальную войну. РИА «Новости». [ria.ru]. Ria; 2021 [опубликовано 25 марта 2021; процитировано 11 июня 2024].

- Доступно: <https://ria.ru/20210325/ssh-1602735487.html?ysclid=lupxi208dt886621667>
 Il'nitskii A.M. Mental'naya voina Rossii. Voennaya mysl'. V Minoborony zayavili, chto SSHA nachali protiv Rossii mental'nyu voinu. RIA «Novosti». [ria.ru]. Ria; 2021; [Published March 25 2021; cited June 11 2024].
 Available: <https://ria.ru/20210325/ssh-1602735487.html?ysclid=lupxi208dt886621667>. (In Russ.).
17. Карпова К. Инфоцыгане — люди, которые продают информационные продукты (гайды, курсы, книги), не имеющие никакой практической ценности. [secretmag.ru]. secretmag; 2021 [опубликовано 10 ноября 2021, процитировано 11 июня 2024].
 Доступно: <https://secretmag.ru/enciklopediya/kotakie-infocygane-obyasnyаем-prostymi-slovami.htm>
 Karpova K. Infotsygane — lyudi, kotorye prodavut informatsionnye produkty (gaidy, kursy, knigi), ne imeyushchie nikakoi prakticheskoi tsennosti. [secretmag.ru]. secretmag; 2021 [published November 10 2021, cited June 11 2024].
 Available: <https://secretmag.ru/enciklopediya/kotakie-infocygane-obyasnyаем-prostymi-slovami.htm> (In Russ.).
 18. Капралов В.В., Черняйков М.Н. Взаимосвязь понятий «антигосударственная пропаганда» и «информационная война». Военная мысль. 2018;1:73.
 Kapralov VV, Chernyaykov MN. Interrelation of the concepts of «anti-state propaganda» and «information war». Voennaya mysl'. 2018;1:73. (In Russ.).
 19. Китай: цифровой концлагерь или цифровой социализм? Китаевед Николай Вавилов о возможности цифровизации с человеческим лицом. Бизнес Online. [business-gazeta.ru]. business-gazeta; 2021 [опубликовано 19 февраля 2021, процитировано 11 июня 2024].
 Доступно: <https://www.business-gazeta.ru/article/499887>
 Kitai: tsifrovoy kontslager' ili tsifrovoy sotsializm? Kitaevед Nikolai Vavilov o vozmozhnosti tsifrovizatsii s chelovecheskim litsom. Biznes Online. [business-gazeta.ru]. business-gazeta; 2021 [published February 19 2021, cited June 11 2024].
 Available: <https://www.business-gazeta.ru/article/499887> (In Russ.).
 20. Колин К.К. Глобальные угрозы развитию цивилизации в XXI веке. Стратегические приоритеты. 2014;1:6–30.
 Kolin KK. Global threats to the development of civilization in the XXI century. Strategicheskie priority. 2014;1:6–30. (In Russ.).
 21. Колосова Т. Инфоцыгане: кто это и как распознать псевдотренеров по красивой жизни [trends.rbc.ru]. trends.rbc; 2023. [Процитировано 11 июня 2024].
 Доступно: <https://trends.rbc.ru/trends/social/64ae5d079a794759d8f28a60?from=copy>
 22. Колосова Т. Infotsygane: kto ehto i kak raspoznat' psevdotrenerov po krasivoi zhizni [trends.rbc.ru]. trends.rbc; 2023. [cited June 11, 2024].
 Available: <https://trends.rbc.ru/trends/social/64ae5d079a794759d8f28a60?from=copy>.
 23. Коновалов А.А., Божкова Е.Д. Влияние современной цифровой среды на психическое здоровье (обзор). Медицинский альманах. 2021;1(66):6–15.
 Kononov AA, Bozhkova ED. The impact of the modern digital environment on mental health (review). Meditsinskii al'manakh. 2021;1(66):6–15. (In Russ.).
 24. Коцюбинский А.П. Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы). СПб: СпецЛит, 2017.
 Kotsyubinskii A.P. Mnogomernaya (kholisticheskaya) diagnostika v psikiatrii (biologicheskii, psihologicheskii, sotsial'nyi i funktsional'nyi diagnoza). SPb: SpeTSLit, 2017. (In Russ.).
 25. Коцюбинский А.П., Коцюбинский Д.А. Психическое здоровье общества (часть 1). Независимый психиатрический журнал. 2018;4:10–17.
 Kotsyubinsky AP, Kotsyubinsky DA. Mental health of society (part 1). Nezavisimyi psikiatricheskii zhurnal. 2018;4:10–17. (In Russ.).
 26. Коцюбинский Д.А. «Новый тоталитаризм» XXI века. Уйдет ли мода на безопасность и запреты, вернется ли мода на свободу и право? СПб: ООО «Страта». 2022.
 Kotsyubinskii D.A. «Novyi totalitarizm» XXI veka. Uidet li moda na bezopasnost' i zaprety, vernetsya li moda na svobodu i pravo? SPb: ООО «StratA». 2022. (In Russ.).
 27. Коцюбинский Д.А. Миру нужна смена модели групповой первосортности. Город 812. [gorod-812.ru]. Gorod-812, 2022 [опубликовано 15 декабря 2022, процитировано 12 июня 2024].
 Доступно: <https://gorod-812.ru/miru-nuzhna-smena-modeli-grupповой-pervosortnosti>
 Kotsyubinskii D.A. Miru nuzhna smena modeli gruppovoi pervosortnosti. Gorod 812. 15.12.2022. [gorod-812.ru]. Gorod-812, 2022 [published December 15 2022, cited June 12 2024].
 Available: <https://gorod-812.ru/miru-nuzhna-smena-modeli-grupповой-pervosortnosti> (In Russ.).
 28. Коцюбинский Д.А. Основа мира — компромисс, а не победа. [fontanka.ru]. Fontanka, 2022 [опубликовано 28 декабря 2022, процитировано 12 июня 2024].
 Доступно: <https://www.fontanka.ru/2022/12/28/71937290>
 Kotsyubinskii D.A. Osnova mira — kompromiss, a ne pobeda. [fontanka.ru]. Fontanka, 2022 [published December 28 2022, cited June 12 2024].
 Available: <https://www.fontanka.ru/2022/12/28/71937290> (In Russ.).
 29. Коцюбинский Д.А. Почему Запад не говорит о мире? Город 812. 03.06.2023 [gorod-812.ru]. Gorod-812, 2023 [опубликовано 3 июня 2023, процитировано 12 июня 2024].

- Доступно: <https://gorod-812.ru/pochemu-zapad-ne-govorit-o-mire>
Kotsyubinskii D.A. Pochemu Zapad ne govorit o mire? Gorod 812. [gorod-812.ru]. Gorod-812, 2023 [published June 3 2023, cited June 12 2024]. Available: <https://gorod-812.ru/pochemu-zapad-ne-govorit-o-mire> (In Russ.).
29. Кочетков Н.В. Социально-психологические аспекты зависимости от онлайн-игр и методика ее диагностики. *Социальная психология и общество*. 2016;(7)3:148–163.
Kochetkov NV. Socio-psychological aspects of addiction to online games and methods of its diagnosis. *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo*. 2016;(7)3:148–163. (In Russ.).
 30. Кочубей М.А., Макстенок М.И. Информационные войны и пропаганда. Ренессанс технологий? АНО «Центр междисциплинарных исследований им. С.П. Курдюмова «Сретенский клуб». 30.08.2018. [spkurdyumov.ru]. spkurdyumov, 2018 [опубликовано 30 августа 2018, процитировано 12 июня 2024].
Доступно: <https://spkurdyumov.ru/economy/informacionnye-voyny-i-propaganda-renessans-tekhnologii>
Kochubei M.A., Makstenek M.I. Informatsionnye voyny i propaganda. *Renessans tekhnologii? ANO «Tsentr mezhdistsiplinarnykh issledovaniy im. S.P. Kurdyumova «Sretenskii klub»*. [spkurdyumov.ru]. spkurdyumov, 2018. [published August 30 2018, cited June 12 2024]. Available: <https://spkurdyumov.ru/economy/informacionnye-voyny-i-propaganda-renessans-tekhnologii> (In Russ.).
 31. Крайнов А.Л. Цифровой тоталитаризм как следствие развития информационного общества. Философия и культура информационного общества. Тезисы докладов седьмой международной научно-практической конференции: в 2-х частях. СПб: Санкт-Петербургский государственный университет аэрокосмического приборостроения. 2019.
Krainov A.L. Tsifrovoy totalitarizm kak sledstvie razvitiya informatsionnogo obshchestva. *Filosofiya i kul'tura informatsionnogo obshchestva. Tezisy dokladov sed'moi mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii: v 2-kh chastyakh*. SPb: Sankt-Peterburgskii gosudarstvennyi universitet aehrokosmicheskogo priborostroeniya. 2019. (In Russ.).
 32. Кто такие инфоцыгане? АиФ. 21.12.2021. [aif.ru]. aif, 2021 [опубликовано 21 декабря 2021, процитировано 11 июня 2024].
Доступно: https://aif.ru/society/web/kto_takie_infocygane.
Kto takie infotsygane? AIF. [aif.ru]. aif, 2021 [published December 21 2021, cited June 11 2024]. Available: https://aif.ru/society/web/kto_takie_infocygane (In Russ.).
 33. Лучкин Д.А. Политическая пропаганда в информационной политике российского государства: дис. — Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова (МГУ). 2005.
 - Luchkin D.A. Politicheskaya propaganda v informatsionnoi politike rossiiskogo gosudarstva: dis. — Moskovskii gosudarstvennyi universitet im. M.V. Lomonosova (MGU). 2005. (In Russ.).
 34. Максимов А.А. Личностные особенности людей с компьютерно-игровой зависимостью: дис. ... канд. психол. наук. М., 2009.
Maksimov A.A. Lichnostnye osobennosti lyudei s komp'yuterno-igrovoi zavisimost'yu: dis. ... kand. psikhol. nauk. M., 2009. (In Russ.).
 35. Маслов А.А. Как Китай построил цифровой тоталитаризм и почему его не будет в России. Высшая школа экономики. Национальный исследовательский университет. 13.04.2020. [hse.ru]. Hse, 2020 [опубликовано 14 апреля 2020, процитировано 12 июня 2024].
Доступно: <https://www.hse.ru/news/expertise/357514874.html>.
Maslov A.A. Kak Kitai postroil tsifrovoy totalitarizm i pochemu ego ne budet v Rossii. *Vyshshaya shkola ehkonomiki. Natsional'nyi issledovatel'skii universitet*. [hse.ru]. Hse, 2020 [published April 14 2020, cited June 12 2024]. Available: <https://www.hse.ru/news/expertise/357514874.html> (In Russ.).
 36. Нансо М.Д. Теория аномии Э. Дюркгейма и современность. *Социодинамика*. 2017;2:22–30
Napso MD. E. Durkheim's theory of anomie and modernity. *Sotsiodinamika*. 2017;2:22–30. (In Russ.).
 37. Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., Коцюбинский Д.А. Кризис естественнонаучного и гуманитарного подходов в психиатрии. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2019;1:8–15.
Neznanov NG, Kotsyubinsky AP, Kotsyubinsky DA. The crisis of natural science and humanitarian approaches in psychiatry. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2019;1:8–15. (In Russ.).
 38. Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., Коцюбинский Д.А. Фактор интернета в контексте профилактики и лечения Covid-19. К постановке проблемы. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2023;57(1):23–37.
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-661>.
Neznanov NG, Kotsyubinsky AP, Kotsyubinsky DA. The Internet factor in the context of prevention and treatment of Covid-19. To the problem statement. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2023;57(1):23–37. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-661>. (In Russ.).
 39. Облаухова А.В. Влияние социальных сетей на психическое здоровье человека. *Молодой ученый*. 2019;23:192–194.
Oblaukhova AV. The impact of social networks on human mental health. *Molodoi uchenyi*. 2019;23:192–194. (In Russ.).
 40. Панченко А.А. Компьютер по имени Зверь: эсхатология и конспирология в современных

- религиозных культурах. *Антропологический форум*. 2015;27:122–141.
Panchenko AA. A computer named the Beast: eschatology and conspiracy theory in modern religious cultures. *Antropologicheskii forum*. 2015;27:122–141. (In Russ.).
41. Политтехнолог Красулин пожаловался на «Российскую газету» из-за термина «инфоцыгане». *Новые Известия*. [newizv.ru]. Newizv; 2023 [опубликовано 10 апреля 2023, процитировано 12 июня 2024].
Доступно: <https://newizv.ru/news/2023-04-30/politтехнолог-krasulin-pozhalovalsya-na-rossiyskuyu-gazetu-iz-za-termina-infotsygane-405887>
Polittekhnolog Krasulin pozhalovalsya na «Rossiiskuyu gazet» iz-za termina «infotsygane». *Novye Izvestiya*. [newizv.ru]. Newizv; 2023 [published April 10 2023, cited June 12 2024].
Available: <https://newizv.ru/news/2023-04-30/politтехнолог-krasulin-pozhalovalsya-na-rossiyskuyu-gazetu-iz-za-termina-infotsygane-405887> (In Russ.).
 42. Попов В.С. Суеверия в современной социальной среде (на примере интернета). *Аналитика культурологии*. 2011;2 (20):217–219.
Popov VS. Superstitions in the modern social environment (on the example of the Internet). *Analitika kul'turologii*. 2011;2 (20):217–219. (In Russ.).
 43. Попова Н.Н. Реализация прав человека в фокусе угроз представлений о «цифровом тоталитаризме»: дискурс-анализ в контексте трансформации правосознания. *Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Юриспруденция*. 2021;1:25–37.
Popova NN. The realization of human rights in the focus of the threats to the ideas of «digital totalitarianism»: discourse analysis in the context of the transformation of legal consciousness. *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Seriya: Yurisprudentsiya*. 2021;1:25–37. (In Russ.).
 44. Рыбалтович Д.Г. Психологические особенности пользователей онлайн-игр с различной степенью игровой аддикции: дис. — Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2012.
Rybaltovich D.G. Psikhologicheskie osobennosti pol'zovatelei onlain-igr s razlichnoi stepen'yu igrovoi addiktzii: dis. — Vserossiiskii tsentr ehkstretnoi i radiatsionnoi meditsiny im. AM Nikiforova MChS Rossii, 2012. (In Russ.).
 45. Рыбалтович Д.Г., Зайцев В.В. Интернет-зависимость: реальная патология или норма развития информационного человечества? *Вестник психотерапии*. 2011;40:23–34.
Rybaltovich DG, Zaitsev VV. Internet addiction: a real pathology or a norm for the development of information humanity? *Vestnik psikhoterapii*. 2011;40:23–34. (In Russ.).
 46. Саяпин В.О. Сетевое общество как матрица современной структуры социальной виртуальности. *Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики*. 2016;1(63):141.
Sayapin VO. Network society as a matrix of the modern structure of social virtuality. *Historical, philosophical, political and legal sciences, cultural studies and art criticism. Voprosy teorii i praktiki*. 2016;1(63):141. (In Russ.).
 47. Стригин А. Блогеров и инфоцыган выведут в правовое поле. *Российская газета*. [rg.ru]. Rg; 2024 [опубликовано 5 марта 2024, процитировано 11 июня 2024].
Доступно: <https://rg.ru/2024/03/05/reg-szfo/blogerov-i-infocygan-vyvedut-v-pravovoe-pole.html>
Strigin A. Bloggerov i infotsygan vyvedut v pravovoe pole. *Rossiiskaya gazeta*. [rg.ru]. Rg; 2024 [published March 5, 2024, cited June 11, 2024].
Available: <https://rg.ru/2024/03/05/reg-szfo/blogerov-i-infocygan-vyvedut-v-pravovoe-pole.html> (In Russ.).
 48. «Такого разгула мошенничества в России не было никогда»: начался разгром бизнеса блогеров-инфоцыган [ntv.ru]. Ntv; 2023 [опубликовано 1 апреля 2023, процитировано 11 июня 2024].
Доступно: <https://www.ntv.ru/novosti/2755658/>
«Takogo razgula moshennichestva v Rossii ne bylo nikogdA»: nachalsya razgrom biznesa blogerov-infotsygan [ntv.ru]. Ntv; 2023 [published April 1 2023, cited June 11 2024].
Available: <https://www.ntv.ru/novosti/2755658/> (In Russ.).
 49. Тонева Д.С. Вызовы XXI века и информационной эпохи. *Труд и социальные отношения*. 2020;(31)5:53–63.
Toneva DS. Challenges of the 21st century and the information age. *Trud i sotsial'nye otnosheniya*. 2020;(31)5:53–63. (In Russ.).
 50. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы: пер. с англ. М: Педагогика-Пресс, 1993.
Freid A. Psikhologiya «Ya» i zashchitnye mekhanizmy: per. s angl. M: Pedagogika-Press, 1993. (In Russ.).
 51. Хантингтон С.Ф. Столкновение цивилизаций. Пер. с англ. Ю. Новикова. СПб.: АСТ, 2003.
Khantington S.F. Stolknovenie tsivilizatsii. Per. s angl. Yu. Novikova. SPb.: AST, 2003. (In Russ.).
 52. Хохлов А.А. Конспирологические теории как феномен медиавоздействия на общественное сознание. *Вестник РГГУ. Серия «Философия. Социология. Искусствоведение*. 2020;1:96–104.
Khokhlov AA. Conspiracy theories as a phenomenon of media influence on public consciousness. *Vestnik RGGU. Seriya «Filosofiya. Sotsiologiya. Iskussstvovedenie*. 2020;1:96–104. (In Russ.).
 53. Янг К.С. Диагноз — интернет-зависимость. *Мир Интернет*. 2016;2:24–29.
Yang KS. Diagnosis — Internet addiction. *Mir Internet*. 2016;2:24–29. (In Russ.).
 54. Addictive behaviours: gaming disorder. *World Health Organization*. [who.int]. who, 2018 [cited June 12 2024].

- Available: <https://www.who.int/news-room/q-ade-tail/gaming-disorder>
55. Andreassen CS. Online social network site addiction: a comprehensive review. *Current Addiction Reports*. 2015;2(2):175–184. <https://doi.org/10.1007/s40429-015-0056-9>.
 56. Baudrillard J. *Simulacres et simulation*. Paris: Editions Galilee, 1981.
 57. Bauman Z. *Liquid Modernity*. Cambridge, UK; Malden, MA, USA: Polity Press, 2000.
 58. Beneduce R. *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*. — Rome: Carocci. 2007.
 59. Billari F, Giuntella O, Stella L. Broadband internet, digital temptations, and sleep. *Journal of Economic Behavior and Organization*. 2018;153:58–76. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jebo.2018.07.001>.
 60. Caracci G, Mezzich JE. Culture and urban mental health. *Psychiatric Clinics of North America*. 2001;24(3):581–93.
 61. Challenges of the 21st century: Can we conquer them? We Are Restless. [wearerestless.org]. Weare-restless, 2021 [published 11 May 2021, cited June 12 2024]. Available: <https://wearerestless.org/2021/05/11/challenges-of-the-21st-century>
 62. Christakis DA. Internet addiction: a 21st century epidemic? *BMC Medicine*. 2011;8:61. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-61>.
 63. Durkheim E. *De !a division du travail social: etude sur l'organisation des societes superieures*. Paris: Alcan. 1893.
 64. Ellis DA. Are smartphones really that bad? Improving the psychological measurement of technology-related behaviors. *Computers in Human Behavior*. 2019;97:60–66. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.03.006>.
 65. Fowler G. Meeting The Challenges Of The 21st Century With Technology. *Forbes*. 11.10.2021. [forbes.com]. *Forbes*; 2021 [published October 11 2021, cited June 11 2024]. Available: <https://www.forbes.com/sites/forbesbusinessdevelopmentcouncil/2021/10/11/meeting-the-challenges-of-the-21st-century-with-technology/?sh=5b570348394e>
 66. Grant JE, Chamberlain SR. Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS Spectrums*. 2016;21(4):300–303. <https://doi.org/10.1017/s1092852916000183>.
 67. Griffiths MD, Kuss DJ, Billieux J, Pontes HM. The evolution of Internet addiction: a global perspective. *Addictive Behaviors*. 2016;53:193–195.
 68. Griffiths M.D. *Adolescent gambling*. L., N.Y.: Routledge. 1995.
 69. Griffiths MD et al. Working towards an international consensus on criteria for assessing Internet gaming disorder: A critical commentary on Petry et al. (2014). *Addiction (Abingdon, England)*. 2016;111(1):167–175. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.13057>
 70. Griffiths M, Meredith A. Videogame addiction and its treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2009;39(4):47–53. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9118-4>
 71. Halili N. *Global challenges in the XXI century*. Prishtinë: Lena, 2024.
 72. Holland G, Tiggemann M. A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*. 2016;17:100–110. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>
 73. Hsin CT, Li MC, Tsai CC. The influence of young children's use of technology on their learning: a review. *Educational Technology & Society*. 2014;17(4):85–99.
 74. Kleinman AM. Depression, somatization and the «new cross-cultural psychiatry». *Social Science & Medicine*. 1977;11(1):3–10.
 75. Kuss DJ, Griffiths MD. Online social networking and addiction—a review of the psychological literature. *International journal of environmental research and public health*. 2011;8(9):3528–3552. <https://doi.org/10.3390/ijerph8093528>
 76. Lézé S. *Anthropology of mental illness*. Andrew Scull (ed.). *Cultural Sociology of Mental Illness. A-to-Z Guide*. SAGE Publications, Inc., 2014.
 77. McCrae N, Gettings S, Pursell E. Social Media and Depressive Symptoms in Childhood and Adolescence: A Systematic Review. *Adolescent Research Review*. 2017;2(4):315–330. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40894-017-0053-4>
 78. Montgomery D. *Children & Young People's Mental Health in the Digital Age Shaping the Future*. [readkong.com]. Readkong; 2017 [cited June 12 2024]. Available: <https://www.readkong.com/page/children-young-people-s-mental-health-in-the-digital-age-8880731>
 79. Musetti A, Corsano P. The Internet is not a tool: reappraising the model for internet-addiction disorder based on the constraints and opportunities of the digital environment. *Frontiers in Psychology*. 2018;9:558. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00558>
 80. OECD activities at the 2018 World Government Summit Children & Young People's Mental Health in the Digital Age by the OECD in 2018. *Istanbul Education Summit*. [istanbuleducationsummit.com]. *Istanbuleducationsummit*; 2018 [cited June 12 2024]. Available: <https://www.istanbuleducationsummit.com/post/children-young-people-s-mental-health-in-the-digital-age-by-the-oecd-in-2018?lang=en>
 81. Petry NM, Rehbein F, Gentile DA, Lemmens JS, Rumpf HJ, Mößle T. An international consensus for assessing Internet gaming disorder using the new

- DSM-5 approach. *Addiction*. 2014;109(9):1399–1406.
<https://doi.org/10.1111/add.12457>.
82. Ryding FC, Kaye LK. “Internet addiction”: a conceptual minefield. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2018;16(1):225–232.
<https://doi.org/10.1007/s11469-017-9811-6>.
83. Sharma MK, Palanichamy TS. Psychosocial interventions for technological addictions. *Indian Journal of Psychiatry*. 2018;60(4):541–545.
84. *Transcultural Psychiatry*. SAGE Journals. [Journals.sagepub.com]. Journals.sagepub [cited June 11 2024]. Available: <https://journals.sagepub.com/home/tps/>
85. Weber M. *Geistige arbeit als beruf*. München und Leipzig: Verlag von Duncker & Humblot, 1919.
86. Young KS. *Caught in the net: How to recognize the signs of internet addiction-and a winning strategy for recovery*. John Wiley & Sons, 1998.

Сведения об авторах

Незнанов Николай Григорьевич — д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), президент Российского общества психиатров, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии. E-mail: nezn@bekhterev.ru

Коцюбинский Александр Петрович — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделения социальной нейropsychиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева. E-mail: ak369@mail.ru

Коцюбинский Даниил Александрович — к.и.н., АНО «Международный центр социально-экономических исследований “Леонтьевский центр”», Независимая некоммерческая образовательная организация высшего образования “Европейский университет в Санкт-Петербурге” (191187, Санкт-Петербург, Гагаринская ул., д. 6/1, А). E-mail: kd1965@yandex.ru

Поступила 20.06.2024

Received 20.06.2024

Принята в печать 24.10.2024

Accepted 24.10.2024

Дата публикации 28.03.2025

Date of publication 28.03.2025

Психологическая саморегуляция пациентов с различными типами восприятия ревматического заболевания

Ялтонский В.М.¹, Абросимов И.Н.², Сирота Н.А.¹

¹Российский университет медицины, Москва, Россия

²Московский институт психоанализа, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Цель исследования — описание базовых профилей восприятия ревматических заболеваний и сравнительный анализ негативного эмоционального реагирования на болезнь, совладающего поведения и приверженности лечению как параметров психологической саморегуляции в группах пациентов с различными типами восприятия болезни.

Материал и методы. Обследовано 160 женщин с ревматическими заболеваниями, проходящих стационарное лечение: 60 — с системной красной волчанкой, 50 — с ревматоидным артритом, 50 — с системной склеродермией. Средний возраст — 34,00±17,46 года. Исследование проводилось на базе Научно-исследовательского институт ревматологии им. В.А. Насоновой.

Результаты. В ходе исследования были описаны базовые профили восприятия болезни, а на их основе выделены группы пациентов с различными типами восприятия болезни: группа 1 — несформированное восприятие болезни, группа 2 — позитивное восприятие контроля болезни, группа 3 — негативное восприятие угрозы болезни. Сравнительный анализ параметров психологической саморегуляции в трех группах показал, что тревога и депрессия менее выражены в группе с несформированным восприятием болезни, чем в двух других группах. При этом копинг-стратегии «Самоконтроль» и «Планирование решения проблем» статистически значимо выше в группе пациентов с позитивным восприятием возможного контроля своего заболевания. Уровень приверженности лечению оказался статистически значимо выше в группе пациентов с позитивным восприятием контролируемости болезни.

Заключение. Показатели психологической саморегуляции специфичны в группах пациентов с различными типами восприятия ревматической болезни. Выделение базовых профилей и описание на их основе типов восприятия ревматической болезни дополняют имеющиеся данные о механизмах адаптации личности к болезни, а также расширяют возможности психологического сопровождения лечения и реабилитации пациентов с ревматическими заболеваниями.

Ключевые слова: саморегуляция, восприятие болезни, тревога, депрессия, совладающее поведение, приверженность лечению, ревматические болезни.

Информация об авторах:

Ялтонский Владимир Михайлович — e-mail: yaltonsky@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3337-0123>

Абросимов Илья Николаевич* — e-mail: i.abrosimov@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1981-4170>

Сирота Наталья Александровна — e-mail: sirotan@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>

Как цитировать: Ялтонский В.М., Абросимов И.Н., Сирота Н.А. Психологическая саморегуляция пациентов с различными типами восприятия ревматического заболевания. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:1:31-41. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-990>

Конфликт интересов: Ялтонский В.М. — член редакционной коллегии.



Psychological self-regulation of rheumatic patients with different types of illness perception

Vladimir M. Yaltonsky¹, Ilya N. Abrosimov², Natalia A. Sirota¹

¹Russian University of Medicine, Moscow, Russia

²Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia

Research article

Summary. Purpose. The purpose of the study is to describe the basic profiles of perception of rheumatic diseases and a comparative analysis of negative emotional response to the disease, coping behavior and adherence to treatment as parameters of psychological self-regulation in groups of patients with different types of perception of the disease.

Materials and methods. 160 women with rheumatic diseases undergoing hospital treatment were examined: 60 with systemic lupus erythematosus, 50 with rheumatoid arthritis, 50 with systemic scleroderma. Average age — 34.00 ± 17.46 years. The study was conducted based on Research Institute of Rheumatology named after V.A. Nasonova.

Results. During the study, basic profiles of disease perception were described, and on their basis, groups of patients with different types of disease perception were identified: group 1 — unformed perception of the disease, group 2 — positive perception of disease control, group 3 — negative perception of the disease threat. A comparative analysis of the parameters of psychological self-regulation in three groups showed that anxiety and depression were less pronounced in the group with an unformed perception of the disease than in the other two groups. At the same time, the coping strategies “Self-control” and “Planning to solve problems” are statistically significantly higher in the group of patients with a positive perception of the possible control of their disease. The level of adherence to treatment was statistically significantly higher in the group of patients with a positive perception of the controllability of the disease.

Conclusion. Indicators of psychological self-regulation are specific in groups of patients with different types of perception of rheumatic disease. The identification of basic profiles and a description on their basis of the types of perception of rheumatic disease complement the existing data on the mechanisms of personality adaptation to the disease, and expand the possibilities of psychological support for the treatment and rehabilitation of patients with rheumatic diseases.

Key words: self-regulation, illness perception, anxiety, depression, coping behavior, adherence to treatment, rheumatic diseases.

Information about the authors:

Vladimir M. Yaltonsky — e-mail: yaltonsky@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3337-0123>

Ilya N. Abrosimov* — e-mail: i.abrosimov@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1981-4170>

Natalia A. Sirota — e-mail: sirotan@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>

To cite this article: Yaltonsky VM, Abrosimov IN, Sirota NA. Psychological self-regulation of rheumatic patients with different types of illness perception. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:1:31-41. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-990>. (In Russ.)

Conflict of interest: Vladimir M. Yaltonsky member of the editorial board.

Для ревматических болезней в 21 веке характерно прогрессирующее, склонное к рецидивам течение, заметное увеличение их распространенности из-за старения населения, сложность ранней диагностики, быстрая инвалидизация и неблагоприятный прогноз, что сопряжено со значительными проблемами психосоциальной адаптации пациентов [7]. Внедрение пациент-ориентированного подхода к исследованию ревматических болезней определяет актуальность для клинической психологии и медицины исследование представлений людей об угрозе здоровью, отражающих убеждения человека о своём состоянии и лечении, которые влияют на выбор стратегий совладания с болезнью и на исход результатов лечения [4]. Все более востребованной становится активная позиция пациента в психологической адаптации к болезни, для которой не-

обходимы знания, навыки и уверенность человека в том, что он может управлять своим поведением для поддержания здоровья [1,5].

Несоблюдение рекомендаций врачей при ревматических заболеваниях негативно влияет на результаты лечения и влечет за собой экономические издержки. Понимание факторов, влияющих на соблюдение рекомендаций является ключом к разработке эффективных стратегий борьбы с неприверженностью лечению [8]. Проблемой являются сохраняющиеся проблемы в знаниях и нехватка отечественных исследований, систематически описывающих связанные с саморегуляцией хронической болезни психологические факторы, ограничивает разработку научно-обоснованного подхода для реализации персонализированного лечения пациентов ревматологического профиля, ба-

зирующегося на применении психологических вмешательств.

Теоретическая основа данного исследования — модель саморегуляции болезни на основе здравого смысла (The common sense model — CSM) Г. Левенталь — исходит из положения, что возникновение симптомов болезни, установление диагноза является для человека стимулом, побуждающим личность к действию [15,16,17,18]. Возникающее ощущение угрозы здоровью формирует когнитивные представления и эмоциональные реакции на данную угрозу, составляющие психологический конструкт восприятия болезни. Угроза здоровью нарушает психологическое равновесие человека, и побуждает его вести себя так, чтобы восстановить его [12].

Левенталь описывает саморегуляцию как динамическую мотивационную систему, включающую интерпретацию болезни, совладание с ней и оценку результата, взаимосвязь которых формирует процесс саморегуляции. Интерпретация угрожающей информации происходит одновременно на когнитивном и эмоциональном уровнях, что отражает модель параллельной процессов. Возникающие на угрозу эмоциональные реакции провоцируют выбор стратегий совладания для управления контролем страха, тревоги. Когнитивные представления об угрозе провоцируют выбор стратегий совладания для управления контролем угрозы для здоровья на основе восприятия симптомов или, личного и семейного опыта. Человек планирует свои действия таким образом, чтобы снизить угрозу болезни для жизни [16]. Попытки совладания могут включать как активный поиск совета, помощи или лекарств, так и отрицание симптомов и/или диагноза и отказ от обращения за помощью. После реализации стратегий совладания происходит оценка полученного результата, когда индивид определяет, было ли восстановлено равновесие и были ли его стратегии эффективны или идентифицирует неудачи и необходимость разработки и изменения стратегий совладания [15].

Цель — описание базовых профилей восприятия ревматических заболеваний и сравнительный анализ негативного эмоционального реагирования, совладающего поведения и приверженности лечению как параметров психологической саморегуляции в группах пациентов с различными типами восприятия болезни.

Задачи исследования:

1. Выделение базовых профилей и типов восприятия пациентами ревматических болезней.
2. Сравнительное исследование параметров психологической саморегуляции к болезни у пациентов с разными типами восприятия болезни.
3. На основе результатов исследования разработать рекомендации по психологическому сопровождению лечебного процесса пациентов с различным восприятием болезни.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 160 женщин, завершивших обследование и подписавших информированное согласие на участие в исследовании, находящихся на стационарном лечении в НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой: 60 — с системной красной волчанкой, 50 — с ревматоидным артритом, 50 — с системной склеродермией. Средний возраст пациенток составил $34,00 \pm 17,46$ года. Исследование одобрено комитетом по этике при ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. Использовались следующие психодиагностические методики: краткий опросник восприятия болезни (the Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ, Broadbent E., 2006; Ялтонский В.М. и соавт., 2017) [9]; методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями (Вассерман Л.И. и соавт., 2009) [2]; шкалы «Депрессия» и «Тревожность» опросника выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List — 90 — Revised — SCL-90 — R); (Дерогатис, Рикельс и Рок, 1976; Тарабрина Н.В., 2001) [6]; шкала приверженности лечению Мориски-Грин (Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-8, 2008) [19]. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью методов параметрической статистики программного пакета SPSS Statistics (Vers. 23). Результаты представлены в виде $M \pm SD$, где M — среднее арифметическое, и SD — стандартное отклонение среднего по группе. При сравнении средних значений по группам использовали дисперсионный анализ. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Факторный анализ осуществлялся методом главных компонент, метод вращения факторов — Varimax с учетом теста Кайзера-Мейера-Олкина (КМО). Кластеризация данных проводилась методом k-средних (с проведением дисперсионного анализа ANOVA).

Результаты

1. Описание базовых профилей восприятия ревматических болезней пациентами.

Обработка результатов подразумевала выделение базовых профилей восприятия ревматических болезней пациентами и формирование на их основе групп сравнения с опорой не на нозологический критерий, а на психологический параметр — субъективные представления пациента о своем заболевании, на основе которых им выбираются способы совладания с болезнью. Предыдущие наши исследования уже демонстрировали высокую эвристичность данного подхода с применением субъективного восприятия болезни в качестве системообразующего фактора для формирования внутренней картины болезни пациента — психологического конструкта, в большей степени определяющего процесс психологической адаптации [7].

Проведены факторный анализ компонентов восприятия болезни (выделение базовых про-

филей восприятия болезни) и кластеризация наблюдаемых кейсов по выраженности выделенных факторов (формирование групп с различными типами восприятия болезни). Данный подход позволил учесть всю метакогнитивную схему болезни индивидуума и предложить классификацию типов восприятия ревматических болезней. Используемый метод выделения групп сравнения опирается как на общепопуляционные нормативы, так и учитывает неповторимое своеобразие конструкта восприятия болезни. Выявление типов восприятия ревматических болезней повышает статистическую и практическую значимость результатов исследования и глубину их интерпретации по сравнению с традиционным сравнительным анализом нозологических групп.

Факторный анализ позволил выделить два статистически значимых фактора, представленных в Табл.1. В первый фактор вошли 6 компонентов восприятия болезни, сочетание которых рассматривается нами как базовый профиль восприятия ревматических болезней пациентами, названный нами «Восприятие угрозы болезни». Этими компонентами стали: интегративный компонент восприятия угрозы болезни для жизни и благополучия, компоненты восприятия последствий болезни как тяжелых, обеспокоенность проявлением бремени болезни и негативное эмоциональное реагирование на болезнь, высокая идентификация (аларм-реакция) проявлений болезни, восприятие временных рамок болезни, ее продолжительности (острое, приступообразное, хроническое течение).

Во второй фактор вошли 3 компонента восприятия болезни, сочетание которых рассматривается нами как другой базовый профиль восприятия ревматических болезней пациентов, названный нами «Восприятие контролируемости болезни и лечения». Этими компонентами стали:

персональный контроль болезни, отражающий убеждения человека в том, насколько благодаря его действиям угроза для здоровья контролируется и он управляет болезнью; компонент «контроль лечения», отражающий убеждения человека в том, насколько болезнь излечима благодаря терапии; а также «понятность болезни», отражающий ее метакогнитивное осмысление и согласованность представлений о болезни, понимание человеком заболевания в контексте изменения и развития во времени и с учетом опыта болезни.

II. *Выделение типов восприятия ревматических болезней пациентами на основе базовых профилей.*

Применение кластерного анализа дает возможность выделить подгруппы больных на основе схожей комбинации убеждений о своей хронической болезни. Кластеризация участников выборки по степени выраженности у них двух выделенных профилей восприятия болезни позволила определить три кластера пациентов:

- *кластер 1* — (38 пациентов, тип восприятия «Несформированные представления о болезни») — базовые профили угрозы и контроля слабо выражены, что отражало пассивную позицию в восприятии болезни и соответственно в её преодолении. Этот тип восприятия ревматических болезней характеризовался слабой дифференциацией, диффузностью, неоднозначной и размытой структурой представлений о болезни. Возможно, это связано с мало осознаваемым, индифферентным, амбивалентным отношением к болезни, ее ограниченным принятием и безучастным, «заторможенным» преодолением, уклонением пациента от получения медицинской информации о тяжелой болезни, характери-

Таблица 1. Результаты факторного анализа: факторная нагрузка компонентов восприятия болезни при выделении двух факторов

Table 1. Factor analysis results: factor loading of components of illness perception in two selected factors

Компоненты восприятия болезни	Факторная нагрузка компонентов в выделенных факторах	
	Фактор 1 «Восприятие угрозы болезни»	Фактор 2 «Восприятие контролируемости болезни и лечения»
Угроза болезни *	0,903	
Последствия	0,793	
Обеспокоенность	0,788	
Эмоциональное реагирование	0,772	
Идентификация болезни	0,698	
Течение болезни	0,366	
Контроль болезни		0,844
Контроль лечения		0,814
Понятность болезни		0,802
* — интегративный показатель восприятия болезни как угрозы для жизни и благополучия		
* — integrative indicator of the perception of the disease as a threat to life and well-being		

зующейся неопределенностью, предпочтением незнания информации о ней знаниям как более удобного способа справиться с предполагаемой угрозой. В целом, это не позволяет пациенту видеть реальность болезни и адекватно адаптироваться к жизни вместе с ней.

- **кластер 2** (64 пациента, тип восприятия «Позитивные представления о болезни») — выражен базовый профиль контролируемости болезни на фоне умеренно сниженного профиля угрозы болезни. Пациенты с данным типом восприятия болезни уверены в том, что умеренно угрожающая их жизни болезнь может контролироваться ими посредством самоуправления и благодаря обращению за медицинской помощью, поиску социальной поддержки.
- **кластер 3** (58 пациентов, тип восприятия «Негативные представления о болезни») — преобладание восприятия выраженной угрозы болезни над представлениями о возможностях ее контролировать и верой в излечение. Негативный характер представлений о болезни определялся представлениями человека о том, что болезнь опасна, будет недостаточно понятной, долгой, трудно контролируемой и иметь серьезные последствия, проявляться множеством симптомов, вызывать негативные эмоции и озабоченность.

На Рис.1 графически отображена выраженность выделенных факторов в каждом из кластеров.

Выделенные кластеры составили эмпирическую базу для описания трех типов восприятия ревматических болезней с целью последующего

сравнительного анализа параметров адаптации к болезни, характерных для каждого из них.

Данный подход к выделению профилей и типов восприятия болезни отражает современные исследования в рамках модели саморегуляции болезни Г. Левенталя, согласно которым наряду с ситуативными представлениями о болезни у пациента также существуют более широкие по своей структуре и глубинные по функционированию «прототипы болезни», сформированные на основе предшествующего личного опыта, наблюдения за другими людьми, имеющими заболевания и воздействия средств массовой информации. Данные прототипы отвечают не столько за конкретный выбор решения по конкретной проблеме, связанной со здоровьем, но в большей степени определяют имплицитные паттерны сберегающего здоровья поведения [18].

Сравнительное исследование выраженности негативных эмоциональных переживаний у пациентов с разными типами восприятия ревматического заболевания.

Во всех трех группах пациентов с различным типом восприятия ревматического заболевания выявлен клинически выраженный уровень депрессии и тревожности. При этом, как видно из рисунка 2, показатели депрессивного реагирования были статистически значимо менее выражены в группе 1 с несформированным восприятием болезни. В группах с позитивным восприятием контроля и негативным восприятием угрозы данные показатели были достоверно более высокими в равнении с группой 1, что отражает более высокий уровень эмоциональной дисрегуляции. Нормативный показатель депрессии по данной психодиагностической методике составляет $0,68 \pm 0,59$ балла, нормативный показатель тревожности — $0,62 \pm 0,62$



Рис. 1. Результаты кластерного анализа: выраженность факторов «Восприятие угрозы болезни» (синий) и «Восприятие контролируемости болезни и лечения» (зеленый) в выделенных кластерах

Fig. 1. Results of cluster analysis: the severity of the factors "Perception of the threat of the disease" (blue) and "Perception of the controllability of the disease and treatment" (green) in the selected clusters

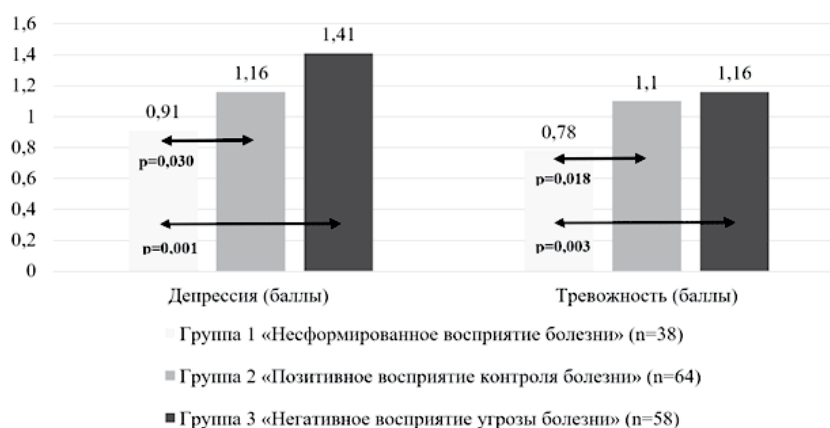


Рис. 2. Показатели депрессии и тревожности в группах пациентов с разными типами восприятия ревматического заболевания (в баллах).
 Fig. 2. Indicators of depression and anxiety in groups of rheumatic patients with different types of illness perception (in points).

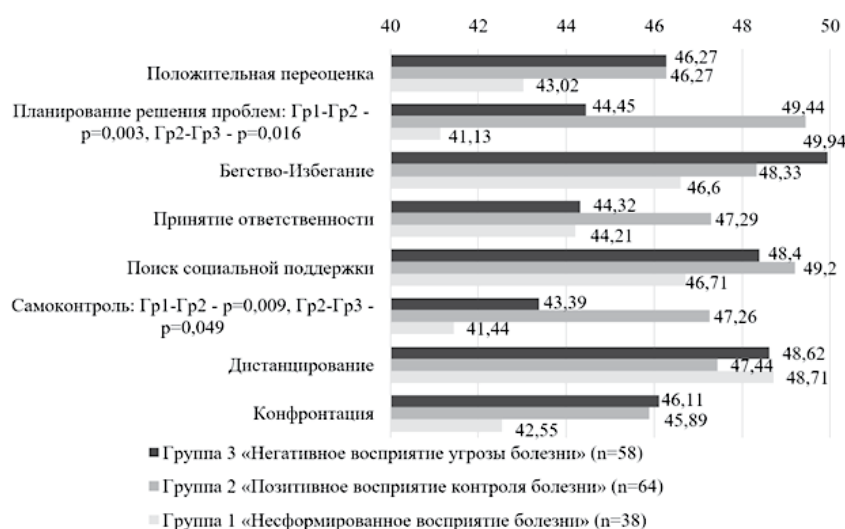


Рис. 3. Интенсивность использования стратегий совладания в группах пациентов с разными типами восприятия ревматического заболевания (в баллах).
 Fig. 3. Intensity of use of coping strategies in groups of rheumatic patients with different types of illness perception (in points).

Полученные нами результаты об интенсивности депрессии при разных типах восприятия ревматических болезней сопоставимы с результатами ранее проведенных исследований, которые свидетельствуют о распространенности депрессии и тревоги в данной когорте пациентов в диапазоне от 20 до 35% [11, 23].

При этом также в ранее проведенных исследованиях было показано, что низкий уровень воспринимаемого контроля при остеоартрите и псориазе предсказывает высокую вероятность появления депрессивных переживаний [21, 22]. Наши данные отражают другую тенденцию: негативные эмоции становятся интенсивнее и при восприятии угрозы, и при восприятии контроля болезни. Пациенты интенсивнее осознают опасность болезни, чтобы быть в контакте со своими переживаниями и применять активные действия

по совладанию и саморегуляции. Усилия пациентов, позитивно воспринимающих контроль болезни, активно с нею совладающих и приверженных лечению, хотя и позволяют частично управлять своим заболеванием, но все же оказываются недостаточными для полного купирования болезни. Данный факт может обуславливать относительно выраженный эмоциональный дистресс в группе этих пациентов.

Сравнительное исследование выбора стратегий совладания в группах пациентов с разными типами восприятия ревматического заболевания.

Представители всех трех выделенных групп в большинстве своем выбирают преимущественно схожий репертуар стратегий совладания в условиях болезни, однако имеются значимые различия по выраженности шкал «Самоконтроль» и «Планирование решения проблем». Эти стратегии ста-

тистически значимо реже используют пациенты, не имеющие четкого представления о своей болезни или воспринимающие ее как угрозу.

Для трех выделенных типов восприятия характерен одинаковый уровень использования стратегии дистанцирования, что отражает механизм совладания с болезнью за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в решение проблемы (Рис.3).

Из Рис.3 видно, что используемые пациентами трех групп стратегии находятся в рамках нормативного коридора (40-60 баллов). Стратегии самоконтроля статистически достоверно интенсивнее используются пациентами с позитивным типом восприятия болезни, по сравнению с пациентами как с негативным, так и недифференцированным типом восприятия болезни. Аналогичная тенденция выявлена и при использовании стратегии «планирование решения проблемы». Позитивное восприятие контроля болезни и эффективности его лечения соотносится с более выраженными усилиями контроля своего поведения и эмоциональных реакций, а также с планированием дальнейших действий по преодолению дистресса, обусловленного болезнью.

Исходя из рассматриваемых нами моделей саморегуляции личности в условиях болезни, когнитивные представления пациента о своих возможностях контроля и лечения болезни активируют в его поведении соответствующие эффективные, ориентированные на решение проблемы, стратегии совладания с болезнью [17].

Проведенные ранее исследования с участием пациентов ревматологического профиля указывают, что большую роль в связи между депрессивными переживаниями и малоадаптивными в условиях болезни стратегиями совладания играет промежуточная переменная уровня инвалидиза-

ции пациента. При ее устранении данная связь теряет свою статистическую значимость [20].

Полученные результаты исследования совладающего с болезнью поведения также дополняют приведенные нами выше данные о переживании пациентами дистресса (депрессии и тревожности). Фокус стратегий совладания с болезнью на эффективное решение актуальных проблемных ситуаций, связанных с болезнью (болевы ощущения, рецидив, процедуры лечения и т.п.) может понижать эффективность совладания, ориентированного на эмоции и обуславливать их интенсивность. В исследовании С. Hsiao уровень негативного эмоционального реагирования пациентов с артериальной гипертензией также повышался в группе с выраженным контролем болезни и, соответственно, снижался — в группе с низким восприятием контроля болезни. Приведенные автором результаты соответствуют полученным нами данным [13].

В целом, данные современных исследований подчеркивают важную роль восприятия болезни и стратегий совладания с болезнью в объяснении проявлений дистресса и нарушениях психологического благополучия при различных соматических заболеваниях. Однако для того, чтобы использовать эту информацию при разработке интервенций для улучшения психологического здоровья людей с хроническими болезнями, необходимы дополнительные исследования, определяющие роль совладающего поведения как посредника между восприятием хронической болезни и ее объективным исходом [10].

III. Сравнительное исследования уровня приверженности лечению в группах пациентов с разными типами восприятия ревматического заболевания.

Повышение приверженности может оказывать гораздо большее влияние на результаты лечения, чем достижения фармакотерапии, а понимание

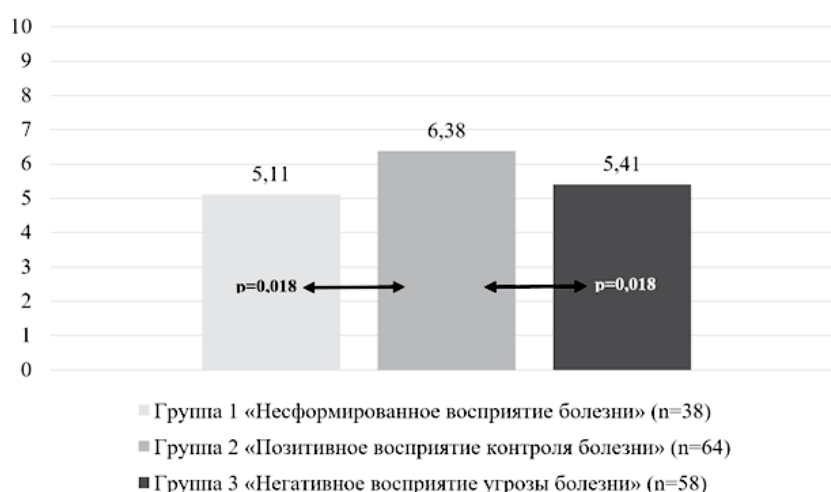


Рис. 4. Уровень приверженности фармакотерапии в группах пациентов с разными типами восприятия ревматического заболевания (в баллах).

Fig. 4. Level of adherence to pharmacotherapy in groups of rheumatic patients with different types of illness perception (in points).

механизмов неприверженности терапии является ключом к разработке интервенций её снижающих. Результаты исследования, представленные в рисунке 4, указывают, что в группе с позитивным восприятием болезни выявлен умеренный уровень приверженности фармакотерапии ревматических заболеваний. В группах с диффузным восприятием ревматических болезней и воспринимающих болезнь как выраженную угрозу для здоровья и жизни выявлен статистически значимо более низкий уровень приверженности фармакотерапии. В применяемой методике оценки приверженности лечению применяются следующие нормативы: низкая приверженность (неприверженность) — 0-5 баллов; средняя (недостаточная) приверженность — 6-7 баллов; высокая приверженность — 8 баллов.

Результаты оценки приверженности лечению дополняют ранее полученную картину данных: проблемно-ориентированное совладание в группе позитивного восприятия контроля, хотя и не снижает высокие показатели негативного аффективного реагирования, но помогает формировать берегающее здоровье адаптивное поведение в соблюдении предписанных рекомендаций лечения.

Исследования, посвященные восприятию болезни и приверженности лечению пациентов при разных нозологиях, демонстрируют сходные психологические механизмы взаимодействия между этими конструктами. Пациенты с сахарным диабетом, которые считают, что их лечение позволяет контролировать возможные осложнения, более привержены лечению. Личный контроль также повышает приверженность лечению как подростков, так и взрослых с артериальной гипертензией [14].

Опираясь на эти данные, исследователи восприятия болезни предлагают модель, где представления о болезни являются посредниками, а формируемые на их базе представления о лечении определяют приверженность лечению. При этом, представления о болезни не являются менее важными в процессе формирования приверженности: они устанавливают цели, то есть ожидания результатов для оценки эффективности лечения [18].

Обсуждение

Представленный подход к изучению психологической адаптации личности к ревматическим болезням, опирающийся на выделение профилей и типов восприятия болезни, открывает новые возможности более глубокой интерпретации различных, в том числе имплицитных, параметров этого сложного и системного процесса, его структуры и динамики.

Предлагаемое выделение различных типов восприятия болезни позволяет осуществлять персонифицированный подход в современной медицине с учетом психологического и психотерапевтического компонентов. Для пациентов с разными типами восприятия болезни могут быть определены дифференцированные мишени, цели и методы для последующей психокоррекционной работы, направленные на формирование у них

внутренней картины болезни, использование эффективного репертуара стратегий преодоления, повышение уровня приверженности лечению и адаптации к болезни в целом. Для психотерапии пациентов соматического профиля необходимо применение подходов, соответствующим принципам доказательной психотерапии. К ним могут быть отнесены когнитивно-поведенческая психотерапия, диалектическая поведенческая терапия, схема-терапия, терапия принятия и ответственности, терапия, сфокусированная на сострадании, снижение стресса на основе осознанности [3].

Наиболее важные мишени и приоритетные цели психокоррекционной работы с пациентами ревматологического профиля, имеющими разные типы восприятия болезни, представлены в Табл.2. И, хотя нами была предпринята попытка их дифференциации по типам восприятия болезни, практический опыт указывает на высокую вероятность, а порой и на необходимость комплексного применения данных методов в динамике развития болезни на разных этапах персонализированного лечения. Проблема разработки программ психологического сопровождения пациентов с ревматическими заболеваниями требует дальнейшего пристального изучения с учетом полученных данных.

Заключение

Восприятие ревматического заболевания характеризуется двумя дифференцированными базовыми профилями восприятия болезни. Профиль «Восприятие угрозы болезни» включает сочетание интегративного компонента «угроза болезни», выраженных компонентов «последствия болезни», «обеспокоенность болезнью», «эмоциональное реагирование на болезнь», «идентификация проявлений болезни», «восприятие течения болезни». Этот профиль восприятия болезни соотносится с формированием мало адаптивных, преимущественно негативных когнитивных представлений о болезни. Профиль «Восприятие контролируемости болезни и лечения» включает сочетание выраженных компонентов «Контролируемость болезни», «Контролируемость лечения» и «Понятность болезни». Данный профиль восприятия болезни отражает преобладание позитивных представлений пациента о болезни, способствующих его психологической адаптации.

Различная выраженность базовых профилей восприятия болезни у разных пациентов позволяет выделить три дифференцированных типа восприятия ревматического заболевания. Несформированный тип восприятия болезни представлен сочетанием слабо выраженных профилей «Восприятие угрозы болезни» и «Восприятие контролируемости болезни и лечения». Во втором типе восприятия болезни «Позитивные представления о контроле болезни» преобладали позитивные с точки зрения адаптации параметры «Контролируемость болезни/лечения», «Понятность болезни». Третий тип восприятия болезни «Негативные представления об угрозе болезни» характеризует-

Таблица 2. Мишени, цели и методы психокоррекционной работы с пациентами, имеющими различные типы восприятия болезни
Table 2. Targets, goals and methods of psychotherapy with patients with different types of perception of the disease

Тип восприятия болезни	Мишени психокоррекционной работы	Приоритетные цели и методы психокоррекционных вмешательств
Несформированное восприятие болезни	Диффузные, неоднозначные и «размытые» представления о болезни. Несогласованность внутренней картины болезни. Пассивность в совладании с болезнью. Низкая приверженность лечению.	Психодиагностический компонент: определение ведущих механизмов психологической защиты, стратегий совладания и эмоциональной дисрегуляции, уровня алекситимии, приверженности лечению. Психообразовательный компонент: повышение информированности пациента о роли восприятия болезни и личном вкладе в контроль за ходом болезни и ее лечением. Психокоррекционный компонент: формирование адекватных когнитивных репрезентаций и согласованной внутренней картины болезни, расширение репертуара более эффективных стратегий совладания, повышение уровня самоэффективности.
Позитивное восприятие контролируемости болезни	Интенсивное эмоциональное реагирование на хроническую болезнь. Риск развития чувства вины вследствие неудачных попыток сверхконтроля над естественным ходом болезни. Недооценивание реальной угрозы болезни, ее нивелирование. Недостаточная приверженность лечению.	Психодиагностический компонент: оценка эмоционального реагирования на болезнь, анализ устойчивости и смысловых ориентаций. Психообразовательный компонент: формирование образа болезни как не поддающегося полному контролю, но позволяющего частично реализовывать истинные для пациента смыслы и ценности. Роль эмоций в адаптации к болезни. Психокоррекционный компонент: обучение навыкам релаксации, осознанности, саморегуляции интенсивных негативных эмоций, расширение репертуара адаптивных копинг-стратегий.
Негативное восприятие угрозы болезни	Чрезмерная идентификация проявлений симптомов. Эмоциональный дистресс на фоне неточных временных границ болезни и катастрофизации её последствий. Несогласованные представления о сроках, эффектах и последствиях применяемого лечения. Ожидание вреда, неприятных ощущений и вероятной опасности или несчастья, состояние напряжения. Низкая приверженность лечению.	Психодиагностический компонент: анализ компонентов восприятия болезни, уровня дистресса и психологического благополучия, определение ведущих копинг-стратегий. Психообразовательный компонент: информирование о возможных вариантах лечения и повышения его эффективности за счет применения эффективных стратегий совладания и личных и социальных копинг-ресурсов. Психокоррекционный компонент: формирование более реалистичных когнитивных схем болезни. Мотивационное консультирование с целью повышения приверженности фармакотерапии и другим видам лечения. Корректировка особо точных, но ригидных репрезентаций болезни, носящих негативный характер. Развитие навыков самосострадания, когнитивного распутывания, планирования активных действий в соответствии со своими ценностями, совладания с дистрессом.

ся преобладанием мало адаптивных параметров интегративного компонента «Восприятие угрозы болезни», компонентов «Последствия болезни» «Озабоченность болезнью», «Эмоциональное реагирование на болезнь», «Идентификация болезни» над менее выраженными позитивными компонентами «Восприятие контроля болезни/ контроля лечения», «Понятность болезни».

Восприятие пациентом имеющегося у него ревматического заболевания как угрозы для своей жизни и благополучия, обуславливает особенности его саморегуляции: повышение показателей

тревожно-депрессивного реагирования, снижение частоты выбора более эффективных в ситуации совладания с болезнью копинг-стратегий самоконтроля и планирования решения проблем и понижение приверженности лечению. Описанные особенности были учтены при формулировании общих рекомендаций по психодиагностической, психообразовательной и психокоррекционной работе в рамках клинко-психологического сопровождения лечебного процесса и повышения саморегуляции в условиях болезни пациентов ревматологического профиля.

Литература / References

1. Абросимов И.Н., Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Современные представления о психологической адаптации в условиях болезни. В кн.: Н.А. Сирота отв. ред. Клиническая психология лечебного процесса. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2023. Abrosimov I.N., Yaltonskii V.M., Sirota N.A. *Sovremennye predstavleniya o psikhologicheskoi adaptatsii v usloviyakh bolezni*. V kn.: N.A. Sirota otv. red. *Klinicheskaya psikhologiya lechebnogo protsessa*. Moskva: GEOTAR-Media. 2023. (In Russ.).
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю., Новожилова М.Ю. и др. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. Санкт-Петербург: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2009. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Isaeva E.R., Trifonova E.A., Shchelkova O.Yu., Novozhilova M.Yu. et al. *Metodika dlya psikhologicheskoi diagnostiki sposobov sovladaniya so stressovymi i problemnymi dlya lichnosti situatsiyami: posobie dlya vrachei i meditsinskikh psikhologov*. Saint Petersburg: NIPNI im. V.M. Bekhetereva. 2009. (In Russ.).
3. Караваева Т.А., Васильева А.В. Алгоритм и мишени психотерапии пациентов с хроническими соматическими заболеваниями. В кн.: А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов Психотерапия: Учебник. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2022. Karavaeva T.A., Vasileva A.V. *Algoritm i misheni psikhoterapii patsientov s khronicheskimi somaticheskimi zabolevaniyami*. V kn.: A.V. Vasileva, T.A. Karavaeva, N.G. Neznakov *Psikhoterapiya: Uchebnik*. Moskva: GEOTAR-Media. 2022. (In Russ.).
4. Незнанов Н.Г., Кибитов А.О., Рукавишников Г.В., Мазо Г.Э. Прогностическая роль депрессии в качестве предиктора манифестации хронических соматических заболеваний. *Терапевтический архив*. 2018;90(12):122-132. Neznakov NG, Kibitov AO, Rukavishnikov GV, Mazo GE. *The prognostic role of depression as a predictor of chronic somatic diseases manifestation*. *Terapevticheskii arkhiv*. 2018; 90(12):122-132. (In Russ.). <https://doi.org/10.26442/00403660.2018.12.000019>
5. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Теоретические основы. Копинг-поведение в условиях болезни. Адаптационные стратегии и ресурсы поведения. В кн.: Н.А. Сирота отв. ред. Клиническая психология лечебного процесса. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2023. Sirota N.A., Yaltonskii V.M. *Teoreticheskie osnovy. Koping-povedenie v usloviyakh bolezni. Adaptatsionnye strategii i resursy povedeniya*. V kn.: N.A. Sirota otv. red. *Klinicheskaya psikhologiya lechebnogo protsessa*. Moskva: GEOTAR-Media. 2023. (In Russ.).
6. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург: Питер. 2001. Tarabrina N.V. *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa*. Saint Petersburg: Piter. 2001. (In Russ.).
7. Ялтонский В.М., Абросимов И.Н., Андрушкевич Т.Д., Шашурина Е.М., Соловьев С.К., Асеева Е.А. Параметры внутренней картины болезни и качества жизни у пациентов с системной красной волчанкой. *Современная ревматология*. 2020;14(3):57-62. Yaltonsky VM, Abrosimov IN, Andrushkevich TD, Shashurina EM, Solovyev SK, Aseeva EA. *Parameters of the internal picture of the disease and quality of life in patients with systemic lupus erythematosus*. *Sovremennaya Revmatologiya*. 2020;14(3):57-62. (In Russ.). <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2020-3-57-62>
8. Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Ялтонская А.В., Абросимов И.Н. Приверженность лечению хронических заболеваний. В кн.: Н.А. Сирота отв. ред. Клиническая психология лечебного процесса. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2023. Yaltonskii V.M., Sirota N.A., Yaltonskaya A.V., Abrosimov I.N. *Priverzhennost' lecheniyu khronicheskikh zabolevanii*. V kn.: N.A. Sirota otv. red. *Klinicheskaya psikhologiya lechebnogo protsessa*. Moskva: GEOTAR-Media. 2023. (In Russ.).
9. Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни. *Психологические исследования*. 2017;10(51):1. Yaltonskii VM, Yaltonskaya AV, Sirota NA, Moskovchenko DV. *Psychometric properties of the Russian version of Brief Illness Perception Questionnaire*. *Psikhologicheskie issledovaniya*. 2017;10(51):1. (In Russ.). <https://doi.org/10.54359/ps.v10i51.407>
10. Dempster M, Howell D, McCorry NK. Illness perceptions and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2015;79(6):506-513. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.10.006>
11. Dickens C, Creed F. The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2001;40(12):1327-30. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/40.12.1327>
12. Hagger MS, Koch S, Chatzisarantis NLD, Orbell S. The common sense model of self-regulation: Meta-analysis and test of a process model. *Psychol Bull*. 2017;143(11):1117-1154. <https://doi.org/10.1037/bul0000118>
13. Hsiao CY, Chang C, Chen CD. An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. *Kaohsiung J Med Sci*. 2012;28(8):442-447. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2012.02.015>

14. Kucukarslan SN. A review of published studies of patients' illness perceptions and medication adherence: lessons learned and future directions. *Res Social Adm Pharm*. 2012;8(5):371-82. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2011.09.002>
15. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E.A. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron L.D., Leventhal H. *The self-regulation of health and illness behavior*. London: Routledge. 2002.
16. Leventhal H., Leventhal E.A., Cameron L. Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In: Baum A., Revenson T.A., Singer J.E., *Handbook of health psychology*. Mahwah: Erlbaum. 2001.
17. Leventhal H., Phillips L.A., Burns E., Cohen J.H. Commonsense Modeling (CSM) of Health Behaviors. In: Sweeny K., Robbins M.L., Cohen L.M. *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*. Hoboken: John Wiley & Sons Ltd.; 2020. <https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch81>
18. Leventhal H., Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *J Behav Med*. 2016;39(6):935-946. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
19. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(5):348-354. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x>
20. Murphy H, Dickens C, Creed F, Bernstein R. Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res*. 1999;46(2):155-164. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(98\)00073-7](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(98)00073-7)
21. Orbell S, Johnston M, Rowley D, et al. Cognitive representations of illness and functional and affective adjustment following surgery for osteoarthritis. *Soc Sci Med*. 1998;47(1):93-102. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(97\)10132-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)10132-0)
22. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, et al. Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *Br J Dermatol*. 2000;142(5):899-907. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.2000.03469.x>
23. Smedstad LM, Moum T, Vaglum P, Kvien TK. The impact of early rheumatoid arthritis on psychological distress. A comparison between 238 patients with RA and 116 matched controls. *Scand J Rheumatol*. 1996;25(6):377-82. <https://doi.org/10.3109/03009749609065649>

Сведения об авторах

Ялтонский Владимир Михайлович — д.м.н., профессор, профессор кафедры клинической психологии Научно-образовательного института социальных, гуманитарных и экономических наук им. А.П. Чехова ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (127006, г. Москва, ул. Долгоруковская, д.4). E-mail: yaltonsky@mail.ru

Абросимов Илья Николаевич — к.пс.н., доцент, доцент кафедры нейро- и патопсихологии взрослых НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа» (121170, г. Москва, Кутузовский проспект, дом 34, строение 14). E-mail: i.abrosimov@bk.ru

Сирота Наталья Александровна—д.м.н., профессор, заведующая кафедрой клинической психологии Научно-образовательного института социальных, гуманитарных и экономических наук им. А.П. Чехова ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (127006, г. Москва, ул. Долгоруковская, д.4). E-mail: sirotan@mail.ru

Поступила 26.06.2024

Received 26.06.2024

Принята в печать 24.10.2024

Accepted 24.10.2024

Дата публикации 28.03.2025

Date of publication 28.03.2025

Вызванная кортикальная электрическая активность, связанная с предъявлением готового решения задачи на отдаленные ассоциации

Горностаев И.С.¹, Курганский А.В.^{1,2}, Вязовкина В.К.¹, Спиридонов В.Ф.¹

¹Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте
Российской Федерации, Москва

²Институт высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН, Москва

Оригинальная статья

Резюме. Цель настоящей работы состояла в том, чтобы выяснить, какие из отделов коры, обычно активируемых при решении инсайтных задач, являются источниками вызванной активности в условиях индуцированного инсайта — инсайта, вызванного предъявлением готового решения задачи. В эксперименте приняли участие 35 взрослых испытуемых. В ходе эксперимента испытуемые пытались найти слово, с помощью которого можно образовать словосочетание с тремя зрительно предъявленными заданными словами, — решали задачи на поиск отдаленных ассоциаций (CRA). Записывалось ЭЭГ высокой плотности (128 каналов) при помощи компьютерного электроэнцефалографа (Geodesic EEG System GES 400 Series). Приведены результаты анализа вызванной предъявлением слова-подсказки кортикальной активности в выбранных областях интереса. Полученные результаты находятся в согласии с имеющимися представлениями о функциях отделов коры, задействованных в решении задач. Обсуждается вопрос об усовершенствовании методики эксперимента.

Ключевые слова: решение задач, CRA, индуктивный инсайт, ЭЭГ, спектральная мощность, функциональные связи, эффективные связи

Информация об авторах:

Горностаев Игорь Сергеевич* — e-mail: igor.cognitive.lab@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0002-0026-5044>

Курганский Андрей Васильевич — e-mail: akurg@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7648-1996>

Вязовкина Варвара Константиновна — e-mail: vyazovkinav@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9157-0604>

Спиридонов Владимир Феликсович — e-mail: vfspiridonov@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5081-879X>

Как цитировать: Горностаев И.С., Курганский А.В., Вязовкина В.К., Спиридонов В.Ф. Вызванная кортикальная электрическая активность, связанная с предъявлением готового решения задачи на отдаленные ассоциации. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:1:42-52. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-952>.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Evoked cortical electrical activity associated with the presentation of a Ready-Made solution to a remote association task

Igor S. Gornostaev¹, Andrey V. Kurgansky^{1,2}, Varvara K. Vyazovkina¹, Vladimir F. Spiridonov¹

¹Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia

² Institute of Higher Nervous Activity and Neurophysiology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

Research article

Summary. The purpose of this work was to find out which of the cortical areas, usually activated when solving insight problems, are sources of evoked activity under conditions of induced insight—insight caused by the presentation of a ready-made solution to the problem. A group of 35 adults took part in the experiment. During the experiment, the participants solved compound remote associates (CRA) task, i.e.

Автор, ответственный за переписку: Горностаев Игорь Сергеевич — e-mail: igor.cognitive.lab@gmail.com

Corresponding author: Igor S. Gornostaev — e-mail: igor.cognitive.lab@gmail.com



they tried to find a word that could be used to form a word combination with three given visually presented words. A high-density EEG (128 channels) was recorded using a computer electroencephalograph (Geodesic EEG System GES 400 Series). The results of an analysis of cortical activity evoked by the presentation of a cue word in selected regions of interest are reported. These results are in agreement with what is known about the functions of the cortical areas involved in solving problems. The issue of improving the experimental technique is discussed.

Keywords: problem solving, CRA, inductive insight, EEG, spectral power, functional connections, effective connections

Information about the authors:

Igor S. Gornostaev* — e-mail: igor.cognitive.lab@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0002-0026-5044>

Andrey V. Kurgansky — e-mail: akurg@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7648-1996>

Varvara K. Vyazovkina — e-mail: vyazovkinav@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9157-0604>

Vladimir F. Spiridonov — e-mail: vfsipiridonov@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5081-879X>

To cite this article: Gornostaev IS, Kurgansky AV, Vyazovkina VK, Spiridonov VF. Evoked cortical electrical activity associated with the presentation of a Ready-Made solution to a remote association task. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:1:42-52. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-952>. (In Russ.)

Conflict of interests: authors declare no conflict of interests.

Инсайт часто понимается как внезапное и существенное изменение репрезентации задачи, приводящее к ее решению [3]. Считается, что эти изменения имеют определенные характеристики, отличающие инсайтное решение задачи от аналитического решения. Например, инсайтное решение (т.е. решение задачи и сопутствующая ему Ага!-реакция) часто сопровождается сильными эмоциями, включая позитивное удивление по поводу содержания решения или способа его реализации. Напротив, аналитические решения обычно не сопровождаются эмоциональной реакцией за исключением, возможно, чувства удовлетворения, возникающего в результате достижения цели. Другая особенность инсайта заключается в том, что такие решения часто появляются как результат выхода из тупика. Тупик возникает, если у решателя изначально сформировалась неадекватная репрезентация задачи или он опирался на неэффективную стратегию решения. Выход из тупика предполагает возникновение новой репрезентации задачи, позволяющей найти решение или путь к нему [31, 33]. При этом решатели обычно не могут сообщить о действиях, которые позволили им преодолеть тупик [3]. В случае же аналитического решения решатель может отчитаться о тех шагах, которые он совершает. Также, инсайтные решения оказываются правильными чаще аналитических [8, 33].

Инсайтное решение задачи можно отличить от неинсайтного и с помощью ряда метакогнитивных критериев. В первом случае решатели не ощущают своего приближения к ответу, и он оказывается для них неожиданным. В случае аналитического решения люди относительно точно оценивают дистанцию до цели и могут объяснить, как к ней пришли [25]. Кроме того, как показывают исследования, инсайтные решения достаточно четко можно вычленивать с опорой на набор метакогнитивных показателей: 1) Pleasure (Удовольствие); 2)

Surprise (Удивление); 3) Suddenness (Неожиданность); 4) Relief (Облегчение); 5) Certainty (Уверенность, Определенность); 6) Drive (Азарт) [9].

До недавнего времени в экспериментальных исследованиях инсайта чаще всего использовались классические мыслительные задачи. Например, «9 точек» или «Две веревки» [22, 23]. Такие задачи привлекательны тем, что считались связанными исключительно с процессом инсайтного решения (в противовес аналитическому). Хотя их использование во многом способствовало самой постановке проблемы инсайта, а затем и появлению понятия «инсайтное решение», постепенно подобные исследования стали подвергаться все более последовательной критике [10, 27, 28, 38]. Было показано, что классические инсайтные задачи могут решаться посредством анализа, а их предполагаемый способ решения задан априори, часто участникам нужны дополнительные подсказки, чтобы найти ответ [3, 12]. Эти задачи сложны, зачастую требуют много времени для решения, поэтому далеко не всегда они могут быть использованы в инструментальном эксперименте. Также их решение практически нельзя изучать с помощью методов, требующих большого количества сходных проб, таких как нейровизуализация [3]. Альтернативой использованию классических инсайтных задач является использование более коротких и существенно более простых проблемных ситуаций.

Тест RAT (Remote Associates Test), первоначально разработанный Медником на основе своей ассоциативной теории творческого мышления, — одна из часто используемых процедур оценки конвергентного мышления [24]. Оригинальный RAT включает две группы тестов, каждая из которых состоит из 30 пунктов [24]. Отдельное тестовое задание состоит из трех слов, для которых нужно найти четвертое, связанное с каждым из них. В последние десятилетия ряд исследователей ис-

пользовали эти задачи для изучения поведенческих коррелятов конвергентного мышления [1, 30, 37]. RAT оказался полезным исследовательским инструментом, помогающим прояснить механизмы инсайтного решения. Однако, как оказалось, классические задачи RAT также оказались неподходящими для выявления нейронных коррелятов решения. В целом исследователи столкнулись с несколькими техническими проблемами:

1) RAT, разработанные Медником, обычно достаточно сложны и имеют более одного решения. Это связано с тем, что стандартные задачи RAT могут иметь более одного способа связи слов между собой [5];

2) Имеется сравнительно небольшое количество подобных проблемных ситуаций. Стандартный набор RAT включает только 60 задач, чего недостаточно, чтобы манипулировать экспериментальными переменными и исследовать соответствующие им нейронные корреляты.

Янг-Биман и Боуден разработали новые 144 задачи которые теперь чаще используются в исследованиях [5, 18]. Они получили название Compound Remote Associate (CRA) problems – задачи на отдаленное ассоциирование. В отличие от традиционных RAT задачи CRA могут быть решены только одним способом. Такое изменение имеет как минимум два основных преимущества. С одной стороны, поскольку задачи стали проще и теперь решаются за более короткое время, за одну экспериментальную сессию их можно предъявить гораздо больше. С другой стороны, их простота что позволяет лучше контролировать побочные переменные [5]. Если сравнить классическую задачу «9 точек» с CRA, мы можем обнаружить у первой ряд явных недостатков по сравнению со вторыми. Для решения задачи «9 точек» обычно требуется существенное время, что может вызвать побочные переменные в виде рассеяния внимания, усталости и снижения мотивации из-за нагрузки [14]. Если говорить об исследовании нейронных коррелятов инсайтного решения, то процедура эксперимента предполагает существенное количество повторений, которое не получится реализовать с помощью классических задач. Задача «9 точек» и задания RAT имеют существенные недостатки в этом отношении. С другой стороны, высокая зависимость от особенностей языка создает необходимость разработки отдельных тестов: поэтому наборы CRA были разработаны для 15 языков, включая английский, китайский, немецкий, голландский, иврит, японский, русский и др.

Также стоит отметить, что испытуемые, решая задачи CRA, иногда сообщают об управлении аналитическом поиске ответа, т. е. инсайтное решение не является в этом случае единственным возможным. Для контроля этой переменной применительно к задачам CRA используются метакогнитивные показатели: испытуемых, решавших задачи, просят сообщить, как к ним пришло решение — преимущественно с помощью анализа или в результате инсайта [3, 5, 7]. Другими словами, основываясь на критериях инсайта, их просят

отчитаться, было ли решение неожиданным, пришло ли оно сразу в готовом виде, был ли испытуемый сразу уверен в ответе. Этот методический прием стал частотным в исследованиях.

Инсайтное решение — интересный предмет изучения с помощью инструментальных нейрофизиологических методов. Функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ), функциональная ближняя инфракрасная спектроскопия (fNIRS), а также электроэнцефалография (ЭЭГ) выявили достаточно сложную и неоднозначную картину как в отношении наиболее реактивных областей мозга, так и в отношении наиболее задействованных энцефалографических частотных диапазонов [16, 17, 35]. Также была исследована вызванная (связанная с событиями) активность мозга, ассоциированная с решением инсайтных задач [6, 19, 21]. Однако исследования вызванной активности ограничивались пространством сенсоров, в котором возможности выявления корковых источников наблюдаемых связанных с событиями потенциалов (ССП) ограничены [16, 26], а исследования источников вызванной активности, насколько нам известно, не проводились.

Цель настоящей работы состояла в том, чтобы выяснить, какие из отделов коры, активируемых (по данным фМРТ) в процессе решения инсайтных задач, являясь источниками вызванной активности в условиях индуцированного инсайта — инсайта, вызванного предъявлением готового решения задачи CRA [13]. Исследование вызванной таким образом мозговой активности является одним из электрофизиологических методов, информативных в отношении связанных с инсайтным решением мозговых процессов. В этом случае анализируется активность, вызванная предъявлением слова-подсказки, которое в половине случаев является искомым ответом, а в половине — нерелевантным словом. Этот подход был применен, в частности, в работе Кизирирмак, где с помощью фМРТ исследовались нейронные корреляты инсайтного решения, индуцированного словом-подсказкой. Слово-подсказка (решение либо нерелевантное слово) предъявлялось после короткого периода времени, в течение которого испытуемый пытался самостоятельно найти решение задачи CRA [15]. При этом предполагалось, что слово-подсказка может вызвать либо внезапное осознание решения (если предъявлялось правильное решение), либо оставить испытуемого в состоянии неопределенности (если подсказано нерелевантное слово). Сравнивая обработку мозгом слов-решений и нерелевантных слов, авторы цитируемой работы обнаружили, что индуцированное понимание решения сопровождается активацией ростральной передней поясной извилины/медиальной префронтальной коры (rACC/mPFC), а также левого гиппокампа.

В настоящей работе, опираясь на описанную парадигму, мы проанализировали в пространстве сенсоров связанные с событиями потенциалы (ССП) в ответ на предъявление слова подсказки. Затем, базирываясь на известной из литературы

функциональной анатомии процессов поиска инсайтных решений, мы оценили корковые источники этих ССП в целом ряде корковых областей, относительно которых из нейровизуализационных экспериментов известно, что они принимают участие в решении инсайтных задач [2, 4, 17, 32, 34, 36].

Материалы и методы

В исследование включены студенты в возрасте от 18 до 22 лет, давшие согласие на участие в эксперименте, не имеющие жалоб на ментальное состояние и не стоящие на учете в психоневрологическом диспансере, имеющие нормальное или скорректированное до нормального зрение (отклонения не более 0,5 диоптрий). Все испытуемые были проинформированы о характере предстоящего исследования и дали свое письменное согласие на участие в нем. В ходе эксперимента испытуемые решали задачи на поиск отдаленных ассоциаций (CRA): искали слова, ассоциирующиеся с тремя предъявленными на экране компьютера словами. Использованный набор был разработан сотрудником Лаборатории когнитивных исследований факультета психологии ИОН РАН-ХиГС В.В. Ардисламовым. Всего было использовано 144 задачи (список задач приведен в ПРИЛОЖЕНИИ А). Частотность ответа в русском языке выше 100 ipm и семантическая близость между словами-подсказками и словом-решением выше 0.2, согласно данным Национального корпуса русского языка. Экспериментальная установка состояла из компьютерного электроэнцефалографа (128-каналов, Geodesic EEG System GES 400 Series), объединенного в локальную сеть с отдельно стоящим компьютером (ноутбук с экраном 16.5 дюйма с разрешением 1980x1020 под управлением ОС Xubuntu 22.04 LTS), контролирующим ход эксперимента с помощью управляющей программы. Управляющая программа предъявляла зрительные стимулы, регистрировала двигательные ответы испытуемого и управляла по протоколу TCP/IP

компьютерным электроэнцефалографом, включая и выключая запись ЭЭГ, а также с миллисекундной точностью информируя его о произошедших событиях — начале очередной пробы, моментах предъявления зрительных стимулов и нажатии испытуемым на кнопку. Управляющая программа была реализована в вычислительной среде Octave с использованием функций Psychophysics Toolbox Version 3 (PTB-3).

Методика и процедура эксперимента. Эксперимент включал в себя три этапа. На первом этапе испытуемому давали устную инструкцию, поясняя, какую задачу придется решать, как сообщать о найденном решении, как держать в руках пульт, чтобы минимизировать двигательные артефакты и какие кнопки пульта нажимать в каких случаях. На втором этапе испытуемый в качестве тренировки выполнял короткий блок проб. В течение третьего заключительного этапа испытуемый выполнял блок из 144 проб, в ходе выполнения которого регистрировались поведенческие и электрофизиологические данные.

Проба эксперимента была организована следующим образом (Рис.1). Вначале на экране появлялся фиксационный крест, после чего в центре экрана предъявлялись три слова, для которых требовалось подобрать слово-ответ, связанное с каждым из них. Для поиска решения отводилось фиксированное время 6 секунд. Если до окончания этого периода времени решение было найдено, то испытуемый нажимал кнопку, а затем сообщал (устно) найденное решение экспериментатору. В этом случае проба завершалась. Если решение найдено не было, то испытуемому на экране предъявлялось слово-подсказка, которое в половине случаев было решением задачи (т.е. ассоциацией к трем предъявленным в начале пробы словам), а в половине было нерелевантным словом. Кроме того, в каждом из этих случаев слово-подсказка с равной вероятностью предъявлялось либо в левом (LVF), либо в правом (RVF) полуполе зрения. На этом этапе задачей испытуемого было решить, является ли предъявленное слово-

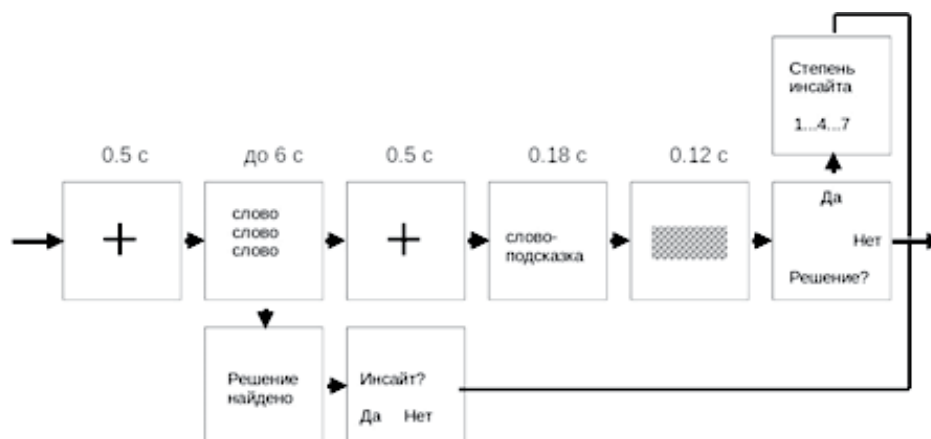


Рис. 1. Последовательность событий в типичной пробе эксперимента
Fig. 1. The sequence of events in an experimental trial

подсказка решением задачи CRA. Для этого он нажимал соответствующую кнопку пульта («Да» или «Нет»). Если испытуемый выбирал вариант «Да», то далее ему предлагалось оценить степень инсайтности своего решения методом субъективного шкалирования — с помощью пульта выбрать одну из цифр 7-балльной шкалы, где «1» соответствовало отсутствию инсайта, а «7» — максимальная степень его выраженности.

Основная (тестовая) сессия эксперимента состояла из одного блока (144 пробы), в которых задачи CRA предъявлялись в квазислучайном, уникальном для каждого испытуемого порядке. На протяжении всего эксперимента регистрировалась электроэнцефалограмма (ЭЭГ) высокой плотности.

Запись и анализ ЭЭГ. ЭЭГ высокой плотности (128 каналов) записывалась при помощи компьютерного электроэнцефалографа (Geodesic EEG System GES 400 Series) в полосе частот 0.1–70 Гц (частота оцифровки 250 Гц) от 129 электродов, расположенных в узлах сетчатого шлема HydroCel GSN (HCGSN), один из которых (вертексный электрод) использовался в качестве референтного. Запись ЭЭГ контролировалась штатной компьютерной программой NetStation, которая, в свою очередь, включалась дистанционно по протоколу TCP/IP управляющей программой — скриптом, реализованным в вычислительной среде Octave.

Для анализа ЭЭГ и в процессе подготовки к нему использовались отдельные материалы и функции системы SPM12, FieldTrip, а также скрипты и функции, разработанные авторами настоящей работы в вычислительной среде Octave / Matlab.

Прежде всего, индивидуальные записи ЭЭГ, созданные штатной программой электроэнцефалографа, преобразовывались в стандартный для Octave/Matlab формат данных (*.mat). На первом этапе подготовки данных индивидуальные записи ЭЭГ анализировались визуально для выявления «плохих» каналов, возникающих при потере соответствующим сенсором электрического контакта с кожным покрытием головы. Номера этих каналов фиксировались и на более поздних этапах анализа, соответствующие сигналы исключались из вычислений.

На следующем этапе с помощью заградительного фильтра из 128-канальной записи ЭЭГ удалялась сетевая наводка 50 Гц вместе с ее гармониками 100 и 150 Гц, осуществлялась полосная фильтрация сигнала в диапазоне от 0.5 до 70 Гц, а затем из непрерывной записи ЭЭГ в районе меток, соответствующих моментам предъявления 3 слов задачи CRA и моменту предъявления слова-подсказки, выделялись отрезки длительностью 200 мс до метки и 800 мс после нее. Из полученных наборов отрезков исключались отрезки содержащие артефакты. Весь отрезок удалялся целиком в автоматическом режиме на основе порогового критерия: отрезок считался артефактным, если (напомним, что постоянная составляющая была удалена за счет полосной фильтрации) амплитуда сигнала превышала 100 мкВ.

Для статистического анализа ЭЭГ в пространстве сенсоров использовалась техника псевдоотведений. Индивидуальные ССП вычислялись не для исходных отведений шлема HCGSN, а для 20 псевдоотведений, соответствующих 8 парам латерально-симметричных отведений (Fp1/2, F3/4, F7/8, C3/4, P3/4, T3/4, P5/6, O1/O2) и четырем сагиттальным отведениям (Fz, Cz, Pz, Oz) схемы 10–20. Сигналы 20 псевдоотведений формировались следующим образом. На шлеме HCGSN были выбраны 20 электродов, соответствующих указанным 20 отведениям схемы 10–20, и для каждого такого электрода выбирались 4 или 5 его ближайших соседей (выбор 4 или 5 соседних каналов определялся соображениями симметрии и компактности — выбранные электроды должны были располагаться на равном расстоянии от центрального). К безартефактным отрезкам ЭЭГ, принадлежащим каждой такой группе каналов (центральному каналу и его 4 или 5 соседям), применялся метод главных компонент, и первая главная компонента (компонента с наибольшей дисперсией) рассматривалась в качестве сигнала, характеризующего скоррелированную активность всей группы каналов. Полученный сигнал масштабировался таким образом, чтобы его средняя квадратичная амплитуда совпадала с таковой для всей группы исходных каналов. Таким образом, в результате описанной процедуры исходная 128-канальная ЭЭГ была заменена на 20 псевдоотведений схемы 10–20, сигналы которых характеризовали ЭЭГ 20 групп реальных отведений на шлеме HCGSN.

Активность корковых источников (токовые диполи) электроэнцефалограммы оценивалась с помощью метода решения обратной задачи электроэнцефалографии для модели распределенных источников, позволяющего преобразовать многоканальную ЭЭГ в дипольные моменты в небольших объемах корковой ткани — вокселях. Для этого (после преобразования каждого 1-секундного отрезка ЭЭГ к усредненному референту) использовался метод eLORETA [29], реализованный вместе с рядом вспомогательных процедур в программном пакете (toolbox) FieldTrip. Поскольку в нашем распоряжении не было ни индивидуальных структурных МРТ-изображений головы, ни положений сенсоров на скальпе, мы использовали стандартную модель головы и среднее положение электродов шлема HCGSN с 129 электродами, доступную в SPM12. Учитывая значительные потенциальные систематические ошибки в определении распределения токовых диполей, мы использовали низкоразмерную версию разбиения коры на воксели (5124 вокселя в стандартной модели коры cortex_5124.surf.gii). Эти данные использовались сначала для вычисления матрицы L (leadfield matrix), связывающей токовые диполи с потенциалом на скальпе (прямая задача электроэнцефалографии), а затем для вычисления восстанавливающей матрицы W (unmixing matrix), позволяющей для каждого момента вре-

Таблица. 1. Используемые в исследовании геометрические центры областей интереса
Table 1. Regions of interest used in the study

Область коры	Обозначение	MNI-координаты центра шара радиусом 10 мм
Область зрительного распознавания слов в веретенообразной извилине	VWFA_FG2_L	-46 -69 -17
Поле Бродмана 7, отдел А, Левая верхняя теменная доля	BA7A_L	-18 -61 64
Поле Бродмана 7, отдел А, Правая верхняя теменная доля	BA7A_R	18 -61 64
Поле Бродмана 7, отдел Р, Левая верхняя теменная доля	BA7P_L	-15 -76 53
Поле Бродмана 7, отдел Р, Правая верхняя теменная доля	BA7P_R	15 -76 53
Передний отдел левой дополнительной моторной области, поле Бродмана 6	BA6_PreSMA_L	-6 8 59
Передний отдел правой дополнительной моторной области, поле Бродмана 6	BA6_PreSMA_R	6 8 59
Левая дополнительная моторная область, поле Бродмана 6	BA6_SMA_L	-6 -12 60
Правая дополнительная моторная область, поле Бродмана 6	BA6_SMA_R	6 -11 56
Поле Бродмана 22, часть зоны Вернике левой верхней височной извилины	BA22_L	-68 -21 3
Поле Бродмана 32, дорсальная часть передней поясной коры	BA32_dACC_L	-6 51 7
Поле Бродмана 24, вентральная часть передней поясной коры	BA24_vACC_L	-5 38 -1
Поле Бродмана 47, отдел Fo7 правой фронто-орбитальной коры	OFC_BA47_Fo7_R	52 39 -12
Поле Бродмана 47, отдел Fo6 правой фронто-орбитальной коры	OFC_BA47_Fo6_R	36 42 -12
Поле Бродмана 44, часть зоны Брока левой нижней лобной извилины	BA44_L_1	-53 11 21
Поле Бродмана 44, часть зоны Брока левой нижней лобной извилины	BA44_L_2	-53 17 7
Поле Бродмана 45, часть зоны Брока левой нижней лобной извилины	BA45_L_1	-55 25 20
Поле Бродмана 45, часть зоны Брока левой нижней лобной извилины	BA45_L_2	-55 29 4
Слуховая область левой верхней височной извилины	STG_TE3_L	-62 -1 -3
Слуховая область левой верхней височной извилины	STG_TE5_L_1	-55 -1 -19
Слуховая область левой верхней височной извилины	STG_TE5_L_2	-58 -3 -21
Слуховая область левой средней височной извилины	MTG_TE5_L	-59 -5 -18
Левая нижняя височная извилина	ITG_L	-47 -5 -43
Левая дорсолатеральная префронтальная кора	dIPFC_L_MFG	-43 30 38
Правая дорсолатеральная префронтальная кора	dIPFC_R_MFG	-43 30 38

мени вычислить токовые диполи в отдельных вокселях корковой ткани по вектору значений потенциала на 129 сенсорах.

В дальнейшем анализе участвовали токовые диполи не во всех вокселях, а только в группах вокселей, принадлежащих выбранным заранее областям интереса (ОИ: от «regions of interests» — ROI).

Для выбора геометрических центров областей интереса (ОИ) использовался стандартный анатомический атлас, входящий в систему SPM12 (SPM Anatomy Toolbox, Version 3.0) [11].

В Табл.1 перечислены все выбранные области интересов, даны их краткие обозначения и приведены MNI-координаты их центров. В качестве

границы области интереса использовалась сфера радиусом 10 мм. В качестве принадлежащих данной области интереса рассматривались все воксели, расположенные внутри такой сферы при условии, что они принадлежали одному и тому же полушарию (если сфера с центром в одном полушарии частично охватывала воксели другого полушария, то последние исключались из области интереса). Дальнейшему анализу подвергались не временные ряды отдельных вокселей, а сигнал, характеризующий активность всех вокселей в представленном центре области интереса. В качестве такого сигнала использовался первый главный компонент (компонент, характеризующий наибольшей дисперсией) разложения всей совокупности временных рядов данной ОИ на главные компоненты (PCA). Таким образом, каждый центр области интереса характеризовался одним сигналом, характеризующим сигналы всех вокселей, принадлежащих этой зоне. В нескольких случаях мы выбирали два центра области интереса в пределах одной анатомической структуры: это связано с тем, что заранее не было ясно, какая именно часть, как правило, геометрически протяженной структуры участвует в обеспечении интересующей нас функции.

Проверка статистических гипотез проводилась с помощью дисперсионного анализа с повторными измерениями и теста Стьюдента для связанных выборок.

Результаты

Вызванные ответы мозга. Пространство сенсоров. Вызванные ответы на предъявление трех слов отчетливо видны на рис. 2 слева. Справа, на Рис.2, показаны карты четырех компонентов ССП с латентностями 112, 216, 296 и 356 мс.

Анализ вызванных предъявлением слова-подсказки ответов в пространстве сенсоров показал наличие 9 компонентов с латентностями 64, 148, 200, 280, 356, 460, 540, 572, 620 мс. Следует подчеркнуть, что в силу интерференции поздних компонентов коркового ответа на слово-подсказку и ранних компонентов ССП на технические зрительные стимулы (маску и следующий за ней вопрос «Решение?», (см. рис.1), термин «компонент» по отношению здесь употребляется достаточно условно.

При предъявлении в каждое из полушарий зрения отдельно для каждого из 9 компонентов (9 значений латентности) был выполнен дисперсионный анализ величины ССП по схеме с повторными измерениями с следующими внутрииндивидуальными факторами: РЕШЕНИЕ (да, нет), ПОЛУШАРИЕ (левое, правое) и ПСЕВДООТВЕДЕНИЕ (7 пар: F7/8 F3/4 T3/4 C3/4 T5/6 P3/4 O1/2). Эта серия тестов выявила всего три формально статистически значимых эффекта.

При предъявлении в левое полушарие зрения было обнаружено тройное взаимодействие РЕШЕНИЕ x ПОЛУШАРИЕ x ПСЕВДООТВЕДЕНИЕ ($F(6, 27) = 3.924$; $p = 0.006$; $\eta^2_p = 0.466$) для значения

латентности 540 мс и двойное взаимодействие РЕШЕНИЕ x ПОЛУШАРИЕ ($F(1, 32) = 4.311$; $p = 0.046$; $\eta^2_p = 0.119$) для значения латентности 572 мс. При предъявлении слова-подсказки в правое полушарие зрения значимым оказалось РЕШЕНИЕ x ПОЛУШАРИЕ x ПСЕВДООТВЕДЕНИЕ ($F(6, 27) = 2.533$; $p = 0.045$; $\eta^2_p = 0.360$) для значения латентности 540 мс.

Вызванные ответы мозга. Пространство источников. При анализе вызванных ответов на слово-подсказку в пространстве источников для каждой из 25 ОИ был выполнен дисперсионный анализ с повторными измерениями с факторами РЕШЕНИЕ (да, нет), ПОЛУПОЛЕ (левое, правое), ЛАТЕНТНОСТЬ (9 уровней). Результаты этой серии тестов приведены в Табл.2.

Кроме того, с целью оценить влияния степени инсайтности на вызванную активность в ОИ для каждой выявления из 25 зон был выполнен дисперсионный анализ по схеме с повторными измерениями с факторами ИНСАЙТНОСТЬ (высокая, низкая) и ЛАТЕНТНОСТЬ (9 уровней). Результаты этой серии тестов приведены в Табл.3.

Обсуждение

Ценные сведения об ансамбле взаимодействующих мозговых структур могло бы дать сравнение вызванной активности, связанной с предъявлением трех слов, и вызванной активности, связанной с предъявлением слова-подсказки. К сожалению, в рамках использованной нами парадигмы это представляется невозможным по двум причинам. Во-первых, три слова предъявляются центрально, а слово-подсказка латерально; и мы видели, насколько существенно вызванный ответ зависит от того, в какое полушарие зрения предъявлено слово. Во-вторых, проблему представляет наличие близко расположенных по времени к моменту предъявления слова-подсказки двух технических зрительных стимулов, которые также вызывают ответ коры головного мозга. Присутствие стимула с вопросом «Решение?» и, в особенности, зрительной маски вызывает наложение ранних компонентов (P100 и N200) этих технических стимулов на поздние компоненты мозгового ответа на слова-подсказку.

Ввиду особенностей эксперимента мы не могли анализировать больший период постстимульной ЭЭГ в случае слова-подсказки, поскольку в том случае, когда оно являлось решением задачи, испытуемый должен был интерактивно в ответ на зрительную стимуляцию оценить степень инсайтности предлагаемого решения. Эти действия вносили существенное искажение в ЭЭГ (в том числе зрительные и двигательные артефакты). Однако исследование доступного нам 800-миллисекундного постстимульного интервала свидетельствует о чувствительности к связанным с инсайтом процессам относительно поздних компонентов ССП. В этом отношении полученные нами результаты качественно согласуются с данными литературы [6, 19, 21]. Однако в отношении задействованных

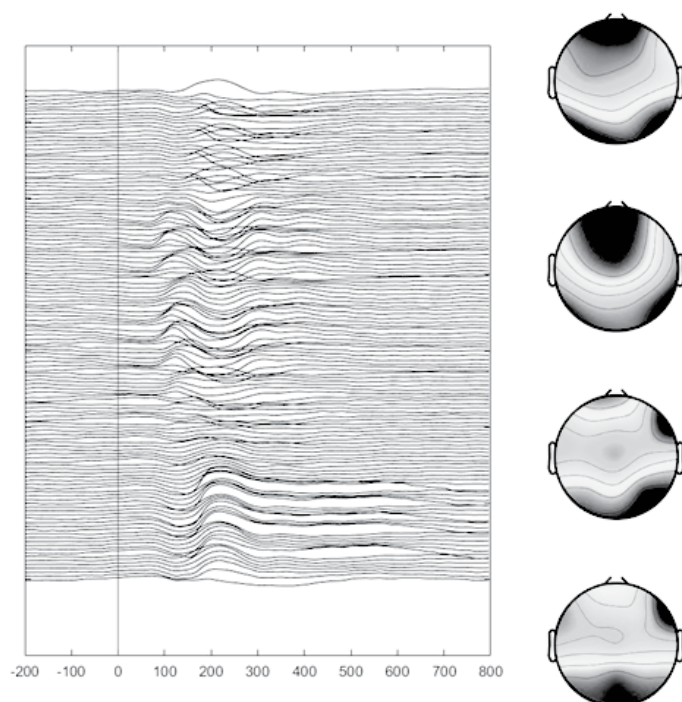


Рис. 2. Потенциалы, связанные с предъявлением слова-подсказки. Слева показаны потенциалы в 128 каналах шлема HCGSN, справа — распределение потенциала на скальпе для четырех значений латентности (сверху-вниз): 112, 216, 296 и 356 мс.

Fig 2. Potentials associated with the presentation of a cue word. On the left are potentials in 128 channels of the HCGSN helmet, on the right is the distribution of the potential across the scalp for four latency values (from top to bottom): 112, 216, 296 and 356 ms.

Таблица 2. Влияние слова-подсказки на вызванную активность в геометрических центрах областей интереса

Table 2. Effect of cue word on evoked activity in the ROI

ОИ	Эффект
BA6_SMA_L	РЕШЕНИЕ x ПОЛУПОЛЕ x ЛАТЕНТНОСТЬ: $F(8, 24) = 3.121$; $p = 0.015$; $\eta^2p = 0.510$
BA22_L	РЕШЕНИЕ x ПОЛУПОЛЕ: $F(1, 31) = 7.895$; $p = 0.009$; $\eta^2p = 0.203$
BA22_L	РЕШЕНИЕ x ЛАТЕНТНОСТЬ: $F(8, 24) = 2.959$; $p = 0.019$; $\eta^2p = 0.497$
BA24_vACC_L	РЕШЕНИЕ x ЛАТЕНТНОСТЬ: $F(8, 24) = 3.451$; $p = 0.009$; $\eta^2p = 0.535$
BA24_vACC_L	РЕШЕНИЕ x ПОЛУПОЛЕ x ЛАТЕНТНОСТЬ: $F(8, 24) = 2.847$; $p = 0.022$; $\eta^2p = 0.487$
OFC_BA47_Fo7_R	РЕШЕНИЕ: $F(1, 31) = 4.844$; $p = 0.035$; $\eta^2p = 0.135$
OFC_BA47_Fo6_R	РЕШЕНИЕ x ПОЛУПОЛЕ x ЛАТЕНТНОСТЬ: $F(8, 24) = 2.848$; $p = 0.022$; $\eta^2p = 0.487$
STG_TE5_L	РЕШЕНИЕ x ЛАТЕНТНОСТЬ: $F(8, 24) = 2.541$; $p = 0.037$; $\eta^2p = 0.459$

Таблица 3. Влияние степени инсайтности, предлагаемого словом-подсказкой решения на вызванную активность в ОИ

Table 3. The influence of the degree of insight produced by the hint word solution, on the evoked activity in the ROI

Области интереса	Эффект
BA32_dACC	ИНСАЙТНОСТЬ: $F(1, 24) = 4.349$; $p = 0.048$; $\eta^2p = 0.153$
OFC_BA47_Fo6_R	ИНСАЙТНОСТЬ: $F(1, 24) = 7.209$; $p = 0.013$; $\eta^2p = 0.231$

энцефалографических отведений наша работа, работа Дж. Чена [6], Дж. Луо [19], С. Лытаева [21] и показали разные результаты. В отношении работы С. Лытаева это можно объяснить тем, что в ней использовалась другая задача — не CRA — испытуемым предъявляли иллюзорное изображение. Что касается исследований работ Дж. Чена и Дж. Луо, то в этих работах при оценке вызванной активности практически не удалялись низкие частоты: в отличие от нашей работы и работы С. Лытаева. Дж. Луо и соавторы оставляли сигнал в полосе от 0.05 до 80 Гц, а Дж. Чен с соавторами — в полосе 0.01 до 100 Гц. [6, 19]. По данным этих двух работ для решений, сопровождаемых «ага-реакцией», по сравнению с теми, где не было такой реакции, был характерен меньший уровень позитивности во всем постстимульном диапазоне латентностей от 0 до 2000 мс. [6].

В настоящей работе при сравнении кортикальной активности, вызванной решением, и той, что вызвана нерелевантным словом, было обнаружено, что чувствительными к такому различию в характере слова-подсказки являются области верхней височной извилины в области зоны Вернике (см. Таблицу 2), области Fо6 и Fо7 правой фронто-орбитальной коры и вентральные отделы передней поясной (цингулярной) коры. Эти результаты хорошо укладываются в известные функции этих кортикальных отделов. Считается, что фронтоорбитальная кора участвует в формировании, связанного с переживанием инсайта сигналом награды, а участие передней поясной коры связано с ее функцией в разрешении когнитивных конфликтных ситуаций [8, 15, 20, 26].

Следует отметить, ограничения настоящего исследования. Во-первых, в нашем распоряжении не было ни индивидуальных структурных МРТ каждого испытуемого, ни точных положений электро-

дов на голове. Использование нами усредненного положения электродов и стандартного структурного МРТ несомненно приводило к смещению положения корковых источников, что при усреднении большой группы участников эксперимента привело к дополнительной вариативности в определении корковых источников.

Во-вторых, нами было выполнено достаточно большое число статистических тестов, что не могло не привести к накоплению ошибки второго рода.

Наконец, буквальное воспроизведение экспериментальной парадигмы из работы Янг-Бимана [13] привело к интерференции между интересующими нас компонентами ССП на слово-подсказку и компонентами следующих за ним технических стимулов — маски и вопроса «Решение?» испытуемому.

Заключение

Различия в кортикальной активности, вызванной предъявлением готового решения проблемы CRA, были обнаружены во фронто-орбитальной коре правого полушария, в верхней височной коре левого полушария вблизи зоны Вернике, и в передней части поясной (цингулярной) коры. Полученные различия находятся в согласии с известными и предполагаемыми функциями задействованных отделов височной, фронто-орбитальной и поясной коры в процессе решения инсайтных задач. Исследование вызванной активности в парадигме CRA при зрительном предъявлении задачи предполагает отсутствие технических зрительных стимулов вблизи момента предъявления слова-подсказки. Судя по литературным данным технические стимулы должны быть задержаны более, чем на 2 секунды относительно момента предъявления слова-подсказки.

Литература / References

1. Ansburg PJ, Hill K. Creative and analytic thinkers differ in their use of attentional resources. *Personality and Individual Differences*. 2003;34(7):1141-1152. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00104-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00104-6)
2. Bartolomé G, Vila S, Torrelles-Nadal C, Blanco E. Right Cortical Activation During Generation of Creative Insights: An Electroencephalographic Study of Coaching. *Frontiers in Education*. 2022;7. <https://doi.org/10.3389/feduc.2022.753710>
3. Bowden EM Et al. New approaches to demystifying insight. *Trends in cognitive sciences*. 2005;9(7):322-328. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.05.012>
4. Bowden EM, Jung-Beeman M. Methods for investigating the neural components of insight. *Methods*. 2007;42(1):87-99. <https://doi.org/10.1016/j.ymeth.2006.11.007>
5. Bowden EM, Jung-Beeman M. Normative data for 144 compound remote associate problems. *Behavior research methods, instruments, & computers*. 2003;35:634-639. <https://doi.org/10.3758/BF03195543>
6. Chen J, Zhang K, Du X, Pan J, Luo J. The Neural Mechanisms of the Effect of Spontaneous Insight on Re-Solution: An ERP Study. *J Intell*. 2023;11(1):10. <https://doi.org/10.3390/jintelligence11010010>
7. Cranford EA, Moss J. Is insight always the same? A protocol analysis of insight in compound remote associate problems. *The Journal of Problem Solving*. 2012;4(2):8. <https://doi.org/10.7771/1932-6246.1129>
8. Danek AH, Flanagin VL. Cognitive conflict and restructuring: The neural basis of two core components of insight. *AIMS Neurosci*. 2019;6(2):60-84. <https://doi.org/10.3934/Neuroscience.2019.2.60>
9. Danek AH, Wiley J. What about False Insights? Deconstructing the Aha! Experience along Its Multiple Dimensions for Correct and Incorrect Solutions Separately. *Front Psychol*. 2017;7:2077. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.02077>

10. Duncker K. On problem-solving. *Psychological monographs*. 1945;58(5): i113. <https://doi.org/10.1037/h0093599>
11. Eickhoff SB, Stephan KE, Mohlberg H, Grefkes C, Fink GR, Amunts K, Zilles K. A new SPM toolbox for combining probabilistic cytoarchitectonic maps and functional imaging data. *Neuroimage*. 2005;25(4):1325-35. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2004.12.034>
12. Fleck I, Jessica I, Robert W Weisberg. «The use of verbal protocols as data: An analysis of insight in the candle problem.» *Memory & cognition* 2004;32: 990-1006. <https://doi.org/10.3758/BF03196876>
13. Jung-Beeman M, Bowden EM, Haberman J, Frymiare JL, Arambel-Liu S, Greenblatt R, Reber PJ, Kounios J. Neural activity when people solve verbal problems with insight. *PloS Biol*. 2004;2(4):E97. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.0020097>
14. Kershaw TC, Ohlsson S. Multiple Causes of Difficulty in Insight: The Case of the Nine-Dot Problem. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*. 2004;30(1):3-13. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.30.1.3>
15. Kizilirmak JM, Thuerich H, Foltz-Schoofs K, Schott BH, Richardson-Klavehn A. Neural Correlates of Learning from Induced Insight: A Case for Reward-Based Episodic Encoding. *Front Psychol*. 2016;7:1693. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01693>
16. Knyazev GG; Ushakov VI; Orlov VA; Malakhov DG; Kartashov SI; Savostyanov AN; Bocharov AV; Velichkovsky BM. EEG and fMRI Correlates of Insight: A Pilot Study. *Symmetry*. 2021;13. <https://doi.org/10.3390/sym13020330>
17. Kounios J, Beeman M. The cognitive neuroscience of insight. *Annu Rev Psychol*. 2014;65:71-93. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115154>
18. Lee CS, Theriault DJ. The cognitive underpinnings of creative thought: A latent variable analysis exploring the roles of intelligence and working memory in three creative thinking processes. *Intelligence*. 2013;41(5):306-320. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2013.04.008>
19. Luo J, Li W, Fink A, Jia L, Xiao X, Qiu J, Zhang Q. The time course of breaking mental sets and forming novel associations in insight-like problem solving: an ERP investigation. *Exp Brain Res*. 2011;212(4):583-591. <https://doi.org/10.1007/s00221-011-2761-5>
20. Luo J, Niki K, Phillips S. The function of the anterior cingulate cortex (ACC) in the insightful solving of puzzles: The ACC is activated less when the structure of the puzzle is known. *J Psychol Chin Soc*. 2004;5:195-213
21. Lytaev S. Long-Latency Event-Related Potentials (300-1000 ms) of the Visual Insight. *Sensors (Basel)*. 2022;22(4):13-23. <https://doi.org/10.3390/s22041323>
22. Maier NRF. Reasoning in humans. I. On direction. *Journal of comparative Psychology*. 1930;10(2):115. <https://doi.org/10.1037/h0073232>
23. Maier NRF. Reasoning in humans. II. The solution of a problem and its appearance in consciousness. *Journal of Comparative Psychology*. 1931;12(2):181-194. <https://doi.org/10.1037/h0071361>
24. Mednick MT, Halpern S. Remote associates test. *Psychological Review*. 1968;2(3). <https://doi.org/10.1002/j.2162-6057.1968.tb00104.x>
25. Metcalfe J. Premonitions of insight predict impending error. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*. 1986;12(4):623-634. <https://doi.org/10.1037/0278-7393>
26. Oh Y, Chesebrough C, Erickson B, Zhang F, Kounios J. An insight-related neural reward signal. *Neuroimage*. 2020;214:116757. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2020.116757>
27. Ohlsson S. Information-processing explanations of insight and related phenomena. *Advances in the psychology of thinking*. 1992;1:1-44.
28. Ohlsson, S. Restructuring revisited: II. An information processing theory of restructuring and insight. *Scandinavian journal of psychology*, 1984;25(2):117-129. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.1984.tb01005.x>
29. Pascual-Marqui RD, Lehmann D, Koukkou M, Kochi K, Anderer P, Saletu B, Tanaka H, Hirata K, John ER, Prichep L, Biscay-Lirio R, Kinoshita T. Assessing interactions in the brain with exact lowresolution electromagnetic tomography. *Philos Trans A Math Phys Eng Sci*. 2011;13:369(1952):3768-84. <https://doi.org/10.1098/rsta.2011.0081>
30. Rowe G, Hirsh JB, Anderson AK. Positive affect increases the breadth of attentional selection. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2007;104(1):383-388. <https://doi.org/10.1073/pnas.0605198104>
31. Salvi C et al. Sudden insight is associated with shutting out visual inputs. *Psychonomic bulletin & review*. 2015;22:1814-1819. <https://doi.org/10.3758/s13423-015-0845-0>
32. Salvi C, Beeman M, Bikson M, McKinley R, Grafman J. TDCS to the right anterior temporal lobe facilitates insight problem-solving. *Sci Rep*. 2020;10(1):946. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-57724-1>
33. Salvi C, Bricolo E, Kounios J, Bowden E, Beeman M. Insight solutions are correct more often than analytic solutions. *Think Reason*. 2016;22(4):443-460. <https://doi.org/10.1080/13546783.2016.1141798>
34. Shen W, Tong Y, Li F, Yuan Y, Hommel B, Liu C, Luo J. Tracking the neurodynamics of insight: A meta-analysis of neuroimaging studies. *Biol Psychol*. 2018;138:189-198. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2018.08.018>

35. Sheth BR, Sandkühler S, Bhattacharya J. Posterior Beta and anterior gamma oscillations predict cognitive insight. *J Cogn Neurosci*. 2009;21(7):1269-79. <https://doi.org/10.1162/jocn.2009.21069>
36. Subramaniam K, Kounios J, Parrish TB, Jung-Beeman M. A brain mechanism for facilitation of insight by positive affect. *J Cogn Neurosci*. 2009;21(3):415-32. <https://doi.org/10.1162/jocn.2009.21057>
37. Vohs KD, Heatherton TF. Self-esteem and threats to self: Implications for self-construals and interpersonal perceptions. *Journal of personality and social psychology*. 2001;81(6):1103. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.6.1103>
38. Wertheimer M., Wertheimer M. *Productive thinking*. New York: Harper; 1959.

Сведения об авторах

Горностаев Игорь Сергеевич — магистрант клинической психологии, стажер-исследователь в научно-исследовательской лаборатории когнитивных исследований Института общественных наук Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ (119571, г. Москва, пр-т Вернадского, д.82, стр.1). E-mail: igor.cognitive.lab@gmail.com

Курганский Андрей Васильевич — д.б.н., старший научный сотрудник в научно-исследовательской лаборатории когнитивных исследований Института общественных наук Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, ведущий научный сотрудник лаборатории математической нейробиологии обучения ФГБУН «Институт высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН» (117485, г. Москва, ул. Бутлерова, 5а). E-mail: akurg@yandex.ru

Вязовкина Варвара Константиновна — выпускник магистратуры факультета психологии Института общественных наук Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ. E-mail: vyazovkinav@yandex.ru

Спиридонов Владимир Феликсович — д.пс.н., профессор, декан факультета психологии, заведующий научно-исследовательской лабораторией когнитивных исследований Института общественных наук Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ. E-mail: vfspiridonov@yandex.ru

Поступила 25.11.2024

Received 25.11.2024

Принята в печать 10.12.2024

Accepted 10.12.2024

Дата публикации 20.03.2025

Date of publication 20.03.2025

Опросник «Опиоидная анозогнозия» — новый тестовый инструмент для оценки анозогнозии у больных с опиоидной зависимостью

Илюк Р.Д.¹, Грановская Е.А.^{1,2}, Бочаров В.В.^{1,2}, Громыко Д.И.¹, Нечаева А.И.¹, Пушина В.В.³, Вукс А.Я.¹,
Крупницкий Е.М.^{1,4}

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

²Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия

³Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

⁴Институт фармакологии им. А.В. Вальдмана ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Россия

Оригинальная статья

Резюме. Степень осознания пациентом своего болезненного состояния при опиоидной зависимости представляет собой ключевой аспект, оказывающий влияние на успешность терапевтических и профилактических вмешательств. Одним из препятствий для изучения опиоидной анозогнозии является нехватка надежных, валидных и общепринятых средств измерения. Целью настоящей работы являлась разработка, валидация и стандартизация самоотчетного опросника для быстрой и комплексной оценки опиоидной анозогнозии. Материал и методы. В исследование включено 92 пациента с синдромом зависимости от опиоидов (F11.20; F11.21). Средний возраст обследуемых составил 39,95 (SD = 4,7) года, длительность опиоидной зависимости — 11,3 (SD = 7,0) года, средний возраст формирования зависимости — 14,0 (SD = 6,0) года. Результаты. Разработана структура опросника, определены утверждения для семи субшкал: неинформированность, непризнание симптомов заболевания, непризнание заболевания, непризнание последствий заболевания, эмоциональное неприятие заболевания, несогласие с лечением, неприятие трезвости.

Проанализированы психометрические свойства опросника, включая внешнекритериальную валидность, тест-ретест надежность, внутреннюю согласованность. Проведена процедура стандартизации опросника. Определены средние эмпирические значения для каждой субшкалы. Установлено, что у опиоидзависимых отмечался преимущественно средний и повышенный уровни анозогнозии. Выводы. Разработанный для оценки анозогнозии при опиоидной зависимости тестовый инструмент представляет собой новый валидизированный и стандартизированный клинико-психологический диагностический опросник. Данная методика позволяет осуществлять комплексную диагностику уровня анозогнозии по отдельным её компонентам и формировать профиль опиоидной анозогнозии. Можно констатировать, что анозогнозия представляет собой сложный многомерный феномен, являющийся одним из характерных проявлений опиоидной зависимости.

Ключевые слова: опиоидная зависимость, опиоидная анозогнозия, шкалы психометрической оценки, некритичность, отношение к болезни.

Информация об авторах:

Илюк Руслан Дмитриевич — e-mail: ruslan.iluk@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6700-0609>

Грановская Елизавета Александровна* — e-mail: elizavetagranovskaya@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-6294-681X>

Бочаров Виктор Викторович — e-mail: bochvikvik@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-0874-4576>

Громыко Дмитрий Иванович — e-mail: dmgrom@list.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3221-3161>

Нечаева Анастасия Игоревна — e-mail: netchaeva.nastya@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2531-8707>

Пушина Валентина Валентиновна — e-mail: vpushina@rambler.ru; <https://orcid.org/0009-0008-1047-488X>

Вукс Александр Янович — e-mail: heiligensee@ro.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6700-0609>

Крупницкий Евгений Михайлович — e-mail: kruenator@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0529-4525>

Как цитировать: Илюк Р.Д., Грановская Е.А., Бочаров В.В., Громыко Д.И., Нечаева А.И., Пушина В.В., Вукс А.Я., Крупицкий Е.М. Опросник «Опиоидная анозогнозия» — новый тестовый инструмент для оценки анозогнозии у больных с опиоидной зависимостью. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:1:53-66. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-949>

Конфликт интересов: Бочаров В.В. является членом редакционного совета, Е.М. Крупицкий — заместитель главного редактора.

Questionnaire «Opioid anosognosia» is a new tool for assessment anosognosia in opioid-dependent patients

Ilyuk R.D.¹, Granovskaya E.A.^{1,2}, Bocharov V.V.^{1,2}, Gromyko D.I.¹, Nechaeva A.I.¹, Pushina V.V.³, Wuks A.Ya.¹, Krupitsky E.M.^{1,4}

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

²Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Russia

³National Research Lobachevsky State University of Nizhny Novgorod, Russia

⁴I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University A.V. Valdman Institute of Pharmacology, Russia

Research article

Summary. The absence of reliable, valid, and widely accepted measurement tools hinders the study of opioid anosognosia. The aim of this study: to develop, validate, and standardize a self-report questionnaire for the rapid and comprehensive assessment of opioid anosognosia. Statistical analyses confirmed the questionnaire's reliability and validity, showing its accuracy in assessing opioid anosognosia and enhancing comprehension of this complex phenomenon. Materials and Methods. The study included 92 patients with opioid dependence syndrome (F11.20; F11.21). The mean age of the participants was 39.95 (SD = 4.7) years, the duration of opioid dependence was 11.3 (SD = 7.0) years, and the mean age of onset of dependence was 14.0 (SD = 6.0) years. Results. The structure of the questionnaire was developed, and statements for seven subscales were defined: unawareness, denial of symptoms of the disease, overall disease denial, denial of the consequences of the disease, emotional non-acceptance of the disease, disagreement with treatment, and non-acceptance of sobriety.

The psychometric properties of the questionnaire were analyzed, including external criterion validity, test-retest reliability, and internal consistency. A standardization procedure for the questionnaire was conducted, and average empirical values were determined for each subscale. Opioid-dependent individuals were found to have moderate to elevated levels of anosognosia. Conclusions. The developed diagnostic tool for assessing anosognosia in opioid dependence is a novel, validated, and standardized clinical-psychological diagnostic questionnaire. This methodology enables a comprehensive diagnosis of the level of anosognosia across its individual components and the creation of a profile of opioid anosognosia. It can be noted that anosognosia is a complex multidimensional phenomenon, which is one of the characteristic manifestations of opioid dependence.

Keywords: opioid dependence, opioid anosognosia, psychometric assessment scale.

Information about the authors:

Ruslan D. Ilyuk — e-mail: ruslan.iluk@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3221-3161>

Elizaveta A. Granovskaya* — e-mail: elizavetagranovskaya@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-6294-681X>

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

Dmitry I. Gromyko — e-mail: dmgrom@list.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3221-3161>

Anastasiia I. Nechaeva — e-mail: netchaeva.nastya@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2531-8707>

Valentina V. Pushina — e-mail: vpushina@rambler.ru; <https://orcid.org/0009-0008-1047-488X>

Alexandr Ya. Wuks — e-mail: heiligensee@ro.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6700-0609>

Evgeny M. Krupitsky — email: kruenator@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0529-4525>

To cite this article: Ilyuk RD, Granovskaya EA, Bocharov VV, Gromyko DI, Pushina VV, Wuks AY, Krupitsky EM. Questionnaire «Opioid anosognosia» is a new tool for assessment anosognosia in opioid-dependent patients. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:1:53-66. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-949> (In Russ.)

Conflict of Interest: Victor V. Bocharov is a member of the editorial board. Evgeny M. Krupitsky is a deputy chief editor.

Мотивация пациента на отказ от употребления психоактивных веществ (ПАВ) является ключевым фактором, определяющим эффективность лечения. Однако, формированию мотивации к лечению мешает анозогнозия — неспособность наркозависимых в достаточной степени осознать своё болезненное состояние [9].

Опиоидная анозогнозия (ОА) — сложный феномен, состоящий из когнитивных, эмоциональных и мотивационно — поведенческих элементов, для изучения которых в отечественной практике применяются как экспериментально-психологические, так и клинические подходы [17].

В частности, когнитивный компонент подразумевает комплекс представлений о болезни, касающихся её различных аспектов (знания о ПАВ, симптомах наркозависимости, негативных последствиях употребления ПАВ, способах и методах лечебного воздействия и их эффективности, прогнозе наркомании и т.д.). Данный компонент формируется с помощью объективных (популярные и научные сведения о заболевании) и субъективных (личные представления, связанные с болезненными проявлениями) знаний. Аффективный компонент включает в себя совокупность эмоциональных процессов, которые возникают в результате заболевания действия болезненных симптомов (например, синдрома отмены). К мотивационно-поведенческому относятся внешние поведенческие реакции и их мотивационные составляющие. Наиболее значимыми из них являются установка на лечение и установка на полный отказ от употребления наркотиков [3].

Для исследования когнитивного компонента анозогнозии в наркологии применяются такие инструменты как: модифицированная методика Дембо-Рубинштейн [20], модифицированный личностный дифференциал [7], тест J. Petry [13]. Следует отметить, что последние две методики позволяют оценить в большей степени не когнитивный компонент анозогнозии, а информированность о заболевании.

К методам, используемым для изучения эмоционального компонента анозогнозии, относится цветовой тест отношений [12].

Мотивационно-поведенческий показатель исследуется посредством теста терапевтических установок [3], методики экспресс-оценки установки на трезвость при алкоголизме [5].

Для определения реакции личности на наркологическое заболевание экспериментаторы обращаются к тесту «Тип отношения к болезни» [1; 6; 11]. Все три компонента анозогнозии оцениваются с помощью Репертуарных решеток Келли [13; 18].

Применение инструментов, изначально не предназначенных для исследования ОА, позволяет лишь косвенно отражать выраженность анозогнозии.

Кроме того, использование большого количества методов, каждый из которых направлен на верификацию определенного компонента анозогнозии, требует как от обследуемого, так и экспериментатора значительных временных затрат.

За рубежом разработан ряд методик, позволяющих исследовать отношение пациентов к своему психическому заболеванию, например: опросник «Инсайт и отношение к лечению» (Insight and Treatment Attitudes Questionnaire) [24], шкала для оценки отсутствия осознания психического расстройства (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) [25], опросник для оценки инсайта (Schedule for the Assessment of Insight) [23]. Для выявления отношения больного к своему наркологическому заболеванию обнаружен только шкала осведомленности и инсайта об употреблении психоактивных веществ (Substance Use Awareness and Insight Scale — SAS) [22]. Инструмент позволяет измерять уровень знаний пациента о своём аддиктивном расстройстве и в основном сфокусирован на оценке осведомленности, знания о негативных последствиях заболевания, необходимости лечения, а также понимания того, что ряд физических или психических симптомов связаны с зависимостью. Вместе с тем данные о надежности шкалы SAS носят предварительный характер, а информация о стандартизации инструмента отсутствует.

Таким образом, как для отечественной, так и для зарубежной наркологии по-прежнему остаётся нерешённым вопрос о способах исследования ОА. На сегодняшний день важной задачей является создание методики, основанной на самоотчете больных, которая позволит получить комплексную оценку ОА.

Целью настоящей работы явилась разработка, валидизация и стандартизация опросника для квалифицированной экспресс-оценки ОА, учитывающей выраженность отдельных компонентов исследуемого феномена.

Дизайн исследования: кросс-секционное, экспериментально-психологическое, аналитическое.

Объект исследования. В исследование включено 92 пациента с диагнозом «Синдром зависимости от опиоидов» (F11.20; F11.21), прошедших детоксикацию и находившихся на стационарном лечении. Больные обследованы в ФГБУ НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева Минздрава России после подписания добровольного информированного согласия. Исследование одобрено локальным этическим комитетом (протокол №4 от 18.04.2013).

Критерии включения. В исследование включались пациенты с синдромом зависимости от опиоидов (F11.20; F11.21) в возрасте 18–60 лет, подписавшие информированное согласие на участие в исследовании и воздерживавшиеся от употребления наркотика не менее 7 дней перед началом исследования.

Критерии невключения. Выраженные когнитивные нарушения; психотическое состояние с диагнозами: шизофрения, эпилепсия, биполярное аффективное расстройство; декомпенсированная соматическая и неврологическая патология; наличие зависимости от других ПАВ (кроме никотина и кофеина). Не включались в исследование пациенты, находившиеся в острой фазе синдрома отмены опиоидов, принимающие психотропные

средства или ПАВ, способные повлиять на оценки в исследовании, а также пациенты, получающие психотерапию.

Этапы исследования: на первом этапе проводились теоретическое обоснование и разработка структуры, а также подбор утверждений для субшкал опросника «Опиоидная анозогнозия», на втором этапе — клиническое и психометрическое обследование пациентов, статистическая обработка полученных данных, анализ психометрических свойств опросника, включая внешнекритериальную валидность, тест-ретест надежность, внутреннюю согласованность. Также выполнялась процедура стандартизации опросника и определялись средние эмпирические значения для каждой субшкалы.

Особенности конструирования опросника

Разработка структуры опросника «Опиоидная анозогнозия». Теоретической основой разработки опросника явились концепция «отношений» В. Н. Мясищева и представления X.F. Amador и A.S. David о структуре отношения больного к психическому заболеванию.

Теория отношений В. Н. Мясищева предполагает рассмотрение любого отношения (в том числе и к болезни) в трёх смысловых ракурсах: когнитивном, эмоциональном и мотивационном. Предлагаемые в рамках клинической парадигмы описания могут касаться как анозогнозии в целом, так и её отдельных компонентов — когнитивного, эмоционального, мотивационно-поведенческого [17]. Когнитивный компонент содержит знания об объекте и субъекте отношения и отражает степень его осознания; эмоциональный — степень позитивности или негативности отношения; мотивационно-поведенческий — побудительные силы и определенные способы реагирования на объект отношения, основанные на знании о субъекте, объекте и эмоциональном отношении к нему [14; 15; 16].

Согласно концепции A.S. David [21], отношение больного к своему психическому заболеванию включает в себя: 1) способность рассматривать свои психические симптомы как патологические; 2) признание у себя болезненного состояния; 3) согласие с лечением. Данный подход получил развитие в работах X.F. Amador [19], который добавил такой компонент как «необходимость понимания связи между изменением социального функционирования и психическим заболеванием».

Основываясь на вышеуказанных концепциях, мы разработали следующие субшкалы в рамках опросника ОА:

1. «Неинформированность» (НИ): может варьироваться от полного отсутствия знаний у больного о медицинских критериях опиоидной зависимости, сопровождающегося наличием разнообразных заблуждений относительно причин возникновения опиоидной зависимости и способов ее лечения, до информированности о медицинской модели наркологического заболевания.

2. «Непризнание симптомов заболевания» (НСЗ): непризнание двух основных симптомов опиоидной зависимости — утраты контроля за потреблением опиоидов и наличия проявлений синдрома отмены. НСЗ может быть выраженным, когда больной с уверенностью отрицает наличие абстинентных расстройств и утрату количественного контроля; невыраженным (отсутствующим) — когда пациент признаёт существование симптомов заболевания; промежуточным — в случае амбивалентности оценки в наличии данных признаков.

3. «Непризнание заболевания» (НЗ): колеблется от полного отрицания существования опиоидной зависимости больным до безоговорочного принятия факта заболевания. Промежуточный вариант регистрируется в случае признания себя больным в порядке частичных уступок врачу, окружающим.

4. «Непризнание последствий заболевания» (НПЗ): варьируется от выраженного нежелания или неспособности анализировать характер имеющихся проблем и их связи со злоупотреблением опиоидами до полного развёрнутого признания медицинских, психологических и социальных проблем, связанных с зависимостью. Промежуточный вариант фиксируется при недооценке больным существующих проблем и/или при попытках отнести часть создаваемых опиоидной зависимостью проблем за счёт других обстоятельств.

5. «Эмоциональное неприятие заболевания» (ЭНЗ) встречается в следующих вариантах: выраженное ЭНЗ, в случае безразличия или возмущения по отношению к своему наркологическому диагнозу или факту обращения за наркологической помощью; промежуточное — при наличии недостаточной озабоченности по поводу своего заболевания в целом или отдельных его аспектов; невыраженное (отсутствующее) — если больной высказывал адекватную обеспокоенность фактом заболевания и его последствиями.

6. «Несогласие с лечением» (НЛ): выраженное НЛ наблюдается при негативном отношении к лечению и отказе от предлагаемой терапии; промежуточное — если имеется пассивное отношение к лечению; невыраженное (отсутствующее) — когда фиксируется позитивное отношение к лечению.

7. «Непринятие трезвости» (НТ): выраженное НТ отмечается при отсутствии готовности вести трезвый образ жизни; промежуточное — в случаях высказывания необходимости трезвости, но без попыток решения связанных с этим проблем; невыраженное — если отмечается желание вести трезвую жизнь с пониманием сложности проблемы и готовностью ее решать.

Субшкалы № 1 (НИ), 2 (НС), 3 (НЗ), 4 (НПЗ) являются когнитивными; № 5 (ЭНЗ) — эмоциональной; № 6 (НЛ) и № 7 (НТ) — мотивационными.

Возможность выделения отдельных субшкал подтверждалась мнением экспертов и анализом употребления специфических терминов в клинической сфере для описания отношения больных к опиоидной зависимости (например, «социальная критика болезни» или «формальная критика» — т. Е. без соответствующей эмоциональной реакции).

Подбор утверждений для субшкал опросника.

В процессе разработки опросника были выявлены утверждения пациентов, которые подтверждают, по мнению экспертов-наркологов, наличие ОА. Также при подборе утверждений для теста был проведен содержательный анализ положений, связанных с анозогнозичным типом отношения (методика «Тип отношения к болезни») [4].

Утверждения опросника сформулированы в прямой и обратной личной грамматической форме. Они предлагают больному оценить наличие или отсутствие у себя различных проявлений опиоидной зависимости.

Особое внимание в процессе разработки утверждений уделялось следующим характеристикам: 1) отсутствие осуждающего характера (т.к. это может провоцировать усиление защитных тенденций при заполнении методики); 2) универсальность наиболее общих («обязательных») признаков опиоидной зависимости, что позволит применять данный опросник у больных с различными формами и типами течения опиоидной зависимости; 3) доступность (отсутствие необычной или профессиональной лексики).

Методика применения опросника «Опиоидная анозогнозия». Перед непосредственным заполнением опросника пациента информируют о целях проведения исследования. Время заполнения не ограничивается, в среднем составляет 20–25 минут. Исследование можно проводить одновременно с несколькими испытуемыми при условии, что они не будут совещаться друг с другом. Пациенту предлагается ответить, насколько он согласен с каждым из 34 приведенных утверждений. После заполнения испытуемым опросника проводится анализ полученных данных и их интерпретация. За каждый ответ «согласен» на прямой вопрос начисляется три балла, за ответ «не согласен» — один балл. За каждый ответ «согласен» на обратный вопрос начисляется один балл, за ответ «не согласен» — три балла. Ответы «не уверен» как на прямые, так и на обратные вопросы оцениваются в два балла. Распределение утверждений на прямые и обратные и по субшкалам проводится с помощью «ключей». Далее осуществляется интерпретация результатов в соответствии со шкальными значениями.

Методы исследования

Для обследования пациентов с зависимостью от опиоидов была разработана клиническая карта, которая включала в себя социально-демографические показатели, клинические параметры (длительность опиоидной зависимости, средний возраст формирования зависимости, уровень толерантности, количество предшествующих обращений за медицинской помощью, наличие и длительность ремиссий, инициатива лечения и т. д.).

Для изучения перекрестной валидности сконструированной методики использовались следующие инструменты:

Визуальная аналоговая шкала патологического влечения к опиоидам (ВАШПВО), градуированная от 0 до 10 баллов, применялась для измерения субъективной оценки патологического влечения к опиоидам в момент обследования [17; 20].

Визуальная аналоговая шкала атрибуции опиоидной зависимости (ВАШАОЗ), градуированная от 0 до 10 баллов, применялась для измерения субъективной оценки принадлежности обследуемого к категориям, находящимся в континууме «абсолютный трезвенник — опиоидзависимый» [17; 20].

Шкала готовности к изменению и стремления к лечению (SOCRATES) (Miller W.R., Tonigan J.S., 1996), использовалась для определения степени готовности к изменениям поведения, связанного с употреблением ПАВ, у пациентов с синдромом зависимости от опиоидов по трем факторам — «Осознание», «Амбивалентность», «Действие» [8; 26].

Статистический анализ. Обработка исходной информации осуществлялась посредством программ «SPSS 19» и «Excel». Проверка нормальности распределения проводилась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Корреляционный анализ с использованием рангового коэффициента-Спирмена применялся для оценки дифференцирующей силы утверждений, внешнекритериальной и перекрестной валидности, тест-ретест надежности опросника и для изучения связи между значениями субшкал ОА и психологическими характеристиками больных. Проверка согласованности утверждений опросника между собой внутри каждой субшкалы проводилась с применением коэффициента α -Кронбаха. Для определения нормальности распределения частот утверждений по каждой из субшкал осуществлялась процедура нормализации средним (Z-нормализация). Для количественных признаков приведены средние (M) и стандартное отклонение (SD), для качественных признаков — частоты в абсолютных числах и процентном соотношении от общего числа респондентов. При анализе результатов использовался уровень значимости $p \leq 0,05$.

Результаты исследования

Общая характеристика исследуемой группы. В исследование были включены 88 мужчин (95,65%) и 4 женщины (4,35%) с диагностированным синдромом зависимости от опиоидов (F11.20; F11.21), воздержавшиеся от употребления ПАВ в течение 11,55 дней (SD = 8,0). Средний возраст участников составил 39,95 года (SD = 4,7), средняя длительность синдрома зависимости от опиоидов — 14,0 года (SD = 6,0). Возраст начала развития синдрома зависимости от опиоидов оценивался в 20,91 лет (SD = 4,5). Среднее количество лечений за всю жизнь составило 2,25 (SD = 3,6), количество ремиссий — 5,31 (SD = 5,5), а суммарная длительность всех ремиссий — 56,94 месяцев (SD = 48,9).

На момент обследования женаты или замужем были 17 человек (18,48%), сожительствовали с партнёром 20 респондентов (21,74%), холосты 56 (60,87%). Официально трудоустроены 38 пациентов (41,3%), при этом полный рабочий день был у 21 респондента (22,82%); неполный рабочий день — у 17 обследованных (18,47%); случайные заработки — у 44 человек (47,82%); 10 респондентов (10,87%) проживали на попечении родственников и близких.

У 95,7 % пациентов был диагностирован гепатит С, у 18,5% — гепатит В, у 62% — ВИЧ-инфекция.

Результаты, полученные с помощью визуально аналоговых шкал и шкалы готовности к изменению и стремления к лечению. Анкетирование с использованием визуальных аналоговых шкал и SOCRATES было выполнено среди 47 (51,09%) из 92 обследованных пациентов.

Показатели «Визуально аналоговой шкалы патологического влечения к опиоидам» у 76,6% ($n = 36$) пациентов находились в диапазоне от 6 до 10 баллов ($M = 7,7$; $SD = 1,5$). Значения ВАШП-ВО у 23,4% ($n = 11$) опрошенных были менее 5 баллов ($M = 3,1$; $SD = 0,75$), что свидетельствует о склонности большинства пациентов признавать свою зависимость от опиоидов и идентифицировать себя как зависимых.

Данные «Визуально аналоговой шкалы атрибуции опиоидной зависимости»: у 36,17% ($n = 17$) пациентов количество набранных баллов было в диапазоне от 6 до 10 ($M = 6,1$; $SD = 0,8$), у 63,83% ($n = 30$) значения параметра влечения были менее 5 баллов ($M = 4,3$; $SD = 1,4$). Это указывает на отсутствие или низкую выраженность патологического влечения к опиоидам.

При изучении *степени готовности к изменениям поведения, связанного с употреблением наркотических веществ (SOCRATES)*, выявлено:

1. Субшкала «Осознание»: у 72,34% ($n = 34$) обследуемых количество набранных баллов находилось в диапазоне от 10 до 30 ($M = 16,47$; $SD = 8,1$). Эти показатели соответствуют низкому уровню осознания и указывают на тенденцию пациентов отрицать наличие проблем, связанных с наркотизацией, а также непринятие ими диагноза «зависимость» и отсутствие желания изменений. 17,02% ($n = 8$) респондентов набрали баллы, находящиеся в диапазоне от 40 до 50 ($M = 45,0$; $SD = 5,3$). У 10,64% ($n = 5$) показатель по данной субшкале был высоким и находился в диапазоне от 60 до 70 баллов ($M = 68,0$; $SD = 4,4$). Следовательно, обследуемые признавали проблемы, сопряженные с употреблением ПАВ, проявляли желание внести позитивные изменения в свою жизнь и осознавали, что вред от употребления ПАВ будет прогрессировать, если не наступят изменения.

2. Субшкала «Амбивалентность»: значения изучаемого параметра в диапазоне от 10 до 30 баллов ($M = 28,2$; $SD = 3,9$) наблюдалось у 36,17% ($n = 17$) испытуемых: респонденты задавались вопросом, является ли их употребление наркотиков проблемой, а выраженность их сомнений и

размышлений относительно своего употребления наркотических веществ была низкой. У 25,53% ($n = 12$) показатель амбивалентности находился в среднем диапазоне от 40 до 50 баллов ($M = 44,0$; $SD = 5,1$). 17,02% ($n = 8$) получили высокие значения по данной шкале — 60 баллов. У 21,28% ($n = 10$) отмечались очень высокие результаты от 80 до 90 баллов ($M = 82,0$; $SD = 4,2$), что указывает на наличие у пациентов выраженных противоречивых чувств по поводу своей наркотизации, в частности, насколько они сохраняют контроль над употреблением и причиняют ли тем самым боль другим людям.

3. Субшкала «Действие»: у 48,94% ($n = 23$) опрошенных баллы варьировались от 10 до 30 ($M = 17,3$; $SD = 13,6$), конкретные действия по изменению своего употребления наркотических веществ были слабо выражены, а вероятность их совершения в ближайшем будущем маловероятна. 19,15% ($n = 9$) продемонстрировали результаты, которые соответствовали среднему уровню: 40–50 баллов ($M = 44,4$; $SD = 5,2$). У 27,66% ($n = 13$) пациентов по данной субшкале выявлены высокие показатели от 60 до 70 баллов ($M = 64,1$; $SD = 5,1$), а 4,25% ($n = 2$), получили очень высокие оценки от 80 до 90 баллов ($M = 85,0$; $SD = 0$). Это указывает на то, что респонденты предпринимали активные усилия для того, чтобы изменить характер своего потребления наркотиков с целью предотвращения негативных последствий, вместе с тем им была необходима поддержка или помощь в реализации этих намерений.

Результаты ИТЕМ-анализа опросника. ИТЕМ-анализ включал в себя:

1) *Исследование трудности утверждений.* Установлено, что опросник «Опиоидная анозогнозия» содержит 1 сложное утверждение: №34 «Я могу справиться со своей болезнью без медицинской помощи», относящееся к субшкале «Несогласие с лечением». В данном вопросе респонденты по большей части выбрали ответ «Не уверен», что предполагает промежуточную степень согласия. Все остальные утверждения имеют средний уровень сложности.

2) *Определение дифференцирующей силы каждого утверждения:* выявлены статистически значимые положительные корреляционные связи между значениями каждого утверждения опросника и суммарным показателем соответствующей субшкалы. Закономерность продемонстрирована для субшкал «Неинформированность», «Непризнание симптомов заболевания», «Эмоциональное непризнание заболевания» (Табл.1). Только 4 утверждения: №10: «У меня пока нет серьезных причин полностью отказываться от наркотиков» (из субшкалы «Неприятие трезвости»); №11: «Из-за моей наркотизации не страдает никто из моих родных» (из субшкалы «Непризнание последствий заболевания»); №16: «Я не нуждаюсь в лечении по поводу наркомании» (из субшкалы «Несогласие с лечением»); №34: «Я могу справиться со своей болезнью без медицинской помощи» (из субшкалы

Таблица 1. Корреляции между общим значением по субшкалам опросника «Опиоидная анозогнозия» и каждым из утверждений
Table 1. Correlations between the total score on the «Opioid Anosognosia» Questionnaire subscales and each of the statements

Номер субшкалы	1 (НИ)	2 (НС)	3 (НЗ)	4 (НПЗ)	5 (ЭНЗ)	6 (НЛ)	7 (НТ)
Диапазон корреляции между каждым пунктом субшкалы и общим значением по этой субшкале	0,34–0,70	0,90	0,51–0,75	(0) 0,75–0,83	0,24–0,83	(0) (0) 0,40–0,80	(0) 0,26– 0,84

Примечание. Коэффициент корреляции Спирмена $p < 0,001$ для всех значений таблицы.

0 — нулевые корреляции по утверждениям №10; №11; №16; №34

Note: Spearman's correlation coefficient $p < 0.001$ for all values in the table.

0 — zero correlations for statements №10; №11; №16; №34

Таблица 2. Значения альфа Кронбаха для субшкал опросника «Опиоидная анозогнозия»
Table 2. Cronbach's alpha values for subscales of the «Opioid Anosognosia» Questionnaire

№ Субшкалы	1 (НИ)	2 (НС)	3 (НЗ)	4 (НПЗ)	5 (ЭНЗ)	6 (НЛ)	7 (НТ)
Альфа Кронбаха	0,81	0,82	0,85	0,77	0,75	0,83	0,77

Примечание. Коэффициент корреляции Спирмена $p < 0,001$ для всех значений таблицы.

Note: Spearman's correlation coefficient $p < 0.001$ for all table values.

Таблица 3. Корреляции между общим значением по субшкалам опросника «Опиоидная анозогнозия» и экспертными оценками
Table 3. Correlations between the total score on the «Opioid Anosognosia» Questionnaire subscales and expert ratings

№ Субшкалы	1 (НИ)	2 (НС)	3 (НЗ)	4 (НПЗ)	5 (ЭНЗ)	6 (НЛ)	7 (НТ)
Коэффициент корреляции между результатами заполнения опросника и экспертными оценками	0,60	0,31	0,63	0,59	0,53	0,87	0,60

Примечание. Коэффициент корреляции Спирмена $p < 0,001$ для всех значений таблицы.

Note: Spearman's correlation coefficient $p < 0.001$ for all table values.

«Несогласие с лечением») имели нулевую корреляцию с общими значениями по соответствующей субшкале (все остальные утверждения статистически значимо коррелировали в диапазоне 0,24–0,90). Тем не менее данные утверждения не были исключены в связи с тем, что они могут иметь диагностическое значение при изучении других контингентов больных с опиоидной зависимостью. Каждое утверждение опросника имело больший коэффициент корреляции r с суммарным показателем по субшкале, в составе которой оно находилось, чем с шестью другими суммарными показателями по остальным шести субшкалам.

3) *Результаты изучения внутренней согласованности* (альфа Кронбаха). Значения коэффициента альфа Кронбаха для субшкал опросника представлены в Табл.2. Полученные данные свидетельствуют о том, что внутренняя согласованность субшкал разработанного опросника достаточна. Таким образом, субшкалы опросника имеют внутренне согласованную структуру, а результаты ИТЕМ-анализа могут быть оценены как удовлетворительные.

Результаты исследования валидности и надежности опросника. Были изучены следующие

виды валидности: *содержательная, внешнекритериальная и перекрестная.*

Содержательная валидность. Каждое утверждение опросника подвергалось анализу, цель которого состояла в том, чтобы соотнести его с теоретическим пониманием ОА. Выбор утверждений и распределение их по субшкалам производились согласованно пятью высококвалифицированными врачами-наркологами, выступающими в качестве экспертов.

Внешнекритериальная валидность. Независимая экспертная оценка уровня анозогнозии проводилась двумя врачами-наркологами у каждого испытуемого по семи субшкалам в континууме от 1 до 3 баллов (невывраженная, умеренная, вывraженная). В исследование включались только те обследуемые, относительно которых совпадала независимая экспертная оценка по всем субшкалам.

Установлены статистически значимые положительные корреляционные связи между результатами заполнения опросника и экспертными оценками (Табл.3).

Перекрестная валидность. Сопоставление результатов заполнения методики «Опиоидная

анозогнозия» и данных, полученных с помощью ВАШАОЗ, ВАШПВО и SOCRATES показало, что с первыми двумя шкалами коррелируют все субшкалы опросника «Опиоидная анозогнозия», кроме субшкалы «Непринятие трезвости». Чем менее выражен показатель по визуальным аналоговым шкалам, тем выше значения ОА, что верифицирует перекрестную валидность опросника. Субшкала «Осознание» (SOCRATES) положительно коррелирует со всеми субшкалами ОА, кроме «Непринятие трезвости». Субшкала «Амбивалентность» имеет отрицательные корреляции со шкалами «Эмоциональное принятие заболевания» и «Непринятие трезвости». Субшкала «Действие» имеет положительную корреляцию со шкалой «Непризнание последствий заболевания». Данные взаимосвязи также свидетельствуют о перекрестной валидности опросника (Табл.4).

Результаты исследования надежности теста. У 30 больных опросник применялся дважды с интервалом от 2 до 7 дней. В данном промежутке времени определяемый экспертами уровень ОА по всем субшкалам оставался у всех больных неизменным. Представленные данные (Табл.5) демонстрируют достаточно высокую «тест–ретест» надежность опросника ОА.

Шкальная оценка уровня выраженности анозогнозии

Для каждой из субшкал выделены следующие уровни выраженности анозогнозии.

Для субшкалы №1 «Неинформированность» шкальная оценка «-2» соответствует отсутствию или низкому уровню анозогнозии, «-1» — пониженному, «0» — среднему, «1» — повышенному (номера утверждений: 24*, 31).

Для субшкалы №2 «Непризнание симптомов заболевания» шкальная оценка «-1» соответствует отсутствию анозогнозии, «0» — среднему, «1» — повышенному (номера утверждений: 2*, 33*).

Для субшкалы №3 «Непризнание заболевания» шкальная оценка «-2» соответствует отсутствию или низкому уровню анозогнозии, «-1» — пониженному, «0» — среднему, «1» — повышенному, «2» — высокому уровню анозогнозии (номера утверждений: 5, 8, 15*, 20).

Для субшкалы №4 «Непризнание последствий заболевания» шкальная оценка «-2» соответствует отсутствию или низкому уровню анозогнозии, «-1» — пониженному, «0» — среднему, «1» — повышенному (номера утверждений: 1*, 4*, 11, 13*, 21*).

Для субшкалы №5 «Эмоциональное принятие заболевания» шкальная оценка «-2» соответствует отсутствию или низкому уровню анозогнозии,

Таблица 4. Корреляции между значениями по субшкалам опросника «Опиоидная анозогнозия» и результатами заполнения визуально аналоговой шкалы патологического влечения к опиоидам (ВАШПВО), визуально аналоговой шкалы атрибуции опиоидной зависимости (ВАШАОЗ) и шкалы готовности к изменению и стремления к лечению (SOCRATES)

Table 4. Correlations between the Opioid Anosognosia Questionnaire subscale scores and the results of the visual analog scale of pathological craving to opioids (VASPO), the visual analog scale of opioid dependence attribution (VASHOZ), and the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES).

	1 (НИ)	2 (НС)	3 (НЗ)	4 (НПЗ)	5 (ЭНЗ)	6 (НЛ)	7 (НТ)
ВАШПВО	-0,76**	-0,76**	-0,41**	-0,36*	-0,38**	-0,39**	0
ВАШАОЗ	-0,74**	-0,74**	-0,41**	-0,35*	-0,36*	-0,38**	0
SOCRATES: Осознание	0,481**	0,481**	0,39**	0,65**	0,30*	0,60**	0
SOCRATES: Амбивалентность	0	0	0	0	-0,29*	0	-0,29*
SOCRATES: Действие	0	0	0	0,36*	0	0	0

Примечание. Коэффициент корреляции Спирмена: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Note: Spearman correlation coefficient: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Таблица 5. Коэффициент надежности по показателю «тест–ретест» по субшкалам опросника «Опиоидная анозогнозия» (n = 92)

Table 5. Test-retest reliability coefficient for the Opioid Anosognosia Questionnaire subscales (n = 92)

№ Субшкалы	1 (НИ)	2 (НС)	3 (НЗ)	4 (НПЗ)	5 (ЭНЗ)	6 (НЛ)	7 (НТ)
Коэффициент надежности по показателю «тест–ретест» по субшкалам опросника «Опиоидная анозогнозия»	0,84	0,96	0,92	0,91	0,97	0,90	0,84

Примечание. Коэффициент корреляции Спирмена $p < 0,001$ для всех значений таблицы.

Note: Spearman's correlation coefficient $p < 0.001$ for all table values.

«-1» — пониженному, «0» — среднему, «1» — повышенному, «2» — высокому уровню анозогнозии (номера утверждений: 23*, 25*, 26, 27, 29, 30*, 32*).

Для субшкалы №6 «Несогласие с лечением» шкальная оценка «-2» соответствует отсутствию или низкому уровню анозогнозии, «-1» — пониженному, «0» — среднему, «1» — повышенному, «2» — высокому уровню анозогнозии (номера утверждений: 12*, 16, 22*, 28, 34).

Для субшкалы №7 «Непринятие трезвости» шкальная оценка «-2» соответствует отсутствию или низкому уровню анозогнозии, «-1» — пониженному, «0» — среднему, «1» — повышенному, «2» — высокому уровню анозогнозии (номера утверждений: 3, 6*, 7, 9*, 10, 14*, 17, 18, 19).

Примечание. * — Обратные вопросы.

Средние эмпирические значения субшкал опросника по данным частотного анализа

1. «Неинформированность». У 71,74% опрошенных пациентов (66 испытуемых) получены результаты, находящиеся в среднем (35,87%, $n = 33$) и повышенном (35,87%, $n = 33$) диапазоне субшкалы, пониженный отмечался у 9,78% ($n = 9$) респондентов, низкий уровень анозогнозии или ее отсутствие — у 18,48% ($n = 17$). Наиболее диагностически чувствительным утверждением было №31 «После длительного воздержания возможно умеренное потребление без последствий и проблем». На него 69,57% ($n = 64$) ответили «согласен» (53,26%, $n = 49$) или «не уверен» (16,3%, $n = 15$), 30,43% ($n = 28$) дали ответ «не согласен». По данной субшкале в среднем диапазоне преобладали представления о том, что опиоидная зависимость не является заболеванием и существует возможность умеренно употреблять опиоиды. Обратное утверждение №24 «Одна из главных целей наркологического лечения — добиться, чтобы зависимый от наркотиков полностью отказался от наркотических веществ или длительно воздержался от их употребления» с диагностической точки зрения оказалось среднечувствительным — ровно 50% ($n = 46$) испытуемых дали ответ «согласен», 4,35% ($n = 4$) — «не уверен», 45,65% ($n = 42$) — «не согласен». То есть пациенты осознавали необходимость прекращения потребления наркотиков, но в то же время допускали мысль о возможности умеренного употребления после периода воздержания. В целом, заполняя субшкалу «Неинформированность», обследуемые продемонстрировали противоречивые представления о том, что опиоидная зависимость является болезнью и что существует возможность контролируемого употребления опиоидов.

2. «Непризнание симптомов заболевания». 46,65% ($n = 42$) испытуемых, заполнивших опросник, дали ответы, соответствующие отсутствию анозогнозии, 13,04% ($n = 12$) — среднему уровню анозогнозии, 41,3% ($n = 38$) — повышенному уровню анозогнозии. Пациенты противоречиво воспринимали наличие у себя симптомов забо-

левания. На утверждения №2 «У меня возникает потребность принять наркотическое вещество с целью предупреждения ломки или облегчения состояния» 48,91% ($n = 45$) дали ответ «согласен», 7,61% ($n = 7$) — «не уверен», 43,48% ($n = 40$) — «не согласен». 53,26% ($n = 49$) согласились с утверждением №33 «Если я вовремя не принял наркотическое вещество, у меня отмечается ухудшение физического и психического состояния», 3,26% ($n = 3$) выбрали вариант «не уверен», 43,48% ($n = 40$) — «не согласен». Следовательно, высокий процент ответов «согласен» в утверждениях №2 и №33 может указывать на понимание потребности приёма наркотических веществ для смягчения «ломки» или облегчения состояния у определенной группы пациентов. В то же время высокий процент ответов, выражающих несогласие по данным вопросам, может указывать на то, что не все пациенты признают факт ухудшения физического и психического состояния с прекращением употребления наркотика или снижением его дозы.

3. «Непризнание заболевания». По данной субшкале повышенный уровень анозогнозии был обнаружен у 44,57% ($n = 41$) участников, средний уровень — 17,39% ($n = 16$), пониженный уровень — 29,35% ($n = 27$), низкий уровень — 8,69% ($n = 8$). Наиболее диагностически значимым утверждением являлось №5 «Я считаю, что родственники и врачи преувеличивают мою зависимость от наркотиков», с которым согласились 53,26% ($n = 49$), 16,3% ($n = 15$) дали ответ «не уверен», 30,43% ($n = 28$) — «не согласен». В основном повышение среднего значения по субшкале происходило за счёт выбора варианта ответа «не уверен» в остальных утверждениях. Например, на утверждение №8 «Напрасно родственники и врачи считают меня наркоманом» 38,04% ($n = 35$) ответили «согласен» и 18,48% ($n = 17$) — «не уверен», 43,48% ($n = 40$) — «не согласен». Таким образом, у большинства пациентов отмечается повышенный уровень анозогнозии. Опиоидзависимые склонны отрицать свое заболевание, полагая, что их проблема переоценена родственниками и врачами. Заметно, что ответ «не уверен» играет ключевую роль в формировании среднего уровня анозогнозии. Это может указывать на некоторые колебания во мнениях респондентов по вопросу признания своей зависимости.

4. «Непризнание последствий заболевания». 32,61% ($n = 30$) испытуемых дали ответы, соответствующие повышенному уровню, 32,61% ($n = 30$) — среднему уровню, 31,52% ($n = 29$) — пониженному уровню, 3,26% ($n = 3$) — низкому или отсутствию анозогнозии. Стоит отметить наличие противоречивых ответов. На утверждение №1 «Употребление мною наркотиков плохо влияет на отношения в семье» большинство респондентов (51,09% ($n = 47$)) выбрали ответ «согласен», 48,91% ($n = 45$) — «не согласен». Однако на обратное утверждение №11 «Из-за моей наркотизации не страдает никто из моих родных» только 22,83% ($n = 21$) ответили «не согласен», 10,87%

($n = 10$) — «не уверен», 66,3% ($n = 61$) — «согласен». Выборка разделилась пополам в вопросе влияния наркотизации на психическое и физическое состояния. В вопросе №13 «Мое физическое и психическое здоровье ухудшилось из-за употребления наркотиков» 45,65% ($n = 42$) выбрали ответ «согласен», 4,35% ($n = 4$) — «не уверен», 50% ($n = 46$) «не согласен». В вопросе касательно профессиональной деятельности, №21 «Моя работа (учеба) страдает из-за употребления мною наркотиков», 52,17% пациентов (48 испытуемых) выбрали варианты ответов «согласен» (30,43%, $n = 28$) и «не уверен» (19,57, $n = 18$), ответ «не согласен» выбрало 47,83% ($n = 44$) выборки. Субшкала «Непризнание последствий заболевания» выявила разнонаправленные тенденции в ответах респондентов относительно влияния наркотиков на различные сферы их жизни. Большинство опрошенных проявляют формальное признание негативных последствий своей наркотической зависимости, особенно в отношении семейных связей, при этом присутствует значительное противоречие в оценках осознания этих последствий.

5. «Эмоциональное принятие заболевания». 32,61% ($n=30$) всех испытуемых, заполнивших опросник, предоставили ответы, располагающиеся в среднем диапазоне субшкалы, 5,43% ($n=5$) — низкий/отсутствие, 28,26% ($n = 26$) — пониженный уровень, 21,74% ($n = 20$) — повышенный уровень, 11,96% ($n = 11$) — высокий уровень. Диагностически не значимыми утверждениями являлись: №29 «Я недоволен тем, что меня лечат от наркомании», №30 «Я огорчен тем, что попал в зависимость от наркотиков», №32 «Меня тревожат проблемы, которые вызваны моей наркотизацией». Большую диагностическую значимость имело утверждение №26 «Я не доволен тем, что родные и врачи считают меня больным наркоманией»: ответ «не согласен» выбрали 44,56% ($n = 41$), «не уверен» — 18,48% ($n = 17$), «согласен» — 36,96% ($n = 34$). Все остальные утверждения обладают средней диагностической значимостью. Отвечая на вопросы по данной субшкале, пациенты соглашались с наличием у них озабоченности в связи с наркологическим заболеванием и одновременно высказывали своё недовольство лечением.

6. «Несогласие с лечением». 7,61% ($n = 7$) продемонстрировали низкий уровень/отсутствие анозогнозии, 19,57% ($n = 18$) — пониженный уровень, 28,26% ($n = 26$) — средний уровень, 39,13% ($n = 36$) — повышенный, 5,43% — высокий уровень. Измерительная чувствительность утверждения: №28 «Напрасно мои родственники (коллеги) уговорили меня обратиться за наркологическим лечением» была недостаточной. Все остальные утверждения являлись диагностически значимыми: №12 «Я лечусь от наркомании по своему желанию» — 39,96% ($n = 34$) выбрали ответ «согласен», 5,43% ($n = 5$) — «не уверен», 57,61% ($n = 53$) — «не согласен»; с тезисом №16 «Я не нуждаюсь в лечении по поводу наркомании» согласились 54,35% ($n = 50$), не согласились 23,91% ($n = 22$), не уверены 21,74% ($n = 20$); в №22 «Пребывания в больни-

це поможет мне разрешить проблемы, связанные с моей наркотизацией» на варианте «согласен» остановили свой выбор 30,43%, ($n = 28$), «не уверен» 19,57% ($n = 18$), 50% ($n = 46$) выбрали ответ «не согласен». Примечательными являются результаты, полученные по утверждению №34 «Я могу справиться со своей болезнью без медицинской помощи»: не уверенными относительно которого были 57,61% ($n = 53$), согласны — 7,61% ($n = 7$), не согласны — 34,78% ($n = 32$). Следовательно, большинство опрошенных пациентов проявляли выраженное недовольство или сомнения по поводу необходимости лечения от наркомании и не соглашались с утверждением о том, что лечение проводится по их собственному желанию. Тем не менее часть испытуемых сохраняла неуверенность в способности справиться с болезнью самостоятельно.

7. «Непринятие трезвости». 3,26% ($n = 3$) испытуемых набрали баллы, соответствующие отсутствию или низкому уровню анозогнозии, 38,04% ($n = 35$) — пониженному, 26,09% ($n = 24$) — среднему, 23,91% ($n = 22$) — повышенному, 8,7% ($n = 8$) — высокому уровню анозогнозии. Утверждения с диагностически низким уровнем значимости: №7 «Я не предвижу никаких трудностей в осуществлении своего желания бросить наркотики» — 60,87% ($n = 56$) дали ответ «не согласен», 15,22% ($n = 14$) — «не уверен», 23,91% ($n = 22$) — «согласен»; №14 «Я готов изменить свой образ жизни, чтобы оставаться трезвым» — 52,17% ($n = 48$) — «согласен», 4,35% ($n = 4$) — «не уверен», 43,48% ($n = 40$) — «не согласен». Большей диагностической значимостью обладают следующие утверждения: №3 «Я скорее нуждаюсь в некотором уменьшении употребления наркотиков, чем в полном отказе от них» — 59,78% ($n = 55$) предпочли ответ «согласен», 13,04% ($n = 12$) — «не уверен», 27,17% ($n = 25$) — «не согласен»; №10 «У меня пока нет серьезных причин полностью отказаться от наркотиков» — 61,96% ($n = 57$) дали ответ «согласен», 6,52% ($n = 6$) — «не уверен», 31,52% ($n = 29$) — «не согласен»; согласились 50% ($n = 46$), были не уверены 22,83% ($n = 21$) и не согласились 27,17% ($n = 25$) касательно утверждения №17 «Сомневаюсь, что мне необходимо лечение, целью которого является полная трезвость»; №18 «Я не готов изменить свой образ жизни, чтобы поддерживать трезвость» — 73,91% ($n = 68$) дали ответ «согласен», 9,78% ($n = 9$) — «не уверен», 16,3% ($n = 15$) — «не согласен».

Таким образом, со стороны пациентов выявлена тенденция к недооценке трудностей, сопряженных с наркозависимостью, и одновременная готовность к изменению своего образа жизни. Однако, при более подробном анализе этой установки с использованием вопросов, оценивающих стойкость и определенность заявленных пациентами решений, отмечается, что их ответы скорее формальные, и они недооценивают сложности поддержания трезвости, не проявляя готовность к длительной работе над этой задачей.

Ограничение исследования

Результаты исследования основывались на данных, предоставленных самими респондентами, поэтому нельзя исключить некоторых искажений, связанных с неточностью информации, что могло привести к возникновению трудно интерпретируемых проявлений анозогнозии.

На момент начала нашего исследования отсутствовал опросник по опиоидной анозогнозии, который можно было бы использовать для оценки перекрестной валидности. Однако в 2022 году была опубликована методика — Шкала осведомленности и осознания употребления психоактивных веществ (Substance Use Awareness and Insight Scale (SAS)) [22], включающая в себя следующие субшкалы: Информированность о болезни (Illness Awareness); Присвоение/Атрибуция симптомов (Symptom Attribution); Осознание необходимости лечения (Awareness of Need for Treatment); Осведомленность о негативных последствиях (Awareness of Negative Consequences). Первая часть опросника содержит вопросы, на которые респондент имеет возможность ответить в утвердительной или отрицательной форме. Вторая часть представляет собой набор визуальных аналоговых шкал с диапазоном оценок от 0 до 10 для каждого аспекта осведомленности и осознания в отношении употребления психоактивных веществ. Хотя данная методика имеет некоторое сходство с предложенным нами опросником, ее диагностические возможности ограничены, так как SAS фокусируется главным образом на оценке когнитивных проявлений анозогнозии.

В настоящей работе оценка готовности к изменениям проводилась исходя из трехфакторной структуры, так как применение однофакторной версии опросника SOCRATES [10], отражающей общую готовность к изменениям в отношении употребления ПАВ, не позволяет дифференцированно подойти к анализу различных аспектов изучаемого явления.

Заключение

Разработан новый опросник «Опиоидная анозогнозия», который основан на представлении об опиоидной анозогнозии как о сложном феномене, включающем в себя когнитивный, эмоциональный и мотивационный компоненты. Опросник состоит из 34 утверждений и позволяет получать комплексную оценку уровня опиоидной анозогнозии по отдельным её составляющим. В проведенном исследовании выполнена стандартизация, доказаны валидность и надежность опросника «Опиоидная анозогнозия». Определены средние эмпирические значения субшкал. При применении опросника подтвердилась многомерность конструкта опиоидной анозогнозии.

По субшкале «Неинформированность» большинство пациентов дали ответы, в которых сочетались смешанные представления о том, что целью лечения является прекращение наркотиза-

ции, вместе с тем опиоидзависимые считали, что после воздержания возможно контролируемое употребление ПАВ.

При оценке показателей «Непризнание симптомов заболевания» отмечается заметное противоречие в отношении больных с опиоидной зависимостью к своему заболеванию. Большинство респондентов указывали на потребность в приеме наркотиков для облегчения состояния, однако значительная часть была не уверена или даже не согласна с этим, что указывало на различные уровни осознания и принятия пациентами своего состояния и последствий отказа от употребления ПАВ.

По субшкале «Непризнание заболевания» большинство респондентов считало, что родственники и врачи напрасно преувеличивают их зависимость. Следует отметить и неопределенность опрашиваемых по вопросу наличия у себя зависимости.

Повышенный уровень анозогнозии по субшкале «Непризнание последствий заболевания» отражает формальное признание биопсихосоциальных последствий опиоидной зависимости. В то же время выявлялись значительные разногласия, указывающие на разнородность в осознании этих эффектов, особенно в сфере семейных отношений.

Показатели субшкалы «Эмоциональное неприятие заболевания» говорят о том, что пациенты имели смешанные чувства относительно своего состояния. Они признавали наличие у себя эмоциональной озабоченности в связи с наркологическим заболеванием, но при этом испытывали недовольство в связи с лечением.

Данные, полученные по субшкале «Несогласие с лечением», свидетельствуют о наличии как выраженного несогласия и сомнений большинства пациентов в отношении лечения наркомании, так и их неуверенности в способности справиться с болезнью самостоятельно.

Результаты по субшкале «Непринятие трезвости» указывают на то, что несмотря на желание изменить образ жизни и снизить потребление наркотиков, у респондентов отмечалась тенденция к недооценке трудностей, сопряженных с зависимостью. Важно отметить, что готовность к изменениям скорее формальная, поскольку пациенты недостаточно осознавали сложности поддержания трезвости.

Анализ частотных характеристик опиоидной анозогнозии по каждому ее компоненту свидетельствует о том, что у опиоидзависимых отмечается средний и повышенный уровни анозогнозии.

В целом можно утверждать, что опиоидная анозогнозия является значимым и многомерным психологическим феноменом в структуре проявлений опиоидной зависимости. Применение опросника позволяет выявить внутренние противоречия в различных аспектах отношения к болезни, более глубоко понять феноменологию опиоидной анозогнозии и количественно оценить её проявления у конкретного пациента, что открывает возмож-

ность к использованию дифференцированных подходов к лечению, реабилитации и профилактике опиоидной зависимости.

Заявка на регистрацию изобретения на способ оценки анозогнозии у пациентов с опиоидной зависимостью, включающий предъявление больному опросника для самостоятельного заполнения и последующую обработку и анализ полученных данных, принята в Роспатенте (регистрационный номер 2023123348).

Литература / References

1. Алехин А.Н. Отношение к болезни у лиц с алкогольной зависимостью на разных этапах заболевания. Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. 2011;1(71):7-13. Alekhin AN. Attitudes toward illness in individuals with alcohol dependence at different stages of illness. Uchenye zapiski. 2011;1(71):7-13. (in Russ.).
2. Барбина Е.М. Осознание болезни при опийных наркоманиях (клинический, психологический и терапевтический аспекты): дис. канд. мед. наук: 14.01.27. М.; 1993. Barbina E.M. Osoznanie bolezni pri opiinykh narcomaniyakh (klinicheskii, psikhologicheskii i terapevticheskii aspekty): dis. kand. med. nauk: 14.01.27. M.; 1993. (in Russ.).
3. Валентик Ю.В., Курьшев В.Н., Осипова Н.Р. Тест для оценки терапевтических установок у больных алкоголизмом. Вопросы наркологии. 1993;1:32-36. Valentik YuV, Kuryshch V.N., Osipova N.R. Test to assess therapeutic attitudes in alcoholics. Voprosy narkologii. 1993;1:32-36. (in Russ.).
4. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.А. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. Бехтерева; 2005. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuk A.A. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni. Posobie dlya vrachei. SPb.: Sankt-Peterburgskii nauchno-issledovatel'skii psikhonevrologicheskii institut im. Bekhtereva; 2005. (in Russ.).
5. Грабова М.И. Методика экспресс-оценки установок на трезвость при алкоголизме. Журнал прикладной психологии. 2011;2:18-22. Grabova M.I. Methodology for rapid assessment of sobriety attitudes in alcoholism. Zhurnal prikladnoi psikhologii. 2011;2:18-22. (in Russ.).
6. Гречаный С.В. О типах отношения к болезни при раннем алкоголизме. Профилактика и терапия употребления психоактивных веществ и нехимической зависимости у несовершеннолетних. Материалы городского семинара для организаторов и специалистов. Под ред. Л.П. Богданова и др. СПб.; 2008. Grechanyi S.V. O tipakh otnosheniya k bolezni pri rannem alkoholizme. Profilaktika i terapiya upotrebleniya psikhoaktivnykh veshchestv i nekhimicheskoi zavisimosti u nesovershennoletnykh. Materialy gorodskogo seminar dlya organizatorov i spetsialistov. Pod red. L.P. Bogdanova i dr. SPb.; 2008. (in Russ.).
7. Громыко Д.И. Способы преодоления трудностей привлечения злоупотребляющих алкоголем к трезвому образу жизни. Личность, образование и общество в России 21 века: Межвузовский сборник научных трудов. СПб; 2001. Gromyko D.I. Sposoby preodoleniya trudnostei privlecheniya zloupotrebyayushchikh alkogolem k trezvomu obrazu zhizni. Lichnost', obrazovanie i obshchestvo v Rossii 21 veka: Mezhvuzovskii sbornik nauchnykh trudov. SPb; 2001. (in Russ.).
8. Громыко Д.И., Илюк Р.Д. Социально-психологические и клинические факторы мотивации к лечению и отказу от потребления психоактивных веществ у наркологических больных: Методические рекомендации. СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; 2018. Gromyko D.I., Ilyuk R.D. Social'no-psikhologicheskie i klinicheskie faktory motivatsii k lecheniyu i otkazu ot potrebleniya psikhoaktivnykh veshchestv u narkologicheskikh bol'nykh: Metodicheskie rekomendatsii. Spb.: NMIC PN im. V.M. Bekhtereva; 2018. (in Russ.).
9. Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М., Шишкова А.М. Программа комплексной терапии коморбидных психопатологических и поведенческих расстройств у ВИЧ-инфицированных наркозависимых больных. СПб: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева; 2012. Ilyuk R.D., Krupitskii E.M., Shishkova A.M. Programma kompleksnoi terapii komorbidnykh psikhopatologicheskikh i povedencheskikh rasstroistv u VICH-infitsirovannykh narkozavisimykh bol'nykh. SPb: Sankt-Peterburgskii nauchno-issledovatel'skii psikhonevrologicheskii institut im. V.M. Bekhtereva; 2012. (in Russ.).
10. Климанова С.Г., Трусова А.В., Киселева А.С., Бернцев В.А., Громыко Д.И., Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М. Адаптация русскоязычной версии опросника для оценки готовности к изменениям (SOCRATES). Консультативная психология и психотерапия. 2018;16(3):80-104. doi: 10.17759/cpp.2018260305. Klimanova S.G., Trusova A.V., Kiseleva A.S., Berntsev V.A., Gromyko D.I., Ilyuk R.D., Krupitskii E.M. Psicho-

- metric properties and factor structure of the russian version of the stages of change and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2018;16(3):80-104. doi: 10.17759/cpp.2018260305. (in Russ.).
11. Клубова Е.Б. Клинические и экспериментально-психологические сопоставления анозогностических реакций на болезнь у больных алкоголизмом. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии: сб. науч. трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева; 1990. Klubova E.B. Klinicheskie i eksperimental'no-psikhologicheskie сопоставлениа anozognosticheskikh reaktsii na bolezni' u bol'nykh alkogolizmom. *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni pri nervno-psikhicheskoi i somaticheskoi patologii*: sb. nauch. trudov NIPNI im. V. M. Bekhtereva; 1990. (in Russ.).
 12. Крупицкий Е.М., Гриненко А.Я. Стабилизация ремиссии при алкоголизме. СПб.: Гиппократ; 1996. Krupitskii E.M., Grinenko A.YA. Stabilizatsiya remissii pri alkogolizme. SPb.: Gippokrat; 1996. (in Russ.).
 13. Крупицкий Е.М., Романова Т.Н. Использование вербальных и цветовых репертуарных решеток для исследования установки на отказ от наркотика у больных героиновой наркоманией. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2009;1: 88-92. Krupitskii EM, Romanova TN. Use of verbal and color repertory gratings to investigate drug withdrawal attitudes in heroin addicts. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V. M. Bekhtereva*. 2009;1:88-92. (in Russ.).
 14. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л.: Изд-во Ленинград. ун-та; 1960. Myasishchev V.N. Lichnost' i nevrozy. L.: Izd-vo Leningrad. un-ta; 1960. (in Russ.).
 15. Мясищев В.Н. Понятие личности и его значение для медицины. Методологические проблемы психоневрологии. 1996;25-55. Myasishchev VN. The concept of personality and its significance for medicine. *Metodologicheskie problemy psikhonevrologii*. 1996;25-55. (in Russ.).
 16. Мясищев В.Н. Психические функции и отношения. Ученые записки Ленинг. Ун-та. Серия филос. Наук. Психология. 1949;3:101-118. Myasishchev VN. Mental functions and relationships. *Uchenye zapiski Lening. Un-ta. Seriya filos. Nauk. Psikhologiya*. 1949;3:101-118. (in Russ.).
 17. Рыбакова Ю.В., Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М. Методика оценки анозогнозии у больных алкоголизмом: Методические рекомендации. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева; 2011. Rybakova Yu.V., Ilyuk R.D., Krupitskii E.M. Metodika otsenki anozognozii u bol'nykh alkogolizmom: Metodicheskie rekomendatsii. SPb.: Sankt-Peterburgskii nauchno-issledovatel'skii psikhonevrologicheskii institut im. V.M. Bekhtereva; 2011. (in Russ.).
 18. Сафуанов Ф.С., Баранова О.В. Клинико-психологические механизмы формирования анозогнозии больных алкоголизмом. Психологические исследования. 2011;2(16). Safuanov FS, Baranova OV. Clinical and psychological mechanisms of anosognosia formation in alcoholic patients. *Psikhologicheskie issledovaniya*. 2011;2(16). (in Russ.).
 19. Amador X, Strauss D, Yale S, Gorman J. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr. Bull*. 1991;17:113-132. doi: 10.1093/schbul/17.1.113.
 20. Boyett B, Wiest K, McLeod L. et al. Assessment of craving in opioid use disorder: Psychometric evaluation and predictive validity of the opioid craving VAS. *Drug and Alcohol Dependence*. 2021;229(B):109057. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2021.109057.
 21. David A. Insight and psychosis. *Br. J. Psychiatry*. 1990;156:798-808.
 22. Kim J, Kambari Y, Taggar A, Quilty L. et al. A measure of subjective substance use disorder awareness—Substance Use Awareness and Insight Scale (SAS). *Drug Alcohol Depend*. 2022. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2021.109129.
 23. Konstantakopoulos G, Georgantopoulos G, Goniadakis F. et al. Development and validation of the schedule for the assessment of insight in eating disorders (SAI-ED). *Psychiatry Research*. 2020;292. doi:10.1016/j.psychres. 2020.113308.
 24. McEvoy J, Apperson L, Appelbaum P, Ortilip P, Brecosky J, Hammill K, Geller J, Roth L. Insight and Treatment Attitudes Questionnaire (ITAQ) [Database record]. APA PsycTests. 1989. doi:10.1037/t70202-000.
 25. Michel P, Baumstarck K, Auquier P. et al. Psychometric properties of the abbreviated version of the Scale to Assess Unawareness in Mental Disorder in schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2013;13:229. doi:10.1186/1471-244X-13-229.
 26. Miller W, Tonigan J. Assessing drinkers' motivations for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*. 1996;10(2):81-89. doi:10.1037/0893-164X.10.2.81.

Сведения об авторах

Илюк Руслан Дмитриевич — д.м.н., главный научный сотрудник отделения терапии амбулаторных больных с аддитивными расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский

центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: ruslan.iluk@mail.ru

Грановская Елизавета Александровна — медицинский психолог отделения клинической психологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, аспирант кафедры клинической психологии ФГБУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: elizavetagranovskaya@gmail.ru

Бочаров Виктор Викторович — кандидат психологических наук, доцент, руководитель лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой клинической психологии факультета клинической психологии ФГБОУ ВО ФГБУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: bochvik@gmail.com

Громыко Дмитрий Иванович — к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения терапии амбулаторных больных с аддиктивными расстройствами ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: dmngrom@list.ru

Нечаева Анастасия Игоревна — младший научный сотрудник отделения терапии амбулаторных больных с аддиктивными расстройствами ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: netchaeva.nastya@yandex.ru

Пушина Валентина Валентиновна — к.пс.н., доцент кафедры общей и социальной психологии ННГУ им. Лобачевского. E-mail: vpushina@rambler.ru

Вукс Александр Янович — главный специалист отделения Организационно-методической и аналитической работы ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: ayavuks@bekhterev.ru

Крупицкий Евгений Михайлович — д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе и руководитель отдела аддиктологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор Института фармакологии им. А.В. Вальдмана ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Email: krueator@gmail.com

Поступила 04.04.2024

Received 04.04.2024

Принята в печать 30.07.2025

Accepted 30.07.2025

Дата публикации 28.03.2025

Date of publication 28.03.2025

Особенности не корешкового болевого хронического синдрома у пациентов с остеохондрозом позвоночника и динамика в психоэмоциональной сфере пациентов при лечении методом гальванической вестибулярной стимуляции

Нарышкин А.Г.^{1,2}, Саркисян А.М.¹, Максютин М.А.¹, Скоромец Т.А.³, Галанин И.В.¹, Орлов И.А.¹

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

²Северо-западный медицинский университет им. И.И. Мечникова МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

³Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, Россия

Оригинальная статья

Резюме. В литературе последних лет показаны убедительные результаты применения холодовой вестибулярной стимуляции при центральных болевых синдромах. Гальваническая вестибулярная стимуляция является аналогом холодовой вестибулярной стимуляции. Оба метода можно объединить под общим названием вестибулярная нейромодуляция.

Цель: оценить эффективность метода гальванической вестибулярной стимуляции для лечения хронических болевых синдромов при остеохондрозе позвоночника. **Материалы и методы.** В исследовании приняло участие 46 пациентов с диагнозом остеохондроз позвоночника у взрослых, страдающих хроническим болевым синдромом (более 3-х месяцев). Пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составляли пациенты, которые получали только консервативную терапию согласно клиническим рекомендациям, а вторая группа состояла из пациентов, получающих аналогичную консервативную терапию в сочетании с курсом гальванической вестибулярной стимуляции. Больным первой и второй групп проводилось шкалирование болевого синдрома, а также исследование психоэмоциональной сферы с использованием ряда психометрических методик. **Результаты.** По всем шкалам и опросникам у больных второй группы определялись лучшие результаты, чем в первой группе. Полученные результаты достоверно отличались не только по шкалам оценки болевого синдрома, но и по результатам использованных психометрических методик. **Заключение.** Медикаментозное лечение в сочетании с курсом анодной гальванической вестибулярной гальванизацией существенно улучшает качество жизни и обладает большей эффективностью у пациентов с хроническим болевым синдромом при остеохондрозе позвоночника, по сравнению с использованием только консервативного лечения.

Ключевые слова: Гальваническая вестибулярная стимуляция, остеохондроз позвоночника, боль в спине, психические непсихотические нарушения

Информация об авторах:

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

Саркисян Александр Михайлович* — e-mail: sarkisiana@internet.ru; <https://orcid.org/0009-0001-1772-3382>

Максютина Мария Александровна — e-mail: marywhoann@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0002-5548-6434>

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

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

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

Как цитировать: Нарышкин А.Г., Саркисян А.М., Максютин М.А., Скоромец Т.А., Галанин И.В., Орлов И.А. Особенности не корешкового болевого хронического синдрома при остеохондрозе позвоночника и динамика в психоэмоциональной сфере пациентов при лечении методом гальванической вестибулярной стимуляции. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:1:67-72. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-917>

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

Автор, ответственный за переписку: Саркисян А.М. — e-mail: sarkisiana@internet.ru

Corresponding author: Alexander M. Sarkisyan — email: sarkisiana@internet.ru

Features of non-radicular pain chronic syndrome in patients with osteochondrosis of the spine and dynamics in the psychoemotional sphere of patients during treatment with galvanic vestibular stimulation

Alexander G. Naryshkin^{1,2}, Alexander M. Sarkisyan¹, Maria A. Maksyutina¹, Taras A. Skoromets³, Igor V. Galanin¹, Ilya A. Orlov¹

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

²North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

³I.P. Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Russia

Research article

Summary. Recent literature has shown convincing results of cold vestibular stimulation in central pain syndromes. Galvanic vestibular stimulation is an analog of cold vestibular stimulation. Both methods can be combined under the general name of vestibular neuromodulation. **Objective:** To evaluate the effectiveness of the method of galvanic vestibular stimulation for the treatment of chronic pain syndromes in spinal osteochondrosis. **Methods:** The study included 46 patients diagnosed with osteochondrosis of the spine in adults with chronic pain syndrome (more than 3 months). Patients were divided into 2 groups. The first group consisted of patients who received only conservative therapy according to clinical recommendations, and the second group consisted of patients receiving similar conservative therapy in combination with a course of galvanic vestibular stimulation. The patients of the first and second groups underwent pain syndrome scaling, as well as a study of the psycho-emotional sphere using a number of psychometric techniques. **Results:** According to all scales and questionnaires, the patients of the second group had better results than the first group. The results obtained were significantly different not only in terms of pain syndrome assessment scales, but also in terms of the results of the psychometric methods used. **Conclusion:** Medical treatment combined with a course of anodic galvanic vestibular galvanization significantly improves the quality of life and is more effective in reducing the intensity of pain syndrome in patients with chronic pain syndrome in spinal osteochondrosis, compared with the use of conservative treatment alone.

Keywords: Galvanic vestibular stimulation, spinal osteochondrosis, back pain, psychiatric non-psychotic disorders

Information about the authors:

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

Alexander M. Sarkisyan* — email: sarkisiana@internet.ru; <https://orcid.org/0009-0001-1772-3382>

Maria A. Maksyutina — e-mail: marywhoann@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0002-5548-6434>

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

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

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

To cite this article: Naryshkin AG., Sarkisyan AM., Maksyutina MA., Skoromets TA., Galanin IV., Orlov IA. Features of non radicular pain chronic syndrome in spinal osteochondrosis and dynamics in the psychoemotional sphere of patients during treatment with galvanic vestibular stimulation method. V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. 2025; 59:1:67-72. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-917>. (In Russ.)

Conflict of interest: The authors declare that there are no conflicts of interest.

Боль в спине является одной из самых распространённых жалоб среди всех пациентов, обращающихся за медицинской помощью. Примерно 6—9% взрослых пациентов ежегодно обращаются к врачу по этому поводу. Хроническая боль может сильно ограничивать жизнедеятельность, ухудшать качество жизни [1,3], а также вызывать выраженные эмоциональные нарушения [11]. Дорсалгия является одним из ведущих симптомов при остеохондрозе позвоночника и связана с раздражением синувентрального нерва Люшка на ранних стадиях, а в более поздние сроки в патогенез вовлекаются твердая мозговая оболочка и спинномозговые корешки. В настоящее время существует большое количество медикаментозных и немедикаментозных способов лечения остео-

хондроза позвоночника. Гальваническая анодная вестибулярная стимуляция (ГАВС) является одним из немедикаментозных и неинвазивных методов воздействия на вестибулярную систему человека. Аналогичным методом воздействия на вестибулярную систему является холодовая вестибулярная стимуляция (ХВС), которая используется гораздо чаще ГАВС. Эти два метода можно объединить под общим названием вестибулярная нейромодуляция (ВНМ). Продемонстрирована эффективность ВНМ при центральных болевых синдромах, включая таламический и фантомно-болевой синдром [10]. Суть ГАВС заключается в анодном воздействии на периферический вестибулярный орган (лабиринт) посредством постоянного тока небольшой силы (обычно 3–4 мА)

через накожные электроды, укрепленные на сосцевидных отростках височных костей (моно- или билатерально). При этом гальванический ток воздействует не только на вестибулярные волосковые клетки, но и на вестибулярный нерв. В свою очередь это воздействие вызывает изменения в функционировании центральных вестибулярных механизмов. Вестибулярная система представляет собой совокупность структур в ЦНС человека, которые получают информацию от волосковых клеток лабиринта и имеют связи, как между собой, так и с другими системами головного мозга. Исследование с применением функционального МРТ (ф-МРТ) на человеке показало наличие активации при проведении ВНМ височно-теменно-островковой (PIVC), ретроинсулярной коры, теменной коры, лобной коры, поясной коры и трех подкорковых структур (таламус, базальные ганглии и мозжечок) [5, 8]. Эти регионы головного мозга являются мультимодальными сенсорными зонами. Область заднего островка, относящаяся к вестибулярной коре, принимает участие в ноцицептивном восприятии [7], что объясняет эффект использования ВНМ для лечения болевых синдромов. Как было сказано выше, ВНМ до настоящего времени применялась только для лечения центральных болевых синдромов. Работ, посвященных использованию ВНМ и, в частности, ГАВС при болевых синдромах, связанных с остеохондрозом позвоночника (ОХП), в доступной нам литературе встретить не удалось.

Цель исследования: оценить эффективность лечения хронического болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника анодной гальванической вестибулярной стимуляцией и оценить особенности этого эффекта.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 46 человек, с диагнозом остеохондроз позвоночника у взрослых (код МКБ-10: M42.1), страдающие хроническим болевым синдромом (ХБС). ХБС считается болевой синдром длительностью более 3-х месяцев [12]. Верификация диагноза осуществлялась на основании клинических данных и дополнительных методов обследования (вертебрография, магнитно-резонансная томография, мультиспиральная компьютерная томография). Исследование проводилось на базе нейрохирургического отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева». Обследованные пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа была представлена 23 пациентами, получающими консервативное лечение согласно клиническим рекомендациям по лечению остеохондроза. Вторая группа — 21 пациент, получающий аналогичную консервативную терапию в сочетании с курсом ГАВС. Клиническая картина у пациентов с хроническим болевым синдромом при остеохондрозе, на момент их включения в основную и контрольную группы, представляла собой сочетание болевого синдрома, мышечно-тонического, миофасциального, фасеточного, астено-невротического и тревожно-депрессивного синдромов с различной степенью нарушения качества жизни.

Преобладали пациенты с поражением пояснично-крестцового отдела позвоночника — 16 (36,4%). Остальные: 10 (22,7%) пациентов с преимущественным поражением шейного отдела позвоночника, 3 (6,8%) пациента — с преимущественным поражением грудного отдела позвоночника, остальные 15 (34,1%) — с сочетанием вышеуказанных отделов. Проведение процедур ГАВС осуществляли с помощью сертифицированного аппарата для гальванизации, микрополяризации и электрофореза. Гальванизацию производили после обработки кожи головы спиртом для снижения импеданса с помощью наложенных свинцовых электродов площадью 1,5 — 3 кв. см, обернутых гигроскопичным материалом (вата, марля) и смоченных физиологическим раствором. При этом аноды накладывали на сосцевидные отростки с двух сторон, катод — на удаленную зону, как правило, на переднюю поверхность грудной клетки. Принятые параметры силы тока — 2,5 mA первые два дня, с последующим повышением до 3,0 mA, что соответствует принятому протоколу [6]. Длительность одной процедуры составляла 30 минут. Курс лечения составлял 2 недели: по 1 процедуре 5 дней с перерывом 2 дня (итого 10 процедур).

Все пациенты подписывали добровольное информированное согласие на проведение процедуры. Результаты исследования оценивались по следующим шкалам и опросникам до и после лечения: цифровая рейтинговая шкала боли (ЦРШ), опросник PainDetect, госпитальная шкала тревоги и депрессии (D-A), опросник Освестри, опросник Квебека. ЦРШ дает количественную оценку болевого синдрома, опросник PainDetect оценивает невропатический компонент боли, шкала D-A осуществляет скрининг тревоги и депрессии, опросник Освестри выражает зависимость качества жизни от выраженности болевого синдрома, опросник Квебека характеризует качество жизни при боли в спине. Исследовались средние значения показателей в каждой группе больных до и после лечения. Статистическая оценка материала проводилась с использованием компьютерных программ Microsoft Excel и SPSSStatistics с использованием критерия Манна-Уитни. Все больные подписывали добровольное информированное согласие на лечение.

Результаты и их обсуждение. Процедура переносилась хорошо всеми пациентами и была оценена как комфортная и безболезненная. Все больные по окончании курса ГАВС ответили положительно на вопрос о повторном курсе лечения. Иногда отмечалось легкое покраснение кожи на месте наложения электродов, исчезающее к вечеру или на следующий день. Средние значения по всем шкалам и опросникам в обеих группах до проведения лечения статистически не отличались друг от друга (Рис.1).

В результате обследования после проведенного лечения отмечалась следующая динамика (Рис.2).

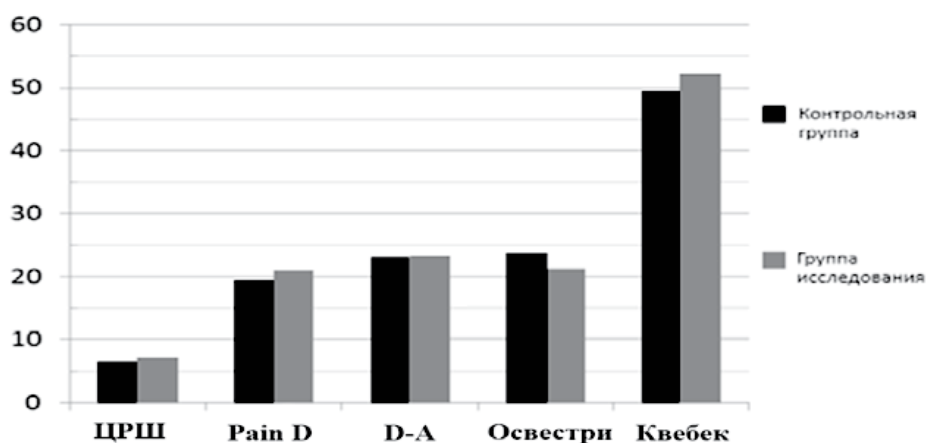


Рис. 1. Результаты обследования пациентов обеих групп до лечения.
Fig.1 Results of examination of patients of both groups before treatment.

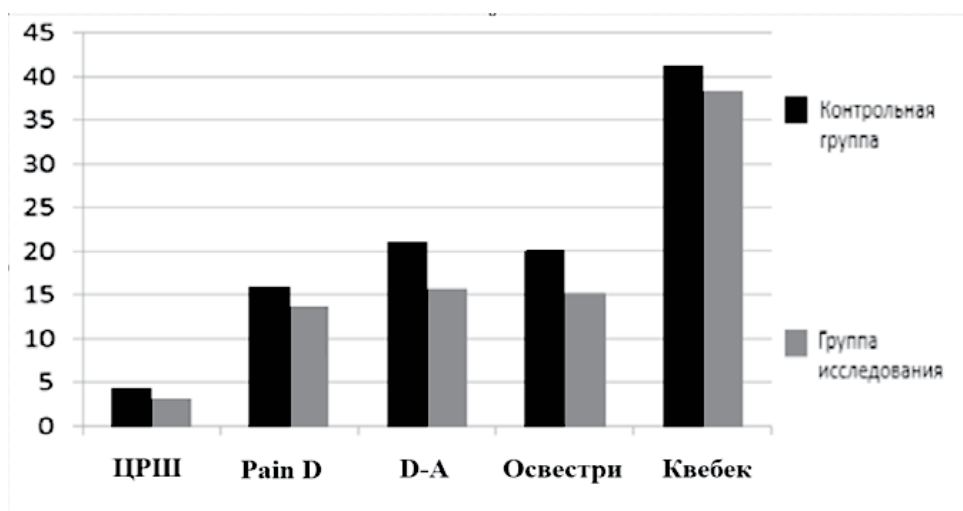


Рис. 2. Результаты в обеих группах пациентов после лечения
Fig.2 Outcomes in both groups of patients after treatment

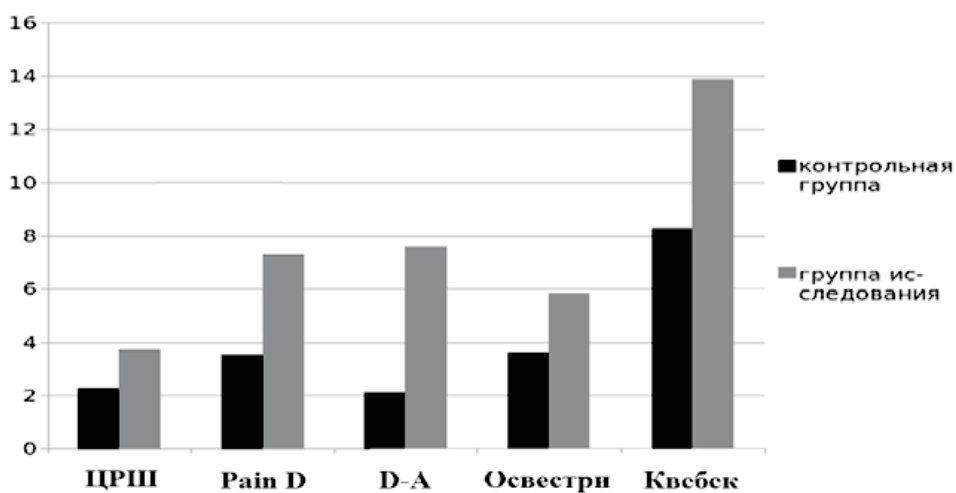


Рис. 3. Сравнение усредненных результатов лечения в двух группах участников по формуле $M_1—M_2$.
Fig. 3 Comparison of averaged treatment results in two groups of participants according to the formula $M_1—M_2$

Как видно из представленных рисунков до лечения показатели в контрольной и исследуемой группе достоверно не отличались. После проведенного лечения результаты по всем шкалам были достоверно лучше в группе исследования. Особенно это касалось шкалы D-A и опросника Освестри. Этот факт свидетельствует о том, что наибольшие изменения происходили в психоэмоциональной сфере и в показателях качества жизни. Таким образом эффект в исследуемой группе имеет комплексный характер, за счет воздействия не только на болевой синдром, но и в значительной степени на его психоэмоциональную составляющую.

Если провести сравнение полученных абсолютных результатов после лечения между двумя группами, вычисленными по формуле $M_1 - M_2$, где M_1 — результат выборочного среднего значения показателя до лечения, а M_2 — после лечения, то разница эффективности лечения становится еще более очевидной (Рис.3).

Проведенное исследование показало, что ГАВС является существенным дополнением к основному лечению и позволяет добиваться более выраженных клинических результатов.

Известно, что катодический ток увеличивает частоту разрядов одиночных афферентных волокон, тогда как анодический — снижает ее или вообще блокирует разряды [4], так что название «стимуляция» отражает феноменологический аспект проблемы, не претендуя на ее физиологическую сущность. Согласно закону денервационной гиперчувствительности, который гласит: «Если в функциональной цепи нейронов одно из звеньев прервано, общая или частичная денервация всех последующих элементов цепи вызывает повышение их чувствительности к возбуждающему или тормозящему действию химических веществ и нервных импульсов...» [2]. ГАВС приводит к существенному регрессу хронической боли при ОХП за счет мультимодального взаимодействия вестибулярной и ноцицептивной систем в задней части островка, о чем было сказано во введении.

Этот факт является причиной вестибуло-обусловленной анальгезии.

С учетом того, что ГАВС обладает не только антиноцицептивным эффектом, но ее влияние распространяется и на психические процессы [9, 11, 13], можно говорить о комплексном эффекте метода у больных ХБС при ОХП, который определяется существенным снижением депрессивной и тревожной симптоматики (психическая непсихотическая симптоматика). Аппарат для гальванизации, микрополяризации и электрофореза является достаточно мобильным и простым в использовании устройством, поэтому он может применяться не только в стационарных, но и амбулаторных условиях, что расширяет возможности использования метода.

Выводы:

1. Консервативная терапия в сочетании с курсом анодной гальванической стимуляции более эффективно влияет на выраженность хронического болевого синдрома у пациентов с остеохондрозом позвоночника, по сравнению с контрольной группой

2. В течение хронического болевого синдрома большое значение имеет развитие психических непсихотических нарушений, которые в существенной степени утяжеляют его течение

3. Консервативная терапия в сочетании с курсом анодной гальванической стимуляции обладает большой эффективностью по отношению к психическим непсихотическим нарушениям у пациентов с хроническим болевым синдромом при остеохондрозе позвоночника, достоверно снижая тревожность и депрессивную симптоматику по сравнению с результатами в контрольной группе.

4. Консервативное лечение в сочетании с курсом анодной гальванической вестибулярной гальванизацией существенно улучшает качество жизни у пациентов с хроническим болевым синдромом при остеохондрозе позвоночника.

Литература / References

1. Рябченко А.Ю., Белянин В.В., Богданов В.С. Изменения качества жизни и эмоционального статуса при дорсалгии на фоне дегенеративно-дистрофических нарушений поясничного отдела позвоночника. Оренбургский медицинский вестник. 2018;6:1:16-19. Ryabchenko AYU, Belyanin VV, Bogdanov VS. Changes in quality of life and emotional status in dorsalgia against a background of degenerative-dystrophic disorders of the lumbar spine. Orenburgskii meditsinskii vestnik. 2018;6:1:16 -19. (InRuss.).
2. Бекиназаров Н., Шмырина К.В., Джурабекова А.Т. Качество жизни женщин при дискогенной болезни пояснично-крестцового отдела позвоночника. Международный научный журнал «Инновационная наука». 2015;6:246-249.

Bekinazarov N, Shmyrina KV, Dzhurabekova AT. Quality of life in women with discogenic lumbosacral spine disease. Mezhdunarodnyi nauchnyi zhurnal «Innovatsionnaya nauka». 2015;6:246-249. (InRuss.).

3. Кеннон В., Розенблюм А. Повышение чувствительности денервированных структур. Закон денервации: Пер. с англ. М.: Изд-во Иностранной литературы;1951. Kennon V., Rozenblyut A. Povyshenie chuvstvitel'nosti denervirovannyh struktur. Zakon denervatsii: Per. s angl. M.: Izd-vo Inostrannoy literatury;1951. (InRuss.).
4. Рябченко А.Ю., Белянин В.В., Богданов В.С. Изменения качества жизни и эмоционального статуса при дорсалгии на фоне дегенеративно-дистрофических нарушений поясничного

- отдела позвоночника. Оренбургский медицинский вестник. 2018;6:1:16-19
- Ryabchenko AY, Belyanin VV, Bogdanov VS. *Changes in quality of life and emotional status in dorsalgia against a background of degenerative-dystrophic disorders of the lumbar spine. Orenburgskii meditsinskii vestnik*. 2018;6:1:16-19. (In Russ.).
5. Столбков Ю.К., Томиловская Е.С., Козловская И.Б., Герасименко Ю.П. Гальваническая вестибулярная стимуляция в физиологических и клинических исследованиях последних лет. *Успехи физиологических наук*. 2014;45:2:57-76
 - Stolbkov YK, Tomilovskaya ES, Kozlovskaya IB, Gerasimenko YP. *Galvanic vestibular stimulation in physiological and clinical studies in recent years. Uspekhi fiziologicheskikh nauk*. 2014;45:2:57-76. (In Russ.).
 6. Elie Lobel, Justus F Kleine, Denis Le Bihan, Anne Leroy-Willig, Alain Berthoz. *Functional MRI of galvanic vestibular stimulation. J Neurophysiol*. 1998;80:2699-2709.
<https://doi.org/10.1152/jn.1998.80.5.2699>
 7. Fitzpatrick RC, Day BL. *Probing the human vestibular system with galvanic stimulation. J Appl Physiol*. 2004;96:2301-2316.
<https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00008.2004>
 8. Hagiwara K, Perchet C, Garcia-Larrea L. *Cortical modulation of nociception by galvanic vestibular stimulation: A potential clinical tool? Brain Stimul*. 2020;13:1:60.
<https://doi.org/10.1016/j.brs.2019.10.009>
 9. Lopez C, Blanke O, Mast FW. *The human vestibular cortex revealed by coordinate-based activation likelihood estimation meta-analysis. Neuroscience*. 2012;212:159-179.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2012.03.028>
 10. Miller SM, Ngo TT. *Studies of caloric vestibular stimulation: implications for the cognitive neurosciences, the clinical neurosciences and neurophilosophy. Acta Neuropsychiatr*. 2007;19:183-203.
<https://doi.org/10.1111/j.1601-5215.2007.00208.x>
 11. Miller SM. *Vestibular neuromodulation: stimulating the neural crossroads of psychiatric illness. Bipolar Disord*. 2016;18(6):539-543.
<https://doi.org/10.1111/bdi.12427>
 12. Naryshkin AG, Galanin IV, Gorelik AL, Seliverstov RYu, Skoromets TA. *Conceptual Aspects of Vestibular Neuromodulation. Human Physiology*. 2023;49:4:435-443.
<https://doi.org/10.1134/S0362119723700366>
 13. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, Listing J, Akkoc N, Brandt J, Sieper J. *The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. Annals of the Rheumatic Diseases*. 2009;68(6):777-783.
<https://doi.org/10.1136/ard.2009.108233>
 14. Utz KS, Dimova V, Oppenländer K, Kerkhoff G. *Electrified minds: transcranial direct current stimulation (tDCS) and galvanic vestibular stimulation (GVS) as methods of non-invasive brain stimulation in neuropsychology—a review of current data and future implications. Neuropsychologia*. 2010;48:2789-2810.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2010.06.002>

Сведения об авторах

Нарышкин Александр Геннадьевич — д.м.н., профессор кафедры нейрохирургии им. А.Л. Поленова СЗГМУ им. И.И. Мечникова, ведущий научный сотрудник отделения нейрохирургии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: naryshkin56@mail.ru

Саркисян Александр Михайлович — врач-невролог, младший научный сотрудник отделения нейрохирургии НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева. E-mail: sarkisiana@internet.ru

Максютина Мария Александровна — врач-невролог СПб ГБУЗ Городская поликлиника № 37. E-mail: marywhoann@gmail.com

Скоромец Тарас Александрович — д.м.н., профессор кафедры нейрохирургии ПСПБГМУ им. И.П.Павлова. E-mail: tskoromets@mail.ru

Галанин Игорь Вениаминович — к.м.н., старший научный сотрудник отделения нейрохирургии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: garik.galanin@yandex.ru

Орлов Илья Аркадьевич — врач-невролог, научный сотрудник отделения нейрохирургии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: cipor@inbox.ru

Поступила 07.02.2024

Received 07.02.2024

Принята в печать 24.10.2025

Accepted 24.10.2025

Дата публикации 28.03.2025

Date of publication 28.03.2025

Лингвокультуральная адаптация русскоязычной версии опросника «Шкала саморазговора» (Self-Talk Scale)

Проскурина В.В.¹, Ткаченко А.А.^{1,2}

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, Москва, Россия

²Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Россия

Оригинальная статья

Резюме. В силу взаимосвязи внутренней речи с другими когнитивными процессами и ее роли в психопатологическом синдромообразовании актуальной является проблема дефицита объективных методов её изучения. Инструментами, отражающими содержательную сторону данного психического процесса, являются методы самоотчёта. В статье рассматривается опросник, направленный на измерение частоты саморечи и выполняемых ею специфических функций саморегуляции (Self-Talk Scale). Целью данной статьи является лингвокультуральная адаптация методики. Описана процедура перевода на русский язык, процедура пилотного тестирования, а также рассмотрены статистические параметры, обосновывающие перспективы дальнейшей валидации опросника.

Ключевые слова: внутренняя речь, саморазговор, саморегуляция, лингвокультуральная адаптация, STS.

Информация об авторах:

Проскурина Валерия Владиславовна* — e-mail: proskurinalera@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0004-2021-6260>

Ткаченко Андрей Анатольевич — e-mail: tkatchenko_gnc@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9922-3818>.

Как цитировать: Проскурина В.В., Ткаченко А.А. Лингвокультуральная адаптация русскоязычной версии опросника «Шкала саморазговора» (Self-Talk Scale). *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:1:73-80. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-976>

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Linguistic and cultural adaptation of the Russian version of the “Self-Talk Scale” questionnaire

Valeria V. Proskurina¹, Andrey A. Tkachenko^{1,2}

¹V. Serbsky National Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

²First Sechenov Moscow State Medical University, Russia

Research article

Summary. Due to the relationship of inner speech with other cognitive processes and its role in psychopathological syndrome formation, the problem of deficit of objective methods of its study is relevant. The tools that reflect the content side of this mental process are self-report methods. The article deals with a questionnaire aimed at measuring the frequency of self-talk and the specific functions of self-regulation it performs (Self-Talk Scale). The purpose of this article is the linguistic and cultural adaptation of the questionnaire. The procedure for translation into Russian, the pilot testing procedure, as well as statistical parameters that substantiate the prospects for further validation of the questionnaire are considered are described.

Key words: inner speech, self-talk, self-regulation, linguocultural adaptation, STS.

Information about the authors:

Valeria V. Proskurina* — e-mail: proskurinalera@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0004-2021-6260>

Andrey A. Tkachenko — e-mail: tkatchenko_gnc@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9922-3818>.

Автор, ответственный за переписку: Проскурина Валерия Владиславовна — e-mail: proskurinalera@mail.ru

Corresponding author: Valeria V. Proskurina — e-mail: proskurinalera@mail.ru

To cite this article: Proskurina VV, Tkachenko AA. Linguocultural adaptation of the Russian version of the «Self-Talk Scale» questionnaire. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:1:73-80. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-976>. (In Russ.)

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

Разговор с самим собой — это опыт, который каждому является понятным и знакомым, но одновременно настолько же интригующим и неуловимым. Для обозначения данного психического процесса существует множество терминов: внутренний монолог/диалог, слуховые образы, частная речь, внутренняя речь, разговор с самим собой, самовысказывания и т.д. [9]. Любой опыт саморазговора можно разделить на два состояния — это разговор с самим собой вслух (то, что называют «частной речью») и разговор с самим собой безмолвно — «внутренняя речь». Согласно исследованиям C.L. Heavey и R.T. Hurlburt [14], внутренняя речь составляет около четверти сознательной жизни человека, а по данным Т.М. Brinthaup с соавт. [9], респонденты гораздо чаще сообщают об использовании внутренней речи, чем разговора с собой вслух, что может быть связано с социальными нормами.

Внутренняя речь имеет тесные взаимосвязи со многими когнитивными функциями [2], такими как внимание [21], память [8], переключение задач, планирование, принятие решений, торможение, когнитивная гибкость [1, 5, 12, 23, 32], социальный интеллект [18]. Кроме того, исследования подтверждают ключевую роль внутренней речи в формировании сознания и самосознания, саморефлексии, самомотивации, постановке целей, контроле эмоций и импульсов, саморегуляции [4, 10, 19, 20, 27].

Согласно концепции Л.С. Выготского [1], в ходе развития индивида внешняя речь интериоризируется и обеспечивает формирование речи внутренней, имеющей беззвучный, монологичный и сокращённый характер. Внутренний характер данного феномена является ключевым фактором, осложняющим его изучение. Тем не менее необходимость изучения внутренней речи, а также её взаимосвязи с психопатологией, когнитивными функциями и саморегуляцией побуждают исследователей к созданию объективных инструментов её исследования.

Существуют различные методы распознавания внутренней речи. Например, А.Н. Соколов [3] проводил фиксацию внутренней речи с помощью электромиографии. На данный момент для изучения внутренней речи активно используются ЭЭГ и методы нейровизуализации [7, 17, 22, 29]. Исследования, направленные на изучение взаимосвязи внутренней речи с другими когнитивными процессами, включают её блокирование с помощью артикуляционного подавления в ходе решения когнитивных задач [30].

Несмотря на то, что эти методы дают ценную информацию для понимания структурных и функциональных особенностей внутренней речи, они не отражают содержательной стороны дан-

ного феномена. Поэтому одним из инструментов стало изучение внутренней речи с помощью методов самоотчёта, таких как анкетирование [6, 9, 11]. Некоторые исследователи считают существующие опросники хотя и надёжными, но недостаточно валидными, что позволяет предполагать, что они измеряют разные структуры, связанные с внутренней речью [25, 31].

Т.М. Brinthaup с соавт. [9] разработали Шкалу саморазговора (Self-Talk Scale), основываясь на утверждениях о том, что саморазговор играет важную роль в повседневном поведении и саморегуляции. Шкала фокусируется на саморазговоре в целом, то есть учитывает как внутреннюю, так и частную речь. Кроме того, при разработке шкалы акцент был сделан на том, когда и почему человек разговаривает сам с собой. Таким образом, шкала направлена на измерение индивидуальной частоты саморечи и выполняемых ею специфических функций саморегуляции. В результате был получен опросник, состоящий из 16 пунктов, разбитых на 4 фактора: «Социальная оценка», включающая желание повторить что-то, сказанное другому человеку; «Самоподкрепление», включающее чувство гордости за что-то сделанное; «Самокритика», включающая неудовлетворённость собой и критику себя за что-то сделанное; «Самоуправление», включающее формулирование для себя указаний или инструкций относительно того, что нужно сделать.

Целью настоящего исследования является предварительная адаптация опросника STS для русскоязычной аудитории.

Согласие на адаптацию и валидизацию опросника STS было получено от профессора Tomas M. Brinthaup (государственный университет Среднего Теннесси, США).

Материалы и методы

В настоящее время существует значительное количество опросников, касающихся внутренней речи. Нами были проанализированы опросники Inner Speech Scale [28], Self-Talk Scale [9], Varieties of Inner Speech Questionnaire [16], Varieties of Inner Speech Questionnaire- Revised [6], Self-Talk Use Questionnaire [13], Self-Verbalization Questionnaire [11], General Inner Speech Questionnaire [25], General Inner Speech Questionnaire-Revised-30 [24], Internal Representations Questionnaire [26], Learning-Specific Inner Speech Scale [33], The Nevada Inner Experience Questionnaire [15]. Из данного множества опросников нами были отобраны три, направленные на разные аспекты изучения внутренней речи, в попытке получить целостную картину характеристик и функциональных свойств внутренней речи: Опросник разновидностей внутренней речи — пе-

рассмотренный (VISQ-R), Шкала саморазговора (STS), Общий опросник внутренней речи — пересмотренный (GISQ-R-30). Кроме того, отбор трех различных методик был предусмотрен для проведения в дальнейшем работы по их валидации, в том числе с возможностью проверки внешней валидности тестов между собой, поскольку отечественных аналогов психометрической оценки внутренней речи не существует.

Набор первичных данных для пилотного исследования проводился на базе ФБГУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского». В пилотном тестировании приняли участие 34 испытуемых мужского пола (средний возраст $31,1 \pm 8,8$). Все они являлись носителями русского языка без нарушения или скорректированным зрением.

В исследовании принимали участие 2 группы испытуемых. Первая группа состояла из 19 психически здоровых добровольцев. Вторая группа состояла из лиц с расстройством личности (F60–61 «Специфическое расстройство личности» и «Смешанное расстройство личности») — 15 человек (среди них лица с истерическим, эмоционально-неустойчивым, тревожным и смешанным расстройствами личности).

Диагнозы испытуемым 2-ой группы были установлены по итогам освидетельствования комиссией врачей судебно-психиатрических экспертов с учетом результатов патопсихологического исследования. Из исследования исключались лица с наличием психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также лица, поведение и переживания которых по итогам обследования были расценены как симулятивные.

Этический аспект. Протокол исследования и текст информированного согласия были одобрены локальным этическим комитетом ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (протокол №44/4 от 20.05.2024 г.) и соответствуют принципам Хель-

синкской декларации. Все участники подписали письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Статистический анализ проводился в программе Jamovi 2.3.28.0. Несмотря на то, что количество участников представляет собой группу из 34 человек, оценивалась факторная структура опросника с использованием разведочного факторного анализа и проводилась оценка параметров модели с помощью подтверждающего факторного анализа. Были рассмотрены показатели эффективности модели подтверждающего факторного анализа: критерий хи-квадрат, сравнительный индекс соответствия (CFI), индекс Такера-Льюиса (TLI) и среднеквадратичная ошибка аппроксимации (RMSEA). Приемлемыми значениями показателей эффективности моделей подтверждающего факторного анализа при диапазоне от 0 до 1 для CFI являются значения выше 0,9, для TLI — 0,9 и выше, а для RMSEA 0,06 и менее. Внутренняя согласованность шкалы STS оценивалась с помощью коэффициентов альфа-Кронбаха. Учитывая тот факт, что в настоящее время отсутствуют русскоязычные аналогичные инструменты изучения внутренней речи, оценка внешней конструктивной валидности запланирована на будущее с другими опросниками внутренней речи, проходящими в данный момент процедуру лингвокультуральной адаптации.

Результаты

Лингвокультуральная адаптация

Шкала саморазговора (STS) в оригинальной версии представляет собой опросник, состоящий из 16 утверждений, касающихся частоты саморазговора, отношение к которым испытуемый оценивает по 5-балльной шкале Лайкерта от «никогда» до «очень часто». В дальнейшем производится подсчет общего балла путём суммирования баллов по отдельным пунктам. Данный показатель может варьировать от 16 до 80 баллов. Баллы

Таблица 1. Описание факторов опросника Шкала саморазговора оригинальной версии
Table 1. Description of factors in the Self-Talk Scale questionnaire original version

Фактор	Описание фактора	Балльная оценка
Социальная оценка	Оценивает частоту самонаправленной речи, регулирующей поведение, в зависимости от социальных ситуаций и связанных с ними коммуникаций	Каждое отдельное утверждение оценивается по шкале от 1 до 5 баллов. Количество утверждений, относящихся к каждому фактору уравнено (по 4 утверждения). Таким образом баллы варьируются от 4 до 20 для каждого фактора
Самоподкрепление	Оценивает частоту самонаправленной речи, регулирующей поведение, в ситуациях гордости и радости за себя и свои успехи. Отражает позитивную оценочную природу внутренней речи	
Самокритика	Оценивает частоту самонаправленной речи, регулирующей поведение, в ситуациях неудовлетворённости собой и своими действиями. Отражает негативную оценочную природу внутренней речи	
Самоуправление	Оценивает частоту самонаправленной речи, регулирующей поведение, направленной на планирование действий и формирование указаний самому себе	

Примечание: общая сумма баллов варьирует от 16 до 80.

Note: Total scores range from 16 to 80.

по субшкалам, отражающим четыре фактора, рассчитываются путём суммирования баллов по пунктам, относящимся к субшкалам «Самоподкрепление», «Самокритика», «Самоуправление» и «Социальная оценка» (Табл.1). Возможные баллы варьируют от 4 до 20 для каждой субшкалы. Полный текст опросника размещен по адресу <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.25982824.v2>. На русский язык англоязычная версия опросника была переведена профессиональным переводчиком. Полученный перевод был проанализирован экспертной группой психиатров. Формулировки утверждений были приведены в соответствие с языковыми нормами русского языка.

После того, как вторым профессиональным переводчиком, не знакомым с первоначальным вариантом опросника STS, был выполнен его обратный перевод на английский язык, он был предоставлен профессору Т.М. Brinthaup (государственный университет Среднего Теннесси, США) для анализа точности перевода. В целом автор отметил верность перевода, но дал три рекомендации. При обратном переводе вариантов ответа шкалы Лайкерта Т.М. Brinthaup указал на неточность в переводе «очень часто» как «more often than not». В данном случае использованное переводчиком словосочетание не влияло на окончательный вариант русскоязычной версии, так как авторами используется общепринятая пятибалльная шкала Лайкерта («никогда», «редко», «иногда», «часто», «очень часто»). Третий пункт опросника изначально был сформулирован как: «Мне следует придумать, что сказать или сделать/ I should figure out what to do or say». В данном случае Т.М. Brinthaup отметил, что получившееся утверждение несколько отличается по смыслу от оригинального: «I need to figure out what I should do or say», таким образом, перевод был заменён на: «Мне нужно придумать, что мне следует сделать или сказать». Шестнадцатый пункт опросника был сформулирован как: «Мне хочется повторить то, что я сказал другому человеку/ I want to repeat something I had said to other person». В данном случае автор опросника отметил, что в оригинале «I want to replay something that I've said to another person», где «replay» подразумевает под собой «revisit» как повторное воспроизведение ситуации. В конечном варианте перевод был изменён на: «Мне хочется мысленно вернуться к тому, что я сказал другому человеку». После того, как все рекомендации, данные профессором Т.М. Brinthaup, были внесены, ему была выслана окончательная версия опросника.

Пилотное тестирование

Каждый из участников заполнил опросник STS. Тестирование с каждым испытуемым проводилось однократно и занимало в среднем 10 минут, на подсчёт баллов приходилось около 5 минут. У всех участников исследования не возникало трудностей в понимании предлагаемых в опросниках утверждений.

Факторная структура опросника STS. Количество факторов определялось построением графика каменистой осыпи, в результате чего было получено 4 фактора. Исходя из этого, был проведён разведочный факторный анализ с извлечением по принципу максимального правдоподобия и применением вращения облимин. При анализе четырёхфакторного решения было обнаружено, что в каждом факторе присутствуют 3 и более элементов с существенными нагрузками (Табл.2). В целом, можно отметить, что даже на минимальной выборке испытуемых прослеживается факторная структура опросника, подобная оригинальному опроснику, где 4 переменные группируются в 1 фактор.

Для проверки факторной структуры был использован подтверждающий факторный анализ (Табл.3). Была рассмотрена четырёхфакторная модель шкалы STS, основанная на базе оригинальной версии опросника и получившихся данных разведочного факторного анализа. Параметры полученной модели: $\chi^2=171$, $p<0,001$, $\chi^2/df= 1,7$, CFI=0,830, TLI=0,792, RMSEA=0,148. В последующем, по мере достижения оптимального объёма выборки, необходимого для проведения подтверждающего факторного анализа, параметры модели значительным образом изменятся.

Внутренняя согласованность STS была проверена на всех 16 пунктах опросника. Значение Кронбаха $\alpha= 0,930$, что говорит о высокой внутренней согласованности. Также был рассчитан коэффициент Кронбаха α при выпадении элемента, показатель варьировал от 0,923 до 0,930, то есть каждое суждение отвечает критерию надёжности, ни один из них не выбивается из общей системы и не требует удаления из методики.

Заключение

Главной задачей на данном этапе являлось проведение первого этапа валидации опросника — лингвокультуральной адаптации, заключающейся в переводе методики, её коррекции в соответствии с замечаниями автора оригинальной версии и приведение высказываний в соответствие с языковыми нормами русского языка. Опросник является простым и удобным в использовании.

В ходе попытки предварительного анализа психометрических свойств опросника было получено несколько обнадеживающих результатов. Во-первых, была получена четырёхфакторная структура опросника, включающая подшкалы «self-criticism/ самокритика», «self-reinforcement/ самоподкрепление», «self-management/ самоуправление» и «social assessment /социальная оценка», аналогичная оригинальной версии Шкалы саморазговора. Во-вторых, общая согласованность является достаточно высокой. Что касается значимой перекрёстной нагрузки переменных SM12, SA16, SA4 и SM9, то на данном этапе мы можем объяснить это имеющимся ограниченным объёмом выборки (минимальное рекомендуемое ко-

Таблица 2. Факторная структура адаптируемой версии опросника шкала саморазговора
Table 2. Factor structure of the adapted version of the self-talk scale questionnaire

Переменные	Фактор				
	1	2	3	4	Уникальность
SR5	0.9850	-0.0867	-0.07099	0.0551	0.08455
SR2	0.8608	0.0914	-0.00937	-0.0521	0.20558
SR13	0.8600	-0.0254	0.07559	0.0529	0.22517
SR8	0.7651	0.1529	-0.05420	0.0321	0.27007
SC10	-0.0562	0.9392	9.60e-4	0.0491	0.12627
SC7	0.1659	0.8021	-0.09598	0.0546	0.21135
SC1	-0.0232	0.7269	0.14759	0.0751	0.32070
SC14	0.2990	0.5021	-0.00609	0.1612	0.38696
SA11	-0.1025	-0.0334	0.97457	0.0890	0.00500
SM12	0.0246	0.0261	0.55947	0.3350	0.36675
SA16	0.1222	0.4783	0.55674	-0.1358	0.28075
SA4	0.4695	0.1190	0.52859	-0.0934	0.39274
SA6	0.1394	0.0376	0.51919	0.2486	0.45513
SM3	0.0357	0.2757	-2.71e-4	0.7500	0.15633
SM15	0.1387	-0.1076	0.14210	0.7191	0.35761
SM9	-0.0529	0.2006	0.30468	0.4614	0.42093

Примечание. Метод извлечения «Максимальное правдоподобие» использовался в сочетании с вращением «облимин». Сокращения в названии переменных представлены пунктами опросника, где заглавные буквы — это сокращение названия фактора в оригинальной версии опросника (SR — self-reinforcement, SC — self-criticism, SA — social assessment, SM — self-management), а цифра — это порядковый номер пункта в опроснике.

Note. The «Maximum Likelihood» extraction method was used in combination with «oblmin» rotation. Abbreviations in the names of variables are represented by questionnaire items, where capital letters are an abbreviation of the name of the factor in the original version of the questionnaire (SR — self-reinforcement, SC — self-criticism, SA — social assessment, SM — self-management), and the number is ordinal item number in the questionnaire.

личество испытуемых для разведочного анализа в 5 раз больше количества переменных в опроснике, а для подтверждающего факторного анализа N=200). Кроме того, в исследовании принимали участие не только респонденты группы нормы, но и испытуемые с расстройством личности, что также могло оказать влияние на полученные результаты. На данном этапе удаление пунктов опросника со значимой перекрёстной нагрузкой

представляется нецелесообразной, так как необходимо подтверждение на большей и более однородной выборке. В целом, полученные результаты носят обнадеживающий характер, что позволяет нам осуществлять дальнейший набор испытуемых для проведения последующих этапов валидации: определения надёжности методики, внутренней и внешней валидности.

Литература / References

1. Выготский Л.С. Мышление и речь. М. 2013. Vygotskij L.S. Myshlenie i rech'. M. 2013. (In Russ.).
2. Проскурина В.В., Ткаченко А.А. Роль внутренней речи в психопатологическом синдромообразовании и когнитивных процессах. Российский психиатрический журнал. 2024;2:41-54. Proskurina VV, Tkachenko AA. The role of inner speech in psychopathological syndrome formation and cognitive processes. Rossijskij psixiatricheskij zhurnal. 2024;(2):41-54. (In Russ.).
3. Соколов А.Н. Внутренняя речь и мышление. М. 1967. Sokolov A.N. Vnutrennyaya rech' i myshlenie. Moscow. 1967. (In Russ.).
4. Ткаченко А.А., Демидова Л.Ю. Построение общей модели саморегуляции в судебной психиатрии. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2025;59:1-10. Tkachenko A.A., Demidova L.Yu. Construction of a general model of self-regulation in forensic psychiatry. Journal of Psychiatry and Medical Psychology. 2025;59:1-10. (In Russ.).

Таблица 3. Подтверждающий факторный анализ
Table 3. Confirmatory factor analysis

Фактор	Индикатор	Вес	SE	Z	p	Стандартная оценка
self-criticism	SC1	0.828	0.147	5.63	< .001	0.815
	SC7	1.263	0.201	6.27	< .001	0.871
	SC10	1.200	0.180	6.66	< .001	0.904
	SC14	1.017	0.199	5.12	< .001	0.764
self-reinforcement	SR2	1.057	0.163	6.50	< .001	0.884
	SR5	1.066	0.150	7.11	< .001	0.932
	SR8	0.998	0.162	6.18	< .001	0.857
	SR13	0.912	0.140	6.52	< .001	0.886
self-management	SM3	1.024	0.192	5.34	< .001	0.809
	SM9	0.764	0.137	5.56	< .001	0.819
	SM12	0.919	0.175	5.25	< .001	0.798
	SM15	0.785	0.177	4.43	< .001	0.702
social assessment	SA4	0.893	0.204	4.38	< .001	0.702
	SA6	0.754	0.164	4.58	< .001	0.722
	SA11	1.024	0.197	5.21	< .001	0.808
	SA16	1.078	0.204	5.29	< .001	0.805

- хиапии. Сообщение 2. Внутренняя речь как механизм перекодировки смысла и значения. Российский психиатрический журнал. 2018;6:17-26.
- Tkachenko AA, Demidova LYu. Development of the general model of self-regulation in forensic psychiatry. Paper 2. Inner speech as a mechanism for recoding sense and meaning review. Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal. 2018;(6):17-26. (In Russ.).
- Alderson-Day B, Fernyhough C. Inner Speech: development, cognitive functions, phenomenology, and neurobiology. Psychol Bull. 2015;141(5):931-965. <https://doi.org/10.1037/bul0000021>
 - Alderson-Day B, Mitrenga K, Wilkinson S, McCarthy-Jones S, Fernyhough C. The varieties of inner speech questionnaire-revised (VISQ-R): replicating and replicating links between inner speech and psychopathology. Conscious Cogn. 2018;65:48-58. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2018.07.001>
 - Alderson-Day B, Weis S, McCarthy-Jones S, Moseley P, Smailes D, Fernyhough C. The brain's conversation with itself: neural substrates of dialogic inner speech. Soc Cogn Affect Neurosci. 2016;11(1):110-120.
 - Baddeley AD, Hitch G. Working Memory. Psychology of Learning and Motivation. 1974;8:47-89. [http://dx.doi.org/10.1016/S0079-7421\(08\)60452-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0079-7421(08)60452-1)
 - Brinthaup TM, Hein MB, Kramer TE. The Self-Talk Scale: Development, Factor Analysis, and Validation. J Pers Assess. 2009;91(1):82-92. <https://doi.org/10.1080/00223890802484498>
 - Dolcos S, Albarracin D. The inner speech of behavioral regulation: Intentions and task performance strengthen when you talk to yourself as a You. Eur J Soc Psychol. 2014;44(6):636-642. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2048>
 - Duncan RM, Cheyne JA. Incidence and functions of self-reported private speech in young adults: a self-verbalisation questionnaire. Can J Behav Sci. 1999;31(3):133-136. <https://doi.org/10.1037/h0087081>
 - Fernyhough C. Alien voices and inner dialogue: Towards a developmental account of auditory verbal hallucinations. New Ideas in Psychol. 2004;22(1):49-68. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2004.09.001>
 - Hardy J, Hall CR, Hardy L. A note on athletes' use of self-talk. J Appl Sport Psychol. 2004;16:251-257. <https://doi.org/10.1080/10413200490498357>
 - Heavey CL, Hurlburt RT. The phenomena of inner experience. Conscious Cogn. 2008;17(3):798-810. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2007.12.006>
 - Heavey CL, Moynihan SA, Brouwers VP, Lapping-Carr L, Krumm AE, Kelsey JM, Turner DK II, Hurlburt RT. Measuring the Frequency of In-

- ner-Experience Characteristics by Self-Report: The Nevada Inner Experience Questionnaire *Front Psychol.* 2019;9.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02615>
16. McCarthy-Jones S, Fernyhough C. The varieties of inner speech: Links between quality of inner speech and psychopathological variables in a sample of young adults. *Conscious Cogn.* 2011;(20):1586–1593.
 17. McGuire PK, Silbersweig DA, Wright I, Murray RM, Frackowiak RS, Frith CD. The neural correlates of inner speech and auditory verbal imagery in schizophrenia: relationship to auditory verbal hallucinations. *Br J Psychiatry.* 1996;169(2):148–159.
<https://doi.org/10.1192/bjp.169.2.148>
 18. Morin A, El-Sayed E, Racy F. Self-awareness, inner speech, and theory of mind in typical and ASD individuals: a critical review. In book: Sherwood E. *Theory of Mind: Development in children, brain mechanisms and social implications.* New York: Nova Science; 2015:43–114.
 19. Morin A, Everett J. Inner speech as a mediator of self-awareness, self-consciousness, and self-knowledge: an hypothesis. *New Ideas Psychol.* 1990;8(3):337–356.
[https://doi.org/10.1016/0732-118X\(94\)90020-5](https://doi.org/10.1016/0732-118X(94)90020-5)
 20. Morin A, Racy F. Dynamic self-processes. In book: Rauthmann JF. *The Handbook of Personality Dynamics and Processes.* Elsevier, 2021:365–386.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813995-0.00015-7>
 21. Nedergaard J, Skewes JC, Wallentin M. “Stay focused!”: the role of inner speech in maintaining attention during a boring task. *J Exp Psychol Hum Percept Perform.* 2023;49(4):451–464.
<https://doi.org/10.1037/xhp0001112>
 22. Nieto N, Peterson V, Rufiner HL, Kamienkowski JE, Spies R. Thinking out loud, an open-access EEG-based BCI dataset for inner speech recognition. *Sci Data.* 2022;9(1):52.
<https://doi.org/10.1038/s41597-022-01147-2>
 23. Petrolini V, Jorba M, Vicente A. The role of inner speech in executive functioning tasks: schizophrenia with auditory verbal hallucinations and autistic spectrum conditions as case studies. *Front Psychol.* 2020;11:572035.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.572035>
 24. Racy F, Kolesnikova N., Vermette M., Morin A. *Exploration of the General Inner Speech Questionnaire — Revised.* Original research presented at the Science of Consciousness (TSC) Conference, Taormina, Italy. 2023.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.25856.61445>
 25. Racy F, Morin A, Duhnych C. Using a thought listing procedure to construct the General Inner Speech questionnaire: an ecological approach. *J Constr Psychol.* 2019;33(4):385–405.
<https://doi.org/10.1080/10720537.2019.1633572>
 26. Roebuck H, Lupyan G. The Internal Representations Questionnaire: Measuring modes of thinking. *Behav Res Methods.* 2020;52:2053–2070.
<https://doi.org/10.3758/s13428-020-01354-y>
 27. Salas CE, Castro O, Radovic D, Gross JJ, Turnbull O. The Role of Inner Speech in Emotion Dysregulation and Emotion Regulation Strategy Use. *Revista Latinoamericana de Psicología.* 2018;50(2):79–88
<http://dx.doi.org/10.14349/rlp.2018.v50.n2.1>
 28. Siegrist M. Inner speech as a cognitive process mediating self-consciousness and inhibiting self-deception. *Psychol Rep.* 1995;76(1):259–265.
<http://dx.doi.org/10.2466/pr0.1995.76.1.259>
 29. Stephan F, Saalbach H, Rossi S. The brain differentially prepares inner and overt speech production: electrophysiological and vascular evidence. *Brain Sci.* 2020;10(3):148.
<https://doi.org/10.3390/brainsci10030148>
 30. Tullett AM, Inzlicht M. The voice of self-control: Blocking the inner voice increases impulsive responding. *Acta Psychol.* 2010;135(2):252–256.
<https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2010.07.008>
 31. Uttl B, Morin A, Hamper B. Are inner speech questionnaires reliable and valid? *Procedia Soc Behav Sci.* 2011;30:1719–1723.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.332>
 32. Winsler A. Still talking to ourselves after all these years: a review of current research on private speech. In book: Winsler A., Fernyhough C., Montero I., editors. *Private speech, executive functioning, and the development of mental self-regulation.* Cambridge University Press; 2009.
 33. Xiang X, Brinthaup TM, Sun S, Ren X. The Learning-Specific Inner Speech Scale (LISS) Development, Predictive Validity, and Age Difference. *European Psychol Assess.* 2019;36(4).
<https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000544>

Благодарности

Авторы выражают благодарность за возможность проведения лингвокультуральной адаптации опросника и участие в её реализации профессору Т.М. Brinthaup, а также переводчику А. Ф. Ильясовой.

Сведения об авторах

Проскурина Валерия Владиславовна — младший научный сотрудник отделения психогений и расстройств личности ФБГУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ (119034 г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23). E-mail: proskurinalera@mail.ru

Ткаченко Андрей Анатольевич — д.м.н., профессор, руководитель отдела судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе ФБГУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ; профессор кафедры социальной и судебной психиатрии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» МЗ РФ (Сеченовский университет) (119048 г. Москва, Трубецкая ул., д.8, стр.2). E-mail: tkatchenko_gnc@mail.ru

Поступила 09.06.2024

Received 09.06.2024

Принята в печать 24.10.2024

Accepted 24.10.2024

Дата публикации 28.03.2025

Date of publication 28.03.2025

Тразодон в терапии химических зависимостей

Асадуллин А.Р.^{1,2,3,4}, Ахметова Э.А.^{2,5}, Ефремов И.С.⁶, Гасенко К.А.⁷, Борукаев Р.Р.⁸, Колыванова И.В.⁸,
Крупницкий Е.М.^{5,9}

¹ФГБОУ ДПО «РМАНПО», Москва, Россия

²ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа, Россия

³ФГБОУ ВО «Саратовский Государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского»,
Саратов, Россия

⁴Ташкентская Медицинская Академия, Узбекистан

⁵ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Россия

⁶Психологический центр «Мастерская психотерапии», Уфа, Россия

⁷БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодниковой», Омск, Россия

⁸ООО «Анджелини Фарма Рус», Москва, Россия

⁹ФГБОУ ВО «ПСПБГМУ им. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Тразодон — это антидепрессант, одобренный FDA для терапии депрессии. Однако, он используется специалистами по охране психического здоровья для лечения множества психиатрических и медицинских состояний, в том числе, при не одобренных FDA показаний, таких как расстройство, связанные с употреблением психоактивных веществ (ПАВ). Проблема зависимости от ПАВ является важным аспектом современного психиатрического лечения. Так, среди всех факторов риска, связанных с преждевременной смертью, употребление табака и алкоголя занимает второе и седьмое место соответственно. Высокий вклад в преждевременную смертность приносит прямое воздействие ПАВ, а также их негативное воздействие на здоровье. Поэтому, вопрос соответствующего терапевтического лечения расстройств, связанных с употреблением ПАВ остается важным и актуальным. Тразодон проявляет антагонизм к серотонинергическим рецепторам (рецепторам 5-HT₂) и одновременно является ингибитором обратного захвата серотонина, продемонстрировал эффективность у лиц, зависимых от алкоголя, бензодиазепинов, опиатов и иных зависимостей. Хотя механизм действия тразодона в организме очень сложен и еще не до конца изучен, его преимуществом является относительно небольшая группа побочных эффектов. Тем не менее, тразодон может являться препаратом выбора по той причине, что улучшение депрессивных состояний и проблем со сном у пациентов потенциально снижает риск рецидива зависимости от ПАВ.

Ключевые слова: тразодон, коморбидность, депрессия, алкоголизм, антидепрессанты, инсомния

Информация об авторах:

Асадуллин Азат Раилевич — e-mail: droar@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7148-4485>

Ахметова Эльвина Аслямовна — e-mail: aea1202@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4053-6232>

Ефремов Илья Сергеевич — e-mail: efremovilya102@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-9994-8656>

Гасенко Ксения Александровна — e-mail: ksenia.gasenko@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4516-3324>

Борукаев Рустам Русланович — e-mail: rustam.borukaev@angelinipharma.com; <https://orcid.org/0000-0001-6080-7293>

Колыванова Ирина Валерьевна* — e-mail: irina.kolyvanova@angelinipharma.com; <https://orcid.org/0000-0003-0785-7288>

Крупницкий Евгений Михайлович — e-mail: kruenator@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0529-4525>

Как цитировать: Асадуллин А.Р., Ахметова Э.А., Ефремов И.С., Гасенко К.А., Борукаев Р.Р., Колыванова И.В., Крупницкий Е.М. Тразодон в терапии химических зависимостей. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:1:81-89. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-1094>

Конфликт интересов. Крупницкий Е.М. — заместитель главного редактора. Борукаев Р.Р., Колыванова И.В. — сотрудники ООО «Анджелини Фарма Рус». Статья спонсируется компанией «Анджелини». Конфликт интересов не повлиял на результаты исследования. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

Автор, ответственный за переписку: Асадуллин Азат Раилевич, e-mail: droar@yandex.ru

Corresponding author: Azat R. Asadullin, e-mail: droar@yandex.ru

Trazodon in the treatment of chemical addictions

Azat R. Asadullin^{1,2,3,4}, Elvina A. Akhmetova^{2,5}, Ilia S. Efremov⁶, Ksenia A. Gasenko⁷, Rustam R. Borukaev⁸,
Irina V. Kolyvanova⁸, Evgeny M. Krupitsky^{5,9}

¹Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia

²Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

³Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov, Russia

⁴Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

⁵Bekhterev National Research Medical Center, Saint Petersburg, Russia

⁶Psychological Center «Psychotherapy Workshop», Ufa, Russia

⁷Solodnikov BUZOO CPB, Omsk, Russia

⁸ООО «Angelini Pharma Rus», Moscow, Russia

⁹Pavlov State Medical University, Saint Petersburg, Russia

Research article

Summary. Trazodone is an FDA-approved antidepressant used to treat depression. However, mental health professionals also use it to treat various psychiatric and medical conditions, including substance use disorders, which have FDA- not approved indications. The problem of addiction to these substances is an important part of modern psychiatric care. Among all the risk factors for premature death, tobacco use ranks second, while alcohol use ranks seventh. Direct exposure to these substances and their negative health effects contribute significantly to premature mortality. Thus, the issue of proper treatment for disorders associated with their use remains important and relevant. Trazodone has been shown to have antagonistic effects on serotonin receptors (5-HT₂) and is also a serotonin reuptake inhibitor. It has been demonstrated to be effective in individuals with alcohol, benzodiazepine, and opiate addictions, as well as other dependencies. Although the exact mechanism of trazodone's action in the body has not been fully understood, its advantage lies in its relatively low number of side effects compared to other medications. Despite this, trazodone may be a suitable option for improving depressive symptoms and sleep issues in patients, potentially reducing the risk of relapsing into substance abuse.

Keywords: trazodone, comorbidity, depression, alcoholism, antidepressants, insomnia

Information about the authors:

Azat R. Asadullin — e-mail: droar@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7148-4485>

Elvina A. Akhmetova — e-mail: aea1202@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4053-6232>

Ilia S. Efremov — e-mail: efremovilya102@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-9994-8656>

Ksenia A. Gasenko — e-mail: ksenia.gasenko@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4516-3324>

Rustam R. Borukaev — e-mail: rustam.borukaev@angelinipharma.com; <https://orcid.org/0000-0001-6080-7293>

Irina V. Kolyvanova* — e-mail: irina.kolyvanova@angelinipharma.com; <https://orcid.org/0000-0003-0785-7288>

Evgeny M. Krupitsky — e-mail: krueator@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0529-4525>

To cite this article: Asadullin AR, Akhmetova EA, Efremov IS, Gasenko KA, Borukaev RR, Kolyvanova IV, Krupitsky EM. Trazodon in the treatment of chemical addictions. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:1:81-89. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-1094> (In Russ.)

Conflict of interest: Evgeny M. Krupitsky is a deputy chief editor. Rustam R. Borukaev, Irina V. Kolyvanova are employees of Angelini Pharma Rus LLC. The article is sponsored by Angelini Pharma Rus LLC. Conflict of interest did not affect the results of the study. The authors bear full responsibility for submitting the final version of the manuscript for publication. All authors participated in the development of the concept of the article and writing the manuscript. The final version of the manuscript was approved by all authors.

Препарат trazodon (продается под торговыми марками Trazodone, Desyrel, Donaren, Molipaxin, Oleptro, Trazorel и Trittico), производное триазолопиридина, создан в 1960-х годах и одобрен FDA 24 декабря 1981 года для лечения депрессивных расстройств с тревожным компонентом или без него [40]. Тразодон характеризуется как препарат с умеренной антигистаминной активностью и низкой антихолинэргической и дофаминэргической активностью, а также позиционируется как многофункциональный и мультимодальный

препарат с дозозависимым фармакологическим действием [5].

Основной механизм действия тразодона реализуется через антагонизм к 5-HT_{2A} рецепторам, частичный агонизм к 5-HT_{1A} рецепторам, антагонизмом к 5-HT_{2C} рецепторам, а также посредством умеренного действия на транспортер серотонина (SERT) [13, 18, 40]. Другие клинически значимые фармакологические мишени тразодона начинаются с доз от 50 мг и связаны с блокадой гистаминовых H₁-рецепторов и α₁-адренергических рецепторов [13, 18, 40]. Способ-

ность trazodone ингибировать SERT по меньшей мере в 100 раз ниже, чем его способность блокировать рецептор 5-HT_{2A}, за счет чего реализуется его благоприятный клинический эффект. Действие же на рецепторы 5-HT_{2A}, альфа-1 и H₁ считается основой для снотворного эффекта препарата, реализуемого при небольших дозах (50-100 мг). Trazodone обуславливает поддержание физиологического сна, не формируя при этом явлений зависимости, причём с минимальным уровнем остаточной утренней седации из-за его короткого периода полувыведения (до 8 часов) [21]. Одновременная блокада 5-HT_{2A} и ингибирование SERT требуется для антидепрессивного эффекта trazodone, который возникает при более высоких дозах препарата (150–600 мг) [40]. Следует отметить, что вышеописанная комбинация антагонизма к 5-HT_{2A} и ингибирования SERT обеспечивает не только выраженные антидепрессивные эффекты, но и хорошую переносимость.

Ряд сравнительных исследований продемонстрировал, что эффективность trazodone сопоставима с эффективностью других антидепрессантов, включая трициклические антидепрессанты, СИОЗС и СИОЗСН, а в ряде из них было отмечено более раннее начало антидепрессивного эффекта trazodone за счет быстрого ингибирования SERT, начиная с доз 100–150 мг/сут [7, 17]. Основной клинической мишенью применения trazodone является депрессия, однако trazodone имеет и множество клинических применений off-label, самое частое из которых — лечение бессонницы [48]. Исследования последних лет, проведенные с использованием полисомнографии, продемонстрировали дополнительные объективные данные об эффективности trazodone при лечении бессонницы, описав его влияние на архитектуру сна, а также подтвердили безопасность использования trazodone и его потенциальную эффективность в лечении пациентов с различными диссомниями [48]. Описано успешное применение trazodone при обсессивно-компульсивном расстройстве, депрессии при шизофрении, болезни Альцгеймера, эректильной дисфункции и ряде других состояний [7, 27]. Кроме того, в литературе описано применение trazodone при лечении и самолечении зависимостей: синдрома отмены опиоидов [39] и алкоголя [9, 10], а также для контроля кривинга при зависимостях от алкоголя, опиоидов, кокаина, бензодиазепинов и ряда других психоактивных веществ (ПАВ) [15, 21, 24, 28]. Недавно проведенный в Италии совет экспертов выявил доказательства эффективности trazodone у пациентов, страдающих депрессивным расстройством с симптомами тревоги, бессонницей, возбуждением, когнитивным дефицитом, нарушениями, связанными с употреблением алкоголя и наркотиков, сопутствующими физическими заболеваниями и риском самоубийства, что свидетельствует об эффективности trazodone при различных проявлениях основного депрессивного расстройства, отягощенных коморбидной химической зависимостью [11].

Цель. Проанализировать возможности применения trazodone при химических зависимостях.

Материалы и методы. Был проведен поиск, выбор и обзор публикаций, посвященных обозначенной теме. Поисковые запросы были сформулированы таким образом, чтобы охватить максимально разносторонние аспекты применения trazodone при химических зависимостях. Поиск проводился в базах данных Google Scholar, ELibrary.ru, Scopus, PubMed. Поиск проводился с использованием поисковых запросов путем различных вариантов комбинирования указанных слов: «trazodone», «alcohol use disorder», «alcoholism», «alcohol dependence», «withdrawal», «insomnia», «sleepiness», «sleep», «sleep disorder», «sleep disturbances», «инсомния», «алкоголизм», «расстройства сна», «нарушения сна», «алкоголь» и некоторые другие. Обзор является несистематическим, описательным и не претендует на полное исчерпывающее описание обозначенных проблем.

Результаты.

Использование trazodone в терапии опиоидной зависимости.

Следует отметить, что до 70% глобального бремени расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, вызвано опиоидами, что делает задачу терапии этих расстройств чрезвычайно важной и актуальной. Если условно разделить процесс терапии зависимости от опиоидов на этапы, то можно выделить три последовательных этапа. Это (1) купирование симптомов отмены, (2) антикрейвинговая поддержка и (3) коррекция различных нарушений, обусловленных приемом наркотических веществ.

Ряд литературных источников свидетельствует о том, что trazodone нередко используется с положительным эффектом в качестве препарата для самолечения больными, принимающими опиоиды и желающими прекратить их употребление. Основным среди этих положительных эффектов является купирование нарушений сна [12]. Анализ ряда недавних публикаций продемонстрировал, что в основе этого эффекта trazodone при зависимости от опиоидов может лежать, помимо действия на рецепторы гистамина, его влияние на антиноцицептивные механизмы, подразумевающие определённую роль системы эндогенных опиоидных нейропептидов в механизме действия trazodone, что, в свою очередь, может способствовать использованию trazodone для индукции и поддержания сна, в том числе и у пациентов с опиоидной зависимостью без депрессии [38].

Другой ряд исследований показал, что влияние нарушений сна на качество жизни больных, зависимых от опиоидов, было весьма значительным, и пациенты нередко сообщали о более низких показателях качества жизни в связи с проблемами со сном [19]. В то же время, как нарушения сна, так и плохое качество жизни в целом могут привести к рецидиву злоупотребления психоактивными веществами, тем самым препятствуя прекращению

потребления опиоидов [25]. Сравнительно недавно была продемонстрирована эффективность тразодона в терапии постабстинентного синдрома у больных с синдромом зависимости от опиоидов. В частности, тразодон уменьшал выраженность депрессии, патологического влечения к опиоидам и нарушений сна, которые нередко становятся причиной рецидива опиоидной зависимости, что делает применение тразодона в терапии постабстинентных расстройств одним из подходов к профилактике рецидивов и стабилизации ремиссий при зависимости от опиоидов [3]. Ранее было показано, что употребление психоактивных веществ в значительной степени связано с нарушениями циркадных ритмов и сна [2], в силу чего можно предположить, что тразодон, эффективно купирующий диссомнические расстройства различной этиологии, может быть эффективным средством коррекции нарушений циркадианных ритмов и стабилизации ремиссии при зависимости от ПАВ. Преимущества использования тразодона в терапии нарушений сна у пациентов, получавших отпускаемые по рецепту опиоиды, описаны в исследовании 510529 больных [43]. Важным преимуществом тразодона в терапии нарушений сна при химических зависимостях является отсутствие аддиктивного потенциала. В частности, в сравнительном исследовании Золпидема (15, 30 и 45 мг), имидазопиридинового препарата, Триазолама (0,25, 0,5 и 0,75 мг), триазолобензодиазепинового снотворного препарата, и тразодона было показано, что тразодон, при сопоставимой эффективности, скорости и продолжительности действия не обладает потенциалом злоупотребления [37].

Показана эффективность тразодона в коррекции нарушений сна у пациентов, зависимых от опиоидов, получающих терапию бупренорфином [47] и налтрексоном [23]. Оценивая эффективность тразодона в коррекции инсомнии у лиц, употребляющих бупренорфин (полусинтетический частичный агонист мю-опиоидов со слабым частичным агонистическим действием на дельта-и каппа-опиоидные рецепторы), Goyal P. et al. провели двойное слепое плацебо-контролируемое параллельное рандомизированное исследование, обнаружив минимальные побочные эффекты тразодона и его хорошую переносимость [21]. Нарушения сна наблюдаются при терапии зависимости от опиоидов налтрексоном (антагонист мю-опиоидных рецепторов, блокирует все субъективные эффекты опиоидов), и ряд исследователей рекомендует использование тразодона и доксепина совместно с налтрексоном при бессоннице у данной категории больных [33]. Однако при заместительной терапии зависимости от опиоидов агонистом опиоидных рецепторов метадон тразодон не показал эффективности в отношении субъективной и объективной оценки сна [41]. Другим нарушением у пациентов с опиоидной зависимостью является сексуальная дисфункция, в основе которой лежит подавляющее действие опиоидов на гипоталамо-гипофизарно-гонадную

систему. Распространенность сексуальной дисфункции у пациентов с опиоидной зависимостью составляет, по разным данным, от 14% до 93% у мужчин и до 56,6% у женщин [35]. Говоря об этой патологии, следует отметить, что ряд публикаций свидетельствует о том, что тразодон может быть эффективен в терапии эректильной дисфункции у мужчин, зависимых от ПАВ [34].

Использование тразодона при алкогольной зависимости

Острая дисфункция центральных моноаминергических путей лежит в основе синдрома отмены алкоголя, что убедительно продемонстрировано на животных моделях, причём важную роль в этих процессах играет как усиление адренергической нейротрансмиссии, так и нарушение серотониновой нейротрансмиссии [30, 44]. Поэтому вполне логично предположить, что тразодон, который обладает выраженной способностью блокировать адренорецепторы и ингибировать обратный захват серотонина, может быть эффективен в терапии синдрома отмены алкоголя.

Как известно, депрессивное расстройство и зависимость от алкоголя и других психоактивных веществ являются острыми проблемами общественного здравоохранения, прежде всего из-за их высокой распространенности и выраженных социальных последствий, а также в связи с отсутствием достаточно эффективных терапевтических подходов, особенно в случае коморбидности этих двух видов психических расстройств. Di Nicola M. et al. в своем исследовании пациентов, страдающих депрессией с коморбидной алкогольной зависимостью, обнаружили, что тразодон продемонстрировал хорошие антидепрессивные свойства, улучшая общую симптоматику, качество жизни и снижая уровень потребления алкоголя, а также купируя нарушения сна и симптомы влечения к спиртному, причем все это — при хорошем профиле безопасности и переносимости [15]. Отечественное простое слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование выявило высокую эффективность и хорошую переносимость тразодона в лечении больных, страдающих алкогольной зависимостью, сочетающейся с коморбидными аффективными расстройствами. Тразодон не только способствовал редукции депрессии, тревоги, стабилизации ремиссии и профилактике рецидивов алкоголизма, но также обладал умеренным антикрейвинговым действием [4].

Клинические и нейрхимические исследования представляют убедительные свидетельства того, что расстройства тревожно-депрессивного спектра, являясь широко распространенным психопатологическим феноменом при алкоголизме, патогенетически обусловлены и нередко являются одним из проявлений патологического влечения к алкоголю [4, 14].

В целом, использование тразодона в терапии алкогольной зависимости также можно разделить

на три этапа: купирование острых нарушений при отмене алкоголя, антикрейвинговая поддержка и коррекция нарушений в период ранней ремиссии, причем эти этапы могут быть как последовательными, так и перекрывать друг друга.

Несомненно, стандартом купирования синдрома отмены алкоголя остаются бензодиазепины, в редких случаях, при развитии алкогольных психозов с некупируемой психопродукцией и возбуждением, можно добавить антипсихотики. Также известно, что тразодон снижает потребность в бензодиазепинах у пациентов с синдромом отмены этанола, а в легких случаях может использоваться и в варианте монотерапии [45]. Kathiresan P. et. al. рекомендуют использовать тразодон у пациентов с затяжными алкогольными психозами с частичным ответом на бензодиазепины, отмечая, что барбитураты, пропофол или противосудорожные средства имеют значительные побочные эффекты [26].

Одной из сложных и трудно корректируемых проблем в периоде ранней ремиссии является депрессия, тревога и проблемы со сном, которые связаны с повышенным риском рецидивов. Несмотря на исследования, показывающие возможность (и эффективность) назначения антидепрессантов, в частности СИОЗС, для коррекции нарушений, вызванных длительным приемом алкоголя, вопросов остается немало [1]. Так, имеются исследования, опубликованные в Кокрановской базе данных, в которых было показано, что некоторые антидепрессанты в значительной степени неэффективны (или имеют доказательства низкого качества) среди людей с коморбидной алкогольной зависимостью и сопутствующей депрессией или тревогой [6]. Grant S et al. несмотря на то, что описали возможность СИОЗС улучшать функциональное состояние, а в сочетании с когнитивно-поведенческой терапией проводить к небольшому снижению употребления алкоголя, также обнаружили повышенный риск возникновения нежелательных явлений и раннего рецидива [22]. Wood E. and Rehm J. опубликовали исследование, в котором описали риски повышенного употребления алкоголя и более быстрого рецидива при приеме определенных антидепрессантов [46].

Напротив, недавний метаанализ 64 рандомизированных клинических исследований (РКИ), включавших 6128 участников, показал, что СИОЗС (в частности, флуоксетин) не только купируют симптомы депрессии у лиц с зависимостью от алкоголя, но, кроме того, способствуют трезвости, а также снижают употребление алкоголя и влечение к нему независимо от дозы или продолжительности лечения [15]. В отношении тразодона предполагалось, что увеличение дозы или сочетание тразодона с препаратами, снижающими влечение к алкоголю, уменьшит или ограничит возможный побочный эффект увеличения потребления алкоголя, и, кроме того, окажет позитивное действие, снижая риск рецидива [42]. В ретроспективном исследовании пациентов с коморбидной алкогольной зависимостью и депрес-

сией на фоне терапии тразодоном (от 6 месяцев и более) отмечалось значительное улучшение симптомов депрессии и тревоги, наблюдалось улучшение качества сна, а также улучшение глобального функционирования и общего качества жизни [15].

Другие зависимости

Хроническое употребление каннабиса связано с негативным воздействием на сон, причем, нарушения сна актуализируются при отмене каннабиса, особенно у зависимых от него больных [36]. Ряд исследователей описал потенциальную пользу тразодона (150 мг или 300 мг ежедневно) в качестве монотерапии у пациентов с расстройствами, связанными с последствиями употребления каннабиса [12, 29].

Отмена кокаина также приводит к множественным нарушениям сна, особенно ярко проявляющимся в течение первой недели, когда у пациентов могут наблюдаться бессонница, ночные кошмары, а иногда — гиперсомния. Такие больные также сообщают о симптомах депрессии, усталости, повышенном аппетите и эпизодах возбуждения, и зачастую подобные пациенты занимаются самолечением, используя опиоиды и алкоголь [36]. Описана серия случаев, демонстрирующих возможность тразодона положительно влиять на клиническую симптоматику в период отмены кокаина, включая влечение к кокаину у пациентов, которые добровольно прекратили его употребление, но имели высокий риск раннего рецидива [12, 28].

Сходные результаты получены и при терапии бензодиазепиновой зависимости. Так, результаты исследования Anseau M. et al. свидетельствуют об эффективности тразодона в качестве альтернативного анксиолитика у пациентов с риском злоупотребления бензодиазепинами, а согласно метаанализу Fluyau D., Revadigar N., and Manobianco B. E., показана его эффективность и при купировании синдрома отмены, вызванного бензодиазепинами [8, 16, 20]. В то же время Peng L., Lawrence D., and Levander X. A. недавно опубликовали описание клинического случая, иллюстрирующего трудности диагностики и лечения расстройства, связанного с зависимостью от “дизайнерских бензодиазепинов”, где показали слабое влияние тразодона на синдром отмены [32]. Недавний метаанализ Ordak M. et al., включающий 51 отчет о случаях фармакотерапии различных типов дизайнерских наркотиков, прежде всего синтетических каннабиноидов (41,2%) и катинонов (31,4%), продемонстрировал эффективность использования бензодиазепинов, седативных антидепрессантов (миртазапина и тразодона) и антипсихотиков, но при этом тразодон был выделен как наиболее безопасный препарат [31]. Действительно, нарушения сна были описаны в клинической картине всех нозологических форм зависимостей, они связаны с клинической тяжестью, депрессивными и тревожными симптомами, влечением к ПАВ и реци-

дивами, в силу чего именно диссомнии все чаще становятся основной мишенью терапии.

Выводы

Тразодон является эффективным антидепрессантом с относительно низким риском побочных эффектов, таких, как увеличение веса, сексуальная дисфункция (тразодон, напротив, повышает либидо) или антихолинергические эффекты (такие как запор, задержка мочи, сухость во рту). Помимо возможности контролировать широкий

спектр депрессивных симптомов, тразодон эффективен в отношении улучшения сна и может быть особенно полезен для пациентов, чьи симптомы депрессии включают бессонницу. Результаты этого обзора показывают, что тразодон, в целом, является современным безопасным лекарственным средством, которое неоднократно подтверждалось как эффективное средство для комплексной терапии зависимости от ряда психоактивных веществ, особенно у пациентов с сопутствующей депрессией и нарушениями сна.

Литература / References

1. Винникова М. А., Комаров С. Д. Место селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) в терапии депрессивных расстройств при алкогольной зависимости. *Вопросы наркологии*. 2021;9(204):43. Vinnikova MA, Komarov SD. The place of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of depressive disorders in alcohol dependence. *Voprosy narkologii*. 2021;9(204):43. (In Russ.). https://doi.org/10.47877/0234-0623_2021_09_43.
2. Ефремов И.С., Асадуллин А.Р., Насырова Р.Ф., Ахметова Э.А., Крупицкий Е.М. Алкоголь и нарушения сна. Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2020;(3):27-34. Efremov IS, Asadullin AR, Nasyrova RF, Akhmetova EA, Krupitsky EM. Alcohol and sleep disturbances. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva*. 2020;(3):27-34. (In Russ.). <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-3-27-34>
3. Крупицкий Е.М., Бураков А.М., Ериш С.М., Крупицкий Д.Е., Лобко А.Н. Применение антидепрессанта тразодона для лечения постабстинентных расстройств у больных героиновой наркоманией. *Психиатрия*. 2009;1:62-66. Krupitsky EM, Burakov AM, Erish SM, Krupitskiy DE, Lobko AN. The use of the antidepressant trazodone for the treatment of post-withdrawal disorders in patients with heroin addiction. *Psihiatriya*. 2009;1:62-66. (In Russ.).
4. Крупицкий Е.М., Ериш С.М., Рыбакова К.В., Киселев А.С., Бернцев В.А., Торбан М.Н., Ерошин С.П., Ерышев О.Ф. Простое слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности применения тразодона для коррекции аффективных расстройств у больных с алкогольной зависимостью в ремиссии. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2012;1:29-37. Krupitsky EM, Yerish SM, Rybakova KV, Kiselev AS, Berntsev VA, Torban MN, Eroshin SP, Eryshev OF. Single blind placebo controlled randomized clinical trial of trazodone for alcoholism comorbid with affective disorders. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva*. 2012;1:29-37. (In Russ.).
5. Мосолов С.Н., Малин Д.И., Рывкин П.В., Сычов Д.А. Лекарственные взаимодействия препаратов, применяемых в психиатрической практике. *Современная терапия психических расстройств*. 2019;1:2-33. Mosolov SN, Malin DI, Ryvkin P V, Sychov DA. Drug interactions of drugs used in psychiatric practice. *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstrojstv*. 2019;1:2-33. (In Russ.). <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2019.50.40828>
6. Agabio R, Trogu E, Pani PP. Antidepressants for the treatment of people with co-occurring depression and alcohol dependence. *Cochrane database of systematic reviews*. 2018;4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008581.pub2>
7. Albert U, Lamba P, Stahl SM. Early response to trazodone once-a-day in major depressive disorder: review of the clinical data and putative mechanism for faster onset of action. *CNS Spectrums*. 2021;26(3):232-242. <https://doi.org/v10.1017/S1092852921000304> T.
8. Ansseau M, De Roeck J. Trazodone in Benzodiazepine Dependence. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1993;54 (5):189-191.
9. Bahji A, Crockford D, El-Guebaly N. Management of Post-Acute Alcohol Withdrawal: A mixed-studies scoping review. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2022;83(4):470-479. <https://doi.org/10.15288/jsad.2022.83.470>
10. Bahji A, Danilewitz M, Sloan M, Tang V, Crockford D. Concerns regarding the recommendation against prescribing selective serotonin reuptake inhibitors in the Canadian guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder. *CMAJ*. 2024;196(10):E346-E347. <https://doi.org/10.1503/cmaj.149917-l>.
11. Berardelli I, Amerio A, Bartoli F, Cuomo A, Deste G, Orsolini L, Sampogna G, Pompili M. Rethinking the role of trazodone in the different depressive dimensions. *Expert Rev Neurother*. 2024;24(7):619-632. <https://doi.org/10.1080/14737175.2024.2363843>.
12. Bossini L, Casolaro I, Koukouna D, Cecchini F, Fagiolini A. Off-label uses of trazodone: a review. *Expert Opin Pharmacother*. 2012;13(12):1707-17. doi: 10.1517/14656566.2012.699523.

13. Cuomo A, Bianchetti A, Cagnin A, et al. Trazodone: a multifunctional antidepressant. Evaluation of its properties and real-world use. *Journal of Gerontology and Geriatrics Online First*. 2021;69:120-129.
<https://doi.org/10.36150/2499-6564-N320>
14. DeMartini KS, Carey KB. The role of anxiety sensitivity and drinking motives in predicting alcohol use: a critical review. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(1):169-77.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.10.001>.
15. Di Nicola M, Pepe M, Panaccione I, Moccia L, Janiri L, Sani G. Update on Pharmacological Treatment for Comorbid Major Depressive and Alcohol Use Disorders: The Role of Extended-release Trazodone. *Curr Neuropsychopharmacol*. 2023;21(11):2195-2205.
<https://doi.org/10.2174/1570159X21666230403080624>.
16. Edinoff AN, Nix CA, Hollier J, Sagrera CE, Delacroix BM, Abubakar T, Cornett EM, Kaye AM, Kaye AD. Benzodiazepines: Uses, Dangers, and Clinical Considerations. *Neurol Int*. 2021;13(4):594-607.
<https://doi.org/10.3390/neurolint13040059>.
17. Fagiolini A, Albert U, Ferrando L, Herman E, Muntean C, Pálová E, Cattaneo A, Comandini A, Di Dato G, Di Loreto G, Olivieri L, Salvatore E, Tongiani S, Kasper S. A randomized, double-blind study comparing the efficacy and safety of trazodone once-a-day and venlafaxine extended-release for the treatment of patients with major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2020;35(3):137-146.
<https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000304>.
18. Fagiolini A, González-Pinto A, Miskowiak KW, Morgado P, Young AH, Vieta E. Role of trazodone in treatment of major depressive disorder: an update. *Ann Gen Psychiatry*. 2023;22(1):32.
<https://doi.org/10.1186/s12991-023-00465-y>.
19. Fathi HR, Yoonessi A, Khatibi A, Rezaeitalab F, Rezaei-Ardani A. Crosstalk between Sleep Disturbance and Opioid Use Disorder: A Narrative Review. *Addict Health*. 2020;12(2):140-158.
<https://doi.org/10.22122/ahj.v12i2.249>.
20. Fluyau D, Revadigar N, Manobianco BE. Challenges of the pharmacological management of benzodiazepine withdrawal, dependence, and discontinuation. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2018;8(5):147-168.
<https://doi.org/10.1177/2045125317753340>.
21. Goyal P, Kattula D, Rao R, Bhad R, Mishra AK, Dhawan A. Trazodone for sleep disturbance in opioid dependent patients maintained on buprenorphine: A double blind, placebo-controlled trial. *Drug Alcohol Depend*. 2023;250:110891.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.110891>.
22. Grant S, Azhar G, Han E, Booth M, Motala A, Larkin J, Hempel S. Clinical interventions for adults with comorbid alcohol use and depressive disorders: A systematic review and network meta-analysis. *PLoS Med*. 2021;18(10):e1003822.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003822>.
23. Greenwald MK, Moses TEH, Roehrs TA. At the intersection of sleep deficiency and opioid use: mechanisms and therapeutic opportunities. *Transl Res*. 2021;234:58-73.
<https://doi.org/10.1016/j.trsl.2021.03.006>.
24. Hong-ju Z, Xiao-feng J, Ma MM, Jie-wen Z. A control study on treatment for benzodiazepine dependence with trazodone. *Chinese Journal of Contemporary Neurology and Neurosurgery*. 2013;13(5):411-415.
<https://doi.org/10.3969/j.issn.1672-6731.2013.05.011>.
25. Huhn AS, Finan PH. Sleep disturbance as a therapeutic target to improve opioid use disorder treatment. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2022;30(6):1024-1035.
<https://doi.org/10.1037/pha0000477>.
26. Kathiresan P, Rao R, Narnoli S, Hans G, Sharan P. Adjuvant Trazodone for Management of Protracted Delirium Tremens. *Indian J Psychol Med*. 2020;42(4):391-393.
<https://doi.org/10.1177/0253717620933436>.
27. Khouzam HR. A review of trazodone use in psychiatric and medical conditions. *Postgrad Med*. 2017;129(1):140-148.
<https://doi.org/10.1080/00325481.2017.1249265>.
28. Maremmanni I, Spera V, Maremmanni AGI, Carli M, Scarselli M. Is Trazodone Contramid Useful in Inducing Patients to Refrain From Using Cocaine After Detoxification, so Avoiding Early Relapse? A Case Series. *Addictive Disorders & Their Treatment*. 2019;18(2):105-112.
<https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000157>.
29. Mazza M, Caroppo E, Marano G, Kotzalidis GD, Avallone C, Camardese G, Janiri D, Moccia L, Simonetti A, Janiri L, Sani G. Trazodone Prolonged-Release Monotherapy in Cannabis Dependent Patients during Lockdown Due to COVID-19 Pandemic: A Case Series. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(12):7397.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19127397>.
30. Monroe SC, Radke AK. Opioid withdrawal: role in addiction and neural mechanisms. *Psychopharmacology*. 2023;240(7):1417-1433.
<https://doi.org/10.1007/s00213-023-06370-2>.
31. Ordak M, Zmysłowska A, Bielski M, Rybak D, Tomaszewska M, Wyszomierska K, Kmiec A, Galińska N, Zalewska M, Zalewski M, Nasierowski T, Muszyńska E, Bujalska-Zadrozny M. Pharmacotherapy of Patients Taking New Psychoactive Substances: A Systematic Review and Analysis of Case Reports. *Front Psychiatry*. 2021;12:669921.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.669921>.
32. Peng L, Lawrence D, Levander XA. Challenges of Diagnosing and Managing Designer Benzodiazepine Dependence and Withdrawal: A Case Report. *J Addict Med*. 2022;16(2):249-251.
<https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000869>.
33. Pozzi G, Conte G, De Risio S. Combined use of trazodone-naltrexone versus clonidine-naltrexone

- in rapid withdrawal from methadone treatment. A comparative inpatient study. *Drug Alcohol Depend.* 2000;59(3):287-94.
[https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(99\)00125-8](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(99)00125-8).
34. Pyke RE. Trazodone in Sexual Medicine: Underused and Overdosed? *Sex Med Rev.* 2020;8(2):206-216.
<https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.08.003>.
 35. Ramli FF, Azizi MH, Syed Hashim SA. Treatments of Sexual Dysfunction in Opioid Substitution Therapy Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Med Sci.* 2021;18(11):2372-2380.
<https://doi.org/10.7150/ijms.57641>.
 36. Roncero C, García-Ullán L, Bullón A, Remón-Gallo D, Vicente-Hernández B, Álvarez A, Caldero A, Flores A, Aguilar L. The Relevance of Dual Diagnoses among Drug-Dependent Patients with Sleep Disorders. *J Clin Med.* 2020;9(9):2862.
<https://doi.org/10.3390/jcm9092862>.
 37. Rush CR, Baker RW, Wright K. Acute behavioral effects and abuse potential of trazodone, zolpidem and triazolam in humans. *Psychopharmacology (Berl).* 1999;144(3):220-33.
<https://doi.org/10.1007/s002130050997>.
 38. Schreiber S, Pick CG. Trazodone and mirtazapine: A possible opioid involvement in their use (at low dose) for sleep? *Med Hypotheses.* 2020;136:109501.
<https://doi.org/10.1016/j.mehy.2019.109501>.
 39. Srivastava AB, Mariani JJ, Levin FR. New directions in the treatment of opioid withdrawal. *Lancet.* 2020;395(10241):1938-1948.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30852-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30852-7).
 40. Stahl SM. Mechanism of action of trazodone: a multifunctional drug. *CNS Spectr.* 2009;14(10):536-46.
<https://doi.org/10.1017/s1092852900024020>.
 41. Stein MD, Kurth ME, Sharkey KM, Anderson BJ, Corso RP, Millman RP. Trazodone for sleep disturbance during methadone maintenance: a double-blind, placebo-controlled trial. *Drug Alcohol Depend.* 2012;120(1-3):65-73.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.06.026>.
 42. Stokes PRA, Jokinen T, Amawi S, Qureshi M, Husain MI, Yatham LN, Strang J, Young AH. Pharmacological Treatment of Mood Disorders and Comorbid Addictions: A Systematic Review and Meta-Analysis: *Traitement Pharmacologique des Troubles de L'humeur et des Dépendances Comorbides: Une Revue Systématique et une Méta-Analyse.* *Can J Psychiatry.* 2020;65(11):749-769.
<https://doi.org/10.1177/0706743720915420>.
 43. Szmulewicz A, Bateman BT, Levin R, Huybrechts KF. The Risk of Overdose With Concomitant Use of Z-Drugs and Prescription Opioids: A Population-Based Cohort Study. *Am J Psychiatry.* 2021;178(7):643-650.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20071038>.
 44. Volkow ND, Blanco C. Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry.* 2023;22(2):203-229.
<https://doi.org/10.1002/wps.21073>.
 45. Welsh JW, Tretyak V, McHugh RK, Weiss RD, Bogunovic O. Review: Adjunctive pharmacologic approaches for benzodiazepine tapers. *Drug Alcohol Depend.* 2018;189:96-107.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.04.028>.
 46. Wood E, Rehm J; Canadian Alcohol Use Disorder Guideline Committee. Addressing the risks of antidepressants among people with alcohol use disorders. *CMAJ.* 2024;196(10):E349-E350.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.150095-l>.
 47. Zhang K, Jones CM, Compton WM, Guy GP, Evans ME, Volkow ND. Association Between Receipt of Antidepressants and Retention in Buprenorphine Treatment for Opioid Use Disorder: A Population-Based Retrospective Cohort Study. *J Clin Psychiatry.* 2022;83(3):21m14001.
<https://doi.org/10.4088/JCP.21m14001>.
 48. Zheng Y, Lv T, Wu J, Lyu Y. Trazodone changed the polysomnographic sleep architecture in insomnia disorder: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2022;12(1):14453.
<https://doi.org/10.1038/s41598-022-18776-7>.

Сведения об авторах

Асадуллин Азат Раилевич — д.м.н., профессор кафедры наркологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (Россия, 109390, г. Москва, ул. Люблинская, 37/1); профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ (Россия, Республика Башкортостан, 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3); профессор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО Саратовский Государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского Минздрава РФ (Россия, 410012, г. Саратов, ул. Большая Закачья, 112); профессор кафедры психиатрии и наркологии Ташкентской Медицинской Академии (Узбекистан, 100109, г. Ташкент, ул. Фаробий, 2). E-mail: droar@yandex.ru

Ахметова Эльвина Аслямовна — к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ (Россия, Республика Башкортостан, 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3); научный сотрудник отделения терапии стационарных больных с аддиктивными расстройствами НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева Минздрава России (Россия, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3). E-mail: aea1202@yandex.ru

Ефремов Илья Сергеевич — к.м.н., врач-психиатр психологического центра «Мастерская психотерапии» (Россия, Республика Башкортостан, 450093, г. Уфа, ул. Аксакова, д. 7). E-mail: efremovilya102@gmail.com

Гасенко Ксения Александровна — врач-психиатр, заведующая отделением психосоциальной реабилитации БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодников» (Россия, 644070, г. Омск, ул. Куйбышева, 28). E-mail: ksenia.gasenko@yandex.ru

Борукаев Рустам Русланович — к.м.н., медицинский советник ООО «Анджелини Фарма Рус» (Россия, 109028, г. Москва, ул. Серебрянская наб., 29). E-mail: rustam.borukaev@angelinipharma.com

Колыванова Ирина Валерьевна — региональный медицинский советник ООО «Анджелини Фарма Рус» (Россия, 109028, г. Москва, ул. Серебрянская наб., 29). E-mail: irina.kolyvanova@angelinipharma.com

Крупницкий Евгений Михайлович — д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе, директор Института аддиктологии НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева Минздрава России, директор Института фармакологии им. А.В. Вальдмана Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова Минздрава России (г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8). E-mail: krueator@gmail.com

Поступила 13.01.2025

Received 13.01.2025

Принята в печать 04.03.2025

Accepted 04.03.2025

Дата публикации 28.03.2025

Date of publication 28.03.2025

Случай паралитической деменции при нейросифилисе: клиническое наблюдение

Чинарев В.А.^{1,2}, Малинина Е.В.¹, Обухова М.Д.¹

¹Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия

²Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница №1, Челябинск, Россия

Оригинальная статья

Резюме. В статье обсуждается проблематика своевременной диагностики, особенности клинической картины и лечения прогрессивного паралича как варианта отсроченного осложнения нейросифилиса. В качестве примера представлен клинический случай пациента отделения первого психотического эпизода, страдающего прогрессивным параличом. Рассмотрены особенности течения и симптоматики заболевания на всех стадиях неуклонного прогрессирования патологии на фоне психофармакотерапии. В связи с полиморфностью симптомов на начальных этапах заболевания и междисциплинарным подходом к ведению пациентов с сифилитическим анамнезом, статья адресована врачам всех специальностей, которые в своей практике могут столкнуться с лечением таких пациентов и решением вопросов о их дальнейшей маршрутизации.

Ключевые слова: нейросифилис, прогрессивный паралич, болезнь Бейля, паралитическая деменция

Информация об авторах:

Чинарев Виталий Александрович* — e-mail: v.chinarev@okspnb.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3471-5293>

Малинина Елена Викторовна — e-mail: malinina.e@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5811-4428>

Обухова Мария Дмитриевна — e-mail: maria.obuhova2014@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0003-3356-1162>

Как цитировать: Чинарев В.А., Малинина Е.В., Обухова М.Д. Случай паралитической деменции при нейросифилисе: клиническое наблюдение. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:1:90-97. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-977>

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

A case of paralytic dementia in neurosyphilis: a clinical observation

Vitaly A. Chinarev^{1,2}, Elena V. Malinina¹, Maria D. Obukhova¹

¹South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia

²Regional Clinical Specialized Neuropsychiatric Hospital No.1, Chelyabinsk, Russia

Research article

Summary. The article discusses the problems of timely diagnosis, clinical features and treatment of progressive paralysis as a variant of delayed complication of neurosyphilis. As an example, the clinical case of a patient of the department of the first psychotic episode suffering from progressive paralysis is presented. The features of the course and symptoms of the disease at all stages of the steady progression of pathology against the background of psychopharmacotherapy are considered. Due to the polymorphism of symptoms in the initial stages of the disease and the multidisciplinary approach to the management of patients with a syphilitic history, the article is addressed to doctors of all specialties who in their practice may face the treatment of such patients and the solution of questions about their further routing.

Keywords: neurosyphilis, progressive paralysis, Bale's disease, paralytic dementia

Information about the authors:

Vitaly A. Chinarev* — e-mail: v.chinarev@okspnb.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3471-5293>

Elena V. Malinina — e-mail: malinina.e@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5811-4428>

Maria D. Obukhova — e-mail: maria.obuhova2014@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0003-3356-1162>

Автор, ответственный за переписку: Чинарев Виталий Александрович — e-mail: v.chinarev@okspnb.ru

Corresponding author: Vitaly A. Chinarev — e-mail: v.chinarev@okspnb.ru

© Чинарев В.А., Малинина Е.В., Обухова М.Д.



To cite this article: Chinarev VA, Malinina EV, Obukhova MD. The case of paralytic dementia in neurosyphilis: a clinical observation. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:1:90-97. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-977> (In Russ.)

Conflict of interests: authors declare no conflict of interests.

Сифилис является хроническим системным венерическим инфекционным заболеванием с последовательной сменой стадий болезни. Бледная трепонема, *Treponema pallidum*, подвид *pallidum*, возбудитель сифилиса, стремительно распространяется по организму человека [9,10,12,13] и достигает нейроинвазии от пары часов до нескольких суток. Под термином нейросифилис подразумеваются органическое поражение центральной и периферической нервной системы, вызванное проникновением спирохет в сосуды, оболочки и нервную ткань лимфогенным или гематогенным путем. С точки зрения патогенеза, патоморфологических изменений, клинической картины, динамики заболевания — проявления носят достаточно разнообразный характер, имея в основе лишь единую этиологию [8]. Несмотря на то, что поражение нервной системы может наступить в течении нескольких часов после нейроинвазии, исследования последних лет указывают на редкость появления «классической» неврологической симптоматики в дебюте заболевания [15,16]. Статистические данные указывают на увеличение удельного веса пациентов с поздними формами нейросифилиса и бессимптомным течением заболевания [6]. При этом в течении всего периода заболевания преимущественной точкой воздействия бледной трепонемы на нервную систему может наступить в любой момент и сопровождаться вариативными проявлениями [11,14].

Согласно данным официального государственного статистического наблюдения, эпидемиологическая ситуация по сифилису характеризуется постепенным снижением заболеваемости по России (в 1997 г. — 277,6 случаев на 100. тыс. населения, в 2007 г. — 59,9 случаев на 100. тыс. населения, в 2019 г. — 15,0 случаев на 100. тыс. населения). При этом не стоит упускать из виду мнимое снижение заболеваемости в 2020 году (10,5 случаев на 100. тыс. населения) на фоне уменьшения интенсивности диагностики групп риска и обращения населения к врачам на фоне ограничений в работе медицинской службы в связи с пандемией COVID-19. В последующем отмечалось компенсаторное увеличение заболеваемости (2021 г. — 14,4 случаев на 100. тыс. населения, 2023 г. — 18,9 случаев на 100. тыс. населения), которое до сих пор продолжается и превышает доковидные показатели 2019 г. на 26% [3,5].

На относительно благоприятном фоне динамики распространения инфекционных заболеваний остро встает проблема прогрессивного паралича, предиктом которого выступает заражение сифилисом. Исследования и клинические наблюдения последних десятилетий регистрируют преимущественно поздние формы и асимптомный нейросифилис, в то время как настороженность врачей

относительно таких осложнений сифилиса, как прогрессивный паралич, остается крайне низкой. При этом, учитывая особенности развития паралича в течении 15-25 лет после первичного инфицирования пациентов, стоит ожидать существенный рост данной деструктивной патологии в связи с эпидемией сифилиса в конце 1990-х годов [2,4]. Отсутствие патогномоничной симптоматики и достаточно стёртые границы между стадиями заболевания, а также редкость встречаемой патологии, делают своевременную диагностику и постановку диагноза, особенно в период манифестации заболевания, почти невозможными.

Учитывая особенности течения данной патологии, выделяют следующие стадии заболевания:

I. В период предвестников заболевания отсутствуют патогномоничные симптомы, может наблюдаться очаговая неврологическая симптоматика, а продолжительность стадии варьируется от нескольких недель до нескольких месяцев.

II. В период разгара заболевания происходит постепенное становление психоорганической симптоматики, которая характеризуется интеллектуальным снижением, недержанием аффекта и нарастающими мнестическими нарушениями. На данном этапе критическое отношение к болезни у пациента снижается, до полного отсутствия.

III. Период манифестации слабоумия характеризуется нарастающим слабоумием, которое достигает крайних пределов — сохраняются лишь инстинктивные проявления, именуемые как «зоологическая психика».

IV. В период паралитического маразма отмечаются явления глубокого психического упадка и полным распадом личности. На этом фоне постепенно развиваются симптомы физического истощения.

Критики к своему состоянию у пациентов нет на протяжении всей болезни, а летальность у пациентов наступает через 2-3 года от начала первых симптомов прогрессивного паралича и часто напрямую коррелируется со скоростью течения заболевания.

В литературе последних лет имеются лишь единичные описания прогрессивного паралича [1,7,17,18,19]. Для повышения уровня осведомленности и рассмотрения особенностей стадийного течения заболевания, а также эффекта медикаментозного лечения, в данной статье будет представлен разбор клинического наблюдения пациента с прогрессивным параличом на фоне поздней формы сифилиса.

Пациент, 43 года, мужчина, 160 см, 60 кг. Впервые проходил стационарное лечение в мужском клиническом отделении первого психотического эпизода ГБУЗ «ОКСПНБ №1», г. Челябинска с 16.02.2024 г. по 20.05.2024 г.

Анамнез жизни. Собрать субъективный анамнез, по психическому состоянию больного, не представляется возможным. Объективный анамнез собран со слов жены и коллег по работе. В психиатрический стационар поступает впервые. Наследственность психопатологически отягощена эпилепсией у матери, отец злоупотреблял алкоголем, дядя по линии матери покончил жизнь самоубийством. Родился в 1981 году в Челябинской области в семье рабочих. Посещал ДДУ, рос общительным ребенком. С раннего детского возраста отмечалось некоторое отставание в психомоторном развитии. В школу пошел с 7 лет, учился по основной программе, классы не дублировал, окончил 9 классов. Отмечал особый интерес к точным наукам, был собранным и ответственным. После получил средне-профессиональное образование по специальности слесаря-ремонтника. Проходил военную службу в пограничных войсках, комиссован не был, имеет медаль отличника пограничной службы. В 2015 году переехал в Челябинск из небольшого городка, где 9 лет назад работал охранником на автомобильной парковке. До текущей госпитализации работал механиком на заводе на протяжении 8 лет, с работой справлялся. В трудовые обязанности входило: диагностика неисправностей, замена и ремонт деталей. Коллегами по работе характеризуется как спокойный и располагающий к себе. Проживает с семьей, женат в течение 22 лет, сыну 20 лет, дочери 4 года, отношения в семье доброжелательные, дети здоровые. Имеет права категории В, до госпитализации регулярно водил автомобиль. В 2018 году получил ЗЧМТ во время драки, сознание не терял, за помощью к специалистам не обращался. Со слов жены, курил марихуану, и также супруга замечала следы от внутривенных инъекций, однако, сам больной употребление психоактивных веществ категорически отрицает. Последние 10 лет без запойного употребления алкоголя и отсутствия приема наркотических веществ. Наблюдается у кардиолога с гипертонической болезнью, максимальный уровень давления 160/110 мм.рт.ст., течение заболевания без гипертонических кризов, на регулярной основе принимает антигипертензивные препараты.

Анамнез заболевания. В начале 2013 года, во время трудоустройства на работу, у жены были обнаружены антитела к возбудителю сифилиса, что стало поводом обращения больного для обследования и также были получены положительные результаты. Оба прошли курс длительной антибиотикотерапии и были сняты с учета. До 2023 года за помощью к венерологам, неврологам и психиатрам с жалобами не обращался, ухудшение своего состояния не отмечал. С осени 2023 года стала ухудшаться память, в один из дней забыл жену в магазине и уехал. После этого случая не всегда мог вспомнить, о чем они с женой договорились, не всегда мог подобрать нужные слова в беседе, временами заикался во время разговора. Супруга приводит ряд ситуаций странного поведения больного: в декабре того же года стал вы-

сказывать нелепые идеи на тему открытия своего предприятия, таксопарка, закуп дорогостоящего оборудования начальнику производства. Критического отношения к снижению памяти не было. В середине января 2024 года при одевании перепутал штанины, на протяжении полутора часов не смог закрыть машину потому что «не знал какую кнопку нажать». В один из дней попал в ДТП, сильно испугался и отдал второму участнику ДТП все свои документы, банковские карты, назвал пин-код, после чего тот снял деньги с банковского счета. Также, стали появляться проблемы со сном, снизился аппетит. В связи со странным поведением, снижением памяти, аппетита жена настояла на обследовании у врачей, была рекомендована госпитализация в психоневрологический стационар, однако, от плановой госпитализации больной отказался. Стало появляться агрессивное поведение к жене по причине посещения больниц. В последнее время до госпитализации перестал пользоваться телефоном, социальными сетями по причине возникновения существенных трудностей во время выполнения сложных логических операций и последовательных действий. Не может вспомнить младшую дочь, куда поставил свою машину, не понимает своих обязанности на работе, испытывает трудности с выражением и озвучиванием своих мыслей.

Накануне госпитализации в психоневрологическую больницу произошел конфликт с начальством, в ходе которого пациент стал строить грандиозные планы после увольнения — открыть свой склад, начать свой бизнес; говорил о бандитах, которые вымогают деньги. По возвращении домой поднялось артериальное давление, появились жалобы на головные боли, головокружение, снижение памяти и раздражительность. Усилилась агрессия к жене и детям. В связи с вышеказанным состоянием обратились вместе с женой к психиатру и был стационарирован в отделение первого психотического эпизода для мужчин. На момент госпитализации неврологическая симптоматика отсутствует.

В психическом статусе на момент поступления. Самостоятельно пришел на беседу к врачу. В сознании, продуктивному контакту доступен. Себя называет правильно, не смог верно назвать дату и время года, после себя не исправил. Внешне недостаточно опрятный, выглядит намного старше своих лет, суетливый, несколько заторможен. Во время разговора позу не меняет, жестикуляция и мимика скудные, смотрит на врача почти не моргая. На вопросы отвечает односложно, часто удивленно повторяя вопрос за врачом. Облегченный, во время беседы невпопад появляется беспричинный смех. Речь интонационно окрашивает скудно, ведет себя дурашливо. В суждениях примитивный, незрелый, эмоционально лабильный. Понимает, что находится в психиатрической больнице, причиной госпитализации называет повышение артериального давления, и после уточняющего вопроса относительно профиля больницы и его жалоб при госпитализации

замечает: «не знаю, почему в психушку, ведь у меня давление... я здесь самый здоровый в палате». Сообщил, что «поспорил с начальством и хотел уволиться, он на меня накричал... у меня поднялось давление, но увольняться я не хочу». Мышление ближе к конкретному, обстоятельное, вязкое, в замедленном темпе. Интеллектуальные способности снижены. Внимание истощаемое, быстро отвлекается. Критика к своему состоянию и поведению грубо снижена.

Общесоматический статус на момент поступления. Общее состояние удовлетворительное. Удовлетворительного питания, нормостенического телосложения. Т—36,7С. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски, без высыпаний, тургор кожи физиологичный. Беззубый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, АД 115/75, d=s. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень при пальпации безболезненна, не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме. Отеков нет.

Неврологический статус на момент поступления. В сознании, речевых нарушений нет. Движения сохранены в полном объеме. Парезов нет, мышечный тонус не изменен. Носогубные складки симметричные, живые. В позе Ромберга устойчив, статика, координация не нарушены, менингеальных знаков нет. Чувствительность сохранена, симметричная. Сухожильные рефлексы симметричны, в норме, патологических знаков нет. Фоторефлексы живые, D=S. Лицо симметричное. Зрачки равные, правильной формы, реакция на свет, аккомодация, конвергенция сохранены.

При исследовании когнитивных функций по Монреальской шкале получены следующие результаты: во время создания альтернирующего пути отмечается истощаемость внимания пациента—через 10 секунд от начала выполнения инструкций пациент теряет поставленную задачу и заканчивает задание в произвольном порядке, ошибки не исправил. При выполнении заданий на зрительно-конструктивные и исполнительные на-

выки с заданиями справиться не смог (см. рис. 1). При назывании допущены грамматические ошибки, но животные названы верно, что свидетельствует о сохранности базовых познавательных навыков. Задания, направленные на диагностику внимания, беглости речи и отсроченного воспроизведения, вызвали затруднения у пациента и были выполнены на минимальные баллы, что свидетельствует о явном когнитивном дефиците. Часть заданий выполнить не удалось по причине быстрой истощаемости внимания пациента, а позже и об отказе в выполнении.

Психометрическое исследование: 1) Заключение от 24.01.2024 г. (до поступления в стационар): Испытуемый вступает в контакт, самостоятельно жалоб не предъявляет, критика к собственному состоянию снижена. Верно ориентирован в личности, времени. В работу включается, поведение ситуации исследования адекватно, периодически нуждается в помощи при выполнении заданий, инструкции усваивает. При исследовании интеллектуальной деятельности методом Векслера у испытуемого обнаружился недостаточный уровень общей осведомленности и ориентировки социально-бытовых вопросах. Арифметические навыки снижены. Достаточный уровень понимания простых обобщений. Объем оперативной памяти снижен. Недостаточный уровень развития функций активного внимания и способностей конструктивному праксису. Устанавливает причинно—следственные связи в некоторых простых сериях сюжетных картинок. Полная оценка интеллекта по методике Векслера соответствует пограничной зоне между нормой и умственным дефектом, ближе к зоне легкой степени умственной отсталости для данного возрастного периода (вербальные—77 невербальные—68—общая оценка—72). Снижение общего темпа психических процессов. В корректурной пробе отмечается снижение всех функций внимания. Характер субтестовой кривой свидетельствует о снижении интеллектуальной деятельности по органическому типу. Так же, в ходе исследования, выявлено

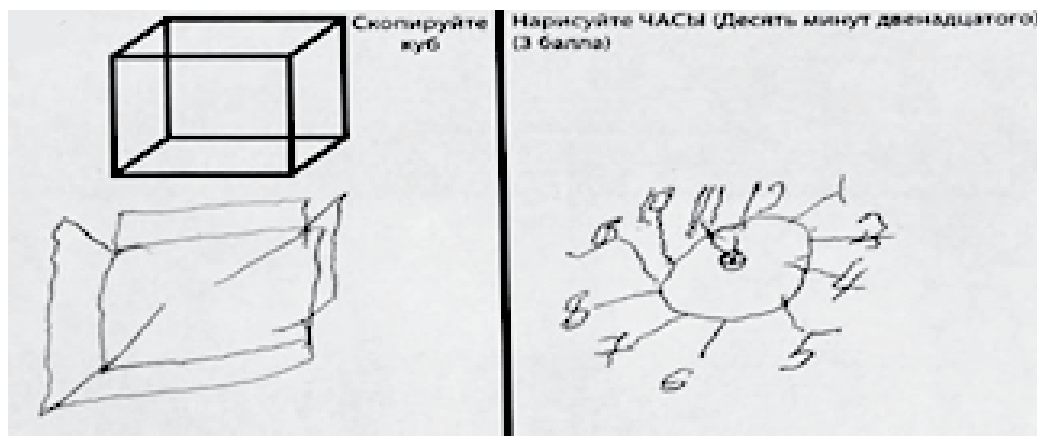


Рис.1. Выполнение пациентом заданий по Монреальской шкале оценки когнитивных функций.
Fig.1. The patient's performance of tasks from the Montreal Cognitive Assessment Scale

снижение механической, смысловой и оперативной памяти, снижение общего темпа психических процессов, снижение всех функций внимания.

2) Заключение от 26.03.2024 г. (стационарное обследование): Испытуемый контакту доступен, в собственной личности ориентирован верно. Жалобы на психическое здоровье не предъявляет. Критические возможности снижены. Нуждается в неоднократном предъявлении сложных инструкций, отдельные из них не усваивает. В ходе работы теряет инструкцию, нуждается в направляющей и организующей помощи экспериментатора. В работу включается в случае усвоения инструкции. Темп деятельности замедлен. Заметно утомляется, истощается в ходе работы. Отмечается изменение почерка по органическому типу. При исследовании интеллектуальной деятельности методом Векслера у испытуемого выявляется недостаточный запас общеобразовательных знаний, недостаточная ориентированность в простых социально-бытовых вопросах. Суждения поверхностные, облегченные. Переносный смысл предъявленных пословиц объяснить не смог. Способности к оперированию в уме несложным арифметическим материалом снижены. Проводит на категориальном уровне простые обобщения. Объем оперативной памяти значительно снижен. Темп психомоторных реакций, функция переключения внимания грубо снижены. Способности к наблюдательности снижены. Способности к установлению логической последовательности в сериях сюжетных картинок снижены. Способности к конструктивному праксису значительно снижены. Полная оценка по методике Векслера соответствует зоне легкого умственного дефекта для данного возрастного периода (вербальные задания — 73, за невербальные — 63, общая оценка — 67). Отмечается истощаемость мнестического процесса. После предъявления короткого рассказа воспроизвел отдельные смысловые единицы по наводящим вопросам. Через 30 минут воспроизвести рассказ не смог, воспроизвел вымышленную историю. Отмечаются конфабуляции. Общий темп психических процес-

сов грубо снижен. Прослеживается выраженная утомляемость, истощаемость. При анализе корректурной пробы выявляется значительное снижение темпа психомоторных реакций, значительное снижение функций концентрации, распределения и переключения внимания. Прослеживается выраженная истощаемость, утомляемость. Отмечается существенная отрицательная динамика в состоянии интеллектуально-мнестических возможностей испытуемого по сравнению с предыдущим периодом обследованием в январе 2024 года.

Результаты диагностических исследований:

Лабораторные показатели: При проведении общего анализа крови было выявлено повышение RDW-CV до 0.171, RDW-SD до 60.0, в биохимических анализах — значимых отклонений от нормы не обнаружено. Антитела к ВИЧ инфекции, гепатитам В, С отрицательные.

Серологическое обследование крови: Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) 3+; Коэффициент позитивности иммуноферментного анализа на суммарные антитела (ИФАсум.) = 17,3 (положительная); Реакция микропреципитации (РМП) 4+ (1:8); Коэффициент позитивности иммуноферментного анализа (ИФАIgM) — отрицательная; Коэффициент позитивности иммуноферментного анализа (ИФАIgG) = 18,7 (положительная).

Ликворологическое обследование: Реакция иммунофлуоресценции (РИФ) 4+; Коэффициент позитивности иммуноферментного анализа (ИФАIgM) — отрицательная; Коэффициент позитивности иммуноферментного анализа (ИФАIgG) = 10,0 (положительная); Коэффициент позитивности иммуноферментного анализа на суммарные антитела (ИФАсум.) = 19,5 (положительная); МР с ликвором 3+.

КТ головного мозга: На серии томограмм в аксиальной плоскости с реформацией во всех плоскостях получены изображения суб- и супратенториальных структур головного мозга.

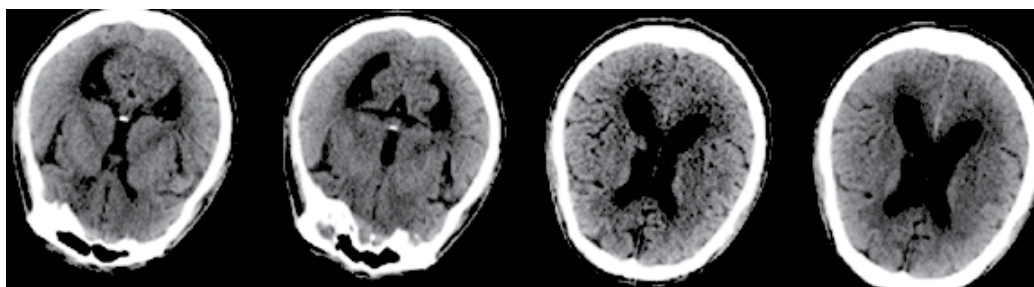


Рис. 2. КТ головного мозга больного, 43 года. Прогрессивный паралич как вариант течения нейросифилиса с симптомами (болезнь Бейля).

- 1,2 — значительное расширение III-го и боковых желудочков, субарахноидальное пространство диффузно расширено, расширение пространства Робина-Вирхова.
3,4 — умеренно выраженная внутренняя гидроцефалия, субарахноидальное пространство диффузно расширено.

Fig. 2. CT scan of the patient's brain, 43 years old. Progressive paralysis as a variant of the course of neurosyphilis with symptoms (Bayle's disease).

- 1,2 — significant expansion of the III and lateral ventricles, the subarachnoid space is diffusely expanded, the Robin-Virchow space is expanded.
3,4 — moderately pronounced internal hydrocephalus, the subarachnoid space is diffusely expanded.

Смещения срединных структур головного мозга нет. Дифференцировка серого и белого вещества головного мозга не нарушена. В белом веществе лобных и теменных долей определяются многочисленные перивентрикулярные и субкортикальные разнокалиберные очаги. Периваскулярные пространства Робина-Вирхова умеренно расширены в области базальных структур и семиовальных центров. III-й и боковые желудочки мозга расширены до 12,5 мм и 19 мм соответственно на уровне тел, не деформированы, боковые желудочки мозга несколько асимметричные ($D < S$). Субарахноидальное пространство диффузно расширено. Кости свода и основания черепа не изменены. Заключение: КТ-признаки атрофических изменений головного мозга. (см. рис. 2).

ЭЭГ мониторинг: Умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга в виде нарушения зональных различий, дезорганизации, низкого содержания основного ритма. Эпилептиформной активности не выявлено. Пароксизмальных состояний и их ЭЭГ-паттернов за время обследования не зарегистрировано. Большое количество артефактов движения.

Консультация терапевта: Гипертоническая болезнь I стадия, Артериальная гипертензия контролируемая, Риск 2.

Консультация сифилидолога: На коже туловища, конечностей и волосистой части без специфических (сифилистических) высыпаний. Лимфатические узлы в паховой, шейной, подмышечных группах не увеличены. На коже полового члена без специфических высыпаний; органы мошонки без патологий. Анальная область без особенностей. Учитывая данные анамнеза жизни, лечение по поводу сифилиса в 2013 г.; положительные серологические реакции на сифилис крови и ликвора; наличие цитоза в спинномозговой жидкости; наличие психических расстройств в виде нарастающего когнитивного дефицита, а также психотических включений на органически неблагоприятном фоне позволяет поставить клинический заключительный диагноз: A52.1 Нейросифилис с симптомами.

Консультация невролога: Общее состояние относительно удовлетворительное, стабильное. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание самостоятельное, гемодинамика стабильная. Живот при пальпации мягкий, болезненной реакции на пальпацию нет во всех отделах. Физиологические отправления со слов сохранены. В неврологическом статусе: в сознании. Ориентирован верно. Когнитивный дефицит, заторможен. ЧМН: Зрачки округлой формы, равные D-S. Объем движений глазных яблок полный. Нистагм I ст горизонтальный вправо. Диплопию, гемианопсию отрицает. Лицо симметрично. Слух сохранен. Дизартрия+, дисфагия, дисфония нет, фонация мягкого неба хорошая. Плоточный рефлекс сохранен. Рефлексы орального автоматизма не вызываются. Язык по средней линии. Двигательная сфера: парезов нет. Мышечный тонус в верхних

конечностях умеренный, в нижних конечностях повышен по экстрапирамидному типу, $D=S$. Сухожильные рефлексы оживлены, $D=S$, патологических стопных знаков нет. Координаторная сфера: пробы выполняет неуверенно, без интенции, $D=S$. В позе Ромберга неустойчив без латерализации. Чувствительные нарушения: отрицает. Функция тазовых органов сохранена. Менингеальные симптомы отрицательные. Способность к самостоятельному передвижению сохранена. Диагноз: Нейродегенеративное поражение центральной нервной системы смешанного генеза, глубокие когнитивные нарушения со снижением функции самообслуживания.

Динамика состояния: За период лечения в стационаре на первый план выступали выраженные интеллектуально-мнестические нарушения. Также отмечались преимущественно ночные приступы психического расстройства с делириозными и конфабulatorными переживаниями, психомоторным возбуждением, сексуальной расторможенностью, эмоциональной неустойчивостью с гневливостью и беспечностью, стремлением покинуть отделение. Большую часть времени проводил в палате, заинтересованности к общению с другими пациентами не искал, результатами исследования не интересовался.

Сифилидологом ЧОКВД назначена стандартная внутривенная терапия цефтриаксоном в объеме 2 грамма в сутки длительностью 2 курса лечения по 20 дней с интервалом в 2 недели. Также, была назначена комбинированная антипсихотическая терапия хлорпромазином и рисперидоном в стандартных суточных дозах. На фоне проводимой терапии положительного клинического эффекта за длительный период наблюдения не отмечается. Наблюдается постепенное и неуклонно прогрессирующее интеллектуально-мнестическое снижение с эмоциональной сглаженностью, опустошением, с отсутствием критического отношения к болезни.

Диагноз. Деменция при нейросифилисе. Прогрессивный паралич как вариант течения нейросифилиса с симптомами (болезнь Бейля) (по МКБ-10 рубрика F02.845 и A52.1).

Обсуждение. Основные жалобы пациента при поступлении, направленные в основном на снижение когнитивных функций, дают повод задуматься о диагностике нейродегенеративных заболеваний головного мозга. Однако, стоит учитывать целостную картину анамнестических данных пациента и комплексное клинико-лабораторное, а также инструментальное исследование. Настороженность относительно сифилитического анамнеза (даже после прохождения курса антибактериальной терапии) позволили своевременно выявить причину неврологических и психотических отклонений (положительные результаты гемато- и ликвородиагностики на наличие антител к возбудителю сифилиса). Преддиктом развития состояния у пациента можно считать отягощенную наследственность, а также возможность повторного заражения бледной трепонемой или неэффективность проведенного курса лечения.

В периоде предвестников на протяжении двух лет до момента госпитализации (2022-2024 гг.) отмечались снижение когнитивных функций, которые проявлялись постепенным снижением памяти, а также эмоциональной неустойчивостью, раздражительностью и периодически лабильным фоном настроения. Через полтора года после начала симптомов (осень 2023 г.) отмечилось резкое снижение памяти, которое отразилось на повседневной жизни пациента и вызвало трудности в коммуникативной сфере по причине заикания и трудностях в подборе нужных речевых конструкций.

В рамках течения прогрессивного паралича почти невозможно отследить четкую грань перехода состояния больного от одного периода к другому. Однако, за несколько месяцев до госпитализации (декабрь 2023 г.) состояние пациента достаточно резко изменилось, что может свидетельствовать о наступлении периода полного развития болезни. На фоне проявления соматических расстройств в виде повышения артериального давления, у пациента продолжалось снижение когнитивных функций, что проявлялось в нарушении памяти со снижением по закону Рибо. При этом, если ранее он с этой проблемой неоднократно обращался к неврологу, то сейчас критика к своему состоянию снизилась и не вызывала дискомфорта у пациента. Эпизодично наблюдалась квазипсихотическая симптоматика по типу маниакальной с конгруэнтным аффекту бредом — особых возможностей. На протяжении последующего месяца (январь 2024 г.) фиксировалось когнитивное снижение в виде растерянности и рассеянности, особенно в сфере внешнего вида и корректности одевания, а также обслуживания собственного автотранспорта. В это же время наблюдалось грубое снижение чуткости и неадекватная реакция после совершения ДТП — атипичная модель поведения в ситуации, выходящей за рамки обыденности. Так же, стоит обратить внимание на появление ряда неврологических симптомов (горизонтальный нистагм 1 степени, дизартрия, шаткость при ходьбе, неустойчивость в позе Ромберга, гипертенус

нижних конечностей по экстрапирамидному типу, оживление сухожильных рефлексов), являющихся маркерами развития паралитического процесса у пациента. В картине общесоматического состояния отмечалась бессонница и потеря аппетита.

В период стационарного лечения на протяжении нескольких месяцев наблюдалось неуклонное прогрессирование заболевания, даже на фоне психофармакотерапии и повторной антибактериальной терапии, направленной на этиологическую причину прогрессивного паралича. В последующем пациент достиг межличностного состояния между периодом разгара болезни и манифестацией слабоумия, которое характеризовалось нарастающим дефектом когнитивной функции, достигающей степени «зоологической психики».

Заключение

В связи с полиморфностью клинической картины нейросифилиса подход к диагностике, маршрутизации и лечению таких пациентов является междисциплинарным (Приказ Минздрава РФ от 30 июля 2001 г. N 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем»). Врач абсолютно любой специальности может столкнуться с пациентом, имеющим неврологическую и/или психотическую симптоматику, при этом в большинстве случаев специалист или даже сам пациент не имеют достоверных сведений о заражении сифилисом. Данный случай подчеркивает важность своевременного выявления и лечения нейросифилиса. Следует помнить, что поздние проявления нейросифилиса могут начинаться с отдельных когнитивных нарушений, которые могут напоминать симптомы первичных нейродегенеративных заболеваний и других нарушений центральной нервной системы. Врачам необходимо быть бдительными относительно сифилитической инфекции, как потенциальной причины ухудшения когнитивных функций, а также отсроченных осложнений, вызванных инфицированием пациента.

Литература / References

1. Васильева О.А., Карпов С.М., Казиев А.Х. Когнитивные нарушения при позднем нейросифилисе. *Неврологический вестник*. 2012;44(1):10-13. Vasil'yeva OA, Karpov SM, Kaziyeu Akh. Cognitive disorders at late neurosiphilis. *Nevrologicheskiy vestnik*. 2012;44(1):10-13. (In Russ.).
2. Колоколов О.В., Тихонова Л.А., Бакулев А.Л., Шоломов И.И., Зуев В.В., Колесников А.И. Сифилитический церебральный васкулит: возможности диагностики. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012;112(4):1117. Kolokolov OV, Tikhonova LA, Bakulev AL, Sholomov II, Zuev VV, Kolesnikov AI. Syphilitic cerebral vasculitis: diagnostic possibilities. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii im. S.S. Korsakova*. 2012;112(4):1117. (In Russ.).
3. Котова Е.Г., Кобякова О.С., Кубанов А.А. и др. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. *Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и болезнями кожи в 2022 году: статистические материалы*. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2023. Kotova Ye.G., Kobyakova O.S., Kubanov A.A. i dr. Resursy i deyatel'nost' meditsinskikh organizatsiy dermatovenerologicheskogo profilya. *Zabolevayemost' infektsiyami, peredavayemyi polovym putem, zaraznymi kozhnymi boleznyami i boleznyami kozhi v 2022 godu: statisticheskiye materialy*. M.: FGBU «TSNIIOIZ» Minzdrava Rossii, 2023. (In Russ.).
4. Лосева О.К., Важбин Л.Б., Шувалова Т.М., Заляевская О.В., Юдакова В.М., Устьянцев Ю.Ю. Нейросифилис в практике психиатра. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2011;111(12):77-82.

- Loseva OK, Vazhbin LB, Shuvalova TM, Zalevskaya OV, Yudakova VM, Ust'iantsev YuYu. Neurosyphilis in the psychiatric practice. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2011;111(12):77-82. (In Russ.)
5. Миргородская О.В., Поликарпов А.В., Голубев Н.А., Огрызко Е.В., Шелепова Е.А. К вопросу об организации медицинской помощи населению и ее ресурсном обеспечении во время пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 в Российской Федерации. *Профилактическая медицина*. 2022;25(5):28-36.
- Mirgorodskaya OV, Polikarpov AV, Golubev NA, Ogryzko EV, Shelepova EA. On the issue of organizing medical care for the population and its resource provision during the pandemic of a new coronavirus infection (COVID-19) in the Russian Federation. *Profilakticheskaya medicina*. 2022;25(5):28-36. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17116/profmed20222505128>
6. Огрызко Е.В., Залевская О.В., Миргородская О.В. Анализ заболеваемости сифилисом в Российской Федерации в до- и постковидное время. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024;1:433-454.
- Ogryzko EV, Zalevskaya OV, Mirgorodskaya OV. Analysis of Syphilis Incidence in the Russian Federation in Pre- and Post-COVID Times. *Sovremennye problemy zdavoohraneniya i medicinskoj statistiki*. 2024;1:433-454. (In Russ.).
7. Brisset M, Chadenat ML, Cordoliani Y, Kamga-Tallom R, D'Anglejean J, Pico F. MRI features of neurosyphilis. *Rev Neurol* 2011;167(4):337-342.
<https://doi.org/10.1016/j.neurol.2010.08.012>
8. Britton LJ, Joyner BE, Ewart AH. Neurosyphilis: not to be forgotten. *Intern Med J* 2004;34(5):299-300.
<https://doi.org/10.1111/j.1444-0903.2004.00577.x>
9. Chesney AM, Kemp JE. Incidence of *Spirochaeta pallida* in cerebrospinal fluid during early stage of syphilis. *J Am Med Assoc* 1924;83:1725-1728.
https://doi.org/10.1007/978-1-4939-7290-6_27
10. Ghanem KG, Ram S, Rice PA. The Modern Epidemic of Syphilis. *N Engl J Med*. 2020;382(9):845-854.
<https://doi.org/10.1056/NEJMra1901593>
11. Grivois JP, Caumes E. When to think about neurosyphilis? *Rev Prat* 2004;54(4):396-399.
12. Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, Cohen MS. *Sexually Transmitted Diseases*. McGraw-Hill Medical; 2008.
13. Lukehart SA, Hook EW, Baker-Zander SA, Collier AC, Critchlow CW, Handsfield HH. Invasion of the central nervous system by *Treponema pallidum*: Implications for diagnosis and treatment. *Ann Intern Med*. 1988;109:855-862.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-109-11-855>
14. Marra CM. Neurosyphilis. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2004;4(6):435-440.
<https://doi.org/10.1007/s11910-004-0065-x>
15. Nagano I, Abe K. Neurosyphilis. *Nippon Rinsho*. 2004;62:231-234.
16. Schiff E, Lindberg M. Neurosyphilis. *South Med J*. 2002;95(9):1083-1087.
17. Syouzaki T, Arahata S, Araki E, Furuya H, Fujii N. A case of Lissauer form of parietic neurosyphilis with drop attacks and dementia. *Rinsho Shinkeigaku*. 2010;50(7):478-481.
<https://doi.org/10.5692/clinicalneuro.50.478>
18. Wang J, Guo Q, Zhou P, Zhang J, Zhao Q, Hong Z. Cognitive impairment in mild general paresis of the insane: AD-like pattern. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2011;31(4):284-290.
<https://doi.org/10.1159/000326908>
19. Yu Y, Wei M, Huang Y, Jiang W, Liu X, Xia F, Li D, Zhao G. Clinical presentation and imaging of general paresis due to neurosyphilis in patients negative for human immunodeficiency virus. *J Clin Neurosci*. 2010;17(3):308-310.
<https://doi.org/10.1016/j.jocn.2009.07.092>

Сведения об авторах

Чинарев Виталий Александрович — врач-психиатр, заведующий девятого мужского клинического психиатрического отделения первичного эпизода ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница №1» (Россия, Челябинск, ул. Кузнецова, д. 2А, 454087); ассистент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России» (Россия, Челябинск, ул. Воровского, д. 64, 454092). E-mail: v.chinarev@okspnb.ru

Малинина Елена Викторовна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедры Психиатрии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России» (Россия, Челябинск, ул. Воровского, д. 64, 454092). E-mail: malinina.e@rambler.ru

Обухова Мария Дмитриевна — студентка 5 курса факультета «Лечебное дело», ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России» (Россия, Челябинск, ул. Воровского, д. 64, 454092). E-mail: maria.obuhova2014@yandex.ru

Поступила 11.06.2024

Received 11.06.2024

Принята в печать 23.10.2024

Accepted 23.10.2024

Дата публикации 28.03.2025

Date of publication 28.03.2025

Профессор Владимир Александрович Глазов (к 125-летию со дня рождения)

Манышев С.Б.¹, Манышева К.Б.²

¹Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»

²Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала, Россия

Оригинальная статья

Резюме. В статье на основе впервые вводимых архивных материалов, воспоминаний современников и данных литературы рассматривается жизненный путь, научная и организационная деятельность доктора медицинских наук, профессора Владимира Александровича Глазова. Авторы анализируют скудные биографические данные о начале медицинской деятельности в годы Гражданской войны, когда он работал лектором в XI Красной армии. Реконструируют этапы становления ученого в Северокавказском медицинском институте. Большое внимание уделяется исследованиям ученого 1930-х годов, выполненным в Ленинграде в психиатрической больнице им. Скворцова-Степанова. Анализу подвергаются научные взгляды В.А. Глазова, нашедшие отражение в его кандидатской и докторской диссертациях, посвященных кататонии. Авторы обращаются к неопубликованным данным кандидатской диссертации ученого, получившим высокую оценку современной ему научной общественности.

С помощью архивных материалов реконструируется история создания кафедры психиатрии Дагестанского государственного медицинского института в 1930-е годы. Отмечены недочеты в работе и те трудности, с которыми пришлось столкнуться первым его сотрудникам. Отдельное место занимают вопросы работы профессора В.А. Глазова в годы Великой Отечественной войны, когда помимо научных исследований, он фактически руководил оказанием психиатрической помощи комбатантам в Дагестане. Дана краткая характеристика проведенных в этот период исследований. Немало внимания уделено послевоенной, как научной, так и учебной работе кафедры психиатрии, возглавляемой В.А. Глазовым. Подвергнуты анализу взгляды ученого на клинику и патогенез шизофрении, нашедшие отражение в его монографии.

Ключевые слова: Владимир Глазов, история психиатрии, кафедра психиатрии, Дагестанский государственный медицинский институт, Дагестан

Информация об авторах:

Манышев Сергей Борисович — e-mail: msergey1990@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5276-7743>

Манышева Ксения Борисовна* — e-mail: manyshevakb@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1946-0424>

Как цитировать: Манышев С.Б., Манышева К.Б. Профессор Владимир Александрович Глазов. (К 125-летию со дня рождения). *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:1:98-103. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-764>

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Исследование осуществлено в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ.

Professor Vladimir Alexandrovich Glazov (To the 125th anniversary of his birth)

Sergey B. Manyshev¹, Ksenia B. Manysheva²

¹HSE University, Moscow, Russia

²Dagestan State Medical University, Makhachkala, Russia

Research article

Summary. The article examines the life path, scientific and organizational activities of Doctor of Medical Sciences, Professor Vladimir Aleksandrovich Glazov based on the archival materials introduced for the first

Автор, ответственный за переписку: Манышева Ксения Борисовна — e-mail: manyshevakb@gmail.com

Corresponding author: Ksenia B. Manysheva — e-mail: manyshevakb@gmail.com

time. The authors analyze the scarce biographical data of the beginning of medical activity during the Civil War, when he worked as a lekpom in the XI Red Army. The stages of the formation of a scientist at the North Caucasian Medical Institute are being reconstructed. Much attention is paid to the research of the scientist in the 1930s, carried out in Leningrad Psychiatric Hospital Skvortsova-Stepanova, as the scientific views of V.A. Glazov, which are reflected in his candidate and doctoral dissertations on catatonia. The authors refer to the unpublished data of the scientist's Ph.D. thesis, which were highly appreciated by the scientific community. The history of the creation of the Department of Psychiatry in the Dagestan State Medical Institute in the 1930s is reconstructed referring to archival materials. Shortcomings in the work and the difficulties that the first employees had to face were noted.

A separate place is occupied by the work of Professor V.A. Glazov during the Great Patriotic War, when, in addition to scientific research, he led the provision of psychiatric care to combatants in Dagestan. A brief description of the studies carried out during this period is given. Much attention is paid to the post-war, both scientific and educational work of the Department of Psychiatry, headed by V.A. Glazov. A large layer in the scientific heritage of Professor V.A. Glazov and his students is the study of schizophrenia. The views of the scientist on the clinic and pathogenesis of schizophrenia, which are reflected in his monograph, are analyzed.

Keywords: Vladimir Glazov, History of Psychiatry, Department of Psychiatry, Dagestan State Medical Institute, Dagestan

Information about the authors:

Sergey B. Manyshv — e-mail: msergey1990@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5276-7743>

Ksenia B. Manyshva* — e-mail: manyshvakb@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1946-0424>

To cite this article: Manyshv SB, Manyshva KB. Professor Vladimir Alexandrovich Glazov. (To the 125th anniversary of his birth). *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:1:98-103. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-764> (In Russ.)

Conflict of interests: authors declare no conflict of interests. The study was carried out within the framework of the Fundamental Research Program of the National Research University Higher School of Economics.

В истории отечественной психиатрии, наряду с наиболее известными деятелями столичной медицины, можно назвать имена врачей и ученых, которые большую часть жизни проработали вдали от основных научных центров страны. Одним из них был профессор Владимир Александрович Глазов (Рис.1), большая часть жизни которого связана с преподавательской, научной и организационной работой в Дагестане. Нельзя сказать, что об этом ученом совершенно забыли: краткие сведения о его работе содержатся в справочных изданиях и обобщающих трудах, посвященных как истории психиатрии [1, 10], так и истории Дагестанского государственного медицинского университета [5, 8]. Однако эти небольшие резюме не отражают и малой доли научного наследия и биографии ученого.

Владимир Александрович Глазов родился 15 июля 1897 г. в Карсе в семье ремесленника. В 1915 г. по окончании ремесленного училища он поступил на медицинский факультет Казанского университета, но, как он вспоминал, «учиться не пришлось из-за материальной необеспеченности», так как в этом году скончалась его мать, а отец умер раньше, в 1914 г.¹ Но тяга к медицине оказалась сильнее невзгод, и В.А. Глазов стал работать медбратом в военном госпитале, при котором и окончил фельдшерскую школу. В годы Первой мировой войны он служил ротным фельдшером в 66-й пехотной дивизии, а с началом Русской



Рис. 1. Профессор В.А. Глазов. 1963 г.
Fig. 1. Professor V.A. Glazov. 1963

¹ Центральный государственный архив Республики Дагестан (ЦГА РД). Ф. Р-352. Оп. 22. Д. 15. Л. 7.

революции — лекпомом в частях X и XI Красной армии на Царицынском фронте, в Гяндже, Баку и Новороссийске². Именно тогда его заинтересовали вопросы, связанные с возможностями воздействия на человеческую психику: он увидел, как, благодаря завораживающим речам Л.Д. Троцкого, разномасштабная Красная армия шла в бой, а бросившие до этого оружие солдаты вновь были готовы бороться за будущее новой страны³.

С установлением Советской власти в 1922 г. В.А. Глазов поступил на медицинский факультет Донского университета. Все время в институте он совмещал учебу с работой лекпомом на «скорой помощи». Окончание университета, последовавшее в 1927 г., позволило ему задуматься о специализации. Он выбрал психиатрию, в которой совершенствовался в течение трех лет в клинике известного специалиста профессора А.И. Ющенко, совмещая учебу с работой ординатором в психиатрической больнице Ростова-на-Дону⁴.

В 1930 г. Владимир Глазов был зачислен в аспирантуру сектора физиологии нервной системы Института по изучению мозга им. В.М. Бехтерева в Ленинграде, где и проработал до 1935 г. в должности старшего научного сотрудника⁵. В этом институте проводилось изучение особенностей мозга выдающихся людей, здесь издавался целый ряд передовых научных журналов. В этот период были созданы секторы морфологии, физиологии, сравнительной психологии и физиологии животных, педологии, физиологии труда и психотехники, а также психопатологии. Основной задачей института являлось комплексное изучение личности [6]. Здесь В.А. Глазов планировал заниматься вопросами парапсихологии, но подобное направление в Советском Союзе оказалось под фактическим запретом, поэтому первые его научные работы посвящены совершенно иным научным проблемам⁶.

В этот период особое внимание В.А. Глазова привлекали вопросы метаболических нарушений у пациентов с алкогольной зависимостью и функциональными расстройствами, вопросы использования химических и физических методов в лечении, исследование электронаркоза, а также фундаментальных проблем нейрофизиологии⁷.

В 1937 г. в Институте по изучению мозга им. В.М. Бехтерева им была защищена работа на соискание степени кандидата медицинских наук под названием «Патогенез экспериментальной кататонии у животных». Текст этой работы не сохранился, однако, в Государственном архиве Российской Федерации нам удалось обнаружить тезисы к ней⁸. Как отмечали рецензенты, «работа

обнаруживает в авторе ее недюжинного научного работника, умеющего не растекаться в мелочах, следовательно ставить эксперименты и синтезировать выводы»⁹, а «изложение литературных данных и приложенный список литературы говорит о большой эрудиции автора как в отношении физиологии, так и невропатологии, а вся диссертация свидетельствует о плодотворности соединения в одном лице двух компетенций — физиолога и невропатолога»¹⁰.

Начиная с 1937 г., Владимир Александрович работал в 3-й городской психиатрической больнице им. И.И. Скворцова-Степанова¹¹, которая в этот период переживала свой расцвет: в каждом из отделений появились специальные части для спокойных и буйных пациентов, была организована лечебно-производственная мастерская, а также внедрялись новые для своего времени методы медикаментозного лечения. К научной работе были привлечены все сотрудники, которые занимались изучением раннего слабоумия, алкогольных психозов, истерией у детей [9]. На базе этой больницы В.А. Глазовым была организована психофизиологическая лаборатория, ставшая базой для дальнейших исследований ученого, которые были связаны с применением электронаркоза¹². Продолжая исследования прошлых лет, В.А. Глазов объединил интересующие его перспективные темы — использование электрических токов в лечении пациентов в виде электронаркоза и возможности изменения заряда коллоидных растворов биологических жидкостей в организме.

Опасаясь преследований, связанных с репрессиями, В.А. Глазов принял предложение возглавить кафедру психиатрии в Дагестанском медицинском институте. Однако, стараясь завершить свои научные проекты, утвержденный в должности заведующего кафедрой еще в 1938 г. В.А. Глазов приехал в Дагестан только спустя год, а его семья осталась в Ленинграде¹³.

Созданная в Махачкале в 1936 г. кафедра психиатрии не могла похвастаться ни своим оснащением, ни педагогическим составом. На протяжении нескольких лет лекции студентам читал профессор-невролог М.С. Доброхотов, а практическими занятиями руководила ассистент А.С. Зубова. Поскольку единственная на всю республику психиатрическая больница располагалась в г. Буйнакске, то каждая группа студентов отправлялась туда по завершении цикла для курации больных и ознакомления с организацией работы профильного стационара [3]. В этот период значительно расширился и штат кафедры: вместе с В.А. Глазовым из Ленинграда прибыл его аспирант Г.М. Циммер, а занятия стали проводить на базе психиатрического приемника Республиканской клинической больницы [7].

² Архив Дагестанского государственного медицинского университета (АДГМУ). Личное дело В.А. Глазова.

³ Личный архив К.Б. Манышевой. Воспоминания доцента Н.В. Глазовой. 2018 г.

⁴ ЦГА РД. Ф. Р-352. Оп. 22. Д. 15. Л. 7.

⁵ ЦГА РД. Ф. Р-352. Оп. 22. Д. 15. Л. 2 об.

⁶ Личный архив К.Б. Манышевой. Воспоминания доцента Н.В. Глазовой. 2018 г.

⁷ АДГМУ. Личное дело В.А. Глазова.

⁸ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. Р-8009. Оп. 12. Д. 912. Л. 5–6.

⁹ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 12. Д. 912. Л. 7 об.

¹⁰ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 12. Д. 912. Л. 9.

¹¹ ЦГА РД. Ф. Р-352. Оп. 22. Д. 15. Л. 2 об.

¹² АДГМУ. Личное дело В.А. Глазова.

¹³ Личный архив К.Б. Манышевой. Воспоминания доцента Н.В. Глазовой. 2018 г.

Идеи кандидатского исследования В.А. Глазов продолжил, и в 1940 г. во Втором Ленинградском медицинском институте защитил докторскую диссертацию на тему «Кататония». В ней он дал подробное описание методике вызывания экспериментальной кататонии не только у животных, но и у человека, путем воздействия на центральную нервную систему электрическим током. Описывая результаты исследования, автор отметил, что, в зависимости от провоцирующих факторов, кататония можно разделить на «экзогенную» (возникающую под действием внешних раздражителей), «конституциональную» (обусловленную влиянием раздражителя при наличии «предрасположения») и «смешанную» (при которой иной патологический процесс маскируется симптомами кататонии), и в соответствии с данной классификацией должны существовать различные патогенетические подходы к терапии этого состояния¹⁴.

В годы Великой Отечественной войны деятельность Дагестанского медицинского института претерпела существенные изменения: был сокращен срок обучения студентов, а кафедры были объединены в определенные блоки. Психоневрологическое направление возглавил профессор В.А. Глазов [5]. Наибольшее внимание в этот период в преподавании уделялось неврозам военного времени, оказанию помощи при травматических психозах, а также военно-медицинской экспертизе¹⁵. Большое количество времени у сотрудников кафедры занимали консультации во всех эвакогоспиталях, размещенных в Дагестане. Так как первоначально в последних не существовало специализированных отделений, то при необходимости раненые переводились в психиатрическую клинику¹⁶. Несмотря на интенсивную работу и перегруженность, сотрудникам кафедры удалось подготовить целый ряд важных научных исследований. Стержневой проблемой этого периода стало изучение психозов и неврозов, связанных с травмами военного времени¹⁷. Часть научных работ этого периода осталась не опубликованной. Например, на основе более 100 клинических случаев В.А. Глазов проводил нейрофизиологический анализ нервно-психических нарушений при коммоссии, продемонстрировав их независимость от расстройства деятельности ствола головного мозга. Под его руководством ассистент А.С. Зубова в 1945 г. завершила исследование дифференциальной диагностики параноидальных форм психозов и реакций в условиях военного времени¹⁸.

В послевоенный период психиатрическая клиника была несколько расширена: ей было выделено 5 дополнительных коек, таким образом их число было доведено до 30, что во многом способствовало улучшению не только оказания стационарной помощи пациентам, но и преподаванию

дисциплины в вузе¹⁹. Кроме того, это позволило организовать специализацию врачей по психиатрии из городов Дагестана. Ежегодно подготовку и повышение квалификации в клинике проходили два врача²⁰. В этот период происходили изменения в тематике научных исследований сотрудников. В 1949 г. В.А. Глазов возглавил в институте направление, связанное с новейшими методами и способами диагностики и лечения психиатрических заболеваний: А.С. Зубовой была выполнена работа на тему «Эффективность действия электротросудорожной терапии при различных формах душевных заболеваний»²¹. Однако уже в начале 1950-х гг. В.А. Глазов вместе со своими сотрудниками обратился к исследованиям вопросов, связанных с шизофренией: на страницах журналов и в сборниках научных трудов Дагестанского медицинского института им лично было опубликовано около 20 работ, посвященных проблеме клиники и патогенеза шизофрении. Результаты этих исследований, проводившихся на протяжении двух десятилетий, нашли отражение в его фундаментальной монографии, вышедшей из печати в 1965 г. Первоначально эта проблема изучалась с точки зрения патофизиологических нарушений и моделирования шизофренических состояний у подопытных животных, а затем сотрудники стали уделять внимание цитохимическим изменениям крови и костного мозга²². Об интенсивности этих работ свидетельствует тот факт, что в течение 1963–1967 гг. в ведущих отечественных периодических изданиях было опубликовано более 60 научных статей и сообщений. Результаты исследований становились предметом обсуждения не только в стенах Дагестанского медицинского института, но и на IV Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров в Москве в 1963 г. [2].

Для подготовки монографии «Шизофрения» В.А. Глазов провел огромную клинико-патогенетическую работу по изучению этого заболевания. Отмечая различную частоту распространения шизофрении в разных регионах, автор указывал на выраженную гетерогенность клинических проявлений, отсутствие строгих диагностических критериев и, как следствие, несовершенство её диагностики. В связи с этим объектом для изучения патогенетических механизмов им была выбрана ядерная (генуинная) шизофрения. С учетом разнообразия ведущих симптомов В.А. Глазов подробно описал ее клинические формы — простую, гебефреническую, кататоническую, параноидную. Все неврологические симптомы автор делил на две группы — собственно неврологические и нейровегетативные.

В психиатрии постановка топического диагноза, по мнению В.А. Глазова, представляет собой анализ функциональных изменений в структурах ЦНС. Как в эксперименте, так и в клинической практике ответная реакция на внешний раздра-

¹⁴ Глазов В.А. Кататония. Тезисы дисс... докт. мед. наук. [Л.]: [б.и.]; 1940.

¹⁵ ЦГА РД. Ф. Р-512. Оп. 16. Д. 95. Л. 51.

¹⁶ ЦГА РД. Ф. Р-512. Оп. 16. Д. 95. Л. 50.

¹⁷ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 47. Д. 3870. Л. 7 об.

¹⁸ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 47. Д. 3870. Л. 7 об.

¹⁹ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 9. Д. 862. Л. 5.

²⁰ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 9. Д. 1008. Л. 118.

²¹ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 9. Д. 862. Л. 80.

²² АДИМУ. Личное дело В.А. Глазова.

житель (будь то химический или физический агент) зависит от исходного состояния отдельных структур головного мозга. Кроме того, «один и тот же патогенный фактор в зависимости от силы и продолжительности действия может вызывать обратимые (функциональные) и необратимые (органические) изменения». В соответствии с этой концепцией автор выделял два этапа в течении шизофрении — обратимый и необратимый. В заключении автор пришел к выводу о необходимости диспансеризации широких слоев населения с целью создания специальных профилактических условий для лиц со «слабостью нервной системы» как потенциально подверженных риску развития ядерной шизофрении [4].

Однако основной задачей В.А. Глазова была все же подготовка будущих врачей. Помимо общего курса психиатрии на кафедре студентам читался специально подготовленный курс психологии, материалы которого были выпущены отдельным изданием. Сотрудники кафедры старались привлекать к своим научным исследованиям и студентов: одна из работ на тему «Влияние гипоталамуса на содержание сульфидрильных групп и активности кислой фосфатазы в лейкоцитах крови у крыс» привлекла внимание на всесоюзном уровне²³.

Владимир Александрович постоянно работал: принимал пациентов не только в рабочие часы в клинике, но и дома. «У него был настолько насы-

щенный рабочий график, что я просто не помню его ничего не делающим, — вспоминала младшая дочь В.А. Глазова Наталья. — Так и вижу его после частного приема, вечером сидящего за письменным столом, где он писал и печатал свои статьи. Или за микроскопом, изучающим какие-то срезы»²⁴. Кафедрой психиатрии Дагестанского медицинского института за период руководства профессором В.А. Глазовым было подготовлено 11 кандидатских и 1 докторская диссертация.

Профессор Владимир Александрович Глазов скончался 7 сентября 1972 г. в своей московской квартире за письменным столом. До последних дней он продолжал заниматься любимым делом — работал над научными исследованиями.

Сегодня невозможно представить, в каких сложных условиях приходилось работать врачам и ученым на периферии в годы становления психиатрической службы в стране. Профессору В.А. Глазову удалось многое: он практически «с нуля» наладил консультативную и лечебную работу психиатров в Дагестане, под его руководством были проведены важные исследования, и, главное, он стал основоположником научной психиатрии в республике, а ученики продолжили его дело.

²⁴ Личный архив К.Б. Манышевой. Воспоминания доцента Н.В. Глазовой. 2018 г.

²³ АДГМУ. Личное дело В.А. Глазова.

Литература/References

1. Александровский Ю.А. История отечественной психиатрии. Т. 3: Психиатрия в лицах. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2013. Aleksandrovskiy Yu.A. Istoriya otechestvennoy psikhiiatrii. T. 3: Psikhiiatriya v litsakh. M.: GEOTAR-Media. 2013. (In Russ.).
2. Баничиков В.М. Всесоюзное научное медицинское общество невропатологов и психиатров. (Материалы к истории научного общества 1878–1967 гг.). М.: [б.у.]. 1967. Banshchikov V.M. Vsesoyuznoye nauchnoye meditsinskoye obshchestvo nevropatologov i psikhiiatrov. (Materialy k istorii nauchnogo obshchestva 1878–1967 gg.). M.: [b.i.]. 1967. (In Russ.).
3. Глазов В. Первые годы. За медицинские кадры. 1967; 19(158):2. Glazov V. The early years. Za meditsinskie kadry. 1967; 19(158):2. (In Russ.).
4. Глазов В.А. Шизофрения. Клинико-экспериментальное исследование. М.: Медицина. 1965. Glazov V.A. Shizofreniya. Kliniko-eksperimental'noye issledovanie. M.: Meditsina. 1965. (In Russ.).
5. Кыштымов В.В. История возникновения и развития Дагестанского государственного медицинского института (1932–1967 гг.). Махачкала: ДГМА. 1995. Kyshtymov V.V. Istoriya vozniknoveniya i razvitiya Dagestanskogo gosudarstvennogo meditsinskogo instituta (1932–1967 gg.). Makhachkala: DGMA. 1995. (In Russ.).
6. Логинова Н.А. Опыт человекознания: История комплексного подхода в психологических школах В.М. Бехтерева и Б.Г. Ананьева. СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского университета. 2005. Loginova N.A. Opyt chelovekoznaniiya: Istoriya kompleksnogo podkhoda v psikhologicheskikh shkolakh V.M. Bekhtereva i B.G. Anan'eva. SPb.: Izd-vo Sankt-Peterburgskogo universiteta. 2005. (In Russ.).
7. Манышев С.Б., Манышева К.Б. Из истории создания кафедры психиатрии Дагестанского медицинского института (1936–1941 гг.). Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2019;1:115–120. Manyshv SB, Manysheva KB. From the history of the creation of the Department of Psychiatry of the Dagestan Medical Institute (1936–1941). Obzrenie psikhiiatrii i medicinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2019;1:115–120. (In Russ.). <http://10.31363/2313-7053-2019-1-115-120>
8. Османов А.И., Шамов И.А. Профессора и докторов медицинских наук — сотрудники и выпускники Дагестанской государственной медицинской академии. Махачкала: Лотос. 2007. Osmanov A.I., Shamov I.A. Professora i doktora meditsinskikh nauk — sotrudniki i vypuskniki

- Dagestanskoy gosudarstvennoy meditsinskoj akademii. Makhachkala: Lotos; 2007. (In Russ.).*
9. Поппе К.К. История 3-й городской психиатрической больницы им. И.И. Скворцова-Степанова Санкт-Петербурга: 1917–1940 гг. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007;107(11):60–62.
Pope KK. The history of the I.I. Skvortsov-Stepanov City Psychiatric Hospital №3 in Saint-Petersburg. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova. 2007;107(11):60–62. (In Russ.).
10. Русские и российские психиатры, невропатологи и психотерапевты. Сост. А.Е. Архангельский. СПб.: Алетейя; 2011.
Russkie i rossiyskie psikhiatry, nevropatologi i psikhoterapevty. Sost. A.E. Arkhangel'skiy. SPb.: Aleteyya; 2011. (In Russ.).

Сведения об авторах

Манышев Сергей Борисович — к.ист.н., научный сотрудник Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», г. Москва, ул. Мясницкая, 20, 101000. E-mail: msergey1990@gmail.com

Манышева Ксения Борисовна — ассистент кафедры нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Махачкала, пл. Ленина, 1). E-mail: manyshvakb@gmail.com

Поступила 22.01.2024

Received 22.01.2024

Принята в печать 24.10.2025

Accepted 24.10.2025

Дата публикации 28.03.2025

Date of publication 28.03.2025

В поисках вдохновения: психоактивные вещества в истории джаза

Скрябин В.Ю.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

Обзорная статья

Резюме. На протяжении всей истории джаза, его тесная связь с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) была одной из самых противоречивых и обсуждаемых тем. От задымленных клубов 1920-х годов, посетители которых свободно курили марихуану, до андеграундных джем-сейшенов 1960-х, где царил героин, образ жизни джазовых музыкантов часто включал в себя запрещенные вещества. Карьера многих талантливых джазовых музыкантов отошла на второй план или преждевременно оборвалась из-за пристрастия к наркотикам и/или алкоголю. Жизни самых известных из них — от Луи Армстронга и Милтона Меззроу до Чарли Паркера, Билли Холидей, Майлза Дэвиса и Чета Бейкера — подтверждают значимое место ПАВ в джазовом фольклоре. **Цель:** провести повествовательный обзор доступной литературы по влиянию ПАВ на жизнь и творчество джазовых музыкантов. **Метод:** в статье представлен нарративный обзор зарубежной литературы по месту ПАВ в истории джазовой музыки. Были отобраны и проанализированы статьи в базах MEDLINE/PubMed и Scopus, а также монографии и биографии музыкантов. Поиск проводился с использованием различных вариантов указанных ключевых слов.

Полученные результаты: тяжелые длительные ночные выступления, частые переезды, а для многих музыкантов и неодобрительное отношение общества накладывали свой отпечаток на творчество многих представителей жанра. Концерты в условиях доступности ПАВ и общей лояльности к их употреблению, психологическое давление, связанное с необходимостью поддержания высокого уровня исполнительского мастерства на фоне постоянной конкуренции, воздействие негативных социальных факторов оказывались факторами риска, способствовавшими развитию зависимости. Если на первых этапах развития джаза наркотики служили своеобразным тонизирующим средством от мучений, с которыми сталкивался джазовый музыкант в повседневной жизни, то позже они трансформировались в важный компонент идентичности джазиста и средство выделения джазового сообщества.

Выводы: такие артисты, как Коулмен Хокинс, Лестер Янг, Бад Пауэлл, Чарли Паркер, Билли Холидей, Майлз Дэвис, Сонни Роллинз и Джон Колтрейн на определенном этапе своей карьеры боролись с наркотической зависимостью. Интересно, что эти же имена часто упоминаются критиками при перечислении великих новаторов и наиболее влиятельных исполнителей в истории джазовой музыки. Примечательно, что в современный период джаз перестал быть центром контркультурного наркопотребления. В 1960-70-е гг. наркотическое наследие джаза перешло сначала к рок-н-роллу, а затем к хип-хопу.

Ключевые слова: джаз, ПАВ, творчество, музыка, зависимость, обзор литературы.

Информация об авторе:

Скрябин Валентин Юрьевич*: sardonios@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4942-8556>

Как цитировать: Скрябин В.Ю. «В поисках вдохновения: психоактивные вещества в истории джаза». *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:1:104-113. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-954>

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

In search of inspiration: Psychoactive substances in jazz history

Valentin Yu. Skryabin

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia

Review article

Summary. Throughout the history of jazz, its close association with psychoactive substances has been one of the most controversial and debated topics. From the smoke-filled clubs of the 1920s, where attendees

Автор, ответственный за переписку: Скрябин Валентин Юрьевич — sardonios@yandex.ru

Corresponding author: Valentin Yu. Skryabin — sardonios@yandex.ru

smoked marijuana freely, to the underground jam sessions of the 1960s, where heroin reigned supreme, the lifestyles of jazz musicians have often included illicit substances. The careers of many talented jazz musicians have been sidelined or prematurely cut short due to addiction to drugs and/or alcohol. The lives of the most famous of them, from Louis Armstrong and Milton Mezzrow to Charlie Parker, Billie Holiday, Miles Davis, and Chet Baker, attest to the significant place of psychoactive substances in jazz folklore. **The aim of the work:** to conduct a narrative review of the available literature on the influence of SAW on the lives and work of jazz musicians. **Method:** this article presents a narrative review of the foreign literature on the place of psychoactive substances in the history of jazz music. Articles in MEDLINE/PubMed and Scopus databases, as well as monographs and biographies of musicians were selected and analyzed. The search was conducted using different variants of the specified keywords.

Results: heavy long night performances, frequent relocations, and for many musicians the disapproving attitude of the society had its own imprint on the creativity of many representatives of the genre. Concerts in conditions of availability of surfactants and general loyalty to their use, psychological pressure associated with the need to maintain a high level of performance skills against the background of constant competition, the impact of negative social factors were risk factors that contributed to the development of addiction. If at the first stages of jazz development drugs served as a kind of tonic from the torments faced by a jazz musician in everyday life, then later they were transformed into an important component of the jazzist's identity and a means of distinguishing the jazz community. **Conclusion:** artists such as Coleman Hawkins, Lester Young, Bud Powell, Charlie Parker, Billie Holiday, Miles Davis, Sonny Rollins, and John Coltrane struggled with substance abuse at some point in their careers. Interestingly, these same names are often mentioned by critics when listing the great innovators and most influential performers in the history of jazz music. It is noteworthy that in the modern period, jazz has ceased to be the center of countercultural drug use. In the 1960s and 70s, the drug legacy of jazz passed first to rock and roll and then to hip-hop.

Key words: jazz, psychoactive substances, creativity, music, addiction, literature review.

Information about the author:

Valentin Yu. Skryabin* — sardonios@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4942-8556>

To cite this article: Skryabin VYu. «In search of inspiration: Psychoactive substances in jazz history». V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. 2025; 59:1:104-113. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-954> (In Russ.)

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

На протяжении своей более чем столетней истории джаз эволюционировал из легко-жанровой и развлекательной музыки в концертную, перемещаясь из ночных клубов и питейных заведений на престижные сцены, постепенно став полноценной разновидностью музыкального искусства с собственными принципами и законами. Как писал Харуки Мураками в сборнике «Джазовые портреты», «хотим мы того или нет, но по какой-то необъяснимой причине нас всех почему-то привлекает искусство, сочетающее в себе порочность и слабость человеческой натуры...» С этой точки зрения джаз, обладающий, по меткому выражению Теда Джойя, характерной «эстетикой несовершенства», выглядит особенно притягательным.

Джаз, родившийся и развивавшийся в плавильных котлах портовых и столичных городов, где сталкивались нищета и роскошь, высокое общество и заведения сомнительного характера, часто оказывался связан с миром психоактивных веществ (ПАВ). Карьера многих талантливых джазовых музыкантов отошла на второй план или преждевременно оборвалась из-за пристрастия к наркотикам и/или алкоголю. Жизнь самых известных из них — от Луи Армстронга и Милтона Меззроу до Чарли Паркера, Билли Холидей, Майлза Дэвиса и Чета Бейкера — была подробно описана в биографиях, автобиографиях и фильмах, которые подтверждают место ПАВ в джазовом фольклоре.

Ранее в литературе неоднократно предпринимались попытки обсудить влияние употребления наркотиков и алкоголя на уровень исполнительского мастерства многих джазовых музыкантов 1940-1950-х годов, однако, необходимо более глубокое изучение этого аспекта, поскольку на сегодняшний день целый ряд вопросов остаются открытыми. Почему многие джазовые музыканты страдали зависимостью от ПАВ? Изменилась ли бы их творческая активность без этой зависимости? Каково было влияние ПАВ на их творческую деятельность и есть ли данные, опровергающие или подтверждающие это влияние? Были ли в этих известных джазовых артистах черты, позволявшие им заниматься творчеством, несмотря на зависимость? В данном обзоре будет предпринята попытка оценить имеющиеся свидетельства взаимосвязи между творчеством и злоупотреблением ПАВ, особенно в контексте отдельных известных джазовых исполнителей и того, как они оставались творческими личностями и фактически преуспевали в карьере, несмотря на зависимость.

Причины употребления ПАВ джазовыми музыкантами

Разумеется, употребление ПАВ не является отличительной особенностью именно джазовых музыкантов, и исследователями описана определен-

ная специфика мотивов и паттернов потребления представителями разных музыкальных жанров [28]. В частности, в рок-н-ролле связь наркотиков и музыки окрашена стремлением к веселью и бунтом против традиционных ценностей, что ярко отражено в слогане «секс, наркотики и рок-н-ролл». В хип-хопе эта взаимосвязь зачастую имеет более грубую окраску: употребление наркотиков, как и секс, имеют оттенок бравады, а бунт представителей жанра часто направлен не столько против общепринятых ценностей как таковых, сколько против препятствий, которые необходимо преодолеть, чтобы добиться признания и успеха [26]. В джазе ПАВ заняли несколько иное концептуальное пространство и составляют иной набор смыслов.

Собственный стиль и идеи музыканта отражают не только его индивидуальность, но и реакцию на окружающую обстановку. Невозможно полноценно оценить влияние Луи Армстронга на развитие жанра в 1920-е годы, Чарли Паркера в 1940-е и Джона Колтрейна в 1960-е без учета социальных, экономических и психологических требований, предъявляемых к джазовым исполнителям в то время [25]. Традиционным местом выступления джазового артиста был ночной клуб, который сам по себе представлял среду, игравшую значительную роль в злоупотреблении наркотиками и алкоголем. Кроме того, историческая связь многих клубов с представителями криминального мира также создавала для артистов серьезные проблемы, поскольку облегчала потребителям доступ к наркотикам.

Тяжелые длительные ночные выступления, частые переезды, а для многих музыкантов и неодобрительное отношение общества накладывали свой отпечаток на творчество многих представителей жанра. Концерты в условиях доступности ПАВ и общей лояльности к их употреблению, психологическое давление, связанное с необходимостью поддержания высокого уровня исполнительского мастерства на фоне постоянной конкуренции, воздействие негативных социальных факторов оказывались факторами риска, способствовавшими развитию зависимости [33]. Еще в 1968 г. английский психиатр Джон Тодд предположил, что наркотики и алкоголь, позволяющие избавиться от осознания реальности окружающей действительности, могут быть особенно привлекательны для творческих личностей, которым трудно примириться с окружающей средой [32]. В более поздней работе авторы, используя в качестве объекта исследования популярных музыкантов, подтвердили связь между профессиональным стрессом, психическим здоровьем и злоупотреблением ПАВ [35].

В исследовании, опубликованном Winick в 1960 г., была предпринята попытка проанализировать причины употребления наркотиков джазовыми музыкантами [36]. По его результатам, 21% респондентов в качестве причины называли утомительные переезды: музыканты в то время путешествовали на чартерных автобусах или ав-

томобилях, преодолевая за день большие расстояния. Они часто прибывали на место выступления уставшими незадолго до его начала, и многие прибегали к психостимуляторам. В том же опросе 53% респондентов связывали употребление наркотиков с осознанием взлетов или падений в своей карьере: молодые артисты стремились ускорить свое восхождение на вершину, а старые пытались компенсировать свои профессиональные неудачи.

Дополнительной проблемой, с которой регулярно сталкивались чернокожие исполнители, была проблема расизма в обществе. Индустрия развлечений была одной из немногих профессий, в которой они могли добиться значимого социального статуса и экономической независимости до принятия Закона о гражданских правах 1964 года. Однако в реальности, поскольку джаз считался музыкой аутсайдеров, артисты часто оказывались в маргинальном положении. Можно предположить, что употребление наркотиков усиливало это ощущение отчужденности джазовых музыкантов от общества и через их музыку становилось выражением протеста [33]. Недовольство афроамериканских музыкантов своим положением, а также отношением американского общества к чернокожим в целом стало более острым после Второй мировой войны. Отчасти оно и послужило толчком к появлению бибоба: как отмечал Диззи Гиллеспи, «моя музыка возникла в военные годы..., и она отражала те времена... Быстрая и яростная, со сменой аккордов то в одну, то в другую сторону, она могла выглядеть и звучать как бедлам, но на самом деле им не являлась...» [34].

Во время и после войны выступления в таких крупных американских городах, как Нью-Йорк, строго контролировались, и для игры в заведениях, в которых подавали алкоголь, требовалось наличие разрешения — идентификационной карты, известной как «cabaret card» («карта кабаре»). Закон не позволял артистам устроиться на работу, если они имели приводы в полицию. Несмотря на то, что нарушения, связанные с употреблением наркотиков, были не единственной причиной отказа в выдаче карты, угроза потери разрешения на работу была дополнительным фактором давления для музыкантов того времени. Карты кабаре требовалось продлевать каждые два года, и решение о выдаче или продлении карты часто определялось личными связями или требовало привлечения адвоката. Именно его отсутствие во время слушаний привело к тому, что Билли Холидей была осуждена по одному из первых обвинений в употреблении наркотиков. Чарли Паркер, Бад Пауэлл, Джеки Маклейн и Телониус Монк были в числе исполнителей, которые на определенном этапе своей карьеры лишились карты кабаре из-за употребления наркотиков [33].

Таким образом, тяжелые условия жизни в сочетании с высокими профессиональными требованиями приводят к большинством исследователей в качестве ключевых факторов, которые привели многих знаменитых джазовых музыкантов к злоупотреблению алкоголем и наркотиками. Такие ар-

тисты, как Коулмен Хокинс, Лестер Янг, Бад Паулл, Чарли Паркер, Билли Холидей, Майлз Дэвис, Сонни Роллинз и Джон Колтрейн на определенном этапе своей карьеры боролись с наркотической зависимостью. Интересно, что эти же имена часто упоминаются критиками при перечислении великих новаторов и наиболее влиятельных исполнителей в истории джазовой музыки. Широко известны слова Майлза Дэвиса: «Всю историю джаза можно изложить четырьмя словами: Луи Армстронг, Чарли Паркер» [13]. Рассмотрим более подробно влияние ПАВ на жизнь и творческую деятельность этих и некоторых других известных джазовых музыкантов.

Луи Армстронг

На заре существования джаза многие известные композиторы регулярно употребляли марихуану. История этого своеобразного союза начинается в Сторивилле — районе красных фонарей Нового Орлеана. Именно здесь в 1901 г. родился Луи Армстронг, вошедший в историю как «король джаза», и именно здесь в 1909 г. впервые в США было зафиксировано употребление марихуаны. Армстронг, чья мать занималась проституцией, чтобы содержать семью, вырос на жестких, но ярких улицах Сторивилля, где царили коммерческий секс, насилие, употребление наркотиков и музыка. В то же время важную роль в жизни Армстронга сыграло то обстоятельство, что Новый Орлеан был одним из самых музыкальных городов США. Со слов артиста, его самые приятные воспоминания детства связаны с музыкой [3].

Армстронг научился играть на корнете, находясь в исправительном лагере-интернате, в который попал за стрельбу из пистолета на улице, а его первыми музыкальными работами стало исполнение блюзов в хонки-тонках Сторивилля в составе разных групп. Играя ночами напролет, Армстронг, как и другие музыканты в этой среде, узнал, что в отличие от алкоголя, который притуплял сознание и быстро выводил их из строя, марихуана помогала дольше сохранять активность, поэтому рассматривал ее как «своего рода лекарство» [28]. Более того, по его словам, для Армстронга марихуана была «помощником, другом [и] хорошей дешевой выпивкой» [34].

Несмотря на трудный жизненный путь, непревзойденный музыкальный гений Армстронга в конце концов был признан, и его прозвали «королем трубы». Вскоре он покинул Новый Орлеан и начал выступать в Нью-Йорке, Чикаго и других городах страны. Это был распространенный для того времени сценарий: еще с 1910-х гг. в ответ на препятствия, создаваемые безработицей эпохи депрессии и расовыми преследованиями в южных штатах, в США наблюдалась массовая миграция чернокожего населения на север с целью улучшения качества жизни. В 1930 г., когда в США всё ещё действовал «сухой закон», марихуана была легальной. Вместе с мигрантами, она постепенно распространялась из южных штатов в круп-

ные американские города, в первую очередь — в Нью-Йорк, один из районов которого — прежде немодный Гарлем — стал местом сосредоточения мигрантов из рабочего класса, многие из которых принесли с собой традиции растафарианской культуры и склонность к курению марихуаны [4]. Подобно слиянию мексиканской и американской культур, которое привело к сближению марихуаны и джаза в Новом Орлеане за несколько десятилетий до этого, новые культурные взаимодействия ускорили знакомство с веществом в Нью-Йорке.

К 1934 г. в связи с концентрацией производства марихуаны в Гарлеме полицейские других районов города требовали проведения специальных занятий, чтобы уметь распознать растущее растение, поскольку ранее они не были знакомы с этим наркотиком. Если в 1914 г. в газете «New York Times» потребители марихуаны были названы «едва ли достаточно многочисленными, чтобы их считать», то спустя двадцать лет это вещество было провозглашено тем же изданием как «новый наркотик, формирующий привычку» [1]. Популярность марихуаны в Нью-Йорке достигла такого уровня, что джазовый музыкант Милтон Меззроу рассказывал, что ее продажа на улицах сделала его «в одночасье... самым популярным человеком в Гарлеме» [20]. В самой музыке в это время повышается роль импровизации, а на смену скромному пианино регтайма приходят целые оркестры. Джаз продолжала подпитывать и теневая сторона жизни — во время «сухого закона» в подпольных заведениях публику привлекал не только запрещенный алкоголь, но и бунтарский дух джаза. С этих пор джаз и контркультура стали неразлучны.

Несмотря на попытки объявить марихуану вне закона на юге страны в 1920-е гг. (в частности, в Луизиане), в Нью-Йорке крупные звукозаписывающие компании беспрепятственно выпускали сборники песен о марихуане, воспевавшие радости ее курения («reefer songs»), что, возможно, стало первым шагом в формировании и коммерциализации концепции «джазмена-бунтаря» [28]. Среди исполнителей песен данного жанра можно обнаружить значимых джазовых артистов того времени: Стаффа Смита, Вилли Брайанта и, разумеется, Луи Армстронга. Если раньше наркотики служили способом ухода от мучений, с которыми сталкивался джазовый музыкант в повседневной жизни, то теперь они превратились в важный компонент идентичности джазиста. Развивая эту мысль, психиатр Эндрю Карри в своем исследовании нью-йоркских джазовых музыкантов и их аудитории в 1930-е годы предполагает, что марихуана стала важнейшим элементом формирования специфического джазового характера, внешне нонконформистской практикой, которая идеально сопровождала столь же вызывающую музыку и выступала в роли связующего звена между образом жизни, идентичностью и созданием джазовой музыки [6].

Подобному восприятию способствовали растущая слава и признание Луи Армстронга, не

скрывавшего систематическое употребление наркотика, что могло сформировать впечатление, что употребление марихуаны действительно способно поднять джазового исполнителя на новый уровень мастерства. В 1944 г. в статье Жерара Пиля, опубликованной в журнале «Life Magazine», провозглашалось, что, употребляя марихуану, «свинговый музыкант поднимается на новые вершины виртуозности» [10]. Таким образом, употребление марихуаны в те годы не только определяло диссидентское мировоззрение джазмена, но и являлось ключевым психологическим фактором, позволяющим исполнителю, как он считал, достичь того уровня, который от него ожидался.

Ситуация начала меняться после назначения Гарри Анслингера первым комиссаром новообразованного Федерального бюро по наркотикам в 1930 г., что стало переломным моментом в отношении правительства к марихуане, особенно в ранее пассивном штате Нью-Йорк. Особые претензии Анслингер предъявлял к джазовым артистам, утверждая, что их «сатанинская музыка» «является результатом употребления марихуаны» [11]. В ноябре 1930 г. во время выступления в знаменитом клубе «Cotton Club» Армстронг и его барабанщик Вик Бертон были арестованы за хранение марихуаны, которую они курили во время антракта на парковке клуба. В знак уважения к славе артиста, полицейские разрешили Армстронгу вернуться в клуб, чтобы доиграть второй сет, а затем препроводили его в городскую тюрьму Лос-Анджелеса. Приговоренный к шести месяцам лишения свободы и штрафу в одну тысячу долларов, Армстронг провел в тюрьме всего девять дней, после чего был приговорен к условному сроку и освобожден из-под стражи. По свидетельствам биографов, этот эпизод произвел на артиста сильное впечатление, а принятие Конгрессом США 3 августа 1937 г. «Закона о налоге на марихуану» привело к тому, что Армстронг сообщил, что наказание теперь слишком велико, чтобы продолжать употреблять марихуану, и объявил об отказе от нее [34].

Чарли Паркер

Если до Второй мировой войны наиболее распространенным среди музыкантов психоактивным веществом была марихуана, то после 1945 г. доминирующее положение в нью-йоркском джазе, несомненно, занял героин. Изначально считавшийся «крайне экзотическим» наркотиком [30], героин был запрещен в США с 1914 г. и производился в ограниченных количествах после того, как в 1924 г. медицинское сообщество признало его способность вызывать зависимость. Однако с окончанием Второй мировой войны и снятием международных ограничений на поездки и торговлю, преступные группировки смогли обеспечить поставки и доступность наркотика. Как и прежде, их целевыми рынками стали джазовые сообщества [9], и практически в одночасье, по

словам саксофониста Джеки Маклина, «героин обрушился на сцену, как цунами» [28].

С точки зрения исторического контекста, военные и послевоенные годы были периодом нарастающего разочарования афроамериканцев, особенно в северных городах. Ожидаемое повышение уровня жизни, послужившее катализатором массовой миграции с юга, оказалось неоправданным, поскольку в обществе сохранялись сегрегация и отчуждение. В джазовом сообществе сегрегация сохранялась в сфере звукозаписи и исполнительства, а односторонние соглашения между исполнителями, лейблами и клубами характеризовали устойчивую дискриминацию в среде коммерческого музыкального истеблишмента [30].

В этих условиях возник бибоп, являвшийся в том числе вызывающей формой самовыражения и своеобразным протестом против ложных представлений о современной плюралистической Америке, которые в довоенные годы олицетворял свинг, а также средством выражения несправедливости и угнетения, с которыми ежедневно сталкивались многие представители джазового сообщества Нью-Йорка. Бибоп бросил вызов укоренившимся музыкальным традициям джаза и стал олицетворением образа жизни, характеризующегося неприятием общественных норм. Именно в субкультуре бибоба героин сыграл свою наиболее значимую роль. Возникнув на пепелище довоенных чайных, Западная 52-я улица и Таймс-сквер стали источником героиновой эпидемии в Нью-Йорке, обеспечив подпольную среду для джазовых исполнителей и распространителей, где они могли объединяться и беспрепятственно употреблять наркотики. С позиции музыкантов, акцент бибоба на технике, скорости и ритмических инновациях хорошо сочетался с героином и его способностью вводить исполнителя в холодное и отрешенное состояние. Действительно, в случае с одним из основателей бибоба Чарли Паркером героин оказался неотъемлемой частью его биографии.

Чарли Паркер, вероятно, является наиболее хрестоматийным примером джазовой звезды, страдавшей зависимостью, поскольку на протяжении всей своей жизни он злоупотреблял алкоголем и наркотиками. По выражению исследователя Owens, «это была жизнь, осложненная язвами, циррозом печени, долгами, разрушенными браками, попытками самоубийства и помещением в лечебные учреждения» [23]. Пристрастие Паркера к алкоголю и наркотикам хорошо задокументировано: в частности, в библиографическом указателе к книге «Bird Lives» имеется девятнадцать ссылок на алкоголизм Паркера и тридцать ссылок на его пристрастие к наркотикам [29]. Ральф Эллисон писал, что Паркер «растягивал границы человеческих противоречий до невероятных пределов... Он был любящим и ненавидящим, внимательным и бессердечным; он крал у друзей и благодетелей и без зазрения совести брал взаймы, часто не возвращая, и при этом был щедрым до абсурда. Он мог быть очень добрым к молодым музыкантам

или совершенно сокрушительным в своем презрении к их неумелости. Он был пассивен, но быстро выхватывал нож и вступал в драку. Ему были свойственны крайности грусти и мазохизма, он был способен на самые ошеломляющие эксцессы, на самую строгую физическую дисциплину и волевое усилие...» [34].

Паркера нередко обвиняют в том, что он вызвал настоящую эпидемию героиновой зависимости среди джазовых музыкантов эпохи бибоба. В биографии Стэна Гетца говорится, что «употребление героина [стало] почти обрядом посвящения среди молодых джазовых музыкантов... и одной из причин этого был пример Чарли Паркера» [19]. Гениальность Паркера стала своеобразным оправданием употребления наркотиков для джазменов. По словам Майлза Дэвиса, «многие из великих бибоп-исполнителей были героиновыми наркоманами» [7]. Как говорили некоторые музыканты, героин облегчал исполнение в ускоренном темпе, которого требовала музыка, замедляя все процессы. Американский историк Нэт Хентофф высказал предположение, что выбор психоактивного вещества (психостимулятора или депрессанта) аддиктивной личностью-джазменом связан с тем, какую музыку он играет, и что героиновая зависимость хорошо легла на почву бунтарства исполнителей бибоба, которое также выражалось в их одежде и языке [16]. Трубач Ред Родни вспоминал: «Героин был нашим значком. Он давал нам членство в уникальном клубе, и ради этого членства мы отказывались от всего остального в мире. Он погубил большинство людей» [34]. Подобно тому как бибоп был музыкально апатичен к чувствам масс, затворнический, «героинный» образ жизни нового джазмена, замкнувшегося в закрытом сообществе единомышленников, стал доминирующей субкультурой в нью-йоркском джазовом сообществе.

Сам Паркер начал употреблять наркотики задолго до 1950-х годов. Он вырос в Канзас-Сити, где бросил среднюю школу, чтобы сосредоточиться на музыке. В то время, в середине 1930-х годов, Канзас-Сити был центром джаза, особенно для саксофонистов. В 14 лет Паркер начал пробираться в клубы, чтобы послушать джаз и посмотреть, как играют джазмены. Именно в этот период он впервые попробовал психоактивные вещества: сначала мускатный орех, который способен вызывать эффекты, изменяющие сознание, а затем марихуану и бензидрин, растворенный в черном кофе. Осенью 1936 г. Паркер отправился с группой из Канзас-Сити в Озарк на открытие таверны к югу от Элдона, штат Миссури. По дороге музыканты попали в аварию, в результате которой у Паркера были сломаны три ребра и позвоночник [14]. После этого несчастного случая Паркер провел два месяца в больнице, где ему назначался морфин, а в дальнейшем музыкант стал злоупотреблять наркотическими анальгетиками и героином. Хотя героин стал его предпочтительным наркотиком, Паркер экспериментировал с самыми разными психоактивными веществами,

используя одни из них для того, чтобы смягчить неприятные эффекты других. Одно из воспоминаний принадлежит пианисту Хэмптону Хоузу, который «наблюдал, как он выстраивал в ряд и выпивал одиннадцать шотов виски, закидывал горсть «бенни» (сленговое название бензедрина), а затем вводил внутривенно героин, одновременно покуривая косяк. Он потел, как лошадь, в течение 5 минут, после чего вставал, надевал костюм и через полчаса уже стоял на сцене, играя сильно и красиво» [15]. Несмотря на столь интенсивное употребление наркотиков, репутация Паркера как непревзойденного джазового исполнителя продолжала расти.

В декабре 1945 г. Чарли Паркер, Диззи Гиллеспи и Стэн Леви отправились в Калифорнию на серию концертов. После завершения тура, когда настало время возвращаться в Нью-Йорк, Паркер, известный своими эксцентричными поступками, решил обменять свой билет на поезд на дозу героина и исчез. Гиллеспи, который считал Паркера своим близким другом и называл его «второй половинкой своего сердца», был вынужден уехать без него [18]. Таким образом, Паркер остался один, лишенный денег и стабильного источника дохода. Когда его поставщика арестовали, Паркер лишился возможности приобрести героин. В попытках компенсировать его отсутствие, музыкант начал употреблять по литру виски в день. 29 июля 1946 г. он прибыл на студию звукозаписи в состоянии столь сильного алкогольного опьянения, что продюсеру приходилось поддерживать его перед микрофоном. Паркер с трудом и запинаясь, смог записать композиции «Webor» и «Loverman», о которых позже говорил, что эти записи не стоят того, чтобы их издавали, но продюсер все же решил выпустить их. Тем же вечером Чарли Паркер заснул, не потушив сигарету, что привело к пожару в его постели и потасовке с пожарными. Вначале его арестовали, а затем отправили в психиатрическую лечебницу, в которой джазмен провел полгода, играя в больничном музыкальном ансамбле [24]. Однако после выписки из больницы и возвращения в Нью-Йорк, Паркер вернулся к употреблению героина.

Со временем зависимость Паркера стала преобладать над музыкой. В 1947 г. Паркер вместе с Диззи Гиллеспи, Эллой Фицджеральд и другими музыкантами дал концерт в Карнеги-холле. Тед Рейгс, которому было поручено доставить Паркера из гостиничного номера в концертный зал, обнаружил, что дверь ванной комнаты заперта, и в итоге ее пришлось взломать. Музыкант находился в ванной в состоянии ступора. Паркера вытащили, помогли переодеться и на такси доставили к началу концерта, на котором он играл так вдохновенно, будто с ним все было в порядке [14].

Паркер часто закладывал свой саксофон в ломбардах, из-за чего ему приходилось играть на одолженном или приобретенном дешевом инструменте. В числе саксофонов, на которых он играл, выделяется знаменитый альт фирмы «The Grafton» из белого акрилового пластика, кото-

рый можно услышать на записи концерта «Jazz at Massey Hall», заслужившего звание величайшего джазового концерта в истории, по мнению многих представителей джазового мира. Этот знаменитый концерт состоялся в Торонто 15 мая 1953 г. и стал во многом поворотным моментом в истории джаза, поскольку это был последний раз, когда Чарли Паркер, Диззи Гиллеспи, Бад Пауэлл, Чарльз Мингус и Макс Роуч играли вместе как квинтет. Многие считают этот концерт одним из последних великих выступлений в карьере Паркера, при том, что незадолго до него музыкант заложил свой любимый саксофон в ломбарде для покупки героина, и представитель «The Grafton» предложил использовать их инструмент.

Чарли Паркер скончается 12 марта 1955 г. в гостиничном номере известного джазового мецената баронессы Панноники де Кёнигсуортер в Нью-Йорке. Коронер укажет в свидетельстве о смерти, что осматривал тело мужчины, умершего от крупозного воспаления лёгких и прободения язвы желудка, на вид в возрасте между 50 и 60 годами. На самом деле Паркер умер от сердечного приступа на фоне прогрессирующего цирроза печени в возрасте 34 лет [24].

Преждевременная смерть живой легенды джаза еще более усилила ауру, окружавшую его способности и зависимость. Критики писали, что Паркер в состоянии наркотического опьянения мог «вписать четыре аккорда в мелодический рисунок там, где другой музыкант с трудом вставил бы два» [8]. Таким образом, музыкальный гений Паркера оказался тесно переплетен с употреблением героина. Майлз Дэвис отмечал, что широко распространенная вера в то, что употребление героина «может помочь играть так же великолепно, как Птаха» [7], вдохновила множество людей попробовать героин. Таким образом, пример Паркера послужил своеобразным маяком для нью-йоркских джазовых музыкантов послевоенного периода, стремившихся к вершинам музыкального мастерства, а героин стал их своеобразной эмблемой и пропуском в высшие эшелоны музыкальной экспрессии и исполнительства. В списке джазовых исполнителей и музыкантов, употреблявших героин, числятся, например, Чэт Бейкер, Сонни Берман, Томми Дорси, Билли Холидей, Серж Халов, Арт Пеппер, Фэтс Наварро и Фредди Уэбстер [28]. Для одних, как для Джона Колтрейна, негативные последствия зависимости от героина стали решающим фактором в период их становления как музыкантов, в то время как других, например, Энди Кирка-младшего, они заставили полностью отказаться от неуспешной джазовой карьеры.

Разумеется, среди джазовых музыкантов той эпохи, злоупотреблявших героином, были и случаи успешного отказа от наркотика: в частности, Майлз Дэвис, Арт Блэйки и Джей Джей Джонсон смогли прекратить употребление и построили долгую и успешную карьеру. Среди тех, кто избежал зависимости от психоактивных веществ, можно выделить двух известных исполнителей: икону бибопа Диззи Гиллеспи и гения хард-бопа

Клиффорда Брауна. Несмотря на то, что Гиллеспи был бунтарем, обиженным на авторитеты и не желавшим поступаться своими представлениями о том, как должна звучать музыка, он всю жизнь боролся за сохранение связи между джазовой музыкой и обычными людьми. Ряд исследователей считают, что именно его преданность семейной жизни и стремление делиться своей музыкой не позволили ему пристраститься к наркотикам [34]. Клиффорда Брауна, который не употреблял ни наркотики, ни алкоголь, и предпочитал здоровый образ жизни, часто называют человеком, прервавшим моду на героин в мире джаза. Саксофонист Сонни Роллинз, боровшийся с зависимостью от героина, говорил, что «Клиффорд оказал глубокое влияние на мою личную жизнь. Он показал мне, что можно жить полноценной «чистой» жизнью и при этом быть хорошим джазовым музыкантом...» [33].

Таким образом, как показала короткая жизнь Чарли Паркера, джазмен стал культурной конструкцией, определяемой преданностью музыке, непокорностью перед лицом социально-экономической борьбы и раскованным противостоянием условиям, что наиболее ярко проявилось в пристрастии к запрещенным психоактивным веществам [27].

Билли Холидей

Жизнь джазовой певицы Билли Холидей (настоящее имя Элеанора Фейган) — еще один пример расцвета творчества, несмотря на пристрастие к алкоголю и наркотикам. Будучи «золотой девушкой в мужском мире» [12], Холидей стала голосом джаза так же, как Паркер стал его инструментальным гением. Леди Дэй, как ее называли в джазовых кругах, выросла в Балтиморе в квартале «красных фонарей», рано познакомившись с «темной» стороной жизни. Дочь джазового гитариста Кларенса Холидея, который редко бывал дома и не был для нее отцом, Билли (выбравшая это прозвище из-за любви к актрисе Билли Дав) пережила детство, которое трудно было назвать счастливым. В одиннадцатилетнем возрасте она подверглась сексуальному насилию. В многоквартирном доме, в котором она жила, располагался публичный дом, и, бросив школу, Билли зарабатывала тем, что убирала комнаты его работниц. В возрасте 12 лет Холидей переехала в Гарлем и уже в 14 лет работала проституткой [17]. Отвергнув ухаживания одного из потенциальных клиентов, она попала в полицию и провела четыре месяца в тюрьме. Раннее приобщение к подобному образу жизни создало для Холидей дисфункциональную модель социализации. Травматический опыт детства способствовал появлению неуверенности в себе и чувства отверженности. Желание быть принятой привело к беспорядочной половой жизни в юности и череде неудачных отношений в зрелом возрасте. В 15 лет она нашла свою первую работу певицы в ночном клубе, а через несколько лет выступлений в различных клубах города

была принята на работу Арти Шоу и стала первой чернокожей певицей в белой группе.

По описаниям современников, Холидей была жесткой женщиной, которая быстро вступала в борьбу, если ей бросали вызов, и воспринималась многими как высокомерная, контролирующая и даже надменная. В то же время Холидей демонстрировала слабость, хрупкость и ранимость. Ее преследовал комплекс неполноценности, на протяжении жизни над ней довели и контролировали мужья (она пережила три брака), менеджеры и сутенеры. Образ жизни Холидей обеспечил ей легкий вход в мир наркотиков.

Точно неизвестно, когда именно она начала употреблять наркотики, но, судя по всему, уже в раннем подростковом возрасте Билли пробовала марихуану. Со своим мужем Джимми Монро Холидей перешла к курению опиума. К началу 1940-х годов она перешла на инъекции героина, начала пропускать выступления, конфликтовать с музыкантами и тратить все деньги на наркотики. В 1947 г. Билли была осуждена за хранение и употребление героина. В ходе разбирательства выяснилось, что за три года она потратила на наркотики 250 тысяч долларов. Холидей отказалась от адвоката, признала себя виновной и попросила отправить её в лечебницу. Певица была приговорена к году тюремного заключения, в результате чего лишилась карты кабаре, а после освобождения из женской тюрьмы в Олдерсоне (Западная Вирджиния) ей было запрещено выступать в любых заведениях Нью-Йорка, где подают алкогольные напитки (эта участь через несколько лет постигнет и Телониуса Монка), включая все клубы, в которых она выступала ранее [5]. Однако, концертные залы по-прежнему были открыты для нее, и через десять дней после возвращения в Нью-Йорк она выступила перед переполненным залом Карнеги-холла.

Однако, ее пристрастие к наркотикам сохранялось, как и напряженность в отношениях с друзьями и коллегами по сцене. Часто она обращалась к друзьям за деньгами для покупки наркотиков. Проблемы усугублялись тем, что певица потеряла большую часть заработка и практически ничего не получала за записанные пластинки. На момент смерти на ее банковском счету было 70 центов [31]. После смерти матери, а затем и ее лучшего друга, джазмена Лестера Янга, Холидей пыталась прекратить употребление героина, заменив его алкоголем и марихуаной.

К началу 1959 г. Холидей был поставлен диагноз «цирроз печени». Ее менеджер Джо Глейзер, джазовый критик Леонард Фезер, фотожурналист Аллан Моррисон и друзья певицы тщетно пытались убедить ее лечь в больницу. 31 мая 1959 г. Билли Холидей была доставлена в нью-йоркскую больницу Метрополитен для лечения заболеваний печени и сердца, во время пребывания в которой была арестована сотрудниками службы по борьбе с наркотиками. Холидей умерла в возрасте 44 лет в 3:10 утра 17 июля 1959 г. от отека легких и сердечной недостаточности, вызванной циррозом печени.

Как и Чарли Паркер, Билли Холидей не могла преодолевать жизненные проблемы, не прибегая к наркотикам и алкоголю. Годы злоупотребления психоактивными веществами и сигаретами в конечном итоге привели к тому, что диапазон ее голоса, и без того довольно небольшой по меркам джазовых вокалистов, сократился до уровня чуть более октавы. Ее суровое, минималистичное исполнение трагических баллад о неразделенной любви и страданиях выделяло Холидей среди других вокалисток того времени. Она нашла отклик у широкой аудитории, выделив себя подобно тому, как это сделал Чарли Паркер в инструментальном мире того времени. Ее творчество сравнивают с «искусным художником, создающим шедевр с помощью одного-двух цветов» [22].

Стюарт Николсон подвел итог значимости вклада Холидей, отметив, что «ее музыкальный дар был настолько вдохновенным и добросовестным, что ее творчество казалось гениальным. Она создала музыкальный альбом, который является одним из наиболее признанных критиками произведений эпохи свинга. Даже сегодня эта работа стоит в одном ряду с лучшими из всех записанных джазовых произведений» [21]. И хотя многие могут оспорить такое утверждение, из ее записей и комментариев коллег и историков джаза становится ясно, что ее место среди гигантов джаза вполне заслуженно, а то, что она смогла достигнуть этого, находясь в плену зависимости, свидетельствует о ее несомненном таланте.

Закат популярности джаза

С появлением группы «Битлз» и так называемого «английского вторжения» — событий, которые привели к впечатляющему скачку популярности рок-музыки, — популярность джаза стала снижаться. По словам исследователей, «отчаявшиеся джазовые музыканты устраивались на работу везде, где ее только можно было найти: в коктейльных салонах, в студийных оркестрах, играли музыку в кино, подкрепляли записи рок-н-рольных исполнителей» [34]. Одни уезжали в Европу, что не спасло таких музыкантов, как Чет Бейкер, который под воздействием героина и кокаина покончил с собой, выбросившись из окна отеля в Амстердаме; другие вообще уходили из музыкального бизнеса.

Некоторое время считалось, что саксофонист Джон Колтрейн по степени влияния может стать современным Чарли Паркером. По иронии судьбы, он, как и Паркер, также пристрастился к героину и другим наркотикам: например, к ЛСД. В 1964 году Колтрейн и его квартет записали альбом «A Love Supreme», ставший одним из самых продаваемых джазовых альбомов за всю историю. Однако к 1966 г. авторитет Колтрейна начал падать, поскольку его музыка изменилась, а авангардный экспериментальный тон, звучавший для многих слушателей пронзительно, стал менее привлекательным. В следующем году в возрасте 41 года Колтрейн скончался от гепатита В и гепато-

целлюлярной карциномы. Примечательно, что гепатоцеллюлярная карцинома также унесла жизни крупнейших саксофонистов Стэна Гетца в 1990 г. и Стива Лэйси в 2004 г. [2].

Колтрейн испытал влияние индийской музыки, которая в 1960-е годы неожиданно стала популярной на Западе. Майлз Дэвис в 1969 г. выпустил альбом-бестселлер «*Bitches Brew*», который прославил слияние джаза с рок-н-роллом. С каждым последующим альбомом приверженность Дэвиса джазу ослабевала. В год появления гибридного фьюжн-альбома Дэвиса также произошло значительное снижение популярности Ньюпортского джазового фестиваля, что еще больше обозначило спад джаза. После этого в 1975 г. Дэвис прекратил записываться, хотя через шесть лет и вернулся к музыке. Сам Майлз Дэвис писал: «Все меньше и меньше черных музыкантов играют джаз, и я понимаю, почему: потому что джаз становится музыкой музея» [7]. В основе высказывания Дэвиса лежала смерть Луи Армстронга в 1971 г. (дом, в котором он родился в Новом Орлеане, был снесен в 1964 г. для строительства полицейского участка) и Дюка Эллингтона в 1974 г.; оставшиеся в живых гиганты джаза угасали. Диззи Гиллеспи писал: «Многие из наших самых талантливых джазовых музыкантов мертвы. И молодые ребята знают, что наркотики, возможно, не были главной причиной их смерти, но они привели к большинству смертей» [33].

В этот переходный момент, когда давление со стороны полиции достигло своего апогея, репутация джаза пострадала из-за его тесной связи с наркотиками. Таким образом, за четверть века употребление наркотиков претерпело глубокие изменения. Изначально принятое и даже поощряемое в нью-йоркском джазовом сообществе, отношение к наркотикам перешло в отвращение, что, возможно, стало зеркальным отражением превращения джазового музыканта из изгоя общества в символ национальной гордости. Если раньше наркотики восхвалялись как средство облегчения институциональных страданий джазовых сообществ, как средство поддержания популярности, музыкальных связей и кратчайшего пути к самовыражению, то теперь отношение к ним в сообществе отражало презрение со стороны государства и широкой общественности. Употребление наркотиков оставило неизгладимый след на нью-йоркской джазовой сцене, но к 1955 г., по меткому выражению корнетиста Нэта Эддерли, «причуда закончилась» [28].

Заключение

Ограниченное количество эмпирических исследований и сложность количественной оценки

многих имеющихся данных не позволяют сделать однозначные выводы о влиянии употребления ПАВ на джазовых исполнителей. Таким образом, сложно однозначно ответить на вопрос о том, повысилась ли бы творческая отдача этих музыкантов, не будь у них зависимости от ПАВ. Также остается нерешенным вопрос о том, можно ли достичь подобного уровня творчества без применения ПАВ. Многие исследователи отвечают на этот вопрос положительно, указывая на обширный список творческих людей на протяжении всей истории человечества, которые не прибегали к химическим веществам для поддержки своего вдохновения. Источников творчества огромное количество, и они столь же сложны, как и реальная жизнь тех, кто творит. Как заключил Wills, «психопатология не является ни необходимым, ни достаточным условием для творчества» [35].

Однако, было бы ошибочно игнорировать и документальные данные о количестве джазовых музыкантов, которые по тем или иным причинам злоупотребляли наркотиками и при этом отличались высоким творческим потенциалом. Безусловно, особенности личности и социальное окружение Билли Холидей, Чарли Паркера и других музыкантов делали их более восприимчивыми к употреблению наркотиков и алкоголя. И Холидей, и Паркер росли без отца, что, возможно, способствовало их склонности к компульсивному поведению, а также формированию аддиктивных черт личности. Аналогичным образом, окружение и другие жизненные обстоятельства способствовали их склонности к употреблению ПАВ. Несмотря на это, их творческие достижения являются образцами высочайшего уровня вдохновения, и трудно представить, каких еще высот они могли бы достичь, если бы жизнь этих гениев не была оборвана в результате зависимости.

Примечательно, что в современный период джаз перестал быть центром контркультурного наркопотребления. В 1960-70-е гг. наркотическое наследие джаза перешло сначала к рок-н-роллу, а затем к хип-хопу. Действительно, каждый из этих жанров, в свою очередь, заменил джаз в качестве самого бунтарского музыкального творчества. И в этом заключается еще одна замечательная особенность джазового стиля: он и по сей день поднимает вопросы о порядке и хаосе, структуре и случайности.

Благодарности

Автор выражает признательность Татiane Сергеевне Фатеевой и Анастасии Владимировне Лютовой за ценные комментарии и дополнения к тексту статьи.

Литература / References

1. Abel EL. *Marihuana: The First Twelve Thousand Years*. NY: Plenum Press; 1980.
2. Adams P. The lost years: The impact of cirrhosis on the history of jazz. *Can J Gastroenterol*. 2009;23(6):405-406. doi: 10.1155/2009/584591.
3. Armstrong L., Morgenstern D. *Satchmo: My life in New Orleans*. NY: Da Capo Press. 1986.
4. Chasteen J.C. *Getting High: Marijuana through the Ages*. Washington: Rowman & Littlefield Publishers. 2016.
5. Chilton J. *Billie's Blues: The Billie Holiday Story, 1933-1959*. Boston: Da Capo Press. 1989.
6. Curry AE. Drugs in Jazz and Rock Music. *Clinical Toxicology*. 1968;1(2):235-244. doi: 10.3109/15563656808990575
7. Davis M., Troupe Q. *Miles: The Autobiography*. NY: Simon & Schuster. 1990.
8. Feather L. *Inside Jazz*. Boston: Da Capo Press. 1977.
9. Frank B. An Overview of Heroin Trends in New York City: Past, Present and Future. *Mt Sinai J Med*. 2000;67(5-6):340-6.
10. Gerard Piel, 'Narcotics', *Life Magazine*. 1943; 81.
11. Gerber R.J. *Legalizing Marijuana: Drug Policy Reform and Prohibition Politics*. Westport: Praeger. 2004.
12. Giddins G. *Visions of Jazz: The First Century*. Oxford: Oxford University Press. 2000.
13. Griffin F.J., Washington S. *Clawing at the Limits of Cool: Miles Davis, John Coltrane, and the Greatest Jazz Collaboration Ever*. NY: Thomas Dunne Books, 2008.
14. Haddix C. *Bird: The Life and Music of Charlie Parker*. Champaign: University of Illinois Press, 2015.
15. Hawes H., Asher D. *Raise Up Off Me: A Portrait of Hampton Hawes*. Boston: Da Capo Press, 2001.
16. Hentoff N. *The jazz life*. Boston: Da Capo Press, 1978.
17. Holiday B., Dufty W., Ritz D. *Lady Sings the Blues: The 50th-Anniversary Edition with a Revised Discography (Harlem Moon Classics)*. NY: Crown Publishing Group, 2006.
18. Komara E. *The Dial Recordings of Charlie Parker: A Discography*. Santa Barbara: Greenwood, 1998.
19. Maggin D.L. *Stan Getz: A life in jazz*. NY: William Morrow, 1996.
20. Mezzrow M., Wolfe B. *Really The Blues*. NY: New York Review of Books, 2016.
21. Nicholson S. *Billie Holiday*. Boston: Northeastern University Press, 1995.
22. O'Meally R. *Lady Day: The Many Faces Of Billie Holiday*. Boston: Da Capo Press, 2000.
23. Owens T. *Bebop: The Music and Its Players*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
24. Russell R. *Bird Lives!: The High Life And Hard Times Of Charlie (Yardbird) Parker*. NY: Da Capo Press, Inc.; 1996.
25. Sales G. *Jazz: America's classical music*. NY: Da Capo Press, Inc.; 1992.
26. Schensul J, Huebner C, Singer M, Snow M, Feliciano P, Broomhall L. The High, the Money and the Fame: The Emergent Social Context of "New Marijuana" Use Among Urban Youth. *Medical Anthropology*. 2000;18(4):389-414.
27. Schneider E.C. *Smack: Heroin and the American City (Politics and Culture in Modern America)*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2011.
28. Singer M, Mirhej G. High notes: the role of drugs in the making of Jazz. *J Ethn Subst Abuse*. 2006;5(4):1-38. doi: 10.1300/J233v05n04_01.
29. Spencer F.J. *Jazz and Death: Medical Profiles of Jazz Greats*. Jackson: University Press of Mississippi. 2002.
30. Spunt B. *Heroin and Music in New York City*. NY: Palgrave Macmillan. 2014.
31. Szwed J. *Billie Holiday: The Musician and the Myth*. London: Penguin Books. 2015.
32. Todd J. Drug addiction and artistic genius. *Practitioner*. 1968;201(203):513-523.
33. Tolson GH, Cuyjet MJ. Jazz and substance abuse: road to creative genius or pathway to premature death. *Int J Law Psychiatry*. 2007;30(6):530-8. doi: 10.1016/j.ijlp.2007.09.004.
34. Ward GC, Burns K. *Jazz: A history of America's music*. NY: Alfred A Knopf; 2002.
35. Wills GI. Forty lives in the bebop business: Mental health in a group of eminent jazz musicians. *Br J Psychiatry*. 2003;183:255-9. doi: 10.1192/bjp.183.3.255.
36. Winick C. *The Use of Drugs by Jazz Musicians. Social Problems*. 1959-1960;7(3):240-253.

Сведения об авторе

Скрябин Валентин Юрьевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры наркологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 125993, г. Москва ул. Баррикадная, д.2/1. E-mail: sardonios@yandex.ru

Поступила 13.04.2024

Received 13.04.2024

Принята в печать 12.09.2024

Accepted 12.09.2024

Дата публикации 28.03.2025

Date of publication 28.03.2025

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/

<https://www.bekhterevreview.com>

