



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 № 2 (2025)
Vol 58 № 2 (2025)**

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



Возвращая ЖИЗНИ СМЫСЛ



ГЕДЕОН РИХТЕР

Здоровье - наша миссия

ООО «ГЕДЕОН РИХТЕР ФАРМА» г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8. Тел.: +7 (495) 987-18-80, e-mail: GRFarma@g-richter.ru. Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия) г. Москва: г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8. Тел.: +7 (495) 987-15-55, e-mail: centr@g-richter.ru, www.gedeonrichter.com/ru/ru. Реклама.

Информация для специалистов здравоохранения. Имеются противопоказания. Перед назначением, пожалуйста, ознакомьтесь с общей характеристикой лекарственного препарата Реагила® РУ: № ЛП-№(001510)-(РГ-РУ) от 09.04.2025. С общей характеристикой можно ознакомиться на сайте <https://portal.eaeunion.org/>



РЕАГИЛА®

КАРИПАЗИН

ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

имени В.М. Бехтерева

Т. 59, № 2, 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, РФ 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, RF 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. Vasinina, 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. Бехтерев» 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. Shabol'tas, Prof. Dr. of Sci. (Psychol.), Head of the Department of Health Psychology and Abnormal Behavior, Dean of the Faculty of Psychology, St. Petersburg State University, St. Petersburg, RF

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

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

ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Obozreniye psikhiatrii i 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 рф.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: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
E-mail: amedendi@mail.ru

Тираж 500 экз. Цена свободная. Подписано к печати 27.06.2025 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 № ΦС 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: FGBU «NMIC PN named after V.M. Bekhtereva»

E-mail: amedendi@mail.ru

SCIENTIFIC REVIEWS

- Clinical and diagnostic aspects of non-suicidal self-harming behavior** 8
Rafael V. Bisaliev

- Impulsivity in schizophrenia: phenomenology and research approaches** 21
Taissia A. Lepilkina, Margarita A. Morozova, George E. Rupchev, Denis S. Burminski, Allan G. Beniashvili, Sergey S. Potanin, Andrey A. Kibitov

- Bullying and cyberbullying in children and adolescents: signs, types, forms, prevention (literature review)** 30
Moskalenko Olga L.

- Valproate-induced disorders of dopamine metabolism and the development of valproate-induced parkinsonism: a new perspective on prevention and diagnosis** 40
Natania A. Shnayder, Violetta V. Grechkina, Mikhail Y. Kissin, Regina F. Nasyrova

DEBATING CLUB

- Cyberpsychiatry is a new approach to understanding the impact of digital information space on the mental health of individuals and society. Report № 2** 52
Nikolay G. Neznanov, Aleksandr P. Kotsyubinsky, Daniil A. Kotsyubinsky

RESEARCH

- Perinatal history of patients with encopresis** 61
Alexandr A. Bebenin, Severin V. Grechanyi

- Algorithm and criteria for forensic psychiatric assessment of psychotic states associated with drug use** 71
Maria V. Gilenko, Viktoria Yu. Gulyaeva

- Dynamics of personal attitudes of inpatients with schizophrenia as a result of treatment with psychosocial interventions** 78
Aleksandr V. Palin

- Features of sign-symbolic mediation of concepts in patients with schizophrenia in the presence or absence of a motive of social significance (pilot study)** 90
Ivan V. Sobolev, Alla V. Tagiltseva

- Morbidity of the child population with mental disorders and behavioral disorders in the Russian Federation in 2018 and 2022** 100
Viktoria V. Freize, Maria V. Anokhina, Larisa V. Malyshko, Andrey Yu. Goncharenko, Natalia V. Semenova

GUIDELINES FOR THE PRACTITIONER

- Use of third-generation antipsychotics in combination with clozapine in the treatment of resistant schizophrenia** 114
Azat R. Asadullin, Pavel O. Bomov, Yulia A. Bogod

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

- Клинико-диагностические аспекты несуицидального самоповреждающего поведения** 8
Бисалиев Р.В.
- Импульсивность при шизофрении: феноменология и подходы к исследованию** 21
Лепилкина Т.А., Морозова М.А., Рупчев Г.Е., Бурминский Д.С., Бениашвили А.Г., Потанин С.С., Кибитов А.А.
- Буллинг и кибербуллинг у детей и подростков: признаки, виды, формы, профилактика (обзор литературы)** 30
Москаленко О.Л.
- Вальпроат-индуцированные нарушения метаболизма дофамина и развитие вальпроат-индуцированного паркинсонизма: новый взгляд на профилактику и диагностику** 40
Шнайдер Н.А., Гречкина В.В., Киссин М.Я., Насырова Р.Ф.

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

- Информационная психиатрия — новый подход к осмыслению воздействия цифрового информационного пространства на психическое здоровье индивидуума и социума. Сообщение 2** 52
Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., Коцюбинский Д.А.

ИССЛЕДОВАНИЯ

- Перинатальный анамнез пациентов с энкопрезом** 61
Бибенин А.А., Гречаный С.В.
- Алгоритм и критерии судебно-психиатрической оценки психотических состояний, связанных с употреблением наркотиков** 71
Гиленко М.В., Гуляева В.Ю.
- Динамика личностных установок пациентов с шизофренией вследствие лечения с использованием психосоциальных вмешательств на стационарном этапе** 78
Палин А.В.
- Особенности знаково-символического опосредования понятий у больных шизофренией в условиях наличия или отсутствия мотива социальной значимости (пилотное исследование)** 90
Соболев И.В., Тагильцева А.В.
- Заболееваемость детского населения психическими расстройствами и расстройствами поведения в Российской Федерации в 2018 и 2022 годах** 100
Фрейзе В.В., Анохина М.В., Малышко Л.В., Гончаренко А.Ю., Семенова Н.В.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

- Применение антипсихотиков третьего поколения в сочетании с клозапином при терапии резистентной шизофрении** 114
Асадуллин А.Р., Бомов П.О., Богод Ю.А.

Клинико-диагностические аспекты несуицидального самоповреждающего поведения

Бисалиев Р.В.

Образовательное частное учреждение высшего образования
«Московская международная академия», Россия

Обзорная статья

Резюме. Научный обзор посвящен актуальной проблеме несуицидального самоповреждающего поведения. Актуальность данной проблемы подтверждается неуклонным ростом случаев различных форм аутоагрессии в разных возрастных категориях. Столь широкий интерес к проблеме объясняется ее высокой социальной значимостью. Стоит отметить недостаточную разработанность теоретико-методологической базы по феномену несуицидального самоповреждающего поведения. Целью исследования был теоретический анализ клинико-диагностических аспектов несуицидального самоповреждающего поведения. Осуществлен теоретический анализ статей, удовлетворяющих критериальным требованиям: в публикации представлен анализ эмпирического или экспериментального исследования; исследование проведено на лицах с суицидальным и несуицидальным поведением; публикация находится в свободном доступе.

Проведен анализ 60 источников отечественных и зарубежных авторов. Использовались методы теоретического анализа: аналитическое сравнение, систематизация и обобщение отечественных и зарубежных работ по проблеме несуицидального самоповреждающего и суицидального поведения в здоровой популяции населения. Определены критерии отграничения суицидального и несуицидального поведения. В процессе теоретического анализа установлено, что критерием отграничения для указанных выше феноменов является наличие / отсутствие намерения умереть, мотивация и способы самоповреждающих актов. Выявлены преимущества и недостатки описания несуицидального самоповреждающего поведения как самостоятельного клинического феномена. В виду отсутствия четких критериев определения несуицидальных самоповреждений, автором настоящего исследования проведен теоретический анализ проблемы несуицидального самоповреждающего поведения. Анализ работ подтверждает значимость более глубокого и детального изучения проблемы несуицидального самоповреждающего поведения с позиций методологии исследований, включая вопросы диагностики, классификации и дифференцированных мер профилактики аутоагрессивного поведения.

Ключевые слова: аутоагрессия, суицидальное поведение, суицидальное намерение, несуицидальное самоповреждение, членовредительство, отношение к жизни.

Информация об авторе:

Бисалиев Рафаэль Валерьевич* — e-mail: rafaelbisaliev@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-9590-5341>

Как цитировать: Бисалиев Р.В. Клинико-диагностические аспекты несуицидального самоповреждающего поведения. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:2:8-20. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-973>

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Clinical and diagnostic aspects of non-suicidal self-harming behavior

Rafael V. Bisaliev

Private educational institution of higher education «Moscow international academy», Russia

Review article

Summary. The scientific review is devoted to the actual problem of non-suicidal self-harming behavior. The relevance of this problem is confirmed by the steady increase in cases of various forms of autoaggression

in different age categories. Such a high interest in the problem is explained by its high social significance. It is worth noting the insufficient development of the theoretical and methodological base on the phenomenon of non-suicidal self-harming behavior. The aim of the study was theoretical analysis of clinical and diagnostic aspects of non-suicidal self-harming behavior. A theoretical analysis of articles satisfying the criteria requirements has been carried out: the publication presents an analysis of an empirical or experimental study; the study was conducted on persons with suicidal and non-suicidal behavior; the publication is freely available. The analysis of 60 sources of domestic and foreign authors was carried out. The methods of theoretical analysis were used: analytical comparison, systematization and generalization of domestic and foreign works on the problem of non-suicidal self-harming suicidal behavior in a healthy population.

The criteria for distinguishing suicidal and non-suicidal behavior are defined. In the process of theoretical analysis, it was established that the criterion of differentiation for the above-mentioned phenomena is the presence / absence of an intention to die, motivation and methods of self-harming acts. The advantages and disadvantages of describing non-suicidal self-harming behavior as an independent clinical phenomenon are revealed. Due to the lack of clear criteria for determining non-suicidal self-harm, the author of this study conducted a theoretical analysis of the problem of non-suicidal self-harming behavior. The analysis of the works confirms the importance of a deeper and more detailed study of the problem of non-suicidal self-harming behavior from the standpoint of research methodology, including issues of diagnosis, classification and differentiated measures for the prevention of autoaggressive behavior.

Keywords: autoaggression, suicidal behavior, suicidal intent, non-suicidal self-harm, self-harm, attitude to life.

Information about the author:

Rafael V. Bisaliev — e-mail: rafaelbisaliev@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-9590-5341>

To cite this article: Bisaliev RV. Clinical and diagnostic aspects of non-suicidal self-harming behavior. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:2:8-20. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-973>. (In Russ.)

Conflict of interests: the author declare no conflicts of interest.

Несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) остается актуальной проблемой, так как данный феномен является потенциально опасным для здоровья людей и прослеживается во всех возрастных категориях. Распространенность несуицидального самоповреждающего поведения (данное определение носит характер преднамеренного самонаправленного действия, которое приводит к повреждению тканей организма без суицидального риска [11]) у подростков в неклинической популяции варьирует от 18% до 40%, тогда как среди подростков психиатрических стационаров — от 40% до 82,4% [6, 9], среди взрослых — от 4% до 60% [6]. Высокий научный интерес подтверждается наличием в базе PubMed более 25000 источников за последние десять лет [16].

Говоря об принципиальных отличиях между несуицидальным и суицидальным поведением, следует отметить, что ведущим мотивом в структуре НССП является отсутствие намерения лишения себя жизни. Кроме того, различия между указанными выше феноменами определяются характером и частотой действий, уровнем распространенности, гендерными и возрастными характеристиками, началом аутоагрессивных действий [5]. Вместе с тем, вопрос соотношения и выделения НССП в отдельную клиническую форму остается дискуссионным. На наш взгляд, обоснованным будет проведение глубокого теоретического анализа с целью выявления отличительных признаков между несуицидальным самоповреждающим и суицидальным поведением, затрагивая вопросы

мотивации намеренности в реализации аутоагрессивного поведения, гендерных, возрастных и других составляющих. Учитывая вышеизложенное предположение, определена цель теоретического анализа проблемы.

Цель исследования: проведение теоретического анализа клинико-диагностических аспектов несуицидального самоповреждающего поведения.

Методы исследования

Настоящий анализ литературных данных проводился в соответствии с поставленной целью исследования: поиск высококачественных систематических обзоров, касающихся распространенности суицидального и несуицидального самоповреждающего поведения в сравнительном аспекте. Для более тщательного и корректного отбора материала, мы следовали рекомендациям по составлению обзоров и мета-анализов, однако с акцентом на соответствие методологии касательно проведения литературных обзоров, чтобы обеспечить точное представление результатов. Рекомендации включают основные положения: непредвзятость, полнота представленных результатов других авторов, четкое формулирование темы, проблемы, вопроса, описание всех источников информации (например, базы данных с датами охвата), описание процесса отбора исследований, описание характеристик, по которым были извлечены данные (например, объем исследования, период наблюдения), цитирование или ссылки на источники, создание общей интерпретации результатов в

контексте других фактических данных, описания источников финансирования обзора и другую поддержку (например, предоставление данных) и роль спонсоров систематического обзора [39].

Нами проведен анализ 60 источников отечественных и зарубежных авторов. Мы исключили дублирующие материалы (26 источников) во время обработки данных после прочтения названия и аннотации каждой статьи. Поиск осуществлялся в специальных медицинских ресурсах, а именно: RusMed, Medline, PubMed, и Web of Science. Кроме того, были задействованы электронные библиотеки, такие как eLIBRARY.RU, КиберЛенинка и Библиотека диссертаций и авторефератов России dslib.net.

Во время подготовительного изучения литературы ключевые слова «суицид» и «несуицидальное самоповреждение» появились в качестве терминов, которые обычно использовались для обозначения изучаемой проблемы. В дальнейшем это привело нас к принятию формулы поиска: «суицид и несуицидальные самоповреждения», «членовредительство», «самоповреждения и суицидальное намерение». Мы не ограничивали поиск по базам данных датой публикации, хотя акцент был на публикациях за последние пять лет, то есть с 2020 года.

Отбор материала осуществлялся по следующим критериям:

- статьи, которые, согласно их аннотации, касались главным образом взаимосвязи между суицидальным и несуицидальным поведением, то есть другими связанными с ними явлениями: стадия суицидального процесса (идея самоубийства, попытка самоубийства, завершённое самоубийство, риск самоповреждения и самоубийства; факторы риска несуицидальных самоповреждений и суицидов, психология и квалификация намерения умереть);
- статьи, опубликованные на русском и английском языках;
- статьи, тезисы которых были доступны в любой базе данных.

Нами использовались методы теоретического анализа: аналитическое сравнение, систематизация и обобщение научно-исследовательских и научно-методических отечественных и зарубежных работ по проблеме несуицидального самоповреждающего и суицидального поведения в здоровой популяции населения.

Критериями исключения были следующие:

- материалы, не содержащие сведения о самоубийстве, попытке самоубийства или суицидальных мыслях, несуицидальных самоповреждениях как отдельно, так и в связи друг с другом;
- дублирующие материалы (26 источников);
- статьи, опубликованные на французском, испанском, немецком и китайском языках;
- отчеты и неопубликованные исследования;
- результаты поиска были ограничены статьями, опубликованными с 2019 года (за исклю-

чением рекомендаций по написанию литературных обзоров — датированы 2009 годом).

Результаты и обсуждение. В результате анализа литературных данных были выявлены некоторые особенности между НССП и суицидальным поведением. Следует отметить, что фокус исследования был ориентирован на феномен суицидального намерения, так как он является ключевым в описании несуицидального аутоагрессивного поведения. Кроме того, анализировались возрастные и гендерные особенности несуицидального самоповреждающего поведения, способы самоповреждений и ключевые мотивы реализации самоповреждающих актов в сравнительном аспекте с суицидальным поведением. Акцент настоящего исследования также был на диагностических составляющих, с определением сильных и слабых сторон этого процесса. Отметим, что согласно последним исследованиям, выделение НССП в отдельную категорию определяется критерием отсутствия суицидального решения в реализации телесных самоповреждающих актов.

Концепции взаимосвязи несуицидального самоповреждающего и суицидального поведения

Ряд концептуальных подходов в отношении НССП базируются на понимании неразрывности и взаимовлияния несуицидальных и суицидальных форм аутоагрессивного поведения. Так в современной интерпретации самоповреждающее поведение подразумевает социально неодобряемое поведение, направленное на причинение себе физического вреда и включающее несуицидальные самоповреждения (порезы, проколы, ожоги и др., не представляющие прямую угрозу для жизни) и суицидальные попытки [18]. Как видно, в самом определении самоповреждающего поведения иллюстрируется общность феноменов посредством отношения общества к этим формам поведения и способов реализации аутоагрессивного намерения.

Также следует отметить единую область или мишень самоповреждений, коим является тело индивида. Оно (тело) выступает в качестве как резервуара, так и медиатора несуицидальных и суицидальных поведенческих актов. Поэтому вероятность перехода из одной формы аутоагрессии в другую, их взаимное сосуществование с ослаблением или усилением друг друга нами не исключается. Клиническим подтверждением вышеизложенного тезиса является то, что членовредительство вне зависимости от интенсивности и характера самоповреждающего намерения, так или иначе является весомым прогностическим маркером несуицидальных самоповреждений и суицидальных попыток [26]. Показательно и то, что частота несуицидальных актов находится в прямой зависимости с увеличением риска самоубийства [21].

Известно, что риск суицида в первый год после самоповреждения может быть выше в 66 раз

больше годового риска среди населения в целом [2]. По отдельным контингентам приводятся данные по 400-кратному увеличению рисков самоубийства на протяжении длительного периода времени: от девяти лет [21]. Так, 90% подростков, совершивших попытку самоубийства, сообщили о намеренном членовредительстве, тогда как 70% подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением не отрицали факта совершения суицидальных попыток, а 55% — множественных попыток самоубийства [25]. Кстати, методики направленные на исследование суицидального риска сочетают в себе компоненты анализа риска несуицидальных самоповреждений. Например, посредством проводимого интервью о самоповреждающих мыслях и поведении происходит оценка наличия, частоты и характеристика суицидальной идеации, планов, демонстрации намерения, попыток и несуицидальных самоповреждений [19]. Иными словами, взаимосвязь и взаимовлияние несуицидальных и суицидальных форм аутоагрессии прослеживается на различных этапах формирования самоповреждающего поведения.

Взаимосвязь между НССП и суицидальностью подтверждена убедительными исследованиями, проведенными среди подростков 9-12 классов государственных и частных школ города Покхара в Непале. Из 730 подростков почти половина выборки: 327 человек (44,8%) сообщили о НССП и 131 человек (17,9%) о суицидальном поведении в анамнезе в течение последнего года. При этом 25,8% ($n = 188$) от общей выборки участвовали только в незначительных самоповреждениях, и 3,42% ($n = 25$) — по крайней мере, в одном акте умеренного/тяжелого самоповреждения. Стоит отметить, что наиболее распространенным типом используемого метода самоповреждения были экскориации ран (27,3%), укусы себя (20,3%), выдергивание волос (11,8%), порезы кожных покровов (11,1%) [43]. Авторы исследования сделали заключение, что, несмотря на имеющиеся различия по распространенности НССП и суицидального поведения, значительное число подростков сообщили об истории обоих видов поведения. Кроме того, обнаруживалась «перекрестная» связь между этими формами аутоагрессии. Так, часть лиц с историей суицидального поведения были подвержены риску несуицидального самоповреждающего поведения. И, наоборот, обследуемые с историей ННСП были подвержены риску суицидального поведения.

Высокая коморбидность несуицидального и суицидального членовредительства доказана результатами научных работ, установивших у взрослых четырехкратное возрастание риска суицидальных попыток, имевших в анамнезе сведения о НССП, а у подростков — участие в самоповреждающих актах может существенно прогнозировать переход к суицидальным мыслям и попыткам до 70% случаев [46, 51]. В тоже время в некоторых исследованиях имеется точка зрения, свидетельствующая о смягчающем действии несуицидальных самоповреждений на актуализацию суицидальных со-

стояний, поскольку оба феномена (суицидальное и несуицидальное поведение) отражают желание избежать тяжелого эмоционального негативного аффекта. Однако у лиц, склонных к самоповреждению, долгосрочный суицидальный риск сохраняется вне зависимости от ожидаемого эффекта самоповреждающего поведения [31].

Другая особенность взаимовлияния несуицидальных и суицидальных форм аутоагрессии сопряжена с временным фактором. Весьма убедительными доказательствами этого направления продемонстрированы исследованиями за период от 2-х до 50-ти лет наблюдений, где показана четкая связь между анамнестическими сведениями по фактам самоповреждений и увеличением риска намеренного летального исхода [57]. В частности, при годовом обследовании 403 молодых людей, причиняющих себе вред, установлены прямые корреляционные связи. То есть лица с низкой частотой самоповреждающих действий имели существенное снижение уровня мыслей о самоубийстве. И, наоборот, обследуемые с частыми проявлениями НССП, демонстрировали более высокий уровень планирования самоубийств с течением времени [41]. Результаты другого исследования показали, что из 1101 15-летнего подростка у 39,4% наблюдались повторные акты самоповреждений без суицидальной цели в течение трехлетнего периода, а у 50% — повторные суицидальные мысли [25]. Полученные результаты, безусловно, должны быть учтены при разработке терапевтических программ.

В целом, сочетанное течение НССП и суицидального поведения объясняется: 1) наличием случаев самоповреждений в анамнезе. Данный пункт является одним из ведущих факторов риска и наиболее сильным предиктором суицидального поведения, как в поперечном, так и в продольном разрезе; 2) эти два феномена могут возникать независимо или одновременно. В первом случае объяснение дается сквозь призму двух концепций. Согласно одной концепции, у людей сначала развиваются суицидальные желания, а затем они участвуют в самоповреждениях. В дальнейшем повторяющееся поведение формирует у людей страх самонаправленного насилия, и индивиды приобретают терпимость к физической боли, это увеличивает способность наносить серьезные суицидальные травмы и, таким образом, предпринимать попытки самоубийства. Вторая же концепция предполагает, что индивиды сначала реализуют самоповреждения без суицидального намерения, а затем постепенно развивают желание покончить жизнь самоубийством посредством привыкания и приобретения описанной выше компетентности, что, в свою очередь, приводит к возникновению суицидальных попыток.

Когда суицидальные и несуицидальные формы поведения возникают одновременно, то, согласно межличностной психологической теории самоубийства, у человека должно быть, как желание совершить самоубийство, так и способность причинить себе фатальный вред. Некоторые ученые

также полагали, что между ними имеются общие факторы риска, которые могут включать поведенческие проблемы, вызванные «третьей переменной»; 3) между несуицидальными и суицидальными формами аутоагрессии существуют общие нейробиологические основы, включая показатели серотонинергической функции, нейроиммунологические биомаркеры, нейротрофический фактор головного мозга и другие нейромодуляторы. Кстати, они также являются факторами риска как для НССП, так и для суицидального поведения [57, 60].

Высокая степень совпадения между несуицидальным самоповреждением и суицидальными идеями, попытками, а также наличие ряда сходств в факторах риска и коррелятах суицидальных попыток с несуицидальным самоповреждающим поведением, дает основание предполагать существование общего континуума аутоагрессивного поведения. При этом проявления НССП могут варьировать от «косвенного» самоповреждения (нерегулярное употребление алкоголя), «среднего» самоповреждения (нанесение себе синяков или ожогов), «тяжелого» самоповреждения (нанесение порезов) до летального самоповреждения [5]. Согласно иной точки зрения, оба феномена (НССП и суицидальное поведение) если и принадлежат к континууму саморазрушающего поведения, то однозначно говорить о простом линейном прогрессировании от самоповреждения к суициду следует осторожно. Кроме того, нанесение телесных самоповреждений в большей вероятности является фактором риска и важным прогностическим признаком суицидальной попытки или завершенного суицида. Однако значительная часть людей, совершающих самоповреждающие акты, не преследует в них суицидальной цели [19]. Имеются работы, отрицающие связь несуицидального самоповреждения с прямой угрозой возникновения суицидального поведения [1].

Несуицидальное самоповреждающее поведение как самостоятельное клиническое явление

В современной трактовке несуицидальное самоповреждающее поведение определяется как повторяющееся, преднамеренное, прямое повреждение тела без суицидальных намерений, которое не является социально приемлемым и реализуется с целью уменьшить психологический дискомфорт [6]. Подчеркнем, что ведущий отличительный признак несуицидального самоповреждающего поведения — это отсутствие осознанного намерения лишить себя жизни.

Исследователи обнаруживают различия между несуицидальным и суицидальным поведением по распространенности несуицидальных форм самоповреждений в зависимости от гендерных и возрастных характеристик, начала аутоагрессивных действий. Так, распространенность несуицидального самоповреждающего поведения в течение жизни варьируются от 1,5% до 54,8%, при этом у мужчин — 18,0–26,4%, у женщин — 33,8–72,3% [27,

55]. Метаанализ (264 638 человек) выявил высокую распространенность несуицидальных самоповреждений в выборке подростков как в течение жизни (22,0%), так и в течение 12-месячного периода (23,2%) [59]. В другом исследовании 2368 молодых людей в возрасте 14–25 лет установлено преобладание несуицидального самоповреждающего поведения у девушек в возрасте 16–19 лет. То есть к середине подросткового возраста у девушек отмечается усиление стрессовой нагрузки, которая обуславливает актуализацию самоповреждений. В тоже время значимых гендерных различий в младшем/старшем возрасте выявлено не было [56]. Другими словами, распространенность несуицидального самоповреждающего поведения охватывает значительную часть населения.

Анализ литературы свидетельствует, что принципиальным отличием несуицидального самоповреждающего поведения от суицидального поведения является ранний возраст первого эпизода самоповреждения (в среднем от 12 до 16 лет, хотя имеются данные от 10 лет) с постепенным снижением количества случаев в возрасте от 15,9 до 29 лет с преобладанием лиц женского пола — от 6,5% до 75,5% [9, 10, 56]. При обследовании 387 детей в возрасте 5–12 лет 61,5% детей самоотравились, 50,6% из них употребляли анальгетики. Среди других способов самоповреждений в 45,0% случаев были порезы, в 28,9% — повешение. В дальнейшем 32% детей повторно обратились в больницу по поводу членовредительства и 13,5% повторно обратились в течение года [29]. Так, например, при 10-летнем обследовании учащихся 7–8 классов в Швеции обнаружено, что распространенность любого случая несуицидального самоповреждения снизилась с 40% в подростковом возрасте до 18,7% в молодом возрасте. Аналогичная тенденция наблюдалась в отношении многократных случаев (более пяти) НССП, а именно: с 18% до 10%, соответственно [28]. Данными работами иллюстрирована возрастная динамика актуализации несуицидальных самоповреждений и связанная с ней форма самоповреждений. Одновременно прослеживается клиническая особенность несуицидального самоповреждающего поведения.

Отечественными авторами отмечено, что суицидальное поведение у детей до 13 лет — редкое явление [8]. Пик суицидальной активности приходится на возраст 15–29 лет [3], при этом у мужчин в диапазоне 20–24 лет, у женщин от 30 до 34 лет и от 50 до 54 лет, наименьший суицидальный риск у женщин отмечен в возрасте 14–20 лет [15]. Вместе с тем, по данным официальной статистики, за последние 15 лет уровень самоубийств увеличился во всех возрастных группах, особенно высокие показатели этого уровня отмечены у женщин в возрасте 10–14 лет (200%) [23]. Обратная ситуация складывается в отношении лиц с НССП. Результаты последних работ демонстрируют пик несуицидальных самоповреждений среди взрослых в возрастном интервале от 20 до 24 лет [53].

Отмечено, что: 1. имеется сложность в однозначном принятии данных по распространенно-

сти НССП в виду недостаточного охвата исследований за весь период подросткового периода (чаще это за два-три года). Другими словами, не найдены исследования, измеряющие уровни и частоту несуицидальных самоповреждений во всех возрастах, -от раннего подросткового возраста до взрослой жизни; 2. весьма сомнительны результаты по возрастным характеристикам в виду различий по методологии и структуре выборки; 3. необходимы исследования, направленные на определение причинно-следственных связей между самоповреждениями и возрастом обследуемых, так как актуализация несуицидальных самоповреждений может быть обусловлена увеличением психологического дистресса или гормональными изменениями. То есть возраст как причина самоповреждений не всегда является обязательным компонентом аутоагрессии. Кстати, приводится биологическая интерпретация снижения НССП вследствие развития префронтальной коры, улучшающей эмоциональный контроль [56]. Несмотря на современные трендовые изменения по возрастным характеристикам несуицидальной и суицидальной активности, считаем, что более ранний возраст (до 13 лет) является ключевым отличительным признаком несуицидального самоповреждающего поведения от суицидального поведения.

Что касается гендерного аспекта в отношении НССП, то отличия касаются частоты несуицидальных самоповреждений (чаще наблюдаются у женщин — соотношение женщин/ мужчин составляет 6:1 [23]) и типа выбранного способа: самопорезы являются наиболее распространенным явлением среди женщин, они более склонны, чем мужчины, к самоповреждающим методам, связанным с кровью, а удары и ожоги более распространены среди мужчин. Тогда как при суицидальном поведении у женщин обнаруживаются более высокие показатели несуицидальных и суицидальных самоповреждений и суицидальных мыслей, у мужчин зачастую отмечаются завершённые суициды («агрессивные» или «летальные» методы самоубийства). Данный гендерный парадокс характерен для подростковой когорты населения, однако, наибольшая суицидальная активность фиксируется в возрасте от 15-ти лет вне зависимости от пола обследуемых [17, 20, 22]. Вместе с тем, имеются исследования, в которых не обнаружено отличий по половому признаку, или выявлено преобладание НССП у лиц мужского пола [43]. Представлены работы, свидетельствующие об отсутствии различий по тяжести, частоте НССП и размышлениям о них до совершения самоповреждающего акта и по возрасту начала его первого эпизода [10].

Раскрывая проблему сквозь призму гендерных различий, целесообразно смещение акцентов в сторону качественного исследования самоповреждений по половому признаку. Видится два пути этих исследований. В первом варианте в исследования необходимо включать значительное количество участников каждого пола, чтобы можно

было изучить и выявить сходства и различия. Во втором — выбрать только один пол с указанием ограничений, о том, что результаты должны быть интерпретированы на исследуемый пол без экстраполирования на другой пол [38].

Заслуживает внимания анализ мотивов несуицидальных самоповреждений и суицидального поведения. В контексте данной проблемы, некоторыми авторами описаны мотивы самоповреждений, где подчеркивается их несуицидальная направленность, а, следовательно, они относятся к формам НССП. Согласно одной из наиболее распространенных моделей четырех функций, самоповреждения обусловлены как внутриличностными («автоматическими»), так и межличностными («социальными») механизмами, и оба процесса могут подкреплять поведение положительно или отрицательно. Другими словами, самоповреждающие действия без суицидального намерения реализуются с целями: уменьшить негативные эмоциональные переживания (автоматическое негативное подкрепление) или создать желаемое положительное эмоциональное состояние (автоматическое позитивное подкрепление), а также уменьшить (социально-негативное подкрепление) или вызвать специфический межличностный опыт (социально-позитивное подкрепление). Как правило, автоматические (внутриличностные) функции встречаются гораздо чаще, чем социальные (межличностные) функции. В других работах также подтвердилась мотивация регулирования эмоционального состояния (высвобождение сдерживаемых чувств, самонаказание, трансформация агрессии внутрь себя, повышение своей чувствительности, достижение чувства контроля и мастерства).

Однако, в меньшей степени была доказана роль мотивов антидиссоциации (причинение боли при попытке почувствовать что-то), поиска ощущений (развлечение кого-либо, делая что-то экстремальное). Отличительная, хотя и субъективная особенность несуицидального самоповреждающего поведения заключается в том, что самоповреждения по мотивам уменьшения эмоционального стресса преследуют цель снижения суицидального риска [38]. Аналогично это коснулось функции НССП межличностного влияния (обращение за помощью к другим) и межличностных границ (создание границы между собой и другими) [44, 50]. Отчасти, результаты работы (обследовано 537 участников от 14 до 18-ти лет — учащихся средних и старших классов), проведенные корейскими специалистами, противоречили вышеизложенному тезису. Так как наибольшее влияние при совершении самоповреждений оказывал фактор «межличностное влияние», далее следовали: «регуляция эмоций», «поиск ощущений» и «антисуицид» [58]. Косвенным подтверждением специфичности мотивов несуицидального самоповреждающего поведения может служить факт их идентичности в разных возрастных категориях населения [45], где, как видно из указанного перечня мотивов, ключевым моментом при совершении самоповреждений

является стремление к самосохранению, хотя методы самоповреждений могут быть весьма травматичными и тяжелыми.

Не отрицая ключевую роль эмоциональной дисрегуляции в формировании мотивации в совершении несуицидальных самоповреждающих действий, следует отметить, что современных эмпирических исследований в этом направлении мало, более того, в специальной литературе отсутствуют качественные исследования восприятия и понимания людьми функции членовредительства [53]. Или, например, описанная модель эмпирического избегания (способ избежать нежелательных эмоциональных переживаний посредством негативного подкрепления) применима в некоторых случаях, и она дает узкое объяснение феномену НССП [54]. Обращает на себя внимание факт проведения количественных исследований по изучению мотивов несуицидального самоповреждающего поведения, например, анкетные опросы. Однако, подобного рода подходы не могут обеспечить более глубокое понимание этих мотивов и продемонстрировать причины, не указанные в анкетах [38].

Определена некоторая специфичность мотивов суицидального поведения. «Протестный» мотив выражается в стремлении с помощью самоубийства выразить свое несогласие с чем-либо или отомстить кому-либо, мотив «призыв» подразумевает привлечение внимания окружающих на свои проблемы, страдания, полученные несправедливо посредством суицидального акта, «избегание» — стремление с помощью суицида избежать того, что представляется суициденту худшим, чем самоубийство (позор, бесчестие, унижение, наказание, мучительная смерть от рук других людей или тяжелой болезни, тяжелые физические или душевные страдания), вынесение себе приговора за истинные или мнимые провинности — это мотив «самонаказание», и «отказ» заключается в решении прекратить жизнь вследствие представления о бессмысленности дальнейшего существования [14]. Так или иначе, все мотивы содержат суицидальную цель. Внутренние мотивации, как правило, связаны с более сильным желанием умереть, коммуникативные мотивации являются наименее распространенными и ассоциируются с меньшими суицидальными намерениями и попытками [37].

Преобладание мотивов достижения летального исхода над межличностными мотивами подтвердилось в исследовании, базирующемся на результатах анкетного опроса [40]. В виду максимального проявления суицидальности в период позднего подросткового возраста и взрослости, имеются дополнительные мотивы (семейные, социально-экономические, психопатологические) суицидальных актов. Например, исследование было направлено на изучение мотивов суицида в предсмертных записках 49 человек из США. Возраст авторов варьировался от 18 до 74 лет, большинство из них были мужчинами (73,5%). Психологический смысл предсмертных записок был в основном аф-

фективного содержания с некоторыми гендерными и возрастными различиями. В предсмертных записках мужчин ссылки были на финансовые трудности, тогда как предсмертные записки женщин были больше сосредоточены на сниженной самооценке, среди молодых людей фокус больше был на аффекте и отношениях, а записки, написанные пожилыми людьми — на жизненных событиях, трудностях в браке и разлуке [30].

Были предприняты попытки изучить общие факторы или группы мотиваций суицидального поведения, что, безусловно, может улучшить практический подход к концептуализации клиента/пациента, планирования безопасности и вмешательств. В тоже время сложности методологического характера не позволяют выработать консенсус по группировкам мотивов суицида. Затруднения возникают при интеграции результатов разных исследований, например, имеются различия в показателях (формате ответа), и в характеристиках выборки (те, кто пытался совершить самоубийство, и те, кто этого не сделал; время между попыткой и оценкой) [52]. На настоящий момент многочисленными исследованиями достоверно не обнаружены конкретные причины самоубийств, как в психологическом, так и в клиническом аспекте, так как одни и те же субъективные и объективные составляющие являются факторами или барьерами суицидальных форм поведения. Кроме того, в случае суицидальных попыток часто сложно определить вектор мотива (внешние или внутренние) суицидального намерения, что демонстрируется низкой эффективностью мероприятий по снижению смертности от самоубийств [34]. Это подтверждается результатами последнего мета-анализа. В нем были отражены 50-летние исследования, свидетельствующие об улучшении знаний по феноменологии суицидального поведения, но с ограниченным влиянием на прогнозирование будущих суицидальных действий [36].

Принимая во внимание подход, подразумевающий наличие особенных мотивов несуицидальных самоповреждений, не исключается вероятность перехода несуицидальных самоповреждений в суицидальные формы аутоагрессивного поведения. На наш взгляд, любой вид самоповреждения обусловлен мотивом эмоционального стресса. Поэтому такой внутренний мотив НССП как снятие эмоционального напряжения должен быть отнесен к мотивам несуицидального и суицидального поведения. Более того, некоторые авторы подчеркивали, что данный мотив является важным и одним из наиболее последовательных предикторов будущей попытки самоубийства или смерти от самоубийства [49]. Однако еще в ранних работах другие авторы настаивали на принципиальном отличии несуицидальных самоповреждений по эмоциональным мотивам, от попыток самоубийства или парасуицида. Так как низкая распространенность самоубийств по сравнению с членовредительством означает, что подавляющее большинство людей, причиняющих себе вред, не

намереваются совершить самоубийство. В этой связи прослеживается стремление исследователей скрывать указанное различие многочисленными ссылками на высокий относительный суицидальный риск. Хотя суициденты, которые причиняли себе вред, имеют слабую вероятность совершения завершённого самоубийства [24].

Что касается несуицидальных самоповреждений и суицидальных попыток, то первоначально стоит отметить, что прагматичное зонтичное понятие «самоповреждающее поведение» подразумевает под собой несуицидальные самоповреждения и суицидальные попытки. Однако несуицидальные самоповреждения включают в себя намеренные повреждения поверхности тела, не представляющие прямую угрозу для жизни. Кроме того, они могут стать регулярными, оставляя на коже рубцы и шрамы, и со временем превратиться в привычную модель поведения в эмоционально болезненных ситуациях (74-82% пострадавших от несуицидальных самопорезов отмечают облегчение) [18, 21].

Для определения клинических особенностей различных форм самоповреждающего поведения, сингапурскими специалистами было проведено сравнительное исследование лиц с самоповреждающим поведением без суицидального намерения (СПП без СН) и вторая группа лиц самоповреждающим поведением с суицидальным намерением (СПП с СН). Обнаружена общность методов самоповреждений в обеих группах: удары и порезы или вырезания на коже. Более высокий процент участников был в группе СПП с СН (82,2%; 75,3%) по сравнению с участниками группы СПП без СН (59,9%; 41,4%). Порезы и вырезания на коже рассматривались авторами как один из наиболее смертоносных методов членовредительства [48]. Как правило, преимущественная локализация самопорезов у лиц с НССП — это предплечье недоминантной руки [4]. Считается, что подавляющее большинство людей из группы НССП применяют более одного метода с воздействием на руки, ноги, запястья и живот. Так, в Минской области за 2015-2019 гг. фиксировались следующие методы самоповреждений: нанесение самоповреждений — 44,5%, отравление — 38,5%, повешение — 11,4%, падение с высоты — 3%, утопление — 0,4%, редко используемые способы (огнестрельное ранение, бросание под поезд, самоожог и др.) составили 2,2% [7].

Обследуемые НССП без суицидального поведения в анамнезе демонстрировали менее продолжительное самоповреждающее поведение, использование слабо потенциальных смертельных методов самоповреждения и меньший риск летального исхода по сравнению с лицами с несуицидальным самоповреждающим поведением с суицидальными мыслями и попытками в анамнезе. Также авторами было установлено различия в способах самоповреждений: в группе НССП преобладали самопорезы, в группе участников НССП с суицидами в анамнезе — передозировка, утопление, удушение и повешение. Авторами не

оценивалась переносимость физической боли, однако, основываясь на результатах посубъективному восприятию летальности, было выдвинуто предположение, что участники группы НССП без суицидального поведения в анамнезе меньше чувствовали физическую боль во время самоповреждений [42]. Близкие результаты были получены шведскими авторами. В частности, для обследуемых с несуицидальным самоповреждающим поведением характерными способами самоповреждений были: удары головой или кулаком о стену, порезы, в группе суицидентов — повешение. При этом физические последствия были минимальными. Авторы отразили факт недостаточного полного сбора информации и неглубокого анализа обстоятельств попыток самоубийства, что требует дальнейшего изучения [35]. Специфичность суицидентов подчеркивалась наличием следующих характеристик: наличие суицидальных планов, ненулевое суицидальное желание и ненулевое суицидальное намерение, приобретенная способность к самоубийству, отсутствие причин для жизни, одиночество, безнадежность, доступ к средствам и недавние стрессоры [32].

Отдельно можно остановиться на неклинических составляющих, очерчивающих отличия между несуицидальными самоповреждениями и суицидальными попытками. В социальном контексте обнаруженный акт самоповреждения вызывает, за редким исключением, со стороны ближайшего окружения реакцию враждебности и подчас отвращения по отношению к совершившему лицу. В то время как попытка самоубийства часто вызывает активно сострадательный ответ со стороны ближайшего окружения суицидента. И вся стратегия ближайшего окружения направлена на недопущение последующих попыток суицида. Другое отличие заключается в том, что индивид с НССП зачастую продолжает или повторяет несуицидальные самоповреждения, а человек, совершивший попытку самоубийства, не стремится к их повтору в случае нормализации стрессовой ситуации. И, наконец, самоповреждающий акт ведет к эмоциональному облегчению аутоагрессора и в отличие от суицидента, у него нет специфического когнитивного стиля мышления (суицидальные мысли, планирование) [13]. Дополнительным пунктом разделения несуицидальных самоповреждений и суицидальных попыток являются современные достижения генетических исследований [47].

Возможно, методологические трудности в классификации самоповреждений, происходят из определения Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), в котором попытка самоубийства рассматривается как «действие с нелетальным исходом, при котором человек намеренно инициирует непривычное поведение, без вмешательства со стороны других приведет к самоповреждению, или намеренно принимает вещество в дозе, превышающей предписанную или общепринятую терапевтическую, и направлено на реализацию изменений, которых желает субъект, посредством фактических или ожидаемых физических по-

следствий». Несоответствие между официальным определением ВОЗ и восприятием специалистов, работающих в сфере профилактики самоубийств, заключается в том, что большинством указанный феномен чаще всего воспринимается, как действие с намерением умереть [33]. Обобщая анализ вышеизложенного, следует отметить, что до сих пор нет единого мнения относительно четкого разделения между несуицидальными самоповреждениями и суицидальными попытками, продолжают научные дискуссии о целесообразности разграничения этих феноменов [26].

Интересными, на наш взгляд, представляются сравнительные исследования по удовлетворенности своим телом у лиц с несуицидальными самоповреждениями и суицидальными попытками (57 человек) и группой здоровых лиц (30 человек). У представителей первых двух групп фиксировались психические нарушения аффективного спектра. У обследуемых всех трех групп относительно широко распространенными были соматические виды самоповреждения (выдергивание волос, расчесывание кожи, сковыривание болячек) и наименее травматичный способ среди инструментальных — удары различными частями тела по твердым поверхностям. То есть самоповреждения свойственны как здоровой, так и нездоровой популяции людей. Однако распространенность соматических видов самоповреждений с большей их выраженностью была в первых двух группах (группы с аутоагрессивным поведением). Обращает на себя внимание то, что подростки с самоповреждающим и суицидальным поведением значимо ниже оценивали свое тело в сравнении с контрольной группой (не выявлено отличий между первыми двумя группами). Кроме того, анализ данных о причинах самоповреждающего поведения обнаружил, что в сравнении с группой «Норма» все виды причин, а именно: «Воздействие на других» ($M \pm SD = 11,57 \pm 4,54$), «Избавление от напряжения» ($M \pm SD = 17,47 \pm 7,30$), «Изменение себя, поиск нового опыта» ($M \pm SD = 8,67 \pm 3,77$) и «Восстановление контроля над эмоциями» ($M \pm SD = 6,97 \pm 3,18$), были также сильнее выраженным в группе НСПП и в группе с суицидальным поведением, при этом между ними отличий не выявлено. Авторы пришли к заключению о близости феноменов суицидального и самоповреждающего поведения [12]. Возможно, это является свидетельством не схожести феноменов, а объясняется интенсивностью проявлений суицидального поведения.

Заключение. Таким образом, анализ данных по несуицидальному самоповреждающему поведению свидетельствует не только о высокой его распространенности, но и серьезности в медицинском и социальном аспектах. Подтвержденным этого являются данные официальной статистики, где распространенность самоповреждений варьирует от 4% до 60% в неклинической популяции.

На основании проведенного теоретического анализа указанной проблемы нами сделаны следующие выводы:

Несуицидальное самоповреждающее поведение находится в реципрокных отношениях с суицидальным поведением. До сих пор не установлены причинно-следственные связи, хотя не исключаются взаимные переходы и взаимное потенцирование друг друга. С одной стороны, самоповреждающее поведение, включающее несуицидальные самоповреждения и суицидальное поведение, рассматривается как континуум, где суицидальное поведение является крайней формой его проявления. С другой стороны указанные феномены аутоагрессивного поведения могут существовать как самостоятельные клинические состояния.

Общим для несуицидального и суицидального аутоагрессивного поведения является наличие несуицидальных самоповреждений и суицидальных актов в анамнезе, а также единая нейробиологическая основа.

Установлены отличия несуицидального самоповреждающего поведения от суицидального поведения по ряду клинических параметров:

- отсутствие суицидальной цели в преднамеренном самоповреждении у лиц с несуицидальным самоповреждающим поведением и суицидальное намерение при суицидальных попытках у лиц с суицидальным поведением;
- высокий уровень распространенности несуицидального самоповреждающего поведения среди подростков — до 54,8%;
- более ранний возраст первого эпизода и пика самоповреждений (до 13 лет) у лиц с несуицидальным самоповреждающим поведением; у лиц с суицидальным поведением пик суицидальной активности приходится на возраст 15-29 лет;
- преобладание женского пола среди лиц с несуицидальным самоповреждающим поведением — до 75,5%; у мужчин преобладают завершённые формы суицида;
- ключевая составляющая мотивов у лиц с несуицидальным самоповреждающим поведением — это стремление к самосохранению и снижению суицидального риска, у лиц с суицидальным поведением — суицидальная смерть;
- у лиц с несуицидальным самоповреждающим поведением преобладают внутриличностные (снятие эмоционального напряжения) мотивы, и в меньшей степени — межличностные (социальные) мотивы несуицидальных действий; у лиц с суицидальным поведением мотивами суицидов являются: призыв, избегание, отказ, самонаказание. Обнаруживаются дополнительные мотивы суицидальных актов: семейные, экономические, социальные, психопатологические;
- по способам самоповреждений у лиц с несуицидальным самоповреждающим поведением преобладают порезы, удары, с преимущественной локализацией на запястье недоминантной руки, в тоже время характерна многочисленность самоповреждений с вовлечением рук, ног, запястья и живота с меньшей продолжительностью и меньшей чувствительностью к боли. У лиц с суицидальным поведением преобладают передозировки, самопорезы, утопления, удушение с наличием спец-

ифического когнитивного стиля (размышление о смерти, суицидальные мысли, планирование);

– несуицидальное самоповреждающее поведение и суицидальное поведение относят к социально неодобряемым явлениям. Однако в случае совершения несуицидального самоповреждения, общество выражает свое осуждение, тогда как в случае суицидальной попытки, окружение применяет помогающие стратегии, включающие сострадание и заботу об аутоагрессоре.

В то же время имеется существенный пробел исследований по несуицидальному самоповреж-

дающему поведению и не сформированы теоретико-методологическая основа, концептуальные подходы, принципы классификации и критерии разграничения несуицидального самоповреждающего поведения от суицидального поведения.

Таким образом, требуется проведение глубоких и масштабных исследований с большим количеством людей, применение унифицированных методов диагностики и обработки информации в отношении клинических проявлений несуицидального самоповреждающего поведения.

Литература / References

1. Андронникова О.О., Волкова Е.Н. Обзор зарубежных исследований по проблеме несуицидального самоповреждения у детей и подростков. Теоретическая и экспериментальная психология. 2020;13(3):38-50.
Andronnikova OO, Volkova EN. Review of foreign studies on the problem of non-suicidal self-harm in children and adolescents. *Teoreticheskaya i eksperimental'naya psihologiya*. 2020;13(3):38-50. (In Russ.).
2. Бохан Н.А., Евсеев В.Д., Мандель А.И., Пешковская А.Г. Обзор исследований несуицидальных форм самоповреждений по шкалам и опросникам NSSI. Суицидология. 2020;11(1):70-83.
Bokhan NA, Evseev VD, Mandel AI, Peshkovskaya AG. Review of studies of non-suicidal forms of self-injury on NSSI scales and questionnaires. *Suicidologiya*. 2020;11(1):70-83. (In Russ.).
[https://doi.org/10.32878/suicide-rus.20-11-01\(38\)-70-83](https://doi.org/10.32878/suicide-rus.20-11-01(38)-70-83)
3. Быкова В.И., Полухина Ю.П., Львова Е.А., Фуфаева Е.В., Валиуллина С.А. К вопросу о суицидальном поведении подростков — реалии скорпомощного стационара. Консультативная психология и психотерапия. 2023;31(2):68-83.
Bykova VI, Polukhina YuP, Lvova EA, Fufaeva EV, Valiullina SA. To The Question of Suicidal Behavior of Adolescents — Realities of an Emergency Hospital. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2023;31(2):68-83. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17759/cpr.2023310203>
4. Гарагашева Е.П., Молина О.В. Несуицидальные самоповреждения: самопорезы (клиническое наблюдение). Академический журнал Западной Сибири. 2022;18(4):15-20.
Garagasheva EP, Molina OV. Non-suicidal self-harm: self-cutting (clinical observation). *Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri*. 2022;18(4):15-20. (In Russ.).
[https://10.32878/sibir.22-18-04\(97\)-15-20](https://10.32878/sibir.22-18-04(97)-15-20)
5. Горбатов С.В., Арбузова Е.Н., Шаболтас А.В., Горбачева В.В. Особенности Я-концепции девочек подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением. Суицидология. 2020;11(1):53-69.
Gorbatov SV, Arbuzova EN, Shaboltas AV, Gorbacheva VV. Features of Self-concept of female adolescents with non-suicidal self-harming behavior. *Suicidologiya*. 2020;11(1):53-69. (In Russ.).
[https://doi.org/10.32878/suicide-rus.20-11-01\(38\)-53-69](https://doi.org/10.32878/suicide-rus.20-11-01(38)-53-69)
6. Давидовский С.В., Игумнов С.А. Современные концепции и особенности проявления самоповреждающего поведения. Суицидология. 2020;11(3):33-43.
Davidouski SV, Igumnov SA. Modern conceptions and manifestation features of self-harming behavior. *Suitsidologiya*. 2020;11(3):33-43. (In Russ.).
[https://doi.org/10.32878/suicide-rus.20-11-03\(40\)-33-43](https://doi.org/10.32878/suicide-rus.20-11-03(40)-33-43)
7. Давидовский С.В., Игумнов С.А. Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021;21(1):90-101.
Davidouski SV, Igumnov SA. Non-suicidal self-harm behavior in adolescents. *Voprosy psichicheskogo zdorov'ya detej i podroستkov*. 2021;21(1):90-101. (In Russ.).
8. Давидовский С.В., Игумнов С.А., Козлов К.С. Несуицидальное самоповреждения: современные концепции. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022;22(2):80-91.
Davidouski SV, Igumnov SA, Kozlov KS. Non-suicidal self-harm: modern concepts. *Voprosy psichicheskogo zdorov'ya detej i podroستkov*. 2022;22(2):80-91. (In Russ.).
9. Дарьин Е.В. Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков. Медицинский вестник Юга России. 2019;10(4):6-14.
Darin EV. Non-suicidal self-harming behavior in adolescents. *Medicinskij vestnik Yuga Rossii*. 2019;10(4):6-14. (In Russ.).
<https://doi.org/10.21886/2219-8075-2019-10-4-6-14>
10. Дарьин Е.В., Зайцева О.Г. Эпидемиология несуицидального самоповреждающего поведения (несистематический повествовательный обзор). Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2023;57(2):8-19.
Darin EV, Zaitseva OG. The epidemiology of non-suicidal self-injurious behavior, a non-systematic narrative review. *Obozrenie Psichiatrii i Medicinskoj Psihologii im. V.M. Bekhtereva*. 2023;57(2):8-19. (In Russ.).

- <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-694>
11. Евсеев В.Д., Пешиковская А.Г., Бохан Н.А., Мандель А.И. Скрининговое исследование не-суицидальных форм самоповреждающего поведения у лиц призывного возраста. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021;121(8):54–60.
Evseev VD, Peshkovskaya AG, Bokhan NA, Mandel AI. A screening study of non-suicidal forms self-injurious behavior in persons of draft age. Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova. 2021;121(8):54–60. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17116/jnevro202112108154>
 12. Кузнецова С.Ю., Басова А.Я., Залманова С.Л., Хломов К.Д. Образ тела у подростков с суицидальным и несуйцидальным самоповреждающим поведением: удовлетворенность собственным телом. Клиническая и специальная психология. 2023;12(2):138–163.
Kuznetsova SYu, Basova AYu, Zalmanova SL, Khlomon KD. Body Image in Adolescents with Suicidal and Non-Suicidal Self-Harm Behavior: Satisfaction with Their Own Bodies. Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya. 2023;12(2):138–163. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17759/cpse.2023120207>
 13. Кузнецова С.О., Ениколопов С.Н. Исследование особенностей аутоагрессивного поведения у лиц, переживших сексуальное злоупотребление в детском возрасте. Вестник Московского Университета. Серия 14. Психология. 2019;88-100
Kuznetsova SO, Enikolopov SN. Investigation of the features of autoaggressive behavior in survivors of childhood sexual abuse. Vestnik Moskovskogo Universiteta. Seriya 14. Psihologiya. 2019;88-100 (In Russ.).
<https://doi.org/10.11621/npj.2019.0310>
 14. Кулакова С.В., Новиков А.В., Кротова Д.Н. Детерминанты суицидального поведения. Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2019;8(2A):139-146.
Kulakova SV, Novikov AV, Krotova DN. Determinants of suicidal behavior. Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya. 2019;8(2A):139-146. (In Russ.).
 15. Лидова А.В., Скрипов В.С., Кочорова Л.В. Бремя суицидов: оценка в потерянных годах потенциальной жизни. Профилактическая медицина. 2023;26(2):50–55.
Lidova AV, Skripov VS, Kochorova LV. The suicide burden: an estimate of potential years of life lost. Profilakticheskaya medicina. 2023;26(2):50–55. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17116/profmed20232602150>
 16. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Несуицидальные самоповреждения подростков: общее и особенное. Часть I. Суицидология. 2020;11(3):44-71.
Lyubov EB, Zotov PB. Adolescents non-suicidal self-injury: general and particular. Part I. Suicidologia. 2020;11(3):44-71. (In Russ.).
[https://doi.org/10.32878/suicide-rus.20-11-03\(40\)-44-71](https://doi.org/10.32878/suicide-rus.20-11-03(40)-44-71)
 17. Носова Е.С., Спасенников Б.А., Александрова О.Ю. Эпидемиология самоубийств в мире и факторы риска суицидального поведения. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2021;(4):4–17.
Nosova ES, Spasennikov BA, Alexandrova OYu. Epidemiology of suicides in the world and review of risk factors of suicidal behavior. Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko. 2021;(4):4–17 (In Russ.).
 18. Польская Н.А., Мельникова М.А. Диссоциация, травма и самоповреждающее поведение. Консультативная психология и психотерапия. 2020;28(1):25-48.
Polskaya NA, Melnikova MA. Dissociation, Trauma and Self-Harm. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2020;28(1):25-48. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17759/cpp.2020280103>
 19. Развальяева А.Ю., Польская Н.А., Басова А.Я. Методики оценки риска суицидального поведения в подростковом возрасте: систематический обзор систематических обзоров. Консультативная психология и психотерапия. 2023;31(2):33-67.
Razvaliaeva AYu, Polskaya NA, Basova AY. Diagnostics of Suicidal Risk in Adolescents: Systematic Review of Systematic Reviews. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2023;31(2):33-67. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17759/cpp.2023310202>
 20. Розанов В.А. К вопросу о гендерном парадоксе в суицидологии — современный контекст. Суицидология. 2021;12(1):80-108.
Rozanov VA. On the gender paradox in suicidology — a contemporary context. Suicidologia. 2021;12(1):80-108. (In Russ.).
[https://doi.org/10.32878/suicide-rus.20-12-01\(42\)-80-108](https://doi.org/10.32878/suicide-rus.20-12-01(42)-80-108)
 21. Скрыбин Е.Г., Зотов П.Б., Аксельров М.А. и др. Преднамеренные самопорезы с суицидальной и несуйцидальной целью в клинической практике. Суицидология. 2020;11(3):130-147.
Skryabin EG, Zotov PB, Akselrov MA, et al. Intentional suicidal and non-suicidal self-cutting in clinical practice. Suicidologia. 2020;11(3):130-147. (In Russ.).
[https://doi.org/10.32878/suicide-rus.20-11-03\(40\)-130-147](https://doi.org/10.32878/suicide-rus.20-11-03(40)-130-147)
 22. Суботич М.И. Клинико-психологические и социодемографические факторы суицидального поведения и риска его хронификации: обзор исследований. Консультативная психология и психотерапия. 2023;31(1):9-30.
Subotich MI. Clinical-Psychological and Socio-Demographic Factors of Suicidal Behavior and the Risk of its Chronicity: a Review of Studies. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2023;31(1):9-30. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17759/cpp.2023310101>

23. Султанова А.Н., Мамедов Т.Н. Проблема не-суицидального самоповреждающего поведения: современный взгляд и его сущность (обзорная статья). *Живая психология*. 2023;10(8(48)):27-34. Sultanova AN, Mammadov TN. The problem of non-suicidal self-harming behavior: a modern view and its essence (review article). *Zhivaya psihologiya*. 2023;10(8(48)):27-34. (In Russ.). https://doi.org/10.58551/24136522_2023_10_8_27
24. Barton-Breck A, Heyman B. Accentuate the positive, eliminate the negative? The variable value dynamics of non-suicidal self-hurting. *Health, Risk & Society*. 2012;14(5):445-464. <https://doi.org/10.1080/13698575.2012.697130>
25. Bulat LR, Sušac N, Ajduković M. Predicting prolonged non-suicidal self-injury behaviour and suicidal ideations in adolescence—the role of personal and environmental factors. *Current Psychology*. 2024;43:1533–1544. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04404-8>
26. Bjureberg J, Kuja-Halkola R, Ohlss A, et al. Adverse clinical outcomes among youths with nonsuicidal self-injury and suicide attempts: A longitudinal cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2022;63(8):921-928. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13544>
27. CostaRPO, Peixoto ALRP, Lucas CCA, et al. Profile of non-suicidal self-injury in adolescents: interface with impulsiveness and loneliness *Jornal de Pediatria*. 2021;97(2):184-190. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2020.01.006>
28. Daukantaitė D, Lundh LG, Wängby-Lundh M, et al. What happens to young adults who have engaged in self-injurious behavior as adolescents? A 10-year follow-up. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2021;30:475–492. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01533-4>
29. Geulayov G, Casey D, Bale L, et al. Self-harm in children 12 years and younger: characteristics and outcomes based on the Multicentre Study of Self-harm in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2021;19:1-10. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02133-6>
30. Gunn J, McGrain P, Ördög B, & Guerin M. Their final words: An analysis of suicide notes from the United States. *Death Studies*. 2024;1–11. <https://doi.org/10.1080/07481187.2024.2348057>
31. Herzog S, Choo T-H, Galfalvy H, Mann JJ, Stanley BH. Effect of non-suicidal self-injury on suicidal ideation: real-time monitoring study. *The British Journal of Psychiatry*. 2022;221(2):485-487. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.225>
32. Huang X, Ribeiro JD and Franklin JC The Differences Between Individuals Engaging in Nonsuicidal Self-Injury and Suicide Attempt Are Complex (vs. Complicated or Simple). *Frontiers in Psychiatry*. 2020;11:239. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00239>
33. Jakobsen SG, Nielsen T, Larsen CP, Andersen PT, Lauritsen J, Stenager E, Christiansen E. Definitions and incidence rates of self-harm and suicide attempts in Europe: a scoping review. *Journal of Psychiatric Research*. 2023;164:28-36. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.05.066>
34. Kalashnikova O, Leontiev D, Rasskazova E, Taranenko O. Meaning of life as a resource for coping with psychological crisis: Comparisons of suicidal and non-suicidal patients. *Frontiers in Psychology*. 2022;13:957782. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.957782>
35. Laporte N, Ozolins A, Westling S, Westrin Å, Wallinius M. Clinical characteristics and self-harm in forensic psychiatric patients. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12:698372. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.698372>
36. Lübbert M, Bahlmann L, Sobanski T, et al. Investigating the clinical profile of suicide attempters who used a violent suicidal means. *Journal of Clinical Medicine*. 2022;11(23):717-720. <https://doi.org/10.3390/jcm11237170>
37. May AM, Pachkowski MC, Klonsky ED. Motivations for suicide: Converging evidence from clinical and community samples. *Journal of Psychiatric Research*. 2020;123:171-177. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.02.010>
38. Miller M, Redley M, Wilkinson PO. A qualitative study of understanding reasons for self-harm in adolescent girls. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(7):3361. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073361>
39. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *Open Medicine*. 2009;3(3):123-130. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.005>
40. Moselli M, Frattini C, Williams R, Ronningstam E. The study of motivation in the suicidal process: the motivational interview for suicidality. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;11:598866. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.598866>
41. Muehlenkamp JJ, Brausch AM, Littlefield A. Concurrent changes in nonsuicidal self-injury and suicide thoughts and behaviors. *Psychological Medicine*. 2023;53(11):4898-4903. <https://doi.org/10.1017/S0033291722001763>
42. Neupane SP, & Mehlum L. Adolescents With Non-Suicidal Self-Harm—Who Among Them Has Attempted Suicide? *Archives of Suicide Research*. 2023;27(3):866–879. <https://doi.org/10.1080/13811118.2022.2072254>
43. Poudel A, Lamichhane A, Magar KR, Khanal GP. Non suicidal self injury and suicidal behavior among adolescents: co-occurrence and associated risk factors. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):96. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03763-z>
44. Reinhardt M, Rice KG, Horváth Z. Non-suicidal self-injury motivations in the light of self-harm severity indicators and psychopathology in a clinical adolescent sample. *Frontiers Psychiatry*. 2022;13:1046576.

- <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1046576>
45. Robillard CL, Merrin GJ, Legg NK, Ames ME, Turner BJ. Different self-damaging behaviours, similar motives? Testing measurement invariance of motives for nonsuicidal self-injury, disordered eating and substance misuse. *British Journal of Clinical Psychology*. 2024. <https://doi.org/10.1111/b.jc.12467>
 46. Robinson K, Garisch JA, Wilson MS. Nonsuicidal self-injury thoughts and behavioural characteristics: Associations with suicidal thoughts and behaviours among community adolescents. *Journal of affective disorders*. 2021;1(282):1247-54. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.201>
 47. Russell AE, Hemani G, Jones HJ, et al. An exploration of the genetic epidemiology of non-suicidal self-harm and suicide attempt. *BMC Psychiatry*. 2021;21:207. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03216-z>
 48. Samari E, Shahwan S, Abdin E, et al. An exploration of differences between deliberate self-harm with and without suicidal intent amongst a clinical sample of young people in Singapore: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(4):1429. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041429>
 49. Seonaid C, Wetherall K, Eschle S, et al. Using the integrated motivational-volitional (IMV) model of suicidal behaviour to differentiate those with and without suicidal intent in hospital treated self-harm. *Preventive Medicine*. 2021;152:106592. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106592>
 50. Shahwan S, Zhang Y, Sambasivam R, et al. A qualitative study of motivations for non-suicidal self-injury in a sample of psychiatric outpatients in Singapore. *Singapore Medical Journal*. 2022;63(12):723-730. <https://doi.org/10.11622/smedj.2021161>
 51. Suh H, Jeong J. Association of Self-Compassion With Suicidal Thoughts and Behaviors and Non-suicidal Self Injury: A Meta-Analysis. *Frontiers Psychology*. 2021;12:633482. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.633482>
 52. Suzuki T, Comtois KA, Dickens H, Bagge CL. Motivations for suicide attempts amongst psychiatric inpatients: Associations with risk factors and recent suicide attempt characteristics. *Psychiatry Research*. 2021;295:113574. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113574>
 53. Thomas D, Bonnaire C. Non-Suicidal Self-Injury and Emotional Dysregulation in Male and Female Young Adults: A Qualitative Study. *Soa Chongsongyon Chongsin Uihak*. 2023;34(3):159-168. <https://doi.org/10.5765/jkacp.230033>
 54. Vafaei T, Samavi SA., Whisenhunt JL, et al. An investigation of self-injury in female adolescents: a qualitative study. *Qual Quant* 2023;57:5599-5622. <https://doi.org/10.1007/s11135-023-01632-9>
 55. Voss C, Hoyer J, Venz J, Pieper L, Beesdo-Baum K. Non-suicidal self-injury and its co-occurrence with suicidal behavior: An epidemiological study among adolescents and young adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2020;142(6):496-508. <https://doi.org/10.1111/acps.13237>
 56. Wilkinson PO, Qiu T, Jesmont C, et al. Age and gender effects on non-suicidal self-injury, and their interplay with psychological distress. *Journal of Affective Disorders*. 2022;306:240-245. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.021>
 57. Ye Z, Xiong F, Li W. A meta-analysis of co-occurrence of non-suicidal self-injury and suicide attempt: Implications for clinical intervention and future diagnosis. *Frontiers Psychiatry*. 2022;13:976217. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.976217>
 58. Yu J, Kim MS, Kim M. Non-suicidal self-injury motivation scale in a community sample of adolescents: a methodological study. *BMC Psychology*. 2024;12:292. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01795-6>
 59. Xiao Q, Song X, Huang L, Hou D, Huang X. Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. *Frontiers Psychiatry*. 2022;13:912441. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.912441>
 60. Xu H, Jiang Z, Li S, et al. Differences in Influencing Factors Between Non-suicidal Self-Injury and Suicide Attempts in Chinese Adolescents: The Role of Gender. *Frontiers Psychiatry*. 2022;13:870864. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.870864>

Сведения об авторе

Бисалиев Рафаэль Валерьевич — доктор медицинских наук, доцент кафедры «Общая и клиническая психология», Образовательное частное учреждение высшего образования «Московская международная академия», 129075, г. Москва, ул. Новомосковская, 15А, стр. 1. E-mail: rafaelbisaliev@gmail.com

Поступила 21.05.2024

Received 21.05.2024

Принята в печать 25.10.2024

Accepted 25.10.2024

Дата публикации 27.06.2025

Date of publication 27.06.2025

Импульсивность при шизофрении: феноменология и подходы к исследованию

Лепилкина Т.А., Морозова М.А., Рупчев Г.Е., Бурминский Д.С., Бениашвили А.Г., Потанин С.С.,
Кибитов А.А.

Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

Обзорная статья

Резюме. Импульсивность при шизофрении не является единым феноменом как на уровне поведенческих проявлений, так и с точки зрения психологических механизмов и биологических оснований, которые их обеспечивают. В статье рассматриваются различные подходы к изучению импульсивности, и на основании особенностей метода и объекта исследования выделены три ее типа: импульсивность как аспект клинического состояния, импульсивность как личностная характеристика и импульсивность, выявляемая в эксперименте. Импульсивность в клиническом смысле чаще всего проявляется в виде немотивированных вспышек агрессии и разрядки аффекта, а также может быть следствием психотической симптоматики.

Основанием для квалификации служит информация, полученная от пациента и его родственников и в ходе наблюдения; для стандартизированной оценки используются специализированные шкалы. Импульсивность как личностная характеристика изучается главным образом при помощи шкал, опирающихся на субъективную оценку (самоопросников), и описывает различные аспекты личности и когнитивного стиля, связанные с импульсивным поведением. По результатам исследований, в группе пациентов с шизофренией могут быть обнаружены как более высокие показатели субъективной импульсивности, так и сопоставимые с нормативными данными. Третий тип — это импульсивность, выявляемая в ходе контролируемого эксперимента, условия задачи которого провоцируют те или иные проявления импульсивного поведения. Данные в отношении больных шизофренией по исследованию импульсивности в экспериментальной парадигме также неоднозначны. В статье обсуждаются взаимосвязи между различными типами импульсивности и возможные подходы к терапии и коррекции ее проявлений в клинике шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, импульсивность, типология

Информация об авторах:

Лепилкина Таисия Алексеевна* — e-mail: lepilkina@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-2640-4658>

Морозова Маргарита Алексеевна — e-mail: margmorozova@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-7847-2716>

Рупчев Георгий Евгеньевич — e-mail: rupchevgeorg@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4440-095X>

Бурминский Денис Сергеевич — e-mail: desbur@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-7098-2570>

Бениашвили Аллан Герович — e-mail: beniashvilia@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5149-3760>

Потанин Сергей Сергеевич — e-mail: potanin_ss@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9180-1940>

Кибитов Андрей Александрович — e-mail: andreykibitov18@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-7766-9675>

Как цитировать: Лепилкина Т.А., Морозова М.А., Рупчев Г.Е., Бурминский Д.С., Бениашвили А.Г., Потанин С.С., Кибитов А.А. Импульсивность при шизофрении: феноменология и подходы к исследованию. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:2:21-29. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-1012>.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Impulsivity in schizophrenia: phenomenology and research approaches

Taissia A. Lepilkina, Margarita A. Morozova, George E. Rupchev, Denis S. Burminskiy, Allan G. Beniashvili,
Sergey S. Potanin, Andrey A. Kibitov
Mental health research center, Moscow, Russia

Review article

Summary. Impulsivity in schizophrenia is not a solid phenomenon either at the level of behavior or from the point of view of psychological mechanisms and underlying physiology. Some research approaches are considered in the article, and three types of impulsivity were identified based on the difference in research method and object: impulsivity as a clinical condition, impulsivity as a personality trait, and experimentally studied impulsivity. Clinical impulsivity manifests most often as the unmotivated aggression and affective outburst, or as following the psychotic symptoms. The basis for the qualification is the information from observation and interviews with the patient and family members; specific scales are used for standardized assessment. Impulsivity as a personality trait is studied mainly using self-questionnaires and describes various aspects of personality and cognitive style associated with impulsive behavior. The results of the studies in patients with schizophrenia show both higher rates of subjective impulsivity and those comparable with normative data. The third type of impulsivity reveals in controlled experiments with the conditions that provoke impulsive behavior. Data on patients with schizophrenia in the experimental paradigm are also ambiguous. The article discusses the relationships between different types of impulsivity and possible approaches to its therapy and correction in subjects with schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, impulsivity, phenomenology

Information about the authors:

Taissia A. Lepilkina* — e-mail: lepilkina@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-2640-4658>
Margarita A. Morozova — e-mail: margmorozova@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-7847-2716>
George E. Rupchev — e-mail: rupchevgeorg@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4440-095X>
Denis S. Burminskiy — e-mail: desbur@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-7098-2570>
Allan G. Beniashvili — e-mail: beniashvilia@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5149-3760>
Sergey S. Potanin — e-mail: potanin_ss@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9180-1940>
Andrey A. Kibitov e-mail: andreykibitov18@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-7766-9675>

To cite this article: Lepilkina TA, Morozova MA, Rupchev GE, Burminskiy DS, Beniashvili AG, Kibitov AA, Potanin SS. Impulsivity in schizophrenia: phenomenology and research approaches. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:2:21-29. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-1012>. (In Russ.)

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

Импульсивность определяется как предрасположенность к быстрым, незапланированным реакциям на внутренние или внешние раздражители без учета негативных последствий этих реакций для самого человека или других людей [45] и рассматривается в качестве значимого симптома при многих патологических состояниях и психических расстройствах. Приведенное определение, как и большинство, предложенных другими авторами [2, 22], сфокусировано на поведенческом, феноменологическом, контуре этого явления. В попытках исследовать механизмы импульсивного поведения были выделены различные его аспекты: дефицит реакции торможения [20], нарушение исполнительного функционирования (планирования и контроля) [21], стремление к немедленному вознаграждению или неспособность отложить удовлетворение [13], импульсивность при выборе [15], недостаточность процессов внимания [38] и подверженность интерференции [58], поиск новизны и ощущений [12].

Изучение проявлений импульсивности при шизофрении имеет высокую практическую значи-

мость, поскольку они, вероятно, могут в значительной степени влиять на терапевтический ответ и прогноз течения заболевания. Было отмечено, что пациенты, страдающие шизофренией, обнаруживают более высокие показатели импульсивности, чем лица, не имеющие данного диагноза [20, 34, 49], так же, как и их родственники [21]. У пациентов наличие импульсивности коррелирует с проявлениями аутоагрессии и суицидальным риском [27], качеством жизни [55], коморбидными расстройствами пищевого поведения, алкогольной и химической зависимостями [14, 27].

В работах, посвященных исследованию импульсивности, была неоднократно показана неоднородность и многогранность этого феномена. По всей видимости, импульсивные проявления могут быть различным образом детерминированы, т.е. являться внешне похожим проявлением различных причин, или иметь отличия в специфических звеньях реализации нарушенного поведения.

Феномены импульсивности могут исследоваться при помощи, как минимум, трех различных подходов: быть в фокусе внимания клинициста, являться результатом самоотчета и субъективной

оценки или проявляться в ходе контролируемого эксперимента. Таким образом, на основании метода и соответствующего ему объекта исследования, с нашей точки зрения, могут быть выделены три основных типа импульсивности: клинически значимая импульсивность, импульсивность как личностная характеристика и различные аспекты импульсивности, проявленные в поведении в экспериментальных условиях.

Задачей статьи является выделение основных подходов к изучению импульсивности при шизофрении. Представлено описание каждого из подходов, наиболее часто используемого в его рамках инструментария и данных, полученных в группе пациентов с шизофренией.

1. Импульсивность как аспект клинического состояния

Согласно международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) [3], импульсивность характеризуется тенденцией действовать неожиданно и не принимая в расчет последствия, склонностью к конфликтному поведению и вспышкам гнева или насилия с неспособностью контролировать «поведенческие взрывы», являющиеся результатом этих эмоций, и в качестве основного нарушения представлена в рамках импульсивного расстройства личности, F60.30. Различные проявления импульсивности также упомянуты в составе проявлений множества других заболеваний (пограничное и антисоциальное расстройства личности, синдром дефицита внимания/гиперактивности, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ и др.).

Е. Блейлер рассматривал импульсивность больных шизофренией в составе группы добавочных (дополнительных) кататонических симптомов. Он считал, что импульсивные действия больных могут быть разной природы: автоматическими, под влиянием, как кажется больному, «посторонних людей или сил», т.е. «действия подсознания», или аффективными, т.е. «разрядами» аффективного напряжения [1].

Этот тип импульсивности выявляется, как правило, на основании наблюдения за пациентом, информации, полученной от родственников больного, клинического интервью. Современные инструменты, разработанные для оценки психопатологических проявлений шизофрении, в большей степени сфокусированы на импульсивности как разрядке аффекта, проявленных наиболее часто в виде немотивированных для стороннего наблюдателя вспышек раздражения или гнева и влекущих за собой импульсивные действия. Недостаточный контроль импульсов является одним из пунктов подшкалы общей психопатологии Шкалы позитивных и негативных синдромов PANSS, разработанной для структурированной оценки феноменов шизофрении [36].

Симптом определяется как «нарушение регуляции и контроля внутренних побуждений, выражающееся во внезапной, немодулированной или направленной не на тот объект разрядке на-

пряжения и вспышках эмоций, причем пациент не учитывает возможные последствия своего поведения». Оценка варьирует от легкого раздражения до участия в драках со смертельным исходом или наличия эпизодов саморазрушительного поведения.

Можно заметить, что одним из ключевых аспектов проявлений импульсивности в клинической парадигме является агрессия. В пентагональной модели PANSS [36] пункт G14 «Недостаточный контроль импульсов» входит в фактор (комплекс симптомов) «Активация», который также включает пункты «Враждебность», «Возбуждение», «Некооперативность», «Плохой раппорт» и «Напряжение».

Не все агрессивные проявления пациентов с шизофренией являются импульсивными по своей природе: предполагается [58], что они также могут быть мотивированы психотической симптоматикой или преступным умыслом (predatory subtype). Однако, как показывают результаты исследований [43], импульсивная агрессия является наиболее распространенной среди пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями. Исследования при помощи методов нейровизуализации указывают на вовлеченность в проявление импульсивного поведения вентральных префронтальных, медиальных височных и подкорковых отделов [32].

Высокая оценка клинической импульсивности сопровождается более высокими показателями суицидальных мыслей и тенденцией к большему количеству суицидальных попыток на протяжении жизни [33]. В ряде исследований было показано, что импульсивность и агрессия при шизофрении обеспечиваются одними и теми же нейрофизиологическими нарушениями [32], а также имеют общие характеристики изменения биохимического (липидного) [35] и гормонального [52] профилей.

2. Импульсивность как личностная характеристика

Импульсивность как психологическая характеристика, когнитивный стиль или аспект темперамента входит в большинство моделей личности [например, 10, 23]. Инструментами оценки импульсивности как личностной черты наиболее часто являются самоопросники, такие как шкала импульсивности Баррата BIS-11 [2, 50], опросник импульсивности Айзенка, EIS [24] и ряд других.

Шкала Баррата позволяет оценить три аспекта импульсивности: внимание, моторную импульсивность и планирование / контроль. Также авторами [50] были выделены дополнительные факторы: когнитивная сложность, последовательность / настойчивость, когнитивная нестабильность. Однако предложенная авторами факторная структура не была подтверждена на других выборках [2, 28], в том числе в подгруппе пациентов с шизофренией [40].

В широкомасштабном исследовании [64] с использованием всех наиболее распространенных опросников на импульсивность и после-

дующим проведением поискового факторного анализа были выделены следующие четыре различных аспекта личности, связанных с импульсивным поведением: 1. безотлагательность / срочность — склонность совершать необдуманные действия под влиянием сильного негативного аффекта; 2. недостаток планирования, обдумывания до начала совершения действия; 3. дефицит усидчивости / упорства, отсутствие настойчивости — способности продолжать выполнение задачи до ее завершения; 4. поиск ощущений, характеризующийся рискованным поведением, поиском приключений, расторможенностью и функциональной импульсивностью [44] были определены три фактора, обозначенные как 1. дисфункциональное импульсивное поведение с дефицитом планирования; 2. предприимчивость / авантюризм (*functional venturesomeness*); 3. чувствительность (стремление) к вознаграждению.

Данные исследований импульсивности при помощи самоопросников в группе больных шизофренией противоречивы: есть сведения как о более высокой импульсивности [48], так и о результатах, сопоставимых с таковыми в группе здоровых испытуемых и ниже, чем в группе пациентов с биполярным расстройством [53].

В одной из работ [62] было проведено соотношение результатов опросника Барратта с оценками метакогнитивных процессов, т.е. способности осознавать и регулировать свои мысли и психические состояния, у пациентов с различными психиатрическими диагнозами, включая шизофрению. Была обнаружена обратная зависимость показателей: чем ниже метакогнитивные способности, тем выше значения импульсивности.

Результаты масштабного исследования [31], где изучалась взаимосвязь импульсивности по BIS-11 и суточной дозировки различных препаратов в смешанной группе пациентов с шизофренией, шизофреноформным и биполярным расстройствами, показали обратную корреляцию между выраженностью личностной импульсивности и суточной дозировкой лития, положительную связь с дозой антидепрессантов и отсутствие корреляции с дозами антипсихотиков и антиконвульсантов.

3. Импульсивность, выявляемая в эксперименте

Исследование импульсивности в рамках контролируемого эксперимента предполагает выполнение испытуемым задач, условия которых будут провоцировать те или иные проявления импульсивного поведения. Существует несколько типов таких заданий; основные и наиболее часто используемые из них — это исследования импульсивного выбора (*choice impulsivity*), процессов отторгивания реакции (*response inhibition*) и изучение готовности к риску (*risk-taking*).

В рамках первой модели импульсивность понимается как преждевременная реакция, возникающая до завершения полной или достаточной обработки информации [16]. Одним из инстру-

ментов исследования импульсивного выбора являются тесты производительности типа Continuous Performance Test, CPT [61], которые требуют длительного поддержания внимания во время предъявления стимулов (геометрических фигур, изображений или цифр) и реакции на определенный тип паттернов или их комбинацию. Ошибки в виде ответа на нецелевой стимул рассматриваются как проявление этого вида импульсивности.

Процесс *отторгивания реакции* подразумевает способность не реализовать (затормозить) уже сформированный стереотип ответа. Наиболее распространенными инструментами оценки здесь являются задания типа GoStop [17] и Go-NoGo [42], в которых пользователю необходимо одновременно поддерживать один вариант реагирования (например, нажатие на клавишу в ответ на заданный тип сигнала) и не допускать его при определенном условии. К содержательно близким психологическим процессам адресована и методика оценки процессов интерференции Струпа [26]. Неспособность противостоять иницированному типу реагирования интерпретируется в данном типе заданий как проявление импульсивного поведения.

В исследованиях в рамках парадигмы готовности к риску под импульсивностью понимают предпочтение вознаграждения меньшей величины, полученного раньше, более значительному вознаграждению, полученному с отсрочкой [17, 29]. Популярными тестами в рамках данной модели являются тесты Воздушный шар (Ballon Analog Risk Task, BART) [41] и Игровая задача Айова (Iowa gambling task, IGT) [8].

Можно заметить, что описанные проявления поведенческой импульсивности тесно связаны с различными аспектами когнитивного функционирования — вниманием, психомоторной координацией, планированием и контролем, поддержанием и изменением двигательного и идеаторного стереотипа и т.д. Задачи, направленные на оценку готовности к риску, в значительной степени задействуют сложные процессы ориентировки и планирования, что позволяет некоторым авторам [41] рассматривать их в качестве высших когнитивных функций, обеспечение которых происходит в лобных долях головного мозга и ряде взаимосвязанных структур. Процессы отторгивания реакции, задействованные в задачах типа Go/No-go, также изучаются в рамках исследований когнитивного контроля и исполнительного функционирования [5].

Что касается результатов исследования поведенческой импульсивности в группе пациентов с шизофренией, имеющиеся данные неоднозначны. Вероятно, импульсивность в рамках поведенческой парадигмы может быть выявлена, но не является ведущим нарушением у большинства пациентов. Так, не было обнаружено значимых отличий между пациентами с шизофренией и группой контроля по основным показателям в тесте Go-NoGo [34]. В другом исследовании [21] при помощи этого же теста было показано, что у боль-

ных шизофренией по сравнению как со здоровыми испытуемыми, так и с родственниками первой степени родства, есть снижение эффективности контроля за отторгиванием реакции на нерелевантные стимулы в виде большей длительности времени реакции и большего количества ошибок. Систематический обзор, посвященный исследованию поддержания внимания в тестах СРТ при шизофрении [56], показал, что только в половине работ были обнаружены нарушения в этой группе пациентов, хотя дисфункциональная нейрональная активность во время выполнения тестов была продемонстрирована во всех из них. При выполнении теста BART пациенты с шизофренией демонстрировали более осторожное поведение по сравнению с участниками контрольной группы [11]. В другом исследовании [53], напротив, было показано, что эта группа пациентов более склонна к риску в этом тесте, чем здоровые испытуемые и пациенты с биполярным расстройством.

Исследования, реализованные при использовании методов нейровизуализации ПЭТ и фМРТ во время выполнения пациентами с шизофренией заданий на поведенческую импульсивность, указывают на патологические изменения в функционировании префронтальных отделов, передней поясной извилины и ряда других областей головного мозга [см. обзор в 49].

Взаимодействие различных типов и аспектов импульсивности между собой

В литературе накапливается все большее количество данных в пользу того, что различные изучаемые аспекты импульсивности представляют собой отдельные и, возможно, независимые феномены. Это подтверждают, в частности, исследования, где было использовано одновременно несколько инструментов для оценки импульсивности.

Так, склонность (готовность) к риску была не связана с импульсивностью как личностной чертой и другими поведенческими показателями импульсивности [30]; результаты выполнения тестов, наиболее часто используемых для оценки склонности к риску, также могут слабо коррелировать между собой [65], обращаясь, вероятно, к различным аспектам когнитивного и личностного функционирования. В работе Stahl с соавторами [58] было показано отсутствие корреляционных связей между компонентами поведенческой импульсивности и показателями импульсивности, полученными в результате самоотчета (с использованием опросников). Более того, были выделены различные составляющие поведенческой импульсивности, отличающиеся процессы интерференции на этапе восприятия стимула и на этапе реакции, а также в структуре ответа.

Схожие данные об отсутствии взаимосвязей между различными аспектами импульсивности были получены и в других работах [7]. Из выделенных Whiteside и Lynam [64] на основе факторного анализа результатов нескольких опрос-

ников четырех факторов импульсивности только один имел связь с процессом принятия решений в Игровой задаче Айова [66]. В рамках поведенческой импульсивности исследователи также выделяют различные ее подтипы, не связанные или слабо связанные между собой [18, 54, 58].

Исследования также указывают на различную биологическую опосредованность проявлений импульсивности: ряд из них, выявляемых в самоотчете, вероятно, имеет генетическую обусловленность, тогда как другие как поведенческие, так и обнаруживаемые в самоотчете, связаны в большей степени с фенотипическими проявлениями [25]. В одной из работ было показано, что высокие показатели личностной импульсивности и агрессии у пациентов с шизофренией были связаны с повышенными значениями маркеров воспаления [37]. Различные проявления импульсивности также не обнаруживают единой нейробиологической основы [22].

Терапия импульсивности при шизофрении

Определение типа импульсивности является значимым фактором при выборе терапевтической стратегии. Импульсивные разрядки напряжения и импульсивная агрессия имеют наибольший потенциал для лекарственной коррекции. Было показано, что импульсивная агрессия поддается лечению противосудорожными препаратами [6] или стабилизаторами настроения [46].

Для ряда препаратов, которые часто используются в терапевтических схемах при лечении больных с шизофренией, было обнаружено их специфическое противоимпульсивное действие, в то время как другие, напротив, могут усиливать проявления импульсивности.

Лечение клозапином способствует значимому снижению клинической импульсивности [19], в том числе, у хронических пациентов с резистентностью к нейролептикам [57, 59]. Также было показано [63], что назначение брекспипразола пациентам с шизофренией способствует улучшению времени реакции и показателей торможения в задании «Stop-сигнал».

С другой стороны, назначение арипипразола, предположительно, может приводить к утяжелению расстройства контроля импульсов, что выражается в усилении пристрастия к азартным играм и риска совершения импульсивной суицидальной попытки. Феномен был представлен в виде описания случаев [4, 15, 47], однако, это привело ко введению в инструкцию предупреждения о возможности такого осложнения терапии и о необходимости дополнительного наблюдения за пациентами с существовавшими ранее факторами риска при переходе с мощных антагонистов дофаминовых рецепторов на арипипразол. Сообщается, также в формате описания отдельных случаев [51], о возникновении признаков импульсивности, ассоциированных с назначением карипразина.

Помимо лекарственных средств изучается потенциал влияния на импульсивность при шизо-

френии и биологически активных веществ и витаминов. В обзорной работе Bellino и коллег [9] приводятся данные нескольких исследований в пользу эффективности полиненасыщенных жирных кислот в качестве монотерапии или в сочетании с антипсихотиками в снижении клинических проявлений импульсивности у пациентов с шизофренией.

Личностная и поведенческая (когнитивная) импульсивность не являются традиционными мишенями для фармакологического вмешательства, однако альтернативные методы коррекции могут быть эффективными. Так, было показано [39], что тренинг когнитивных навыков способствует снижению уровня импульсивной агрессии у стационарированных пациентов с шизофренией.

Обсуждение

Многообразие проявлений импульсивности позволяет говорить о ней как о многогранном феномене [49] или даже о множестве различных феноменов, объединенных лишь общим термином [64], но различных по своим проявлениям и природе [58]. Некоторые исследователи предлагают вовсе отказаться от понятия «импульсивность» по причине расхождения между психометрическими, нейробиологическими и клиническими данными и отсутствия у него прогностической силы [60].

Как следует из представленного обзора, импульсивность при шизофрении может быть представлена нарушениями различных процессов — психических, когнитивных, поведенческих, и на сегодняшний день нет однозначного понимания, в каком структурном взаимодействии эти проявления находятся между собой. По всей видимости, различные подтипы импульсивности имеют различное значение и удельный вес в клинической картине шизофрении.

Клиническая импульсивность и импульсивная агрессия имеют наибольшее влияние на течение заболевания и социальные аспекты жизни пациента, и, соответственно, в наибольшей степени требуют вмешательства. В этой связи особое значение приобретают вопросы фармакотерапии пациентов с признаками импульсивной агрессии: предположительно, клозапин и нейролептики первого поколения имеют преимущество в ведении таких больных [32].

При этом данные, представленные в этом обзоре, показывают, что несмотря на то, что импульсивность не является характерным признаком болезни, наличие каких-либо ее аспектов у конкретного пациента указывает на особенности не только его личностной организации, но и нейрофизиологические отличия. Сведения о том, что некоторые психофармакологические средства могут способствовать повышению поведенческого аспекта импульсивности, также требуют внимания.

В заключение можно отметить, что сложный и многоаспектный феномен импульсивности при шизофрении может стать одним из важных показателей для формирования индивидуализированных терапевтических и реабилитационных подходов.

Вывод

Импульсивность при шизофрении не является единым феноменом, по-разному концептуализируется и изучается при помощи соответствующего различного инструментария. Содержательное уточнение, о каком именно типе или аспекте феномена идет речь, может способствовать улучшению понимания границ и возможностей терапии и коррекции импульсивности при шизофрении.

Литература/References

1. Блейлер Е. Руководство по психиатрии. Берлин: Изд-во Т-ва «Врач», 1920. Blejler E. Rukovodstvo po psixiatrii. Berlin: Izd-vo T-va «Vrach», 1920. (In Russ.).
2. Ениколопов С.Н., Медведева Т.И. Апробация русскоязычной версии методики «шкала импульсивности Барратта» (BIS-11). Психология и право. 2015;5(3):75-89. Enikolopov SN, Medvedeva TI. Approbation of the Russian-language version of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). Psikhologiya i pravo. 2015;5(3):75-89. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/psylaw.2015050307>
3. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии [webmed.irkutsk.ru]. webmed; 2012. Доступно: <https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/icd10ps.pdf>
4. Akbari M, Jamshidi S, Sheikhi S, Alijani F, Kafshchi P, Taylor D. Aripiprazole and its adverse effects in the form of impulsive-compulsive behaviors: A systematic review of case reports. Psychopharmacology (Berl). 2024;241(2):209-223. <https://doi.org/10.1007/s00213-024-06529-5>
5. Barkley RA. Behavioural inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. Psychological Bulletin. 1997;121:65-94.
6. Barratt ES, Stanford MS, Felthous AR, Kent TA. The effects of phenytoin on impulsive and premeditated aggression: A controlled study. Journal of Clinical Psychopharmacology. 1997;17(5):341-349. <https://doi.org/10.1097/00004714-199710000-00002>
7. Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Alan F. Neuropsychological and cognitive psychophysiological

- substrates of impulsive aggression. *Biological psychiatry*. 1997;41(10):1045-1061.
[https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(96\)00175-8](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(96)00175-8)
8. Bechara A, Damasio AR, Damasio H, Anderson SW. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*. 1994;50(1-3):7-15. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(94\)90018-3](https://doi.org/10.1016/0010-0277(94)90018-3)
9. Bellino S, Bozzatello P, Badino C, Mantelli E, Rocca P. Efficacy of polyunsaturated fatty acids (PUFAs) on impulsive behaviours and aggressiveness in psychiatric disorders. *International journal of molecular sciences*. 2021;22(2):620.
<https://doi.org/10.3390/ijms22020620>
10. Buss AH, Plomin R. A temperament theory of personality development. New York: Wiley-Interscience; 1975.
11. Cheng GL, Tang JC, Li FW, Lau EY, Lee TM. Schizophrenia and risk-taking: impaired reward but preserved punishment processing. *Schizophrenia research*. 2012;136(1-3): 122-127.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.01.002>
12. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*. 1993;50:975-990.
<https://doi.org/10.1001/arch-psyc.1993.01820240059008>
13. Dawd AM. Delay of Gratification: Predictors and Measurement Issues. *Acta Psychopathol*. 2017;3(6):81.
<https://doi.org/10.4172/2469-6676.100153>
14. Dervaux A, Baylé FJ, Laqueille X, Bourdel MC, Le Borgne MH, Olié JP, Krebs MO. Is substance abuse in schizophrenia related to impulsivity, sensation seeking, or anhedonia? *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(3):492-494.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.492>
15. Dhillon R, Bastiampillai T, Cao CZ, Eckert TG, Tibrewal P. Aripiprazole and Impulse-Control Disorders: A Recent FDA Warning and a Case Report. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2017;12:19(1).
<https://doi.org/10.4088/PCC.16l02003>
16. Dougherty DM, Bjork JM, Harper AR, Marsh DM, Moeller GF, Mathias CW, Swann AC. Behavioral impulsivity paradigms: a comparison in hospitalized adolescents with disruptive behavior disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003;44(8):1145-1157.
<https://doi.org/10.1111/1469-7610.00197>
17. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh DM, Jagar AA. Laboratory behavioral measures of impulsivity. *Behavior research methods*. 2005;37(1):82-90.
<https://doi.org/10.3758/BF03206401>
18. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh-Richard DM, Furr RM, Novvion SO, Dawes MA. Distinctions in behavioral impulsivity: implications for substance abuse research. *Addictive disorders & their treatment*. 2009;8(2):61-73.
<https://doi.org/10.1097/ADT.0b013e318172e488>
19. Dursun SM, Szemis A, Andrews H, Whitaker P, Reveley MA. Effects of clozapine and typical antipsychotic drugs on plasma 5-HT turnover and impulsivity in patients with schizophrenia: a cross-sectional study. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2000;25(4):347-352.
20. Enticott PG, Ogloff JR, Bradshaw JL. Response inhibition and impulsivity in schizophrenia. *Psychiatry research*. 2008;157(1-3):251-254.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.04.007>
21. Ettinger U, Aichert DS, Wöstmann N, Dehning S, Riedel M, Kumari V. Response inhibition and interference control: Effects of schizophrenia, genetic risk, and schizotypy. *J Neuropsychol*. 2018;12(3):484-510.
<https://doi.org/10.1111/jnp.12126>
22. Evenden JL. Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*. 1999;146(4):348-361.
<https://doi.org/10.1007/PL00005481>
23. Eysenck SB, Eysenck HJ. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social and Clinical Psychology*. 1977;16(1):57-68.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1977.tb01003.x>
24. Eysenck SB, Pearson PR, Easting G, Allsopp JF. Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in adults. *Personality and Individual Differences*. 1985;6:613-619.
[https://doi.org/10.1016/0191-8869\(85\)90011-x](https://doi.org/10.1016/0191-8869(85)90011-x)
25. Fortgang RG, Hultman CM, van Erp TG, Cannon TD. Multidimensional assessment of impulsivity in schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: testing for shared endophenotypes. *Psychological medicine*. 2016;46(7):1497-1507.
<https://doi.org/10.1017/S0033291716000131>
26. Golden CJ, Freshwater SM. Stroop color and word test. A manual for clinical and experimental uses. Illinois: Stoelting Co., 2002.
27. Gut-Fayand A, Dervaux A, Olié JP, Léo H, Poirier MF, Krebs MO. Substance abuse and suicidality in schizophrenia: a common risk factor linked to impulsivity. *Psychiatry research*. 2001;102(1):65-72.
[https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(01\)00250-5](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(01)00250-5)
28. Haden SC, Shiva A. Trait impulsivity in a forensic inpatient sample: An evaluation of the Barratt Impulsiveness Scale. *Behavioral sciences & the law*. 2008;26(6):675-690.
<https://doi.org/10.1002/bsl.820>
29. Hamilton KR, Mitchell MR, Wing VC, Balodis IM, Bickel WK, Fillmore M et al. Choice impulsivity: Definitions, measurement issues, and clinical implications. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2015;6(2):182.
<https://doi.org/10.1037/per0000099>
30. Herman AM, Critchley HD, Duka T. Risk-Taking and Impulsivity: The Role of Mood States and Interoception. *Front. Psychol*. 2018;9:1625.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01625>
31. Hjell G, Rokicki J, Szabo A, Holst R, Tesli N, Bell C et al. Impulsivity across severe mental disorder

- ders: a cross-sectional study of immune markers and psychopharmacotherapy. *BMC Psychiatry*. 2023;7;23(1):659.
<https://doi.org/10.1186/s12888-023-05154-4>.
32. Hoptman MJ. Impulsivity and aggression in schizophrenia: a neural circuitry perspective with implications for treatment. *CNS spectrums*. 2015;20(3):280-286.
<https://doi.org/10.1017/S1092852915000206>
 33. Iancu I, Bodner E, Roitman S, Piccone Sapir A, Poreh A, Kotler M. Impulsivity, aggression and suicide risk among male schizophrenia patients. *Psychopathology*. 2010;43(4):223-229.
<https://doi.org/10.1159/000313520>
 34. Kaladjian A, Jeanningros R, Azorin JM, Anton JL, Mazzola-Pomietto P. Impulsivity and neural correlates of response inhibition in schizophrenia. *Psychological medicine*. 2011;41(2):291-299.
<https://doi.org/10.1017/S0033291710000796>
 35. Kavoor AR, Mitra S, Kumar S, Sisodia AK, Jain R. Lipids, aggression, suicidality and impulsivity in drug-naïve/drug-free patients of schizophrenia. *Asian journal of psychiatry*. 2017;27:129-136.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.03.002>
 36. Kay S.R., Opler L.A., Fiszbein A., Ramirez P.M., Opler M., White L. Positive and negative syndrome scale (PANSS): Technical manual. NY: Multi-Health Systems Inc, 2006.
 37. Kaya S, Taşcı G, Kılıç N, Karadayı H, Özsoy F, Atmaca M. Examination of the Relationship between Peripheral Inflammation Markers and Impulsivity and Aggression in Schizophrenia Patients Involved and Not Involved in Crime. *Journal of Personalized Medicine*. 2023;13(3):475.
<https://doi.org/10.3390/jpm13030475>
 38. Kenemans JL, Bekker EM, Lijffijt M, Overtom CCE., Jonkman LM, Verbaten MN. Attention deficit and impulsivity: selecting, shifting, and stopping. *International Journal of Psychophysiology*. 2005;58(1):59-70.
<https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2005.03.009>
 39. Khan A, Lindenmayer JP, Insel B, Seddo M, Demirli E, DeFazio K et al. Computerized cognitive and social cognition training in schizophrenia for impulsive aggression. *Schizophrenia research*. 2023;256:117-125.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.11.004>
 40. Lau JH, Jeyagurunathan A, Shafie S, Chang S, Samari E, Cetty L et al. The factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) and correlates of impulsivity among outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders in Singapore. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):226.
<https://doi.org/10.1186/s12888-022-03870-x>
 41. Lejuez CW, Read JP, Kahler CW, Richards JB, Ramsey SE, Stuart GL et al. Evaluation of a behavioral measure of risk taking: the Balloon Analogue Risk Task (BART). *Journal of Experimental Psychology: Applied*. 2002;8(2):75-84.
<https://doi.org/10.1037/1076-898X.8.2.75>
 42. Logan GD, Schachar RJ, Tannock R. Impulsivity and inhibitory control. *Psychological science*. 1997;8(1):60-64.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00545.x>
 43. McDermott BE, Holoyda BJ. Assessment of aggression in inpatient settings. *CNS spectrums*. 2014;19(5):425-431.
<https://doi.org/10.1017/S1092852914000224>
 44. Miller E, Joseph S, Tudway J. Assessing the component structure of four self-report measures of impulsivity. *Personality and Individual differences*. 2004;37(2):349-358.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.09.008>
 45. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*. 2001;158(11):1783-1793.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>
 46. Moeller F.G., Swann A.C. Pharmacotherapy of clinical aggression in individuals with psychopathic disorders. In Felthous AR, Saß H (Eds.). *International handbook on psychopathic disorders and the law*. Chichester, UK: Wiley; 2007.
 47. Mohan T, Dolan S, Mohan R, Dawson J. Aripiprazole and impulse-control disorders in high-risk patients. *Asian J Psychiatr*. 2017;27:67-68.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.02.015>
 48. Nolan KA, D'Angelo D, Hoptman MJ. Self-report and laboratory measures of impulsivity in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder and healthy controls. *Psychiatry Res*. 2011;15;187(1-2):301-303.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.032>
 49. Ouzir M. Impulsivity in schizophrenia: a comprehensive update. *Aggression and Violent Behavior*. 2013;18(2):247-254.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.11.014>
 50. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol*. 1995;51:768-774.
[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:63.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:63.0.CO;2-I)
 51. Prelog PR, Palandacic AK. (2023) Hypersexuality during treatment with cariprazine in a patient with schizophrenia? A case report. *BMC Psychiatry*. 11;23(1):935.
<https://doi.org/10.1186/s12888-023-05432-1>
 52. Puljic K, Herceg M, Tudor L, Pivac N. The association between prolactin concentration and aggression in female patients with schizophrenia. *World J Biol Psychiatry*. 2021;22(4):301-309.
<https://doi.org/10.1080/15622975.2020.1795254>
 53. Reddy LF, Lee J, Davis MC, Altshuler L, Glahn DC, Miklowitz DJ, Green MF. Impulsivity and risk taking in bipolar disorder and schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*. 2014;39(2):456-463.
<https://doi.org/10.1038/npp.2013.218>
 54. Reynolds B, Ortengren A, Richards JB, De Wit H. Dimensions of impulsive behavior: Personality and behavioral measures. *Personality and individual differences*. 2006;40(2):305-315.

- <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.03.024>
55. Sagayadevan V, Satghare B, Jeyagurunathan A, Koh YS, Shafie S, Chang S, Samari E, Subramaniam M. Mediating effect of symptom severity on the relationship between aggression, impulsivity and quality of life outcomes among patients with schizophrenia and related psychoses. *Frontiers in psychiatry*. 2023;14:1154083. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1154083>
 56. Sepede G, Spano MC, Lorusso M, De Berardis D, Salerno RM, Di Giannantonio M, Gambi F. Sustained attention in psychosis: Neuroimaging findings. *World J Radiol*. 2014;28;6(6):261-273. <https://doi.org/10.4329/wjr.v6.i6.261>
 57. Spivak B, Mester R, Wittenberg N, Maman Z, Weizman A. Reduction of aggressiveness and impulsiveness during clozapine treatment in chronic neuroleptic-resistant schizophrenic patients. *Clinical neuropharmacology*. 1997;20(5):442-446. <https://doi.org/10.1097/00002826-199710000-00009>
 58. Stahl C, Voss A, Schmitz F, Nuszbaum M, Tüscher O, Lieb K, Klauer KC. Behavioral components of impulsivity. *Journal of Experimental Psychology: General*. 2014;143(2):850-886. <https://doi.org/10.1037/a0033981>
 59. Strassnig MT, Nascimento V, Deckler E, Harvey PD. Pharmacological treatment of violence in schizophrenia. *CNS Spectr*. 2020;25(2):207-215. <https://doi.org/10.1017/S1092852919001226>
 60. Strickland JC, Johnson MW. Rejecting impulsivity as a psychological construct: A theoretical, empirical, and sociocultural argument. *Psychological Review*. 2021;128(2):336-361. <https://doi.org/10.1037/rev0000263>
 61. Tiplady B. Continuous attention: Rationale and discriminant validation of a test designed for use in psychopharmacology. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers*. 1992;(1):16-21.
 62. Turiaco F, Bruno A, Mento C, Cedro C, Pandolfo G, Muscatello MRA. Impulsivity and Metacognition in a Psychiatric Population. *Clin Neuropsychiatry*. 2022;19(2):97-102. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20220203>
 63. van Erp TGM, Bakker RA, Cox K, Okamed T, Kojima Y, Eramo A, Potkin SG. Effect of brexpiprazole on control of impulsivity in schizophrenia: A randomized functional magnetic resonance imaging study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2020;301:111085. <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2020.111085>
 64. Whiteside SP, Lynam DR. The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and individual differences*. 2001;30(4):669-689. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00064-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00064-7)
 65. Xu S, Korczykowski M, Zhu S, Rao H. Assessment of risk-taking and impulsive behaviors: A comparison between three tasks. *Soc Behav Pers*. 2013;41(3):477-486. <https://doi.org/10.2224/sbp.2013.41.3.477>
 66. Zermatten A, Van der Linden M, d'Acremont M, Jermain F, Bechara A. Impulsivity and decision making. *The Journal of nervous and mental disease*. 2005;193(10):647-650. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000180777.41295.65>

Сведения об авторах

Лепилкина Таисия Алексеевна — кандидат психологических наук, научный сотрудник отдела терапии психических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, 115522, Каширское шоссе, д. 34. E-mail: lepilkina@hotmail.com

Морозова Маргарита Алексеевна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая отдела терапии психических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». E-mail: margmorozova@gmail.com

Рупчев Георгий Евгеньевич — кандидат психологических наук, научный сотрудник отдела терапии психических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». E-mail: rupchevgeorg@mail.ru

Бурминский Денис Сергеевич — кандидат медицинских наук, научный сотрудник отдела терапии психических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». E-mail: desbur@gmail.com

Бениашвили Аллан Герович — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела терапии психических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». E-mail: beniashvilia@yandex.ru

Потанин Сергей Сергеевич — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела терапии психических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». E-mail: potanin_ss@mail.ru

Кибитов Андрей Александрович — аспирант ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». E-mail: andreykibitov18@gmail.com

Поступила 13.08.2024

Received 13.08.2024

Принята в печать 30.01.2025

Accepted 30.01.2025

Дата публикации 27.06.2025

Date of publication 27.06.2025

Буллинг и кибербуллинг у детей и подростков: признаки, виды, формы, профилактика (обзор литературы)

Москаленко О.Л.

¹Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера, Красноярск, Россия

²Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия

Обзорная статья

Резюме. Буллинг и кибербуллинг у детей и подростков в настоящее время является крайне актуальной медико-социально-психологической проблемой и объединяет специалистов медицинского, психологического и педагогического звена.

Цель исследования: аналитический обзор отечественных и зарубежных исследований в области традиционного буллинга и кибербуллинга у детей и подростков.

Материалы и методы. В статье рассматриваются данные о распространенности, характеристике, признаках, видах, формах традиционного буллинга и кибербуллинга и программах профилактики у детей и подростков.

Проведен научный поиск с использованием соответствующих ключевых слов и основных терминов в поисковых системах *PubMed* и *Google Scholar*, по БД *Scopus*, *Web of Science*, *MedLine*, *The Cochrane Library*, *EMBASE*, *Global Health*, *CyberLeninka*, РИНЦ (eLIBRARY.RU) и другим.

Результаты. По результатам анализа исследований проведенных в разных странах, проблема традиционного буллинга и кибербуллинга у школьников отмечается практически во всех странах мира независимо от их экономического и социально-политического развития. Исследование психологических черт и выделение типологий личностей участников традиционного буллинга и кибербуллинга у школьников помогут в разработке стратегий противодействия буллинга и кибербуллинга, а также программах профилактики, в работе педагогов и психологов с непосредственными участниками травли и лицами, входящими в группу риска.

Заключение. Следует отметить, что программы по профилактике традиционного буллинга и кибербуллинга у школьников необходимо проводить в условиях учебно-воспитательного процесса совместно с педагогами и родителями (родительские собрания, тренинги и консультации), с учетом возрастно-психологических и индивидуальных особенностей школьников, которые являются стратегическим потенциалом будущего России.

Ключевые слова: буллинг, кибербуллинг, профилактика, дети, подростки, школьники, компьютерная грамотность, возрастные особенности аддикций

Информация об авторе:

Москаленко Ольга Леонидовна* — e-mail:gre-ll@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4268-6568>

Как цитировать: Москаленко О.Л. Буллинг и кибербуллинг у детей и подростков: признаки, виды, формы, профилактика (обзор литературы). *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:2:30-39. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-974>

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликтов интересов.

Bullying and cyberbullying in children and adolescents: signs, types, forms, prevention (literature review)

Moskalenko Olga L.

¹Research Institute of Medical Problems of the North, Krasnoyarsk, Russia

²Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voyno-Yasenetsky» of the Ministry of Health of the Russian Federation

Review article

Summary. Bullying and cyberbullying in children and adolescents is currently an extremely pressing medical, socio-psychological problem and brings together medical, psychological and pedagogical specialists.

Purpose of the study: analytical review of domestic and foreign research in the field of traditional bullying and cyberbullying in children and adolescents.

Materials and methods. The article discusses data on the prevalence, characteristics, signs, types, forms and programs for the prevention of traditional bullying and cyberbullying in children and adolescents.

A scientific search was carried out using relevant keywords and basic terms in the search engines *PubMed* and *Google Scholar*, in the *Scopus* database, *Web of Science*, *MedLine*, *The Cochrane Library*, *EMBASE*, *Global Health*, *CyberLeninka*, *RISC* (eLIBRARY.RU) and others.

Results. According to the results of an analysis of studies conducted in different countries, the problem of traditional bullying and cyberbullying among schoolchildren is observed in almost all countries of the world, regardless of their economic and socio-political development. The study of psychological traits and the identification of typologies of personalities of participants in traditional bullying and cyberbullying in schoolchildren will help in the development of strategies to combat bullying and cyberbullying, as well as prevention programs, in the work of teachers and psychologists with direct participants in bullying and people at risk.

Conclusion. It should be noted that programs for the prevention of traditional bullying and cyberbullying among schoolchildren must be carried out in the context of the educational process together with teachers and parents (parent meetings, trainings and consultations), taking into account the age-psychological and individual characteristics of schoolchildren, who are the strategic potential of the future Russia.

Key words: bullying, cyberbullying, prevention, children, adolescents, schoolchildren, computer literacy, age-related characteristics of addictions

Information about the author:

Olga L. Moskalenko* — e-mail: gre-ll@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4268-6568>

To cite this article: Moskalenko OL. Bullying and cyberbullying in children and adolescents: signs, types, forms, prevention (literature review). *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:2:30-39. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-974>. (In Russ.)

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

Буллинг (англ. «bullying» — запугивание, издевательство) — агрессивное преследование и издевательство (физическое, психологическое или интеллектуальное насилие) над одним из членов коллектива (ребенком или взрослым) со стороны другого. Также часто бывает у группы лиц, не обязательно из одного формального или признаваемого другими коллектива. Проявляется во всех возрастных и социальных группах [1, 2, 3].

В настоящее время имеется большое количество определений термина «буллинг», хотя четко сформулированного определения нет, т.к. каждый исследователь формулирует свое значение определения, исходя из имеющихся представлений о данном явлении [4, 6, 7].

Наиболее распространенными видами травли являются традиционный буллинг (ТБ) и кибербуллинг (КБ), а также их сочетания, расширяющие зону вовлеченности подростков в процесс травли в целом. Одной из трудностей, связанных с исследованием ТБ, является отсутствие общепринятого определения, что затрудняет разработ-

ку эффективных социально-педагогических мер профилактики с этим явлением [10, 12, 15].

Актуальность изучения традиционного буллинга (ТБ) у детей и подростков возрастает в связи с теми последствиями (физическое и психологическое состояние его участников), к которым приводит участие учеников в школьной травле.

Проблема ТБ является актуальной для врача педиатра в силу, влияния на психоэмоциональное состояние ребенка, которое имеет прямую связь с физическим здоровьем [25].

Важно отметить, что проблема традиционного буллинга и кибербуллинга у школьников отмечается практически во всех странах мира: Япония — 16,1%, Греция — 16,2%, Норвегия — 19,8%, Индия — 23,2%, Китай — 21,8%, Финляндия — 27,4%, Вьетнам — 30,7%, Сингапур — 28,8%, Израиль — 35,4%, Иран — 38,7%, Литва — 37,1%, независимо от их экономического и социально-политического развития. Показатели распространенности только КБ у подростков: Япония — 1,0%, Индия — 2,2%, Греция — 2,7%, Вьетнам — 2,8%,

Финляндия — 3,5%, Сингапур — 3,9%, Литва — 4,6%, Китай — 5,6%, Израиль (6,4%), Норвегия — 6,5%, Индонезия — 6,5% и Иран — 9,3% [28, 29, 30].

Так в зарубежной [31, 32, 33, 34, 35] и отечественной литературе приводятся данные, что ТБ может приводить к эмоциональному стрессу (Kim S., Kimber M., Boyle M.H., 2019 г.), депрессии (Williams S.G., Langhinrichsen-Rohling J., Wornell C., 2017 г.), тревоге, социальной изоляции, низкой самооценке (Sampasa-Kanyinga H., 2017 г.), отказу от посещения школы, злоупотреблению психоактивными веществами (Sampasa-Kanyinga H., Lalande K., Colman I. C, 2018, г.), суицидальному поведению (Zaborskis A., Ilionsky G., Tesler R., Heinz A., 2019 г.) [1, 2, 3, 4, 5].

Цель исследования: аналитический обзор отечественных и зарубежных исследований традиционного буллинга, методов оценки, диагностики и программ профилактики у детей и подростков.

Выделяют 2 основные формы традиционного буллинга психологическую и физическую:

1. Психологическая — угрозы, насмешки, клевета, изоляция, мелкое задираие без травматической физической агрессии.
2. Физическая — толчки, побои, прочие насильственные действия, порча имущества жертвы и т. д.

По характеристикам объекта насилия выделяют виды буллинга: по полу, возрасту, национальности (подростковый буллинг, буллинг против женщин), по среде распространения (школьный, родительский, кибербуллинг) и по характеру насильственных действий (физический, вербальный и социальный буллинг).

Возраст и пол участников влияет на выбор формы травли, например буллинг у детей мягче, чем у подростков; мужчины чаще применяют физическую форму, а у женщин преобладает психологическая форма.

С недавнего времени возник кибербуллинг или интернет-травля — травля через Интернет, электронную почту, SMS и т. д.

Важно отметить, что российскими и зарубежными [36, 37, 67] учеными активно изучается буллинг у школьников [6, 8, 10].

Так, жертвами буллинга в школе чаще всего становятся: двоечники и круглые отличники; любимчики учителей и дети учителей; новенькие в классе; физически слабые дети; дети, которых гиперопекают родители; дети, в семье у которых домашняя тирания; дети, которые не имеют модных и современных новинок в области электроники, одежды или, наоборот, имеют самые дорогие из них, но недоступные другим детям; вундеркинды; дети с отличающимся от стандартного мировоззрением; дети плохо обеспеченных (бедных) родителей; представители национальных и сексуальных меньшинств и др.

Особенности, которые отличают буллинг от других форм негативного поведения и действий: 1) направленность на конкретного человека; 2) повторяемость; 3) превосходство одной из сто-

рон конфликта (численное, физическое) над другой стороной.

Выделяют признаки буллинга:

- Физические отметки у ребенка без логического объяснения, особенно если они часто встречаются (например, порезы и ушибы); порванная одежда, испорченные книги, гаджеты, частая потеря вещей и др.;
- Ребенок говорит о чувстве одиночества, ведет себя скрытно и замкнуто; не хочет идти в школу, не встречается с друзьями;
- Изменение в поведении ребенка (привязанность к родителям, чрезмерное беспокойство, сопротивление повседневным делам) и необычно агрессивное поведение, запугивание более слабых, жалобы на физические боли без медицинских причин;
- Снижение успеваемости у ребенка и трудности в концентрации внимания, жалобы на внешний вид, место жительства и т.д.), т.е. которые раньше не беспокоили;
- Саморазрушительное поведение, побеги из дома.

По типам школьный буллинг разделяют на:

1) физический буллинг - наносит краткосрочный или долгосрочный моральный и физический ущерб (избиение, удары, ущемление прав, повреждение вещей);

2) социально-психологический (наносит вред социальной репутации, самочувствию и/или вызывает унижение);

3) вербальный буллинг (обзывание, оскорбление, насмешки, запугивание, расистские высказывания, словесное унижение);

4) кибербуллинг — травля с помощью сети Интернет.

Кибербуллинг (КБ) — намеренные оскорбления, буллинг, травля, угрозы, диффамации и осуществляется в информационном пространстве через информационно-коммуникационные каналы и средства в течение продолжительного периода времени. Для обозначения явления также используется термин «интернет-моббинг».

КБ распространяется и происходит в Интернете посредством социальных сетей: «Facebook», «Instagram» (в настоящее время запрещены в РФ), «Snapchat» и «Tik-tok»; в приложениях для обмена сообщениями, в переписке и «онлайн-чатах» в сети Интернет (онлайн-форумы, чаты, онлайн-игры и т.д.), электронная почта, видеопорталах (YouTube) с размещением компрометирующих видеоматериалов и сообщений с обесценивающей лексикой [39, 40, 41, 42, 43]. Лица участвовавшие в агрессивных действиях КБ называют «тролли», «булли» или «мобберы», часто они действуют анонимно.

В исследованиях зарубежных и отечественных ученых выделяют виды кибербуллинга:

1. Флейминг, домогательства, гриферы, кибертролли, киберсталкинг (Agatston P. W., Limber S., Kowalski R. M., 2014 г.) [48]
2. Исключение, домогательства, вылазки, киберпреступление, фразин, рассылка поддельных профилей, обман, троллинг [49]

3. Оскорбления, травля, очернение. олицетворение, вылазка, обман, отчуждение, киберпреступление (Willard, N. E) [64]
4. Травля текстовыми сообщениями, травля фото и видео с мобильных телефонов, телефонными звонками, по электронной почте, в чате, травля посредством мгновенных сообщений, травля через веб-сайты (Smith P. K. et al., 2006 г.)
5. Онлайн-домогательства, флейминг, киберпреступность, клевета или троллинг, розыгрыши, разглашение конфиденциальной информации (Kyriacou C., Zuin A., 2015г.)
6. Троллинг, киберсталкинг, кибермобинг, бокс, фрапинг, оскорбление, пикник, флейминг, порно-мести [50].

Причины травли: 1) Страх (примыкают к активной, предположительно сильной группе коллектива, чтобы не стать жертвой травли); 2) Завоевание признания (потребность «выделиться», быть на виду, завоевать влияние и престиж в группе); 3) Межкультурные конфликты (национальные различия в культуре, в традициях, в языке, нетипичная внешность); 4) Скука (от скуки могут негативно прокомментировать чью-либо фотографию в сети Интернет); 5) Демонстрация силы (потребность показать свое превосходство); 6) Комплекс «неполноценности» (возможность «уклоняться» от комплекса или проецировать его на другого человека); 7) Личностный кризис (разрыв любовных отношений, дружбы, чувство ненависти и зависти, неудачи, провалы, ошибки) [50, 52, 53, 60, 62].

Формы травли по классификации N. Willard, 2007 г. [64].

- *Оскорбление* - происходит в открытом публичном пространстве сети Интернет посредством оскорбительных комментариев, обращений и замечаний;
- *Домогательство* — целенаправленные и систематические кибератаки от незнакомых пользователей социальных сетей и людей из ближайшего реального социального окружения;
- *Распространение слухов* — намеренное выставление жертвы в «черном свете» с помощью публикации фото- или видео материалов на Интернет-страницах, форумах, группах или отправке по электронной почте;
- *Использование «фиктивного имени»* - агрессор намеренно выдает себя за другого человека, используя пароль жертвы (чтобы оскорбить учителя);
- *Публичное разглашение личной информации* — распространение интимных фото-видео, финансового положения, рода деятельности;
- *Социальная изоляция* — отказ общаться, как на деловом, так и на неформальном уровне (исключение из группы или игрового сообщества и т.д.);
- *Продолжительное домогательство и преследование* — систематическое (сексуаль-

ное) преследование кого-либо, сопровождающееся угрозами и домогательствами;

- *Открытая угроза физической расправы* — прямые или косвенные угрозы убийства кого-либо или причинения телесных повреждений.

В исследовании Кара И.С. (2023 г.) установлено, что 93% интервьюируемых учащихся знают термин ТБ, 20% сами были наблюдателями и около 19 % стали жертвами и наблюдателями издевательств. Также 59 % детей отмечали, что лично не участвовали в ТБ [11].

Факты буллинга у подростков (традиционный буллинг и кибербуллинг) отмечались: в 36% в школе, около 30 % в социальных сетях, 17% в школе и социальных сетях. По мнению более 23% анкетированных учащихся, травлю в образовательной организации способен прекратить педагогический коллектив, 15% родители и около 11% педагогический коллектив школы совместно с родителями [11, 12, 13, 15].

В РФ распространенность случаев насилия над детьми, по данным разных источников [17, 21, 22, 24], составляет от 3,1% до 57% от общего числа детского населения в зависимости от форм и видов насилия (физическое, психологическое, информационное).

В исследовании Роннинг с соавт. (2019 г.) [OECD. PISA 2018 Results], проводилась оценка психического здоровья участников ТБ через 10-15 лет, установлено, что участники опроса, которые отмечали о причастности к школьной травле в 3 раза больше демонстрировали высокий уровень тревожно-депрессивных состояний и расстройства личности [23, 25, 26].

Исследования (Islam M.I., Yunus F.M. с соавт, 2021 г.), проведенные у подростков от 14 до 17 лет, выявили распространенность ТБ 25,1% и кибербуллинга 7,0% [36].

По результатам исследования (Семенова Н.Б., 2023 г.) анализ распространенности ТБ у подростков г. Красноярск показывает неблагоприятную ситуацию в подростковой среде и данное исследование нуждается в продолжении изучения факторов риска и защиты, распространенности агрессии у подростков и проведения программ профилактики [22].

Семенова Н.Б. (2023 г.) в исследовании ТБ у подростков г. Красноярск отмечается в 28,7% (мальчики — 26,5%, девочки — 30,8%), КБ составляет 25,7% (мальчики — 33,5%, девочки — 18,9%). ТБ и КБ могут происходить самостоятельно или в сочетании, что увеличивает распространенность буллинга в целом до 43,1% (из них ТБ — 17,2%, КБ 14,3%, оба вида — 11,6%) [22].

Анализ антибуллинговых программ:

По результатам анализа исследований, проведенных в разных странах, отмечается, что антибуллинговые программы в целом эффективны и снижают уровень ТБ на 19-20%, а уровень виктимизации — на 15-16%. Однако, следует отме-

титель, что есть различия в результатах эффективности антибуллинговых программ в зависимости от страны, города или штата. Для эффективной реализации задачи по профилактике ТБ в РФ необходимо детально ознакомиться с опытом стран Европы и США, в которых такие программы применяются.

Антибуллинговые программы:

1. SAVE/ANDAVE (Ortega R. Испания) — программа направлена на развитие чувства благополучия и навыков коммуникации обучающихся. Основным методом является прямое взаимодействие (эмоциональное, ценностное обучение и демократизация школьников в коллективе) с учениками «инициаторами» или «жертвами», в основном применяется в начальных и средних классах школы. В результате применения программы на 57% снизилась доля «инициаторов» и «жертв» в школьном коллективе и увеличилось на 7% «свидетелей», а в экспериментальной группе на 16% увеличилось число детей, отмечающих, что отношения улучшились. Также на 41% сократилось количество «жертв», которые неоднократно оказывались в ситуации ТБ в течение года. (Onega R., 2004)

2. KiVa «Kiusaamista Vastaan», что означает «против издевательств» — школьная программа Финляндии, она разрабатывалась в 2006–2009 годах и на данный момент — это единственная программа профилактики школьной травли в этой стране. Программа распространяется на всех учащихся общеобразовательных школ от 5 до 11 лет, цель уменьшить показатели буллинга и снизить уровень виктимизации среди школьников.

3. Bulli&Pupe (Bullies and Dolls, Италия) — программа противодействия ТБ, направленная не только на изменение поведения отдельных лиц, но и на формирование сплоченности группы сверстников. Целью программы является снижение уровня «виктимизации» и числа случаев травли у школьников.

4. The Donegal и ABC (Ирландия) — программы применялись на общешкольном уровне и были похожи по характеру мероприятий, которые обязательны к проведению и включали: обучение педагогических сотрудников (обученные педагоги стали координаторами школьных сетей, в каждую из которых входили от 3 до 5 школ). Преподаватели оказывали помощь и поддержку всем членам школьных сообществ (советы директоров, сотрудники, родители и ученики). Также были предоставлены специальные материалы для учителей и родителей. Обучающимся были предложены материалы по профилактике ТБ с перечнем советов, как реагировать в подобных ситуациях (O'Moore A.M. & Milton S.J. 2004)

5. Viennese Social Competence (ViSC), Австрия — является основной профилактической программой, предназначенной для учащихся 5-8 классов (от 11 до 15 лет). Предотвращение агрессии и ТБ определяется как задача развития и роста

самой школы. Главной целью программы «ViSC» является снижение агрессивного поведения и числа случаев травли, а также развитие социальных и межкультурных компетенций в школах.

По данным trohmeier et al, программа является эффективной в снижении частоты вовлеченности подростков в ситуации ТБ, также снизилось число «инициаторов» и «жертв». Предварительные результаты показали незначительное изменение уровня виктимизации и снижение показателей кибербуллинга.

6. Expect Respect (USA) — программа направлена на повышение осведомленности и обучение эффективным мерам реагирования на буллинг и сексуальные домогательства. «Expect respect» — последователь PBIS, в том числе и с точки зрения вовлечения всех уровней школьного сообщества. Программа состоит из 5 основных компонентов: учебной программы в классе, обучения персонала, разработки общешкольной политики, тренинга для родителей и комплекса мероприятий для поддержки жертв. Реализуется программа в классе в течение 12 еженедельных сессий, адаптированных на основании специального руководства под названием «Bullyproof: руководство для учителей по противодействию травле для использования с учениками четвертого и пятого классов».

7. Steps to Respect — программа, предназначенная для уменьшения случаев травли в школе. Помимо работы непосредственно с буллингом, она направлена на оздоровление отношений всех участников образовательного процесса в целом (за счет развития просоциальных навыков у учителей, администрации, родителей и других взрослых). Программа разработана в качестве поддержки антибуллинговых законодательных проектов, предложенных Министерством юстиции США.

8. S.S. GRIN (США) — программа направлена на то, чтобы помочь школьникам повысить свои социальные навыки. Разработана в формате тренинга по обучению навыкам социальной адаптации для жертв буллинга (в первую очередь социального, связанного с отказом от общения) и для детей в тяжелой жизненной ситуации. Этот тип программы противодействия буллингу может быть применен к целому ряду проблем (агрессивность, заниженная самооценка, депрессия, социальная тревога, социальное сиротство), а не только к проблеме буллинга.

9. Friendly Schools (Австралия) — первая инициатива по борьбе с буллингом, разработанная на основе обширных исследований австралийских детей и подростков. Проект нацелен на 3 основные группы: все сообщество школьников; семьи; отдельно выделяемая группа учащихся 4-5-х классов и их учителей. Результаты исследования подтвердили эффективность программы «Friendly Schools», распространенность буллинга в школах стала значимо меньше. Данные самоотчетов собирались в течение трех лет.

Важно отметить, что у подростков, вовлеченных в ТБ, чаще встречаются нарушения психического здоровья и проявления суицидальности, в сравне-

нии с не вовлеченными сверстниками, в том числе, проблемы с поведением — 51,2%, эмоциональные симптомы — 13,5%, гиперактивность — 12,1%, проблемы со сверстниками — 30,9%, умышленные самоповреждения — 7,1%, суицидальные идеации и попытки 26,3% и 8,1% соответственно [23, 24, 25, 26].

В 2019 г. в РФ по инициативе «Общероссийского Профсоюза образования и Федерального научно-методического центра в области психологии и педагогики толерантности» была запущена антибуллинговая программа «Каждый важен». Опираясь на международный опыт и российские реалии, программа позволяет создать в классе систему ценностей, норм и правил, нетерпимых к проявлениям ТБ и любых форм насилия. В центре внимания этой программы оказываются не «агрессоры» и не «жертвы», а «свидетели» — большинство детей в классе, позиция которых и позволяет существовать травле. Программа адресована: 1) педагогам (программа повышения квалификации «Каждый важен: интерактивные методы профилактики травли в школе»); 2) школьникам (серия профилактических занятий); 3) родителям (просветительские информационные материалы). Данная программа получила положительную экспертную оценку Российской академии образования и Департамента образования г. Москвы.

Антибуллинговые программы распространены по миру неравномерно. В большинстве стран действуют либо одна, либо две программы. Политика государства по отношению к школьной травле является одним из важнейших факторов для распространения любых программ, направленных на противодействие девиантному поведению несовершеннолетних. Государство может делегировать вопрос внедрения антибуллинговых программ конкретным образовательным или общественным организациям, административным единицам.

Также хочется сказать, что, к сожалению, в школах по всему миру не проводилось одинаковых по оценке и методологии исследований для выявления распространенности ТБ и данные из разных источников существенно расходятся.

Важно отметить, что перспективными направлениями дальнейшего исследования проблемы является более детальное изучение ролей в ситуациях ТБ (изучить гендерные особенности участников ТБ, изучить представление родителей и учителей о ситуации ТБ в школе). Создание на базе учебных заведений советов по профилактике ТБ и приглашение специалистов по буллингу и применение антибуллинговых программ.

Наилучшей мерой профилактики в борьбе с преследованием является совершенствование знаний и понимания в области ТБ и КБ у детей и подростков родителями, педагогами и воспитателями.

В школе учителям не всегда удается вовремя обнаружить случаи ТБ и КБ на этапе их возникновения, как правило, это происходит достаточно поздно на этапе серьезного конфликта. Меры по узнаванию «моббера» в школе могут способствовать смягчению конфликта и препятствовать его распространению [60, 61, 62].

Так, в Южной Корее разработан законопроект, который направлен на борьбу против КБ (2007 г.). Во Франции учителя должны вести учет контента блогов (2011 г.). В Германии КБ причисляют к деликту (частному или гражданско-правовому проступку). В РФ отсутствует законодательная база, определяющая «преследователей» и «жертв травли» [63, 64, 66].

Результаты многочисленных исследований показывают актуальность буллинга у детей и подростков, который проявляется в виде ТБ и КБ, что в дальнейшем может привести к эмоциональным нарушениям, социальной дезадаптации и даже к суицидальному поведению.

Заключение. Анализ литературы зарубежных и отечественных исследований показал, что факторами, оказывающими влияние на распространенность ТБ у подростков в учебных заведениях, являются объективные показатели (общий уровень насилия в обществе) и субъективные (тип школы, особенности коллектива школы, гендерное равенство или отсутствие его, этнические и социальные характеристики).

Таким образом, в настоящее время нет четкого практического метода диагностики, на основании результатов которого строилась бы программа профилактики. Высокая вовлеченность подростков в традиционный буллинг и кибербуллинг требует разработки программ профилактики для снижения агрессивного поведения в подростковой среде и создания условий безопасности в школе.

Антибуллинговые программы рекомендуют осуществление, которое должно быть направлено как на отдельного школьника, так и на уровне класса, школы (выработка согласованной позиции педколлектива на основании понимания сути ТБ; совершенствование системы мер и процедур по предотвращению ТБ; создание антибуллингового комитета, занимающегося предотвращением буллинга и введением профилактических программ; обучение всего школьного персонала; использование внутренних и внешних экспертов; оглашение дисциплинарного взыскания: замечание; выговор; отчисление из школы, применяемых к «буллерам» в школе), семьи и сообщества в целом (просвещение родителей и знакомство с программами предотвращения ТБ; поддержание постоянной связи с родителями; заявление о случаях ТБ и «виктимизации»; вовлечение родителей в планирование деятельности по предотвращению ТБ в школе).

Литература / References

1. Башмакова Е.А., Дегтярев Е.А. Факторы и социальные причины буллинга и кибербуллинга в подростковом возрасте. Проблемы современного педагогического образования. 2021;71:36-38. Bashmakova EA, Degtyarev EA. Factors and social causes of bullying and cyberbullying in adolescence. Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya. 2021;71:36-38. (In Russ.).
2. Бочавер А.А., Горлова Н.В., Хломов К.Д. Проблема буллинга в контексте образовательной среды: опрос сотрудников школ. Психологические исследования. Bochaver AA, Gorlova NV, Khlomov KD. The problem of bullying in the context of the educational environment: a survey of school staff. Psikhologicheskie issledovaniya. 2021;14(76):3. (In Russ.).
3. Буракова И.С., Перепёлкина Н.А., Пилюгина Е.И. Диагностика, профилактика и коррекция склонности к кибербуллингу у младших подростков. Проблемы современного педагогического образования. 2022;75:13-16. Burakova IS, Perepelkina NA, Pilyugina EI. Diagnosis, prevention and correction of cyberbullying tendencies in younger adolescents. Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya. 2022;75:13-16. (In Russ.).
4. Вихман А.А., Волкова Е.Н., Скитневская Л.В. Традиционные и цифровые возможности профилактики кибербуллинга. Вестник Мининского университета. 2021;9(4):10. Vikhman AA, Volkova EN, Skitnevskaya LV. Traditional and digital options for preventing cyberbullying. Vestnik Mininskogo universiteta. 2021;9(4):10. (In Russ.).
5. Власова Н.В., Буслаева Е.Л. Психологические особенности лиц, склонных к кибервиктимному поведению. Психология и право. 2022;12(2):194-206. Vlasova NV, Buslaeva E. Psychological characteristics of persons prone to cybervictim behavior. Psikhologiya i pravo. 2022;12(2):194-206 (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/psylaw.2022120214>.
6. Волчегорская Е.Ю., Жукова М.В., Шишкина К.И. Риски цифровой зависимости у детей младшего школьного возраста. Перспективы науки и образования. 2022;4(58):355-369. Volchegorskaya EYu, Zhukova MV, Shishkina KI. Risks of digital addiction in primary school children. Perspektivy nauki i obrazovaniya. 2022;4(58):355-369. (In Russ.).
7. Грицинская В.Л., Москаленко О.Л. Использование компьютерных технологий при проведении диспансеризации детского населения республики Тыва. В мире научных открытий. 2017;9(2):158-167. Gritinskaya VL, Moskalenko OL. The use of computer technology in the conduct of clinical examination of the child population of the Republic of Tyva. V mire nauchnykh otkrytiy 2017;9(2):158-167. (In Russ.). <https://doi.org/10.12731/wsd-2017-2-158-167>
8. Дегтярев Е.А. Стратегия профилактики буллинга и кибербуллинга образовательной организации в подростковой среде. Мир науки, культуры, образования. 2021;4(89):121-123. Degtyarev EA. Strategy for the prevention of bullying and cyberbullying of an educational organization among teenagers. Mir nauki, kul'tury, obrazovaniya. 2021;4(89):121-123. (In Russ.).
9. Деревянных Е.В., Балашова Н.А., Яскевич Р.А. и др. Частота и выраженность тревожно-депрессивных нарушений у студентов медицинского вуза. В мире научных открытий. 2017;9(1):10-28. Derevyannykh EV, Balashova NA, Yaskevich RA, Moskalenko OL. Frequency and severity of anxiety-depressive disorders in medical students. V mire nauchnykh otkrytiy. 2017;9(1):10-28. (In Russ.). <https://doi.org/10.12731/wsd-2017-1-10-28>
10. Жукова М.В., Шишкина К.И., Лямагина А.Н. и др. Взаимосвязь между личностными характеристиками и степенью цифровой зависимости у студентов педагогического вуза. Science for Education Today. 2023;13(23):28-43. Zhukova MV, Shishkina KI, Lyamagina AN et al. The relationship between personal characteristics and the degree of digital addiction among students of a pedagogical university. Science for Education Today. 2023;13(23):28-43. (In Russ.). <https://doi.org/10.15293/2658-6762.2303.02>.
11. Кара И.С. Профилактика буллинга среди несовершеннолетних в школе. Вестник Костромского государственного университета. 2023;29(2):212-219. Kara IS. Prevention of bullying among minors at school. Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. 2023;29(2):212-219. (In Russ.).
12. Карпеева О.В. К вопросу о понятии «виктимное поведение». Социально-культурная деятельность: векторы исследовательских и практических перспектив: материалы Международной электронной научно-практической конференции, Казань, 2021. Karpeeva O.V. K voprosu o ponyatii «viktimnoe povedenie». Sotsial'no-kul'turnaya deyatel'nost': vektory issledovatel'skikh i prakticheskikh perspektiv: materialy Mezhdunarodnoy elektronnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii. Kazan', 2021. (In Russ.).
13. Королев А.А. Взаимосвязь типа личности жертвы со спецификой воздействия буллинга. Психология. 2021;4:1-10. Korolev AA. The relationship between the personality type of the victim and the specific impact of bullying. Psikhologiya. 2021;4:1-10. (In Russ.). <https://doi.org/10.25136/2409-8701.2021.4.36256>
14. Москаленко О.Л. Характеристика свойств темперамента у юношей-студентов разных соматотипов г. Железногорска. В мире научных открытий. 2015;8-1(68):442-449.

- Moskalenko OL. Characteristics of the properties of temperament in male students of different somatotypes in Zheleznogorsk. *V mire nauchnykh otkrytiy*. 2015;8-1(68):442-449. (In Russ.).
15. Москаленко О.Л., Пуликов А.С. Особенности адаптации организма юношей в условиях городского антропогенного загрязнения окружающей среды. *Фундаментальные исследования*. 2014;10-4:705-709.
Moskalenko OL, Pulikov AS. Features of adaptation of the body of young men in conditions of urban anthropogenic environmental pollution. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2014;10-4:705-709. (In Russ.).
 16. Москаленко О.Л., Пуликов А.С. Влияние антропогенного загрязнения на психосоматическое состояние юношей. *Вестник КрасГАУ*. 2014;5(92):163-170.
Moskalenko OL, Pulikov AS. Influence of anthropogenic pollution on the psychosomatic state of young men. *Vestnik KrasGAU*. 2014;5(92):163-170. (In Russ.).
 17. Санина Е.И., Дегтярев Е.А. Профилактика кибербуллинга как цель социализации подростков в условиях цифровой среды. *Проблемы современного педагогического образования*. 2020;68-4:141-143.
Sanina EI, Degtyarev EA. Prevention of cyberbullying as a goal of socialization of adolescents in the digital environment. *Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya*. 2020;68-4:141-143. (In Russ.).
 18. Пуликов А.С., Москаленко О.Л. Особенности экологической морфологии юношей Сибири в условиях городского антропогенного загрязнения. *В мире научных открытий*. 2015;6-1(66):393-407.
Pulikov AS, Moskalenko OL. Peculiarities of ecological morphology of youths in Siberia under conditions of urban anthropogenic pollution. *V mire nauchnykh otkrytiy*. 2015;6-1(66):393-407. (In Russ.).
 19. Пуликов А.С., Москаленко О.Л., Зайцева О.И. Адаптационный потенциал юношей Красноярского края как показатель состояния здоровья. *В мире научных открытий*. 2011;4(16):361-367.
Pulikov AS, Moskalenko OL, Zaytseva OI. Adaptive potential of young men of the Krasnoyarsk Territory as an indicator of the state of health. *V mire nauchnykh otkrytiy*. 2011;4(16):361-367. (In Russ.).
 20. Пуликов А.С., Москаленко О.Л., Зайцева О.И. Особенности адаптации организма юношей в возрастном аспекте в различных экологических условиях. *В мире научных открытий*. 2011;5(17):76-83.
Pulikov AS, Moskalenko OL, Zaytseva OI. Features of the adaptation of the body of young men in the age aspect in various environmental conditions. *V mire nauchnykh otkrytiy*. 2011;5(17):76-83. (In Russ.).
 21. Роженов В.А., Валева Р.А. Актуализация проблемы профилактики виктимного поведения подростков в сети интернет. *Международный журнал экспериментального образования*. 2022;6:56-60.
Rozhenko VA, Valeeva RA. Updating the problem of preventing victimized behavior of adolescents on the Internet. *Mezhdunarodnyy zhurnal eksperimental'nogo obrazovaniya*. 2022;6:56-60. (In Russ.).
 22. Семенова Н.Б. Проблема буллинга и кибербуллинга у подростков. *Научный форум. Сибирь*. 2023;9(2):37-40.
Semenova NB. The problem of bullying and cyberbullying among teenagers. *Nauchnyy forum. Sibir*. 2023;9(2):37-40. (In Russ.).
 23. Солдатов Д.Н. Причины и последствия кибербуллинга в подростковой среде. *Инновации. Наука. Образование*. 2021;35:1927-1932.
Soldatov DN. Causes and consequences of cyberbullying among adolescents. *Innovatsii. Nauka. Obrazovanie* 2021;35:1927-1932. (In Russ.).
 24. Соловьев Д.Н. Использование потенциала первичного коллектива в профилактике буллинга среди школьников подросткового возраста: автореф. дис. ... канд. пед. наук. Тюмень, 2015.
Solov'ev D.N. Ispol'zovanie potentsiala pervichnogo kolektiva v profilaktike bullinga sredi shkol'nikov podrostkovogo vozrasta: avtoref. dis. ... kand. ped. nauk. Tyumen', 2015. (In Russ.).
 25. Файзуллина Р.М., Гафурова Р.Р., Богомолова Е.А. Буллинг среди детей и подростков как социально-психологическая проблема для современного врача-педиатра. *Состояние и перспективы развития современной науки и образования: сборник статей VI Международной научно-практической конференции*. Петрозаводск: МЦНП «Новая наука», 2023.
Fayzullina R.M., Gafurova R.R., Bogomolova E.A. Bulling sredi detey i podrostkov kak sotsial'no-psikhologicheskaya problema dlya sovremennogo vracha-pediatra. *Sostoyanie i perspektivy razvitiya sovremennoy nauki i obrazovaniya: sbornik statey VI Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii*, Petrozavodsk: MTsNP «Novaya nauka», 2023. (In Russ.).
 26. Хоменко А.Н. К вопросу о виктимизации жертв киберпреступлений. *Виктимология*. 2021;8(2):143-148.
Khomenko AN. On the issue of victimization of victims of cybercrime. *Viktimologiya*. 2021;8(2):143-148. (In Russ.).
 27. Щипанова Д.Е. Исследование кибербуллинга: разработка диагностического инструментария. *Наука. Информатизация. Технологии. Образование: материалы XIV международной научно-практической конференции*, г. Екатеринбург: РГППУ, 2021.
 28. Shchipanova D.E. Issledovanie kiberbullinga: razrabotka diagnosticheskogo instrumentariya. *Nauka. Informatizaciya. Tekhnologii. Obrazovanie: materialy XIV mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii*, g. Ekaterinburg: RGPPU, 2021. (In Russ.).

29. Ang CS. Internet habit strength and online communication: Exploring gender differences. *Computers in Human Behavior*. 2017;66:1-16. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.09.028>.
30. Aparicio-Martínez P, Ruiz-Rubio M, Perea-Moreno AJ et al. Gender differences in the addiction to social networks in the Southern Spanish university students. *Telematics and Informatics*. 2020;46:101304. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2019.101304>
31. Beckman L, Hagquist C, Hellström L. Does the association with psychosomatic health problems differ between cyberbullying and traditional bullying. *Emotional and Behavioural Difficulties*. 2012;17(3-4):421-434. <https://doi.org/10.1080/13632752.2012.704228>.
32. Campfield D.C. Cyber Bullying and Victimization: Psychosocial Characteristics of Bullies, Victims, and Bully. [scholarworks.umd]. scholarworks; 2008 [accessed 5 September2023] Available: <https://scholarworks.umd.edu/etd/288/>
33. Chudal R, Tiiri E, Brunstein Klomek A, Ong SH et al. Victimization by traditional bullying and cyberbullying and the combination of these among adolescents in 13 European and Asian countries. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. 2021;31(9):1391-404. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01779-6>
34. Durkee T, Carli V, Floderus B, Wasserman C et al. Pathological Internet Use and Risk-Behaviors among European Adolescents. *Int. J. Environ Res Public Health*. 2016;13:30294. <https://doi.org/10.3390/ijerph13030294>.
35. Evangelio C, Rodríguez-González P, Fernández-Río J, Gonzalez-Villora S. Cyberbullying in elementary and middle school students: A systematic review. *Computers & Education*. 2022;176:104356. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2021.104356>.
36. Gözrig A, Frumkin LA. Cyberbullying experiences on-the-go: When social media can become distressing. *Cyberpsychology*. 2013;7(1):4. <https://doi.org/10.5817/CP2013-1-4>.
37. Islam MI, Yunus FM, Kabir E, Khanam R. Evaluating risk and protective factors for suicidality and self-harm in Australian adolescents with traditional bullying and cyberbullying victimizations. *Am. J. Health Promot.* 2021;36(1):73-83. <https://doi.org/10.1177/08901171211034105>
38. Jungert T, Karataş P, Iotti NO, Perrin S. Direct Bullying and Cyberbullying: Experimental Study of Bystanders' Motivation to Defend Victims and the Role of Anxiety and Identification With the Bully. *Frontiers in Psychology*. 2021;11:616572. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.616572>.
39. Kim S, Kimber M, Boyle MH et. al. Sex differences in the association between cyberbullying victimization and mental health, substance use, and suicidal ideation in adolescents. *Can. J.Psychiatry*. 2019;64(2):126-35.
40. Kowalski RM, Giumetti GW, Schroeder AN, Lattanner MR. Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychological Bulletin*. 2014;4:1073-1137. <https://doi.org/10.1037/a0035618>.
41. Kwok-Kei Mak, Ching-Man Lai et al. Epidemiology of internet behaviors and addiction among adolescents in six Asian countries. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2014;17(11):720-728. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0139>.
42. Kyriacou C, Zuin A. Cyberbullying of teachers by students on YouTube: challenging the image of teacher authority in the digital age. *Res. Pap. Educ.* 2015;1522:1-19. <https://doi.org/10.1080/02671522.2015.1037337>.
43. Nocentini A, Calmaestra J, Schultze-Krumbholz A, Scheithauer H et al. Cyberbullying: Labels, behaviours and definition in three European countries. *Australian Journal of Guidance and Counselling*. 2010;20(2):129-142. <https://doi.org/10.1375/ajgc.20.2.129>.
44. OECD. PISA 2018 Results (Volume III): What School Life Means for Students' Lives. [oecd.org], oecd; 2019. <https://doi.org/10.1787/acd78851-en> Available: https://www.oecd.org/en/publications/pisa-2018-results-volume-iii_acd78851-en.html
45. Olweus D., Rubin Eds. K.H. Victimization by peers: Antecedents and long-term outcomes. *Social Withdrawal, inhibition, and Shyness in Childhood*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 1993.
46. Olweus D. Bully/victim problems in school: Facts and intervention. *European Journal of Psychology and Education*. 1997;12(4):495-510. <https://doi.org/10.1007/bf03172807>.
47. Qing Li Cyberbullying in Schools: A Research of Gender Differences. *School Psychology International*. 2006;27(2):157-170. <https://doi.org/10.1177/0143034306064547>.
48. Reer F, Festl R, Quandt T. Investigating problematic social media and game use in a nationally representative sample of adolescents and younger adults. *Behaviour & Information Technology*. 2021;40:776-789. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2020.1724333>
49. Kowalski Robin M, Giumetti Gary W, Schroeder Amber N, Micah R. Bullying in the digital age: a critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychol Bull.* 2014;140(4):1073-137. <https://doi.org/10.1037/a0035618>.
50. Sainz V, Martín-Moya B. The importance of prevention programs to reduce bullying: A comparative study. *Frontiers in Psychology*. 2023;13:1066358. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1066358>.
51. Salmivalli C, Laninga-Wijnen L, Malamut ST et al. Bullying Prevention in Adolescence: Solutions and

- New Challenges from the Past Decade. *Journal of Adolescent Research*, 2021;31(4):1023-1046.
<https://doi.org/10.1111/jora.12688>.
52. Sampasa-Kanyinga H. Co-occurring cyberbullying and school bullying victimization and associations with mental health problems among Canadian middle and high school students. *Violence Vict.* 2017;32 (4):671-687.
 53. Sampasa-Kanyinga H, Lalande K, Colman I. Cyberbullying victimisation and internalising and externalising problems among adolescents: the moderating role of parent-child relationship and child's sex. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2018;13(29):e8.
<https://doi.org/10.1017/S2045796018000653>
 54. Smith P, Mahdavi J, Carvalho et al. An Investigation into Cyberbullying, Its Forms, Awareness and Impact, and the Relationship between Age and Gender in Cyberbullying. [staffsscb.org]. staffsscb; 2006.
 Available: <https://www.staffsscb.org.uk/Professionals/Key-Safeguarding/e-Safety/Task-to-Finish-Group/Task-to-Finish-Group-Documentation/Cyber-Bullying---Final-Report.pdf>
 55. Sourander A, Chudal R, Skokauskas N, Al-Ansari AM et al. Unmet needs of child and adolescent psychiatrists among Asian and European countries: Does the Human Development Index (HDI) count? *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 2018;27(1):5-8.
 56. Sourander A, Klomek AB, Ikonen M, Lindroos J et al. Psychosocial risk factors associated with cyberbullying among adolescents: A population-based study. *Archives Of General Psychiatry*. 2010;67(7):720-728.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.79>.
 57. Stephens MM, Cook-Fasano HT, Sibbaluca K. Childhood bullying: implications for physicians. *Am. Fam. Physician*. 2018;97(3):187-192.
 58. Suris JC, Akre C, Piguet C, Ambresin AE et al. Is Internet use unhealthy? A cross-sectional study of adolescent Internet overuse. *Swiss medical weekly*. 2014;144:w14061.
<https://doi.org/10.4414/smww.2014.14061>.
 59. Nixon CL. Current perspectives: the impact of cyberbullying on adolescent health. *Adolesc Health Med Ther*. 2014;1(5):143-58.
<https://doi.org/10.2147/AHMT.S36456>.
 60. Tereshchenko S, Kasparov E, Smolnikova M, Shubina M, Gorbacheva N, Moskalenko O. Internet addiction and sleep problems among russian adolescents: a field school-based study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(19):397.
<https://doi.org/10.3390/ijerph181910397>
 61. Tokunaga RS. Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Computers in Human Behavior*. 2010;26:277-287.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2009.11.014>.
 62. Vesely S, Klöckner CA. Social Desirability in Environmental Psychology Research: Three Meta-Analyses. *Frontiers in psychology*. 2020;11:1395.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01395>.
 63. Wang J. Understanding the role of social factors in cyberbullying at work. *Computers in Human Behavior*. 2022;134:107325.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107325>.
 64. Wang J, Iannotti RJ, Luk JW. Patterns of adolescent bullying behaviors: Physical, verbal, exclusion, rumor, and cyber. *Journal of School Psychology*. 2012;50(4):521-534.
<https://doi.org/10.1016/j.jsp.2012.03.004>.
 65. Willard N. Educator's guide to cyberbullying and cyberthreats [safestates.org]. safestates; 2007.
 Available: <https://cdn.ymaws.com/www.safestates.org/resource/resmgr/imported/educatorsguide.pdf>
 66. Williams SG, Langhinrichsen-Rohling J, Wornell C, Finnegan H. Adolescents transitioning to high school: sex differences in bullying victimization associated with depressive symptoms, suicide ideation, and suicide attempts. *J. Sch. Nurs*. 2017;33(6):467-479.
<https://doi.org/10.1177/1059840516686840>
 67. Zaborskis A, Ilionsky G, Tesler R, Heinz A. The association between cyberbullying, school bullying, and suicidality among adolescents. *Crisis*. 2019;40(2):100-104.
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000536>
 68. 10 Forms of cyberbullying. [kids.kaspersky.com]. kids.kaspersky; 2015.
 Available: <https://kids.kaspersky.com/10-forms-of-cyberbullying>

Сведения об авторе

Москаленко Ольга Леонидовна — старший научный сотрудник, кандидат биологических наук, доцент кафедры гистологии, цитологии, эмбриологии «Научно-исследовательского института медицинских проблем Севера», ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: grell@mail.ru

Поступила 28.05.2024

Received 28.05.2024

Принята в печать 25.10.2024

Accepted 25.10.2024

Дата публикации 27.06.2025

Date of publication 27.06.2025

Вальпроат-индуцированные нарушения метаболизма дофамина и развитие вальпроат-индуцированного паркинсонизма: новый взгляд на профилактику и диагностику

Шнайдер Н.А.^{1,2}, Гречкина В.В.¹, Киссин М.Я.³, Насырова Р.Ф.^{1,4}

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

²Красноярский государственный медицинский университет имени В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия

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

⁴Тульский государственный университет, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Проблема вальпроат-индуцированных нежелательных реакций, включая вальпроат-индуцированный паркинсонизм, имеет высокую актуальность в связи с широким использованием вальпроатов в психиатрической и неврологической практике и сложностью патогенеза нарушения дофаминергической нейротрансмиссии. К сожалению, пока не разработаны персонализированные алгоритмы для практикующих врачей, основанные на использовании современных методов фармакогеномики и фармакометабономики вальпроат-индуцированного паркинсонизма. Наиболее важными методами диагностики и прогнозирования вальпроат-индуцированного паркинсонизма являются 1) исследование неврологического статуса (оценка моторных и немоторных симптомов лекарственного паркинсонизма); 2) терапевтический лекарственный мониторинг общей и свободной фракций вальпроевой кислоты; 3) исследование уровня токсических метаболитов вальпроевой кислоты в крови и моче; фармакогенетическое тестирование нефункциональных однонуклеотидных вариантов генов, кодирующих ключевые ферменты метаболизма и ключевые транспортные белки эффлюкса вальпроевой кислоты через гематоэнцефалический барьер.

Ключевые слова: вальпроевая кислота, экстрапирамидные нарушения, вальпроат-индуцированный паркинсонизм, персонализированная неврология, персонализированная психиатрия, фармакогенетика.

Информация об авторах:

Шнайдер Наталья Алексеевна* — e-mail: naschnaider@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2840-837X>

Гречкина Виолетта Владимировна — e-mail: grechkina.vv@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8279-4198>

Киссин Михаил Яковлевич — e-mail: kissin.m@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4186-5911>

Насырова Регина Фаритовна — e-mail: regina_nmrcpn@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1874-9434>

Как цитировать: Шнайдер Н.А., Гречкина В.В., Киссин М.Я., Насырова Р.Ф. Вальпроат-индуцированные нарушения метаболизма дофамина и развитие вальпроат-индуцированного паркинсонизма: новый взгляд на профилактику и диагностику. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:2:40-51. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-951>.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Valproate-induced disorders of dopamine metabolism and the development of valproate-induced parkinsonism: a new perspective on prevention and diagnosis

Natalia A. Shnayder^{1,2}, Violetta V. Grechkina¹, Mikhail Y. Kissin³, Regina F. Nasyrova^{1,4}

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

²V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Russia

³Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Russia

⁴Tula State University, Russia

Research article

Summary. The problem of valproate-induced adverse drug reactions, including valproate-induced parkinsonism is of high relevance due to the widespread use of valproates in psychiatric and neurological practice and the complexity of the pathogenesis of dopaminergic neurotransmission disorders. Unfortunately, personalized algorithms for practicing physicians based on the use of modern methods of pharmacogenomics and pharmacometabolomics of valproate-induced parkinsonism have not yet been developed. The most important methods of diagnosis and prognosis of valproate-induced parkinsonism are 1) investigation of neurologic status (assessment of motor and non-motor symptoms of drug-induced parkinsonism); 2) therapeutic drug monitoring of total and free fractions of valproic acid; 3) study of the level of toxic metabolic metabolites of valproic acid in blood and urine; pharmacogenetic testing of non-functional single nucleotide variants of genes encoding key metabolic enzymes and key transport proteins of valproic acid efflux across the blood-brain barrier.

Keywords: valproic acid, extrapyramidal disorders, valproate-induced parkinsonism, personalized neurology, personalized psychiatry, pharmacogenetics.

Information about the authors:

Natalia A. Shnayder* — e-mail: naschnaider@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2840-837X>

Violetta V. Grechkina — e-mail: grechkina.vv@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8279-4198>

Mikhail Y. Kissin — e-mail: kissin.m@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4186-5911>

Regina F. Nasyrova — e-mail: regina_nmrcpn@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1874-9434>

To cite this article: Shnayder NA, Grechkina VV, Kissin MY, Nasyrova RF. Valproate-induced disorders of dopamine metabolism and the development of valproate-induced parkinsonism: a new perspective on prevention and diagnosis. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:2:40-51. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-951>. (In Russ.)

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

Вальпроевая кислота (ВК) широко применяется в неврологии и психиатрии при лечении эпилепсии, мигрени, биполярного аффективного расстройства, расстройств шизотипического спектра и других психических расстройств [11,10,24,37]. В то же время, использование вальпроатов сопряжено с риском развития нежелательных реакций (НР) [7]. Вальпроат-индуцированный паркинсонизм (ВКИП) представляет собой недостаточно изученную НР, которая, тем не менее, остается значимой клинической проблемой в неврологической и психиатрической практике [34].

Известно, что паркинсонизм, как неврологическое расстройство, характеризуется дегенерацией дофаминергических нейронов в головном мозге, что приводит к снижению уровня дофамина и появлению характерных симптомов, таких как тремор, ригидность мышц, нарушение координации движений и постуральная неустойчивость [12,38]. Вопрос о связи между применением ВК и развитием паркинсонизма становится особенно важным в контексте широкого приме-

нения вальпроатов и необходимости понимания модифицируемых и немодифицируемых факторов риска этой НР, возможности персонализированных подходов к прогнозированию, профилактике и коррекции [1,33].

Несмотря на широкое применение вальпроатов, исследований, посвященных взаимосвязи между развитием ВКИП, дозой и длительностью применения препаратов ВК пока невелико, это создает неопределенность в медицинском сообществе и требует дополнительных исследований для полного понимания механизмов развития ВКИП.

Цель исследования. Целью этого нарративного обзора является поиск и обобщение результатов отечественных и зарубежных исследований ВКИП для обновления знаний неврологов и психиатров о факторах риска ВКИП и разработки нового персонализированного алгоритма оценки риска и профилактики ВКИП.

Материалы и методы. Настоящий обзор подготовлен на основе результатов исследований, опубликованных в русскоязычных и англоязычных научных журналах, депонированных в библи-

ографических базах данных: eLibrary (Российский индекс научного цитирования — РИНЦ), Google Scholar, Scopus, PubMed®, Cochrane Database. Поиск публикаций, соответствующих теме обзора, выполнен с использованием ключевых слов, а также их комбинаций, включая: вальпроевая кислота, вальпроат-индуцированный нежелательные реакции; лекарственный паркинсонизм; вальпроат-индуцированные экстрапирамидные расстройства; вальпроат-индуцированный паркинсонизм; фармакогеномика вальпроевой кислоты; фармакометаболизм вальпроевой кислоты. Критериями включения были: оригинальные статьи, нарративные обзоры, систематические обзоры, метаанализы, Кокрейновские обзоры, отчеты о клинических случаях. Критериями исключения были: дубликаты публикаций, материалы конференций, постеры, авторефераты и диссертации (опубликованные на правах рукописи), оригинальные статьи (в случае сомнительных результатов или малой выборки — менее 100 участников).

Паркинсонизм: основные аспекты

Паркинсонизм — это неврологический моторный синдром, характеризующийся дегенерацией дофаминергических нейронов в головном мозге [47]. Первые характерные симптомы были описаны английским врачом Джеймсом Паркинсоном в 1817 году [28], а в середине 1800-х годов французский невролог Жан-Мартен Шарко уточнил и расширил клиническую характеристику расстройства, которая легла в основу дифференциальной диагностики между первичным (болезнью Паркинсона — БП) и вторичным паркинсонизмом [28]. Клинические проявления паркинсонизма обусловлены дефицитом дофамина, вызванным дегенерацией нейронов черной субстанции и базальных ганглиев [51]. Дофаминергическая дисфункция порождает дисбаланс в двигательных системах головного мозга, что проявляется в характерных симптомах [5, 20, 39].

Для первичного паркинсонизма характерно медленное прогрессирование моторных симптомов (дефицит исполнительных функций, когнитивные расстройства). Они также страдают от широкого спектра немоторных нарушений, гипосмия, нарушения сна (REM-расстройство сна) и депрессия [6,15], зрительные расстройства, снижение остроты зрения, чувствительности к динамическому контрасту, нарушение цветовой дискриминации, дисфункция зрительно-пространственной ориентации, проблемы с распознаванием лиц, аномальная стереопсия и зрительные галлюцинации [4, 7, 31, 51, 52].

Вторичный паркинсонизм представляет собой группу прогрессирующих нейродегенеративных заболеваний головного мозга с симптомами, похожими на первичный паркинсонизм. Наиболее распространена акинетико-ригидная форма вторичного паркинсонизма, для которой характерно двустороннее относительно симметричное начало и низкий терапевтический ответ на препараты ле-

водопы [5]. Этиология вторичного паркинсонизма варьируема, включая черепно-мозговые травмы [36, 41, 49] и лекарственно-индуцированный паркинсонизм (ЛИП) [45].

Дефиниция ЛИП, известного также как вторичный паркинсонизм или псевдопаркинсонизм, впервые предложена в 50-х годах XX века после разработки и широкого внедрения в психиатрическую практику антипсихотика (АП) хлорпромазина [1,2]. Долгое время считалось, что причиной ЛИП являются АП первой генерации (АППГ), однако разработка АП новых генераций (АПНГ) не решило проблему ЛИП. Кроме того, в клинических исследованиях и отчетах о клинических случаях продемонстрировано, что к лекарственным средствам (ЛС) с высоким риском развития ЛИП относятся некоторые противоэпилептические препараты (ПЭП; например, ВК), антидепрессанты, антиаритмические ЛС, блокаторы кальциевых каналов, прокинетики, и др. [39].

С практической точки зрения, важны идентификация пациентов группы высокого риска ЛИП и ранняя диагностика ЛИП, поскольку клинические симптомы этой неврологической (НР) фармакотерапии в большинстве случаев обратимы после отмены ЛС-«виновника» в течение 3-6 мес. Тем не менее, в четверти случаев неврологический дефицит, характерный для ЛИП, прогрессирует [2], что может быть обусловлено индукцией приемом АППГ и/или АПНГ более раннего дебюта БП, особенно у пациентов с отягощенным семейным анамнезом [29]. Характерными особенностями ЛИП являются: подострое развитие и прогрессирование тяжести симптомов; зависимость темпов прогрессирования ЛИП от дозы и пути введения ЛС-«виновника»; зависимость тяжести ЛИП от длительности приема ЛС-«виновника». Время от начала приема ЛС-«виновника» до развития первых симптомов ЛИП варьирует от нескольких дней/недель до нескольких месяцев/лет [3].

Патофизиологические механизмы ЛИП изучаются многие годы, но единого мнения ученых пока не достигнуто. Предложено несколько гипотез, включая: ЛС-индуцированную дисфункцию дофаминовых семейств D1 (включая рецепторы D1 и D5 типов) и/или семейства D2 (включая рецепторы D2, D3, D4 типов); ЛС-индуцированное расстройство дофаминергической нейротрансмиссии на различных уровнях (мезолимбическом, мезокортикальном, тубулофундибулярном, nigrostriарном)) [38]. Ведущими гипотезами развития ЛИП являются: ЛС-индуцированное прогрессирующее ингибирование D2 рецепторов nigrostriарного пути), что в результате может стать причиной их блокады; ЛС-индуцированное ингибирование синтеза и высвобождения дофамина в пресинаптическую щель, также ингибирование обратного захвата дофамина из пресинаптической щели [44,50]. Стойкое и выраженное ингибирование стриатальных дофаминовых рецепторов D2 типа обуславливает индукцию нейромедиатора гамма-

аминомасляную кислоту (ГАМК) и повышение возбудимости энкефалин-содержащих нейронов с последующим растормаживанием субталамического ядра гипоталамуса. Как результат, ингибирование таламокортикального пути посредством ГАМК приводит к облегчению ингибирующей проекции из бледного шара черной субстанции и/или ретикулярной формации [50].

Несмотря на то, что ЛИП является частой НР на фоне психофармакотерапии, он остается недостаточно изученным и требует более глубокого понимания от клиницистов его механизмов развития для возможности прогнозирования профилактики, ранней диагностики и своевременной коррекции.

ВК является ЛС из группы производных жирных кислот [10], которое впервые предложено к клиническому применению после экспериментальных исследований на животной модели в 1963 году. ВК относится к ЛС, продемонстрировавшим свою эффективность в лечении фокальных и генерализованных форм эпилепсии [9,46]. Механизм действия ВК базируется на повышении уровня ГАМК, ингибировании избыточной возбудимости нейронов за счет блокады потенциал-зависимых ионных (натриевых, калиевых, кальциевых) каналов. В последние годы ВК и ее соединения рассматриваются как возможный путь патогенетического лечения некоторых нейродегенеративных заболеваний (например, БП, болезнь Гентингтона (БГ), болезнь Альцгеймера), а также как ЛС-корректор при развитии АП-индуцированных экстрапирамидных расстройств [11, 35, 53].

Метаболизм вальпроатов осуществляется в гепатоцитах, он достаточно сложен. Основными путями метаболизма ВК и ее соединений являются: 1) окисление посредством изоферментов цитохрома P450 печени (CYPs), известное как Р-окисление; 2) глюкуронидация посредством изоформ фермента уридилглюкуронилтрансферазы (УГТ); 3) ацетилирование в цикле трикарбоновых кислот (цикле Кребса), известное как β-окисление, в митохондриях [46]. Изоферменты CYP играют важную роль в биотрансформации ВК и ее соединений в I фазе метаболизма ВК в гепатоцитах. Они составляют суперсемейство гемопroteинов, играющих важную роль в метаболизме как эндогенных соединений, так и ксенобиотиков, включая ЛС. Различные эндогенные и экзогенные факторы могут влиять на экспрессию и/или функциональную активность изоферментов цитохрома P450, что приводит к значимой межличностной вариативности фармакокинетики вальпроатов и риска развития ВК-индуцированных НР в целом и ВКИП в частности [27].

Экспертами международных фармакогенетических консорциумов признано, что фактором высокого риска замедления метаболизма вальпроатов в печени, кумуляции общей и свободной ВК и ее реактивных (токсичных) метаболитов в крови и тканях с последующим развитием ВК-индуцированных НР являются нефункциональ-

ные и низко функциональные одонуклеотидные варианты (ОНВ) генов, кодирующих CYPs [46]. Наибольший клинический интерес с позиции оценки риска развития ВК-индуцированных НР являются следующие токсичные метаболиты: 3-гидрокси(ОН)-ВК, 4-гидрокси(ОН)-ВК, 5-гидрокси(ОН)-ВК. В образовании этих метаболитов принимают участие преимущественно изоферменты CYP2A6, CYP2B6 и CYP2C9. Роль других изоферментов (CYP2C19, CYP2D6) в Р-окислении ВК продолжает изучаться [46]. Изоферменты CYP2A6 и CYP2B6 работают синергически и участвуют в продукции приблизительно 20–25% активных метаболитов ВК, включая выше названные токсичные метаболиты.

Известно, что изофермент CYP2A6 опосредует Р-окисление ВК до 3-ОН-ВК, однако при совместном назначении препаратов ВК с мощными ЛС-ингибиторами этого изофермента образование 3-ОН-ВК в микросомах печени человека значительно снижается, а продукция токсических метаболитов возрастает. Снижение скорости Р-окисления ВК прямым образом влияет на токсичность ВК и ее соединений при длительном приеме [46]. Хотя в последние годы некоторыми авторами ВК рассматривается как ЛС-корректор АП-индуцированных экстрапирамидных расстройств и нейродегенеративных заболеваний с экстрапирамидными расстройствами в структуре клинической картины, сам по себе длительный прием вальпроатов у наивных пациентов (без экстрапирамидных расстройств) может стать причиной развития экстрапирамидных расстройств, включая ВКИП [22]. Это объясняет необходимость идентификации пациентов с высоким кумулятивным риском развития ВКИП с учетом аддитивного вклада изоферментов цитохрома P450, скорости глюкуронидации и ацетилирования.

ВКИП является достаточно частой НР. Согласно метаанализу Zhang C. et al. (2020), средняя частота встречаемости ВКИП достигают 14% от всех случаев назначения вальпроатов [54]. Считается, что токсические метаболиты ВК (в частности, дельта-2-ВК) [39, 54]) могут накапливаться в черной субстанции, верхнем и нижнем холмике (средний мозг), гиппокампе и продолговатом мозге и способствовать повреждению дофаминергических нейронов, снижая концентрацию медиатора дофамина в головном мозге пациента и провоцировать развитие ВКИП [39]. Изучение роли токсичных метаболитов ВК и их воздействия на дофаминергическую систему представляет собой особый интерес и требует дальнейшего изучения для понимания механизмов развития ВКИП. Также, блокада вольтаж-зависимых натриевых, калиевых и кальциевых каналов, изменение скорости метаболизма ГАМК в черной субстанции и полосатом теле, и нарушение ГАМК-ергических путей в системе базальных ганглиев могут нарушать дофаминергическую нейротрансмиссию и способствовать возникновению ВКИП [39, 44].

Факторы риска вальпроат-индуцированного паркинсонизма

Факторы риска развития ВКИП можно разделить на модифицируемые и немодифицируемые (Табл.1). К модифицируемым факторам риска ВКИП относятся: прием препаратов ВК; длительная или хроническая терапия ВК; высокие дозы ВК; паркинсонизм иной этиологии и/или случаи ЛИП в анамнезе. К немодифицируемым факторам риска ВКИП относятся: генетическая предрасположенность (носительство нефункциональных ОНВ генов, кодирующих ключевые ферменты метаболизма ВК), отягощенный наследственный анамнез по БП и пожилой возраст [17,39,44].

Частота развития ВКИП не зависит от пола пациентов [39], но необходимо обращать внимание на их возраст. Так, пациенты молодого возраста имеют меньший риск развития этой неврологической НР по сравнению с пациентами пожилого возраста. Возрастные различия предрасположенности к развитию ВКИП могут быть связаны с естественным снижением продукции дофамина, экспрессии дофаминергических рецепторов и нейронов в подкорковых ядрах, преимущественно в черной субстанции. Интересно, что риск развития дрожательного варианта ВКИП (ВК-индуцированного тремора) выше у детей и пациентов молодого возраста, но акинетико-ригидного варианта — выше у пожилых пациентов (> 55 лет). По данным терапевтического лекарственного мониторинга (ТЛМ), у пациентов с ВКИП сывороточный уровень общей ВК часто находится в референсном (терапевтическом) коридоре (50-100 мкг/мл) [14], а длительный прием вальпроатов с повышением сывороточного уровня свободной фракции ВК и ее токсичных метаболитов, по-видимому, является основной причиной развития ВКИП.

Особенности клинического течения вальпроат-индуцированного паркинсонизма

Пациенты, принимающие вальпроаты, имеют примерно в 4,5 раза более высокий (17,5% против 3,9%) риск развития тремора, чем пациенты,

принимающие другие ПЭП, и примерно в 5 раз выше (11,7 против 2,5%) риск, чем пациенты, принимающие другие ЛС (не ПЭП) [39].

Клиническая картина ВКИП вариабельна и зависит от различных факторов, среди которых наиболее изученными являются: возраст пациента, длительность приема ВК, дозировка ВК, режим терапии (монотерапия или поли-терапия), фармакогенетический профиль пациента, ассоциированный с изменением скорости метаболизма ВК в печени. ВКИП чаще развивается через 1-3 мес. от старта терапии. Клиническая картина ВКИП включает тремор покоя, тремор действия, дистонию, дискинезию, постуральную неустойчивость, глазные симптомы, пирамидные нарушения, акинетико-ригидный синдром (брадикинезию), вегетативные признаки (часто, недержание мочи), слюнотечение и дисфагию [42]. В некоторых случаях ВК-индуцированный тремор может реагировать на уменьшение дозы вальпроатов или изменение схемы лечения [54]. Также, у пациентов с ВКИП могут развиваться когнитивные расстройства, включая: брадифрению, дезориентацию, апраксию, агнозию, афазию, нарастание тяжести уже существующих когнитивных расстройств или задержки интеллектуального развития [21].

У некоторых пациентов прием ВК ускоряет дебют БП (такие пациенты могут выиграть от терапии леводопой, хотя леводопы у пациентов с эпилепсией может agravировать развитие эпилептических приступов и синдром удлиненного интервала QT) [12,19].

Тяжесть клинической картины ВКИП может варьироваться в широком диапазоне от легкой до очень тяжелой степени с деменцией и полной потери физической независимости (включая прикованность к инвалидному креслу или к постели) [21]. Важно, что симптомы ВКИП могут быть фенокопией БП, поэтому для исключения ВК-индуцированного дебюта БП необходимо ретроспективное уточнение диагноза ВКИП — после отмены соединений ВК-«виновников» этой НР.

Таблица 1. Модифицируемые и немодифицируемые факторы риска развития вальпроат-индуцированного паркинсонизма
Table 1. Modifiable and non-modifiable risk factors for valproate-induced parkinsonism

Модифицируемые факторы риска	Немодифицируемые факторы риска
Прием ВК	Генетическая предрасположенность
Высокие дозы ВК	Отягощенный наследственный анамнез по БП
ЭПС иной этиологии и/или случаи ЛИП в анамнезе	Пожилый возраст (более 55 лет)
Коморбидные заболевания печени	Коморбидные заболевания (черепно-мозговые травмы, нейроинфекция, сахарный диабет и др.)

Примечание: ВК — вальпроевая кислота; ЭПС — экстрапирамидный синдром; ЛИП — лекарственно-индуцированный паркинсонизм, БП — болезнь Паркинсона

Note: VPA — valproic acid, EPS — extrapyramidal syndrome, DIP — drug-induced parkinsonism, PD — Parkinson's disease

Диагностика вальпроат-индуцированного паркинсонизма

Для клинической диагностики ВКИП, помимо стандартизированного неврологического статуса, можно использовать следующие валидизированные международные шкалы: 1) шкала Симпсона-Ангуса (Simpson Angus scale—SAS) для оценки вторичного паркинсонизма и связанных с ним экстрапирамидных расстройств [26]; 2) унифицированная шкала оценки болезни Паркинсона (Unified Parkinson's disease rating scale—UPDRS) для клинической оценки первичного и вторичного паркинсонизма [32]; 3) шкала Хэн и Яра для клинической оценки первичного паркинсонизма; 4) шкала оценки экстрапирамидных симптомов (Extrapyramidal symptom rating scale—ESRS); 5) рейтинговая шкала Вебстера (Webster rating scale); 6) рейтинговая шкала оценки паркинсонизма Майндхэма (Mindham rating scale)) [23,30]. Для нейрофизиологической диагностики могут быть рекомендованы компьютерная треморография и компьютерная стабилметрия (в том числе, с использованием отечественного диагностического оборудования — «НейроМВП», стабиллоплатформа «МБН-стабило», «Телереабос») [5,16].

Несмотря на то, что развитие ВКИП не имеет дозозависимого характера в большинстве случаев, кумуляция ВК в крови может оказывать существенный вклад в развитие этой НР. Это объясняет важность ТЛМ сывороточного уровня общей и свободной ВК на фоне хронической терапии. ТЛМ желательно проводить в трех точ-

ках: 1) утренний остаточный уровень ВК (образец крови на ТЛМ берется утром натощак до приема очередной дозы препарата ВК, то есть в период ее минимальной стационарной или остаточной концентрации в крови), остаточный уровень ВК отображает ее терапевтическую эффективность; 2) пиковый уровень ВК (образец крови на ТЛМ берется днем через 2-3 часа после перорального приема препарата ВК или через 30 мин после внутривенного введения ВК, то есть в период ее максимальной или пиковой концентрации в крови), пиковый уровень ВК отображает ее безопасность и показания к дополнительному исследованию ее токсичные метаболитов; 3) вечерний остаточный уровень (образец крови на ТЛМ берется вечером до приема очередной дозы препарата ВК, то есть в период ее минимальной стационарной или остаточной концентрации в крови) для исключения замедления метаболизма ВК и сохранения токсической остаточной концентрации перед вторым приемом этого ЛС.

В настоящее время для исследования уровня ВК в крови широко применяется ТЛМ. Исследование назначается после того, как концентрация ВК достигнет стабильных показателей в крови. Референсный коридор у препаратов ВК широкий и составляет 50–100 мкг/мл. Частота проведения ТЛМ пациентам, принимающим вальпроаты, может варьировать в зависимости от их фармакогенетического профиля (Рис.1): кратность проведения ТЛМ пациентам с профилем медленный метаболитатор — 1 раз в 3 мес; кратность проведения ТЛМ пациентам с профилем промежуточ-

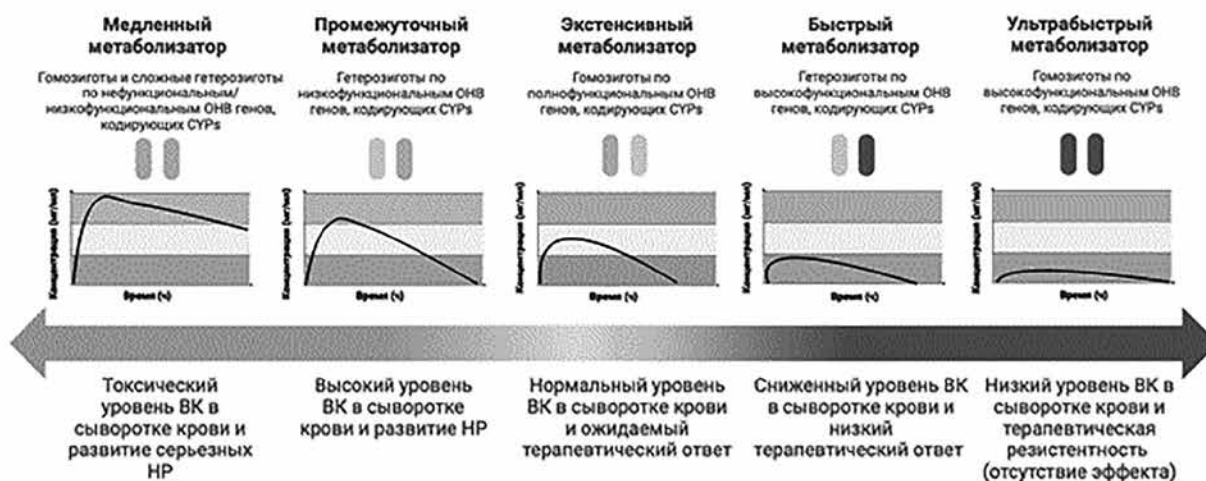


Рис.1. Фенотипы пациентов, получающих вальпроевую кислоту, в зависимости от результатов фармакогенетического тестирования.

Примечания: ОНВ — однонуклеотидный вариант; CYPs — цитохромы P450 печени; НР — нежелательные реакции; ВК — вальпроевая кислота.

Fig. 1. Phenotypes of patients receiving valproic acid according to the results of pharmacogenetic testing.

Примечания: SNV — однонуклеотидный вариант; CYPs — цитохромы P450 печени; НР — нежелательная реакция; ВК — вальпроевая кислота.

Notes: SNV — single nucleotide variant; CYPs — cytochromes P450; ADR — adverse drug reaction; VPA, valproic acid.

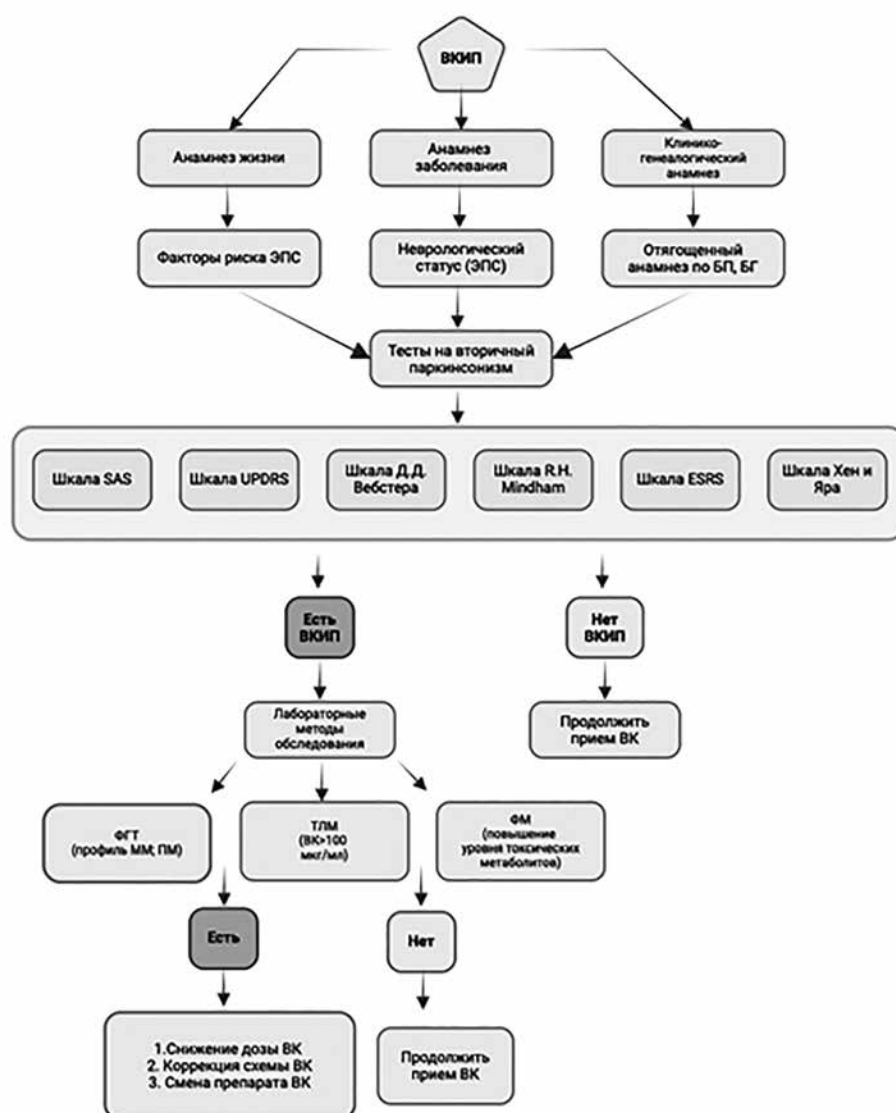


Рис. 2. Персонализированный алгоритм диагностики вальпроат-индуцированного паркинсонизма

Fig. 2: A personalised algorithm for the diagnosis of valproate-induced parkinsonism

Примечание: ВКИП — вальпроат-индуцированный паркинсонизм; БП — болезнь Паркинсона; БГ — болезнь Гентингтона; Шкала SAS — Шкала Симпсона-Ангуса (Simpson Angus Scale); Шкала UPDRS — унифицированная шкала оценки болезни Паркинсона (Unified Parkinson's Disease Rating Scale); Шкала ESRS — Шкала оценки экстрапирамидных симптомов (Extrapyramidal Symptom Rating Scale); ФГТ — фармакогенетическое тестирование; ММ — медленный метаболит; ПМ — промежуточный метаболит; ТЛМ — терапевтический лекарственный мониторинг; ФМ — фармакометаболическое тестирование

Note: VPAIP — valproate-induced parkinsonism; PD — Parkinson's disease; HD — Huntington's disease; SAS scale — Simpson Angus Scale; UPDRS scale — Unified Parkinson's Disease Rating Scale; ESRS — Extrapyramidal Symptom Rating Scale; PHT — pharmacogenetic testing; SM — slow metaboliser; IM — intermediate metaboliser; TDM — therapeutic drug monitoring; PM — pharmacometabolic testing.

ный метаболит — 1 раз в 6 мес. [8]. С одной стороны, использование ТЛМ для оценки риска ВКИП на старте назначения ВК и ее соединений в большинстве случаев мало информативно, потому что этот метод лабораторной диагностики используется, когда достигается целевая суточная доза по окончании периода титрации. С другой стороны, у некоторых пациентов ВКИП развивается при референсных значениях общего уровня ВК в крови [43]. Вероятно, развитие ВКИП свя-

зано с высоким уровнем свободной ВК и реактивных (токсичных) метаболитов ВК в крови. Отечественные и зарубежные исследования подтверждают, что для оценки риска и лабораторной диагностики ВКИП предпочтительнее использовать не ТЛМ (фармакокинетическое исследование ВК), высокоэффективную жидкостную хроматографию — ВЭЖХГ — и масс-спектрометрию (фармакометаболическое исследование ВК) [18,46], поскольку высокие уровни токсичных метаболитов

ВК возможны и у пациентов с терапевтическим уровнем общей и свободной концентраций ВК в крови по данным ТЛМ. Кратность проведения фармакометаболического исследования также зависит от фармакогенетического профиля конкретного пациента [18]. Следует признать, что использование ВЭЖХГ и масс-спектрометрии ВК пока является проблематичным ввиду экономических и технических трудностей в большинстве медицинских учреждений нашей страны.

Применение фармакогенетического тестирования (ФГТ) помогает оценить индивидуальный риск и безопасность ВК и ее соединений, включая риск ВКИП уже на старте терапии (прореактивное ФГТ) или во время длительного приема вальпроатов (реактивное ФГТ). Важно, что ФГТ проводится однократно в жизни пациента и позволяет выявить в каком метаболическом пути у пациента имеются нефункциональные аллели, а также определить спектр тех токсичных метаболитов ВК, которые необходимо мониторировать у конкретного пациента. ФГТ может помочь в идентификации пациентов с высоким риском ВКИП и выборе частоты проведения ТЛМ и ВЭЖХГ с масс-спектрометрией у конкретного пациента в зависимости от его метаболического фенотипа. Такой персонализированный подход, известный как фармакогенетически-информированная фармакометабономика, обоснован экономической и клинической эффективностью [18].

На основании многолетнего опыта собственной клинической и научной деятельности [2] и научных исследований российских и зарубежных коллег [25,33,39,48], нами предложен персонализированный алгоритм диагностики ВКИП (Рис.2). Первым звеном в алгоритме является подробный сбор анамнеза жизни пациента и анамнеза основного и сопутствующего заболевания, которые включают исключение других внешнесредовых факторов риска этой НР (например, воздействие инсектицидов, таких как паракват и ротенон; растворителей, таких как трихлорэтилен и перхлорэтилен), в том числе ранее принимаемые ЛС и профессиональные вредности. Далее, проводится клинко-генеалогический анализ родословной на наличие случаев БП, БГ, БКВ (болезнь Коновалова Вильсона) [40].

Стандартизированное неврологическое обследование экстрапирамидной системы в динамике у всех пациентов, длительно получающих ВК и ее соединения, важно, так как первые симптомы ВКИП могут пропускаться или игнорироваться пациентом или членами его семьи. Практикующему неврологу при консультировании пациентов, получающих ВК и ее соединения, следует руководствоваться ранее предложенными протоколами клинической диагностики пациентов с первичным и вторичным паркинсонизмом [13,43]. Клинические симптомы ВКИП могут варьировать в зависимости от возраста и даже усиливаться в покое у некоторых пациентов. На выраженность ВК-индуцированного тремора может влиять коморбидное тревожное расстройство [2].

«Золотым стандартом» диагностики ЛИП в целом и ВКИП в частности является отмена ЛС-«виновника». Если клиническая картина ВКИП уменьшается или исчезает после отмены ВК, то можно считать ВКИП определенным. Однако, у некоторых пациентов регресс ВКИП достаточно длительный (до полугода). С другой стороны, длительный прием ВК может индуцировать более ранний дебют нейродегенеративных заболеваний (например, БП, БГ или БКВ), особенно у пациентов с отягощенным семейным анамнезом [2]. В ряде случаев, может быть трудным установление временной связи между симптомами паркинсонизма и приемом ВК из-за межиндивидуальной вариабельности латентного периода развития ВКИП от начала приема этого ЛС. Тем не менее, в большинстве случаев клинически очерченные симптомы ВКИП идентифицируются в первые 3 мес. [54], а регресс симптомов ВКИП после снижения суточной дозы или полной отмены ВК чаще всего прослеживается в течение нескольких недель. Максимально возможный регресс ВКИП достигается в период от 4,5 до 6 мес. после отмены ВК или ее соединения [21,39].

На основании результатов ТЛМ, ВЭЖХГ с масс-спектрометрией и ФГТ при повышении уровня токсичных метаболитов, вызванным нарушением Р-окисления ВК, с целью лечения ВКИП в качестве ЛС-корректора рекомендуется назначать препараты урсодезоксихолевой кислоты (УДХК). УДХК является первичной желчной кислотой и оказывает прямое цитопротекторное действие, благодаря стабилизации мембраны гепатоцитов и улучшению окислительного фосфорилирования митохондрий [20]. При повышении уровня токсичных метаболитов, вызванным нарушением глюкуронизации, хорошо зарекомендовал себя фенобарбитал. При повышении уровня токсичных метаболитов, вызванным нарушением β -окисления, препаратом выбора для коррекции ВК-индуцированных НР является левокарнитин [20].

Заключение. Проблема ВКИП в современной неврологии и психиатрии актуальна в связи с широким использованием вальпроатов в клинической практике. Это объясняет необходимость пересмотра стратегии принятия решений врача (менеджмента) этой неврологической НР терапии вальпроатами с использованием современных методов молекулярно-генетической и лабораторной диагностики. Внедрение в реальную клиническую практику предложенного персонализированного алгоритма диагностики и коррекции ВКИП может помочь неврологу и психиатру в достижении оптимального баланса между безопасностью и эффективностью препаратов ВК и повысить качество жизни пациентов.

Литература / Reference

1. Бочанова Е.Н., Гусев С.Д., Дмитренко Д.В., Шнайдер Н.А., Насырова Р.Ф. Алгоритм персонализированного назначения препаратов вальпроевой кислоты. Доктор.Ру. 2019;6(161):6-11. Bochanova EN, Gusev SD, Dmitrenko DV, Shnayder NA, Nasyrova RF. Algorithm of personalized prescription of valproic acid preparations. Doktor. Ru. 2019;6(161):6-11. (In Russ.).
2. Вайман Е.Э., Шнайдер Н.А., Незнанов Н.Г., Насырова Р.Ф. Лекарственно-индуцированный паркинсонизм. Социальная и клиническая психиатрия. — 2021;31(1):96-103 Vaiman EE, Shnayder NA, Neznanov NG, Nasyrova RF. Drug-induced parkinsonism. Social'naya i klinicheskaya psikiatriya. 2021;31(1):96-103 (In Russ.).
3. Вайман Е.Э., Шнайдер Н.А., Незнанов Н.Г., Насырова Р.Ф. Методы диагностики антипсихотик-индуцированных экстрапирамидных расстройств. Сибирское медицинское обозрение. 2019;5(119):5-13. Vaiman EE, Shnayder NA, Neznanov NG, Nasyrova RF. Diagnostic methods of antipsychotic-induced extrapyramidal disorders. Sibirskoe medicinskoe obozrenie. 2019;5(119):5-13. (In Russ.).
4. Вострикова Е.В., Щепанкевич Л.А., Пилипенко П.И., Ахундова Л. Э., Мясникова Н.Г., Кононова Е.А., Федорова К.О. Клиническая характеристика зрительных нарушений при болезни Паркинсона. Journal of Siberian Medical Sciences. 2011;4:4. Vostrikova EV, Schepankevich LA, Pilipenko PI, Akhundova LE, Myasnikova NG, Kononova EA, Fedorova KO. Clinical characteristics of visual disturbances in Parkinson's disease. Journal of Siberian Medical Sciences. 2011;4:4. (In Russ.).
5. Говорова Т.Г., Попова Т.Е., Таппахов А.А. Треморграфия в клинической практике. Нервно-мышечные болезни. 2019;9(4):61-72. Govorova TG, Popova TE, Tappakhov AA. Tremorography in clinical practice. Nervno-myshechnye bolezni. 2019;9(4):61-72. (In Russ.).
6. Гончарова З.А., Гельпей М.А., Муталиева Х.М. Немоторные проявления у пациентов с болезнью Паркинсона. Южно-Российский журнал терапевтической практики. 2021;2(4):73-78 Goncharova ZA, Gelpey MA, Mutaliev MA. Nemotor manifestations in patients with Parkinson's disease. Yuzhno-Rossiyskiy zhurnal terapevticheskoy praktiki. 2021;2(4):73-78. (In Russ.). <https://doi.org/10.21886/2712-8156-2021-2-4-73-78>.
7. Дмитренко Д.В., Шнайдер Н.А. Тератогенез противосудорожных препаратов: обзор литературы и собственные наблюдения. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2014;6(2):61-70. Dmitrenko DV, Shnayder NA. Teratogenesis of antiepileptic drugs: review of the literature and own observations. Epilepsiya i paroksizmal'nye sostoyaniya. 2014;6(2):61-70. (In Russ.).
8. Дмитренко Д., Шнайдер Н., Бочанова Е., Артюхов И., Зырянов С., Веселова О., Гусев С., Потупчик Т. Терапевтический лекарственный мониторинг в лечении эпилепсии. Врач. 2017;1:81-83 Dmitrenko D, Shnayder N, Bochanova E, Artyukhov I, Zyryanov S, Veselova O, Gusev S, Potupchik T. Therapeutic drug monitoring in the treatment of epilepsy. Vrach. 2017;1:81-83. (In Russ.).
9. Карлов В.А., Кожокару А.Б., Власов П.Н., Пушкар Т.Н., Орлова А.С. Динамика эпилептиформной активности, эффективность и переносимость препаратов вальпроевой кислоты при впервые выявленной эпилепсии у подростков и взрослых. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020;120(7):35-43. Karlov VA, Kozhokaru AB, Vlasov PN, Pushkar TN, Orlova AS. Dynamics of epileptiform activity, efficacy and tolerability of valproic acid in adults and adolescents with newly-diagnosed epilepsy. Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova. 2020;120(7):35-43. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro202012007135>.
10. Карпова В.И., Пылаева О.А., Мухин К.Ю., Петрухин А.С. Вальпроевая кислота и ее соли — от истории открытия до клинической практики (исторический очерк). Русский журнал детской неврологии. 2011;3:36-46. Karpova VI, Pylaeva OA, Mukhin KYu, Petrukhin AS. Valproic acid and its salts — from the history of discovery to clinical practice (historical sketch). Russkiy zhurnal detskoj nevrologii. 2011;3:36-46. (In Russ.).
11. Кирпиченко А.А. Современное место вальпроатов в лечении психических и поведенческих расстройств. Медицинские новости. 2022;5(332):34-38. Kirpichenko AA. Modern place of valproates in the treatment of mental and behavioral disorders. Medicinskie novosti. 2022;5(332):34-38. (In Russ.).
12. Левин О.С., Артемьев Д.В., Бриль Е.В., Кулуа Т.К. Болезнь Паркинсона: современные подходы к диагностике и лечению. Практическая медицина. 2017;1(102):45-51. Levin OS, Artemiev DV, Bril EV, Kulua TK. Parkinson's disease: modern approaches to diagnosis and treatment. Prakticheskaya medicina. 2017;1(102):45-51. (In Russ.).
13. Попова Т.Е., Таппахов А.А., Говорова Т.Г., Давыдова Т.К. Нейродегенеративные заболевания с преимущественным поражением экстрапирамидной системы: учебное пособие. Мегаринт. 2019. Popova TE, Tappakhov AA, Govorova TG, Davydova TK. Nejrodegenerativnye zaboлевaniya s preimushchestvennym porazheniem ekstrapiramidnoj sistemy: uchebnoe posobie. Megaprint. 2019. (In Russ.).
14. Смирнова Л.В., Петухова О.В., Дунаева М.П., Жданова Н.Г. Лекарственный мониторинг

- препаратов вальпроевой кислоты у детей с разными формами эпилепсии. Политравма. 2008;3:47-50.
- Smirnova LV, Petukhova OV, Dunayeva MP, Zhdanova NG. Drug monitoring of valproic acid preparations in children with different forms of epilepsy. *Politravma*. 2008;3:47-50. (In Russ.).
15. Торган Т.И., Байдина Т.В. Немоторные симптомы болезни Паркинсона. Саратовский научно-медицинский журнал. 2012;2:535-538.
Torgan TI, Baidina TV. Non-motor symptoms of Parkinson's disease. *Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal*. 2012;2:535-538. (In Russ.).
 16. Третьякова Н.А., Повереннова И.Е. Состояние постуральных функций при болезни Паркинсона по данным компьютерной стабиллометрии. Саратовский научно-медицинский журнал. 2011;7(4):874-879.
Tretyakova NA, Povernova IE. State of postural functions in Parkinson's disease according to computerized stabilometry. *Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal*. 2011;7(4):874-879. (In Russ.).
 17. Шнайдер Н.А., Вайман Е.Э., Незнанов Н.Г., Насырова Р.Ф. Фармакогенетика антипсихотик-индуцированных экстрапирамидных расстройств. Издательство ДЕАН. 2022.
Shnayder NA, Vajman EE, Neznanov NG, Nasyrova RF. *Farmakogenetika antipsihotik-inducirovannyh ekstrapiramidnyh rasstrojstv*. Izdatel'stvo DEAN. 2022. (In Russ.).
 18. Шнайдер Н.А., Гречкина В.В., Архипов В.В., Насырова Р.Ф. Фармакогенетически-информированная фармакометабомика как инновационный подход к оценке безопасности и риска фармакотерапии препаратами вальпроевой кислоты. Безопасность и риск фармакотерапии. 2023;11(4):450-462.
Shnayder NA, Grechkina VV, Arkhipov VV, Nasyrova RF. Pharmacogenetically-informed pharmacometabolomics as an innovative approach to safety and risk assessment of pharmacotherapy with valproic acid drugs. *Bezopasnost' i risk farmakoterapii*. 2023;11(4):450-462. (In Russ.).
<https://doi.org/10.30895/2312-7821-2023-386>.
 19. Altun Y, Yasar E. Effects of valproate, carbamazepine and levetiracetam on Tp-e interval, Tp-e/QT and Tp-e/QTc ratio. *Ideggyogy Sz*. 2020;73(3-4):121-127.
<https://doi.org/10.18071/isz.73.0121>.
 20. Bloem BR, Okun MS, Klein C. Parkinson's disease. *Lancet*. 2021;397(10291):2284-2303.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00218-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00218-X).
 21. Brugger F, Bhatia KP, Besag FM. Valproate-Associated Parkinsonism: A Critical Review of the Literature. *CNS Drugs*. 2016;30(6):527-40.
<https://doi.org/10.1007/s40263-016-0341-8>.
 22. Ricard C, Martin K, Tournier M, Bégaud B, Verdoux H. Troubles cognitifs, syndrome extrapyramidal et hyperammoniémie sous traitement thymorégulateur par divalproate de sodium: à propos d'un cas. *L'Encéphale*. 2005;31,1:98-101.
[https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(05\)82378-4](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(05)82378-4).
 23. Chouinard G, Cosci F, Chouinard VA, Alphs L. The Extrapyramidal Symptom Rating Scale and Its Abbreviated Version: A Critical Review of Clinimetric Properties. *Psychother Psychosom*. 2023;92(6):359-366.
<https://doi.org/10.1159/000535113>.
 24. Cipriani A, Reid K, Young AH, Macritchie K, Geddes J. Valproic acid, valproate and divalproex in the maintenance treatment of bipolar disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;10:CD003196.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003196.pub2>.
 25. Dal S, Whyte S. Valproate-induced parkinsonism 'an early warning': case reports and review of literature. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2019;90:A12.
<https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-anzan.32>
 26. Elbe D, Glanaghy EM, Oberlander TF. Chapter 3—Do We Know If They Work and If They Are Safe: Second-Generation Antipsychotics for Treatment of Autism Spectrum Disorders and Disruptive Behavior Disorders in Children and Adolescents. *The Science and Ethics of Antipsychotic Use in Children*. Academic Press. 2015;27-64.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800016-8.00003-9>.
 27. Ghodke-Puranik Y, Thorn CF, Lamba JK, Leeder JS, Song W, Birnbaum AK, Altman RB, Klein TE. Valproic acid pathway: pharmacokinetics and pharmacodynamics. *Pharmacogenet Genomics*. 2013;23(4):236-41.
<https://doi.org/10.1097/FPC.0b013e32835ea0b2>.
 28. Goetz CG. The history of Parkinson's disease: early clinical descriptions and neurological therapies. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2011;1(1):a008862.
<https://doi.org/10.1101/cshperspect.a008862>.
 29. Greenland JC, Barker RA. The Differential Diagnosis of Parkinson's Disease. In: Stoker TB, Greenland JC, editors. *Parkinson's Disease: Pathogenesis and Clinical Aspects*. Brisbane (AU): Codon Publications; 2018;6.
<https://doi.org/10.15586/codonpublications.parkinsonsdisease.2018.ch6>.
 30. Henderson L, Kennard C, Crawford TJ, Day S, Everitt BS, Goodrich S, Jones F, Park DM. Scales for rating motor impairment in Parkinson's disease: studies of reliability and convergent validity. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1991;54(1):18-24.
<https://doi.org/10.1136/jnnp.54.1.18>.
 31. Ho MWR, Chien SHL, Lu MK. et al. Impairments in face discrimination and emotion recognition are related to aging and cognitive dysfunctions in Parkinson's disease with dementia. *Sci Rep*. 2020;10:4367.
<https://doi.org/10.1038/s41598-020-61310-w>.
 32. Ivey FM, Katzel LI, Sorkin JD, Macko RF, Shulman LM. The Unified Parkinson's Disease Rating Scale as a predictor of peak aerobic capacity and ambulatory function. *J Rehabil Res Dev*. 2012;49(8):1269-76.

- <https://doi.org/10.1682/jrrd.2011.06.0103>.
33. Jamora D, Lim SH, Pan A, Tan L, Tan EK. Valproate-induced Parkinsonism in epilepsy patients. *Mov Disord.* 2007; 22(1):130-3. <https://doi.org/10.1002/mds.21188>.
 34. Jochim J, Rifkin-Zybutz RP, Geddes J, Cipriani A. Valproate for acute mania. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019;10.CD004052. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004052.pub2>.
 35. Lai CL, Lu CC, Lin HC, Sung YF, Wu YP, Hong JS, Peng GS. Valproate is protective against 6-OHDA-induced dopaminergic neurodegeneration in rodent midbrain: A potential role of BDNF up-regulation. *J Formos Med Assoc.* 2019;118(1 Pt 3):420-428. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.06.017>.
 36. Limphaibool N, Iwanowski P, Holstad MJV, Kobylarek D, Kozubski W. Infectious Etiologies of Parkinsonism: Pathomechanisms and Clinical Implications. *Front Neurol.* 2019;10:652. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00652>.
 37. Linde M, Mulleners WM, Chronicle EP, McCrory DC. Valproate (valproic acid or sodium valproate or a combination of the two) for the prophylaxis of episodic migraine in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013;6: CD010611. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010611>.
 38. Luo SX, Huang EJ. Dopaminergic Neurons and Brain Reward Pathways: From Neurogenesis to Circuit Assembly. *Am J Pathol.* 2016;186(3):478-88. <https://doi.org/10.1016/j.ajpath.2015.09.023>.
 39. Muralidharan A, Rahman J, Banerjee D, Hakim Mohammed AR, Malik BH. Parkinsonism: A Rare Adverse Effect of Valproic Acid. *Cureus.* 2020;12(6):e8782. <https://doi.org/10.7759/cureus.8782>.
 40. Ovchinnikova EV, Vaiman EE, Shnayder NA, Ovchinnikova AA, Nasyrova RF. Classification and Clinical Heterogeneity of Hepatolenticular Degeneration. *Personalized Psychiatry and Neurology.* 2023;3(2):15-24. <https://doi.org/10.52667/2712-9179-2023-3-2-15-24>.
 41. Padmakumar S, Kulkarni P, CF, Bleier BS, Amiji MM. Traumatic brain injury and the development of parkinsonism: Understanding pathophysiology, animal models, and therapeutic targets. *Biomedicine & Pharmacotherapy.* 2022;149. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2022.112812>.
 42. Sáenz-Farret M, Tijssen MAJ, Eliashiv D, Fisher RS, Sethi K, Fasano A. Antiseizure Drugs and Movement Disorders. *CNS Drugs.* 2022;36(8):859-876. <https://doi.org/10.1007/s40263-022-00937-x>.
 43. Sekiguchi K, Mashiko T, Koide R, Kawai K, Fujimoto S, Tanaka R. A Case of Long-Term Exposure to Valproic Acid Mimicking Tremor-Dominant Parkinson's Disease. *Tremor Other Hyperkinet Mov (N Y).* 2023;13:17. <https://doi.org/10.5334/tohm.755>.
 44. Shin HW, Chung SJ. Drug-induced parkinsonism. *J Clin Neurol.* 2012;8(1):15-21. <https://doi.org/10.3988/jcn.2012.8.1.15>.
 45. Shiraiwa N, Tamaoka A, Ohkoshi N. Clinical features of drug-induced Parkinsonism. *Neurol Int.* 2018;10(4):7877. <https://doi.org/10.4081/ni.2018.7877>.
 46. Shnayder NA, Grechkina VV, Khasanova AK, Bochanova EN, Dontceva EA, Petrova MM, Asadullin AR, Shipulin GA, Altynbekov KS, Al-Zamil M, Nasyrova RF. Therapeutic and Toxic Effects of Valproic Acid Metabolites. *Metabolites.* 2023;13(1):134. <https://doi.org/10.3390/metabo13010134>.
 47. Shrimanker I, Tadi P, Schoo C, et al. Parkinsonism [ncbi.nlm]. ncbi; 2024 [Updated 2024 Mar 13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542224/>
 48. Silver M, Stewart A. Factor. Valproic acid-induced parkinsonism: Levodopa responsiveness with dyskinesia. *Parkinsonism & Related Disorders.* 2013;19(8). <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2013.03.016>.
 49. Talh AK, Sulaiman M, Joshi D, Hamed S. Development of Parkinsonism symptoms immediately after severe head injury. *Neurosciences (Riyadh).* 2017;22(4):308-310. <https://doi.org/10.17712/nsj.2017.4.20170240>.
 50. Vaiman EE, Shnayder NA, Khasanova AK, Strel'nik AI, Gayduk AJ, Al-Zamil M, Sapronova MR, Zhukova NG, Smirnova DA, Nasyrova RF. Pathophysiological Mechanisms of Antipsychotic-Induced Parkinsonism. *Biomedicines.* 2022;10(8):2010. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10082010>.
 51. Váradi C. Clinical Features of Parkinson's Disease: The Evolution of Critical Symptoms. *Biology (Basel).* 2020;9(5):103. <https://doi.org/10.3390/biology9050103>.
 52. Weil RS, Reeves S. Hallucinations in Parkinson's disease: new insights into mechanisms and treatments. *Adv Clin Neurosci Rehabil.* 2020;19(4):ONNS5189. <https://doi.org/10.47795/ONNS5189>.
 53. Zhang C, Yuan X, Hu Z, Liu S, Li H, Wu M, Yuan J, Zhao Z, Su J, Wang X, Liao Y, Liu Q. Valproic Acid Protects Primary Dopamine Neurons from MPP+-Induced Neurotoxicity: Involvement of GSK3 β Phosphorylation by Akt and ERK through the Mitochondrial Intrinsic Apoptotic Pathway. *Biomed Res Int.* 2017;2017:8124501. <https://doi.org/10.1155/2017/8124501>.
 54. Zhang Cq, He Bm, Hu Ml and Sun Hb. Risk of Valproic Acid-Related Tremor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Neurol.* 2020;11:576579. <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.576579>.

Сведения об авторах

Шнайдер Наталья Алексеевна — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник Института персонализированной психиатрии и неврологии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева Минздрава России, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3.; ведущий научный сотрудник центра коллективного пользования «Молекулярные и клеточные технологии» Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1. E-mail: naschnaider@yandex.ru

Гречкина Виолетта Владимировна — младший научный сотрудник Института персонализированной психиатрии и неврологии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева Минздрава России. E-mail: grechkina.vv@mail.ru

Киссин Михаил Яковлевич — д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова Минздрава России, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8. E-mail: kissin.m@yandex.ru

Насырова Регина Фаритовна — д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель Института персонализированной психиатрии и неврологии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева Минздрава России, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3.; профессор кафедры психиатрии, общей и клинической психологии Тульского государственного университета, 300012, г.Тула, пр.Ленина, д.92, E-mail:regina_nmrcpn@mail.ru

Поступила 05.04.2024

Received 5.04.2024

Принята в печать 25.10.2024

Accepted 25.10.2024

Дата публикации 27.06.2025

Date of publication 27.06.2025

Информационная психиатрия — новый подход к осмыслению воздействия цифрового информационного пространства на психическое здоровье индивидуума и социума. Сообщение 2

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», Россия

Резюме. Перед психиатрической наукой встаёт масштабная и ответственная задача — выработки теоретического и терапевтического инструментария, позволяющего совладать с теми вызовами, которые адресует общественному психическому здоровью «эпоха Глобальной сети». Давно назрел взгляд на всю совокупность накопившихся проблем сквозь призму социальной психиатрии. В центре социальной психиатрии — проблема отграничения социально-психопатологических феноменов от социальной психической нормы, адекватной понятию «общественного психического здоровья». Данная цель является более трудной и требующей профессионально ответственного стремления к научному консенсусу, чем решение вопроса о границе между психическим здоровьем и психическим расстройством у отдельно взятого человека. В статье подробно рассматривается тема массового сознания и развивающихся в нём психологических патологий, которая стала интересовать европейских и российских учёных ещё на рубеже XIX–XX столетий. Авторы высказывают свои предложения в плане уменьшения и профилактики негативных для общественного здоровья последствий, по сути, тотальной вовлечённости социума в Глобальную сеть. Выдвигается идея создания в рамках социальной психиатрии нового исследовательского направления — информационной психиатрии.

Ключевые слова: общественное психическое здоровье, интернет, социальная психиатрия, информационная психиатрия, сетевая эпоха, внушение, самовнушение и взаимовнушение.

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/0000-0002-3642-0774>

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 2. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2025; 59:2:52-60. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-985>.

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 № 2

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

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

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

Summary. Psychiatric science is faced with a large-scale and responsible task—the development of theoretical and therapeutic tools that allow it to cope with the challenges that the «era of the Global Network» addresses to public mental health. A look at the totality of accumulated problems through the prism of social psychiatry is long overdue. At the center of social psychiatry is the problem of distinguishing socio-psychopathological phenomena from the social mental norm, adequate to the concept of «public mental health». This goal is more difficult and requires a professionally responsible pursuit of scientific consensus than deciding the boundary between mental health and mental disorder in an individual. The article examines in detail the topic of mass consciousness and the psychological pathologies developing in it, which began to interest European and Russian scientists at the turn of the 19th–20th centuries. The authors express their proposals in terms of reducing and preventing the negative consequences for public health of the essentially total involvement of society in the Global Network. The idea of creating a new research direction within social psychiatry is being put forward—information psychiatry.

Keywords: public mental health, Internet, social psychiatry, information psychiatry, network era, suggestion, autosuggestion and mutual suggestion.

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 № 2. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:2:52-60. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-985>. (In Russ.)

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

Социально-психиатрический подход к проблеме негативного воздействия фактора Глобальной сети на общественное психическое здоровье

В связи со всем сказанным нами в Сообщении 1, перед психиатрической наукой встаёт масштабная и ответственная задача — выработки теоретического и терапевтического инструментария, позволяющего совладать с теми вызовами, которые адресует общественному психическому здоровью «эпоха Глобальной сети».

Как представляется, давно назрел взгляд на всю совокупность накопившихся проблем сквозь призму социальной психиатрии.

На протяжении долгого времени считалось, что, поскольку душа — понятие сугубо индивидуальное, то и категории душевного здоровья и душевных болезней не могут быть распространены на социальные группы, а тем более на общество в целом. Однако, начиная с конца XIX века, по мере того, как в наиболее индустриально развитых странах огромные массы людей стали всё более плотно и активно вовлекаться в политическую жизнь не только как объект воздействия со стороны власти и социальных элит, но и как самостоятельный субъект политического действия, психиатры стали обращать внимание на феномен

массового психического нездоровья как один из важнейших факторов общественной жизни. В итоге стал оформляться научно-психологический и психиатрический нарратив, что привело появлению в XX веке нового научного направления — социальной психиатрии.

Согласно распространённой точке зрения, социальная психиатрия «появилась на свет» в 1955 году, когда был опубликован первый номер «Международного журнала по социальной психиатрии» (*International Journal of Social Psychiatry*).

Однако, называются и более ранние даты. Так, по мнению немецкого исследователя Н. Стротца (1965) [4], социальная психиатрия берёт своё начало в 1838 году, когда был издан знаменитый учебник по душевным заболеваниям Ж. Эскироля [8], впервые коснувшийся вопроса о влиянии социальных условий на возникновение психических заболеваний.

Упоминают также о том, что в конце XIX в. французский психиатр Б. Морель установил наличие взаимосвязей между психической патологией и такими социальными явлениями, как урбанизация и развитие промышленности [4].

Среди российских психиатров, во второй половине — конце XIX в. занимавшихся социально-психиатрической проблематикой, следует назвать

И.П. Мержеевского, С.С. Корсакова, В.П. Сербского, В.И. Яковенко и, конечно, В.М. Бехтерева. Необходимо особо подчеркнуть, что многие направления, по которым в дальнейшем стала развиваться и советская, и мировая социальная психиатрия, были предвосхищены именно работами Бехтерева. Позднее эти идеи получили развитие как в отечественных, так и зарубежных психиатрических теоретических исследованиях и практических разработках (подробнее об этом будет сказано ниже).

Важным этапом на пути концептуального обогащения социальной психиатрии стала выдвинутая в нашей стране М.М. Кабановым концепция социальной реабилитации, опирающаяся на самостоятельные методологию, методический аппарат и системный подход [7].

В настоящее время Т.Б. Дмитриева и Н.С. Положий обозначают главные задачи социальной психиатрии следующим образом:

1) Изучение связи факторов социальной среды с распространённостью, возникновением, клиническими проявлениями и динамикой психических расстройств;

2) Исследование возможностей социальных воздействий в терапии, а также в социальной реабилитации психически больных и профилактике психической патологии [4].

В центре социальной психиатрии, изучающей всю совокупность социально-психопатологических феноменов, — проблема отграничения последних от социальной психической нормы, адекватной понятию «общественного психического здоровья» [17, 25]. Дополнительную важность решению этой задачи придаёт тот факт, что оно оказывается ещё более трудным и требующим взвешенного и профессионально ответственного стремления к научному консенсусу, чем решение вопроса о границе между психическим здоровьем и психическим расстройством у отдельно взятого человека.

Вероятно, по этой причине авторы работ, посвящённых общественному психическому здоровью, как правило, оставляют вне своего рассмотрения вопросы, связанные с определением границ общественного психического здоровья и общественной психопатологии, а равно составления научно-психиатрических рекомендаций, касающихся поддержания первого и преодоления второго.

Анализ общественного здоровья зачастую понимаются скорее чисто количественно — как учёт абсолютного и относительного показателей числа людей, страдающих теми или иными психическими расстройствами, а также нозологическая характеристика последних.

Так, Т.Б. Дмитриева и Б.С. Положий определяют общественное психическое здоровье как *уровень психического здоровья популяции, связанный с распространённостью в ней психических заболеваний, аддикций, различных форм деструктивного поведения* [5].

Ю.Е. Шматова, один из авторов капитальной работы «Общественное психическое здоровье:

тенденции и проблемы», в статье, посвящённой анализу позитивных и негативных тенденций в сфере общественного психического здоровья населения России в 2005–2018 гг. о влиянии Интернета на общественное психическое здоровье, а равно о социально-психопатологических тенденциях, связанных с повышенной общественной невротизацией, имеющей информационную природу, вообще не упоминает.

Констатируя факт наличия тревожных тенденций: «Тревожные изменения заключаются в четырёхкратном росте смертности от психических расстройств (с 2012 г.). Наблюдается также увеличение детской заболеваемости психопатологиями в Южном и Центральном федеральных округах. Отмечается рост среди детей до 18 лет заболеваемости психозами и состояниями слабоумия, а среди подростков 15–17 лет — ещё и шизофренией» [16], — автор не даёт этим фактам предметного объяснения, ограничиваясь обобщающей цитатой из Информационный бюллетень ВОЗ от 30 марта 2018 г., где российская ситуация, связанная с общественным психическим здоровьем, что очевидно, не отражена: «На состояние душевного здоровья в целом воздействует множество тесно взаимосвязанных макросоциальных и макроэкономических факторов, находящихся за пределами сектора здравоохранения. Его разрушение связано, по мнению ВОЗ, с быстрыми социальными изменениями, стрессовыми условиями на работе, гендерной дискриминацией, социальным отчуждением, нездоровым образом жизни, физическим нездоровьем, а также с нарушениями прав человека» [16].

Рекомендательный финал статьи выглядит как совет по комплексной профилактике индивидуальных психических расстройств, а также оптимизации психиатрической помощи конкретным людям, страдающим от них: «Национальная политика в области охраны психического здоровья должна быть ориентирована не только на раннюю диагностику и лечение психических расстройств, но и профилактику их распространения с учётом более широких аспектов. Помимо здравоохранения к решению этих вопросов необходимо привлекать специалистов из секторов социального обеспечения, образования, трудоустройства, правосудия, транспорта, жилищного строительства и других» [15].

Таким образом, проблематика общественного здоровья во многих случаях де-факто сводится к анализу количественных показателей распространения психических расстройств, а также к организации оптимальной психолого-психиатрической помощи конкретным людям, в ней нуждающимся. Само по себе это, бесспорно, является важнейшей задачей социального здравоохранения. Но проблематику психического здоровья общества как целостного организма, многие члены которого попадают в орбиту социально-психопатологических трендов, при этом лично не страдая никакими психическими расстройствами, данный подход, как представляется, оставляет в стороне.

Сказанное делает необходимым рассмотрение общественного здоровья (и, соответственно, нездоровья) как отдельного феноменологического сюжета.

Общественное психическое здоровье

Как уже отмечало выше, тема массового сознания и развивающихся в нём психологических патологий, стала интересовать европейских и российских учёных ещё на рубеже XIX–XX столетий.

В частности, многие тексты Владимира Михайловича Бехтерева, написанные в этот период, были посвящены поведению человека в общественной среде и связанным с этим проблемам общественного психического здоровья. Особое внимание учёный уделял теме поведения больших масс людей, ставшей особенно актуальной после публикации в середине 1890-х гг. резонансных книг французского социолога и социального психолога Густава Лебона, посвящённых психологии народов и толпы [21, 22].

В частности, В.М. Бехтерев обратил внимание на хорошо известный психиатрам феномен так называемого индуцированного психоза, который, как правило, касается двух лиц, но иногда может охватить большее число людей [3]: *folie a trois, a quatre, a cinq etc.* Известен случай, касавшийся целой семьи (*folie a douze*), когда в психотическую орбиту оказались вовлечены сразу 12 человек [14, 19]: «Возможно <...>, что и у нескольких лиц, находящихся в одинаковых условиях психического возбуждения, поглощённых одною и тою же мыслью тот или другой внешний повод даёт начало коллективной иллюзии, которая затем уже быстро распространяется ни на других, благодаря невольному внушению или психической заразе, которая в этом случае почти никогда не отсутствует» [3]; «...нет ничего убедительнее в смысле непосредственной передачи психических состояний от одного лица другому, как передача патологических явлений. Всякому известно, что истерика, случившаяся в обществе, может повлечь за собою ряд других истерик; с другой стороны, заикание и другие судорожные формы легко передаются предрасположенным субъектам совершенно непосредственно, путём невольного и незаметного прививания или внушения» [3]; «...психиатрам давно известен факт, что при совмещении душевнобольных в известных случаях происходит заимствование бреда одними больными от других, и в таком случае иногда бред больных соответственным образом видоизменяется, в силу чего и случаи эти получают название видоизменённого помешательства (*folie transformée*). Даже здоровые лица иногда усваивают бред больных...» [3].

Оттолкнувшись от этих наблюдений, в написанной в 1903 г. и значительно переработанной в 1908 г. книге «Внушение и его роль в общественной жизни» [3], В.М. Бехтерев поставил вопрос о существовании феномена «психопатических эпидемий» (говоря более современным языком — *массового психоза*). В этой работе Бехтерев отмечал,

что, хотя в возникновении психопатических эпидемий отражаются, прежде всего, «господствующие воззрения народных масс данной эпохи, данного слоя общества или данной местности» [3], решающую роль всё же играют не стереотипы общественного сознания как таковые, но целенаправленное внешнее и внутреннее внушение: «...не может подлежать никакому сомнению, что ближайшим толчком для развития этих эпидемий являются: внушение, взаимовнушение и самовнушение. Господствующие воззрения являются здесь благоприятной почвой» [3]. Именно внушение «действует решительно везде, где дело идет об объединении группы лиц одними и теми же чувствами и мыслями и представляет собою не что иное, как произвольное прививание известных настроений, идей или действий» [3].

За истекшие сто с лишним лет, особенно в постинформационную эпоху, как уже отмечалось выше, данная социально-психопатологическая тенденция не только не исчезла, но приобрела константный характер, превратившись в своего рода «патологический вариант нормы» [9].

Также В.М. Бехтерев выдвинул гипотезу о том, что идеологизированная, посредством внушения и взаимовнушения, толпа качественно отличается от просто толпы: «...социальная толпа, объединённая одной общей идеей, <...> [представляет] <...> существенное различие от толпы стадного характера, или простого собрания лиц, составленной из случайных элементов, руководимой грубыми эгоистическими инстинктами» [3]. Как можно заметить, в данном случае Бехтерев рассматривал фактор идеологизации толпы как позитивный, делающий её «прогрессивным общественным элементом.» [3] и «благотворной» [3]. В то же время Бехтерев подчёркивал, что в случае деструктивности господствующих в толпе идей эта активная сила порождает «психическую инфекцию», которая «проникает в умы ещё более прочно, чем инфекция, развившаяся в [обычной, идейно не объединённой] толпе» [3]. Таким образом, известные симпатии, которые Бехтерев, как человек леволиберальных убеждений, испытывал к фактору идейного просвещения масс в прогрессивном ключе, не заслоняли от него того факта, — ставшего впоследствии очевидным в ходе драматически, во многих случаях и трагически развивавшегося XX столетия, — что идейная сплочённость общества далеко не всегда благотворно воздействует как на индивидуума, так и на общество, а через него и на человечество в целом.

Размышления Бехтерева на социально-психологическую тематику во многом предвосхитили становление магистральных направлений социологической, политологической и политико-психологической теории, осмыслявшей феномен того, что оказалось связано с развитием в XX–XXI вв. тоталитарных и неототалитарных — толпо-доминантных — тенденций в мировой общественной эволюции. Речь о феномене, который, начиная с 1930-х гг. XX в., вошёл в научный язык под обобщённым понятием «восстания масс», введённым

в научный оборот испанским философом Хосе Ортегой-и-Гассетом в 1929 г. [24].

Социально-психиатрические прозрения В. М. Бехтерева также предвосхитили многие направления в развитии европейской научно-психиатрической мысли.

В частности, сделанное В. М. Бехтеревым наблюдение, согласно которому *«идеи, которые уже созрели в обществе и стали достоянием большинства»*, — то есть идейно оформились, — именно *«в массовом движении приобретают особую активную силу благодаря именно усиленной эмоциональной возбудимости и повышенной двигательной энергии»* [3], оказалась очень точным и научно плодотворным. В дальнейшем эта мысль получила терминологическое оформление в трудах известного психиатра и психотерапевта, основателя Берлинской школы динамической психиатрии Гюнтера Аммона, введшего понятие «социальной энергии» как деятельной силы, — своего рода психической энергии, которую *«люди могут давать друг другу»*. По сути, речь шла о психической энергии, получаемой человеком из окружающего мира в ходе межличностного взаимодействия между индивидом и группой. Согласно Г. Аммону, особенно значимыми для появления этого вида энергии оказываются телесные контакты человека, невербальные сигналы (жесты, мимика, интонация собеседника). При этом Аммон — по сути также, как и Бехтерев, — дифференцировал качество социальной энергии (разделяя её на конструктивную, деструктивную и дефицитарную) и рассматривал её реализацию как в общественном пространстве в целом, так и на уровне индивида [1].

В русле того же, впервые обозначенного В. М. Бехтеревым понимания идейно-силовой природы социальной психологии лежит и концепция Курта Левина, описавшего феномен силового взаимодействия психических полей, подчиняющегося групповым динамическим закономерностям. Поле при этом понимается не как эзотерическое пространство, а как структура, в которой реализуется человеческое поведение, и которая охватывает в нераздельности как мотивационные устремления (намерения) индивидов, так и существующие вне индивидов объекты их устремлений [11].

Одним словом, феномен «социальной энергии», ставший особенно актуальным в XX столетии в связи с появлением электронных СМИ и феномена массовой пропаганды (включая такие её описанные Бехтеревым формы, как *самовнушение* и *взаимовнушение*), не просто ставит имя В. М. Бехтерева в один ряд с философами и социологами, осмыслившими эволюцию человечества в новейшее время, но даёт все основания признать выдающегося петербургского психиатра одним из основоположников этого важнейшего научно-познавательного направления.

В. М. Бехтерев не просто одним из первых стал нащупывать и описывать феномен социальной энергии (под которым, по сути, понимались *массовое сознание* и *массовая психология* в их по-

вышенно активной форме), но отметил как конструктивный, так и деструктивный потенциал данного явления как для общества в целом, так и для отдельных индивидуумов. Этот вывод оказался весьма актуальным в контексте всех последующих эпох. Речь идёт о значении «социальной энергии» не только в контексте взлёта тоталитарных идеологий и установления тоталитарных режимов, особенно бурно прогрессировавших в первой половине XX в., но также в связи с возникновением и стремительной самораскруткой «дегуманизирующей» социокультурной парадигмы, пришедшей на смену недолгому «гуманистическому ренессансу» человечества в период с середины 1950-х до середины 1990-х гг. и продолжающей активно эволюционировать в «сетевую эпоху» практически повсеместно [10, 13].

Информационная психиатрия как ответ на социально-психопатологические вызовы «сетевой эпохи»

Подводя итог всему, о чём шла речь выше и осмысляя пути эффективного медицинско-гуманистического противодействия тем деструктивным для общественного психического здоровья факторам, которые ежесекундно порождает «цивилизация интернета», проще всего, наверное, было бы двинуться по тому пути, по которому рекомендуют следовать некоторые из специалистов и по которому уже стали выстраивать взаимоотношения с Глобальной сетью некоторые из стран — прежде всего, Китай (частично сюда же следует отнести Южную Корею, Японию и некоторые другие азиатские страны).

Речь идёт о тех формах государственного регулирования сетевой сферы, которые точнее и короче всего обозначаются понятием «цензура», то есть *«система государственного надзора за печатью и средствами массовой информации»* [15].

Вопрос о необходимости цензурных ограничений далеко не нов и, как минимум, с середины XVII века [18], провоцировал страстные и непримиримые споры, вызывая массу противоречивых мнений. И это неудивительно.

С одной стороны, цензура способствует таким важным процессам, как борьба с распространением вредоносных идей и проявлениями экстремизма (в более отдалённые времена речь, как правило, шла о *ереси* и *крамоле*), противодействие моральному разложению общества, наконец, защита людей от того подробно описанного выше вреда, который может нанести и ежесекундно им наносит *бесконтрольный поток информации*, особенно мультимедийно-сетевой.

Однако, с другой стороны, активное использование этого мощного инструмента контроля власти над социумом способно существенно ограничить свободу выражения мысли, помешать развитию общества в сферах искусства, науки, правозащиты и др. Противники любых ограничений свободы слова (помимо судебного преследования за её непосредственное использование в целях на-

рушения прав и свобод человека) отмечают, что цензура в действительности не решает социальные проблемы, а лишь помогает замалчивать их существование.

Издержки государственной цензуры Интернета видятся в первую очередь не столько в ограничении реального доступа людей к информации (в эпоху Сети, несмотря на все цензурные начинания, этот доступ остаётся по факту весьма широким), сколько нанесение вреда психическому здоровью общества.

Государственная цензура в условиях постинформационного переизбытка, вместо «успокоения», приносит ещё больше тревоги, так как, даже при наличии сетевой цензуры, на человека все равно вываливается неперевариваемый объем инфомусора. Сочетание же этих двух факторов — цензурного и инфомусорного — лишь усугубляет неуверенность человека в достоверности получаемой информации и, как следствие, ещё больше повышает его тревожности и невротичность. Иными словами, если в СССР в домультимедийную эпоху государственная цензура в какой-то степени реально ограждала социум от негативных последствий информационного переизбытка (уже заявивших о себе в полный постинформационный голос на Западе), то в сетевую эпоху аналогичная цель не только оказывается недостижимой, но приводит к прямо противоположным социально-психологическим результатам, связанным с дополнительной невротизацией социума.

Справедливости ради стоит пояснить, что советская модель цензуры, хотя и уберегала социум от «постинформационного переизбытка», также не повышала уровень психическое здоровья общества. Она также вносила в него институциональную тревогу, просто делала это другими способами. Не случайно алкоголизм, косвенно свидетельствующий о фоновой тревожности социума и доминировавший в СССР, особенно в годы «застоя», был более развит и заметен, нежели в настоящее время.

Вызывает сомнения не только государственное, но и корпоративное цензурирование Интернета, и также в контексте вреда, причиняемого психическому здоровью социума: «...сетевая цензура направлена прежде всего против того, что может быть расценено общественностью как посягающее на каноны политкорректности, общественной нравственности и “новой этики” в целом. Как нетрудно заметить, эти цензурные вторжения в сетевую активность пользователей лишь усиливают напряжённую неудовлетворенность ситуацией, сложившейся в пространстве Глобальной сети, со стороны всё большего числа людей» [10]. В этой связи цензуры Сети со стороны органов государственной власти, ещё не так давно казавшаяся центральной проблемой (авторитарные государства, как правило, стремятся ограничить социальные сети в одностороннем порядке [23, 27], демократические — по согласованию с их руководством [20, 26]), по факту становится

лишь составной частью более глобального сюжета — об утрате общественного доверия к Сети как пространству неограниченной свободы слова и обмена информацией [10] и, как следствие — к усугублению многократно упоминавшихся выше социально-психопатологических издержек.

И всё же «сетевая эпоха» вносит в рассуждения некоторых, как можно понять, в целом либерально настроенных авторов, существенные «авторитарные коррективы». Примечателен в этой связи, как представляется, довольно типичный и внутренне противоречивый ход мысли авторов статьи «Цензура и её влияние на культуру общества» [2]. В начале материала говорится о неэффективности цензуры как таковой: «В этом случае нужно говорить не о государственной цензуре, а о социальной и индивидуальной самоцензуре». Далее следует оговорка, заставляющая с особым вниманием отнестись к идее именно сетевой цензуры: «Однако интернет-общение даёт ощущение анонимности и, соответственно, безнаказанности. Это облегчает нарушение таких [добровольно-самоцензурных, — авт.] табу». И завершается рассуждение внешне категоричным, а по сути, когнитивно-диссонансным выводом: «Необходимость цензуры очевидна. И так же очевидно, что злоупотребление ею повлечёт серьёзные последствия. Задача современного общества состоит в том, чтобы найти компромисс, определить, какие ограничения являются разумными и оправданными, а какие излишними» [2]. Описание конкретной модели указанного компромисса авторы данного текста не предлагают, как, впрочем, и многие из их коллег, рассуждающих на ту же тему.

О том, что же всё-таки могли бы предложить обществу психиатры в плане уменьшения и профилактики негативных для общественного здоровья последствий, по сути, тотальной вовлечённости социума в Глобальную сеть, уже высказывались соображения, в том числе, авторами настоящей статьи:

— Необходимо учитывать законы «сетевой эпохи» и действовать, активно присутствуя в пространстве Интернета и создавая «изнутри него» научно валидное информационное противодействие его трендам, деструктивно воздействующим на общественное психическое здоровье [12];

— Задача учёных в сложившейся ситуации заключается также в создании не только интеллектуального, но и нравственного (не путать с идеологическим и «духовно-пропагандистским») гуманистического противовеса развившимся в обществе и особенно широко представленным в Сети человеконенавистническим стереотипам [12].

Говоря сжато, одна из важнейших задач психиатрии на современном этапе — оказание всемерной помощи людям в их борьбе с интернет-зависимостью, интернет-облыванием, непрерывным интернет-вторжением в частную жизнь и — как следствие — углубляющимися интернет-невротизацией и интернет-фрустрацией.

Такой подход находится в полном соответствии с докладом ВОЗ [6] о положении дел в области охраны психического расстройства в мире, опубликованном в 2022 и призывающем принятие мер по трем главным направлениям, ориентированным на повышение уровня психического здоровья населения:

- повышение ценности психического здоровья в представлении отдельных людей, общества в целом и государственной власти; в соответствии с осознанием этой ценности обеспечение необходимых обязательств, взаимодействия и инвестиций со стороны всех заинтересованных сторон и во всех секторах;
- преобразование физических, социальных и экономических характеристик окружающей среды — на дому, в школах, на рабочем месте и в целом на уровне местного общества — для более эффективной защиты психического здоровья и профилактики психических расстройств;
- укрепление системы охраны психического здоровья, с тем чтобы весь спектр потребностей в области психического здоровья удовлетворялся посредством сети оказания доступных, недорогостоящих и качественных услуг и поддержки на уровне общин.

Особенно важно в этой связи подчеркнуть, что Интернет в его современном виде дополнительно катализирует тревожность, порождаемую «большей мировой политикой», и в известной степени толкает её в конфликтногенном направлении. Хотя, если даже представить, что мировая политика вдруг стала бы чудесным образом более спокойной, сам по себе Интернет и в этом случае остался бы институционально неврозогенным фактором. И общество всё равно продолжило бы нуждаться в помощи психологов, психотерапевтов и психиатров.

Важным шагом в адаптации социальной психиатрии к вызовам «сетевой эпохи», как представляется, должна явиться разработка нового научного направления — «Информационной психиатрии», целенаправленно занимающейся:

— Исследованием психического здоровья людей в контексте воздействия на них тотального информационно-цифрового пространства;

— Диагностикой наносимого психическому здоровью отдельных людей и общества в целом ущерба;

— Разработкой соответствующих терапевтических методик, с привлечением психотерапевтов и клинических психологов.

Это предложение хотелось бы считать приглашением к всестороннему экспертному обсуждению.

Литература / References

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия в ракурсах времени: к столетию со дня рождения. перевод с немецкого Вида В.Д. под общей редакцией Незнанова Н.Г., Васильевой А.В. Москва: Городец, 2019.
Ammon G. Dinamicheskaya psichiatriya v rakursah vremeni: k stoletiyu so dnya rozhdeniya. perevod s nemeckogo Vida V.D. pod obshchej redakciej Neznanova N.G., Vasil'evoy A.V. Moskva: Gorodec. 2019. (In Russ.).
2. Баева Е.О., Ишханова Д.И. Цензура и ее влияние на культуру общества. Уникальные исследования XXI века. 2015;11(11):88–91.
Baeva EO, Ishkhanova DI. Censorship and its influence on the culture of society. Unikal'nye issledovaniya XXI veka. 2015;11(11):88–91. (In Russ.).
3. Бехтерев В.М. Внушение и его роль в общественной жизни. Третье значительно дополненное издание. СПб: Издание Риккера К.Л., 1908.
Bekhterev V.M. Vnushenie i ego rol' v obshchestvennoy zhizni. Tre'te znachitel'no dopolnennoe izdanie. SPb: Izdanie Rikкера K.L., 1908. (In Russ.).
4. Дмитриева Т.Б., Краснов В.Н., Незнанов Н.Г., Семке В.Я., Тиганова А.С. Психиатрия: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
Dmitrieva T.B., Krasnov V.N., Neznakov N.G., Semke V.Ya., Tiganova A.S. Psichiatriya: nacional'noe rukovodstvo. M.: GEOTAR-Media, 2011. (In Russ.).
5. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. М.: Медицина, 2003.
Dmitrieva T.B., Polozhij B.S. Etnokul'tural'naya psichiatriya. M.: Medicina, 2003. (In Russ.).
6. Доклад о психическом здоровье в мире: охрана психического здоровья: преобразования в интересах всех людей. Краткий обзор [who.int]. WHO;2022 [процитировано 11 июня 2024].
Доступно: <https://www.who.int/ru/publications/item/9789240050860> (In Russ.).
7. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб: Издательство СПб НИИ им. В.М. Бехтерева, 1998.
Kabanov M.M. Psihosocial'naya reabilitatsiya i social'naya psichiatriya. SPb: Izdatel'stvo SPb NII im. V.M. Bekhtereva, 1998. (In Russ.).
8. Каннабих Ю.В. История психиатрии. Предисловие Ганнушкина П.Б. М.: Государственное медицинское издательство (Типография им. Евг. Соколовой). 1928/1929.
Kannabih Yu.V. Istoriya psichiatrii. Predislovie Gannushkina P.B. M.: Gosudarstvennoe medicinskoe izdatel'stvo (Tipografiya im. Evg. Sokolovoj). 1928/1929. (In Russ.).
9. 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). Nezavisimyy psikhiatricheskii zhurnal. 2018;(4):10–17. (In Russ.).

10. Коцюбинский Д.А. «Новый тоталитаризм» XXI века. Уйдёт ли мода на безопасность и запреты, вернётся ли мода на свободу и право? СПб: ООО «Страта». 2022.
Kotsyubinskij D.A. «Novyj totalitarizm» XXI veka. Ujdyot li moda na bezopasnost' i zaprety, vern-yotsya li moda na svobodu i pravo? SPb: ООО «Strata». 2022. (In Russ.).
11. Левин К. Теория поля в социальных науках. Пер. Е. Сурпина. СПб.: Речь, 2000.
Levin K. Teoriya polya v social'nyh naukah. Per. E. Surpina. SPb.: Rech', 2000. (In Russ.).
12. Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., Коцюбинский Д.А. Фактор интернета в контексте профилактики и лечения Covid-19. К постановке проблемы. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2023;57(1):23–37.
Neznanov NG, Kotsyubinsky AP, Kotsyubinsky DA. The Internet factor in the context of prevention and treatment of Covid-19. To the problem statement. Obozrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2023;57(1):23–37. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-661>. (In Russ.).
13. Савчук В.В. Раздел I. Контуры постинформации. Конверсия искусства. СПб: Издательство «Петрополис». 2001.
Savchuk V.V. Razdel I. Kontury postinformatsii. Konversiya iskusstva. SPb: Izdatel'stvo «Petropolis». 2001. (In Russ.).
14. Смуглевич А.Б., Концевой В.А., Дороженко И.Ю. и др. Дерматозойный (зоопатический) бред. Психиатрия и психофармакотерапия. 2004;6(6):267–270.
Smulevich AB, Kontsevoy VA, Dorozhenok IYu et al. Dermatozoic (zoopathic) delirium. Psikiatriya i psikhofarmakoterapiya. 2004;6(6):267–270. (In Russ.).
15. Цензура. Толковый словарь Ожегова [gufo.me]. gufo; [процитировано 12 июня 2024].
Доступно: <https://gufo.me/dict/ozhegov/цензура>. (In Russ.).
16. Шматова Ю.Е. Позитивные и негативные тенденции в сфере общественного психического здоровья населения России в 2005–2018г. Социальная безопасность, образование и здоровье. 2020;(4):202–214.
Shmatova YuE. Positive and negative trends in the field of public mental health of the Russian population in 2005–2018. Sotsial'naya bezopasnost', obrazovanie i zdorov'e. 2020;(4):202–214. (In Russ.).
17. Шматова Ю.Е., Фалалеева О.И., Гулин К.А. Общественное психическое здоровье: тенденции и проблемы. Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН. Вологда: Вологодский научный центр Российской академии наук. 2006.
Shmatova Yu.E., Falaleeva O.I., Gulin K.A. Obshchestvennoe psichicheskoe zdorov'e: tendencii i problemy. Vologodskij nauchno-koordinatsionnyj centr CEMI RAN. Vologda: Vologodskij nauchnyj centr Rossijskoj akademii nauk. 2006. (In Russ.).
18. Areopagitica. A speech of Mr. John Milton for the Liberty of Unlicenc'd Printing, to the Parliament of England. 1644.
19. Enoch MD, Ball HN. Uncommon Psychiatric Syndromes (Hodder Arnold Publication). L.: Butterworth-Heinemann, 1991.
20. Greenwald G. Facebook Is Collaborating With the Israeli Government to Determine What Should Be Censored. Those who want Silicon Valley tech giants to be arbiters of political speech are playing with fire. The Intercept. [theintercept.com]. theintercept; 2016 [cited 11 June 2024].
Available: <https://theintercept.com/2016/09/12/facebook-is-collaborating-with-the-israeli-government-to-determine-what-should-be-censored>
21. Le Bon G. La Psychologie des Foules. Paris: Félix Alcan, 1895.
22. Le Bon G. Les Lois Psychologiques de l'Évolution des Peuples [1894]. Paris: Félix Alcan, 1898.
23. Luong D. Vietnam's Internet is in trouble. The Washington Post. [washingtonpost.com]. washingtonpost; 2018 [cited 12 June 2024].
Available: <https://www.washingtonpost.com/news/worldpost/wp/2018/02/19/vietnam-internet>
24. Ortega y Gasset J. La rebelión de las masas. Madrid: [s.n.], 1929.
25. Peitz D, Kersjes C, Thom J, Hoelling H, Mauz E. Indicators for Public Mental Health: A Scoping Review. Frontiers in Public Health. 2021;(9):1–11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.714497>.
26. Preston J. Facebook Deactivates Protest Pages in Britain. The New York Times. [archive.org]. archive; 2011 [cited 12 June 2024].
Available: <https://web.archive.org/web/20110503215815/http://mediadecoder.blogs.nytimes.com/2011/04/29/facebook-deactivates-protest-pages-in-britain>
27. 80 pct of netizens agree China should punish Facebook. The People's Daily Online. [archive.org]. archive; 2009. [cited 11 June 2024].
Available: <https://web.archive.org/web/20090714121501/http://english.people.com.cn/90001/90776/90882/6697993.html>

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 Росздрава, 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 — кандидат исторических наук, Автономная некоммерческая организация «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 27.03.2025

Accepted 27.03.2025

Дата публикации 27.06.2025

Date of publication 27.06.2025

Перинатальный анамнез пациентов с энкопрезом

Бебенин А.А., Гречаный С.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Цель исследования — изучить перинатальный анамнез детей, страдающих неорганическим энкопрезом, а именно: распространенность патологии беременности и родов матерей этих пациентов в сопоставлении со здоровой популяцией. **Материалы и методы.** Анализу подверглись данные перинатального анамнеза детей и подростков в возрасте от 5 до 13 лет обратившиеся в ГАУЗ СО «СОКПБ» с жалобами на недержание кала (основная группа — 192 чел.), а также здоровых детей в возрасте от 5 до 13 лет, родители которых выявили добровольное желание участвовать в исследовании (контрольная группа — 100 чел.). В работе использовались клиничко-психопатологический и клиничко-анамнестический методы исследования. **Результаты.** Результаты исследования показали наличие превалирующей отягощенности перинатального периода патологическими состояниями у пациентов с энкопрезом по сравнению со здоровой популяцией, при этом 8 из 14 факторов имели прогностическую силу и вошли в уравнение логистической регрессии с высоким уровнем статистической значимости ($p < 0,05$ для всех факторов). Данные о статистически более высокой распространенности хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта матерей, имеющих детей, страдающих энкопрезом, имеющие наибольшее влияние на зависимую переменную и с наибольшим по модулю значением коэффициента регрессии ($B_0 = -3,117$), можно расценивать как наследственную предрасположенность к заболеваниям желудочно-кишечного тракта, выражающуюся в слабости произвольного контроля за кишечной перистальтикой и дефекацией у детей. Также впервые выявлена более высокая частота встречаемости фактора переносимости в основной группе, который ранее применительно к энкопрезу также никогда не описывался. **Заключение.** Полученные в ходе исследования результаты подтверждают влияние резидуально-органического фактора на этиопатогенез энкопреза у детей. При этом впервые выявлена статистическая закономерность, уточняющая роль ряда факторов перинатального поражения нервной системы в формировании недержания кала у детей, что расширяет возможности прогнозирования с дельнейшим проведением психопрофилактики.

Ключевые слова: энкопрез, недержание кала, перинатальная травма, экстрагенитальная патология

Информация об авторах:

Бебенин Александр Алексеевич* — e-mail: bebenin_aa@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0009-1928-4377>
Гречаный Северин Вячеславович — e-mail: sgrechanyi@spbu.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5967-4315>

Как цитировать: Бебенин А.А., Гречаный С.В. Перинатальный анамнез пациентов с энкопрезом. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:2:61-70. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-1007>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Perinatal history of patients with encopresis

Alexandr A. Bebenin, Severin V. Grechanyi

St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia

Research article

Summary. The aim of the study was to study the perinatal history of children suffering from inorganic encopresis, namely: the prevalence of pathology of pregnancy and childbirth in the mothers of these patients in comparison with a healthy population. **Materials and Methods.** The data of the perinatal anamnesis of children and adolescents aged 5 to 13 years who applied to the State Medical Institution with «SOCPB» with complaints of fecal incontinence (main group — 192 people), as well as healthy children aged 5 to 13 years, whose parents revealed a voluntary desire to participate in the study (control group — 100 people). Clinical-

Автор, ответственный за переписку: Александр Алексеевич Бебенин — e-mail: bebenin_aa@mail.ru

Corresponding author: Alexandr A. Bebenin — e-mail: bebenin_aa@mail.ru

psychopathological and clinical-anamnestic research methods were used in the work. **Results.** The results of the study showed the presence of a predominant burden of the perinatal period with pathological conditions in patients with encopresis compared with a healthy population, while 8 of the 14 factors had predictive power and entered the logistic regression equation with a high level of statistical significance ($p < 0.05$ for all factors). The data on the statistically higher prevalence of chronic diseases of the gastrointestinal tract of mothers with children suffering from encopresis, having the greatest influence on the dependent variable and with the highest modulo value of the regression coefficient ($B_0 = -3.117$) can be regarded as a hereditary predisposition to diseases of the gastrointestinal tract, expressed in the weakness of arbitrary control of intestinal peristalsis and defecation in children. Also, for the first time, a higher incidence of the transference factor in the main group was revealed, which had never been described before in relation to encopresis. **Conclusion.** The results obtained during the study confirm the influence of the residual organic factor on the etiopathogenesis of encopresis in children. At the same time, for the first time, a statistical pattern was revealed clarifying the role of a number of factors of perinatal damage to the nervous system in the formation of fecal incontinence in children, which expands the possibilities of forecasting with the most effective psychoprophylaxis.

Keywords: encopresis, fecal incontinence, perinatal trauma, extragenital pathology

Information about the authors:

Alexandr A. Bebenin* — e-mail: bebenin_aa@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0009-1928-4377>

Severin V. Grechanyi — e-mail: sgrechanyi@spbu.ru; <https://orcid.org/00000-0001-5967-4315>.

To cite this article: Bebenin AA, Grechanyi SV. Perinatal history of patients with encopresis. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:2:61-70. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-1007>. (In Russ.)

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

Под энкопрезом понимается непроизвольное или произвольное недержание и отложение каловых масс нормальной или почти нормальной консистенции, в непредназначенных для этого местах, исходя из социально-культурных представлений. В основе лежит недоразвитие или утрата ранее сформированного навыка опрятности [11]. Об энкопрезе у детей говорят с 4-летнего возраста.

Важность знаний об энкопрезе для детского психиатра связана с тем, что данная форма расстройств элиминации часто является единственным симптомом расстройства и в тоже время стойким и резистентным к лечению [16].

С момента появления первой отечественной монографии «Недержание кала у детей» [4], представления об этиопатогенезе энкопреза шло по трем основным линиям. Подчеркивалась невротическая (психогенная) природа энкопреза; недержание кала расценивалось как проявление общего психического недоразвития или как психического регресса в рамках рано манифестировавших процессуальных заболеваний и, наконец, как форма резидуально-органической патологии головного мозга [1,5,6,12,14].

В современной зарубежной литературе акцент делается на педиатрическом аспекте изучения проблемы. Механизмы энкопреза в значительной степени связываются с функциональным состоянием гастроинтестинальной системы, что отражается в статистических показателях, согласно которым ретентивный (то есть связанный с задержкой каловых масс) энкопрез составляет 80-95% всех случаев недержания кала [17]. Очевидно, что такое понимание природы расстройства явно связано с недооценкой энкопреза как психиатрического синдрома.

Работами отечественных авторов в свое время было сделано много усилий для разграничения первичных и вторичных, невротических и неврозоподобных форм энкопреза на основании их клинических проявлений, предрасполагающих этиологических факторов, различий подходов к терапии. Наиболее полная и всесторонняя классификация разновидностей энкопреза, этиопатогенеза, а также оригинальная клинко-этиологическая концепция представлена в вышедшей в 2018 году монографии под руководством Ю.С. Шевченко [14]. Некоторую путаницу в установившуюся систему понятий внесла МКБ-10, где расстройство значится под рубрикой F 98.1 «Неорганический энкопрез». Однако термин «неорганический», в данном случае, следует расценивать как отсутствие тяжелых аномалий строения кишечника, заболеваний нижнего отдела кишечника и анального сфинктера таких, как аганглиоз толстого кишечника (болезнь Гиршпрунга), стеноз анального канала и прямой кишки, незаращение дужек позвонков (spina bifida) и др., а не резидуально-органического заболевания головного мозга.

Во многих источниках литературы указывается, что резидуально-органическая форма энкопреза является ведущей в клинической практике, что отражает общую превалирующую распространенность форм «резидуа» в детской популяции [7]. Механизм его обусловлен функциональной незрелостью структур головного мозга и/или различной выраженной дисфункцией мозговых центров, контролирующих процесс дефекации [13].

Для оценки резидуально-органической отягощенности в детской психиатрической практике традиционно учитывались данные анамнеза, касающиеся перинатального периода развития

ребенка, включая особенности внутриутробного развития пациента, течения у матери беременности и родов, состояния ребенка после рождения и др., а также факторы, способные оказывать потенциально поражающее воздействие на нервную систему плода и ребенка [6].

На сегодняшний день отсутствует детальное описание раннего анамнеза детей с энкопрезом, включая данные о перинатальном периоде развития, что определяет актуальность настоящего исследования. Проблема имеет важное практическое значение, поскольку позволяет оценить в каждом конкретном случае «удельный вес» влияния резидуально-органического фактора в происхождении энкопреза и определяет, таким образом, дальнейшую терапевтическую стратегию ведения пациента.

Материалы и методы. В работе использовались клинико-психопатологический и клинико-анамнестический методы. Клинико-психопатологический метод был направлен на подтверждение/исключение симптомов психических расстройств согласно исследовательским диагностическим критериям МКБ-10.

Клинико-анамнестический метод был направлен на выявление в анамнезе у пациентов возможных факторов нарушения течения беременности и родов. Использовался составленный нами полуструктурированный опросник, содержащий перечень наиболее распространенных форм перинатальных вредностей, разделенных на 3 группы: 1) экстрагенитальная патология у матери с декомпенсацией в период беременности (хронические заболевания желудочно-кишечного тракта с декомпенсацией в период беременности, анемия, нейроциркуляторная дистония, патология мочевыделительной системы, табакокурение в период беременности, употребление алкоголя в период беременности); 2) Патология течения беременности (токсикоз 1 и 2 половины с гестозом, угроза прерывания беременности, инфекционно-вирусные заболевания в период беременности); 3) Патология перинатального периода (низкая масса тела при рождении, недоношенность, переносимость, асфиксия плода в родах, родовая травма). Опросник заполнялся на основании анамнестического опроса родителей и данных, указанных в медицинской документации (эпикриз из роддома, медицинская карта амбулаторного больного, выписка из истории развития новорожденных).

Критерии включения/невключения/исключения и отбор пациентов. Основная группа была сформирована из обратившихся в Областной Центр психического здоровья детей и подростков ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» в период 2010-2020 гг. пациентов, чьи родители предъявляли жалобы на недержание у их детей каловых масс различной степени частоты и выраженности в течение не менее 1 года. Критериями формирования основной группы явилось: 1) наличие у пациента диагностических критериев из рубрики F 98.1

«Неорганический энкопрез», выявленных при первичном обследовании в ходе клинического интервью; 2) длительность расстройства не менее 1 года с момента манифестации; 3) наличие у пациента сопутствующих психических расстройств, отвечающих диагностическим критериям следующих рубрик (допустимая коморбидность) F 06.6 «Органическое астеническое (эмоционально-лабильное) расстройство», F 51 «Расстройства сна неорганической природы», F 80.1 «Расстройство экспрессивной речи», F 83 «Смешанные специфические расстройства развития», F 95 «Тики», F 90.0 «Нарушение активности и внимания», F 90.1 «Гиперкинетическое расстройство поведения», F 98.0 «Энурез», F 98.5 «Заикание», выявленных в ходе клинического интервью при первичном обследовании. Критериями не включения в основную группу явились: 1) наличие у пациента критериев психических расстройств из рубрик: F 00-05, F 07-09 «Органические расстройства», F 20-29 «Шизофрения», F 30-39 «Расстройства настроения», F 70-79 «Умственная отсталость», F 80-89 «Расстройства психологического развития»; 2) наличие у пациента клинически выраженного судорожного синдрома, эпилептиформных пароксизмов, эпилепсии. Критерием исключения из основной группы стал письменный отказ родителей от продолжения исследования, сформулированный письменно.

Контрольную группу составили здоровые дети в возрасте 5-13 лет, чьи родители выявили добровольное желание участвовать в исследовании, то есть отвечать на вопросы в ходе клинической беседы с помощью полуструктурированного диагностического интервью на основании критериев МКБ-10 и в ходе анамнестического опроса. Критериями включения в контрольную группу стало: 1) отсутствие критериев психического расстройства из рубрик F 00-99 согласно МКБ-10; 2) отсутствие у пациента клинически выраженного судорожного синдрома, эпилептиформных пароксизмов, эпилепсии. Критериями не включения стало, соответственно, наличие данных признаков. Критерий исключения — отказ родителей от продолжения исследования, сформулированный письменно. Родителям всех участников исследования было предложено заполнить письменное информированное согласие участников исследования. В контрольную группу вошли здоровые дети одного и того же дошкольного учреждения и одной и той же средней школы. Это важно, поскольку все дети были постоянно прикреплены к одному медицинскому учреждению с единым принципом заполнения учетной медицинской документации, которая послужила основой для заполнения исследовательских анкет.

По указанным критериям в основную группу было отобрано 192 чел. в возрасте 5-13 лет (144 мальчика, 48 девочек) из изначально обратившихся 234 чел., чьи родители предъявляли жалобы на энкопрез у детей. Все, включенные в основную группу, участники исследования завершили обследование. В контрольную группу изначально

было предложено войти 128 чел., но только 105 чел. выразили желание участвовать в исследовании, а 100 чел. (60 мальчиков, 40 девочек) прошли исследование до конца. Основной причиной, по которой участники контрольной группы выпали из исследования, было отсутствие интереса к нему.

Статистическая обработка. Для описания качественных (категориальных) переменных использовались показатели абсолютного значения (n) и % в группе. Для сравнения качественных переменных на основе таблиц сопряженности использовался критерий χ^2 Пирсона. Описание количественных параметрических переменных проводилось на основании среднего значения (M) и стандартного отклонения (sd), непараметрических переменных — медианы (Me) и 25% и 75% квартилей. Для проверки нормальности распределения использовались значения асимметрии (As) и эксцесса (Ex) и их стандартных ошибок (p). Выборка считалась соответствующей нормальному распределению, если абсолютные значения асимметрии и эксцесса не превышают своих стандартных ошибок [9]. Сравнение параметрических выборок проводилось на основании t -критерия Стьюдента (две выборки) или однофакторного дисперсионного анализа (две и более выборки).

Для прогнозирования вероятности появления у пациента энкопреза на основании анамнестических данных, то есть принадлежности пациента к группе энкопреза, был использован метод логической регрессии. Логистическая регрессия представляет собой вариант множественной регрессии, при которой в качестве зависимой переменной используется дихотомическая переменная, имеющая 2 возможных значения и символизирующая принадлежность или непринадлежность объекта к определенной группе (ответы по типу «да» или «нет»). Формула преобразованного уравнения логистической регрессии имеет следующий общий вид [9]:

$$P = 1 / (1 + e^{-B_0 - B_1 \cdot x_1 - B_2 \cdot x_2 - \dots - B_n \cdot x_n}) \quad (1),$$

где
 P — вероятность принадлежности к группе (от 0 до 1);
 e — натуральный логарифм (значение = 2,718281828)
 B_0 — константа регрессионного уравнения;
 $B_1, B_2, \dots, B_n$ — коэффициенты регрессии;
 x_1, x_2, x_n — значения номинативных переменных.

Результаты. Общая характеристика исследуемых групп и распространенность перинатальных вредностей в основной и контрольной группах представлены в Табл.1. Из нее видно, что возраст всех обследованных был от 5 до 13 лет. Данный показатель был проверен на нормальность распределения на основании модульных значений асимметрии (As) и эксцесса (Ex) выборки. Так как значения As — 0,512 (0,143) и Ex — -0,293 (0,284) не превышали по модулю 1, то выборка была при-

знана соответствующей нормальному распределению, и для расчета показателей возраста были применены методы параметрической статистики. Средний возраст составил 8,08 (1,963) лет. Средний возраст участников основной и контрольной групп не различался (критерий Стьюдента $t = 1,710$, $p = 0,088$). В основной группе по сравнению с контрольной соотношение по полу было больше смещено в сторону мальчиков ($\chi^2 = 7,027$, $(df)1$, $p = 0,008$).

Наследственная отягощенность по энкопрезу.

У 11 детей основной группы энкопрезом в детском возрасте страдали их отцы. Так, у 4-х отцов энкопрез отмечался до 7 лет, у 5-и отцов до 10 лет и в 2-х случаях отцы страдали энкопрезом до 12 лет. В 10 случаях наблюдалось исключительно дневное недержание кала и только в одном случае оно определялось как дневное, так и ночное (у отца, страдавшего энкопрезом до 12 лет). Однако, точная оценка наследственной отягощенности была затруднена в виду следующих причин. В случае, когда семья была неполной, технически сложно было получить информацию относительно отягощенной наследственности со стороны отца. Даже если семья была полной, то отца в большинстве случаев не было при осмотре ребенка. А если он присутствовал, то обычно неохотно предоставлял информацию, касающуюся весьма деликатной для мужчины темы, и значимые детали относительно клинических проявлений и течения расстройства оказались не обсужденными.

Ниже представлен анализ распространенности различных перинатальных вредностей в основной и контрольной группах.

Экстрагенитальная патология у матери в период беременности. В целом экстрагенитальная патология была выявлена в анамнезе у 98,4% матерей пациентов основной группы и у 70,0% в контрольной ($\chi^2 = 56,508$, $p < 0,001$, $OR = 40,714$). Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта обнаружены в 59,9% случаях в основной группе и 16,0% случаях в контрольной ($\chi^2 = 51,215$, $(df)1$, $p < 0,0001$, $OR = 7,841$). К ним были отнесены гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хронический гастрит и язвенная болезнь желудка, хронический дуоденит и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит, хронический холецистит, хронический колит, хронический запор и синдром раздраженного кишечника. В 66,1% случаях в основной группе и в 18,0% в контрольной ($\chi^2 = 60,970$, $(df)1$, $p < 0,001$, $OR = 8,901$) у матерей пациентов в период беременности была выявлена анемия. Критерием ее диагностики было, согласно рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения, снижение уровня гемоглобина в период беременности независимо от причины ниже 110 г/л [18]. Диагноз нейроциркуляторная дистония с вазовегетативными расстройствами и начальными проявлениями гипертонической болезни во время беременности также значимо выше был распространен в основной группе по сравнению с контрольной (55,2% против 24,0%; $\chi^2 = 25,928$, $(df)1$, $p < 0,0001$, $OR = 3,903$). Согласно

данным литературы [3], учитывались только диагнозы «ВСД или НЦД по гипотоническому типу», «ВСД или НЦД по гипертоническому типу» и «ВСД или НЦД по смешанному типу».

Диагноз «ВСД или НЦД по гипотоническому типу» учитывался с уровнем АД менее 110/70 с жалобами на головные боли или без них. Указанные критерии отличаются от артериальной гипотонии, которая предполагает снижение АД <100/60 мм рт. ст. для женщин в возрасте до 25 лет и <105/65 мм рт. ст. для женщин в возрасте более 30 лет. Диагноз «ВСД или НЦД по гипертоническому типу» — это состояние, при котором у беременных регистрируется САД ≥ 140 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт. ст. О наличии артериальной гипертензии при самостоятельном измерении АД беременной в домашних условиях или при проведении суточного мониторирования АД (СМАД) свидетельствует уровень АД $\geq 135/85$ мм рт.ст. Патология мочевыделительной системы в период беременности в форме обострений хронического пиелонефрита и гломерулонефрита выявлена в 46,4% случаях в основной группе и 12,0% в контрольной ($\chi^2=34,300$, (df)1, $p<0,0001$, OR=6,337). Хронической никотиновой интоксикации, несмотря на беременность, подвергли себя 34,9% матери пациентов основной группы и 22,0% контрольной ($\chi^2=5,161$, (df)1, $p=0,023$, OR=1,900). Основание для установления этого фактора риска был положительный ответ матери на вопрос, курила ли она, ожидая ребенка. Употребление спиртных напитков в период беременности отмечалось в 24,0% случаях в основной группе и в 8,0% в контрольной ($\chi^2=11,109$, (df)1, $p=0,001$, OR=3,623). В данную группу мы вносили всех матерей, которые с собственных слов или со слов родственников употребляли любые спиртосодержащие напитки в период беременности без учёта объёма выпитого, ситуации приема, а также знания или незнания женщины о своем статусе беременности на момент приема алкоголя. Спиртосодержащими напитками считались те, что содержат этиловый спирт более 0,5% объема готовой продукции.

Патология течения беременности. Суммарное количество случаев патологического течения беременности было больше в основной группе (99,0%) по сравнению с контрольной (73,0%) с высоким уровнем статистической значимости различий ($\chi^2=49,532$, (df)1, $p<0,001$, OR=35,137). Было выявлено статистически значимое преобладание в основной группе над контрольной таких факторов патологии течения беременности, как (разновидности представлены в порядке частоты встречаемости фактора в основной группе):

- токсикоз 1 и 2 половины с гестозом (77,1% против 22,0%, $\chi^2=82,019$, (df)1, $p<0,0001$, OR=11,926);
- хронические соматические заболевания матери с декомпенсацией во время беременности, такие как гипертоническая болезнь, пиелонефрит, сахарный диабет III типа — гестационный диабет, гипотиреоз, железодефицитная анемия (49,5% против 28,0%, $\chi^2=12,443$, (df)1, $p<0,0001$, OR=2,269);

- угроза прерывания беременности (42,2% против 18,0%, $\chi^2=17,166$, (df)1, $p<0,0001$, OR=3,324);

- инфекционно-вирусные заболевания в период беременности — ОРВИ, грипп, герпетическая инфекция, хронические инфекции, передающиеся половым путем и др. (34,4% против 16,0%, $\chi^2=10,933$, (df)1, $p=0,001$, OR=2,750).

Для каждого рассматриваемого фактора патологического течения беременности была показана преобладающая частота его встречаемости в основной группе по сравнению с контрольной при отношении шансов (OR) во всех случаях выше 1.

Патология перинатального периода. Суммарное число случаев патологии антенатального периода значимо статистически преобладало в основной группы (99,0%) над контрольной (42,0%, $\chi^2=130,665$, (df)1, $p<0,001$, OR=131,190). Чаще всего в основной группе встречалась родовая травма (82,8%). Этот показатель значимо преобладал над аналогичным показателем в контрольной группе (18,0%, $\chi^2=115,699$, (df)1, $p<0,0001$, OR=21,949). Под понятием «родовой травмы» были объединены все случаи родов с повреждением тканей и органов новорожденного, и, прежде всего, центральной и периферической нервной системы, возникшие в процессе родового акта [2]. Далее по частоте встречаемости шла асфиксия плода в родах, отмеченная в 72,9% в основной группе со статистическим преобладанием над контрольной — 6,0% ($\chi^2=117,773$, (df)1, $p<0,001$, OR=42,179). Родовая травма и асфиксия ребенка в родах обычно были тесно сопряжены с патологией родовой деятельности у женщины, такой как раннее отхождение околоплодных вод, слабость родовой деятельности с использованием медикаментозной стимуляции, плановое и экстренное кесарево сечение, использование травматичных приемов родовспоможения и др. Подсчет числа вышеуказанных нарушений родовой деятельности не проводился, так как в фокусе внимания был новорожденный, и фиксировалось результирующее влияние патологии родовой деятельности матери на состояние ребенка в виде факта наличия/отсутствия упомянутой родовой травмы и/или асфиксии в родах. Недоношенность как следствие осложнения течения беременности, устанавливаемая в случае, если срок гестации был менее 37 недель [19], также значимо преобладала в основной группе над контрольной (41,7% против 12,0%, $\chi^2=26,817$, (df)1, $p<0,001$, OR=5,238). Близкий показатель недоношенности был показатель низкой массы тела при рождении, к которой относились случаи рождения ребенка на любом сроке гестации с массой тела менее 2500 гр. Этот показатель составил 37,0% в основной группе со значимым статистическим преобладанием над контрольной — 20,0% ($\chi^2=8,836$, (df)1, $p=0,003$, OR=2,347). Число случаев переносимости (роды при сроке беременности 294 дня и более) в основной группе (14,6%) также было выше по сравнению с контрольной (4,0%, $\chi^2=7,548$, (df)1, $p=0,006$, OR=4,098).

Таблица 1. Характеристика пренатальных и перинатальных патогенных факторов в основной и контрольной группах
Table 1. Characteristics of prenatal and perinatal pathogenic factors in the main and control groups

№	Патогенные факторы	Всего	Основная группа 192 чел. (100,0%)	Контрольная группа 100 чел. (100,0%)	Уровень статистической значимости
1	Возраст пациентов, лет M (sd) min-max	8,08 (1,963) 5-13	9,74 (1,941) 5-13	8,35 (1,987) 5-13	критерий Стьюдента t=-1,710, p=0,088
2	Пол: - мальчики - девочки Итого:	204 (69,9%) 88 (30,1%) 292 (100,0%)	144 (75,0%) 48 (25,0%) 192 (100,0%)	60 (60,0%) 40 (40,0%) 100 (100,0%)	$\chi^2=7,027$, (df)1, p=0,008**
I. Экстрагенитальная патология у матери в период беременности					χ^2 Пирсона, риск ошибки (p), отношение шансов (OR), доверительный интервал CI (нижнее значение-верхнее значение)
3	Всего случаев экстрагенитальной патологии	260 (89,0%)	190 (99,0%)	70 (70,0%)	$\chi^2=56,508$, (df)1, p<0,001**, OR=40,714, CI 95% (9,480-174,850)
4	Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта	131 (44,9%)	115 (59,9%)	16 (16,0%)	$\chi^2=51,215$, (df)1, p<0,0001**, OR=7,841, CI 95% (4,271-14,395)
5	Анемия	149 (49,7%)	127 (66,1%)	18 (18,0%)	$\chi^2=60,970$, (df)1, p<0,0001**, OR=8,901, CI 95% (4,928-16,078)
6	Нейроциркуляторная дистония	130 (44,5%)	106 (55,2%)	24 (24,0%)	$\chi^2=25,928$, (df)1, p<0,0001**, OR=3,903, CI 95% (2,275-6,697)
7	Патология мочевыделительной системы	101 (34,6%)	89 (46,4%)	12 (12,0%)	$\chi^2=34,300$, (df)1, p<0,0001**, OR=6,337, CI 95% (3,254-12,340)
8	Табакокурение в период беременности	89 (30,5%)	67 (34,9%)	22 (22,0%)	$\chi^2=5,161$, (df)1, p=0,023*, OR=1,900, CI 95% (1,087-3,322)
9	Употребление алкоголя в период беременности	54 (15,5%)	46 (24,0%)	8 (8,0%)	$\chi^2=11,109$, (df)1, p=0,001**, OR=3,623, CI 95% (1,636-8,022)
II. Патология течения беременности (состояния, регистрируемые в процессе течения беременности)					χ^2 Пирсона, риск ошибки (p), отношение шансов (OR), доверительный интервал CI (нижнее значение-верхнее значение)
10	Всего случаев патологического течения беременности	263 (90,1%)	190 (99,0%)	73 (73,0%)	$\chi^2=49,532$, (df)1, p<0,001**, OR=35,137, CI 95% (8,148-151,519)
11	Токсикоз 1 и 2 половины с гестозом	170 (58,2%)	148 (77,1%)	22 (22,0%)	$\chi^2=82,019$, (df)1, p<0,0001**, OR=11,926, CI 95% (6,673-21,313)
12	Угроза прерывания беременности	99 (33,9%)	81 (42,2%)	18 (18,0%)	$\chi^2=17,166$, (df)1, p<0,0001**, OR=3,324, CI 95% (1,852-5,967)
13	Инфекционно-вирусные заболевания в период беременности	82 (28,1%)	66 (34,4%)	16 (16,0%)	$\chi^2=10,933$, (df)1, p=0,001*, OR=2,750, CI 95% (1,491-5,071)
III. Патология перинатального периода (состояния, регистрируемые при рождении)					χ^2 Пирсона, риск ошибки (p), отношение шансов (OR), доверительный интервал CI (нижнее значение-верхнее значение)
14	Всего случаев патологии антенатального периода	232 (79,5%)	190 (99,0%)	42 (42,0%)	$\chi^2=130,665$, (df)1, p<0,001**, OR=131,190, CI 95% (30,814-558,536)
15	Низкая масса тела при рождении	91 (31,2%)	71 (37,0%)	20 (20,0%)	$\chi^2=8,836$, (df)1, p=0,003**, OR=2,347, CI 95% (1,326-4,154)

Продолжение табл. 1

16	Недоношенность	92 (31,5%)	80 (41,7%)	12 (12,0%)	$\chi^2=26,817$, (df)1, $p<0,001^{**}$, OR=5,238 CI 95% (2,686-10,215)
17	Переношенность	32 (11,0%)	28 (14,6%)	4 (4,0%)	$\chi^2=7,548$ (df)1, $p=0,006^{**}$, OR=4,098, CI 95% (1,395-12,036)
18	Асфиксия плода в родах	146 (50,0%)	140 (72,9%)	6 (6,0%)	$\chi^2=117,773$, (df)1, $p<0,001^{**}$, OR=42,179, CI 95% (17,416-102,154)
19	Родовая травма	177 (60,6%)	159 (82,8%)	18 (18,0%)	$\chi^2=115,699$, (df)1, $p<0,001^{**}$, OR=21,949, CI 95% (11,654-41,341)

Примечание:

*—различия статистически значимы на уровне $p\leq 0,1$ **—различия статистически значимы на уровне $p\leq 0,05$

Note:

*—the differences are statistically significant at the level of $p\leq 0.1$ **—the differences are statistically significant at the level of $p<0.05$

Таблица 2. Переменные, включенные в уравнение логистической регрессии
Table.2. Variables included in the logistic regression equation

Шаги, на которых была включена пере- менная	Переменные, включенные в уравнение логистиче- ской регрессии	Коэффи- циенты ре- грессии, B	m, средне- квадратич- ная ошибка	Критерий Вальда	df	Уровень значи- мости	Exp (B)
Шаг 1	Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта	-3,117	0,723	18,567	1	0,0001	0,044
Шаг 2	Анемия	-2,690	0,682	15,552	1	0,0001	0,068
Шаг 3	Нейроциркуляторная дис- тония	-1,908	0,630	9,179	1	0,002	0,148
Шаг 4	Патология мочевого выде- лительной системы	-1,806	0,726	6,188	1	0,013	0,164
Шаг 5	Токсикоз 1 и 2 половины с гестозом	-1,590	0,520	9,345	1	0,002	0,204
Шаг 6	Переношенность	-2,781	1,025	7,366	1	0,007	0,062
Шаг 7	Асфиксия в родах	-3,080	0,701	19,321	1	0,0001	0,046
Шаг 8	Родовая травма	-2,289	0,549	17,385	1	0,0001	0,101
	Константа регресси-онно- го уравнения, B0	5,364	0,785	46,680	1	0,0001	213,5

**Прогнозирование вероятности возникнове-
ния энкопреза на основании анамнестических
данных (уравнение логистической регрессии).**
В качестве зависимой переменной выступала
принадлежность объекта исследования к группе
энкопреза, а в качестве предикторов (независи-
мые переменные) — описанные анамнестические
данные, представленные в бинарном виде как на-
личие или отсутствие конкретного анамнестиче-
ского признака. При проведении расчетов всем
независимым переменным было присвоен статус
категориальных. Использовался метод «отноше-
ние правдоподобие», предполагающий пошаго-
вое включение в уравнение предикторов, оказы-
вающих наибольшее воздействие на зависимую

переменную до последнего предиктора, чье воз-
действие окажется значимым. По итогам расче-
тов указанному условию отвечали 8 переменных
(анамнестических данных). В Табл.2 представлены
переменные, включенные в уравнение на послед-
нем 8 шаге.

Ниже представлено итоговое уравнение логи-
стической регрессии:

$$P=1 / \frac{(1+e^{-5,364} \cdot e^{3,117 \cdot x_1} \cdot e^{2,690 \cdot x_2}}{e^{1,908 \cdot x_3} \cdot e^{1,806 \cdot x_4} \cdot e^{1,590 \cdot x_5} \cdot e^{2,781 \cdot x_6} \cdot e^{3,080 \cdot x_7} \cdot e^{2,289 \cdot x_8}}$$

Обозначения:

P — вероятность принадлежности к группе
(принимает значения в диапазоне от 0 до 1);

5,364 — константа регрессионного уравнения;
-3,117 — коэффициент регрессии для переменной «Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта»;

-2,690 — коэффициент регрессии для переменной «Анемия»;

-1,908 — коэффициент регрессии для переменной «Нейроциркуляторная дистония»;

-1,806 — коэффициент регрессии для переменной «Патология мочевыделительной системы»;

-1,590 — коэффициент регрессии для переменной «Токсикоз 1 и 2 половины с гестозом»;

-2,781 — коэффициент регрессии для переменной «Переношенность»;

-3,080 — коэффициент регрессии для переменной «Асфиксия в родах»;

-2,289 — коэффициент регрессии для переменной «Родовая травма».

x1 — значение переменной «Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта»;

x2 — значение переменной «Анемия»;

x3 — значение переменной «Нейроциркуляторная дистония»;

x4 — значение переменной «Патология мочевыделительной системы»;

x5 — значение переменной «Токсикоз 1 и 2 половины с гестозом»;

x6 — значение переменной «Переношенность»;

x7 — значение переменной «Асфиксия в родах»;

x8 — значение переменной «Родовая травма».

Примечание: переменные x1-x8 измеряются по бинарному признаку: 1 — наличие признака, 0 — отсутствие признака.

Таким образом, уравнение логистической регрессии, с помощью которой можно рассчитать прогностическую вероятность отнесения ребенка к группе с энкопрезом, включает в себя 8 из 14 изученных факторов патологии перинатального периода. В Табл.3 представлен результат классификации объектов на основании введенных в уравнение логистической регрессии 8 предикторов. Как видно из Табл.3, для 94,2% пациентов прогноз, построенный на модели логистической регрессии, оказался верным.

Обсуждение. Результаты исследования показали, что все 14 рассматриваемых факторов патологии перинатального периода были чаще распространены в основной группе по сравнению с контрольной группой. При этом 8 из 14 факторов имели прогностическую силу и вошли в уравне-

ние логистической регрессии с высоким уровнем статистической значимости ($p < 0,05$ для всех факторов, см. табл. 1). Это однозначно говорит о большей отягощенности перинатального периода патологическими состояниями у пациентов с энкопрезом по сравнению со здоровой популяцией.

В литературе, посвященной описанию факторов, вызывающих энкопрез, в целом упоминается о наличии церебро-органической недостаточности. В некоторых источниках говорится о резидуально-органической отягощенности, достигающей уровня психоорганического синдрома [15]. Механизмом энкопреза при этом считается слабостью коркового контроля над инстинктивной сферой, что клинически выражается в виде непроизвольной дефекации. Согласно другим представлениям, при энкопрезе речь идет о нарушении (дизинтеграции) соматовегетативной функциональной системы организма [10,13]. В ряде работ принимается попытка установить иерархию факторов, большое значение уделяется избирательной уязвимости механизмов регуляции навыка опрятности, а церебро-органической недостаточности отводилась неспецифическая роль, определяющая невропатический уровень реагирования с характерной для него соматовегетативной дисрегуляцией [14]. Однако во всех указанных источниках оценивалась роль органически измененной почвы в целом, то есть суммарный эффект воздействия различных перинатальных вредностей без обсуждения влияния конкретного фактора. Следует отметить, что в имеющейся литературе нам не удалось найти работ, посвященных избирательной роли того или иного фактора перинатальной вредности на развитие энкопреза.

В этом отношении интересным представляются полученные в настоящей работе данные о статистически более высокой распространенности у матерей в группе энкопреза хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Данный фактор отягощенного течения беременности был включен в уравнение регрессии уже на первом шаге как величина, имеющая наибольшее влияние на зависимую переменную и с наибольшим по модулю значением коэффициента регрессии ($B_0 = -3,117$). Видимо, гастроинтестинальная материнская патология в данном контексте — это не просто фактор осложненного течения беременности, но наследственной предрасположенности к заболеваниям желудочно-кишечного тракта, выражающейся в слабости произвольного контроля

Таблица 3. Классификационная таблица объектов на основании предикторов уравнения логистической регрессии

Table 3. Classification table of objects based on predictors of the logistic regression equation

Фактические	Предсказанные		
	Основная группа	Контрольная группа	% правильных
Основная группа	182	10	94,8
Контрольная группа	7	93	93,0
Общая процентная доля	-	-	94,2

за перистальтикой кишечника и дефекацией у детей, рожденных матерями с такой патологией.

Также заслуживает обсуждения превалирующая распространенность в группе энкопреза патологии мочевого выделительной системы у матерей в период беременности. Данная переменная была включена в уравнение логистической регрессии на 4 шаге с коэффициентом $B0 = -1,806$. Общим между патологией мочевого выделительной системы у матери и энкопрезом у ребенка может быть то, что оба этих патологических состояния имеют отношения к элиминационным расстройствам, объединенным в проекте МКБ-11 в одну диагностическую секцию «Расстройства естественных отпавлений» — 6С [8].

Вызывает интерес, кроме того, высокая частота встречаемости в группе энкопреза фактора переносимости ($\chi^2 = 7,548$ (df)1, $p = 0,006$), который ранее применительно к энкопрезу также никогда не описывался. Переменная «переносимость» вошла в уравнение логистической регрессии на 6 шаге с коэффициентом регрессии $B0 = -2,781$.

Заключение. Полученные в ходе исследования результаты в целом подтверждают ранее устоявшееся мнение о значительном влиянии резидуально-органического фактора на этиопатогенез энкопреза у детей. Новизна полученных результатов заключается в том, что установленные в работе статистические закономерности дополняют и уточняют роль ряда факторов перинатального поражения нервной системы в формировании

недержания кала у детей, в том числе по части их прогностических возможностей. Практическая польза полученных в ходе исследования результатов связана с возможностью оценивать степень численного значения вероятности развития энкопреза на стадии, предшествующей клинически оформленной картины расстройства, а, следовательно, проводить раннюю психопрофилактическую интервенцию.

Ограничения исследования: 1) полученные результаты исследования ограничены изучением патологии перинатального периода у пациентов детского возраста с энкопрезом, представляющих собой неоднородную клиническую группу в отношении степени тяжести, частоты, продолжительности расстройства; 2) отдельно не обсуждалась проблема первичного или вторичного характера энкопреза у пациентов, поскольку используемая нами как критерий включения рубрика F 98.1 не предполагает деление энкопреза на первичный и вторичный. Традиционно считалось, что первичный энкопрез больше характерен для состояний общего психического недоразвития (или умственной отсталости, таких пациентов мы не брали, см. критерии исключения), а вторичный относится к случаям как невротического, так и резидуально-органического (неврозоподобного) характера. Исходя из того, что нами был исключен диагноз из рубрик F 70-79, можно сделать косвенный вывод о том, что большинство изученных нами пациентов страдали вторичным энкопрезом.

Литература / References

1. Буюнов М.И. Недержание мочи и кала. Москва: Медицина, 1985.
Buyanov M.I. Niderzhaniye mochi i kala. Moskva: Medicina, 1985. (In Russ.).
2. Власюк В.В. Родовая травма и перинатальные нарушения мозгового кровообращения. — СПб.: «Нестор-История», 2009.
Vlasyuk V.V. Rodovaya travma i perinatal'nye narusheniya mozgovogo krovoobrashcheniya. — SPb.: «Nestor-Istoriya», 2009. (In Russ.).
3. Галинова И.В. Нейроциркуляторная или вегетососудистая дистония и беременность. Уральский медицинский журнал. 2019;2(170):42-46
Galinova IV. Neurocirculatory or vegetative vascular dystonia and pregnancy. Ural'skij medicinskij zhurnal. 2019;2(170):42-46. (In Russ.).
4. Духанов А.Я. Недержание кала у детей. Ленинград : Медгиз, 1950.
Duhanov A.Ya. Niderzhaniye kala u detej. Leningrad: Medgiz, 1950. (In Russ.).
5. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. СПб.: Питер, 2000.
Isaev D.N. Psihosomaticheskie rasstrojstva u detej: rukovodstvo dlya vrachej. SPb.: Piter, 2000. (In Russ.).
6. Ковалёв В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: Медицина, 1995.
Kovalyov V.V. Psihiatriya detskogo vozrasta: rukovodstvo dlya vrachej. 2-e izd., pererab. i dop. Moskva: Medicina, 1995. (In Russ.).
7. Макаров И.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. СПб.: Наука и Техника, 2019.
Makarov I.V. Psihiatriya detskogo vozrasta. Rukovodstvo dlya vrachej. SPb.: Nauka i Tekhnika, 2019. (In Russ.).
8. МКБ-11. Расстройства естественных отпавлений [mkb11.online]. mkb11; 2023 [обновлено 5 февраля 2024; процитировано 5 июля 2024]. Доступно: <https://mkb11.online/105687>
9. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. 3-е изд., стереотип. СПб.: Речь, 2008.
Nasledov A.D. Matematicheskie metody psihiologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretaciya dannyh. Uchebnoe posobie. 3-e izd., stereotip. SPb.: Rech', 2008. (In Russ.).
10. Немых Л.С. Эмоциональные и поведенческие расстройства детского возраста: системные неврозы заикание энурез энкопрез: учебно-ме-

- тодическое пособие для врачей психиатров, детских неврологов, медицинских психологов, клинических ординаторов и интернов. Воронеж: Общество с ограниченной ответственностью. «Издательство Ритм», 2017.
- Nemyh L.S. *Emocional'nye i povedencheskie rasstrojstva detskogo vozrasta: sistemnye nevrozy zaikanie enurez enkoprez: uchebno-metodicheskoe posobie dlya vrachej psihiatrov, detskih nevrologov, medicinskih psihologov, klinicheskikh ordinatorov i internov. Voronezh: Obshchestvo s ogranichennoj otvetstvennost'yu. «Izdatel'stvo Ritm», 2017. (In Russ.).*
11. Новикова В.П., Гурова М.М., Богданова Н.М., Гречаный С.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта у детей. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023.
Novikova V.P., Gurova M.M., Bogdanova N.M., Grechanyj S.V. *Funkcional'nye zabolevaniya zheludochno-kishechnogo trakta u detej. Moskva: GEOTAR-Media, 2023. (In Russ.).*
 12. Фесенко Ю.А. Энурез и энкопрез у детей. Санкт-Петербург: Наука и Техника, 2010.
Fesenko Yu.A. *Enurez i enkoprez u detej. Sankt-Peterburg: Nauka i Tekhnika, 2010. (In Russ.).*
 13. Шанько Г.Г. Энкопрез не органической природы: учебно-методическое пособие. Минск: БелМАПО, 2007.
Shan'ko G.G. *Enkoprez ne organicheskoy prirody: uchebno-metodicheskoe posobie. Minsk: BelMAPO, 2007. (In Russ.).*
 14. Шевченко Ю.С., Дерягина М.А., Астахова О.А. Клинико-этологические механизмы функционального энкопреза. Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейropsychологические модели). Медицинское информационное агентство, 2018.
Shevchenko Yu.S., Deryagina M.A., Astahova O.A. *Kliniko-etologicheskie mekhanizmy funktsional'nogo enkopreza. Klinicheskaya psihoterapiya (instinktivno-povedencheskie i nejropsihologicheskie modeli). Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2018. (In Russ.).*
 15. Gromska J. Encopresis — proba kwalifikacji etiologicznej u dzieci. *Psychiatr. Pol.* 1967;3: 277-283.
 16. Koppen IJN, von Gontard A, Chase J et al. Management of functional nonretentive fecal incontinence in children: Recommendations from the International Children's Continence Society. *J. Pediatr. rol.* 2016;12(1):56-64.
 17. Kuhn BR. Treatment Guidelines for Primary Non-retentive Encopresis and Stool Toileting Refusal. *Am. Fam. Physician.* 1999;59(8):2171-2178
 18. WHO: Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control. WHO.NHD.01.3. Geneva: WHO; 2001.
 19. WHO: recommendations for care of the preterm or low birth weight infant. Geneva: World Health Organization; 2022.

Сведения об авторах

Бебенин Александр Алексеевич — аспирант кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского Государственного Педиатрического Медицинского Университета Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: bebenin_aa@mail.ru

Гречаный Северин Вячеславович — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского Государственного Педиатрического Медицинского Университета Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: sgrechanyi@spbu.ru

Поступила 09.07.2024

Received 09.07.2024

Принята в печать 30.01.2025

Accepted 30.01.2025

Дата публикации 27.06.2025

Date of publication 27.06.2025

Алгоритм и критерии судебно-психиатрической оценки психотических состояний, связанных с употреблением наркотиков

Гиленко М.В.¹, Гуляева В.Ю.²

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

²Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева, Москва, Россия

Оригинальная статья

Резюме. С целью разработки критериев судебно-психиатрической оценки связанных с употреблением наркотиков психотических состояний, относящихся к периоду общественно опасного деяния, клинко-психопатологическим методом были обследованы 26 обвиняемых по уголовным делам мужчин. Предложенный в результате проведенного исследования алгоритм включает оптимальную последовательность решения всех экспертных задач в уголовном процессе с приведением критериев обоснования принятых решений. Выделены критерии, позволяющие ретроспективно дифференцировать психотическое состояние от острой наркотической интоксикации с отдельными психопатологическими включениями. Установлено, что уголовно-процессуальная дееспособность этих лиц нарушается вследствие затяжного характера психоза или аффективных расстройств, развившихся в судебно-следственной ситуации. Определены критерии потенциальной общественной опасности лиц, совершивших противоправное деяние в вызванном приемом наркотиков психозе, даны рекомендации по выбору вида принудительного лечения.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая оценка, интоксикационный психоз, уголовно-процессуальная дееспособность, принудительное лечение.

Информация об авторах

Гиленко Мария Владимировна* — e-mail: mgilenko@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0289-4226>

Гуляева Виктория Юрьевна — e-mail: ms.lonelylight@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8174-2692>;

Как цитировать. Гиленко М.В., Гуляева В.Ю. Алгоритм и критерии судебно-психиатрической оценки психотических состояний, связанных с употреблением наркотиков. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:2:71-77. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-1008>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Algorithm and criteria for forensic psychiatric assessment of psychotic states associated with drug use

Maria V. Gilenko¹, Viktoria Yu. Gulyaeva²

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

²Mental-health Clinic No. 1 named after N.A. Alexeev, Moscow, Russia

Research article

Summary. In order to develop criteria for forensic psychiatric assessment of drug-related psychotic states related to the period of a socially dangerous act, 26 male defendants in criminal cases were examined using the clinical and psychopathological method. The algorithm proposed as a result of the study includes the optimal sequence of solving all expert problems in criminal proceedings with the criteria for substantiating the decisions made. Criteria are identified that allow retrospectively differentiating a psychotic state from acute drug intoxication with individual psychopathological inclusions. It is established that the criminal procedural capacity of these individuals is impaired due to the protracted nature of psychosis or affective disorders that developed in the forensic investigative situation. The criteria for potential social danger of individuals

who committed an unlawful act in drug-induced psychosis are determined, recommendations are given for choosing the type of compulsory treatment.

Keywords: forensic psychiatric assessment, intoxication psychosis, criminal procedural capacity, compulsory treatment.

Information about the authors:

Maria V. Gilenko* — e-mail: mgilenko@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0289-4226>

Viktoria Yu. Gulyaeva — e-mail: ms.lonelylight@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8174-2692>

To cite this article: Gilenko MV, Gulyaeva VYu. Algorithm and criteria for forensic psychiatric assessment of psychotic states associated with drug use. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:2:71-77. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-1008>. (In Russ.)

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

В публикациях последних лет отмечается увеличение числа и разнообразия новых психоактивных веществ (ПАВ) с более серьезными эффектами и последствиями для потребителей, в том числе, расширением спектра вторичных психозов [10]. Несмотря на интоксикационный характер этих психозов, их клиническая картина представлена во многих случаях шизофреноподобной симптоматикой с достаточно длительным течением и нередко с последующей трансформацией в шизофрению [7, 8, 9].

Психотические расстройства вызванные употреблением наркотиков, сопровождаясь импульсивным или агрессивным поведением, нередко приводят к совершению противоправных деяний и потому распространены среди судебно-психиатрического контингента. Помимо сложностей определения нозологической принадлежности психоза (особенно при отсутствии в материалах дела объективных данных о выявлении того или иного ПАВ в организме), в ряде случаев экспертные проблемы связаны собственно с определением психотического уровня расстройства, дифференциацией его от «обычной» острой интоксикации ПАВ, в связи с наличием сходных клинических феноменов, таких как двигательное возбуждение, импульсивность, аффективные нарушения, отдельные бредовые интерпретации или обманы восприятия.

Диагностика психотического состояния в период общественно опасного деяния (ООД) и констатация в связи с этим неспособности обвиняемого осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими не исчерпывает задач судебно-психиатрической экспертизы. Разнообразие клинических проявлений как в период ООД, так и во время проведения судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) предполагает дифференцированные подходы к решению вопросов уголовно-процессуальной дееспособности этих обвиняемых, способности давать показания, а также персонализированную оценку прогноза при рекомендации и выборе принудительной меры медицинского характера.

Цель исследования: разработка критериев дифференцированной судебно-психиатрической оценки связанных с употреблением наркотиков

психотических состояний, относящихся к периоду общественно опасного деяния.

Материал и методы

Клинико-психопатологическим методом обследованы 26 обвиняемых по уголовным делам мужчин (основная группа), в возрасте от 19 до 47 лет ($M=34$; $Q1-Q3$: 30-35), находившихся на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. Критерий включения — вызванное употреблением наркотических средств психотическое расстройство в период ООД. Критерии исключения: установленный ранее диагноз эндогенного расстройства, наличие в период судебно-психиатрического обследования психического расстройства, препятствующего окончательному решению диагностических и экспертных вопросов. Предварительным анализом установлено, что относящиеся к периоду ООД психозы в подавляющем большинстве были связаны с употреблением синтетических стимуляторов, каннабиноидов (природных и синтетических), а также различных сочетаний указанных веществ, в единичных случаях также в сочетании с алкоголем. Это обусловило выбор группы сравнения, в которую вошли 10 подэкспертных с острой интоксикацией стимуляторами и/или каннабиноидами (включая их сочетанное употребление) в период ООД.

Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statsoft STATISTICA 10.0 и включала определение удельного веса показателей, описательные статистики, анализ таблиц сопряженности.

Результаты

У большинства обследованных основной группы (73,1%) имелась зависимость от одного или нескольких ПАВ или их «пагубное употребление» (7,7%); в остальных наблюдениях прием ПАВ накануне развития психоза был эпизодическим (15,4%), либо первым в жизни (3,9%). Эти лица привлекались к уголовной ответственности преимущественно в связи с совершением убийств, нанесением тяжких телесных повреждений, реже по другим статьям (угон, порча имущества, вандализм, применение насилия в отношении представителя власти, разбой).

Психопатологические варианты наблюдавшихся в период ООД психозов были описаны нами ранее [1]. Наиболее часто (42,3%) это были «преимущественно полиморфные психотические расстройства» (F1x.53 по МКБ-10), протекавшие с помрачением сознания (делириозным, делириозно-онейроидным) или без него (галлюцинаторно-бредовые состояния и собственно полиморфные психозы с постоянно меняющейся симптоматикой). Несколько реже (34,6%) наблюдались «преимущественно шизофреноподобные расстройства» (F1x.50), среди которых были онейроиды, аффективно-бредовые состояния, психозы с ведущим синдромом психических автоматизмов. Еще более редкими оказались «преимущественно бредовые» (F1x.51)—19,2% и «преимущественно галлюцинаторные» (F1x.52)—3,9% расстройства.

Основные критерии, дифференцирующие психотическое состояние, развившееся вследствие употребления ПАВ от острой интоксикации, не лишавшей обвиняемого в период инкриминируемого ему деяния способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими представлены в Табл.1.

Как видно из Табл.1, в пользу психотического состояния свидетельствуют наличие помрачения сознания или синдрома Кандинского-Клерамбо, особенно при наличии его чувственных компонентов. Бред при психотическом состоянии, синдромально оформленный, грубо искажающий оценку происходящего, галлюцинации — обильные и также заметно влияющие на поведение, сопровождаются соответствующим фабуле переживаний аффектом страха или в некоторых случаях гнева, психомоторным возбуждением. Критика к психопатологическим переживаниям полностью утрачивается, в то время как при острой интоксикации ПАВ с рудиментарными психопатологическими расстройствами подэкспертные чаще всего понимают, что их транзиторные переживания связаны с действием наркотика. Указание в мате-

риалах уголовного дела и самоописаниях подэкспертного на отдельные бредовые интерпретации или единичные обманы восприятия после приема каннабиноидов, стимуляторов или нескольких ПАВ, описываемые как внезапно возникшая тревога, периодически появляющиеся подозрения в отношении окружающих, «опасения» преследования или обманы восприятия, не оказывающие существенного влияния на способность к последовательной и целенаправленной деятельности и ее коррекции в зависимости от складывающейся ситуации, свидетельствуют в пользу не психотического уровня расстройства, не лишавшего подэкспертного способности к произвольной регуляции своего поведения.

Следующей экспертной задачей является оценка уголовно-процессуальной дееспособности обвиняемого, которая не предопределяется экспертной оценкой психического расстройства, влияющего на вменяемость. Особенно это касается случаев, когда психическое состояние в момент ООД отличается от имеющегося в период экспертизы. В соответствии с нормами уголовно-процессуального закона участники уголовного судопроизводства наделены широким спектром процессуальных прав и обязанностей, обеспечивающих им активное участие в процессе и одновременно предоставляющих им необходимые процессуальные гарантии для защиты своих законных прав и интересов. Зафиксированные в ст. 47 УПК РФ основные права обвиняемого, объем которых довольно значителен и разнообразен, подразумевают способность как к осмыслению всей совокупности представляемых законом возможностей для защиты, так и для эффективной деятельности по их реализации. Самостоятельное участие в судебно-следственных действиях возможно в том случае, если подэкспертный «понимает характер и значение уголовного судопроизводства (сущность процессуальных действий и получаемых посредством их доказательств) и своего процессуального положения (содержание своих процессуальных

Таблица 1. Критерии дифференциальной диагностики психотической и не психотической интоксикации ПАВ
Table 1. Criteria for differential diagnosis of psychotic and non-psychotic intoxication with psychoactive substances

ПСИХОТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, вследствие употребления ПАВ	ОСТРАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПАВ
Помрачение сознания (dezorientirovka, отрешенность с затруднением восприятия окружающего, бессвязность мышления, частичная или полная амнезия событий)	-
Бред (синдромально оформленный, грубо искажающий оценку происходящего вокруг)	Единичные локальные бредовые интерпретации
Галлюцинации (обильные и заметно влияющие на поведение)	Отдельные обманы восприятия
Синдром Кандинского-Клерамбо (безусловное доказательство психотического уровня состояния, особенно при наличии чувственных компонентов)	-
Острый аффект страха или гнева	Аффективная неустойчивость (тревога, подозрительность, раздражительность, злость)
Психомоторное возбуждение и общая дезорганизация поведения	Повышенная двигательная активность , гиперкинезы, сексуальная расторможенность
Некритичность к переживаниям	Частичная критика

прав и обязанностей), а также обладает способностью к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию процессуальных прав и обязанностей».

В большинстве наблюдений к периоду СПЭ (в среднем через 4-5 месяцев после правонарушения) психотическое расстройство полностью разрешилось; затяжные психотические расстройства (наиболее часто с ведущим бредовым синдромом) наблюдались в период экспертизы у 7 обследованных (26,9%). Бредовый синдром в период нахождения на СПЭ (6 набл., 23,1%) включал идеи овладения, интерметаморфозы, в том числе фантастического содержания, воздействия, отношения, отравления. Проекция патологических переживаний на судебно-следственную ситуацию с искажением смысла реальных событий, нарушением оценки своего состояния, соотносилась с основной фабулой бреда, препятствуя поддержанию продуктивного контакта с участниками уголовного судопроизводства. Эти обследованные не интересовались ходом судебно-следственной ситуации, настаивали на правильности своих действий в период ООД, включали в бредовую систему других участников уголовного процесса и сотрудников экспертного отделения, заявляя об их связи с «преследователями», их родственниками, с сотрудниками полиции. Подобным же образом бредовая симптоматика проявлялась и в ходе конкретных следственных мероприятий, показания этих лиц также зачастую отражали бредовые переживания. Таким образом, содержание и смысл всей судебно-следственной ситуации в представлении больных с бредовым синдромом был искажен, понимание роли и мотивов ее участников нарушено, суть предъявленных обвинений, тяжесть содеянного и оценка возможных последствий были им недоступны, а понимание своих процессуальных прав и обязанностей носило формальный характер.

В 1 наблюдении ведущий на СПЭ психопатологический синдром можно было обозначить как «выраженная психическая дезорганизация», что обусловлено тяжестью состояния и полиморфностью имеющейся психотической симптоматики с включениями как бредовых, так и галлюцинаторных переживаний, неадекватностью эмоций, тотальной дезорганизацией мышления и поведения. Подэкспертный озирался по сторонам, был недоступен контакту, дезориентирован в месте и времени, внимание привлекалось с трудом, временами выкрикивал нелепые бессвязные фразы или повторял вопросы врачей, что сопровождалось негативистичностью, эпизодами психомоторного возбуждения. Подобное состояние исключало возможность адекватно воспринимать информацию, запоминать ее, осмыслять и воспроизводить, нарушало способность понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения, содержание своих процессуальных прав и обязанностей.

В остальных случаях у обследованных в период СПЭ были выявлены ведущие в клини-

ческой картине непсихотические расстройства: психопатоподобные — 30,8%, легкие когнитивные нарушения — 19,2%, аффективные (депрессивные) — 11,5%. В 3 наблюдениях (11,5%) к периоду СПЭ психических расстройств у обследованных не выявлялось.

Ведущий аффективный синдром формировался у обследованных, как реакция на сложившуюся судебно-следственную ситуацию, характеризовался значительным снижением настроения, двигательной и идеаторной заторможенностью, по своей выраженности соответствовал депрессивным эпизоду средней степени. Наличие у подэкспертных стойких идей самообвинения, антивитаальных высказываний или суицидальных мыслей, волевого ослабления с низкой продуктивностью деятельности значимо влияло на поведение в судебно-следственной ситуации, снижая мотивационную составляющую саморегуляции. Обследованные были пассивны и безучастны, безразличны к своему процессуальному положению, замедленность их речи, адинамия и погруженность в свои переживания нарушали продуктивность контакта с ними. Колебания внимания с субъективными затруднениями поиска и выбора решений, своеобразии восприятия судебно-следственной и экспертной ситуаций с нарушением целостной критической оценки происходящего, делали их неспособными к построению и реализации устойчивой линии поведения, а отсутствие инициативы и преобладание пассивного принятия ситуации препятствовало активным действиям по защите своих прав.

Таким образом, нарушали уголовно-процессуальную дееспособность (УПД) лиц с психозом в период ООД затяжные психотические расстройства, сохраняющиеся к периоду проведения СПЭ, и развившиеся в судебно-следственной ситуации выраженные аффективные расстройства.

В наблюдениях с ведущими в клинической картине легкими когнитивными нарушениями у обследованных преобладали нарушения внимания в виде суженного объема, сниженной концентрации, трудностей сосредоточения, истощаемости, замедленного темпа психической деятельности, что нередко сочетались с лабильностью эмоциональных проявлений, повышенной сензитивностью. Данные нарушения в некоторых случаях отражались на поведении обследованных при осуществлении ими юридически значимой деятельности: на фоне медленного темпа психических процессов, отвлекаемости, неустойчивости, повышенной утомляемости при даче показаний у них отмечалась невысокая продуктивность воспроизведения информации с преобладанием несущественных деталей и упущением важных моментов, что приводило к необходимости дополнительных допросов. В целом, легкие когнитивные расстройства не нарушали целостного понимания подэкспертными характера и значения судебно-следственной ситуации и не препятствовали самостоятельному осуществлению своих процессуальных прав и обязанностей.

Подэкспертные с ведущим в период СПЭ психопатоподобным синдромом в ходе предварительного следствия в ряде случаев отказывались от дачи показаний, подписей в протоколах, писали жалобы на допущенные, по их мнению, процессуальные нарушения. Направленность их действий в целом была внешнеобвиняющая и эгоцентрическая, а тактика защиты недостаточно продуманная. В ходе экспертизы они в первое время грубых нарушений режима не допускали, в беседах интересовались возможными исходами экспертизы и уголовного дела, их последствиями, однако вскоре начинали тяготиться условиями содержания, становились раздражительны, единой линии защиты не выстраивали, отказывались беседовать о содеянном или выдвигали версию, не соответствующую ранее данным показаниям. При этом у них отмечалась достаточно хорошая осведомленность и ориентированность в судебно-следственной ситуации, они адекватно взаимодействовали с защитником и другими участниками следственных действий.

Таким образом, поведение в ходе предварительного следствия и в период проведения экспертизы лиц с ведущими психопатоподобным синдромом и легкими когнитивными нарушениями свидетельствовало о сохранности их УПД.

Экспертам часто отдельно адресуется вопрос о способности обвиняемого «правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать показания», при этом данная способность хоть и включена в понятие уголовно-процессуальной дееспособности, но в то же время является отдельной задачей исследования. В отношении обвиняемых данный вопрос особенно важен с учетом того, что порой показания обвиняемого бывают единственным источником информации по делу [2]. Непременным условием дачи показаний в уголовном процессе является фактическая возможность лица адекватно воспринимать соответствующую информацию, запоминать ее и воспроизводить. Без этого показания становятся ненадежным источником информации, и не могут использоваться в качестве судебного доказательства [6].

При оценке способности к даче показаний лицами, совершившими ООД в острых психотических состояниях, надо учитывать, что именно в момент ООД происходят собственно восприятие и фиксация в памяти событий, о которых в последующем будут даны показания, значение имеет также состояние обвиняемого в ходе следствия, когда происходит воспроизведение информации. Способность к даче показаний включает оценку внешней и внутренней стороны криминальных событий. Под внешней стороной понимается восприятие событий на уровне чувственного отражения, т.е. предметов, их сочетаний, действий окружающих и своих собственных, их последовательности. Под внутренней стороной событий подразумевается их содержание, включающее характер и значение совершаемых действий. Способность воспринимать и давать показания о внутренней, содержательной стороне основыва-

ется на понимании объективного (культурно-социального) значения происходящего события [6]. С учетом специфики выборки (все обследованные совершили ООД в психотическом состоянии) актуальной способностью давать показания относительно момента совершения ООД у всех обследованных была нарушена вследствие наличия психотической симптоматики в тот период, что во всех случаях нарушало их способность понимать внутреннюю сторону событий.

Подэкспертным, у которых в ходе СПЭ не было выявлено расстройств, нарушающих УПД (16 набл., 61,5%), отдельно проводилась оценка способности давать показания (СДП). Способность воспринимать и в последующем воспроизводить хотя бы внешнюю сторону событий ООД зависела от клинических особенностей психотического состояния, отмечавшегося в период совершения инкриминируемого деяния.

В группе психозов, протекавших с помрачением сознания (делириозным и делириозно-онейроидным), отмечалась тотальная (11,5%) или чаще парциальная (23,1%) амнезия периода ООД. При этом сохранившиеся у подэкспертных воспоминания также преимущественно касались психопатологических переживаний, а сами обследованные в период СПЭ к перенесенному психозу оставались не критичны (не сомневались, что угрожавший им «голос» принадлежал потерпевшему, настаивали, что вместо убитой женщины был «страшный мужик», уверяли, что окружавшие их лица были в сговоре). В других случаях, при парциальной амнезии ООД, когда у подэкспертных имелась частичная критика к перенесенному психозу, и они пытались формально изложить последовательность событий, описания их все равно оказывались фрагментарны, часть описанного не соответствовала показаниям свидетелей и потерпевших. В отношении этих лиц давалось заключение о способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать показания, *за исключением обстоятельств, относящихся к периоду ООД.*

В 2 наблюдениях (7,7%) при психозах с онейроидным помрачением сознания в период ООД, подэкспертные с первого допроса на следующий после ООД день последовательно, подробно и, как показал анализ других материалов дела, достаточно точно воспроизводили имевшие место события, свои действия и действия потерпевших, перемежая их описанием своих психопатологических переживаний, что позволяло в целом воспроизвести картину происшедшего. У этих обвиняемых, как и у лиц с аффективно-бредовыми психозами в момент ООД, которые также подробно и последовательно передавали практически все свои действия и действия окружающих, могло быть дано заключение о способности давать показания *о внешней стороне событий противоправного деяния.* В наблюдениях с преимущественно галлюцинаторными, преимущественно бредовыми и полиморфными галлюцинаторно-бредовыми психозами, обвиняемые в ряде случаев (при наличии

формальной критики к перенесенному психозу) также могли передавать внешнюю сторону событий: они сообщали о месте своего нахождения, могли описать окружающую обстановку, присутствующих лиц, припоминали содержание разговоров со свидетелями и потерпевшими наряду со своими психопатологическими переживаниями.

Таким образом, критериями способности давать показания о внешней стороне событий противоправного деяния являются: отсутствие амнезии периода ООД, наличие критики к перенесенному психозу, последовательное, соответствующее другим материалам дела воспроизведение событий, своих действий и действий окружающих.

В соответствии с ч.2 ст. 97 УК РФ основанием для применения принудительной меры медицинского характера (ПММХ) является связь психического расстройства обвиняемого с возможностью причинения им иного существенного вреда или опасностью для себя и других лиц, т.е. потенциальной опасностью лица, которая в соответствии с п.5 ч.2 ст. 434 УПК РФ является обстоятельством, подлежащим доказыванию.

При обосновании опасности для себя и других лиц подэкспертного, совершившего ООД в состоянии вызванного употреблением наркотиков психоза в первую очередь учитывалось актуальное состояние (наличие психотической или выраженной депрессивной симптоматики в период СПЭ). С учетом специфики выборки обследованных во всех случаях совершивших ООД по продуктивно-психотическим психопатологическим механизмам [5], наиболее существенным признаком их потенциальной опасности являлась вероятность повторения психотического состояния. Клинические критериями позволяющими обосновать потенциальную опасность этих лиц были наличие синдрома зависимости или связанных с употреблением ПАВ резидуальных психических расстройств, анамнестические сведения о ранее перенесенных психозах вследствие употребления ПАВ, что свидетельствует о наличии анозогнозии, отсутствии контроля за потреблением ПАВ и в сочетании с недостаточной критичностью к перенесенному в период ООД психозу, повышает вероятность повторения психотического состояния.

Следующий этап после вынесения решения о потенциальной общественной опасности обвиняемого и его обоснования — выбор вида принудительного лечения, достаточного для предупреждения повторного противоправного поведения и реализации необходимых лечебно-реабилитационных мероприятий. На основании разработан-

ных ранее базовых критериев и подходов к выбору вида принудительного лечения [3, 4] с учетом специфики выборки обследованных были выделены следующие признаки, которые необходимо учитывать при выборе ПММХ.

Рекомендация амбулаторного принудительного наблюдения и лечения целесообразна при полностью разрешившемся психозе, наличии к нему достаточной критики, отсутствии психических расстройств к периоду СПЭ (при возможном наличии постпсихотической астенической или субдепрессивной симптоматики, данных об эпизодическом употреблении ПАВ), а также отсутствие криминального анамнеза, удовлетворительная социальная адаптация, установки для соблюдения амбулаторного режима.

Принудительное лечение в стационаре общего типа может быть рекомендовано при полностью разрешившемся психотическом состоянии, наличии хотя бы частичной критики к психозу, ведущей в клинической картине на момент обследования депрессивной симптоматике без суицидальных тенденций, т.е. при наличии у подэкспертного состояния, не требующего постоянного наблюдения. При назначении этого вида лечения необходимо убедиться, что у подэкспертного отсутствуют: синдром зависимости от ПАВ, грубые психопатоподобные нарушения, диссоциальные личностные установки, криминальный анамнез, тенденции к нарушениям режима в ходе СПЭ. При наличии хотя бы одного из перечисленных признаков, целесообразно рекомендовать принудительное лечение в стационаре специализированного типа. Из клинических критериев, характеризующих психическое состояние подэкспертного в период СПЭ, показаниями для направления в стационар специализированного типа также являются сохраняющиеся психотические расстройства, отсутствие критики к перенесенному психозу, суицидальные тенденции.

Принудительное лечение в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением рекомендуется при выявленных в ходе СПЭ грубых психопатоподобных нарушениях (нетерпимость, конфликтность со склонностью к непосредственной разрядке возникающего напряжения, в том числе, в гетеро и ауто- агрессивных реакциях), систематическом грубом нарушении режима отделения, сведениях о девиантном и делинквентном поведении с подросткового возраста, социальной дезадаптации, неоднократных агрессивных ООД, что связано с особой опасностью для себя или других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения.

Литература / References

1. Гиленко М.В., Гуляева В.Ю. Психопатологические варианты индуцированных наркотическими средствами психозов, относящихся к периоду общественно опасного деяния. *Российский психиатрический журнал*. 2023;(5):4-10. Gilenko MV, Gulyaeva VYu. Psychopathological variants of drug-induced psychoses related to the period of committing socially dangerous acts. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*. 2023;(5):4-10. (In Russ.).
2. Горинов В.В., Корзун Д.Н., Васюков С.А., Илюшина Е.А., Назарова А.Ф. Судебно-психиатрический аспект острых психотических расстройств. *Российский психиатрический журнал*. 2017;(4):23-30.

- Gorinov VV, Korzun DN, Vasyukov SA, et al. Forensic-psychiatric aspects of acute psychotic disorders. Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal. 2017;(4):23-30. (In Russ.).
3. Котов В.П., Голланд В.Б., Мальцева М.М., Яхимович Л.А. Критерии и обоснование дифференцированного применения принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния: Методические рекомендации. М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития, 2011.
Kotov V.P., Golland V.B., Mal'tseva M.M., Yakhimovich L.A. Kriterii i obosnovanie differentsirovannogo primeneniya prinuditel'nykh mer meditsinskogo kharaktera v otnoshenii lits s tyazhelyimi psikhicheskimi rasstroistvami, sovershivshikh obshchestvenno opasnye deyaniya: Metodicheskie rekomendatsii. M.: FGBU «GNTSSP im. V.P. Serbskogo» Minzdravsotsrazvitiya, 2011. (In Russ.).
 4. Макушкина О.А., Дмитриев А.С., Винникова И.Н. Методические основы судебно-психиатрической оценки общественной опасности и выбора принудительных мер медицинского характера: методические рекомендации. М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2019.
Makushkina O.A., Dmitriev A.S., Vinnikova I.N. Metodicheskie osnovy sudebno-psikhiatricheskoi otsenki obshchestvennoi opasnosti i vybora prinuditel'nykh mer meditsinskogo kharaktera: metodicheskie rekomendatsii. M.: FGBU «NMITs PN im. V.P. Serbskogo» Minzdrava Rossii, 2019. (In Russ.).
 5. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. М.: «Медицина», 1995.
Mal'tseva M.M., Kotov V.P. Opasnye deistviya psikhicheskii bol'nykh. M.: «Meditsina», 1995. (In Russ.).
 6. Ткаченко А.А., Корзун Д.Н. Судебно-психиатрическая экспертиза по оценке уголовно-процессуальной дееспособности и способности к даче показаний. Судебно-психиатрическая экспертиза. А.А.Ткаченко, Д.Н. Корзун. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
Tkachenko A.A. Korzun D.N. Sudebno-psikhiatricheskaya ekspertiza po otsenke ugolovno-protsessual'noi deеспособности i sposobnosti k dache pokazanii. Sudebno-psikhiatricheskaya ekspertiza. A.A.Tkachenko, D.N. Korzun. M.: GEOTAR-Media, 2016. (In Russ.).
 7. Федотов И.А., Кватрон Д., Шустов Д.И. Индуцированные наркотическими веществами психозы и шизофрения: точки соприкосновения. Российский медико-биологический вестник им академика И.П. Павлова. 2020;28(4):593–604.
Fedotov IA, Quattrone D, Shustov DI. Substance-induced psychosis and schizophrenia: the interaction point. Rossiiskii mediko-biologicheskii vestnik im akademika I.P. Pavlova. 2020;28(4):593–604. (in Russ.).
<https://doi.org/10.23888/PAVLOVJ2020284593-604>
 8. Шамрей В.К., Марков А.В., Курасов Е.С., Колчев А.И. Феноменологические особенности психотических расстройств у потребителей синтетических катинонов. Социальная и клиническая психиатрия. 2022;1:102-109.
Shamrey VK, Markov AV, Kurasov ES, Kolchev AI. Phenomenology of mental disorders in users of synthetic cathinones. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya. 2022;1:102-109. (in Russ.).
 9. Baldaçara L, Ramos A, Castaldelli-Maia JM. Managing drug-induced psychosis. Int Rev Psychiatry. 2023;35(5-6):496-502.
<https://doi.org/10.1080/09540261.2023.2261544>.
 10. Fiorentini A, Cantù F, Crisanti C, Cereda G, Oldani L, Brambilla P. Substance-Induced Psychoses: An Updated Literature Review. Frontiers in Psychiatry. 2021;(12):694863.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.694863>.

Сведения об авторах

Гиленко Мария Владимировна — доктор медицинских наук, руководитель отделения экзогенных психических расстройств Отдела судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министрства здравоохранения Российской Федерации. 119034, Москва, Кропоткинский пер., д. 23. E-mail: mgilenko@yandex.ru

Гуляева Виктория Юрьевна — врач, судебно-психиатрический эксперт отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы». 117152, г. Москва, Загородное ш., д.2. E-mail: ms.lonelylight@mail.ru

Поступила 10.07.2024

Received 10.07.2024

Принята в печать 30.01.2025

Accepted 30.01.2025

Дата публикации 27.06.2025

Date of publication 27.06.2025

Динамика личностных установок пациентов с шизофренией вследствие лечения с использованием психосоциальных вмешательств на стационарном этапе

Палин А.В.

Психиатрическая клиническая больница №4 имени П.Б. Ганнушкина, Москва, Россия
Медицинский институт РУДН, Москва, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Современная терапия пациентов с расстройствами шизофренического спектра обязательно включает наряду с психофармакотерапией и психосоциальные воздействия. В качестве индикаторов эффективности психосоциальных интервенций используются показатели, характеризующие клиническое состояние пациентов, а также параметры социального функционирования и изменения в личностных установках пациентов.

Статья посвящена оценке эффективности программ лечения с использованием психосоциальных вмешательств для пациентов с расстройствами шизофренического спектра на стационарном этапе оказания психиатрической помощи. Лечение с использованием специализированной психообразовательной программы сопоставлялось по достигнутым эффектам с лечением, где методом психосоциального воздействия была терапия занятостью. Был использован дизайн натуралистического открытого сравнительного проспективного исследования, с применением психометрических надежных и валидных методов оценки, и адекватных полученным данным методов статистического анализа (непараметрический Z-критерий Вилкоксона для сравнения зависимых выборок).

Проведенный анализ позволяет утверждать сходство параметров клинического состояния у пациентов сравниваемых подгрупп как до, так и после лечения с использованием психосоциальных вмешательств. Результаты свидетельствуют о психофармакотерапии как ведущем факторе достижения изменений клинической картины состояния на стационарном этапе помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра. При этом характер использованной программы оказывает слабое влияние на клиническое состояние пациентов.

Иной результат получен при оценке динамики психологических установок пациентов по отношению к своему заболеванию и лечению. Было доказано, что у пациентов основной подгруппы, принявших участие в лечении с использованием специализированной психообразовательной программы, изменились представления о своем заболевании, его серьезности, основных симптомах и способах их контроля, повысилась уверенность в возможности контролировать симптоматику и уровень комплаентности к терапии. Также у пациентов основной группы удалось достичь существенного снижения показателей самостигматизации, уменьшить уровень переживаемого социального дистресса, что отражает восстановление у них чувства собственной ценности, достоинства и самоуважения. Также у пациентов основной группы показатели социального избегания и социального дистресса были ниже после окончания лечения, чем у лиц группы сравнения. Проведенное исследование позволило подтвердить большую эффективность стационарного лечения с использованием психообразовательной программы в сопоставлении с программой терапии занятостью для пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Ключевые слова: шизофрения, психосоциальные вмешательства, психообразование, самостигматизация, отношение к заболеванию, комплаентность.

Информация об авторе:

Палин Александр Васильевич* — e-mail: pavelpalin@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9480-731X>

Как цитировать: Палин А.В. Динамика личностных установок пациентов с шизофренией вследствие лечения с использованием психосоциальных вмешательств на стационарном этапе. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:2:78-89. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-1015>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Dynamics of personal attitudes of inpatients with schizophrenia as a result of treatment with psychosocial interventions

Aleksandr V. Palin

Psychiatric Clinical Hospital 4 named after P.B. Gannushkin, Moscow, Russia
RUDN Medical Institute, Moscow, Russia

Research article

Summary. Modern therapy of patients with schizophrenia spectrum disorders necessarily includes psychosocial interventions along with psychopharmacotherapy. The latter are being actively developed by specialists from different countries, and the effects achieved with their help are also widely studied. Both indicators characterizing the clinical state of patients and others are used as indicators of the effects of psychosocial interventions. Parameters of social functioning and changes in patients' personal attitudes are often assessed.

The article is devoted to evaluating the effectiveness of treatment programs using psychosocial interventions for patients with schizophrenic spectrum disorders at the inpatient stage of psychiatric care. Treatment using a specialized psychoeducational program was compared in terms of effects achieved with treatment where the method of psychosocial intervention was occupational therapy. A naturalistic open comparative prospective study design was used, with the use of psychometric reliable and valid assessment methods, and statistical analysis methods adequate to the obtained data (the Wilcoxon signed-rank test).

The performed analysis allows us to assert the similarity of clinical condition in patients of the compared subgroups both before and after treatment with psychosocial interventions. The results indicate psychopharmacotherapy as the leading factor in achieving changes in the clinical picture of the condition at the inpatient stage of care for patients with schizophrenia spectrum disorders. At the same time, the nature of the program used has little influence on the clinical condition of patients.

A different result was obtained when assessing the dynamics of patients' psychological attitudes towards their disease and treatment. It was proven that patients of the main subgroup (who took part in treatment with the use of a specialized psychoeducational program) changed their ideas about their disease, its severity, main symptoms and ways of their control, increased confidence in the ability to control symptoms and the level of compliance with therapy. Also, patients in the main group achieved a significant reduction in self-stigmatization, reduced the level of experienced social distress, which reflects the restoration of their sense of self-worth, dignity, and self-esteem. Also, the patients of the main group had lower rates of social avoidance and social distress after the end of treatment than those of the comparison group. The study confirmed the greater effectiveness of inpatient treatment with the use of a psychoeducational program in comparison with an occupational therapy program for patients with schizophrenia spectrum disorders.

Key words: schizophrenia, psychosocial interventions, psychoeducation, self-stigmatization, clinical insight, compliance.

Information about the authors:

Aleksandr V. Palin* — e-mail: pavelpalin@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9480-731X>

To cite this article: Palin AV. Dynamics of personal attitudes of inpatients with schizophrenia as a result of treatment with psychosocial interventions. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:2:78-89. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-1015>. (In Russ.)

Conflict of Interest: The author declare no conflict of interest

Проблема исследования

На современном этапе диапазон технологий помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра постоянно расширяется, а некоторые психосоциальные воздействия признаны столь же значимыми для больных, как и психофармакотерапия [1, 7]. Вклад психосоциальных воздействий в результат лечения доказан систематическими исследованиями [19], и это позволяет ввести концепт «психосоциальная терапия», а в отношении комплексного воздействия говорить о «лечении с использованием психосоциальных вмешательств» [6]. В том числе, эффективность подобных программ

доказана для пациентов на стационарном этапе терапии [6, 26]; причем, начало использования программ специалистами ряда авторитетных психиатрических ассоциаций рекомендовано уже в период лечения острой фазы психоза: британского National Institute for Health and Care Excellence [20], American Psychiatric Association [15], Немецкого общества психиатрии, психотерапии и неврологии DGPPN [24].

Оценка эффектов, достигаемых с помощью лечения с использованием психосоциальных вмешательств, проводится различными путями, с опорой на широкий круг показателей. Анализ имеющихся публикаций свидетельствует, что число таких показателей-индикаторов в работах последних лет

увеличилось, особенно при проведении широко-масштабных исследований. Применяются клинические показатели: динамика выраженности симптомов психических расстройств, длительность ремиссий, частота обострений и регоспитализаций [13]. Используются иные характеристики состояния пациентов: социальные навыки, социальное приспособление, лучшее понимание пациентами собственного заболевания [25], качество жизни, достижение цели трудоустройства [27], параметры, отражающие облегчение семейного бремени, удовлетворенность терапией как со стороны пациентов, так и со стороны членов их семьи [9, 14], самих оказывающих помощь специалистов, показатели экономической эффективности. Применение широкого круга параметров, komponуемых авторами в различных сочетаниях, существенно затрудняет восприятие презентуемых в публикациях результатов, как и оценку эффективности отдельных программ или методов.

В число наиболее используемых программ психосоциальной реабилитации входит психообразование, которое хорошо сочетается с психофармакотерапией, иными вариантами реабилитации и психотерапии пациентов с шизофренией [6]. Однако оценка вклада психообразования в эффекты лечения с использованием психосоциальных вмешательств — сложная задача, в том числе в связи с тем, что как правило указанный метод интервенции не выступает изолированно. Имеющиеся многочисленные данные об эффективности психообразования и указания на необходимость его внедрения в широкую клиническую практику предполагают задачу совершенствования и разработки новых вариантов программ, в том числе для пациентов на этапе стационарного лечения. Разработанная и внедряемая в ГБУЗ ПКБ №4 ДЗ г. Москвы программа психообразования для пациентов с шизофренией на этапе стационарного лечения также требует оценки с точки зрения ее эффективности, в соотношении с иными используемыми для этих пациентов вмешательствами.

Целью исследования стало сравнительно-сопоставительная оценка эффективности двух вариантов программ лечения с использованием психосоциальных вмешательств для пациентов с расстройствами шизофренического спектра на стационарном этапе оказания психиатрической помощи (специализированная психообразовательная программа в сопоставлении с программой терапии занятостью), с использованием психометрической оценки личностных установок пациентов.

С учетом требований доказательной медицины для оценки эффективности программ лечения с использованием психосоциальных вмешательств на стационарном этапе был выбран дизайн натуралистического открытого сравнительного проспективного исследования, и использован хорошо себя зарекомендовавший психометрический подход, основанный на данных надежных и валидных методов. Дизайн и методическое оснащение исследования получили одобрение Этического ко-

митета ГБУЗ ПКБ №4 ДЗ г. Москвы; исследование проведено на базе указанного учреждения.

Основной гипотезой стало предположение о том, что разные программы лечения с использованием психосоциальных вмешательств для пациентов с шизофренией, примененные на стационарном этапе оказания психиатрической помощи, оказывают дифференцированное влияние на параметры состояния пациентов с шизофренией, с более отчетливым воздействием на личностные установки пациентов, в сравнении с показателем клинического статуса. Также предполагалось, что влияние на личностные установки пациентов окажет преимущественно специализированная программа психообразования, примененная на стационарном этапе.

Материал и методы исследования

Клиническая группа

Методом сплошной выборки все пациенты, поступающие на стационарное лечение в ГБУЗ ПКБ №4 ДЗ г. Москвы и соответствующие критериям включения, были взяты в исследование (всего набрано 162 пациента). Критериями включения определены: возраст от 18 до 55 лет; установленный в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 диагноз, кодируемый в рубриках F.20 — F.25; добровольное информированное согласие на участие в исследовании; согласие лечащего врача-психиатра на участие пациента в исследовании; психофармакотерапия в условиях стационара, с формированием медикаментозной ремиссии; способность выполнить необходимые психологические методики и принимать участие в реабилитационных мероприятиях, согласованных специалистами полипрофессиональной бригады (назначение зафиксировано в медицинской документации).

По результатам оценки пациентов в соответствии с критериями исключения 35 человек были исключены из исследования. Критерии исключения: признаки острого психоза, квалифицируемых в том числе на основании данных PANSS (значение по шкале PANSS ≥ 80); признаки формирующихся исходных состояний таких типов как слабоумие с речевой спутанностью, псевдоорганический вариант слабоумия, с нарастающим руинированием психики; пациенты в период госпитализации находящиеся на режиме усиленного наблюдения (I); наличие у пациентов выраженных когнитивных расстройств, коморбидных заболеваний (ЧМТ, эпилептиформных приступов в анамнезе, наркотических заболеваний); наличие у пациентов сопутствующей соматической патологии (включая ВИЧ-инфекцию), симптомов физической ослабленности, выраженных негативных эффектов психофармакотерапии (по Шкале SAS Симпсона-Ангуса); отказ пациента от участия в исследовании на любом этапе, неполное заполнение бланков опросников (вследствие этого выбыло еще 5 пациентов).

Все пациенты получали диагностические процедуры, психофармакотерапию в соответствии со «Стандартом специализированной медицинской помощи при шизофрении, острой (подострой) фазе с затяжным течением и преобладанием социально-реабилитационных проблем» (Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1400н).

В основную и контрольную группы включены 117 пациентов с диагностированными расстройствами шизофренического спектра, установленными в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (рубрики F20—F25). Эмпирическая выборка была поделена на основную и контрольную группы, методом чет-нечет, с опорой на день госпитализации: пациенты, госпитализированные в понедельник, среду и пятницу, определялись в основную группу исследования, в остальные дни недели — в контрольную. Пациенты основной группы принимали участие в специализированной программе «Психообразование», разработанной для больных, находящихся на стационарном лечении. Пациенты контрольной группы принимали участие в занятиях с использованием методов арт-терапии, которые были равноценными по объему времени и также проводились в малых группах. Арт-терапевтические интервенции являются методом с широким диапазоном терапевтических мишеней и технологий; однако, с учетом психического состояния пациентов, принявших участие в исследовании и находившихся на этапе стационарного лечения, арт-терапевтические мероприятия использовались для задач психологической поддержки пациентов, содействия их активности и в качестве досуговых мероприятий и занятости. По завершении программы и стационарного лечения проводилась повторная оценка клинических и психометрических характеристик пациентов. Таким образом, завершили программу и были включены в основную группу 66 человек, в группу сравнения 51 пациент.

Как можно видеть из данных Табл.1, основная и контрольная группы пациентов включали как

мужчин, так и женщин; некоторая диспропорция с преобладанием женщин в основной группе трудно объяснима, но отказываться от выбранного критерия разделения на группы было сочтено нецелесообразным, так как никаких гендерно-специфических параметров в исследовании не изучалось. Средний возраст пациентов обеих подгрупп, длительность заболевания и число предшествовавших госпитализаций были сопоставимыми; в обеих группах преобладали пациенты с параноидной формой шизофрении (F20.X.). Довольно большое значение стандартного отклонения длительности заболевания отражает большой разброс по этому показателю контингента пациентов в отделениях стационарной помощи; и в целом параметры обследованных больных отвечают обычной клинической практике.

Оценивались пациенты по социально-демографическим параметрам, что позволило подтвердить обычные для группы больных с расстройствами шизофренического спектра признаки социальной дезадаптации и обусловленные психическим расстройством социальные потери. Данные не приводятся из-за ограниченного объема статьи, по этой же причине не приводятся сведения об антипсихотической психофармакотерапии пациентов; терапия была симптоматической, соответствовала клиническим рекомендациям.

Методы клинико-психологической оценки состояния

Применены: Анкета социально-демографических характеристик для пациента; Шкала позитивных и негативных расстройств — Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) [5]; Шкала клинической оценки тяжести симптомов психоза — CRDPSS (Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity) [10, 11, 16]; Шкала общего клинического впечатления (CGI) [12]; Краткий опросник восприятия болезни — Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) [8]; Опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам — Drug Attitude Inventory — 10 (DAI-10) [18];

Таблица 1. Клинические характеристики пациентов обследованной выборки
Table 1. Clinical characteristics of participants

	Основная группа N=66		Контрольная группа N=51	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Число больных (% от объема группы)	32 (48%)	34 (52%)	18 (35%)	33 (65%)
Средний возраст, лет	34,9 ± 10,7		33,1 ± 10,3	
Длительность заболевания (лет)	8,6 ± 8,4		10,7 ± 9,1	
Диагноз по МКБ-10				
F20.0. Параноидная шизофрения	20	16	14	15
F 21... Шизотипическое расстройство	7	3	1	3
F23... Острые и преходящие психотические расстройства	1	7	-	2
F25...Шизоаффективные расстройства	4	8	3	13
Число предшествовавших госпитализаций	3,91 ± 3,15		3,51 ± 2,87	

Шкала социального избегания и дистресса — Social avoidance and distress scale (SADS) [3, 23]; Шкала самостигматизации — Internalized Stigma of Mental Illness (IMSI-29) [4, 22]. Статистические методы включали для анализа разброса балла оценку средних арифметических и среднеквадратичного отклонения, для сравнения групп критерии Манна-Уитни для независимых выборок и Z-критерия Вилкоксона для зависимых выборок; анализ проводился на основе программного пакета SPSS for Windows, Standart Version ..., Copyright © SPSS Inc., 2020).

Характеристики программы психообразования

Предлагаемая программа включает 10 занятий, которые проводятся в закрытой группе 2 раза в неделю. Продолжительность занятия не более 60 минут, время первого занятия 40 минут. Проводят занятия основные ведущие — врач-психотерапевт или медицинский психолог, имеющие преимущественно подготовку в когнитивно-поведенческом подходе, и соведущий-пациент, который имеет опыт преодоления болезни, находится в состоянии ремиссии на амбулаторном этапе, который ранее прошел программу психообразования на стационарном этапе оказания психиатрической помощи и имеет достаточную мотивацию и желание быть коведущим. Любое занятие начинается и заканчивается одной и той же процедурой: вступительная часть включает в себя приветствие, выполнение упражнения «здесь и сейчас» (каждый участник говорит несколько слов о своем настроении и состоянии на данный момент), разминку, т.е. выполнение упражнения на активизацию, «вхождение в работу», снятие психоэмоциональной напряженности. В основной части занятия дается краткая теоретическая информация по теме занятия, в форме простых объяснений, с использованием интерактивных технологий, стимулированием межличностного взаимодействия. Ведущие инициируют обсуждением и анализ предложенных тем, где участники делятся своими чувствами и мыслями. В завершающей части сессии, ведущие подводят краткий итог, информируют о замысле будущего занятия (что важно для снятия чрезмерных тревожных ожиданий). Также участникам по кругу предлагается ответить на вопрос «Что для Вас было полезного на сегодняшнем занятии?».

С учетом особенностей и клинического состояния пациентов, для которых создавалась программа, были сформулированы следующие задачи работы:

- коррекция искажений и неадекватных представлений по поводу психических заболеваний и способов лечения,
- повышение комплаентности к психофармакотерапии и повышение мотивации на дальнейшее лечение в ПНД,
- повышение комплаентности к мероприятиям психосоциальной реабилитации,
- разработка маршрута возвращения пациента к социальному и профессиональному взаимодействию,

- ревизия жизненных планов и обучение новому стилю жизни, учитывающему реальность психического расстройства.

Мишени вмешательства:

- травматические переживания, возникшие в связи с перенесенным психозом (такие как безнадежность, деморализация, отчаяние, возможно — травмирующий опыт периода принудительной госпитализации);
- клинически значимые симптомы постпсихотической (или шизофренической) депрессии, включая недостаток энергии, апатия, снижение инициативы и волевых побуждений, астенические проявления;
- планирование будущего (для компенсации нарушенных вследствие психоза и госпитализации планов);
- самостигматизация, утрата чувства собственной значимости и ощущение собственной несостоятельности в решении проблем повседневной жизни;
- когнитивные искажения в отношении заболевания (в диапазоне от игнорирования и обесценивания до катастрофизации, негативного селективного игнорирования и обесценивания положительной динамики в ходе лечения), иные.

Результаты исследования

Для неоднократной оценки клинического состояния пациентов была выбрана «Шкала клинической оценки тяжести симптомов психоза — CRDPSS» (Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity), предложенная специалистами Американской психиатрической ассоциации (APA) в рамках подготовки DSM-5, заявленная как новый психометрический инструмент для количественной оценки ключевых симптомов психоза [21]. Шкала создавалась в логике дименсионального подхода к оценке состояния пациентов с психическими расстройствами, как более чувствительного к различиям в тяжести симптомов конкретного пациента и лучше позволяющего оценить динамику состояния в ходе терапии (что было особенно важно для настоящего исследования). Несмотря на то, что работа по изучению психометрических характеристик CRDPSS еще ведется, шкала используется для клинической оценки пациентов в рамках проведения исследований как зарубежными [10, 11, 21], так и отечественными авторами [16].

Шкала CRDPSS включает 8 показателей, каждый оценивает тяжесть симптомов психического состояния, значимых при психотических расстройствах, включая бред, галлюцинации, дезорганизованную речь, аномальное психомоторное поведение, негативные симптомы, нарушение когнитивных функций, проявления депрессии и проявления мании; оценку состояния пациента проводит лечащий врач с использованием инструкции и специального бланка. Также состояние пациента оценивалась врачом на основе Шкалы общего клинического впечатления (CGI) (Табл.2).

Таблица 2. Показатели клинических шкал (CRDPSS, CGI) у пациентов до лечения с использованием психосоциальных вмешательств
Table 2. Patients' clinical scale scores (CRDPSS, CGI) before treatment

Показатели Mean ± SD		Основная группа Mean ± SD	Контрольная группа
PANSS	Шкалы позитивных симптомов	19,3 ± 1,9	19,8 ± 2,0
	Шкалы негативных симптомов	18,6 ± 2,1	19,1 ± 2,3
	Шкалы общих психопатологических симптомов	37,1 ± 2,4	37,0 ± 2,4
	Суммарный балл по шкале PANSS	75 ± 3,3	76,1 ± 3,3
Оценка по показателям шкалы CRDPSS	Бред	1,02 ± 1,28	0,61 ± 1,12
	Галлюцинации	2,09 ± 1,12	1,39 ± 1,30
	Дезорганизованная речь	1,83 ± 0,90	0,73 ± 1,00
	Аномальное психомоторное поведение	1,39 ± 1,28	1,00 ± 1,23
	Негативные симптомы	1,89 ± 1,20	1,22 ± 1,08
	Нарушение когнитивных функций	0,59 ± 0,94	0,57 ± 0,96
	Проявления депрессии	1,71 ± 1,19	1,37 ± 1,31
	Проявления мании	0,44 ± 0,88	0,75 ± 1,07
Оценка по шкале CGI		4,41 ± 0,66	4,39 ± 0,98

Примечание: Mean — среднее арифметическое; SD — стандартное отклонение
 Note: Mean — arithmetic mean; SD — standard deviation

Таблица 3. Показатели клинических шкал (CRDPSS, CGI) у пациентов после лечения с использованием психосоциальных вмешательств
Table 3. Clinical scale scores (CRDPSS, CGI) of patients after treatment

Оценка по показателям шкалы CRDPSS	Основная группа	Контрольная группа
	Mean ± SD	Mean ± SD
Бред	0,50 ± 0,88	0,43 ± 0,90
Галлюцинации	1,38 ± 0,97	0,86 ± 1,11
Дезорганизованная речь	0,82 ± 0,86	0,41 ± 0,73
Аномальное психомоторное поведение	0,53 ± 0,90	0,61 ± 0,94
Негативные симптомы	1,38 ± 1,02	1,08 ± 1,09
Нарушение когнитивных функций	0,47 ± 0,79	0,41 ± 0,80
Проявления депрессии	1,36 ± 1,00	1,04 ± 1,10
Проявления мании	0,17 ± 0,45	0,43 ± 0,76
Оценка по шкале CGI	3,71 ± 0,6	3,90 ± 1,03

Примечание: Mean — среднее арифметическое; SD — стандартное отклонение
 Note: Mean — arithmetic mean; SD — standard deviation

Таблица 4. Уровни значимости Z-критерия Вилкоксона для оценки различий показателей клинического состояния (CRDPSS, CGI) пациентов до и после лечения

Table 4. Wilcoxon Z-test significance levels for assessing differences in clinical status indicators (CRDPSS, CGI) of patients before and after treatment

Показатели шкалы CRDPSS	Основная группа	Контрольная группа
Бред	$p = 0,000, p < 0,001$	$p = 0,041, p < 0,05$
Галлюцинации	$p = 0,000, p < 0,001$	$p = 0,000, p < 0,001$
Дезорганизованная речь	$p = 0,000, p < 0,001$	$p = 0,002, p < 0,005$
Аномальное психомоторное поведение	$p = 0,000, p < 0,001$	$p = 0,007, p < 0,01$
Негативные симптомы	$p = 0,000, p < 0,001$	$p = 0,112$
Нарушение когнитивных функций	$p = 0,005, p < 0,01$	$p = 0,070, p < 0,1$
Проявления депрессии	$p = 0,003, p < 0,01$	$p = 0,005, p < 0,01$
Проявления мании	$p = 0,000, p < 0,001$	$p = 0,008, p < 0,01$
Показатель шкалы CGI	$p = 0,000, p < 0,001$	$p = 0,001, p < 0,005$

Таблица 5. Отношение к заболеванию и комплаентность пациентов до и после лечения с использованием психосоциальных вмешательств (IPQ-R, DAI-10), и значимость различий (Z-критерий Вилкоксона)

Table 5. Attitudes towards the disease and compliance of patients before and after treatment using psychosocial interventions (IPQ-R, DAI-10), and the significance of differences (Wilcoxon Z-test)

Показатели Шкалы IPQ-R	Обследованная группа	До лечения Mean± SD	После лечения Mean± SD	Значимость различий
1 — Последствия заболевания	Основная	6,53±3,12	6,23±1,57	$p = 0,139$
	Контрольная	6,61±3,34	6,31±3,43	$p = 0,277$
2 — Течение болезни	Основная	4,65±3,4	5,80±1,48	$p=0,007;p<0,01$
	Контрольная	5,78±3,62	5,12±3,49	$p=0,039;p<0,05$
3 — Личный контроль	Основная	6,09±2,99	7,32±1,43	$p=0,012;p<0,05$
	Контрольная	6,35±2,67	6,95±2,44	$p = 0,642$
4 — Контроль лечения	Основная	6,83±2,91	8,74±2,91	$p=0,000; p<0,001$
	Контрольная	6,84±2,77	7,08±3,17	$p = 0,272$
5 — Идентификация болезни	Основная	5,17±3,1	6,17±1,61	$p=0,014; p<0,05$
	Контрольная	6,08±3,17	6,25±2,99	$p = 0,885$
6 — Обеспокоенность болезнью	Основная	6,09±3,75	6,71±1,75	$p = 0,269$
	Контрольная	5,80±3,74	5,27±3,57	$p = 0,328$
7 — Понятность болезни	Основная	6,70±3,15	8,23±1,48	$p=0,000;p<0,001$
	Контрольная	6,31±2,92	7,08±2,59	$p=0,034;p<0,05$
8 — Эмоциональная реакция на болезнь	Основная	6,00±3,36	5,88±1,48	$p = 0,572$
	Контрольная	6,35±3,54	5,80±3,34	$p = 0,196$
Фактор 1 — Восприятие болезни как угрозы	Основная	28,44±12,15	30,79±5,37	$p = 0,104$
	Контрольная	30,63±14,66	28,76±13,31	$p = 0,089$
Фактор 2 — Контролируемость болезни и лечения	Основная	19,62±6,36	24,29±2,91	$p=0,000;p<0,001$
	Контрольная	19,51±4,89	20,75±5,17	$p = 0,058$
Шкала DAI-10	Основная	6,77±2,29	8,97±0,94	$p=0,000;p<0,001$
	Контрольная	6,61±2,57	6,92±2,75	$p = 0,161$

Таблица 6. Параметры социального стресса и самостигматизации (SADS, IMSI-29) пациентов исследуемых групп до и после лечения, и значимость различий (Z-критерий Вилкоксона)**Table 6. Indicators of social stress and self-stigma (SADS, IMSI-29) of patients of the study groups before and after treatment, and the significance of differences (Wilcoxon Z-test)**

Показатели	Обследованная группа	До лечения Mean±SD	После лечения Mean±SD	Значимость различий
Социальный дистресс (SADS)	Основная	7,58±2,17	7,65±1,25	p=0,910
	Контрольная	7,53±1,93	7,57±1,85	p=0,610
Социальное избегание (SADS)	Основная	7,82±2,14	7,21±1,67	p = 0,322
	Контрольная	8,12±2,01	8,29±2,37	p=0,009;p<0,01
Отчужденность (IMSI-29)	Основная	2,20±0,57	1,41±0,29	p=0,000;p<0,01
	Контрольная	2,22±0,70	2,11±0,69	p=0,186
Одобрение стереотипов (IMSI-29)	Основная	2,00±0,52	1,47±0,32	p=0,000;p<0,01
	Контрольная	2,03±0,54	1,90±0,54	p=0,006;p<0,01
Опыт дискриминации (IMSI-29)	Основная	2,19±0,57	1,44±0,39	p=0,000;p<0,01
	Контрольная	2,16±0,61	2,07±0,63	p=0,071
Социальная самоизоляция (IMSI-29)	Основная	2,23±0,60	1,58±0,63	p=0,000;p<0,01
	Контрольная	2,31±0,70	2,15±0,29	p=0,007;p<0,01
Соппротивление стигматизации (IMSI-29)	Основная	2,11±0,41	3,32±0,43	p=0,000;p<0,01
	Контрольная	2,24±0,47	2,33±0,50	p=0,087
Интернализованная стигма (IMSI-29)	Основная	2,22±0,54	1,50±0,39	p=0,000;p<0,01
	Контрольная	2,27±0,67	2,13±0,67	p=0,024;p<0,05
Общий показатель стигмы (IMSI-29)	Основная	2,15±0,39	1,84±0,24	p=0,000;p<0,01
	Контрольная	2,19±0,45	2,11±0,46	p=0,007;p<0,01

Сравнительный анализ клинических показателей в обследованных группах (с подсчетом U-критерия Манна-Уитни) подтвердил минимальные различия между пациентами обеих групп (анализ подробно не приводится). Второе тестирование проведено после завершения лечения с использованием психосоциальных вмешательств (данные приведены в Табл.3). Заметим, что шкала PANSS использовалась однократно, для оценки психопатологической симптоматики на этапе вхождения в исследование, а также с целью исключения пациентов с признаками острого психотического состояния. Оценка динамики клинического состояния была проведена на основе данных шкал CRDPSS и CGI, как сказано выше.

Оценка личностных установок пациентов с шизофренией, в том числе — изменений в установках, достигнутых для разных вариантов лечения с использованием психосоциального вмешательства на стационарном этапе, проведена с использованием методик Краткий опросник восприятия болезни IPQ-R, Опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам DAI-10 (значения средних взвешенных оценок отражены в Табл.5), Шкалы социального избегания и дистресса SADS и Шкалы самостигматизации IMSI-

29 (значения средних взвешенных оценок отражены в табл. 6). Также в Табл.5 и Табл.6 приведены данные оценки значимости различий показателей до и после лечения, подсчитанные с использованием непараметрического Z-критерия Вилкоксона для зависимых выборок.

Обсуждение

Проведенная оценка степени выраженности психопатологической симптоматики у больных обеих обследованных групп свидетельствуют о том, что присутствуют симптомы различных классов в значительной степени выраженности (Табл.2). По данным PANSS, у пациентов основной и контрольной группы отмечена продуктивная симптоматика, в составе переживаний доминируют подозрительность, настороженность, отрывочные или систематизированные бредовые идеи, чаще персекуторные. У отдельных пациентов наблюдаются продуктивные симптомы в виде отрывочных галлюцинаций (обычно вербальных), слуховых обманов, с последующей их устойчивой бредовой интерпретацией. Обнаруживают больные и нарушения мышления в виде соскальзываний, расплывчатости, резонерских высказываний.

Также отчетливыми у пациентов обследованных групп являются симптомы негативного круга, включая малоконтактность, отсутствие речевой инициативы, эмоциональную отгороженность, стереотипии. Выражены некоторые общепатологические симптомы, в числе которых аффективные — депрессивные, тревожные, нарушения волевой регуляции, поведенческие расстройства (чаще в форме социальной отстраненности); страдает критичность пациентов. Перечисленные симптомы нашли также отражение в оценке, проведенной с использованием шкалы CRDPSS, где показатели по ряду субшкал достигали умеренно выраженных значений (по принятым для шкалы обозначениям это 2 балла). При первом оценивании (до лечения) клиницистами отмечалась симптоматика галлюцинаторная, дезорганизации речи и поведения, симптомы негативного и депрессивного круга; ниже ожидаемых были показатели по субшкале нарушений когнитивных функций, оцененные клиницистами как незначительные. Показатель общего клинического впечатления (CGI) был умеренно высоким для пациентов обеих групп.

При оценке клинического состояния после лечения с использованием психосоциальных вмешательств показатели почти по всем субшкалам снизились (Табл.3). Исключение составили показатели по субшкале «Проявления мании», что можно объяснить общим повышением настроения и улучшением субъективного чувства благополучия у пациентов; такое объяснение приемлемо, отчетливого гипоманиакального состояния нет, поскольку достигнутый показатель невысок в обеих группах, и у большинства не превышает 1 балл.

Для оценки значимости различий показателей клинического состояния пациентов обследованных групп использовались данные U-критерия Манна-Уитни; для оценки динамики состояния в каждой группе — непараметрического критерия Z-Вилкоксона. Проведенный анализ (данные U-критерия Манна-Уитни подробно не приводятся) позволяет утверждать парциальные и минимальные различия между подгруппами как до, так и после лечения с использованием психосоциальных вмешательств.

Что касается динамики клинического состояния (Табл.4), то она отчетлива для пациентов обеих обследованных групп, отражает улучшение психического состояния, и сопоставима по степени выраженности достигнутых изменений. Это дает основания полагать, что динамика клинической картины обусловлена, в первую очередь, проводимой психофармакотерапией и, возможно, фактом наличия мероприятий психосоциальной реабилитации. Что касается воздействия типа психосоциальных программ на клиническую симптоматику, то оно скорее единообразно, не носит специфического характера (то есть не является следствием психосоциальных воздействий определенного типа). Отметим, что этот результат не является неожиданным, предполагался на этапе планирования исследования, отвечает данным

многих зарубежных и отечественных работ, которые свидетельствуют скорее об отсроченных результатах психосоциальных программ, нежели об их непосредственном влиянии на симптоматику. В числе наиболее частых отсроченных влияний на клиническое состояние отмечались уменьшение частоты рецидивов, повторных госпитализаций, в первую очередь за счет достижения высокой комплаентности [2, 13, 19, 25, 26]. В настоящем исследовании подобные отсроченные эффекты не отслеживались и не являлись задачей данной работы.

При планировании данного исследования предполагалось оценить динамику психологических образований у пациентов, обусловленных влиянием использованной программой. В числе значимых установок пациентов оценивалось измеряемое IPQ-R отношение к болезни (данные отражены в Табл.5). Оно предстает как сложное образование, имеющее многокомпонентную структуру, каждый аспект которого по-разному отражает субъективное восприятие болезни. У пациентов настоящего исследования отмечены высокие показатели субшкал «Последствия заболевания», «Идентификация болезни», «Обеспокоенность болезнью» и «Эмоциональная реакция на болезнь». Содержательная расшифровка высоких значений по перечисленным показателям свидетельствует о том, что пациенты обеих групп полагают свое заболевание имеющим серьезные последствия, сопровождающееся ощутимыми симптомами, вызывающим выраженные негативные эмоциональные переживания, беспокойство. Немного ниже показатель по шкале «Течение болезни», что отражает неготовность пациентов признать свое заболевание как хроническое. В целом полученные данные дают высокий показатель интегративного фактора «Восприятие болезни как угрозы».

Интересно, что у обследованных пациентов средневысокими являются показатели по субшкалам «Личный контроль», «Контроль лечения» и «Понятность болезни», суммарно дающими значение фактора «Контролируемость болезни и лечения». По-видимому, пациенты выборки исследования (обеих групп) склонны полагать, что хорошо осведомлены о своем заболевании и симптомах, и могут контролировать свое состояние, в том числе, путем приема психофармакотерапии, которую оценивают, как скорее полезную. Последнее подтверждается средним значением показателя шкалы DAI-10, отражающем умеренно-положительное отношение к психофармакотерапии (Табл.5).

Анализ динамики установок по отношению к своему заболеванию и лечению у пациентов с разными вариантами лечения с использованием психосоциальных вмешательств представляет особый интерес. Как свидетельствуют данные (см. табл. 5), практически все измеренные показатели не изменились у пациентов контрольной группы (незначительно повысился показатель «Понятность болезни»). Можно утверждать, что никакого влияния на представление пациентов о своем

заболевании, на отношение к нему и к психофармакотерапии лечение с мероприятиями терапии занятости не оказывает (что вполне ожидаемо).

Одновременно весьма обнадеживающими представляются изменения, достигнутые у пациентов, прошедших программу психообразования. А именно, в основной группе удалось существенно повысить показатель «Контролируемость болезни и лечения», особенно в субшкалах «Понятность болезни» и «Контроль лечения». Также значительно повысился показатель DAI-10, следовательно, был достигнут высокий уровень комплаентности к терапии. Эти результаты отражают углубление представлений пациентов о своем заболевании, его серьезности, основных симптомах и способах их контроля, о возможности осуществления пациентами мероприятий, улучшающих их психическое состояние. Что представляются существенными, подтверждающими ценность предлагаемой психообразовательной программы эффектами. Полученные результаты перекликаются с данными других исследователей, указывавших на возможность достижения лучшего понимания своего заболевания пациентами с шизофренией в ходе психообразовательных программ, проводимых на стационарном этапе помощи [2, 19].

Второй блок личностных установок, оцениваемых у обследованных пациентов, касался самостигматизации, восприятия переживаемого социального стресса и стремления к социальному избеганию. Как видно из Табл.6, на начальном этапе исследования результаты оценки по показателям субшкал методики IMSI-29 практически идентичны у респондентов обеих групп, и в соответствии с данными по адаптации теста на отечественной выборке показатели параметров методики в диапазоне средне-высоких значений [4]. Проведенное лечение с использованием программы психообразования позволило существенно повлиять на показатели самостигматизации в сторону снижения внутренней стигмы, уменьшить переживания отчужденности, снизить степень выраженности негативных убеждений о психически больных (показатель «Одобрение стереотипов») и даже совладать с опытом дискриминации. Соответственно, снижаются «Интернализованная стигма», «Социальная самоизоляция», и растет показатель «Спротивление стигматизации». Все описанные изменения являются очень ценными, отражают восстановление у пациентов основной группы чувства собственной ценности, достоинства, самоуважения. Кроме того, эти изменения аналогичны ранее полученным в доказательных исследованиях данным о некотором улучшении субъективного благополучия пациентов с шизофренией, ставших участниками программы психообразования [19].

Анализ динамики показателя методики SADS свидетельствует, что параметр «Социальный дистресс» у пациентов обеих групп высокий как на начальном, так и на завершающем этапе исследования (см. табл. 6). Это легко объяснимо, поскольку пациенты в большинстве испытывают

трудности социальной адаптации и воспринимают их как стрессорирующие. Ожидаемо высокими являются и показатели субшкалы «Социальное избегание», так как подобная стратегия является способом защиты от психотравматизации в социальных ситуациях, сложных для пациентов с шизофренией. Такой результат согласуется с полученными, ранее данными о незначительном изменении социального поведения пациентов после прохождения программы психообразования [26, 27], и свидетельствуют о необходимости включения в структуру психосоциальной реабилитации иных программ, прицельно ориентированных на улучшение социального функционирования.

Однако, важно заметить, что лечение с применением терапии занятости привело к некоторому повышению у пациентов контрольной группы тенденции к социальному избеганию (Табл.6), тогда как в основной группе показатель несколько снизился (хотя изменения не достигли значимости). Полагаем, что этот результат скорее свидетельствует о положительном влиянии программы психообразования на психологические установки пациентов с шизофренией, профилируя обусловленное перенесенным обострением состояния нарастание тенденции к социальной изоляции и поведению избегания; досуговые мероприятия подобного эффекта не вызывают.

Заключение

Данные сравнительно-сопоставительного исследования пациентов двух групп, получивших в условиях стационара лечение с использованием разных программ психосоциального вмешательства, позволяет утверждать, что обе использованные программы доказали свою практическую пригодность. При этом показатели клинического состояния пациентов сравниваемых групп оказались сходными в динамике, что позволяет утверждать незначительное влияние характера программы на клиническое состояние пациентов, и свидетельствует о психофармакотерапии как ведущем факторе достижения изменений клинической картины состояния.

При этом группа пациентов, которые стали участниками программы раннего вмешательства с использованием технологии психообразования, адаптированной для применения на этапе стационарного лечения, показала значимо различающиеся и позитивные изменения в целом ряде установок пациентов. Это касается показателей отношения к своему заболеванию, проводимому лечению, с повышением комплаентности, снижением самостигматизации и повышением готовности к контактам со специалистами. Поскольку в работе апробировалась методика для скрининга психопатологической симптоматики CRDPSS, отдельным результатом исследования стало подтверждение правомерности ее использования несмотря на то, что процедура нуждается в дальнейшей психометрической оценке.

Литература / References

1. Гурович И.Я. Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация. Социальная и клиническая психиатрия. 2007;17(1):5–9. Gurovich IYu. Preventive and saving psychosocial rehabilitation. *Social'naya i klinicheskaya psichiatriya*. 2007;17(1):5–9 (In Russ.).
2. Карпенко О.А. Влияние психообразования на комплаентность пациентов с первым психотическим эпизодом в условиях стационара. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2020;120(62):9298. Karpenko OA. Impact of psychoeducation on compliance of inpatients with first episode psychosis. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova. Specvypuski*. 2020;120(62):9298. (In Russ.).
3. Краснова В.В. Социальная тревожность как фактор нарушений интерперсональных отношений и трудностей в учебной деятельности у студентов: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2013. Krasnova V.V. Social'naya trevozhnost' kak faktor narushenij interpersonal'nyh otnoshenij i trudnostej v uchebnoj deyatel'nosti u studentov: diss. ... kand. psihol. nauk. М., 2013. (In Russ.).
4. Лутова Н.Б., Макаревич О.В., Сорокин М.Ю., Новикова К.Е., Абрамчик С.С., Вид В.Д. Психиатрическая стигма: клиничко-демографические или культуральные факторы. Социальная и клиническая психиатрия. 2019;29(4):50–56. Lutova NB, Makarevich OV, Sorokin MY, Novikova KE, Abramchik SS, Vid VD. Psychiatric stigma: clinical-demographic or cultural factors. *Social'naya i klinicheskaya psichiatriya*. 2019;29(4):50–56. (In Russ.).
5. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М.: Новый цвет; 2001. Mosolov S.N. Shkaly psihometricheskoj ocenki simptomatiki shizofrenii i koncepciya pozitivnyh i negativnyh rasstrojstv. М.: Novyj cvet; 2001. (In Russ.).
6. Палин А.В., Рычкова О.В. Ранние психосоциальные вмешательства у больных с шизофренией — условие эффективности лечебно-реабилитационного процесса. Социальная и клиническая психиатрия. 2020;30(2):96–103. Palin AV, Rychkova OV. Early psychosocial interventions in patients with schizophrenia — a condition for the effectiveness of the treatment and rehabilitation process. *Social'naya i klinicheskaya psichiatriya*. 2020;30(2):96–103. (In Russ.).
7. Семенова Н.Д., Кузьменко А.Ю., Костюк Г.П. Психообразование: проблемы и направление исследований. Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2016;4:3–11. Semenova ND, Kuz'menko AYU, Kostyuk GP. Psychoeducation: Problems and Directions of Research. *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii*. 2016;4:3–11. (In Russ.).
8. 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. Yaltonskij VM, YAltonskaya AV, Sirota NA, Moskovchenko DV. Psychometric characteristics of the Russian version of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psihologicheskie issledovaniya*. 2017;10(51):1. (In Russ.).
9. Bäuml J, Froböse T, Kraemer S, Rentrop M, Pitschel-Walz G. Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr Bull*. 2006;32(1):1–9. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl017>
10. Berendsen S, Van HL, JW van der Paardt, et al. Exploration of symptom dimensions and duration of untreated psychosis within a staging model of schizophrenia spectrum disorders. *Early Intervention in Psychiatry*. 2021;15:669–675. <https://doi.org/10.1111/eip>
11. Berendsen S, van der Veen NM, van Tricht MJ, de Haan L. Psychometric properties of the DSM-5 Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity. *Schizophrenia Research*. 2020;216:416–421. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.059>
12. Busner J, Targum SD. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007;4(7):28–37.
13. Chien W, Clifton A, Zhao S, Peer SL. Peer support for people with schizophrenia or other serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;4(4):CD010880. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010880.pub2>
14. Gigantesco A, Pontarelli C, Veltro F; CBGI Italian Study Group. Psycho-educational group therapy in acute psychiatric units: creating a psychosocial culture. An update of spread and effectiveness of a psychosocial intervention in Italian psychiatric wards. *Ann Ist Super Sanita*. 2018;54(4):272–283. https://doi.org/10.4415/ANN_18_04_03
15. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2020;18(4):493–497. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.18402>
16. Morozova A, Zorkina, Y, Pavlov K, et al. Association of rs4680 COMT, rs6280 DRD3, and rs7322347 5HT2A with clinical features of youth-onset schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10:830. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00830>
17. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition [ncbi.nlm]*. ncbi; 2014. Available:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248060/>
18. Nielsen RE, Lindström E, Nielsen J, Levander S. DAI-10 is as good as DAI-30 in schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*. 2012;22(10):747-750. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.02.008>.
 19. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2):CD002831. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831>
 20. *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition* [ncbi.nlm]. ncbi; 2014. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248060/>
 21. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. *The DSM-5: Classification and Criteria Changes*. *World Psychiatry*. 2013;12:92-98. <https://doi.org/10.1002/wps.20050>
 22. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*. 2003;121(1):31-49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
 23. Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1969;33(4):448-457. <https://doi.org/10.1037/h0027806>
 24. Wölwer W, Baumann A, Bechdolf A, et al. The German Research Network on Schizophrenia--impact on the management of schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2006;8(1):115-21. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.1/wwaelwer>
 25. Wood L, Alsawy S. Patient experiences of psychiatric inpatient care: A systematic review of qualitative evidence. *Journal of Psychiatric Intensive Care*. 2016;12(1):35-43. <https://doi.org/10.20299/jpi.2016.001>
 26. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011(6):CD002831. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2>
 27. Zhao S, Sampson S, Xia J, Jayaram MB. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;9:CD010823. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010823.pub2>

Сведения об авторе

Палин Александр Васильевич — заведующий отделением медико-психологической помощи ГБУЗ ПКБ №4 им П. Б. Ганнушкина департамента здравоохранения г. Москвы (107076, г. Москва, ул. Покотешная, д.3); ассистент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института РУДН (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8). E-mail: pavelpalin@yandex.ru

Поступила 30.08.2024

Received 30.08.2024

Принята в печать 27.03.2025

Accepted 27.03.2025

Дата публикации 27.06.2025

Date of publication 27.06.2025

Особенности знаково-символического опосредования понятий у больных шизофренией в условиях наличия или отсутствия мотива социальной значимости (пилотное исследование)

Соболев И.В.¹, Тагильцева А.В.²

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия

² СПб ГБУЗ «ПНД №3», Санкт-Петербург, Россия

Оригинальная статья

Резюме. В данном исследовании показано, как вводимый в экспериментальную ситуацию мотив социальной значимости влияет на особенности знаково-символического опосредования у больных шизофренией. Было выявлено, что у больных шизофренией имело место отсутствие влияния мотива социальной значимости на особенности знакового опосредования, тогда как у психически здоровых людей в ответ на предъявление мотива социальной значимости повышалась оригинальность образов в методике «Пиктограммы». Отсутствие влияния мотива социальной значимости на особенности знакового опосредования у больных шизофренией может объясняться как специфическим нарушением мотивационного компонента социального познания, так и общим (неспецифическим) мотивационным дефицитом. Для установления более подходящего объяснения необходимо проведение исследования, в дизайн которого будут включены другие экспериментальные мотивы. Также были получены данные о наличии у больных шизофренией конкретно-фотографических образов в методике «Пиктограммы», что также не зависело от предъявления мотива социальной значимости — данный феномен не описан в литературе и требует дальнейшей перепроверки и теоретической интерпретации.

Ключевые слова: шизофрения; знаковое опосредование; знаковая деятельность; социальное познание; мотив; мотивация

Информация об авторах:

Соболев Иван Владимирович* — e-mail: a-one007@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0005-6545-0656>

Тагильцева Алла Викторовна — e-mail: malef@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4188-9796>

Как цитировать: Соболев И.В., Тагильцева А.В. Особенности знаково-символического опосредования понятий у больных шизофренией в условиях наличия или отсутствия мотива социальной значимости (пилотное исследование). *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:2:90-99. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-1011>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Features of sign-symbolic mediation of concepts in patients with schizophrenia in the presence or absence of a motive of social significance (pilot study)

Ivan V. Sobolev¹, Alla V. Tagiltseva²

¹Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Russia

²Psychoneurological dispensary №3, St. Petersburg, Russia

Research article

Summary. This study shows how the motive of social significance introduced into the experimental situation affects the features of sign-symbolic mediation in patients with schizophrenia. It was revealed that in patients with schizophrenia there is a lack of influence of the motive of social significance on the features of sign mediation, whereas in mentally healthy people, in response to the presentation of the motive of social significance, the originality of images in the «Pictogram» technique increased. The lack of influence of the motive of social significance on the features of sign mediation in patients with schizophrenia can be

Автор, ответственный за переписку: Соболев Иван Владимирович — e-mail: a-one007@mail.ru

Corresponding author: Ivan V. Sobolev — e-mail: a-one007@mail.ru

explained both by a specific violation of the motivational component of social cognition and by a general (non-specific) motivational deficit. To establish a more appropriate explanation, it is necessary to conduct a study, the design of which will include other experimental motives. Data were also obtained on the presence of specific photographic images in patients with schizophrenia using the Pictogram technique.

Keywords: schizophrenia; sign mediation; sign activity; social cognition; motive; motivation

Information about the authors:

Ivan V. Sobolev* — e-mail: a-one007@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0005-6545-0656>

Alla V. Tagiltseva — e-mail: malef@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4188-9796>

To cite this article: Sobolev IV, Tagiltseva AV Features of sign-symbolic mediation of concepts in patients with schizophrenia in the presence or absence of a motive of social significance (pilot study). *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:2:90-99. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-1011>. (In Russ.)

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

Как известно, центральным дефицитом при шизофрении является нарушение мотивационного компонента деятельности, подразумевающее патологическое функционирование следующих компонентов деятельности: мотив (нарушение смыслообразующей и побудительной функции мотива, искажение иерархии смыслообразующих мотивов), цель (неадекватное мотиву целеобразование, нецеленаправленность деятельности), действия (неадекватность действий поставленной цели) [3, 4, 5]. При этом, шизофренический дефект тесно связан с процессами социального познания. Социальное познание, согласно модифицированному Холмогоровой А.Б. определению D. Wegner и R. Vallache, можно охарактеризовать следующим образом: «Как люди думают о том, как думают другие люди» [11].

Существует достаточное количество публикаций, подтверждающих нарушение социального познания при шизофрении. Так, метаанализ исследований социального когнитивного дефицита при шизофрении S. Weinreb et al. за 2022 год, с совокупной выборкой в 20159 человек, показал, что у больных шизофренией по сравнению со здоровыми испытуемыми вне зависимости от региона проживания наблюдается снижение всех компонентов социальных когнитивных функций (распознавание эмоций, социальная перцепция, теория психического, стиль атрибуции, степень эмоциональной регуляции) [20]. Факт снижения всех компонентов социальных когнитивных функций также подтверждается метаанализом G. N. Salva et al. за 2013 год [17] и систематическим обзором A. Javed et al. за 2018 год [15].

В настоящем исследовании была использована модель социального познания, предложенная А.Б. Холмогоровой, согласно которой в социальном познании можно выделить четыре компонента: мотивационный, рефлексивный, операциональный и поведенческий [11]. Мы сконцентрировались на мотивационном компоненте социального познания, который можно определить как «направленность личности на других людей или же, напротив, игнорирование социальных контактов вплоть до стремления избежать контактов с социальными другими» [11]. Согласно данному определению, нарушения мотивационного компонента социального

познания выражаются в том, что у больных шизофренией наблюдается значительное снижение направленности личности на других людей. Это проявляется в уходе от социальных контактов, потере интереса к коммуникации с социальными другими, социальной ангедонией и др.

Предметом изучения в данном исследовании выступили особенности знакового опосредования психической деятельности больных шизофренией в условиях, предполагающих наличие или отсутствие мотива социальной значимости. Поскольку данный предмет изучения является концептуально достаточно сложным, разберем отдельные его части. Во-первых, в ходе патопсихологического эксперимента психолог предъявляет испытуемому мотив социальной значимости, вербальным значением которого является важность данного исследования для других людей и происходящая из этого необходимость ответственного отношения испытуемого к исследованию. Таким образом, мотив социальной значимости напрямую отправляет нас к мотивационному компоненту социального познания. Во-вторых, наличие или отсутствие реакции испытуемого на мотив социальной значимости, а также особенности этой реакции, мы можем наблюдать через особенности знаково-символического опосредования психической деятельности, поскольку знаковое опосредование является структурно-функциональной основой человеческой психики [1, 2]. Исходя из этого, а также исходя из принципа тождества внутренней и внешней деятельности [6], можно утверждать, что изменения внешней знаковой деятельности, наблюдаемые экспериментатором, являются коррелятом изменений внутренней психической деятельности.

Таким образом, в данном исследовании был сделан акцент на то, как функционирование мотивационного компонента социального познания отражается на особенностях знаково-символического опосредования, выражающих внутреннюю психическую деятельность больного.

Цель исследования

Изучить особенности знаково-символического опосредования понятий у больных шизофренией

в условиях наличия или отсутствия мотива социальной значимости и сравнить особенности знаково-символического опосредования у испытуемых с шизофренией и здоровых испытуемых.

Материалы и методы

Исследование выполнено в период 2023-2024 г.г. на клинической базе СПбГБУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова».

Совокупная выборка составила 40 испытуемых. В состав основной группы вошло 20 испытуемых (10 мужчин и 10 женщин) с диагнозом шизофрения, параноидная форма (F20.0), которые на момент исследования проходили стационарное лечение в СПбГБУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова». Средний возраст испытуемых основной группы составил 30,9 лет ($SD \pm 6,98$). Средний стаж заболевания испытуемых основной группы составил 19 месяцев ($SD \pm 43,32$). Величина стандартного отклонения объясняется испытуемыми, стаж заболевания которых представляет по сравнению с остальными испытуемыми статистический выброс (3 выброса). Без учета 3 выбросов, средний стаж заболевания остальных 17 испытуемых основной группы составил 3,97 месяцев ($SD \pm 5,15$). В состав контрольной группы вошло 20 испытуемых (10 мужчин и 10 женщин). Средний возраст испытуемых контрольной группы составил 21,05 лет ($SD \pm 1,28$).

Испытуемые основной и контрольной групп имели высокую степень сопоставимости по уровню образования. 14 испытуемых основной группы имели высшее образование или находились в процессе его получения, 6 испытуемых основной группы имели средне профессиональное образование. 16 испытуемых контрольной группы имели высшее образование или находились в процессе его получения, 4 испытуемых контрольной группы имели средне профессиональное образование.

Критерии включения в основную группу: 1) 20-40 лет; 2) Диагноз F20.0 (параноидная шизофрения). Критерии исключения из контрольной группы: 1) Психотическое состояние; 2) Выраженное негативное отношение к исследованию. Критерии включения в контрольную группу: 1) 20-40 лет. Критерии исключения из контрольной группы: 1) Наличие психиатрического диагноза; 2) Выраженное негативное отношение к исследованию.

Для изучения особенностей невербального знаково-символического опосредования при решении мнестических задач были использованы следующие методики: 1) Методика «Пиктограммы» с синонимичным набором понятий, предложенным Херсонским Б.Г.[10]; 2) Методика «Опосредованное запоминание» с четвертой серией картинок[7]. Для изучения особенностей вербального знаково-символического опосредования при решении задач с коммуникативной направленностью была использована методика «Модифицированная методика определения понятий»[11]. Для

формирования мотива социальной значимости в рамках патопсихологического эксперимента была использована дополнительная инструкция (далее — ДИ) следующего содержания: «Очень важно, чтобы вы ответственно отнеслись к данному исследованию, так как результаты эксперимента помогут ученым найти ответ на важные вопросы, связанные с лечением психических заболеваний и нарушений мышления».

Всеми испытуемыми было подписано добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Дизайн патопсихологического эксперимента

Патопсихологический эксперимент проводился в индивидуальном порядке в помещении, где количество сторонних стимулов было сведено к возможному минимуму. Испытуемые основной и контрольной групп были разделены на две подгруппы, одна из которых перед выполнением методик получила ДИ, а другая в качестве мотива к деятельности получила стандартные инструкции к методикам. Методики выполнялись испытуемыми в следующем порядке: 1) Первый этап методики «Опосредованное запоминание», предполагающий наделение существующего невербального знака (карточки с изображением) значением, необходимым для запоминания стимульного материала; 2) Первый этап методики «Пиктограммы», предполагающий создание невербального знака (пиктографического рисунка), необходимого для запоминания стимульного материала; 3) «Модифицированная методика определения понятий»; 4) Клинико-психологическое интервью с целью сбора социально-демографических и клинико-anamnestических данных (20-30 мин.); 5) Второй этап методики «Опосредованное запоминание», предполагающий опосредованное воспроизведение стимульного материала с помощью выбранных испытуемым карточек; 6) Второй этап методики «Пиктограммы», предполагающий опосредованное воспроизведение стимульного материала с помощью рисунков, нарисованных испытуемым.

Критерии оценки результатов патопсихологических методик

Для оценки результатов деятельности испытуемого в методике «Опосредованное запоминание» использовались два показателя: 1) Количество воспроизведенных по карточкам слов (диапазон оценки соответствует количеству предъявляемых слов — от 0 до 15); 2) Количество сопровождающих действий или комментариев во время выбора карточки для запоминания слова. Если испытуемый во время выбора карточки осуществлял какое-либо произвольное движение (постукивание пальцами по столу, перекалывание карточек и т.д.) или как-либо высказывался, это засчитывалось как наличие дополнительных действий или комментариев при выборе карточки для данного слова. Таким образом, данный показатель оценивался в соответствии с количеством слов, кото-

рые необходимо было запомнить (диапазон оценки — от 0 до 15).

Для оценки результатов деятельности испытуемого в методике «Пиктограммы» использовался метод формализованной оценки, предложенный Б.Г. Херсонским [10]. Согласно этому методу, каждый рисунок в методике оценивался по 4 факторам: 1) Фактор абстрактности; 2) Фактор индивидуальной значимости; 3) Фактор частоты выбора; 4) Фактор адекватности. При оценке образа по фактору абстрактности, образ классифицировался как: 1) Конкретный (изображение, на котором представлен нарисованный объект, ассоциированный с конкретной ситуацией, или изображение, представляющее собой схематичное изображение конкретной ситуации); 2) Конкретно-фотографический (очень подробное и сценподобное изображение конкретной ситуации с большим количеством деталей); 3) Конкретно-конфабуляторный (изображение конкретного объекта или ситуации, не связанное с запоминаемым словом); 4) Атрибутивный (образ, связанный со словом по принципу атрибутивности — «часть-целое», «причина-следствие»); 5) Метафорический (образ, при котором абстрактная ассоциация выражается через конкретный предмет, но в отличие от конкретных образов, в метафорических образах используется переносное значение конкретного предмета); 6) Геометрические и графические символы (вектор направления, знак равенства, математический знак неопределенности и т.д.).

При оценке образа по фактору индивидуальной значимости образ классифицировался как: 1) Формальный (образ, не имеющий индивидуальной значимости для испытуемого); 2) Индивидуально-стимульный (образ, на котором изображен объект или ситуация, связанная с личным опытом испытуемого); 3) Персонифицированный (образ, на котором изображен сам испытуемый). При оценке образа по фактору частоты выбора образ классифицировался как: 1) Стандартный (частота встречаемости — минимум в 20 из 100 протоколов); 2) Повторяющийся (частота встречаемости — менее 20, но 2 и более из 100 протоколов); 3) Оригинальный (частота встречаемости — менее 2 из 100 протоколов). Стандартизация по фактору частоты выбора была осуществлена Б.Г. Херсонским. При оценке образа по фактору индивидуальной значимости образ классифицировался как: 1) Адекватный (образ соответствует содержанию запоминаемого слова); 2) Неадекватный (образ не соответствует содержанию запоминаемого слова и не связан с ним логически). Отдельно фиксировались ассоциации по созвучию — неформализуемые образы, при которых связь со словом была основана на похожем звучании образа и изначального слова (слово «ложь» — образ «ложка»; свой выбор испытуемый объясняет схожестью звучания). После оценки каждого образа в методике пиктограммы, подсчитывалось количество конкретных образов, конкретно-конфабуляторных образов, атрибутивных образов, метафорических образов, геометрических символов, формальных

образов, индивидуально-стимульных образов, персонифицированных образов, стандартных образов, повторяющихся образов, оригинальных образов, адекватных образов, неадекватных образов и ассоциаций по созвучию. Также подсчитывалось количество воспроизведенных по рисункам слов. Диапазон оценки по перечисленным показателям соответствовал количеству слов в методике «Пиктограммы» (от 0 до 16).

Для оценки результатов деятельности испытуемого в методике «Модифицированная методика определения понятий» использовались разработанные Холмогоровой А.Б. 4 показателя: 1) Продуктивность (точность определения, оцениваемая от 0 до 4 баллов; диапазон оценки — от 0 до 24 баллов); 2) Количество недостаточных определений (определения, не содержащие родового, видового или другого существенного признака); 3) Количество избыточных определений (определения, включающие более двух несущественных признаков); 4) Количество культурных меток (определения, в которых используются слова и выражения, тесно связанные с данным понятием в культурном контексте). Диапазон оценки по параметрам «Количество недостаточных определений», «Количество избыточных определений» и «Количество культурных меток» соответствовал количеству слов в методике (от 0 до 7).

Результаты

Анализ значимых различий

При сравнении основной и контрольной групп с помощью критерия Манна-Уитни статистически значимые различия были обнаружены по следующим показателям (Табл.1): 1) Продуктивность по методике «Опосредованное запоминание» ($p=0,005836$); 2) Дополнительные комментарии по методике «Опосредованное запоминание» ($p=0,000041$); 3) Количество конкретно-фотографических образов в методике «Пиктограммы» ($p=0,004169$); 4) Количество адекватных образов в методике «Пиктограммы» ($p=0,000309$); 5) Количество неадекватных образов в методике «Пиктограммы» ($p=0,000309$); 6) Продуктивность по методике «Модифицированная методика определения понятий» ($p=0,000035$); 7) Количество недостаточных определений в методике «Модифицированная методика определения понятий» ($p=0,002526$).

Сравнение средних результатов выполнения методик испытуемыми основной и контрольной групп

При сравнении значимо различающихся зависимых переменных в основной и контрольной группах с помощью дисперсионного анализа были получены следующие результаты: 1) Средняя продуктивность по методике «Опосредованное запоминание» (см. рис. 1) составляет 12,9 у контрольной группы и 10,25 у экспериментальной группы ($SD \pm 0,62$); 2) Среднее количество дополнительных комментариев и действий (Рис.1) составляет 7,7 у контрольной группы и 2 у экспериментальной

Таблица 1. Значимые различия между результатами выполнения методик испытуемыми основной и контрольной групп

Table 1. Significant differences between the results of the implementation of the methods by subjects of the main and control groups

	RankSum (контрольная группа)	RankSum (основная группа)	P-level
Продуктивность (Опосредованное запоминание)	511,0000	309,0000	0,005836
Комментарии/действия (Опосредованное запоминание)	560,5000	259,5000	0,000041
Фотографические образы (Пиктограммы)	340,0000	480,0000	0,004169
Адекватные образы (Пиктограммы)	537,5000	282,5000	0,000309
Неадекватные образы (Пиктограммы)	282,5000	537,5000	0,000309
Продуктивность (Определение понятий для другого)	562,5000	257,5000	0,000035
Недостаточные определения (определение понятий для другого)	300,0000	520,0000	0,002526

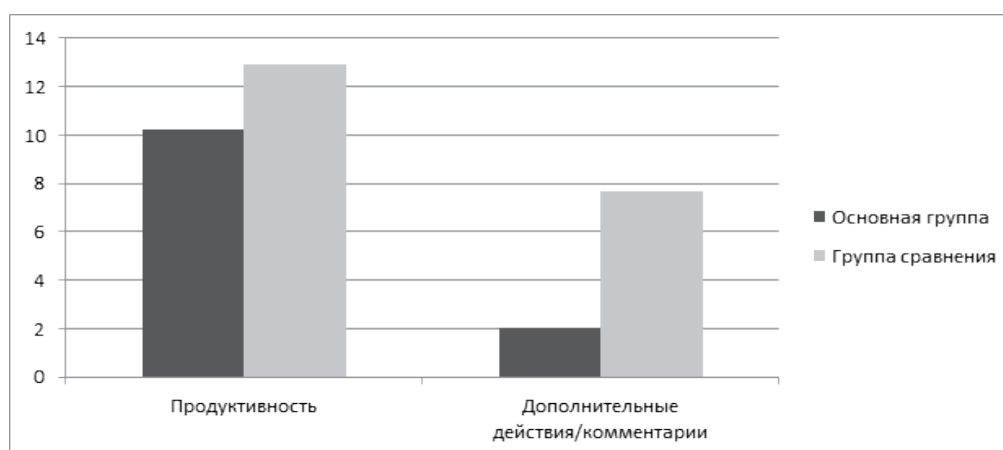


Рис. 1. Сравнение средних результатов методики «Опосредованное запоминание»

Fig. 1. Mean results comparison of the «Indirect memorization» method

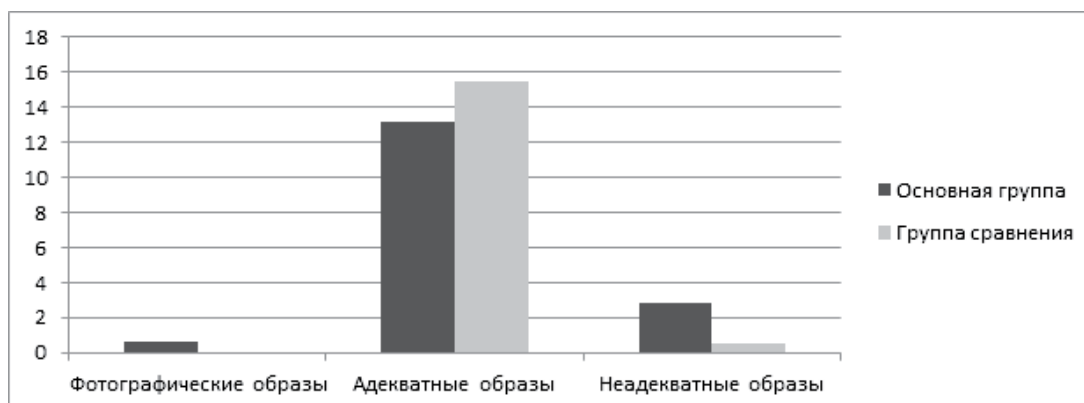


Рис. 2. Сравнение средних результатов методики «Пиктограммы»

Fig. 2. Mean results comparison of the «Pictographs» method

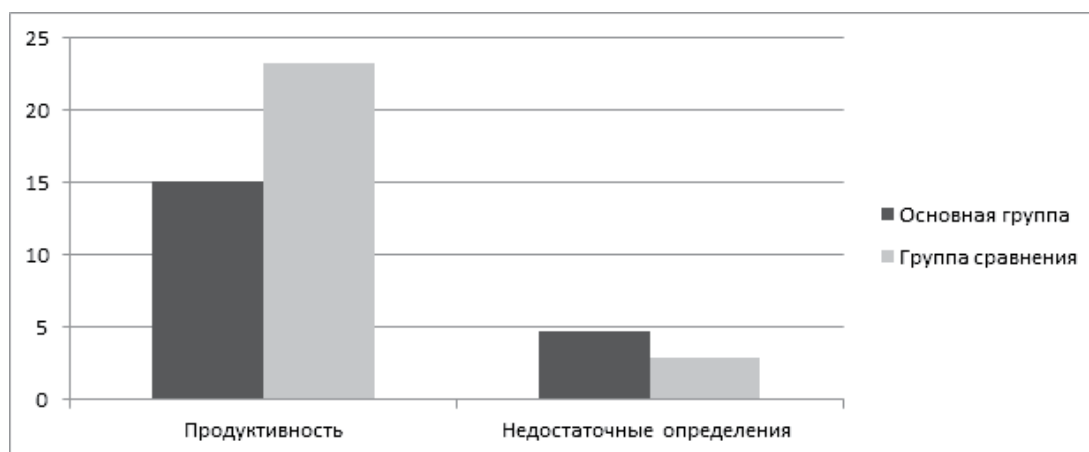


Рис. 3. Сравнение средних результатов методики «Модифицированная методика определения понятий»
Fig. 3. Mean results comparison of the «Modified method for defining concept» method

Таблица 2. Результаты регрессионного анализа данных контрольной группы, где фактором являлось наличие или отсутствие мотива социальной значимости в виде ДИ, а откликом — результаты методик
Table 2. Results of the regression analysis of the control group data, where the factor was the presence or absence of the motive of social significance, and the response was the results of the methods

	Multiple R	Multiple R ²	P-level
Повторяющиеся образы (Пиктограммы)	0,481900	0,232227	0,031429
Оригинальные образы (Пиктограммы)	0,560520	0,314183	0,010149

(SD±0,69); 3) Среднее количество конкретно-фотографических образов по методике «Пиктограммы» (см. рис. 2) составляет 0 у контрольной группы и 6 у экспериментальной группы (SD±0,19); 4) Среднее количество адекватных образов (Рис.2) составляет 15,5 у контрольной группы и 13,2 у экспериментальной группы (SD±0,47); 5) Среднее количество неадекватных образов (см. рис. 2) составляет 0,5 у контрольной группы и 2,8 у экспериментальной группы (SD±0,47); 6) Средняя продуктивность по методике «Модифицированная методика определения понятий» (см. рис. 3) составляла 23,25 у контрольной группы и 15,1 у экспериментальной (SD±1,25); 7) Среднее количество недостаточных определений по методике «Модифицированная методика определения понятий» (Рис.3) составляет 2,9 у контрольной группы и 4,5 у экспериментальной (SD±0,4).

Регрессионный анализ данных испытуемых, получивших ДИ и не получивших ДИ

По результатам регрессионного анализа данных основной группы, где фактором (фиктивной независимой переменной) являлось предъявление дополнительного социального мотива в виде ДИ, а откликом (зависимой переменной) — показатели методик, было выяснено, что имело место отсутствие детерминирующего влияния дополнительного социального мотива на результаты методик. По результатам регрессионного анализа данных контрольной группы (Табл.2), где фактором

(фиктивной независимой переменной) являлось предъявление мотива социальной значимости в виде ДИ, а откликом — показатели методик, было выяснено, что: 1) Предъявление мотива социальной значимости в 23% случаев детерминирует снижение количества повторяющихся образов в методике «Пиктограммы» с вероятностью статистической ошибки в 31 случае из 1000 ($R^2=0,23$; $p=0,031$); 2) Предъявление мотива социальной значимости в 31% случаев детерминирует повышение количества оригинальных образов в методике «Пиктограммы» с вероятностью статистической ошибки приблизительно в 10 случаях из 1000 ($R^2=0,31$; $p=0,01$). Дисперсионный анализ данных испытуемых контрольной группы, получивших ДИ и не получивших ДИ

По результатам дисперсионного анализа между подгруппами контрольной группы с ДИ и без ДИ (Рис.4) было обнаружено следующее: 1) В подгруппе с предъявляемым мотивом социальной значимости количество повторяющихся образов в методике «Пиктограммы» составляло 3,4, а в подгруппе без предъявляемого мотива социальной значимости количество повторяющихся образов составляло 5,5 (SD±0,64); 2) В подгруппе с предъявляемым мотивом социальной значимости количество оригинальных образов в методике «Пиктограммы» составляло 9,7, а в подгруппе без предъявляемого мотива социальной значимости количество оригинальных образов составляло 6,2 (SD±0,86).

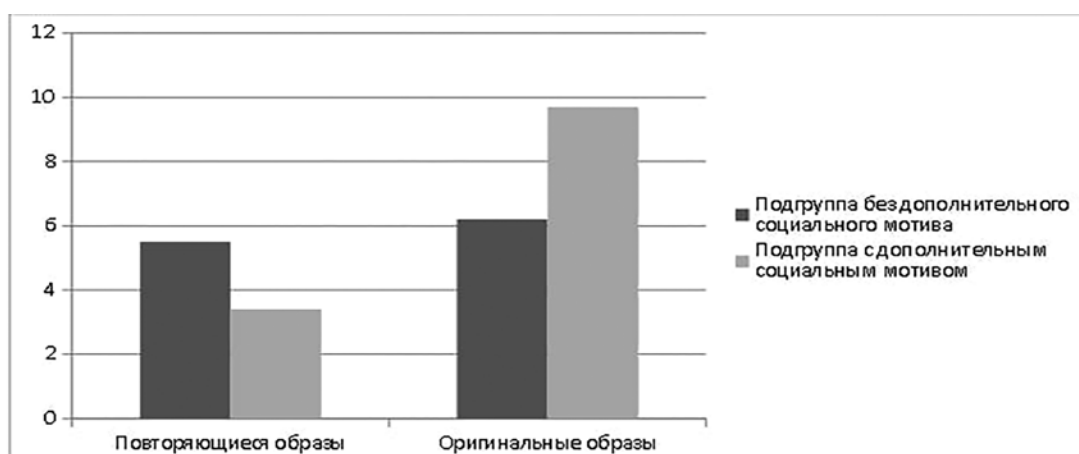


Рис. 4. Результаты сравнения средних результатов методик у испытуемых, получивших мотив социальной значимости и у испытуемых, не получивших мотив социальной значимости (контрольная группа)

Fig. 4. Results of comparison of mean results of methods in subjects who received the motive of social significance and in subjects who did not receive the motive of social significance (control group)

Обсуждение

По результатам регрессионного анализа, были получены статистически значимые данные о влиянии мотива социальной значимости на особенности знакового опосредования психически здоровых людей. Влияние социального мотива у психически здоровых испытуемых заключалось в повышении оригинальных образов в методике «Пиктограммы». При этом, оригинальные образы, создаваемые здоровыми испытуемыми, были адекватными — то есть значение создаваемого невербального знака приблизительно соответствовало значению запоминаемого слова. Снижение количества повторяющихся образов (таких образов, частота встречаемости которых составляет более 2, но менее 20 на 100 протоколов[10]) может быть объяснено повышением общей оригинальности (происходит процесс замещения повторяющихся образов оригинальными). Установленная закономерность вместе с высокой продуктивностью опосредованного воспроизведения запомненного материала свидетельствует о сохранности мотивационного компонента социального познания у здоровых испытуемых.

У больных шизофренией, в свою очередь, наблюдалось отсутствие влияния мотива социальной значимости на особенности знакового опосредования. Для объяснения данного явления можно предположить, что у больных шизофренией имеет место специфическое нарушение мотивационного компонента социального познания. Это нарушение выражается в том, что мотив социальной значимости не побуждает больного к деятельности и не наделяет деятельность больного смыслом. Наличие у больных шизофренией нарушений мотивационного компонента социального познания констатируется такими авторами как Рычкова О.В.[8], Холмогорова А.Б. и Минакова К.Ю.[12]. Также, существуют данные о том, что шизофренический дефект связан с социальной ангедонией

[16], которая по мнению Холмогоровой А.Б. является проявлением нарушения мотивационного компонента социального познания[12].

С другой стороны, отсутствие разницы между больными, которым предъявлялся и которым не предъявлялся мотив социальной значимости, может объясняться не специфическим нарушением мотивационного компонента социального познания, а общим (неспецифическим) мотивационным дефицитом. В пользу данного объяснения свидетельствуют исследования, констатирующие наличие амотивации у больных шизофренией и у больных с прочими расстройствами шизофренического спектра, что связывается с нарушением функционирования стриатума [13, 14, 21]. Нарушение функционирования стриатума у больных с расстройствами шизофренического спектра также подтверждается недавним метаанализом Wang X. et al.[19]. Таким образом, если принимать во внимание тот факт, что стриатум играет важную роль в функционировании мотивационной системы [18], то факт нарушений стриатума у больных шизофренией скорее свидетельствует о наличии неспецифического мотивационного дефицита у данной группы больных.

Таким образом, для установления причины отсутствия влияния мотива социальной значимости на деятельность больных шизофренией (либо специфическое нарушение мотивационного компонента социального познания, либо более широкое нарушение — неспецифический мотивационный дефицит) необходимо проведение исследования со сходным дизайном, но с предъявлением другого экспериментального мотива, не связанным напрямую с процессами социального познания (например, эгоцентрический мотив).

Также у больных шизофренией по сравнению со здоровыми испытуемыми можно было наблюдать сниженную продуктивность опосредованного запоминания в методике «Опосредованное за-

поминание» и большее количество неадекватных образов в методике «Пиктограммы», что подтверждает результаты классических патофизиологических исследований [3, 4, 5]. В дополнение к этому, при выполнении больными шизофренией методики «Опосредованное запоминание» наблюдалось меньшее количество дополнительных действий и комментариев по сравнению с контрольной группой — это обстоятельство может быть объяснено общим снижением активности психических функций в структуре шизофренического патофизиологического синдрома [3].

Ко всему прочему, было обнаружено, что некоторые больные шизофренией независимо от наличия или отсутствия мотива социальной значимости создавали конкретно-фотографические образы при выполнении «Пиктограмм». Данный факт можно объяснить тем, что ввиду наличия у больных шизофренией нарушений ассоциативного синтеза, снижающих продуктивность опосредованного запоминания [7], для ряда больных могут быть характерны третичные (компенсаторные) нарушения в виде предельной конкретизации невербальных знаков, облегчающей процесс припоминания. Данная интерпретация косвенно подтверждается также и тем, что конкретно-фотографические образы наблюдались у больных с более сохранной критикой к себе и своему состоянию, а у больных с более выраженным дефектом конкретно-фотографических образов не было. Тем не менее, факт наличия конкретно-фотографических образов у больных шизофренией не представлен в литературе, в связи с чем обозначенный вывод следует считать предварительным и для его верификации необходимо провести исследование со сходным дизайном, но на большей выборке.

Характерные для больных шизофренией особенности вербального знаково-символического опосредования при решении мыслительных задач с коммуникативной направленностью можно было наблюдать на результатах методики «Определение понятий для другого». Во-первых, у больных шизофренией по сравнению со здоровыми испытуемыми было выявлено снижение продуктивности (больные шизофренией давали менее понятные для социального другого определения). Во-вторых, у больных шизофренией в данной методике наблюдалось большее количество недостаточных определений. Полученные результаты свидетельствуют о нарушении рефлексивного компонента социального познания у больных шизофренией, который включает в себя способности к децентрации и произвольной регуляции процессов социального познания [9] и соотносятся с уже имеющимися данными о нарушении рефлексивного компонента социального познания у данной группы больных [9].

Дальнейшие перспективы исследования

Ранее мы указали, что введение мотива социальной значимости в экспериментальную ситуацию не модифицирует познавательные стратегии

больных шизофренией ввиду нарушения мотивационного компонента социального познания, что может быть связано как со специфическим нарушением мотивационного компонента социального познания, так и с общим (неспецифическим) мотивационным дефицитом. Для установления более вероятной причины отсутствия влияния мотива социальной значимости на деятельность больных шизофренией следует провести экспериментальное исследование со сходной программой, но другими предъявляемыми мотивами (эгоцентрический мотив, познавательный мотив, мотив экспертизы и другие). В случае, если предъявление других мотивов также не будет связано с модификацией познавательных стратегий у больных шизофренией, то более подходящей теоретической интерпретацией будет являться утверждение о том, что отсутствие реакции испытуемого на мотив социальной значимости напрямую связано с общим мотивационным дефицитом.

Однако, если в ответ на предъявление других мотивов у больных шизофренией будет наблюдаться модификация познавательных стратегий, то в таком случае более подходящим объяснением будет являться утверждение о том, что отсутствие реакции испытуемого на мотив социальной значимости скорее связано со специфическим нарушением мотивационного компонента социального познания, а не общим (неспецифическим) мотивационным дефицитом.

К тому же, некоторые полученные результаты (наличие конкретно-фотографических образов в пиктограммах у больных шизофренией, повышение оригинальности образов в пиктограммах в ответ на дополнительный социальный мотив у психически здоровых людей) ранее не описывались в литературе, ввиду чего необходимо проведение повторного исследования на большей выборке.

Заключение

По итогам проведенного исследования можно заключить, что мотив социальной значимости не оказывает статистически значимого влияния на знаковое опосредование у больных шизофренией, тогда как предъявление мотива социальной значимости психически здоровым испытуемым приводило к повышению оригинальности создаваемых образов в методике «Пиктограммы». Этот факт может быть объяснен как специфическим нарушением мотивационного компонента социального познания у больных шизофренией, так и общим (неспецифическим) мотивационным дефицитом. Исходя из этого, для установления более подходящего объяснения следует провести аналогичное экспериментальное исследование с предъявлением других мотивов, отличающихся по вербальному значению и не связанных напрямую с процессами социального познания.

Также при сравнении общих особенностей знакового опосредования у контрольной и экспериментальной групп были обнаружены данные,

свидетельствующие о нарушениях ассоциативного синтеза, опосредованной памяти и рефлексивно-го компонента социального познания у больных шизофренией, что не было связано с наличием или отсутствием мотива социальной значимости. Полученные данные соотносятся с уже имеющимися исследованиями шизофрении. Однако,

было обнаружено, что у больных шизофренией в «Пиктограммах» встречаются конкретно-фотографические образы, что может быть третичным (компенсаторным) нарушением — этот факт не был описан в литературе и поэтому требует дальнейшей проверки и подтверждения.

Литература / References

1. Выготский Л.С. Проблемы развития психики. Собр. соч.: В 6 т. М.: Педагогика. — 1983. Т.3. Vy'gotskij L.S. Problemy' razvitiya psixiki. Sobr. soch.: V 6 t. M.: Pedagogika. — 1983. T.3. (In Russ.).
2. Выготский Л.С. Мышление и речь. 2-е изд. М.: Национальное образование, 2019. Vy'gotskij L.S. Myshlenie i rech'. 2-e izd. M.: Nacional'noe obrazovanie, 2019. (In Russ.).
3. Загорная Е.В. Основы патопсихологии. 1-е изд. М.: Мир науки, 2018. Zagornaya E.V. Osnovy patopsihologii. 1-e izd. M.: Mir nauki, 2018. (In Russ.).
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. 2-е изд. М.: Издательство Московского университета, 1986. Zejgarnik B.V. Patopsihologiya. 2-e izd. M.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta, 1986. (In Russ.).
5. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. 1-е изд. М.: Издательство Московского университета, 1978. Kochenov M.M., Nikolaeva V.V. Motivaciya pri shizofrenii. 1-e izd. M.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta, 1978. (In Russ.).
6. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения, том 2. 1-е изд. М.: Педагогика, 1983. Leont'ev A.N. Izbrannye psihologicheskie proizvedeniya, tom 2. 1-e izd. M.: Pedagogika, 1983. (In Russ.).
7. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. Серия «Мир психологии». М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. Rubinshtejn S.Ya. Eksperimental'nye metodiki patopsihologii. Seriya «Mir psihologii». M.: ZAO Izd-vo EKSMO-Press, 1999. (In Russ.).
8. Рычкова О.В. Нарушения социального интеллекта при шизофрении. Дисс.... докт. псих. н., М. 2013. Rychkova O.V. Narusheniya social'nogo intellekta pri shizofrenii. Diss.... dokt. pskh. n., M. 2013. (In Russ.).
9. Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. Основные теоретические подходы к исследованию нарушений социального познания при шизофрении: современный статус и перспективы развития. Консультативная психология и психотерапия. 2014;22(4):30-43. Rychkova OV, Kholmogorova AB. The main theoretical approaches to the study of disorders of social cognition in schizophrenia: current status and prospects of development. Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya. 2014;22(4):30-43 (In Russ.).
10. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. 3-е изд. СПб.: Речь, 2003. Hersonskij B.G. Metod piktogramm v psihodiagnostike. 3-e izd. SPb.: Rech', 2003. (In Russ.).
11. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания. Новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении. 1-е изд. М.: Издательство «ФОРУМ», 2015. Kholmogorova A.B., Rychkova O.V. Narusheniya social'nogo poznaniya. Novaya paradigma v issledovaniyah central'nogo psihologicheskogo deficit pri shizofrenii. 1-e izd. M.: Izdatel'stvo «FORUM», 2015. (In Russ.).
12. Холмогорова А.Б., Минакова К.Ю. Социальное познание, социальная ангедония, и депрессивная симптоматика у больных шизофренией: существует ли связь? Психическое здоровье. 2014;3:24-35. Kholmogorova AB, Minakova KYu. Social cognition, social anhedonia, and depressive symptomatology in schizophrenic patients: is there a link? Psihicheskoe zdorov'e. 2014;3:24-35. (In Russ.).
13. Caravaggio F et al. Amotivation is associated with smaller ventral striatum volumes in older patients with schizophrenia. International journal of geriatric psychiatry. 2018;33(3):523-530.
14. Chung YS, Barch DM. Frontal-striatum dysfunction during reward processing: Relationships to amotivation in schizophrenia. Journal of abnormal psychology. 2016;125(3):453.
15. Javed A, Charles A. The importance of social cognition in improving functional outcomes in schizophrenia. Frontiers in psychiatry. 2018(9):157.
16. Ritsner MS et al. The characterization of social anhedonia and its correlates in schizophrenia and schizoaffective patients. Psychiatry research. 2018;270:922-928.
17. Savla GN et al. Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: a meta-analysis of the empirical evidence. Schizophrenia bulletin. 2013;39(5):979-992.
18. Shohamy D. Learning and motivation in the human striatum. Current opinion in neurobiology. 2011;21(3):408-414.
19. Wang X et al. Revisiting reward impairments in schizophrenia spectrum disorders: A systematic re-

- view and meta-analysis for neuroimaging findings. *Psychological Medicine*. 2023;53(15):7189-7202.
20. Weinreb S, Li F, Kurtz MM. A meta-analysis of social cognitive deficits in schizophrenia: Does world region matter? *Schizophrenia Research*. 2022;243:206-213.
21. Wolf DH et al. Amotivation in schizophrenia: integrated assessment with behavioral, clinical, and imaging measures. *Schizophrenia bulletin*. 2014;40(6):1328-1337.

Сведения об авторах

Соболев Иван Владимирович — студент 5 курса факультета клинической психологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Минздрава России, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2. E-mail: spb@gpmu.org

Тагильцева Алла Викторовна — кандидат психологических наук, медицинский психолог высшей квалификационной категории, психолог отделения психиатрического дневного стационара СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер №3», 197198, СПб, Татарский пер., 16. E-mail: pndptg@zdrav.spb.ru

Поступила 07.08.2024

Received 07.08.2024

Принята в печать 27.03.2025

Accepted 27.03.2025

Дата публикации 27.06.2025

Date of publication 27.06.2025

Заболеваемость детского населения психическими расстройствами и расстройствами поведения в Российской Федерации в 2018 и 2022 годах

Фрейзе В.В., Анохина М.В., Малышко Л.В., Гончаренко А.Ю., Семенова Н.В.
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Оригинальная статья

Резюме. В последние годы наблюдаются значительные негативные изменения здоровья и, как следствие, рост медико-социальных проблем среди населения детского и подросткового возраста. Одним из факторов, оказывающих негативное влияние на указанные процессы, является наличие психических расстройств, которые могут быть обусловлены различными причинами, в том числе, биологическими, включающими метаболические нарушения. В статье представлены результаты сравнительного анализа показателей общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения детей и подростков в Российской Федерации в целом за 2018 г. и 2022 г., полученных из соответствующих форм федерального статистического наблюдения № 10 “Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)”. В анализ были включены данные о численности детского и подросткового населения в РФ в 2018 г. и 2022 г., полученные из отчетных форм федеральной службы государственной статистики.

Представленные результаты позволяют оценить динамику распространенности психических расстройств в группах детей и подростков, что может способствовать совершенствованию программ и мер по их профилактике и лечению, а также определить потребности в медицинской помощи несовершеннолетних в РФ и идентифицировать факторы, которые увеличивают риск развития определенных заболеваний.

Ключевые слова: детская заболеваемость, психические расстройства, умственная отсталость, метаболические нарушения.

Информация об авторах:

Фрейзе Виктория Васильевна — e-mail: v.freize@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1677-0694>

Анохина Мария Валерьевна* — e-mail: anokhinabekhterev@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0003-8707-0940>;

Малышко Лариса Владимировна — e-mail: lora5497@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5470-4359>

Гончаренко Андрей Юрьевич — e-mail: goncharenko7@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5208-4099>

Семенова Наталия Владимировна — e-mail: nvs@bekhterev.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2798-8800>

Как цитировать: Фрейзе В.В., Анохина М.В., Малышко Л.В., Гончаренко А.Ю., Семенова Н.В. Заболеваемость детского населения психическими расстройствами и расстройствами поведения в Российской Федерации в 2018 и 2022 годах. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:2:100-113. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-986>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

Исследование выполнено в рамках государственного задания ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева» Минздрава России 2024–2026 гг. (XSOZ 2024 0012)



Morbidity of the child population with mental disorders and behavioral disorders in the Russian Federation in 2018 and 2022

Viktoria V. Freize, Maria V. Anokhina, Larisa V. Malyshko, Andrey Yu. Goncharenko, Natalia V. Semenova
V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology,
St. Petersburg, Russia

Research article

Summary. In recent years, there have been significant negative changes in health and, as a consequence, an increase in medical and social problems among the population of children and adolescents. One of the factors that have a negative impact on these processes is the presence of mental disorders, which can be caused by various reasons, including biological ones, including metabolic disorders. The article presents the results of a comparative analysis of the indicators of general and primary morbidity of mental disorders and behavioral disorders in children and adolescents in the Russian Federation as a whole for 2018 and 2022, obtained from the relevant forms of federal statistical observation No. 10 "Information on diseases with mental disorders and behavioral disorders (except for diseases related to substance use)". The analysis included data on the number of child and adolescent population in the Russian Federation in 2018 and 2022, obtained from the reporting forms of the federal state statistics service.

The presented results make it possible to assess the dynamics of the prevalence of mental disorders in groups of children and adolescents, which can contribute to the improvement of programs and measures for their prevention and treatment, as well as to determine the needs for medical care of minors in the Russian Federation and identify factors that increase the risk of developing certain diseases.

Keywords: childhood morbidity, mental disorders, intellectual disability, metabolic disorders.

Information about the authors:

Viktoria V. Freize — e-mail: v.freize@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1677-0694>

Maria V. Anokhina* — e-mail: anokhinabekhterev@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0003-8707-0940>

Larisa V. Malyshko — e-mail: lora5497@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5470-4359>

Andrey Yu. Goncharenko — e-mail: goncharenko7@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5208-4099>;

Natalia V. Semenova — e-mail: nvs@bekhterev.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2798-8800>

To cite this article: Freize VV, Anokhina MV, Malyshko LV, Goncharenko AY, Semenova NV. Morbidity of the child population with mental disorders and behavioral disorders in the Russian Federation in 2018 and 2022. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:2:100-113. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-986>. (In Russ.)

Конфликт интересов: the authors declare no conflicts of interest.

The research is supported by State assignment of Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology of Russian Ministry of Health 2024-2026 (XSOZ 2024 0012)

Охрана психического здоровья детей и подростков, вносящего значимый вклад в здоровье нации в будущем, а также обеспечивающего и поддерживающего устойчивое развитие общества, является важнейшей задачей государства, общества и врачей-психиатров. [24,29,34]

В последние годы в разных детских популяциях наблюдается высокая распространенность морфофункциональных расстройств, хронических заболеваний, нарушений физического и психического развития [5].

В мире около 14% лиц в возрасте от 10 до 19 лет страдают психическими расстройствами, однако, эти проблемы часто не диагностируются и остаются без должного вмешательства [21]. По данным официальной статистики, в России насчитывается около одного миллиона детей и подростков, страдающих психическими и наркологическими заболеваниями, что составляет 2,5–3,5 % детского и подросткового населения [1]. Современное состояние психического здоровья дет-

ского населения характеризуется выраженным ухудшением. В детско-подростковой среде значительно увеличилось число суицидов, проявлений агрессии и вандализма, асоциальных, в том числе, криминальных форм поведения, употребления психоактивных веществ, наблюдается рост инвалидности, ухудшение адаптации в образовательных учреждениях, значительное снижение возможности выбора профессии, а также уровня годности юношей к военной службе [18]. По данным Всемирной организации здравоохранения, на проблемы психического здоровья приходится более 15% бремени болезней и травм среди подростков, при этом депрессия является четвертой по значимости причиной заболеваний, а 20% подростков демонстрируют тот или иной уровень депрессивной симптоматики или тревоги [36].

Психические расстройства и расстройства поведения у детей и подростков могут быть обусловлены различными причинами, в ряде случаев они имеют биохимическую основу. К примеру, при фенилкетонурии, без соответствующей диеты

и лечения, фенилаланин накапливается в организме, что способствует развитию умственной отсталости [31]. Проведение скрининга новорожденных может позволить выявить нарушения на ранних этапах, назначить диету и необходимую терапию для снижения проявлений клинической картины заболевания [27]. Галактоземия, в свою очередь, также может привести к умственной отсталости, если не проводить лечение с раннего возраста [25]. В последние годы появляются публикации, свидетельствующие о росте частоты встречаемости психических расстройств у детей в дебюте болезни Вильсона-Коновалова (БВК) (гепатолентикулярная дегенерация). Около 20% пациентов обращались к психиатру до постановки диагноза БВК [26].

В федеральном регистре орфанных заболеваний России в 2014 и 2015 гг. было зарегистрировано 572 и 602 пациента, что составило 0,39 и 0,41 на 100000 населения соответственно (из них детей 16,9%) [10]. При этом реальная распространенность заболевания в популяции, предполагается более высокой. Появляется все больше свидетельств того, что БВК в течение многих лет может проявляться только психическими симптомами, при этом поражение печени и неврологические нарушения становятся клинически значимыми только спустя годы [3, 33].

При вышеописанных заболеваниях возможно раннее проявление психиатрической и неврологической симптоматики возрасте до 10 лет, выражающейся в поведенческих нарушениях, отставании в учебе, проблемах при выполнении заданий, требующих сочетанной координации работы рук и глаз, ухудшении мелкой моторики и изменении почерка. Такие дети зачастую расцениваются в рамках психиатрической патологии — нарушений психологического развития, умственной отсталости или расстройств аутистического спектра [23].

Также в литературе активно представляются сведения (исследования), касающихся значимой связи ожирения и психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Показано, что помимо психологической и поведенческой связи, аффективные расстройства также имеют общий биологический профиль с увеличением веса [28]. В дополнении к биологическим факторам риска развития психических расстройств помимо метаболического синдрома относят сахарный диабет 2 типа, гипертонию, дислипидемию, нарушение сна и ортопедические проблемы [32].

Изучение распространенности и инцидентности психических расстройств в детско-подростковой популяции имеет важное значение для совершенствования системы оказания психиатрической помощи, а также для прогнозирования состояния психического здоровья населения в целом [4, 19].

Известно, что на показатели статистических форм отчетности первичной и общей заболеваемости оказывает влияние комплекс факторов: биологических, психологических, социальных [7,9,20].

Специфика организации психиатрической помощи в условиях городской и сельской местности

характеризуется тем, что увеличение числа специалистов в данной области приводит к повышению выявляемости психических расстройств, что, в свою очередь, способствует росту показателей распространенности психических заболеваний как в крупных городах, так и в сельской местности. Помимо этого, на трансформацию диагностических подходов может оказывать влияние, например, появление новых научных достижений, клинических рекомендаций, руководств и учебных пособий. [8, 11]

За последние 15 лет в Российской Федерации были проведены эпидемиологические исследования заболеваемости психическими расстройствами среди детского населения, однако эти исследования, в подавляющем большинстве, были сосредоточены на небольшом количестве конкретных субъектов и включали данные ограниченных периодов времени, несопоставимых между собой с применением различных критериев анализа данных, что не позволяет в должной мере составить целостное и обоснованное представление о структуре и динамике заболеваемости психическими расстройствами среди детского населения в РФ и федеральных округах в целом [2, 6, 12, 13, 14, 16, 22].

На основании выездных мероприятий ФГБУ НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева в курируемые субъекты и анализа деятельности региональных психиатрических служб выявлен недостаток актуальных эпидемиологических данных о распространенности и заболеваемости психическими расстройствами среди детского и подросткового населения как в целом, так и по отдельным нозологическим группам.

В дополнении к вышесказанному важно отметить, что публикуемые данные весьма разноречивы в связи с тем, что на показатели распространенности психических заболеваний оказывают влияние организационная структура психиатрической помощи и выявляемость различных категорий больных. [17]. Поскольку большинство представленных в литературе исследований ограничено посвящены анализу заболеваемости психическими расстройствами среди детского населения на уровне субъекта, в котором проводится анализ данных, крайне актуальным представляется проведение крупных эпидемиологических исследований и аналитических обзоров материалов официальной статистики всех территорий Российской Федерации с целью получения полного представления о региональных и территориальных особенностях распределения психической патологии.

Изложенное выше определило **цель** настоящей работы — изучить динамику показателей первичной и общей заболеваемости и проанализировать их структуру за 2018-2022 год по группам среди подростков, провести сравнительный анализ показателей первичной и общей заболеваемости и проанализировать структуру общей и первичной заболеваемости по группам психических расстройств (ПР) и расстройств поведения (кроме

заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ) среди детей (0—14 лет), подростков (15—17 лет), проживавших в Российской Федерации (РФ).

Материалы и методы

Исследование является одномоментным обсервационным. Проведен сравнительный анализ первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения. Исходя из форм федерального статистического наблюдения в качестве основных анализируемых групп психических расстройств представлены так называемые «крупные группы» — «психозы и слабоумие», «непсихотические расстройства» и «умственная отсталость». Результаты получены на анализе данных из форм федерального статистического наблюдения № 10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)» по Российской Федерации (РФ) в целом за 2018 г. и 2022 г. Данные о численности населения были получены из отчетных форм федеральной службы государственной статистики: среднегодовая численность населения по полу и возрасту за 2018 год (пересчет от итогов ВПН-2020) и численность населения по полу и возрасту на 1 января 2022 года (пересчет от итогов ВПН-2020). Проводилось сравнение частот всех случаев психических расстройств среди детей и подростков в Российской Федерации за 2018 и 2022 годы в категориях детей до 14 лет и подростков 15-17 лет.

Исходные данные:

- средняя за год численность населения РФ по двум категориям, дети до 14 лет и подростки 15-17 лет,
- общее число заболевших за год в каждой категории и число заболевших по отдельным учетным формам психических расстройств.

Вычислялась частота случаев на 100 000 населения за сравниваемые годы с 95-процентными доверительными интервалами по методу Уилсона.

Сравнивались доверительные интервалы частоты заболевания за 2018 и 2022 годы. В случае пересечения интервалов делался вывод об отсутствии статистически значимой динамики, если интервалы не пересекались, то следовал вывод о наличии статистически значимой динамики.

Результаты

Заболеваемость различными формами психических расстройств и расстройств поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ) у детей.

В ходе анализа показателей распространенности различными формами психических расстройств у детей РФ в 2018 г. (2686,05 на 100 тыс.) и 2022 г. (2696,67 на 100 тыс.) достоверных изменений не выявлено. При этом нами были определены существенные изменения в её структуре (Рис.1).

Перераспределение вклада различных нозологических форм в общую заболеваемость произошло как за счет роста группы психозов и состояний слабоумия (с 6,0% до 9,3%), так и снижения психических расстройств непсихотического характера (с 69,2% до 67,5%) и умственной отсталости (с 17,2% до 15,7%).

Изучив динамику показателей общей заболеваемости учетными формами психозов и состояний слабоумия среди детей от 0 до 14 лет в РФ, нами было достоверно определено, что изменение ее структуры вызвал значительный рост (на 76,1%) диагностики аутизма (детского, атипичного и др.) с 110,56 до 194,72 на 100 тыс. (Табл.1)

Снижение частоты психических расстройств непсихотического характера среди детей (с 1859,96 до 1821,47 на 100 тыс.) определялось в значительной степени отрицательной динамикой показателей распространенности невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами с 87,15 до 66,68 на 100 тыс., а также другими непсихотическими расстройствами, поведенческими расстройствами детского и подросткового возраста (в основном из групп F5, F8 и F9) с 1245,73 до 1210,97 на 100 тыс. (Табл.2).

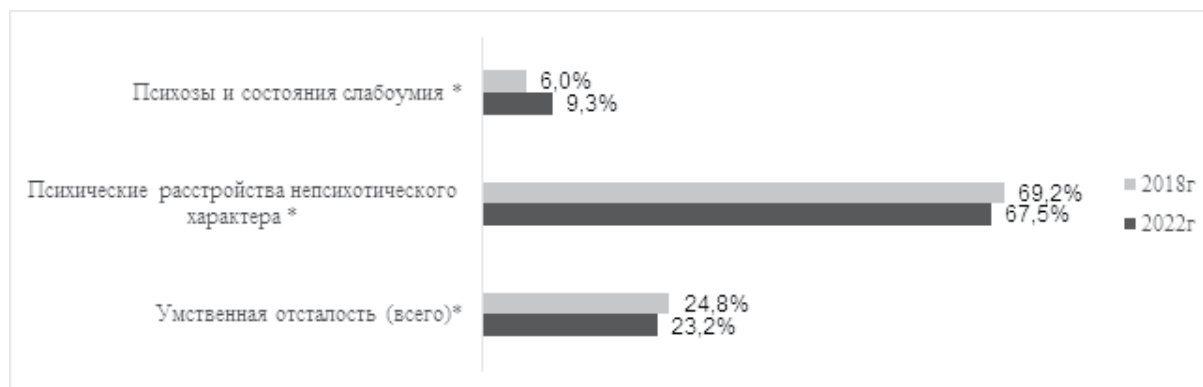


Рис. 1. Структура общей заболеваемости психическими расстройствами среди детей РФ в 2018 и 2022 годах
Fig. 1. Structure of overall incidence of mental disorders among children in the Russian Federation in 2018 and 2022.

Таблица 1. Динамика показателей общей заболеваемости учетными формами психозов и состояний слабоумия среди детей от 0 до 14 лет в РФ
Table 1. Dynamics of overall incidence rates of recorded forms of psychoses and dementia among children aged 0 to 14 in the Russian Federation

Форма	Частота на 100 тыс.		Прирост/ убыль	CI95% по Уилсону
	2018г	2022г		
Психозы и состояния слабоумия (всего)	160,87	250,65	55,8%	$p \leq 0.05$
в т.ч.: органические	23,40	24,32	3,9%	-
психозы вследствие эпилепсии	5,46	3,85	-29,4%	$p \leq 0.05$
шизофрения	14,37	12,42	-13,6%	$p \leq 0.05$
шизотипические расстройства	4,34	5,79	33,3%	$p \leq 0.05$
шизоаффективные психозы, аффективные психозы	0,55	0,87	58,1%	$p \leq 0.05$
острые и переходящие неорганические психозы	0,62	0,94	51,6%	$p \leq 0.05$
хронические неорганические психозы, детские психозы,	117,36	205,87	75,4%	$p \leq 0.05$
из них: аутизм (детский, атипичный и др.)	110,56	194,72	76,1%	$p \leq 0.05$
аффективные психозы	0,23	0,45	95,5%	$p \leq 0.05$
из них: биполярные расстройства	0,01	0,04	234,2%	-

Таблица 2. Динамика показателей общей заболеваемости учетными формами психическими расстройствами непсихотического характера и умственной отсталости среди детей от 0 до 14 лет в РФ
Table 2. Dynamics of overall incidence rates of recorded forms of non-psychotic mental disorders and intellectual disability among children aged 0 to 14 in the Russian Federation

Форма	Частота на 100 тыс.		Прирост/ убыль	CI95% по Уилсону
	2018г	2022г		
Психические расстройства непсихотического характера (всего)	1859,96	1821,47	-2,1%	$p \leq 0.05$
в т.ч. органические непсихотические расстройства	522,17	537,19	2,9%	$p \leq 0.05$
из них обусловленные эпилепсией	19,72	15,79	-19,9%	$p \leq 0.05$
аффективные непсихотические расстройства	3,75	5,89	57,2%	$p \leq 0.05$
из них: биполярные расстройства	0,07	0,14	118,2%	-
невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	87,15	66,68	-23,5%	$p \leq 0.05$
другие непсихотические расстройства, поведенческие расстройства детского и подросткового возраста	1245,73	1210,97	-2,8%	$p \leq 0.05$
из них: синдром Аспергера	1,96	2,51	27,7%	$p \leq 0.05$
расстройства зрелой личности и поведения	1,17	0,75	-35,9%	$p \leq 0.05$
Умственная отсталость (всего)	665,22	624,56	-6,1%	$p \leq 0.05$
лёгкая умственная отсталость	461,82	423,66	-8,3%	$p \leq 0.05$

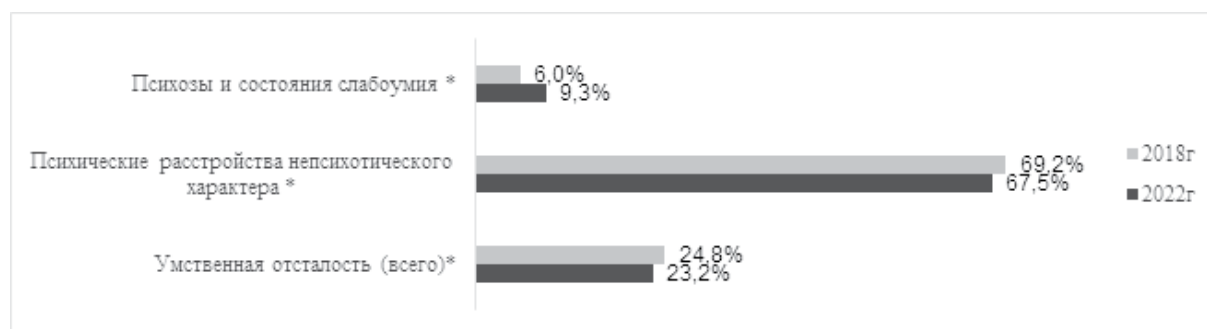


Рис. 2. Структура первичной заболеваемости психическими расстройствами среди детей РФ в 2018 и 2022 годах
Fig. 2. Structure of primary (new) incidence of mental disorders among children in the Russian Federation in 2018 and 2022

Динамика показателей частоты умственной отсталости среди детей также была отрицательной с 665,22 до 624,56 на 100 тыс. в основном за счет снижения распространенности ее легких форм с 461,82 до 423,66 на 100 тыс.

Инцидентность психических расстройств среди детей РФ с 2008 по 2022 год значимо возросла на 4,0% (с 507,97 до 528,29 на 100 тыс.). При рассмотрении её структуры констатируются тенденции, характерные и для показателей общей заболеваемости (Рис.1и 2).

Перераспределение вклада различных нозологических форм в первичную заболеваемость произошло за счет роста группы психозов и состояний слабоумия (с 4,4% до 6,7%), а также снижения доли психических расстройств непсихотического характера (с 79,6% до 79,8%) и умственной отсталости (с 15,9% до 14,3%).

Изучив динамику показателей первичной заболеваемости учетными формами психозов и состояний слабоумия среди детей от 0 до 14 лет в

РФ, нами было достоверно определено, что изменение ее структуры вызвал значительный рост (на 77,3%) частоты аутизма (детского, атипичного и др.) с 15,66 до 27,76 на 100 тыс. (Табл.3).

Динамика показателей первичной заболеваемости психических расстройств непсихотического характера среди детей (с 404,44 до 416,99 на 100 тыс.) определялась в значительной степени ростом инцидентности органических непсихотических расстройств с 96,75 до 104,45 на 100 тысяч и других непсихотических расстройств, поведенческих расстройств детского и подросткового возраста (в основном из групп F5, F8 и F9) с 285,60 до 294,07 на 100 тысяч (Табл.4).

Следует отметить достоверное снижение частоты диагностики (-21,3%) невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств среди детей с 20,52 до 16,16 на 100 тыс.

Динамика показателей инцидентности умственной отсталости среди детей так же, как и для общей заболеваемости (Табл.2), характеризу-

Таблица 3. Динамика показателей первичной заболеваемости учетными формами психозов и состояний слабоумия среди детей от 0 до 14 лет в РФ
Table 3. Dynamics of primary (new) incidence rates of recorded forms of psychoses and dementia among children aged 0 to 14 in the Russian Federation

Форма	Частота на 100 тыс.		Прирост/убыль	CI95% по Уилсону
	2018г	2022г		
Психозы и состояния слабоумия (всего)	22,53	35,52	57,7%	p≤0.05
в т.ч.: органические	2,80	2,56	-8,3%	-
психозы вследствие эпилепсии	0,45	0,23	-48,1%	p≤0.05
шизофрения	1,63	1,56	-4,0%	-
шизотипические расстройства	0,95	1,34	40,8%	p≤0.05
шизоаффективные психозы, аффективные психозы	0,16	0,14	-12,0%	-
острые и преходящие неорганические психозы	0,22	0,32	41,7%	-
хронические неорганические психозы, детские психозы,	16,70	29,43	76,3%	p≤0.05
из них: аутизм (детский, атипичный и др.)	15,66	27,76	77,3%	p≤0.05
аффективные психозы	0,07	0,16	133,9%	p≤0.05

Таблица 4. Динамика показателей первичной заболеваемости учетными формами психических расстройств непсихотического характера и умственной отсталости среди детей от 0 до 14 лет в РФ
Table 4. Dynamics of primary (new) incidence rates of recorded forms of non-psychotic mental disorders and intellectual disability among children aged 0 to 14 in the Russian Federation

Форма	Частота на 100 тыс.		Прирост/убыль	CI95% по Уилсону
	2018г	2022г		
Психические расстройства непсихотического характера (всего)	404,44	416,99	3,1%	$p \leq 0.05$
в т.ч. органические непсихотические расстройства	96,75	104,45	8,0%	$p \leq 0.05$
из них обусловленные эпилепсией	2,13	1,61	-24,6%	$p \leq 0.05$
аффективные непсихотические расстройства	1,31	2,12	62,5%	$p \leq 0.05$
из них: биполярные расстройства	0,04	0,03	-36,2%	-
невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	20,52	16,16	-21,3%	$p \leq 0.05$
другие непсихотические расстройства, поведенческие расстройства детского и подросткового возраста	285,60	294,07	3,0%	$p \leq 0.05$
из них: синдром Аспергера	0,33	0,41	23,6%	-
расстройства зрелой личности и поведения	0,26	0,19	-29,2%	-
Умственная отсталость (всего)	81,00	75,78	-6,4%	$p \leq 0.05$
в т.ч. лёгкая умственная отсталость	58,50	55,77	-4,7%	$p \leq 0.05$

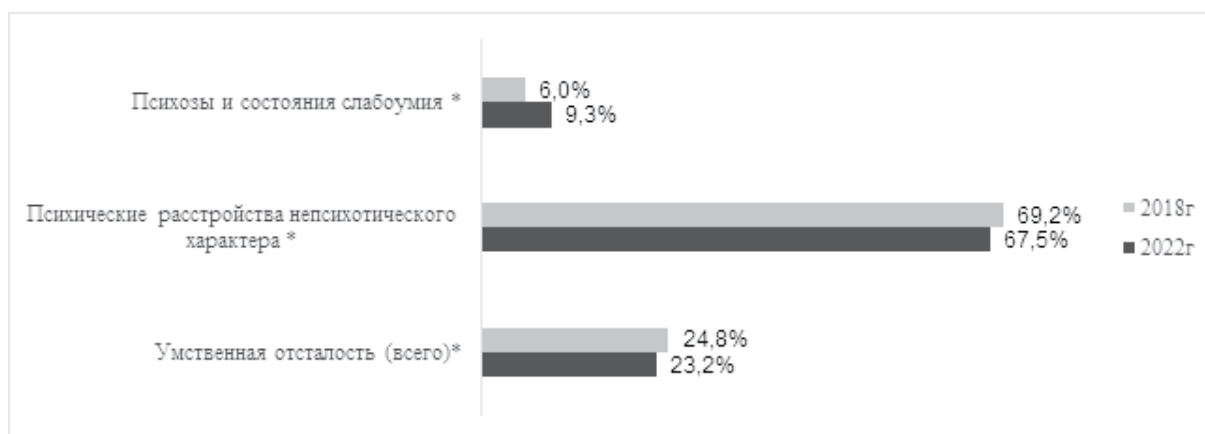


Рис. 3. Структура общей заболеваемости психическими расстройствами среди подростков РФ в 2018 и 2022 годах
Fig. 3. Structure of overall incidence of mental disorders among adolescents in the Russian Federation in 2018 and 2022

валась снижением частоты с 81,00 до 75,78 на 100 тыс., в основном, за счет снижения диагностики ее легких форм с 58,50 до 55,77 на 100 тыс.

Заболеваемость различными формами психических расстройств и расстройств поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ) у подростков.

В ходе анализа показателей распространенности различными формами психических расстройств у подростков РФ в 2018 г. (4552,73 на 100 тыс.) и 2022 г. (4878,92 на 100 тыс.) был выявлен статистически достоверный прирост показателя на 7,2%, также нами были определены существенные изменения в её структуре (Рис.3).

Перераспределение вклада различных нозологических форм в общую заболеваемость подростков произошло за счет роста в группах психических расстройств непсихотического характера (с 56,1 % до 58,0 %), психозов и состояний слабоумия (с 5,7 % до 7,4 %) и снижения показателя заболеваемости умственной отсталостью (с 38,1 % до 34,6 %).

Изучив динамику показателей общей заболеваемости учетными формами психозов и состояний слабоумия среди подростков от 15 до 17 лет в РФ, нами было достоверно определено, что заболеваемость психозами и состояниями слабоумия увеличилась на 37,6% с 261,37 до 359,62 случаев на

Таблица 5. Динамика показателей общей заболеваемости учетными формами психозов и состояний слабоумия среди подростков в РФ
Table 5. Dynamics of overall incidence rates of recorded forms of psychoses and dementia among adolescents in the Russian Federation

Форма	Частота на 100 тыс.		Прирост/ убыль	CI95% по Уилсону
	2018г	2022г		
Психозы и состояния слабоумия (всего)	261,37	359,62	37,6%	p<0,05
в т.ч.: органические	70,28	62,07	-11,7%	p<0,05
психозы вследствие эпилепсии	17,86	11,21	-37,2%	p<0,05
шизофрения	75,51	76,28	1,0%	
шизотипические расстройства	32,89	52,06	58,3%	p<0,05
шизоаффективные психозы, аффективные психозы	4,84	6,98	44,2%	p<0,05
острые и преходящие неорганические психозы	8,31	11,08	33,3%	p<0,05
хронические неорганические психозы, детские психозы,	65,94	144,07	118,5%	p<0,05
из них: аутизм (детский, атипичный и др.)	55,29	130,68	136,4%	p<0,05
аффективные психозы	3,60	7,07	96,3%	p<0,05
из них: биполярные расстройства	0,67	0,58	-13,1%	-

Таблица 6. Динамика показателей общей заболеваемости учетными формами психическими расстройствами непсихотического характера и умственной отсталости среди подростков в РФ
Table 6. Dynamics of overall incidence rates of recorded forms of non-psychotic mental disorders and intellectual disability among adolescents in the Russian Federation

Форма	Частота на 100 тыс.		Прирост/ убыль	CI95% по Уилсону
	2018г	2022г		
Психические расстройства непсихотического характера (всего)	2555,21	2830,40	10,8%	p<0,05
в т.ч. органические непсихотические расстройства	1136,15	1219,35	7,3%	p<0,05
из них обусловленные эпилепсией	49,41	41,23	-16,6%	p<0,05
аффективные непсихотические расстройства	36,45	75,48	107,1%	p<0,05
из них: биполярные расстройства	1,77	3,54	100,1%	p<0,05
невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	239,64	323,79	35,1%	p<0,05
другие непсихотические расстройства, поведенческие расстройства детского и подросткового возраста	1118,84	1186,99	6,1%	p<0,05
из них: синдром Аспергера	3,33	4,94	48,4%	p<0,05
расстройства зрелой личности и поведения	24,14	24,80	2,7%	-
Умственная отсталость (всего)	1736,14	1688,90	-2,7%	p<0,05
лёгкая умственная отсталость	1237,48	1184,52	-4,3%	p<0,05

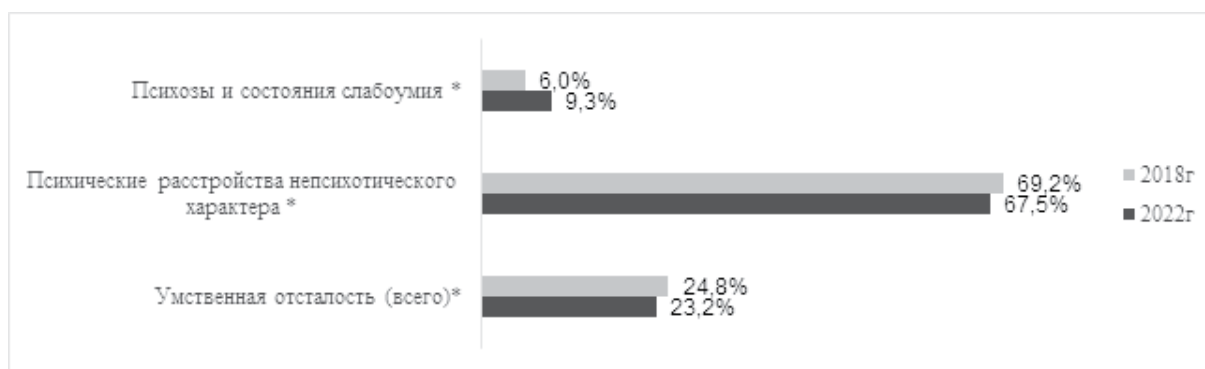


Рис. 4 Структура первичной заболеваемости психическими расстройствами среди подростков РФ в 2018 и 2022 годах

Fig. 4. Structure of primary (new) incidence of mental disorders among adolescents in the Russian Federation in 2018 and 2022

100 тыс. Наиболее значимый вклад в изменение внутренней структуры в данной группе внес прирост показателя диагностики аутизма (детского, атипичного и др.) (на 136,4%) с 55,29 до 130,68 на 100 тыс., также весомым является прирост в группе шизотипических расстройств на 58,3% с 32,89 до 52,06 на 100 тыс. (Табл. 5).

Увеличение частоты психических расстройств непсихотического характера среди подростков на 10,8% (с 2555,21 до 2830,40 на 100 тыс.) определялось в значительной степени приростом показателей заболеваемости невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами с 239,64 до 323,79 на 100 тыс., органическими непсихотическими расстройствами с 1136,15 до 1219,35 на 100 тыс., другими непсихотическими расстройствами, поведенческими расстройствами детского и подросткового возраста (в основном из групп F5, F8 и F9) с 1118,84 до 1186,99 на 100 тыс., а также аффективными непсихотическими расстройствами с 36,45 до 75,48 на 100 тыс., (Табл.6).

Динамика показателей частоты умственной отсталости среди подростков, напротив, была отрицательной — снижение с 1736,14 до 1688,90 на 100 тыс., в основном, за счет снижения распространенности ее легких форм с 1237,48 до 1184,52 на 100 тыс.

Инцидентность психических расстройств среди подростков РФ с 2018 по 2022 год значимо возросла на 17,4 % (с 498,76 до 585,69 на 100 тыс.). При рассмотрении её структуры констатируются тенденции, характерные и для показателей общей заболеваемости (Рис.3 и 4).

Перераспределение вклада различных нозологических форм в первичную заболеваемость реализовалось за счет прироста в группах психических расстройств непсихотического характера (с 78,7 % до 81,5 %), психозов и состояний слабоумия (с 6,1 % до 6,4 %) и снижения показателя заболеваемости умственной отсталостью (с 15,9% до 14,3%).

Анализ динамики показателей первичной заболеваемости учетными формами психозов и состояний слабоумия среди подростков от 15 до 17 лет

в РФ, показал нами статистически достоверный прирост заболеваемости психозами и состояниями слабоумия на 22,1% с 30,53 до 37,27 случаев на 100 тыс. Перераспределение долевой структуры данной группы произошло за счет прироста в показателях диагностики: шизотипических расстройств (на 38,3%) с 7,9 до 10,92 на 100 тыс., аутизма (детского, атипичного и др.) (на 199,8%) с 1,22 до 3,65 на 100 тыс. и аффективных психозов (на 85,7%) с 1,10 до 2,05 на 100 тыс. (Табл.7).

Рост инцидентности психических расстройств непсихотического характера среди подростков на 21,7% (с 392,36 до 477,62 на 100 тыс.) сформировался в значительной степени за счет прироста показателей первичной заболеваемости невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами с 71,52 до 116,76 на 100 тыс., другими непсихотическими расстройствами, поведенческими расстройствами детского и подросткового возраста (в основном из групп F5, F8 и F9) со 166,33 до 192,02 на 100 тыс. и аффективными непсихотическими расстройствами с 13,52 до 31,45 на 100 тыс. (Табл. 8).

Инцидентность умственной отсталости среди подростков, напротив, снизилась с 75,88 до 70,79 на 100 тыс. в основном за счет снижения распространенности ее легких форм с 57,47 до 52,40 на 100 тыс.

Обсуждение. Проведённый эпидемиологический анализ распространенности различных форм психических расстройств выявил значимые различия в динамике и структуре заболеваемости психическими расстройствами (ПР) между группами детей и подростков за исследуемый период. Установлено, что уровень распространенности ПР у детей за анализируемый период значимо не изменился. В то же время, среди подросткового населения отмечено статистически достоверное увеличение распространенности ПР на 7,2%.

Результаты исследования подтверждают необходимость отдельного анализа заболеваемости в группах детей и подростков, что в дальнейшем имеет важность для разработки специфических программ профилактики и ранней помощи для

Таблица 7. Динамика показателей первичной заболеваемости учетными формами психозов и состояний слабоумия среди подростков в РФ
Table 7. Dynamics of primary (new) incidence rates of recorded forms of psychoses and dementia among adolescents in the Russian Federation

Форма	Частота на 100 тыс.		Прирост/убыль	CI95% по Уилсону
	2018г	2022г		
Психозы и состояния слабоумия (всего)	30,53	37,27	22,1%	p<0,05
в т.ч.: органические	5,35	4,92	-8,1%	-
психозы вследствие эпилепсии	0,83	0,51	-38,1%	-
шизофрения	9,00	9,10	1,1%	-
шизотипические расстройства	7,90	10,92	38,3%	p<0,05
шизоаффективные психозы, аффективные психозы	1,61	1,53	-4,5%	-
острые и преходящие неорганические психозы	3,14	3,85	22,4%	-
хронические неорганические психозы, детские психозы,	2,43	4,92	102,0%	p<0,05
из них: аутизм (детский, атипичный и др.)	1,22	3,65	199,8%	p<0,05
аффективные психозы	1,10	2,05	85,7%	p<0,05

Таблица 8. Динамика показателей первичной заболеваемости учетными формами психических расстройств непсихотического характера и умственной отсталости среди подростков в РФ
Table 8.— Dynamics of primary (new) incidence rates of recorded forms of non-psychotic mental disorders and intellectual disability among adolescents in the Russian Federation

Форма	Частота на 100 тыс.		Прирост/убыль	CI95% по Уилсону
	2018г	2022г		
Психические расстройства непсихотического характера	392,36	477,62	21,7%	p<0,05
в т.ч. органические непсихотические расстройства	133,65	129,15	-3,4%	-
из них обусловленные эпилепсией	3,33	2,34	-29,8%	p<0,05
аффективные непсихотические расстройства	13,52	31,45	132,6%	p<0,05
из них: биполярные расстройства	0,80	1,67	107,6%	p<0,05
невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	71,52	116,76	63,3%	p<0,05
другие непсихотические расстройства, поведенческие расстройства детского и подросткового возраста	166,33	192,02	15,4%	p<0,05
из них: синдром Аспергера	0,25	0,56	120,2%	-
расстройства зрелой личности и поведения	7,34	8,25	12,3%	-
Умственная отсталость (всего)	75,88	70,79	-6,7%	p<0,05
лёгкая умственная отсталость	57,47	52,40	-8,8%	p<0,05

каждой возрастной группы. В частности, для детей имеет смысл изменить методологические подходы к диагностике, а для подростков инициировать разработку профилактических программ укрепления психического здоровья.

Несмотря на стабильный общий уровень заболеваемости психическими расстройствами (ПР) у детей, отмечено значительное изменение в структуре заболеваемости. Наблюдается выраженная

положительная динамика распространенности аутизма (детского, атипичного и др.), в тоже время, отмечается отрицательная динамика распространенности невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, других непсихотических расстройств, поведенческих расстройств детского и подросткового возраста (главным образом из групп F5, F8 и F9), а также умственной отсталости среди детей.

Выявленное значимое перераспределение нозологических групп в сторону роста аутизма в группе детей, проживающих в РФ за анализируемые 4 года, вероятно, обусловлено гипердиагностикой детского аутизма среди детских врачей-психиатров [15]. Данная тенденция может быть объяснена как социальными факторами, к примеру снижением уровня стигмы среди родителей и, как следствие, ростом обращаемости за психиатрической помощью для детей, так и введением в действие клинических рекомендаций по детскому аутизму в 2020 году. С точки зрения статистического анализа подобные изменения выраженного роста детского аутизма за анализируемый период не могут быть объяснены биологическими и генетическими причинами.

Проведенный эпидемиологический анализ распространённости различных форм психических расстройств выявил значимые различия в динамике и структуре заболеваемости психическими расстройствами (ПР) между группами детей и подростков за исследуемый период. Установлено, что уровень распространённости ПР у детей за анализируемый период значимо не изменился. В то же время, среди подросткового населения отмечено статистически достоверное увеличение распространённости ПР на 7,2%.

Данные результаты подтверждают необходимость отдельного анализа заболеваемости в группах детей и подростков, что в дальнейшем имеет важность для разработки специфических программ профилактики и ранней помощи для каждой возрастной группы.

Несмотря на стабильный общий уровень заболеваемости психическими расстройствами (ПР) у детей, отмечено значительное изменение в структуре заболеваемости. Наблюдается выраженная положительная динамика распространённости аутизма (детского, атипичного и др.), в то же время, отмечается отрицательная динамика распространённости невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, других непсихотических расстройств, поведенческих расстройств детского и подросткового возраста (главным образом из групп F5, F8 и F9), а также умственной отсталости среди детей.

Выявленное значимое перераспределение нозологических групп в сторону роста аутизма в группе детей, проживающих в РФ за анализируемые 4 года, вероятно, обусловлено гипердиагностикой детского аутизма детскими врачами-психиатрами. Данная тенденция может быть объяснена как социальными факторами, к примеру, уменьшением стигматизации среди родителей, так и введением в действие клинических рекомендаций по детскому аутизму в 2020 году.

С точки зрения возможных изменений в биологических и генетических причинах за такой выраженный рост детского аутизма за анализируемый период, данное объяснение представляется неубедительным.

На появившийся тренд ухудшения психического здоровья подростков указывает обнаруженный нами статистически значимый рост заболеваемости среди подростков в 2022 году как для общей, так и для первичной заболеваемости по группам психических расстройств. Рост инцидентности ПР реализовался в большей степени за счет прироста в группах расстройств непсихотического характера. Данная динамика заболеваемости среди подросткового населения, с явным акцентным ростом невротических расстройств, говорит об общем растущем уровне невротизации данной группы населения. Мы считаем, что наблюдаемый феномен, вероятнее всего, обусловлен воздействием социально-информационных и психогенных факторов окружающей среды, в контексте пандемии COVID-19 [30].

Заключение

Проведен изучение анализ показателей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ) детей (0—14 лет), подростков (15—17 лет) проживающих в РФ в 2018 и 2022 годах.

Результаты анализа свидетельствуют о неоднородности показателей общей и первичной заболеваемости детей.

В числе возможных причин такой динамики заболеваемости могут быть как факторы, связанные с качеством лечебно-диагностического процесса (например, выявляемость психических расстройств или риска их развития в рамках профилактических медицинских осмотров, корректная оценка клинико-анамнестических данных, проведение дополнительных инструментальных и лабораторных исследований для исключения основного соматического заболевания, протекающего с метаболическими нарушениями, являющимися в том числе основой для развития психиатрических симптомов, доступность качественной медицинской помощи) так и социально-экологические факторы (уровень социально-экономического развития территории, климато-географические условия, негативное воздействие информационной среды, иные социально-экономические факторы и т.п.). Представляется необходимым проведение дальнейших исследований для понимания причин региональных различий и факторов, влияющих на психическое здоровье несовершеннолетних.

Литература / Reference

1. Абабков В. А., Перре М., Шеби Д. Транскультурное экспериментально-психологическое исследование влияния родителей на поведение и состояние здоровья детей дошкольного возраста. Социальная и клиническая психиатрия. 2008;2:61–67.
Ababkov VA, Perre M, Shebi D. Transcultural experimental-psychological study of the influence of

- parents on the behavior and health of preschool children. *Social'naya i klinicheskaya psichiatriya*. 2008;2:61–67. (In Russ.).
2. Аттаева Л.Ж., Макаров И.В. Региональные особенности частоты и динамики распространённости шизофрении, шизотипического расстройства и аутизма у детей и подростков в России (статистические данные за 2021-2022 гг.). *Сибирский научный медицинский журнал*. 2024;44,3:191-198.
Attaeva LZh, Makarov IV. Regional features of the frequency and dynamics of the prevalence of schizophrenia, schizotypal disorder, and autism in children and adolescents in Russia (statistical data for 2021-2022). *Sibirskij nauchnyj medicinskij zhurnal*. 2024;44,3:191-198. (In Russ.).
 3. Вялова Н.В., Проскокова Т.Н., Хелимский А.М. Психические расстройства при гепатолентикулярной дегенерации. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2013;4:88-91.
Vyvalova NV, Proskokova TN, Khelinsky AM. Mental Disorders in Hepatolenticular Degeneration. *Da'nevostochnyj medicinskij zhurnal*. 2013;4:88-91. (In Russ.).
 4. Головина А.Г., Шмакова О.П., Жук Е.И. Десятилетняя динамика обращаемости за высокоспециализированной детской психиатрической консультативно лечебной помощью в крупном мегаполисе. В книге: XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». Тезисы. Ответственный редактор Незнанов Н.Г., 2015.
Golovina A.G., Shmakova O.P., Zhuk E.I. Desyatiletnyaya dinamika obrashchaemosti za vysokospecializirovannoj detskoj psichiatricheskoj konsultativno lechebnoj pomoshchiyu v крупном megapolise. V knige: XVI S'ezd psichiatrov Rossii. Vserossiyskaya nauchno-prakticheskaya konferenciya s mezhdunarodnym uchastiem «Psihiatriya na etapah reform: problemy i perspektivy». Tezisy. Otvetstvennyj redaktor Neznanov N.G., 2015. (In Russ.).
 5. Гудинова Ж.В., Толькова Е.И., Жернакова Г.Н., Гегечкори И.В. Заболеваемость психическими расстройствами детского и подросткового населения Омской области. *Современные проблемы науки и образования*. 2015;3:243.
Gudinova ZhV, Tolikova EI, Zhernakova GN, Gegechkori IV. Morbidity of mental disorders in the child and adolescent population of the Omsk region. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2015;3:243. (In Russ.).
 6. Демчева Н.К., Яздовская А.В. Общая заболеваемость психическими расстройствами в РФ и федеральных округах в 2017-2019 гг. *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. 2021;1:45-55.
Demcheva NK, Yazdovskaya AV. General morbidity of mental disorders in the Russian Federation and federal districts in 2017-2019. *Vestnik nevrologii, psichiatrii i nejrohirurgii*. 2021;1:45-55. (In Russ.).
 7. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СанктПетербург: С-Петербург, 1998.
Kabanov M.M. Psichosocial'naya reabilitaciya i social'naya psichiatriya. Sankt-Peterburg: S-Peterburg, 1998. (In Russ.).
 8. Казаковцев Б.А. Региональные различия показателей первичной заболеваемости при психических расстройствах. *Психическое здоровье*. 2016;3:3-13.
Kazakovtsev BA. Regional differences in the primary morbidity rates for mental disorders. *Psihicheskoe zdorov'e*. 2016;3:3-13. (In Russ.).
 9. Коцюбинский А.П. Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы). Санкт-Петербург: «СпецЛит», 2017.
Kosyubinskij A.P. Mnogomernaya (holisticheskaya) diagnostika v psichiatrii (biologicheskij, psihologicheskij, social'nyj i funkcional'nyj diagnozy). Sankt-Peterburg: «SpecLit», 2017. (In Russ.).
 10. Красильникова Е.Ю., Соколов А.А. Анализ ситуации в сфере оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения пациентов, страдающих редкими заболеваниями, в период 2013-2015 годов. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2016;3-4:42-51.
Krasilnikova EYu, Sokolov AA. Analysis of the Situation in the Field of Medical Care and Drug Provision for Patients with Rare Diseases in 2013-2015. *Problemy standartizacii v zdравоохранenii*. 2016;3-4:42-51. (In Russ.).
 11. Кулыгина М.А. ОТ МКБ-10 К МКБ-11: основные изменения в диагностике психических расстройств. *Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы. Сборник материалов научно-практической онлайн-конференции*. Москва. 2021.
Kulygina M.A. OT MKB-10 K MKB-11: osnovnye izmeneniya v diagnostike psichicheskikh rasstrojstv. *Psihicheskoe zdorov'e cheloveka i obshchestva. Aktual'nye mezhdisciplinar-nye problemy. Sbornik materialov nauchno-prakticheskoy onlajn-konferencii*. Moskva. 2021. (In Russ.).
 12. Макаров И.В., Пашковский В.Э., Фесенко Ю.А., Семенова Н.В. Состояние заболеваемости психическими расстройствами детей и подростков в Северо-Западном федеральном округе. *Российский психиатрический журнал*. 2019;6:16-24.
Makarov IV, Pashkovsky VE, Fesenko YuA, Semenova NV. The state of morbidity of mental disorders in children and adolescents in the North-Western Federal District. *Rossiiskij psichiatricheskij zhurnal*. 2019;6:16-24. (In Russ.).
 13. Макашева В.А., Слободская Е. Р., Варшал А. В., Макушкин Е. В. Заболеваемость психическими расстройствами и частота суицидов у детей

- и подростков в Российской Федерации. Психиатрия. 2016;2:5-14.
- Makasheva VA, Slobodskaya ER, Varshal AV, Makushkin EV. Morbidity of mental disorders and suicide rates in children and adolescents in the Russian Federation. *Psichiatriya*. 2016;2:5-14. (In Russ.).
14. Макушкин Е.В., Демчева Н. К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах. Российский психиатрический журнал. 2019;4:4-15.
Makushkin EV, Demcheva NK. Dynamics and comparative analysis of childhood and adolescent morbidity of mental disorders in the Russian Federation in 2000-2018. *Rossiiskij psichiatricheskij zhurnal*. 2019;4:4-15. (In Russ.).
 15. Макушкин, Е. В., Макаров И. В., Пашковский В. Э. Распространенность аутизма: подлинная и мнимая. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(2):80-86.
Makushkin EV, Makarov IV, Pashkovsky VE. The prevalence of autism: real and imaginary. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova*. 2019;119(2):80-86. (In Russ.).
 16. Менделевич Б.Д. Особенности заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения у детей в Российской Федерации. Социальные аспекты здоровья населения. 2009;11(3):7.
Mendelevich BD. Features of morbidity of mental disorders and behavioral disorders in children in the Russian Federation. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2009;11(3):7. (In Russ.).
 17. Менделевич Б.Д. Особенности психического здоровья подростков в Российской Федерации. Общественное здоровье и здравоохранение. 2010;3:5-7.
Mendelevich BD. Features of mental health of adolescents in the Russian Federation. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie*. 2010;3:5-7. (In Russ.).
 18. Менделевич Б.Д. Психические расстройства детского населения Республики Татарстан (распространенность, заболеваемость). Общественное здоровье и здравоохранение. 2009;2:53-56.
Mendelevich BD. Mental disorders of the child population of the Republic of Tatarstan (prevalence, morbidity). *Obshchestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie*. 2009;2:53-56. (In Russ.).
 19. Набатов И.Ф., Ходакова О.В., Мартовецкая Г.А., Краева Е.С. Анализ показателей психического здоровья несовершеннолетних в контексте работы детской психиатрической службы г. Кирова за 2010 — 2022 год. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024;1:511-526.
Nabatov IF, Khodakova OV, Martovetskaya GA, Kraeva ES. Analysis of mental health indicators of minors in the context of the work of the children's psychiatric service in Kirov from 2010 to 2022. *Sovremennye problemy zdavoohraneniya i medicinskoj statistiki*. 2024;1:511-526. (In Russ.).
 20. Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д., Филиппов Д.С., Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований. Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2020;2:3-15.
Neznanov NG, Rukavishnikov GV, Kasyanov ED, Filippov DS, Kibitov AO, Mazo GE. The biopsychosocial model in psychiatry as the optimal paradigm for modern biomedical research. *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii*. 2020;2:3-15. (In Russ.).
 21. Психическое здоровье подростков [who.int]. who; 2024.
Available: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
 22. Сахаров А.В., Ступина О.П. Детская и подростковая заболеваемость психическими расстройствами в Дальневосточном федеральном округе в 2000-2022 гг. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2023;4:15-29.
Sakharov AV, Stoupina OP. Childhood and adolescent morbidity of mental disorders in the Far Eastern Federal District in 2000-2022. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii*. 2023;4:15-29. (In Russ.).
 23. Четкина Т.С., Потанов А.С., Цирульников О.М., Сенякович В.М., Туманова Е.Л. Болезнь Вильсона у детей: варианты манифестации и трудности ранней диагностики. Вопросы диагностики в педиатрии. 2011;1:41-47.
Chetkina TS, Potapov AS, Tsurulnikova OM, Senyakovik VM, Tumanova EL. Wilson's Disease in Children: Manifestation Variants and Early Diagnostic Challenges. *Voprosy diagnostiki v pediatrii*. 2011;1:41-47. (In Russ.).
 24. Чичерин Л.П., Щепин В.О., Загоруйченко А.А. Психическое здоровье населения, детей и подростков: рекомендации ВОЗ, правовая и нормативно-организационная их реализация в России. Дальневосточный медицинский журнал. 2023;1:66-71.
Chicherin LP, Shchepin VO, Zagoruychenko AA. Mental health of the population, children, and adolescents: WHO recommendations, legal and regulatory implementation in Russia. *Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal*. 2023;1:66-71. (In Russ.).
 25. Berry GT, Scriver CR, Beaudet AL, Sly WS, Valle D. Classic galactosemia and clinical variant galactosemia. In *The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease*. 2000;8:1553-1587.
 26. Denning TR, Berrios GE. Wilson's disease. Psychiatric symptoms in 195 cases. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;12:1126-34.
 27. Kahler SG, Fahey MC. Metabolic disorders and mental retardation. *American journal of medical genetics. Part C, Seminars in medical genetics*. 2003;1:31-41.
 28. Kokka I, Mourikis I, Bacopoulou F. Psychiatric Disorders and Obesity in Childhood and

- Adolescence-A Systematic Review of Cross-Sectional Studies. *Children (Basel)*. 2023;2:285.
29. Kuruvilla S, Bustreo F, Kuo T, Mishra CK, Taylor K, Fogstad H, Gupta GR, Gilmore K, Temmerman M, Thomas J, Rasanathan K, Chaiban T, Mohan A, Gruending A, Schweitzer J, Dini HS, Borrazzo J, Fassil H, Gronseth L, Khosla R, Cheeseman R, Gorna R, McDougall L, Toure K, Rogers K, Dodson K, Sharma A, Seoane M, Costello A. The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030): a roadmap based on evidence and country experience. *Bull World Health Organ*. 2016;5:398-400.
30. Meherali S, Punjani N, Louie-Poon S, Abdul Rahim K, Das JK, Salam RA, Lassi ZS. Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7):3432.
31. Scriver CR, Kaufman S, Eisensmith RC, Woo SLC, Beaudet AL, Sly WS, Valle D. The hyperphenylalaninemias. *The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease*. 1995;7:1015-1075.
32. Small L, Aplasca A. Child Obesity and Mental Health: A Complex Interaction. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2016;2:269-82.
33. Zimbrea PC, Schilsky ML. Psychiatric aspects of Wilson disease: a review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;1:53-62.
34. World Health Organization, SEVENTY-FIRST WORLD HEALTH ASSEMBLY, Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030): early childhood development [who.int]. who; 2018. Available: <https://www.who.int/publications/i/item/A71-19>
35. World Health Organization Adolescent Mental Health [who.int]. who; 2024. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Сведения об авторах

Фрейзе Виктория Васильевна — младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: v.freize@mail.ru

Анохина Мария Валерьевна — младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3. Email: anokhinabekhterev@yandex.ru

Малышко Лариса Владимировна — младший научный сотрудник научно-организационного отделения д.м.н., ведущий научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Email: lora5497@yandex.ru

Гончаренко Андрей Юрьевич — д.м.н., ведущий научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Email: goncharenko7@yandex.ru

Семенова Наталия Владимировна — д.м.н., заместитель директора ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России по научно-организационной и методической работе. Email: nvs@bekhterev.ru

Поступила 21.06.2024

Received 21.06.2024

Принята в печать 27.03.2025

Accepted 27.03.2025

Дата публикации 27.06.2025

Date of publication 27.06.2025

Применение антипсихотиков третьего поколения в сочетании с клозапином при терапии резистентной шизофрении

Асадуллин А.Р.¹, Бомов П.О.², Богод Ю.А.²

¹Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Обзорная статья

Резюме. Целью исследования являлся анализ патогенеза и стратегий терапии резистентной шизофрении путем поиска, выбора и обзора публикаций, освещающих данную тему. В ходе работы было проанализировано 42 статьи, в результате чего удалось сделать вывод об эффективности и хорошей переносимости антипсихотиков третьего поколения у пациентов с резистентной шизофренией, принимающих клозапин, а также сформулировать заключение, что антипсихотики третьего поколения могут быть эффективны в таких случаях.

Ключевые слова: «шизофрения», «аугментация», «брексипипразол» «арипипразол» «карипразин», «клозапин».

Информация об авторах:

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

Бомов Павел Олегович — e-mail: bomoff@yandex.ru ; <https://orcid.org/009-0006-7559-2719>

Богод Юлия Алексеевна — e-mail: jubogod@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0006-0496-284X>

Как цитировать: Асадуллин А.Р., Бомов П.О., Богод Ю.А., Применение антипсихотиков третьего поколения в сочетании с клозапином при терапии резистентной шизофрении. *Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:2:114-121. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-1147>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

Use of third-generation antipsychotics in combination with clozapine in the treatment of resistant schizophrenia

Azat R. Asadullin ¹, Pavel O. Bomov ², Yulia A. Bogod ²

¹Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

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

Summary. The aim of the study was to analyze the pathogenesis and treatment strategies of treatment-resistant schizophrenia by searching, selecting and reviewing publications covering this topic. 42 articles were analyzed during the work, which contributed to the conclusion about the effectiveness and good tolerability of third-generation antipsychotics in patients with resistant schizophrenia taking clozapine, and also to formulate the conclusion that third-generation antipsychotics can be effective in such cases.

Keywords: «schizophrenia», «augmentation», «brexpiprazole» «aripiprazole» «cariprazine», «clozapine».

Information about the authors:

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

Pavel O. Bomov, - e-mail: bomoff@yandex.ru; <https://orcid.org/009-0006-7559-2719>

Yulia A. Bogod — e-mail: jubogod@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0006-0496-284X>

To cite this article: Asadullin AR, Bomov PO, Bogod YuA. Use of third-generation antipsychotics in combination with clozapine in the treatment of resistant schizophrenia. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:2:114-121. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-2-1147>. (In Russ.)

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

Шизофрения — хроническое, неизлечимое и приводящее к инвалидности полиморфное психическое расстройство, характеризующееся распадом аффектов, процессов мышления и восприятия, которым в течение жизни страдает около 1% населения во всём мире [37]. Симптомы данного заболевания чаще обнаруживаются в позднем подростковом или раннем взрослом возрасте. Можно разделить их на следующие группы: (1) позитивные (галлюцинации, бред, паранойя и расстройства мышления), (2) негативные (ангедония, абулия, социальная изоляция и бедность мышления) и (3) когнитивные (нарушения внимания, рабочей памяти и исполнительных функций) [McCutcheon R. A.]¹⁸. Согласно ряду актуальных публикаций, до манифестации психотических симптомов шизофрении (дебюта) мы можем определить продромальный период, длящийся в среднем 1–5 лет и характеризующийся, преимущественно, субклиническими негативными и когнитивными симптомами [16].

Несмотря на то, что со времен открытия Делей и Деникера первой молекулы с антипсихотическим эффектом — хлорпромазина, прошло более 70 лет прогресса, до сих пор примерно у 30–50% пациентов наблюдается резистентность к лечению, и которая определяется как сохранение психотических симптомов после как минимум двух последовательных монотерапий антипсихотическими препаратами с адекватной дозой, продолжительностью и соблюдением пациентом режима лечения [30].

Актуальность. Единственной молекулой на данный момент, эффективной в терапии резистентной к лечению шизофрении является клозапин — антагонист рецепторов 5HT_{2A} и D₂, который, согласно ряду авторитетных исследований, является наиболее эффективным антипсихотическим препаратом для уменьшения положительных симптомов шизофрении, суицидального риска, частоты и продолжительности госпитализаций [13]. Несмотря на то, что его эффективность неоднократно доказана, он практически не применяется в качестве терапии первой линии, и это связано с выраженными нежелательными явлениями и осложнениями, самой грозной среди которых, но при этом и самой редкой побочной реакцией, считается агронолуцитоз и миокардит [33]. Однако, несмотря на это, эффективность клозапина, по данным разных авторов, в терапии резистентной шизофрении составляет от 30 до 60% [7]. Рекомендуемая суточная дозировка клозапина составляет 200–500 мг/сут, а уровень его в крови ≥ 350 нг/мл [5].

Следует отметить, что большинство осложнений при приеме клозапина зависит от соотношения доза-эффект, то есть появляется тем чаще и сильнее, чем выше дозировка клозапина [21]. В настоящее время, доступно множество исследований, оценивающих эффективность сочетания клозапина с другими антипсихотиками при резистентной к лечению шизофрении, в которых авторы предполагают повышение эффективности и

безопасности этой комбинации, в том числе, и за счет возможного снижения терапевтической дозы клозапина [14]. Реже используется добавление стабилизаторов настроения или антидепрессантов [41]. По мнению Parra S. et al., 2022, которые проводили пилотное перспективное исследование с целью оценки эффективности и безопасности подобных комбинаций в группе пациентов с неоптимальным ответом на лечение клозапином, обнаружили, что антипсихотики третьего поколения, и особенно кариразин, могут быть эффективны в данном случае, в том числе, и за счет выраженного воздействия на негативные и когнитивные симптомы шизофрении [27].

Целью нашего обзора был анализ стратегий лечения антипсихотиками и обобщение имеющихся доказательств использования схем аугментации клозапина с антипсихотиками третьего поколения в отношении резистентной к антипсихотикам шизофрении.

Материалы и методы

Был проведен поиск, выбор и обзор публикаций, посвященных обозначенной теме. Поисковые запросы были сформулированы таким образом, чтобы охватить максимально разносторонние аспекты добавления антипсихотиков третьего поколения к клозапину в терапии резистентной шизофрении. Поиск проводился в базах данных Google Scholar, ELibrary.ru, Scopus, PubMed. Были разработаны следующие критерии включения публикаций в обзор: дата публикации не ранее 1 января 2020 года, но не позже 10 января 2025 года; соответствие теме обзора. Критериями не включения/исключения стали: абстракты; тезисы; монографии; руководства; учебные пособия. Поиск проводился с использованием поисковых запросов путем различных вариантов комбинирования указанных слов: «schizophrenia», «augmentation», «cariprazine», «brexpiprazole» «aripiprazole», «clozapine». Обзор является несистематическим, описательным и не претендует на полное исчерпывающее описание обозначенных проблем.

Результаты

В ходе поиска нами было проанализировано 42 статьи. Информация о взаимодействии антипсихотиков третьего поколения и клозапина была получена, в основном, из первичных отчетов и результатов клинических испытаний. Метаанализы не раскрывали описываемое взаимодействие и использовались только для актуализации и обоснования поставленной цели. Таким образом, проведенный нами обзор литературы на основе имеющихся доказательств позволили нам сделать вывод об эффективности и хорошей переносимости антипсихотиков третьего поколения у пациентов с резистентной шизофренией, принимающих клозапин, и сформулировать заключение, что антипсихотики третьего поколения могут быть полезны в таких случаях.

Обсуждение

Оценка распространённости резистентной шизофрении. Несмотря на растущее количество исследований шизофрении, подходов к лечению, синтез и внедрение новых молекул антипсихотиков, до настоящего времени нет консенсуса в отношении распространённости шизофрении, устойчивой к лечению антипсихотиками. В недавно опубликованном метаанализе Siskind D. et al., 2020 с участием 11 649 человек посвящённом исключительно группам пациентов с первым эпизодом заболевания, распространённость резистентной к терапии шизофрении составила 24,4% (95% ДИ 19,5–30,0) [34]. В более позднем мета-анализе Diniz E. et al., 2023 ($n = 29\,390$), где были включены все исследования, распространённость резистентной к терапии шизофрении составила 36,7% [8]. Однако, кросс-секционные исследования, проводимые с целью определить долю пациентов с резистентной шизофренией, могут завышать реальную долю из-за систематической ошибки отбора, и напротив, лонгитюдные когортные исследования пациентов с первым эпизодом могут быть более достоверными.

Предикторы резистентной шизофрении. Несмотря на то, что клинические и исследовательские критерии, используемые для определения резистентной шизофрении, весьма просты — отсутствие ответа на адекватную по дозе и продолжительности терапию антипсихотиком, исключая клозапин — возникают значительные затруднения в подобной диагностике. Таким образом, в настоящее время существует насущная необходимость выявления пациентов на более ранних стадиях заболевания, у которых с большой вероятностью может обнаружиться резистентность к антипсихотикотерапии, и, исходя из этого, планировать дизайн рациональной терапии. К сожалению, рутинное использование биомаркеров не доступно для большинства учреждений и, соответственно, врачей, прежде всего из-за дороговизны и слабой распространённости. Следовательно, мы оставим за пределами нашей статьи подобные исследования, а сфокусируемся на клинических феноменах, позволяющих оценить риск резистентности к антипсихотикам у пациента. Таким образом, использование алгоритмов диагностики, доступных при клиническом интервьюировании нам видится перспективным и удобным для более раннего выявления пациентов с резистентной шизофренией, и последующим выбором более эффективного лечения.

Ряд исследователей, анализируя возраст социальные и клинические данные пациентов сообщили, что более молодой возраст, высокий уровень когнитивных нарушений и большее количество дней пребывания в стационаре с начала заболевания (момента приёма первого антипсихотического препарата), а также более низкий уровень IQ в преморбиде предсказывает большую вероятность резистентности к антипсихотикам [6,32]. Недавний мета-анализ Li Y. et al., 2024 не только выде-

лил наличие выраженных негативных симптомов и нейрокогнитивных нарушений как предиктор, но и описал их как основные цели лечения для улучшения функционирования при резистентной шизофрении [20,36].

Коморбидное употребление психоактивных веществ предлагается в качестве возможного предиктора резистентности к лечению. Однако Diniz E. et al., 2023 в своем мета-анализе скептически отнеслись к данному фактору, пояснив, что зависимость от алкоголя и/или психоактивных веществ и злоупотребление ими однозначно отягощает тяжесть шизофрении, но имеющиеся данные не могут быть проанализированы из-за недостатка информации, что потенциально может привести к завышению распространённости резистентной шизофрении у пациентов с двойным диагнозом [8].

Течение шизофренического процесса у мужчин и у женщин характеризуется определёнными различиями, связанными как со временем появления, так и с преобладанием определённых симптомов, что обусловлены морфологическими различиями в различных областях мозга [26]. Отягощающим фактором может служить и пол пациента, так у мужчин вероятность развития резистентности в полтора раза выше, чем у женщин [34]. Wesley E. W. et al., 2021 косвенно подтвердили это утверждение, обнаружив, что уровень назначения клозапина женщинам был ниже, чем мужчинам, после учёта всех факторов [42]. Esposito C. M. et al., 2024, исследуя модели логистической регрессии пациентов с резистентной шизофренией, определили у мужчин более ранний возраст начала заболевания, высокий уровень курения и злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами, и у них чаще наблюдалась сопутствующая патология в виде как минимум одного психического расстройства [12]. Ряд авторов позиционируют параноидный подтип шизофрении как возможный предиктор резистентной шизофрении [25].

Управляемая полипрагмазия. Современная фармакотерапия представлена огромным количеством различных фармакологических субстанций и, в ряде ситуаций у врачей возникает стремление повысить эффективность лечения, помочь пациенту излечиться от всех развившихся у него заболеваний, что неизбежно приводит к назначению большого количества лекарственных средств — полипрагмазии [13]. Petric D., 2021 предлагает более точное определение полипрагмазии (polypragmasy) — это термин, обозначающий неправильное применение пяти или более препаратов, который включает в себя одну из ошибок: большое количество дублирующих или действующих на одну систему лекарств, наличие опасных взаимодействий между лекарственными средствами или взаимодействий между ними и заболеваниями, а также чрезмерной продолжительности фармакотерапии. И в противовес ему термин polypharmacy (polytherapy) — политерапия, необходимого и оправданного применения нескольких лекарств [28]. Иногда мы можем встре-

тить термин «аугментация», в контексте фармакологии — это добавление другого вещества, которое само по себе не используется в качестве специфического препарата для лечения, но способно усилить ответ на принимаемый препарат, так, например, к антидепрессанту добавляют вещество, которое способно усилить ответ на него, например, препараты лития, тиреоидные гормоны или антипсихотики [12]. Ввиду изложенного, нам более целесообразным видится использование термина политерапия, или как вариант, управляемая полипрагмазия.

Шизофрения и антипсихотики. Общеизвестным фармакологическим методом лечения психотических расстройств является применение антипсихотических препаратов в виде монотерапии, что подтверждают все отечественные и международные рекомендации [2,10].

С тех пор как, в 1966 году Van Rossum предположил, что блокада дофаминовых рецепторов является вероятным объяснением механизма действия антипсихотиков, впервые назвав нейрореплептики антагонистами дофамина [39], постулируется, что все допущенные к применению антипсихотики обладают общим механизмом действия: антагонизмом в отношении постсинаптических дофаминовых рецепторов D_2 . Однако, с 2002 года, нам известна еще группа антипсихотических препаратов, — условно называемых антипсихотики 3 поколения (АПЗ), — частичные агонисты дофаминовых рецепторов, которая отличается по своему воздействию на дофаминовую систему [31]. В настоящее время одобрены и представлены на рынке три препарата: арипипразол, брекспипразол и карипразин. Если сравнить и упростить их фармакодинамику, все молекулы высокоэффективны в отношении позитивных симптомов, но арипипразол, обладая потенциально наибольшей внутренней активностью в отношении D_2 -рецепторов вызывает выраженный стимулирующий эффект; брекспипразол, по сути является «улучшенным» арипипразолом, но при этом обладает меньшей активностью в отношении D_2 и D_3 -рецепторов, оказывает менее возбуждающее действие; а карипразин, — наибольшей активностью в отношении D_3 -рецепторов (выше чем у дофамина), что объясняет его эффективность при негативных и когнитивных симптомах [15,19]. Также, эти молекулы отличаются и по периоду полувыведения, так у арипипразола он составляет 75 часов (активный метаболит дегидроарипипразол — 94 часа), брекспипразола — 91 час, карипразина — 48–96 часов (активный метаболит десметил-карипразин 30–38 часов, а дидесметил-карипразин 168–504 часа [19]). Таким образом, преимущество карипразина может быть в том, что если у пациента снижена дисциплина терапии, то пропуск даже нескольких приемов подряд, в случае систематического приема ранее, не окажет негативного эффекта.

В целом, все антипсихотики третьего поколения, обладая благоприятным профилем безопасности, как правило, хорошо переносятся, имеют низкий риск метаболических и сердечно-сосуди-

стых побочных эффектов и считаются препаратами, снижающими уровень пролактина, однако есть и особенности. Молекулы отличаются риском развития дозозависимой акатизии, впрочем, относительно несложно корректируемой, более высокий, наблюдается при приеме карипразина, а наименьший — при приеме брекспипразола; по минимальной седации и сонливости, а также по минимальному риску набора веса в лидерах карипразин, брекспипразол связан со средним риском набора веса; арипипразол, чаще может вызывать тошноту, менее частую седацию или патологическое пристрастие к азартным играм и компульсивное поведение, также выше вероятность возникновения симптомов, связанных с импульсивностью [31,38].

Как было описано выше, не все пациенты реагируют на монотерапию антипсихотиками, именно в этом случае рекомендовано добавление второго антипсихотика, одновременно к первому. Однако, есть и другие причины для полипрагмазии, такие как частичная симптоматическая ремиссия (сохранение аффективных, когнитивных или негативных симптомов, особенно при терапии антипсихотиками первой генерации), наличие выраженных и неприемлемых побочных эффектов в сочетании с хорошим ответом (метаболические или экстрапирамидные симптомы) и ряд других [22].

Стратегии усиления действия клозапина при резистентной шизофрении. В настоящее время, стратегии усиления клозапина, включают добавление к клозапину второго антипсихотического препарата, стабилизатора настроения, антидепрессанта, других групп препаратов, таких как мепамин и глицин, электросудорожную терапию, транскраниальную магнитную стимуляцию, трудотерапию и когнитивно-поведенческую терапию. В соответствии с целью нашего обзора, рассмотрим одну из стратегий, — добавление к клозапину второго антипсихотического препарата третьего поколения. Отмечая тот факт, что резистентная к лечению шизофрения связана с выраженными негативными симптомами, а также то, что АПЗ постулируются как наиболее эффективно воздействующие в их устранении попробуем разобрать плюсы и минусы каждого из трех препаратов.

Логично предположить, что описываемые нами препараты модулируют ответ на клозапин, у человека, страдающего резистентной шизофренией. Однако, механизмы действия клозапина до сих пор не объяснены, и, соответственно, за более чем шесть десятилетий, прошедших с момента его открытия, не было разработано ни одного производного [36]. Его фармакодинамические свойства обусловлены слабым антагонизмом рецепторов D_2 и высоким сродством к рецепторам D_4 , $5HT1A$, $5HT2A$, $5HT2C$, $5HT6$, $5HT7$, α_1 , α_2 , $H1$ и $M1$ – $M5$, основным метаболитом является N-десметилклозапин, который действует на рецепторы D_2 и $5HT2A$ аналогично клозапину [18]. Гипотезы о эффективности клозапина в терапии резистентных состояний основаны на:

(1) слабой блокировке рецепторов D2 и/или быстрой диссоциации;

(2) повышенной аффинности к рецепторам D4 и предпочтении рецепторов D4 вместо D2;

(3) высоком соотношении аффинности к рецепторам 5HT_{2A}/D2 [24].

Однако, это формирует и те самые потенциальные побочные эффекты, — увеличение веса, кардиомиопатию, запор, повышенное слюноотделение, снижение порога судорожной готовности или повышенную седацию, что приводит к прекращению использования до половины людей в течении двух лет с начала приема [40].

Nuhn M. et al., 2019 проведя крупнейший сетевой метаанализ 32 различных антипсихотических препаратов в терапии шизофрении, основанный на 402 исследованиях, в которых приняли участие 53 463 человека не обнаружил принципиальной разницы в эффективности и уровне побочных осложнений, среди антипсихотиков третьего поколения, в том числе и по способности к усилению действия клозапина.

Публикации с рекомендациями по добавлению арипипразола весьма распространены, эффекты относительно хорошо описаны и апробированы в клинических условиях. Было показано, что эта стратегия может быть полезной, арипипразол оказывал положительное влияние на позитивные и общие психопатологические симптомы, однако, степень тяжести когнитивных и аффективных нарушений существенно не изменились [40]. Также не было отмечено значительного улучшения метаболического профиля, хотя было отмечено, что при добавлении арипипразола, его влияние на изменение веса было более выраженным по сравнению с плацебо. Подобная комбинация хорошо переносилась, а из побочных симптомов, в ряде случаев, отмечались беспокойство, бессонница и тошнота; более реже — повышение компульсивности, в том числе, и тяги к алкоголю у пациентов с сопутствующими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ [40]. Одним из плюсов подобной аугментации можно отметить наличие пролонгированной формы арипипразола, что может повысить приверженность к подобной терапии. Однако, настораживает факт возможной гепатотоксичности арипипразола, за счет снижения скорости деления гепатоцитов, что может быть основным механизмом развития тяжёлых поражений печени у пациентов, злоупотреблявших кокаином и алкоголем [29].

После проведенного обзора литературы можно констатировать, что имеющихся данных, подтверждающих эффективность добавления брекспипразола к терапии пациентов с резистентной шизофренией, недостаточно. В независимом систематическом обзоре и сетевым метаанализе проведенном Kishi T. et al., 2020 не было выявлено существенных различий эффективности арипипразола и брекспипразола в терапии шизофрении, а также и в частоте других побочных эффектов, таких как сонливость, акатизия, экстрапирамидные симптомы и головокружение. Этот вывод

был подтверждён и в подобном исследовании при лечении большого депрессивного расстройства, проведенной той же группой исследователи, обнаружив хороший баланс между риском и выгодой у обоих препаратов. Таким образом предстоит дождаться более актуальных исследований, а пока, весьма вольно, предположить максимальную схожесть с арипипразолом.

Карипразин относительно новая молекула в терапии шизофрении, в настоящее время это является единственным антипсихотическим препаратом, который демонстрирует повышенную эффективность в лечении негативных симптомов по сравнению с другими препаратами своего класса [23]. Имеется немало успешных описаний в качестве потенциального дополнения к клозапину, особенно о влиянии на негативные симптомы, которые часто сохраняются при монотерапии клозапином. В отличие от клозапина, карипразин действует как частичный агонист дофаминовых рецепторов D₂/D₃ с высоким сродством к рецепторам D₃, особенно при низких и средних дозах от 1 до 3 мг в день, соответственно, подавление активности дофаминовых нейронов, уменьшает клинические проявления психоза в зависимости от дозы.

Предпочтительное воздействие карипразина на дофаминовые рецепторы D₃ может способствовать снижению склонности к экстрапирамидным побочным эффектам, а также улучшению настроения, когнитивных функций, исполнительных функций и негативных симптомов [11]. Учитывая, что карипразин также частичный агонист серотониновых рецепторов 5-HT_{1A}, через этот механизм он может усиливать высвобождение дофамина в мезокортикальном пути, способствуя улучшению аффективных и негативных симптомов. Карипразин, обладает чуть большим антидепрессивным (стимулирующим) эффектом по сравнению с другими антипсихотиками третьего поколения, что можно объяснить слабым антагонизмом в отношении серотониновых рецепторов 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C} и 5-HT₇. Однако, данных, оценивающих эффективность сочетания клозапина с карипразином с целью аугментации ограничены несколькими сообщениями о случаях и одним наблюдательным исследованием, где предположили, что карипразин может быть эффективнее других антипсихотиков [27].

Другое исследование Siwek M. et al., 2024, с помощью ретроспективного анализа медицинских карт с целью оценки эффективности добавления карипразина к клозапину при резистентной к лечению шизофрении обнаружило, что оно было связано со снижением выраженности положительных, отрицательных, аффективных и тревожных симптомов, а также с улучшением общего функционирования пациентов [34]. Это можно объяснить в том числе и тем, что в отличие от клозапина, карипразин обладает незначительным сродством к рецепторам M₁, α₁ и α₂ и низким сродством к рецепторам H₁, что также может быть связано с низким риском седативного

эффекта, метаболических побочных эффектов и гипотонии [19]. Также, анализ метаболизма обеих молекул показывает относительную безопасность их сочетания, так карипразин выводится в основном с помощью CYP3A4 и действует как слабый конкурентный ингибитор CYP2D6 и CYP3A4, а клозапин метаболизируется с помощью CYP1A2 [40]. Таким образом, можно в целом отметить, что карипразин оказался полезным и в целом хорошо переносимым препаратом, если его рекомендовать в качестве дополнения к клозапину. Положительное влияние было отмечено не только на негативные симптомы, но также на позитивные и общие симптомы, а также на общую функциональность. Добавление карипразина может положительно повлиять на индекс массы тела, метаболические нарушения и, соответственно, набор веса. Следует учесть, что при добавлении карипразина можно снизить дозу клозапина, а как было описано выше, уровень побочных явлений клозапина имеет дозозависимый характер, что, потенциально, может снизить риск осложнений при применении клозапина [40].

Заключение. Проведенный нами обзор литературы об эффективности и переносимости антипсихотиков третьего поколения у пациентов с резистентной шизофренией, принимающих клозапин, в основном, включал отчеты о случаях, клинические испытания, ретроспективные исследования и в гораздо меньшей степени — мета-анализы. Однако, имеющиеся доказательства позволили нам сделать вывод, что антипсихотики третьего поколения могут быть полезны в таких случаях. К слабым качествам данного исследования можно отметить, что большинство заключе-

ний и основной вывод основаны, в основном, на доказательствах низкого качества для карипразина и брекспипразола, тогда как для арипипразола они представлены данными среднего и высокого качества, что следует учесть при анализе этого исследования. Вполне вероятно, что появление исследований с высоким уровнем достоверности можно будет увидеть по прошествии небольшого времени, учитывая относительно недолгое время нахождения карипразина и брекспипразола на рынке. Следует отметить, что в любом случае с каждым конкретным пациентом необходимо проанализировать индивидуальный риск потенциальных негативных фармакологических взаимодействий, профили связывания этих препаратов с рецепторами и метаболические пути.

Таким образом, мы считаем, что основная цель этого обзорного исследования заключалась в ответе на важный практический вопрос: что клиницистам делать в случае, если даже клозапин не может помочь или может помочь, но его применение небезопасно, и как нам достичь ремиссии у пациентов с резистентной шизофренией? Мы рассмотрели в качестве одного из возможных решений добавление метаболически безопасных и эффективных молекул антипсихотиков 3 поколения и в отдельных случаях они казались весьма полезными. А принимая во внимание, что резистентная к лечению шизофрения связана с тяжёлыми негативными симптомами, а также тот факт, что карипразин особенно эффективен в их устранении, можно предположить его высокую эффективность в сочетании с клозапином и потенциальную возможность сглаживания его осложнений и нежелательных явлений.

Литература / References

1. Дорофейкова М.В., Петрова Н.Н. Персонализированный подход к терапии депрессии при шизофрении. Современная терапия психических расстройств. 2021;3:39-46.
Dorofeykova MV, Petrova NN. Personalized approach to the treatment of depression in schizophrenia. Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstrojstv. 2021;3:39-46. (In Russ.).
2. Коцюбинский А.П., Исаенко Ю.В., Протасов А.Р., Бутوما Б.Г., Степанова А.В., Степанова А.А. Дифференцированный подход к терапии шизотипического расстройства. Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций. Сост. Н.В. Семенова, под общ. ред. Н.Г. Незнанова. Выпуск 7. — СПб.: Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2024.
Kotsyubinskij A.P. Isaenko Yu.V., Protasov A.R., Butoma B.G., Stepanova A.V., Stepanova A.A. Differencirovannyj podhod k terapii shizotipicheskogo rasstrojstva. Diagnostika i lechenie psichicheskikh i narkologicheskikh rasstrojstv: sovremennye podhody. Sbornik metodicheskikh rekomendacij. Sost. N.V. Se-
- menova, pod obshch. red. N.G. Neznanova. Vypusk 7. — SPb.: Izdatel'sko-poligraficheskaya kompaniya «KOSTA», 2024. (In Russ.).
3. Сычев Д.А., Отделёнов В.А., Краснова Н.М., Ильина Е.С. Полипрагмазия: взгляд клинического фармаколога. Терапевтический архив. 2016;88(12):94102.
Sychev DA, Otdelenov VA, Krasnova NM, Il'ina ES. Polypragmasy: A clinical pharmacologist's view. Terapevticheskij arhiv. 2016;88(12):94102. (In Russ.).
DOI: 10.17116/terarkh2016881294-102
4. Chakrabarti S. Clozapine resistant schizophrenia: newer avenues of management. World Journal of Psychiatry. 2021;11(8):429. DOI: 10.5498/wjp.v11.i8.429
5. Chan SKW et al. Predictors of treatment-resistant and clozapine-resistant schizophrenia: a 12-year follow-up study of first-episode schizophrenia-spectrum disorders. Schizophrenia bulletin. 2021;47(2):485-494. DOI: 10.1093/schbul/sbaa145
6. Chan SKW et al. Clozapine dosing patterns and clinical outcomes in patients with treatment resis-

- tant schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*. 2023;75:67-79.
DOI: 10.1016/j.euroneuro.2023.07.007
7. Dionisie V. Clozapine—serious adverse effects and clinical management. *Antidotes to Toxins and Drugs*. Imprint: Elsevier, 2024.
 8. Diniz E et al. Treatment resistance in schizophrenia: a meta-analysis of prevalence and correlates. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2023;45(5):448-458.
DOI: 10.47626/1516-4446-2023-3126
 9. Dmuhovskis A, Taube M. Cariprazine and clozapine combination for the treatment of psychosis in a young, female patient with schizophrenia: a case report. *Frontiers in Psychiatry*. 2024;15:52-80.
 10. Efthimiou O et al. Efficacy and effectiveness of antipsychotics in schizophrenia: network meta-analyses combining evidence from randomised controlled trials and real-world data. *The Lancet Psychiatry*. 2024;11(2):102-111.
DOI: 10.1016/S2215-0366(23)00366-8
 11. Egyed A., Kiss D.J., Keserü G.M. The Polypharmacology of Cariprazine and its Implications to Clinical Indications. *Polypharmacology: Strategies for Multi-Target Drug Discovery*. 2025.
 12. Esposito CM et al. Gender differences in clinical and biochemical parameters among patients hospitalized for schizophrenia: towards precision medicine. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2024;274(5):1093-1103.
DOI: 10.1007/s00406-023-01644-4
 13. Freibüchler A, Seifert R. Analysis of clinical studies on clozapine from 2012-2022. *Naunyn Schmiedeberg's Arch Pharmacol*. 2024;397(12):9745-9765.
DOI: 10.1007/s00210-024-03209-1
 14. Generoso MB et al. Cariprazine for treating psychosis: an updated meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2023;27(1):107-109.
DOI: 10.1080/13651501.2022.2071740
 15. Hart XM et al. Therapeutic reference range for aripiprazole in schizophrenia revised: a systematic review and metaanalysis. *Psychopharmacology*. 2022;239(11):3377-3391.
DOI: 10.1007/s00213-022-06233-2
 16. Howes OD, Bukala BR, Beck K. Schizophrenia: from neurochemistry to circuits, symptoms and treatments. *Nature Reviews Neurology*. 2024;20(1):22-35.
DOI: 10.1038/s41582-023-00904-0
 17. Legge SE et al. Clinical indicators of treatment-resistant psychosis. *The British Journal of Psychiatry*. 2020;216(5):259-266.
DOI: 10.1192/bjp.2019.120
 18. McCutcheon RA, Reis Marques T, Howes OD. Schizophrenia—An Overview. *JAMA Psychiatry United States*. 2020;77:201-10.
DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3360
 19. Jiang Y et al. Safety assessment of Brexpiprazole: real-world adverse event analysis from the FAERS database. *Journal of Affective Disorders*. 2024;346:223-229.
 20. Li Y et al. Predictors of functioning in treatment-resistant schizophrenia: the role of negative symptoms and neurocognition. *Frontiers in Psychiatry*. 2024;15:1444843.
DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1444843
 21. Luykx JJ et al. An international research agenda for clozapine-resistant schizophrenia. *The Lancet Psychiatry*. 2023;10(8):644-652.
DOI: 10.1016/S2215-0366(23)00109-8
 22. Mohr P, Masopust J, Kopeček M. Dopamine receptor partial agonists: Do they differ in their clinical efficacy? *Frontiers in Psychiatry*. 2022;12:19-46.
DOI: 10.3389/fpsyt.2021.781946
 23. Németh G et al. Cariprazine versus risperidone monotherapy for treatment of predominant negative symptoms in patients with schizophrenia: a randomised, double-blind, controlled trial. *The Lancet*. 2017;389(10074):1103-1113.
DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30060-0
 24. Nucifora Jr FC et al. Clozapine as a model for antipsychotic development. *Neurotherapeutics*. 2017;14(3):750-761.
DOI: 10.1007/s13311-017-0552-9
 25. Ortiz BB et al. A symptom combination predicting treatment-resistant schizophrenia—A strategy for real-world clinical practice. *Schizophrenia research*. 2020;218:195-200.
DOI: 10.1016/j.schres.2020.01.002
 26. Panov G. Gender-associated role in patients with schizophrenia. Is there a connection with the resistance? *Frontiers in Psychiatry*. 2022;13:54-55.
DOI: 10.3389/fpsyt.2022.995455
 27. Pappa S et al. Efficacy and safety of cariprazine augmentation in patients treated with clozapine: a pilot study. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. 2022;12:45-53.
DOI: 10.1177/20451253221132087
 28. Petric D. Drug Interactions and Drug Interaction Checkers. *Academia Letters*. 2021.
 29. Pirc Marolt T et al. Aripiprazole reduces liver cell division. *Plos one*. 2020;15(10):24-54.
 30. Rantala MJ et al. Schizophrenia: The new etiological synthesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2022;142:104894.
DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104894
 31. Ricci V et al. Comparative analysis of third-generation antipsychotics in first-episode schizophrenia: efficacy, safety, and cognitive impacts. A narrative review. *International Clinical Psychopharmacology*. 2024;10-97.
 32. Seppälä A et al. Predictors of response to pharmacological treatments in treatment-resistant schizophrenia—a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2021;236:123-134.
DOI: 10.1016/j.schres.2021.08.005

33. Schulte PFJ et al. Risk of clozapine-associated agranulocytosis and mandatory white blood cell monitoring: can the regulations be relaxed? *Schizophrenia Research*. 2024;268:74-81. DOI: 10.1016/j.schres.2023.09.024
34. Siskind D et al. Rates of treatment-resistant schizophrenia from first-episode cohorts: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2022;220(3):115-120. DOI: 10.1192/bjp.2021.61
35. Siwek M et al. Cariprazine augmentation of clozapine in schizophrenia—a retrospective chart review. *Frontiers in Pharmacology*. 2024;14:112-132. DOI: 10.3389/fphar.2023.1321112
36. Smart SE et al. Predictors of treatment resistant schizophrenia: a systematic review of prospective observational studies. *Psychological medicine*. 2021;51(1):44-53. DOI: 10.1017/S0033291719002083
37. Tandon R et al. The schizophrenia syndrome, circa 2024: What we know and how that informs its nature. *Schizophrenia research*. 2024;264:1-28. DOI: 10.1016/j.schres.2023.11.015
38. Terao I, Kodama W. Comparative Efficacy of Dopamine Partial Agonists by Doses for Treatment-Resistant Depression: A Systematic Review and Dose-Response Model-Based Network Meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2024;44(4):413-417. DOI: 10.1097/JCP.0000000000001862
39. Van Rossum JM. The significance of dopamine-receptor blockade for the mechanism of action of neuroleptic drugs. *Arch. Int Pharmacodyn Ther*. 1996;160:492-494.
40. Vasiliu O. Third-generation antipsychotics in patients with schizophrenia and non-responsivity or intolerance to clozapine regimen: What is the evidence? *Frontiers in psychiatry*. 2022;13:94-106. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.1069432
41. Wagner E et al. Efficacy and safety of clozapine in psychotic disorders—a systematic quantitative meta-review. *Translational psychiatry*. 2021;11(1):487. DOI: 10.1038/s41398-021-01613-2
42. Wesley EW et al. Gender disparities in clozapine prescription in a cohort of treatment-resistant schizophrenia in the South London and Maudsley case register. *Schizophrenia Research*. 2021;232:68-76. DOI: 10.1016/j.schres.2021.05.006

Сведения об авторах

Асадуллин Азат Раилевич* — доктор медицинских наук, 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 Казачья, 112); профессор кафедры Психиатрии и наркологии Ташкентской Медицинской Академии (Узбекистан, 100109, г. Ташкент, ул. Фаробий, 2). E-mail: droar@yandex.ru

Бомов Павел Олегович — кандидат медицинских наук, доцент, эксперт Росздравнадзора по вопросам психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии и сексологии по Санкт-Петербургу и Ленинградской области., и.о. заведующего кафедрой психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Россия, 195067, г. Санкт-Петербург, пр. Пискаревский, 47). E-mail: bomoff@yandex.ru

Богод Юлия Алексеевна — ординатор по специальности «психиатрия» ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: jubogod@gmail.com

Поступила 03.04.2025

Received 03.04.2025

Принята в печать 05.06.2025

Accepted 05.06.2025

Дата публикации 27.06.2025

Date of publication 27.06.2025

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>

