

Психиатрия Psychiatry (Moscow)

научно-практический журнал

Scientific and Practical Journal

Psikhiatriya



L.I. Abramova

Главный редактор

Т.П. Ключник, профессор, д. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)

E-mail: ncpz@ncpz.ru

Зам. гл. редактора

Н.М. Михайлова, д. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)

E-mail: mikhaylovanm@yandex.ru

Отв. секретарь

Л.И. Абрамова, д. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)

E-mail: L_Abramova@rambler.ru

Редакционная коллегия

Н.А. Бохан, академик РАН, проф., д. м. н., ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАН (Томск, Россия)

О.С. Брусов, к. б. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)

С.И. Гаврилова, проф., д. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)

С.Н. Ениколов, к. п. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)

О.С. Зайцев, д. м. н., НИИ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко РАН (Москва, Россия)

М.В. Иванов, проф., д. м. н., ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ (Санкт-Петербург, Россия)

А.Ф. Изнак, проф., д. б. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)

В.В. Калинин, проф., д. м. н., ФГБУ «ФМИЦПН» МЗ РФ (Москва, Россия)

Д.И. Кича, проф., д. м. н., медицинский институт РУДН (Москва, Россия)

Г.И. Копейко, к. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)

Г.П. Костюк, проф., д. м. н., «Психиатрическая клиническая больница № 1 имени Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» (Москва, Россия)

Н.А. Мазаева, проф., д. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)

Е.В. Макушкин, проф., д. м. н., ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва, Россия)

Е.В. Малинина, проф., д. м. н., Южно-Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ (Челябинск, Россия)

М.А. Морозова, д. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)

Н.Г. Незнанов, проф., д. м. н., «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ (Санкт-Петербург, Россия)

Г.П. Пантелеева, проф., д. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)

М.А. Самушия, проф., д. м. н., «Центральная государственная медицинская академия» (Москва, Россия)

А.П. Сиденкова, д. м. н., Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ (Екатеринбург, Россия)

Н.В. Симашкова, д. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)

А.Б. Смулевич, академик РАН, проф., д. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)

Т.А. Солохина, д. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)

В.К. Шамрей, проф., д. м. н., Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург, Россия)

К.К. Яхин, проф., д. м. н., Казанский государственный медицинский университет (Казань, Респ. Татарстан, Россия)

Иностранные члены редакционной коллегии

Н.А. Алиев, проф., д. м. н., Азербайджанский медицинский университет (Баку, Азербайджан)

Н.Н. Бутрос, проф., Государственный университет Уэйна (Детройт, США)

П.Дж. Верхаген, д. м. н., Голландское центральное психиатрическое учреждение (Хардервейк, Нидерланды)

А.Ю. Клинцева, проф., к. б. н., Университет штата Делавэр (Делавэр, США)

В. Мачюлис, д. м. н., Республиканская вильнюсская психиатрическая больница (Вильнюс, Литва)

О.А. Скугаревский, проф., д. м. н., Белорусский государственный медицинский университет (Минск, Беларусь)

А.А. Шюркute, к. м. н., Вильнюсский университет (Вильнюс, Литва)

Editor-in-Chief

T.P. Klyushnik, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)

E-mail: ncpz@ncpz.ru

Deputy Editor-in-Chief

N.M. Mikhaylova, Dr. of Sci. (Med.), "Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)

E-mail: mikhaylovanm@yandex.ru

Executive Secretary

L.I. Abramova, Dr. of Sci. (Med.), "Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)

E-mail: L_Abramova@rambler.ru

Editorial Board

N.A. Bokhan, Academician of RAS, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "Scientific Research Institute of Mental Health" (Toms, Russia)

O.S. Brusov, Cand. of Sci. (Biol.), "Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)

S.I. Gavrilova, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)

S.N. Enikolopov, Cand. of Sci. (Psychol.), "Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)

O.S. Zaitsev, Dr. of Sci. (Med.), "National Medical Research Center for Neurosurgery named after Academician N.N. Burdenko" (Moscow, Russia)

M.V. Ivanov, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "Bekhterev St. Petersburg Psychoneurological Research Institute" (St. Petersburg, Russia)

A.F. Iznak, Prof., Dr. of Sci. (Biol.), "Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)

V.V. Kalinin, Prof., Dr. of Sci. (Med.), Moscow Scientific Research Institute of Psychiatry (Moscow, Russia)

D.I. Kicha, Prof., Dr. of Sci. (Med.), Medical Institute of Peoples' Friendship University of Russia (Moscow, Russia)

G.I. Kopeyko, Cand. of Sci. (Med.), "Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)

G.P. Kostyuk, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "N.A. Alekseev Mental Clinical Hospital № 1 of Department of Health Protection of Moscow" (Moscow, Russia)

N.A. Masayeva, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)

E.V. Makushkin, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "V.P. Serbskiy Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology" (Moscow, Russia)

E.V. Malinina, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "South-Ural State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the RF (Chelyabinsk, Russia)

M.A. Morozova, Dr. of Sci. (Med.), "Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)

N.G. Neznanov, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "Bekhterev St. Petersburg Psychoneurological Research Institute" (St. Petersburg, Russia)

G.P. Panteleyeva, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)

M.A. Samushiya, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "Central State Medical Academy" (Moscow, Russia)

A.P. Sidenkova, Dr. of Sci. (Med.), "Ural State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the RF (Ekaterinburg, Russia)

N.V. Simashkova, Dr. of Sci. (Med.), "Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)

A.B. Smulevich, Academician of RAS, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)

T.A. Solokhina, Dr. of Sci. (Med.), "Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)

V.K. Shamrey, Prof., Dr. of Sci. (Med.), Kirov Army Medical Academy (St. Petersburg, Russia)

K.K. Yakhin, Prof., Dr. of Sci. (Med.), Kazan' State Medical University, Chairman of Tatarstan Republic Society of Psychiatrists (Tatarstan Rep., Russia)

Foreign Members of Editorial Board

N.A. Aliyev, Prof., Dr. of Sci. (Med.), Azerbaijan Medical University (Baku, Azerbaijan)

N.N. Boutros, Prof., Wayne State University (Detroit, USA)

P.J. Verhagen, Dr. of Sci. (Med.), GGz Centraal Mental Institution (Harderwijk, The Netherlands)

A.Yu. Klintoza, Prof., Cand. of Sci. (Biol.), Delaware State University (Delaware, USA)

V. Matchulis, Dr. of Sci. (Med.), Republican Vilnius Mental Hospital, Vilnius University (Vilnius, Lithuania)

O.A. Skugarevsky, Prof., Dr. of Sci. (Med.), Belarusian State Medical University (Minsk, Belarus)

A.A. Shurkute, Cand. of Sci. (Med.), Vilnius University (Vilnius, Lithuania)

Founders:

**FSBSI "Mental Health Research Centre"
"Medical Informational Agency"**

The journal is registered by Federal Service for Supervision in the Sphere of Telecom, Information Technologies and Mass Communications
Certificate of registration: PI № ФС77-50953 27.08.12.

The journal was founded in 2003 on the initiative of Academician of RAS A.S. Tiganov
Issued 4 times a year.
The articles are reviewed.

The journal is included in the International citation database Scopus.

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.

Publisher

"Medical Informational Agency"

Science editor

Alexey S. Petrov

Executive editor

Olga L. Demidova

Director of development

Elena A. Cheresheva

Address of Publisher House:

108811, Moscow, Mosrentgen, Kievskoye highway,
21st km, 3, bld. 1

Phone: (499) 245-45-55

Website: www.medagency.ru

E-mail: medjournal@mail.ru

Address of Editorial Department:

115522, Moscow, Kashirskoye sh, 34

Phone: (495) 109-03-97

E-mail: L_Abramova@rambler.ru; mikhaylovanm@yandex.ru

Site of the journal: <http://www.journalpsychiatry.com>

You can buy the journal:

- at the Publishing House at:
Moscow, Mosrentgen, Kievskoye highway, 21st km, 3, bld. 1;
- either by making an application by e-mail:
miapubl@mail.ru or by phone: (499) 245-45-55.

Subscription for the 1st half of 2021

The subscription index in the united catalog «Press of Russia» is 91790.

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

You can order the electronic version of the journal's archive on the website of the Scientific Electronic Library — www.elibrary.ru.

The journal is member of CrossRef.

Reproduction of materials is allowed only with the written permission of the publisher.

The point of view of Editorial board may not coincide with opinion of articles' authors.

Advertisers carry responsibility for the content of their advertisements.

ISSN 1683-8319



9 771683 831007

0 7 0 0 4 >



Учредители:

**ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
ООО «Медицинское информационное агентство»**

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

Свидетельство о регистрации СМИ: ПИ № ФС77-50953 от 27.08.12.

Журнал основан в 2003 г. по инициативе академика РАН А.С. Тиганова.

Выходит 4 раза в год.

Все статьи рецензируются.

Журнал включен в международную базу цитирования Scopus.

Журнал включен в перечень научных и научно-технических изданий РФ, рекомендованных для публикации результатов кандидатских, докторских диссертационных исследований.

Издатель

ООО «Медицинское информационное агентство»

Научный редактор

Петров Алексей Станиславович

Выпускающий редактор

Демидова Ольга Леонидовна

Директор по развитию

Черешкова Елена Анатольевна

Адрес издательства:

108811, г. Москва, п. Мосрентген, Киевское ш., 21-й км, д. 3, стр. 1

Телефон: (499)245-45-55

Сайт: www.medagency.ru

E-mail: medjournal@mail.ru

Адрес редакции:

115522, Москва, Каширское шоссе, д. 34

Телефон: (495)109-03-97

E-mail: L_Abramova@rambler.ru; mikhaylovanm@yandex.ru

Сайт журнала: <http://www.journalpsychiatry.com>

Приобрести журнал вы можете:

- в издательстве по адресу:
Москва, п. Мосрентген, Киевское ш., 21-й км, д. 3, стр. 1;
- либо сделав заявку по e-mail: miapubl@mail.ru или по телефону: (499)245-45-55.

Подписка на 1-е полугодие 2021 г.

Подписной индекс в объединенном каталоге «Пресса России» — 91790.

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

Электронную версию архива журнала вы можете заказать на сайте Научной электронной библиотеки — www.elibrary.ru.

Журнал участвует в проекте CrossRef.

Воспроизведение материалов, содержащихся в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции.

Мнение редакции журнала может не совпадать с точкой зрения авторов.

Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

Подписано в печать 26.02.2021

Формат 60×90/8

Бумага мелованная

ISSN 1683-8319

07004>



9 771683 831007

contents

Psychopathology, Clinical and Biological Psychiatry

Neurobiology of Schizophrenia (to the Construction of Clinical and Biological Model) Klyushnik T.P., Smulevich A.B., Zozulya S.A., Voronova E.I.	6
Clinical Features of Youth Depression with Attenuated Symptoms of the Schizophrenic Spectrum Omelchenko M.A.	16
Clinical and Epidemiological Characteristics of the Contingent of Elderly in-Patients in a Frame of the Modern Model of Psychogeriatric Care Rotshtein V.G., Ryakhovskiy V.V., Shtinov A.E.	26
Multifactor Regression Models of Adherence to Treatment in Patients with Schizophrenia and Schizophrenic Spectrum Disorders and Their Relatives Solokhina T.A., Yastrebova V.V., Mitikhin V.G., Alieva L.M.	34
Diagnostic, Clinical, Psychopathological, Psychological Aspects of the Examination of Children with Autism Spectrum Disorders Simashkova N.V., Koval-Zaytsev A.A., Ivanov M.V., Nikitina S.G.	45
Youth Chronic Endogenous Depression in Disorders of the Affective and Schizophrenic Spectrum Migalina V.V.	54
Dynamics of Voluntary Verbal Memory Indicators of Children and Adolescents with Endogenous Mental Pathology During Treatment Khromov A.I., Zvereva N.V., Sergienko A.A., Strogova S.E.	63
Simultaneous Use of Carbamazepine and Lithium in the Treatment of Outpatients with Rapid Cycle Bipolar Disorder: Randomized, Double-Blind Placebo-Controlled Study Aliev N.A., Aliev Z.N.	74
Psychoeducation, Psychiatric Education and Psychoprophylaxis as an Integral Part of the Work of a Psychiatrist in an Outpatient Consultative Appointment Shapovalova L.A., Shapovalov K.A.	80

Scientific Reviews

Endogenous Manic-Paraphrenic States Sizov S.V., Oleichik I.V., Baranov P.A.	90
Personalities of the Hyperthymic Circle: Evolution of Conception Views and Patokinesis Churkina A.M., Subbotkaya N.V.	102

Jubilee

Nataliya Alexandrovna Mazaeva	111
Tatyana Aleksandrovna Solokhina	113

Obituary

In memory of Arcady Schmilovich (23.05.1944 — 16.02.2021)	115
--	-----

СОДЕРЖАНИЕ

Психопатология, клиническая и биологическая психиатрия

Нейробиология шизофрении и клиничко-психопатологические корреляты (к построению клиничко-биологической модели) Клюшник Т.П., Смулевич А.Б., Зозуля С.А., Воронова Е.И.	6
Клиничко-психопатологические особенности юношеских депрессий с аттенуированными симптомами шизофренического спектра Омельченко М.А.	16
Клиничко-эпидемиологическая характеристика стационарного контингента больных в рамках современной модели организации геронтопсихиатрической помощи Ротштейн В.Г., Ряховский В.В., Штинов А.Е.	26
Многофакторные регрессионные модели приверженности лечению больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и их родственников Солохина Т.А., Ястребова В.В., Митихин В.Г., Алиева Л.М.	34
Диагностические, клиничко-психопатологические, патофизиологические аспекты обследования детей с расстройствами аутистического спектра Симашикова Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Иванов М.В., Никитина С.Г.	45
Юношеские хронические эндогенные депрессии при расстройствах аффективного и шизофренического спектра Мигалина В.В.	54
Динамика показателей произвольной слухоречевой памяти детей и подростков с эндогенной психической патологией на фоне лечения Хромов А.И., Зверева Н.В., Сергиенко А.А., Строгова С.Е.	63
Одновременное применение карбамазепина и лития в лечении амбулаторных пациентов с биполярным расстройством с быстрыми циклами без сопутствующей психической патологии: рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование Алиев Н.А., Алиев З.Н.	74
Психообразование, психиатрическое просвещение и психопрофилактика как составные части работы врача-психиатра амбулаторного консультативного приема Шаповалова Л.А., Шаповалов К.А.	80

Научные обзоры

Эндогенные маниакально-парафренические состояния Сизов С.В., Олейчик И.В., Баранов П.А.	90
Личности гипертимного круга: эволюция взглядов на концепцию и патокинез гипертимии Чуркина А.М., Субботская Н.В.	102

Юбилеи

Наталья Александровна Мазаева	111
Солохина Татьяна Александровна	113

Некролог

Памяти Аркадия Липовича Шмиловича (23.05.1944 — 16.02.2021)	115
--	-----

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-6-15>

УДК 616.895.8; 616.89-02; 616-002

Нейробиология шизофрении и клиничко-психопатологические корреляты (к построению клиничко-биологической модели)

Клюшник Т.П.¹, Смулевич А.Б.^{1,2}, Зозуля С.А.¹, Воронова Е.И.^{1,2}

¹ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация

²ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Резюме

Цель: на основе анализа многолетних результатов клинических и биологических исследований ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (НЦПЗ), а также данных зарубежных исследований молекулярных основ нейроиммунных взаимосвязей представить главные положения новой клиничко-биологической модели шизофрении, устанавливающей связи между нарушениями биологических процессов и формированием позитивных и негативных расстройств в общем психопатологическом пространстве шизофрении. **Материал и метод:** по ключевым словам «шизофрения», «биологические гипотезы шизофрении», «нейровоспаление», «нейродегенерация», «позитивные расстройства», «негативные расстройства», «нейроиммунные взаимосвязи», «катаболизм триптофана», «активация микроглии» проведен анализ публикаций из баз PubMed/MEDLINE, РИНЦ и других источников за последние 10 лет в сопоставлении с результатами клиничко-биологических исследований шизофрении в НЦПЗ. **Результаты:** сопоставление и анализ современных биологических гипотез шизофрении свидетельствуют о том, что наиболее перспективными для решения задачи установления связей между нарушениями нейробиологических процессов и психопатологическими особенностями шизофрении выступают иммунологические исследования. В рамках новой клиничко-биологической модели ключевая роль отводится процессу нейровоспаления, который определяет патогенез как негативных, так и позитивных расстройств по различным, хотя и взаимосвязанным, молекулярным механизмам. В основе одного из этих механизмов, ассоциированного с развитием обратимых позитивных симптомокомплексов, лежит дисбаланс в нейротрансмиттерных системах, формирующийся вследствие влияния провоспалительных цитокинов на катаболизм триптофана. Другой механизм, определяющий развитие негативных симптомокомплексов, связан с влиянием цитотоксических метаболитов на процессы нейродегенерации. **Заключение:** новая клиничко-биологическая модель шизофрении устанавливает парадигму взаимосвязи между нарушениями в сфере биологических процессов, определяемых нейровоспалением/воспалением, и формированием основных процессуальных дименсий — позитивных и негативных расстройств в общем психопатологическом пространстве шизофрении. Эта модель позволяет уточнить некоторые общие положения, относящиеся к фармакотерапии шизофрении и купированию негативных расстройств, а также является основой для разработки новых подходов к ранней диагностике, клиническому и социальному прогнозу.

Ключевые слова: шизофрения; нейровоспаление; позитивные и негативные расстройства.

Для цитирования: Клюшник Т.П., Смулевич А.Б., Зозуля С.А., Воронова Е.И. Нейробиология шизофрении и клиничко-психопатологические корреляты (к построению клиничко-биологической модели). *Психиатрия*. 2021;19(1):6–15. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-6-15>

Конфликт интересов отсутствует

Neurobiology of Schizophrenia (to the Construction of Clinical and Biological Model)

Klyushnik T.P.¹, Smulevich A.B.^{1,2}, Zozulya S.A.¹, Voronova E.I.^{1,2}

¹FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation

²Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

STATE OF THE ART

Summary

The objective: of the study was to present the main provisions of a new clinical and biological model of schizophrenia, which establishes links between disorders in the field of biological processes and the formation of positive and negative in the general psychopathological space of schizophrenia on the basis of the analysis of long-term results of clinical and biological research of the Mental Health Research Centre. **Material and method:** by keywords "schizophrenia", "biological hypotheses of schizophrenia", "neuroinflammation", "neurodegeneration", "positive disorders", "negative disorders", "neuroimmune relationships", "catabolism of tryptophan", "activation of microglia", publications from PubMed/MEDLINE databases, RSCI and other sources were analyzed over the past 10 years in comparison with the results of clinical and biological studies of schizophrenia at the Mental Health Science Center. **Results:** comparison and analysis of current biological hypotheses of schizophrenia indicates that immunological studies are the most promising for solving the problem of establishing links between disorders of neurobiological processes and

psychopathological specificities of schizophrenia. Within the framework of the new clinical and biological model, a key role is assigned to the process of neuroinflammation, which determines the pathogenesis of both negative and positive disorders by various, albeit interrelated, molecular mechanisms. One of these mechanisms, associated with the development of reversible positive symptom complexes, is based on an imbalance in the neurotransmitter systems, which is formed as a result of the effect of proinflammatory cytokines on tryptophan catabolism. Another mechanism that determines the development of negative symptom complexes is associated with the influence of cytotoxic metabolites on the processes of neurodegeneration. **Conclusion:** a new clinical and biological model of schizophrenia establishes a paradigm of the relationship between disorders in the sphere of biological processes determined by neuroinflammation/inflammation and the formation of the main procedural dimensions — positive and negative disorders in the general psychopathological space of schizophrenia. This model makes it possible to clarify some general provisions related to the pharmacotherapy of schizophrenia and the relief of negative disorders, and also serves as the basis for the development of new approaches to early diagnosis, clinical and social prognosis.

Keywords: schizophrenia; neuroinflammation; positive and negative disorders.

For citation: Klyushnik T.P., Smulevich A.B., Zozulya S.A., Voronova E.I. Neurobiology of Schizophrenia (to the Construction of Clinical and Biological Model). *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(1):6–15. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-6-15>

There is no conflict of interests

ВВЕДЕНИЕ

Создание клинко-биологической модели шизофрении предполагает определение исходных позиций, относящихся к концептуализации биологической и клинической природы этого заболевания. С современных позиций шизофрения рассматривается как заболевание, обусловленное нейробиологическими процессами. Они определяют его нозологическую самостоятельность, устойчивую распространенность, собственный этиопатогенез и клинические характеристики, в общем виде сформулированные в МКБ-10, DSM-5.

У истоков изучения биологической природы шизофрении стоят имена основоположников учения о *Dementia praecox* и шизофрении Е. Kraepelin, Е. Bleuler, А.В. Снежневского, рассматривавших установление нейробиологических механизмов, лежащих в основе эндогенного заболевания, в качестве облигатных задач актуальных и будущих научных изысканий.

В настоящее время благодаря научному прогрессу в сфере фундаментальных исследований созданы условия, способствующие раскрытию базисных биологических основ шизофрении.

Цель: представить основные положения новой клинко-биологической модели шизофрении, устанавливающей связи между нарушениями в сфере биологических процессов, определяемых нейровоспалением/воспалением, и формированием основных процессуальных дименсий — позитивных и негативных расстройств в общем психопатологическом пространстве шизофрении, на основе анализа многолетних результатов клинических и биологических исследований НЦПЗ, а также данных зарубежных поисков молекулярных основ нейроиммунных взаимосвязей.

Метод: анализ публикаций в базах PubMed/MEDLINE, РИНЦ и других источников за последние 10 лет по ключевым словам «шизофрения», «биологические гипотезы шизофрении», «нейровоспаление», «нейродегенерация»; «позитивные расстройства», «негативные расстройства», «нейроиммунные взаимосвязи», «катаболизм триптофана», «активация микроглии».

К настоящему времени предложено большое число гипотез патогенеза шизофрении, которые основываются на различных исследовательских подходах и фактическом материале, полученном в рамках генетического, иммунологического, нейробиологического, нейроморфологического и других направлений биологических исследований в психиатрии.

Нейрохимические гипотезы важнейшую роль в патофизиологии шизофрении отводят дисбалансу в дофаминергической и других нейротрансмиттерных системах. Эти гипотезы опираются на клинические наблюдения редукции выраженности психопатологических расстройств у пациентов в ответ на терапию препаратами, связывающимися преимущественно с определенными типами рецепторов, а также на модельные эксперименты, в которых исследуются поведенческие особенности экспериментальных животных с нокаутом генов ферментов, ответственных за синтез соответствующих нейротрансмиттеров [1].

Генетическими исследованиями (анализ сцепления и анализ ассоциаций на общегеномном уровне (Genome-Wide Association Studies, GWAS)) показано, что среди сотни тысяч выявляемых маркеров предрасположения наибольший риск развития шизофрении определяют полиморфизмы, связанные с нейротрансмиттерными системами [2].

Дофаминергическая гиперфункция лимбической системы и дофаминергическая гипофункция лобной коры обсуждаются как основные **нейротрансмиттерные нарушения**. Исследования последнего десятилетия также свидетельствуют, что глутаматергическая гипофункция может быть причиной этой дофаминергической дисфункции [3].

Глутаматергические гипотезы шизофрении основаны на способности антагонистов NMDA-рецепторов, таких как фенциклидин (ПХФ) и кетамин, индуцировать симптомы, подобные шизофреническим, а также на нарушениях экспрессии генов, связанных с NMDA-рецепторами. Снижение активности NMDA-рецепторов на ингибиторных ГАМКергических нейронах приводит к растормаживанию глутаматных нейронов, что, по предположению исследователей, способствует

гиперактивации мезолимбических и гипоактивации мезокортикальных дофаминергических путей, т.е. приводит к морфологическим и структурным изменениям мозга, ассоциированным с психозом [4].

В целом, несмотря на то что в течение последних десятилетий нейротрансмиттерное направление биологических исследований в психиатрии (как и генетическое) являлось приоритетным, в настоящее время остаются не до конца раскрытыми неоднозначные изменения во множественных системах нейротрансмиссии при шизофрении, а также их сложные взаимосвязи [5, 6].

В рамках **нейроонтогенетических и нейродегенеративных гипотез** в качестве основного этиопатогенетического фактора развития шизофрении рассматриваются выявляемые при этом заболевании структурные и функциональные аномалии мозга, а в качестве возможной их причины — нейродегенеративные процессы. При рассмотрении нейродегенеративной природы шизофрении предполагается, что первоначально имеют место нарушения развития нервной системы на ранних онтогенетических этапах. Их формирование определяется генетической предрасположенностью, сочетающейся с воздействием неблагоприятных факторов внешней среды (инфекции во время беременности, стресс, травмы и др.). Эти дефекты развития мозга могут обнаруживаться уже на преморбидных этапах. Усугубление их в дальнейшем приводит к формированию более грубых структурных и функциональных аномалий мозга [7]. Это положение, в частности, поддерживается исследованиями, в которых были выявлены прогрессирующие структурные изменения в мозге в динамике заболевания после перенесенного приступа [8].

Вопрос о нейродегенеративной природе шизофрении обсуждается со времен Е. Краепелина, который ссылался на прогрессирующее снижение нейробиологических и клинических характеристик по мере старения пациентов [9].

Современными нейровизуализационными исследованиями выявлены некоторые структурные и функциональные изменения в мозге при шизофрении, свидетельствующие о нейродегенеративных процессах: снижение объема корковых областей, передней поясной извилины, островковой доли, расширение желудочков мозга, часть из которых коррелируют с выраженностью негативных расстройств (эмоциональное уплощение, апатия и др.) [10, 11]. В качестве молекулярных механизмов нейродегенерации при шизофрении рассматривался преимущественно оксидативный стресс, сопряженный с повышенным уровнем активных форм кислорода (АФК). Повышенный уровень АФК инициирует каскад, приводящий к неапоптотической гибели клеток. АФК, продуцируемые в клетках, действуют как сигнальные молекулы, но их избыток приводит к изменению структуры ДНК, белков и липидов мембран, следствием чего является снижение эффективности клеточных механизмов, эксайтотоксичность, агрегация белков и апоптоз [12].

Несмотря на большую значимость существующих в настоящее время биологических гипотез шизофрении (нейротрансмиттерных, нейроонтогенетических, нейродегенеративных, вирусных и др.), необходимо отметить, что в рамках каждой из них могут быть объяснены лишь отдельные звенья, формирующие клиническую картину шизофренического процесса.

Вместе с тем одной из важнейших задач (хотя и труднорешаемой на современном уровне знаний) биологических исследований психических заболеваний становится не только выявление биологических нарушений, ассоциированных с заболеванием, но и выстраивание последовательности реализации нарушений от молекулярно-генетического уровня до совокупности клинических проявлений патологического процесса.

Применительно к исследованиям шизофрении речь в первую очередь может идти об установлении связи между нарушениями в сфере биологических процессов и формированием (взаимодействием и траекториями дальнейшего развития) основных процессуальных дименсий — позитивных и негативных расстройств, а также об обусловленном нейробиологическими нарушениями видоизменении (процессуальной деформации) конституциональных характерологических структур личности.

Сопоставление материалов и анализ данных современных нейробиологических гипотез шизофрении, содержащих попытки выстраивания клинко-биологических параллелей, свидетельствуют о том, что в качестве наиболее перспективных для решения такого рода задач выступают исследования иммунологического направления [13].

Благодаря важнейшим фундаментальным открытиям последних десятилетий [14], исследования этого направления существенно изменили взгляд на роль иммунной системы: от противомикробной защиты к всеобъемлющей функции поддержания гомеостаза организма вне зависимости от природы повреждающего фактора (инфекционного, механического, физического, эндогенного и др.). Новый концептуальный взгляд позволил рассматривать главный эффекторный процесс иммунной системы — воспаление — в качестве ключевого участника развития многих хронических неинфекционных заболеваний ЦНС, включая шизофрению. Эти исследования устанавливают взаимосвязи закономерностей развития эндогенного заболевания на основных этапах его течения (от дебюта до резидуальных состояний) с процессами воспаления/нейровоспаления.

Вовлеченность воспаления в патофизиологию шизофрении подтверждается, в частности, выявлением повышенного уровня воспалительных маркеров в спинномозговой жидкости и сыворотке крови пациентов [15, 16]; результатами модельных экспериментов на животных, свидетельствующих, что с активацией воспаления как в мозге, так и в системном кровяном русле ассоциированы поведенческие нарушения,

отклонения в эмоциональной и когнитивной сферах [17]; а также ассоциацией шизофрении с определенными вариантами генов иммунной системы [18].

Показано, что уровень активации воспалительных реакций коррелирует с тяжестью патологического процесса в мозге при шизофрении, интенсивность которого определяет выраженность психопатологической симптоматики в соответствии с регистрами тяжести психической патологии [19], а также балльной оценкой по формализованным психометрическим шкалам (PANSS, CGI) [20].

На основе анализа фундаментальных зарубежных исследований, а также результатов изучения воспаления/нейровоспаления, проводимого совместно биологами и клиницистами НЦПЗ (директор — профессор Т.П. Ключник), разработана **клинико-биологическая модель шизофрении** [21]. В рамках концептуализации этой модели реализована попытка установления связи между нарушениями в сфере биологических процессов, определяемых нейровоспалением/воспалением, и формированием основных процессуальных дименсий — позитивных и негативных расстройств в общем психопатологическом пространстве шизофрении, а также сформулирована новая парадигма соотношений этих дименсиональных структур.

Прежде чем обратиться к рассмотрению установленных клинико-биологических взаимозависимостей и определению перспектив дальнейших исследований, создающих условия не только для разработки новых терапевтических и диагностических подходов, но и для верификации (определения валидности) психопатологических моделей шизофрении, необходимо остановиться на основных механизмах воспаления, определяющих нейроиммунные связи.

Главными эффекторными клетками воспалительного процесса в ЦНС является микроглия. Микроглия составляет от 10 до 20% всех клеток в ЦНС и выполняет, по существу, функции различных классов иммунцитов, циркулирующих в кровяном русле. Процесс нейровоспаления связан с активацией микроглии и сопровождается ее морфологическими и функциональными изменениями. Активированная микроглия синтезирует повышенный уровень провоспалительных цитокинов, вызывающих нейротрансмиттерный дисбаланс, а также различные цитотоксические факторы, способствующие нейродегенеративным процессам.

Нейротрансмиттерный дисбаланс, связанный с провоспалительным статусом, определяется активацией фермента индоламин-2,3-диоксигеназы (ИДО), направляющего катаболизм незаменимой аминокислоты триптофана по кинурениновому пути, что приводит к избыточному образованию кинуреновой кислоты (KYNA), являющейся единственным эндогенным антагонистом NMDA-глутаматных рецепторов. Повышенный уровень KYNA рассматривается в качестве причины дисбаланса в глутаматергической и дофаминергической системах. Реципрокно уменьшается активность серотонинового пути катаболизма триптофана, что

приводит к снижению уровня серотонина и мелатонина. С активацией кинуренинового пути ассоциировано также снижение синтеза мозгового нейротрофического фактора (BDNF), вовлеченного в процессы нейропластичности [22–25].

Помимо провоспалительных цитокинов, активированная микроглия синтезирует большое количество цитотоксических молекул, таких как активные формы кислорода (АФК), азота (АФА), глутамат, аспартат и др. Избыток нейротоксических метаболитов приводит к изменению структуры ДНК, белков и липидов мембран, следствием чего является снижение эффективности клеточных механизмов, эксцитотоксичность, агрегация белков и нейродегенерация [26]. Нейротоксические метаболиты, в частности хиноленовая кислота, образуются также в ходе кинуренинового пути катаболизма триптофана.

С воспалением тесно связана также дисфункция системы свертывания (коагуляции) крови, которая в свете исследований последних лет также рассматривается в качестве потенциального механизма нейродегенерации. Ухудшение агрегационных показателей крови, связанное с активацией тромбоцитов и образованием спонтанных кровяных сгустков, вызывающих повышенное тромбообразование, способствует ишемизации и дегенерации клеточных элементов мозга [27]. Показано, что дисбаланс коагуляционной системы ассоциирован с повышенным уровнем провоспалительных цитокинов и других факторов воспаления [28, 29], а ряд показателей тромбодинамики коррелирует с выраженностью негативных расстройств у пациентов с шизофренией [30, 31].

Таким образом, единый процесс нейровоспаления является объединяющим для различных молекулярных механизмов, на которых ранее были построены кинуреновая [32], нейроонтогенетические и нейродегенеративные [33] гипотезы шизофрении.

В рамках новой клинико-биологической модели ключевая роль отводится процессу нейровоспаления, который определяет генез как негативных, так и позитивных расстройств. Вместе с тем их формирование происходит по двум принципиально различным, хотя и взаимосвязанным механизмам, обусловленным активацией микроглии — главного эффектора воспаления в мозге (рис. 1).

В основе первого из этих механизмов, связанного с развитием обратимых позитивных симптомокомплексов, лежит дисбаланс в нейротрансмиттерных системах, формирующийся вследствие влияния провоспалительных цитокинов на катаболизм триптофана. Другой механизм, определяющий развитие негативных симптомокомплексов, ассоциирован с влиянием цитотоксических метаболитов на процессы нейродегенерации. В схему также включен еще один потенциальный механизм формирования негативных расстройств, не связанный с активацией микроглии, но обусловленный влиянием воспаления на систему коагуляции крови (система гемостаза).

Формированию двух психопатологических дименсий — позитивных и негативных расстройств — в рамках единого процесса воспаления соответствует новый взгляд на их соотношение — внутренние корреляции в клиническом пространстве шизофрении.

Важно отметить, что, хотя процесс воспаления/нейровоспаления не является специфичным для шизофрении, в совокупности со специфической генетической предрасположенностью, а именно с определенными вариантами генов, ассоциированными с нейротрансмиссивными системами, факторами иммунного ответа, а также с нейропластичностью, этот процесс становится определяющим для развития характерной для шизофрении психопатологической симптоматики. Воспалительные реакции способствуют усилению генетически уязвимых патофизиологических механизмов, что находит отражение в формировании клинически значимой психопатологической симптоматики шизофрении. Это положение может служить также обоснованием нозологической самостоятельности шизофрении с ее специфическими психопатологическими характеристиками.

В рамках предложенной клинко-биологической модели позитивные и негативные расстройства рассматриваются как самостоятельные, симультанно (синхронно) формирующиеся по относительно независимым молекулярным механизмам и определяющие общее психопатологическое пространство шизофрении.

Характеристики клинических проявлений, а также разнообразное сочетание этих расстройств (позитивные и негативные дименсии) могут быть объяснены различными сочетаниями полиморфизмов генов, определяющих нарушения в метаболических системах, вовлеченных в формирование процессуальных психопатологических расстройств, а также различной активностью этих процессов.

Сформированному на базе клинко-биологических исследований представлению о негативных и позитивных расстройствах как о двух патогенетически самостоятельных образованиях должна соответствовать и новая парадигма взаимосвязей/внутренних корреляций этих двух процессуально обусловленных дименсий, а также модуса их взаимодействия с конституционально обусловленными и нажитыми

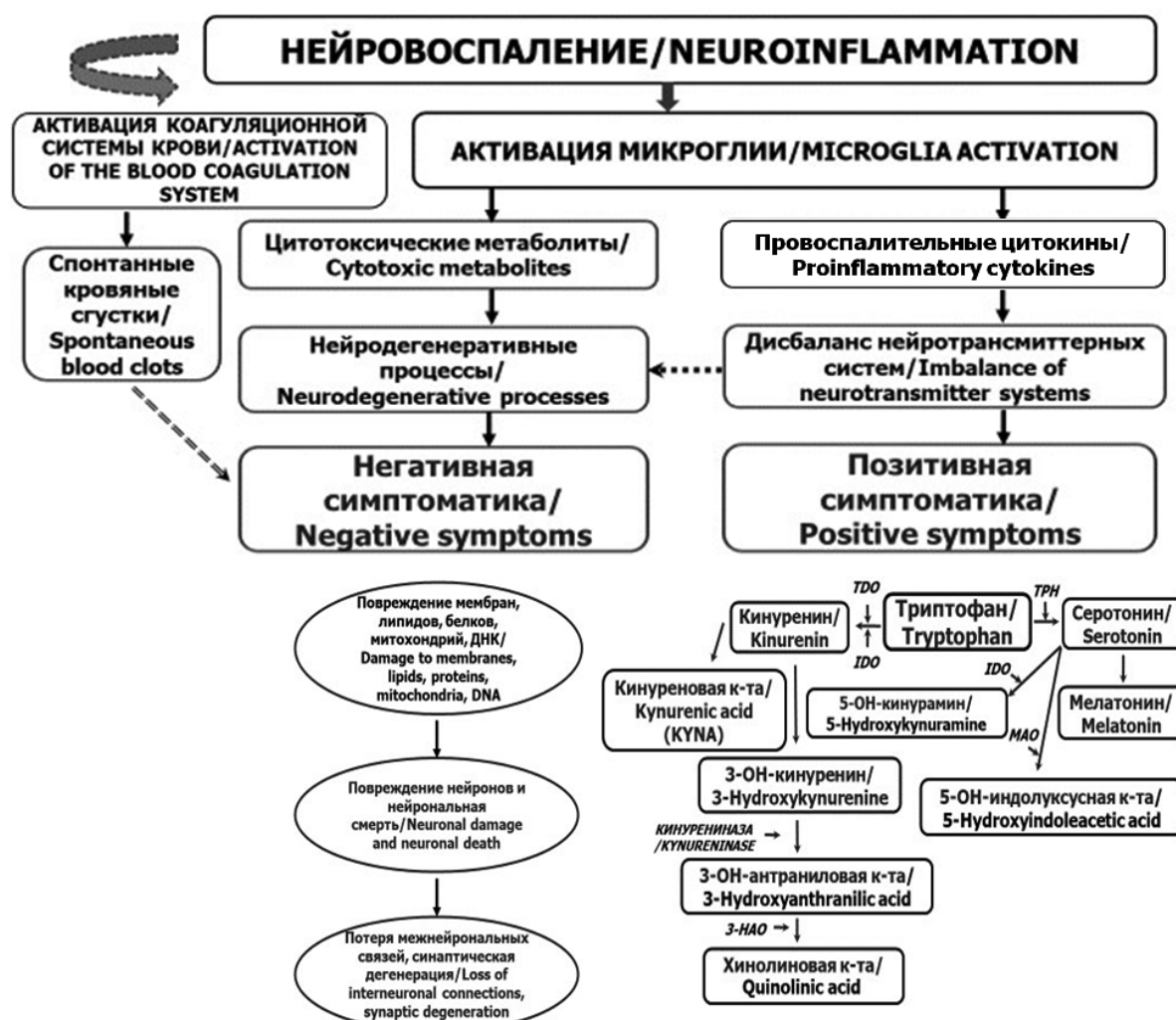


Рис. 1. Молекулярные механизмы развития негативной и позитивной симптоматики при шизофрении
Fig. 1. Molecular mechanisms of development of negative and positive symptoms in schizophrenia

патохарактерологическими структурами¹. Расстройства личности (РЛ), видоизменяющиеся как в статике — типологически, так и в динамике — деформация траектории развития личности, связанная с воздействием процессуальных дименсий, представляют в соответствии с концептуализируемой моделью облигатную составляющую психопатологического пространства шизофрении.

Анализ внутренних корреляций показал, что негативные и позитивные образования в рамках взаимодействия в пространстве общих синдромов обнаруживают различные психопатологические функции, а также дифференцированное воздействие на конституциональные и нажитые патохарактерологические структуры.

В соответствии с проведенным лонгитудинальным анализом клинического материала рассматриваемые дименсиональные структуры (негативные и позитивные образования) имеют собственные относительно независимые траектории развития. При этом рассматриваемые траектории не разъединены в рамках отдельных форм (негативная и позитивная шизофрения), как это представлено в моделях J.S. Strauss и T. Crow, но образуют сложную систему взаимодействий [34, 35].

Как свидетельствуют собственные наблюдения и данные ряда исследований, траектория развития негативных психопатологических симптомокомплексов, определяемая J.S. Strauss с соавт. (1974) и J.T. Crow (1985) как самостоятельная форма эндогенного заболевания — «негативная шизофрения», при оценке с позиций новой парадигмы представляет собой лишь один из вариантов наблюдающихся при заболеваниях эндогенного круга коморбидных соотношений негативных дименсий с позитивными, а именно: модус разнонаправленной по отношению к позитивным дименсиям динамики.

Выделено три реализующихся в процессе эндогенного заболевания варианта перекрывания траекторий развития негативной и позитивной симптоматики: 1 — симультанно-прогредиентный; 2 — разнонаправленный (полярные векторы); 3 — симультанно-фазный (фазный дефект [36]).

Кросс-секционный анализ показал, что позитивные и негативные дименсии, образующие клиническое пространство шизофрении, выступая в качестве независимых психопатологических образований, обнаруживают

дифференцированные психопатологические функции, а также дифференцированное воздействие на конституциональные и нажитые патохарактерологические структуры.

Негативные расстройства выступают в качестве «базисных», непосредственно связанных с эндогенным процессом образований [6, 34]. По данным исследования G. Rooijen с соавт. [37], проведенного с применением сетевого анализа, позволяющего на статистически достоверном уровне обнаружить внутренние корреляции («сети») между психопатологическими феноменами и определять степень их клинической значимости, негативные расстройства относятся к «центральных»², наиболее патогномичным и этиогенетически опосредованным симптомокомплексам шизофрении.

В аспекте взаимодействия с позитивными симптомокомплексами негативные образования выступают в качестве «трансформеров» — видоизменяют/деформируют характеристики первоначально нозологически нейтральных расстройств (астения, кататония, обсессивно-компульсивное расстройство, диссоциация и др.) до уровня предпочтительных для шизофрении психопатологических дименсий.

Позитивные симптомокомплексы в соответствии с представлениями, нашедшими подтверждение в ряде публикаций, при взаимодействии с негативными дименсиями приобретают функции «модераторов»: усиливают, амплифицируют, расширяют спектр проявлений негативных расстройств.

Воздействие процессуальных дименсий (негативные и позитивные образования) на структуру конституциональных личностных аномалий проявляется, как показывают данные проведенных исследований, деформацией патохарактерологических симптомокомплексов (выраженность и клиническая дифференциация которой определяется как тяжестью негативных изменений, так и модусом соучастия позитивных дименсий).

Соответственно выделено три стадии деформации конституциональных личностных структур:

- 1) амплификация РЛ;
- 2) частичная редукция преморбидных свойств, нарушающая их кластерную структуру (основа деформации на этих стадиях — негативные расстройства);
- 3) элиминация проявлений конституциональных аномалий (под воздействием негативных расстройств) с формированием «новой» (псевдопсихопатия), «реминисцентной» личности (на базе редуцированных позитивных расстройств).

¹ Принятие новой парадигмы означает отказ от ранее выдвигавшихся концепций соотношения позитивных/негативных расстройств — клинического единства (Jackson J., 1875), рядоположенности и, предположительно, сходства по генезу негативных/позитивных расстройств (Leongard K., 1936; Ey H., 1955), полярных в плане оценки клинической значимости позитивных расстройств концепций, либо как превалирующих по клиническому и диагностическому потенциалу (Langfeld G., 1939; Schneider K., 1957), либо как вторичных, лишенных нозологической специфичности и диагностической достоверности, провоцированных психогенно или отражающих различные функциональные воздействия (реакцию личности на психическое заболевание и проч.) (Bleuler E., 1972; Strauss J.S., 1974) концепций рядоположенности явлений шизофренического дефицита и патохарактерологических расстройств (психопатоподобный дефект).

² Центральные симптомы на статистическом уровне — психопатологические образования, непременно обнаруживающиеся в клиническом пространстве конкретного нозологического конструкта, не изменяющиеся под воздействием вторичных переменных и имеющие наибольшее число интеркорреляционных связей с иными симптоматическими доменами.

Исследования, проводимые в НЦПЗ, показали, что экспериментальные данные, относящиеся к процессам нейровоспаления, не только открывают новые перспективы изучения генеза шизофрении, но и создают условия для установления взаимосвязей сложных нейробиологических процессов с важнейшими клиническими проявлениями эндогенного заболевания.

Этот подход предусматривает учет уровня воспалительных маркеров и оценку динамики их изменения в ходе течения заболевания, что расширяет возможности диагностики шизофрении (в том числе на продромальных этапах, ограниченных лишь признаками амплификации, деформации характерологического склада личности, опосредованной воздействием негативных расстройств), мониторинга состояния пациентов в плане превенции эксацербаций, предикции формирования ремиссий (связанных с процессами затухания воспаления) и резидуальных псевдопсихопатических состояний и определения завершения процессуальной активности заболевания.

Представленная психопатологическая модель замкнутого на характерологических расстройствах цикла (дебют с амплификацией конституциональных аномалий — резидуальные состояния — формирование псевдопсихопатий) получает патогенетическое обоснование на базе данных о *последовательной* процессуально обусловленной смене этапов выраженности нейровоспаления. Так, высокому уровню маркеров воспаления, выявляемому в дебюте и на этапах активного течения заболевания, соответствуют явления амплификации и процессуально обусловленной деформации РЛ. В свою очередь, снижение интенсивности воспаления совпадает с завершением процессов, деформирующих патохарактерологические структуры, — происходит нивелировка конституциональных личностных свойств.

В отечественной литературе траектория псевдопсихопатий рассматривается вне процессуального поля: либо как самостоятельное, реализующееся независимо от эндогенного процесса развитие [38], либо как постпроцессуальное развитие личности [39]. Материалы нейробиологических и клинических исследований, проведенных в последнее десятилетие в НЦПЗ и других научных центрах, создают условия для определения (в порядке рабочей гипотезы) траектории развития псевдопсихопатических состояний. Показано, что на отдаленных этапах течения шизофрении интенсивность нейровоспаления снижается, но не достигает «контрольного» уровня [20, 40, 41]. В клиническом аспекте факт затухания, но неполного завершения нейровоспаления может означать завершение активного течения заболевания (и переход расстройства на уровень пограничной психической патологии), но не окончание развития психического расстройства. В свете верифицированного ослабления процессов воспаления и клинически устанавливаемой стабильности патохарактерологической структуры сформировавшейся псевдопсихопатии правомерно

отказаться от интерпретации дальнейшего развития расстройства в рамках персистирующего малопрогрессирующего течения эндогенного процесса. Вместе с тем, учитывая психопатологические характеристики нажитых психопатий, не представляется возможным квалифицировать их траекторию и в рамках динамики, свойственной врожденным конституциональным аномалиям.

Соответственно, учитывая приведенные выше параметры затухающих процессов воспаления (свидетельствующих о завершении процессуального этапа заболевания), а также установленные психопатологическими исследованиями данные о структуре псевдопсихопатий как о нажитой, т.е. не совпадающей со статикой и динамикой конституциональных аномалий, правомерной представляется квалификация динамики псевдопсихопатий в рамках постпроцессуального шизофренического диатеза.

Разработанная клинко-биологическая модель (новая парадигма взаимодействия негативных/позитивных расстройств и РЛ) способствует изменению концептуальных подходов к методике купирования психопатологических проявлений шизофрении.

Полученные данные позволяют уточнить некоторые общие положения, относящиеся к фармакотерапии эндогенных процессуальных расстройств.

Основываясь на модели шизофрении, включающей две процессуальные дименсиональные структуры, в качестве целевых симптомокомплексов при назначении психотропных средств рассматриваются как дефицитарные, так и позитивные расстройства.

Изолированное воздействие на одну из дименсиональных структур без учета взаимодействующих с ней других психопатологических и личностных расстройств не позволит обеспечить значимого прогресса в состоянии пациента, особенно в тех случаях, когда эти симптомокомплексы обнаруживают тенденцию к взаимной амплификации и ретенции, приводящей в конечном итоге к значительной лекарственной резистентности.

Соответственно, обоснованным представляется симультанное медикаментозное воздействие как на негативные, так и позитивные расстройства, включая в качестве возможной аугментации психотропной терапии препараты, снижающие уровень нейровоспаления. Благодаря фармакогенно обусловленной редукции позитивных симптомокомплексов минимизируется их амплифицирующее влияние на негативные расстройства. Кроме того, блокируется возможность утяжеления шизофренического дефекта за счет трансформации позитивной симптоматики в дефицитарные структуры.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Sumiyoshi T, Kunugi H, Nakagone K. Serotonin and dopamine receptors in motivational and cognitive disturbances of schizophrenia. *Front. Neurosci.* 2014;8:395:1–5. DOI: 10.3389/fnins.2014.00395

2. Devor A, Andreassen OA, Wang Y, Mäki-Marttunen T, Smeland OB, Fan C-C, Schork AJ, Holland D, Thompson WK, Witoelar A, Chen C-H, Desikan RS, McEvoy LK, Djurovic S, Greengard P, Svenningsson P, Einevoll GT, Dale AM. Genetic evidence for role of integration of fast and slow neurotransmission in schizophrenia. *Mol. Psychiatry*. 2017;22(6):792–801. DOI: 10.1038/mp.2017.33
3. McCutcheon RA, Krystal JH, Howes OD. Dopamine and glutamate in schizophrenia: biology, symptoms and treatment. *World Psychiatry*. 2020;19(1):15–33. DOI: 10.1002/wps.20693
4. Moghaddam B, Javitt D. From revolution to evolution: The glutamate hypothesis of schizophrenia and its implication for treatment. *Neuropsychopharmacology*. 2012;37:4–15. DOI: 10.1038/npp.2011.181
5. Pickar D, Litman RE, Eric Konicki P, Wolkowitz OM, Breier A. Neurochemical and neural mechanism of positive and negative symptoms in schizophrenia. *Mod. Probl. Pharmacopsychiatry*. 1990;24:124–151. DOI: 10.1159/
6. Galderisi S, Merlotti E, Mucci A. Neurobiology background of negative symptoms. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*. 2015;265(7):243–258. DOI: 10.1007/s00406-015-0590-4
7. Sekar A, Bialas AR, de Rivera H, Davis A, Hammond TR, Kamitaki N, Tooley K, Presumey J, Baum M, Van Doren V, Genovese G, Rose SA, Handsaker RE, Daly MJ, Carroll MC, Stevens B, McCarroll SA. Schizophrenia risk from complex variation of complement component. *Nature*. 2016;11:530(7589):177–183. DOI: 10.1038/nature16549
8. Rund BR. Is schizophrenia a neurodegenerative disorder? *Nordic Journal of Psychiatry*. 2009;63:196–201. DOI: 10.1080/08039480902767286
9. Kraepelin E. *Dementia Praecox and Paraphrenia*. Huntington, NY: Kreiger; 1971.
10. Hazlett EA, Buchsbaum MS, Haznedar MM, Newmark R, Goldstein KE, Zelmanova Y, Glanton CF, Torosjan Y, New AS, Lo JN, Mitropoulou V, Siever LJ. Cortical gray and white matter volume in unmedicated schizotypal and schizophrenia patients. *Schizophr. Res*. 2008;101(1–3):111–123. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.schres.2007.12.472>
11. Koutsouleris N, Gaser C, Jager M, Bottlender R, Frodl T, Holzinger S, Schmitt GJ, Zetzsche T, Burgermeister B, Scheuerecker J, Born C, Reiser M, Moller HJ, Meisenzahl EM. Structural correlates of psychopathological symptom dimensions in schizophrenia: a voxel-based morphometric study. *NeuroImage*. 2008;39(4):1600–1612. DOI: 10.1016/j.schres.2008.06.023
12. Singh A, Kukreti R, Saso L, Kukreti S. Oxidative stress: a key modulator in neurodegenerative diseases. *Molecules*. 2019;24(8):1583. DOI: 10.3390/molecules24081583.PMID: 31013638
13. Maes M, Sirivichayakul S, Matsumoto AK, Maes A, Michelin AP, de Oliveira Semeão L, de Lima Pedrão JV, Moreira EG, Barbosa DS, Geffard M, Carvalho AF, Kanchanatawan B. Increased levels of plasma tumor necrosis factor- α mediate schizophrenia symptom dimensions and neurocognitive impairments and are inversely associated with natural igm directed to malondialdehyde and paraoxonase 1 activity. *Mol. Neurobiol*. 2020;57(5):2333–2345. DOI: 10.1007/s12035-020-01882-w
14. Wagner H. Endogenous TLR ligands and autoimmunity. *Adv. Immunol*. 2006;91:159–173. DOI: 10.1016/S0065-2776(06)91004-9.
15. Gallego JA, Blanco EA, Husain-Krautter S, Madeline Fagen E, Moreno-Merino P, Del Ojo-Jiménez JA, Ahmed A, Rothstein TL, Lencz T, Malhotra AK. Cytokines in cerebrospinal fluid of patients with schizophrenia spectrum disorders: New data and an updated meta-analysis. *Schizophr. Res*. 2018;202:64–71. DOI: 10.1016/j.schres.2018.07.019
16. Wang AK, Brian J, Miller BJ. Meta-analysis of cerebrospinal fluid cytokine and tryptophan catabolite alterations in psychiatric patients: comparisons between schizophrenia, bipolar disorder, and depression. *Schizophr. Bull*. 2018;44(1):75–83. DOI: 10.1093/schbul/sbx035
17. Khandaker GM, Cousins L, Deakin J, Lennox BR, Yolken R, Jones PB. Inflammation and immunity in schizophrenia: implications for pathophysiology and treatment. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(3):258–270. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)00122-9
18. Müller N. Inflammation in schizophrenia: pathogenetic aspects and therapeutic considerations. *Schizophr. Bull*. 2018;44(5):973–982. DOI: 10.1093/schbul/sby024
19. Снежневский АВ. Шизофрения. Клиника и патогенез. М., 1969. Snezhnevsky AV. Schizophrenia. Clinic and pathogenesis. M., 1969. (In Russ.).
20. Ключник ТП, Зозуля СА, Андросова ЛВ, Сарманова ЗВ, Отман ИН, Дупин АМ, Пантелеева ГП, Олейчик ИВ, Абрамова ЛИ, Столярова СА, Шипилова ЕС, Борисова ОА. Иммунологический мониторинг эндогенных приступообразных психозов. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2014;114:2:37–41. Kliushnik TP, Zozulya SA, Androsova LV, Sarmanova ZV, Otman IN, Dupin AM, Panteleeva GP, Oleichik IV, Abramova LI, Stolyarov SA, Shypilova ES, Borisova OA. Immunological monitoring of endogenous attack-like psychoses. *Zhurnal neurologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2014;114(2):37–42. (In Russ.).
21. Смудевич АБ. Негативные расстройства в психопатологическом пространстве шизофрении. М.: МЕДпресс-информ, 2020. Smulevich AB. Negative Disorders in Schizophrenia. M.: MEDpress-inform, 2020. (In Russ.).
22. Gibney SM, McGuinness B, Prendergast C, Harkin A, Connor TJ, Poly I. C-induced activation of the immune response is accompanied by depression and anxiety-like behaviours, kynurenine pathway activation

- and reduced BDNF expression. *Brain Behav. Immun.* 2013;28:170–181. DOI: 10.1016/j.bbi.2012.11.010
23. Fazio F, Lionetto L, Curto M, Iacovelli L, Cavallari M, Zappulla C, Olivieri M, Napoletano F, Capi M, Corigliano V, Scaccianoce S, Caruso A, Miele J, De Fusco A, Di Menna L, Comparelli A, De Carolis A, Gradini R, Nisticò R, De Blasi A, Girardi P, Bruno V, Battaglia G, Nicoletti F, Simmaco M. X anthurenic acid activates MGLU2/3 metabotropic glutamate receptors and is a potential trait marker for schizophrenia *Sci. Rep.* 2015;5:17799. DOI: 10.1038/srep17799
 24. Plitman E, Iwata Y, Caravaggio F, Nakajima S, Chung JK, Gerretsen P, Kim J, Takeuchi H, Chakravarty MM, Remington G, Graff-Guerrero A. Kynurenic acid in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr. Bull.* 2017;43(4):764–777. DOI: 10.1093/schbul/sbw221
 25. Haroon E, Miller AH, Sanacora G. Inflammation, glutamate, and glia: a trio of trouble in mood disorders. *Neuropsychopharmacology.* 2017;42(1):193–215. DOI: 10.1038/npp.2016.199
 26. Singh A, Kukreti R, Saso L, Kukreti S. Oxidative stress: a key modulator in neurodegenerative diseases. *Molecules.* 2019;24(8):1583. DOI: 10.3390/molecules24081583
 27. Hoirisch-Clapauch S, Amaral OB, Mezzasalma MA, Panizzutti R, Nardi AE. Dysfunction in the coagulation system and schizophrenia. *Transl. Psychiatry.* 2016;6(1):e704. DOI: 10.1038/tp.2015.204
 28. Witkowski M, Landmesser U, Rauch U. Tissue factor as a link between inflammation and coagulation. *Trends Cardiovasc. Med.* 2016;26(4):297–303. DOI: 10.1016/j.tcm.2015.12.001
 29. Брусов ОС, Симашкова НВ, Карпова НС, Фактор МИ, Никитина СГ. Повышенная свертываемость плазмы крови у детей с детским аутизмом и детской шизофренией: тромбодинамические показатели гиперкоагуляции. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2019;1:45–49. Brusov OS, Simashkova NV, Karpova NS, Faktor MI, Nikitina SG. Thrombodynamic parameters of hypercoagulation of blood in children with childhood autism and schizophrenia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2019;1:45–49. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro201911901145
 30. Брусов ОС, Олейчик ИВ, Карпова НС, Фактор МИ, Сизов СВ. Корреляционная связь тромбодинамических показателей коагуляции и негативных синдромов у больных шизофренией. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2020;12:86–91. DOI: 10.17116/jnevro202012012186 Brusov OS, Oleichik IV, Karpova NS, Faktor MI, Sizov SV. Correlation of thrombodynamic parameters of coagulation and negative syndromes in patients with schizophrenia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2020;12:86–91. (In Russ.) DOI: 10.17116/jnevro202012012186
 31. Quaegebeur A, Lange C, Carmeliet P. The neurovascular link in health and disease: molecular mechanisms and therapeutic implications. *Neuron.* 2011;71(3):406–424. DOI: 10.1016/j.neuron.2011.07.013
 32. Erhardt S, Schwieler L, Imbeault S, Engberg G. The kynurenine pathway in schizophrenia and bipolar disorder. *Neuropharmacology.* 2017;112(PtB):297–306. DOI: 10.1016/j.neuropharm.2016.05.020
 33. Weinberger DR. Future of days past: neurodevelopment and schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2017;43(6):1164–1168. DOI: 10.1093/schbul/sbx118
 34. Strauss JS, Carpenter W, Bartko J. Part III. Speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schizophr. Bull.* 1974;1(11):61–69.
 35. Crow T. The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophr. Bull.* 1985;11(3):471–488.
 36. Tandon R, DeQuardo JR, Taylor SF, McGrath M, Jibson M, Eiser A, Goldman M. Phasic and enduring negative symptoms in schizophrenia: biological markers and relationship to outcome. *Schizophr. Res.* 2000;51:185–201.
 37. van Rooijen G, Isvoranu AM, Meijer CJ, van Borkulo CD, Ruhé HG, de Haan L. A symptom network structure of the psychosis spectrum. *Schizophr. Res.* 2017;189:75–83. DOI: 10.1016/j.schres.2017.02.018
 38. Молочек АИ. Психореактивные механизмы при шизофрении. Проблемы судебной психиатрии. М., 1941. Вып. 3:94–117. Molochek AI. Psychoreactive mechanisms in schizophrenia. Problems of forensic psychiatry. M., 1941. Is. 3:94–117. (In Russ.).
 39. Снежневский АВ. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. М., 1972. Snezhnevsky AV. Schizophrenia. Multidisciplinary study. M., 1972. (In Russ.).
 40. Андросова ЛВ, Михайлова НМ, Зозуля СА, Дупин АМ, Ключник ТП. Маркеры воспаления при шизофрении позднего возраста. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2014;114(12):60–64. DOI: 10.17116/jnevro201411412160-64 Androsova LV, Mikhaylova NM, Zozulya SA, Dupin AM, Klyushnik TP. Inflammatory markers in schizophrenia in aged. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2014;114(12):60–64. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro201411412160-64
 41. Pedraz-Petrozzi B, Elyamany O, Rummel C, Mulert C. Effects of inflammation on the kynurenine pathway in schizophrenia — a systematic review. *J. Neuroinflammation.* 2020;17(1):56. DOI: 10.1186/s12974-020-1721-z

Сведения об авторах

Клюшник Татьяна Павловна, профессор, доктор медицинских наук, руководитель лаборатории нейроиммунологии, директор ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0001-5148-3864>

E-mail: klushnik2004@mail.ru

Смулевич Анатолий Болеславович, академик РАН, доктор медицинских наук, заведующий отделом по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; заведующий кафедрой психиатрии и психосоматики ИКМ ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0003-2737-3432>

E-mail: absmulevich@list.ru

Зозуля Светлана Александровна, кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0001-5390-6007>

E-mail: s.ermakova@mail.ru

Воронова Евгения Ивановна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и психосоматики ИКМ ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0001-6605-4851>

E-mail: voronova_e@mail.ru

Information about the authors

Tatyana P. Klyushnik, Professor, MD, PhD, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Laboratory of Neuroimmunology, Director, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0001-5148-3864>

E-mail: klushnik2004@mail.ru

Anatoly B. Smulevich, Professor, MD, PhD, Dr. of Sci. (Med.), Member of the Russian Academy of Sciences, Head of Department, FSBSI "Mental Health Research Centre", Head of Department, Sechenov University, Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0003-2737-3432>

E-mail: absmulevich@list.ru

Svetlana A. Zozulya, PhD, Cand. of Sci. (Biol.), Leading Researcher, Laboratory of Neuroimmunology, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0001-5390-6007>

E-mail: s.ermakova@mail.ru

Evgeniya I. Voronova, MD, PhD, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor, Sechenov University; Leading Researcher, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0001-6605-4851>

E-mail: voronova_e@mail.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Клюшник Татьяна Павловна/Tatyana P. Klyushnik

E-mail: klushnik2004@mail.ru

Дата поступления 12.11.2020 Received 12.11.2020	Дата рецензии 20.12.2020 Revised 20.12.2020	Дата принятия 21.12.2020 Accepted for publication 21.12.2020
--	--	---

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-16-25>

УДК 616.89; 616.895.4; 616.8-008.64; 616.053.7; 616.89-02-053

Клинико-психопатологические особенности юношеских депрессий с аттенуированными симптомами шизофренического спектра

Омельченко М.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация

ОРИГИНАЛЬНАЯ
СТАТЬЯ

Резюме

Цель: установление клинико-психопатологических особенностей юношеских депрессий с аттенуированными симптомами шизофренического спектра (АСШС) для создания их типологической дифференциации. **Пациенты и методы:** клинико-психопатологически и психометрически обследованы 219 больных юношеского возраста (средний возраст $19,6 \pm 2,4$ года), впервые госпитализированных в клинику ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (НЦПЗ) с 2011 по 2020 г. с первым депрессивным состоянием с АСШС. Группа сравнения включала 52 больных с «классическими» депрессиями юношеского возраста без АСШС (средний возраст $19,6 \pm 2,4$ года). Диагнозы по МКБ-10: F32.1, F32.2, F32.38, F32.8. **Результаты:** по особенностям психопатологической структуры юношеских депрессий с АСШС выделены следующие типы: 1-й тип депрессии с аттенуированными психотическими симптомами (АПС), который в свою очередь подразделялся на подтип 1а депрессий с аттенуированными по выраженности психотическими симптомами (АПС-В) и подтип 1б депрессий с кратковременными интермиттирующими психотическими симптомами (КИПС); 2-й тип депрессий с аттенуированными негативными симптомами (АНС), включающие в себя два подтипа: подтип 2а АНС с преимущественным поражением эмоциональной сферы и подтип 2б АНС с нарушениями мотивационной сферы, а также 3-й тип с аттенуированными симптомами дезорганизации мышления (АСД) в структуре аффективных расстройств. Установлены клинические и достоверные психометрические различия между депрессиями с АСШС и депрессиями без АСШС в группе контроля. **Выводы:** юношеские депрессии с АСШС достоверно отличаются от «классических» юношеских депрессий без АСШС. Установлены различия в психопатологической структуре юношеских депрессий с АСШС, что послужило основанием для создания их типологической дифференциации.

Ключевые слова: юношеские депрессии; ранние этапы шизофрении; аттенуированные психотические симптомы; первичные негативные симптомы.

Для цитирования: Омельченко М.А. Клинико-психопатологические особенности юношеских депрессий с аттенуированными симптомами шизофренического спектра. *Психиатрия*. 2021;19(1):16–25. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-16-25>

Конфликт интересов отсутствует

Clinical Features of Youth Depression with Attenuated Symptoms of the Schizophrenic Spectrum

Omelchenko M.A.

FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation

RESEARCH

Summary

Objective: establishment of clinical and psychometric features of youth depression with attenuated symptoms of the schizophrenic spectrum (ASSS) for early differential diagnosis and nosological assessment. **Patients and methods:** clinical and psychometric examination of young 219 inpatients (average age 19.6 ± 2.4 years), first admitted to the clinic "Mental Health Research Centre" from 2011 to 2020 with the first depressive episode with ASSS. Control group of inpatients (52 patients) with "classical" youth depressions without ASSS (average age 19.6 ± 2.4 years). Diagnosis according ICD-10: F32.1, F32.2, F32.28, F32.8. **Results:** the psychopathological structure of youth depression with ASSS is characterized by the following types: (1) depression with attenuated psychotic symptoms (APS), which were divided into the subtype (1a) depression with APS and (1b) depression with brief limited intermittent psychotic symptoms (BLIPS); (2) depression with attenuated negative symptoms (ANS), comprising two subtypes (2a) with most emotional damage and (2b) with volitional impairment, and type (3) with attenuated symptoms of disorganization (ASD) in the structure of depressive episode. Clinical and reliable psychometric differences have been established between depressions with ASSS and «classical» youth depressions without ASSS. **Conclusions:** youth depression with ASSS is definitely different from "classical" youth depression without ASSS. Differences have been found in the psychopathological structure of youth depression with ASSS, resulting in a typological differentiation.

Keywords: youth depression; early stages of schizophrenia; attenuated psychotic symptoms; primary negative symptoms.

For citation: Omelchenko M.A. Clinical Features of Youth Depression with Attenuated Symptoms of the Schizophrenic Spectrum. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(1):16–25. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-16-25>
There is no conflict of interests

ВВЕДЕНИЕ

Юношеский возраст является временем начала большинства психических расстройств, в том числе и шизофрении [1, 2], которая часто до формирования развернутой клинической картины остается нераспознанной или трактуется в рамках других нозологических единиц [3], и лишь последующее проспективное лонгитудинальное наблюдение таких больных верифицирует психиатрический диагноз. Таким образом, поиск специфических синдромов на ранних этапах заболевания приобретает особую важность для его своевременной диагностики и разработки оптимальных стратегий превентивной терапии [4].

В последние годы отмечается увеличение заболеваемости психическими расстройствами в подростково-юношеском возрасте [5]. Одним из частых расстройств, которое приводит молодых людей к обращению за специализированной помощью, является депрессивный синдром [6]. Обнаружение в его структуре феноменов шизофренического спектра [7, 8], которые хоть и не являются облигатными, но встречаются у подавляющего большинства больных шизофренией, позволяет предположить начало эндогенного процесса [9]. По существующей в настоящее время модели шизофрении [10] к этим феноменам относятся аттенуированные¹ (ослабленные) позитивные, негативные симптомы, формальные нарушения мышления в виде дезорганизации.

Среди аттенуированных позитивных симптомов (АПС) отдельно выделяются недостаточные для верификации в качестве психотических по степени выраженности АПС и по продолжительности кратковременные интермиттирующие психотические симптомы (КИПС) [11]. Для их обнаружения применяются следующие критерии: они должны быть выражены настолько, чтобы обратить на себя внимание пациента и их можно было выявить клинически, их развитие не должно быть вызвано никаким другим психическим расстройством, медицинским состоянием или употреблением психоактивных веществ [12].

Обнаружение негативных симптомов в структуре депрессии сопровождается рядом трудностей, так как депрессивная симптоматика сама по себе может приводить к ложноположительным результатам, а с другой стороны, текущие аффективные расстройства маскируют дефицитарную симптоматику, вплетая ее в психопатологическую структуру депрессии и крайне усложняя верификацию [13, 14]. Тем не менее выявление негативных симптомов, которые как во времена E. Bleuler и E. Kraepelin, так и в последнем издании

¹ В настоящей работе применяется заимствованный из английского языка термин «аттенуированный» (attenuated — ослабленный) с целью стандартизации с общемировыми исследованиями по данной тематике.

DSM-5 [12] считаются ядерными, т.е. «ключевыми» для шизофрении, с высокой степенью вероятности позволяет предположить наличие эндогенного процесса. На инициальном этапе шизофрении негативные симптомы малозаметны, что дало возможность определять их как аттенуированные негативные симптомы [15, 16]. Кроме того, установлено, что поначалу симптоматика исчерпывается субклиническими негативными симптомами и лишь по мере нарастания прогрессивности происходит усложнение клинической картины [13]. Таким образом, в некоторых случаях негативные симптомы могут быть не только ранним, но и единственным маркером начала эндогенного процесса шизофренического спектра.

Что касается первых признаков синдрома дезорганизации [7, 8], то они описываются как часть феномена деавтоматизации [17] или симптомы «малой кататонии» в структуре других психопатологических образований, в том числе юношеской депрессии [18], и не рассматриваются самостоятельно как специфичные для ранней диагностики шизофренического процесса. Это приводит к возможности оценки симптомов выделенных кластеров в качестве клинических маркеров для ранней дифференциальной диагностики шизофренического процесса среди пациентов с первыми юношескими депрессиями.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования — установление клинко-психопатологических особенностей юношеских депрессий с аттенуированными симптомами шизофренического спектра (АСШС) для проведения их типологической дифференциации.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование было проведено на материале 219 больных юношеского возраста (средний возраст $19,6 \pm 2,4$ года), впервые госпитализированных в клинику НЦПЗ с 2011 по 2020 г. с первым депрессивным состоянием с АСШС, относящихся к кластеру позитивных психотических, негативных симптомов и симптомов дезорганизации, с «подпороговой» степенью выраженности, которая, с одной стороны, делала возможным их выявление, а с другой, не позволяла отнести к текущему эндогенному процессу. Для подтверждения особенностей клинических и психометрических характеристик юношеских депрессий с АСШС была дополнительно отобрана контрольная группа (52 больных) с «классическими» депрессиями юношеского возраста без АСШС (средний возраст $19,6 \pm 2,4$ года). По МКБ-10 юношеские депрессии относились к диагностическим рубрикам F32.1, F32.2, F32.38, F32.8.

Общими критериями включения являлись юношеский возраст (16–25 лет), первое обращение по поводу депрессивного состояния, длительность которого к моменту обращения составляла не более пяти лет². Дополнительным критерием включения в контрольную группу было отсутствие описанных АСШС, что определило ее как группу с «чисто аффективным» механизмом патогенеза депрессии.

К критериям не включения относились сопутствующая психическая патология, наличие анамнестических данных о нарушениях психического развития, отчетливые психотические симптомы, позволяющие диагностировать психотическую депрессию с конгруэнтным (F32.33) и неконгруэнтным (F32.34) аффекту бредом, а также клинически значимые хронические соматические и неврологические заболевания.

Исследование соответствовало Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренному варианту 2000 г. и было одобрено Локальным этическим комитетом НЦПЗ. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Клинико-психопатологическое и психометрическое исследование проводилось по шкалам оценки выраженности депрессивных симптомов (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS), позитивных симптомов и симптомов дезорганизации (Scale of Prodromal Symptoms, SOPS) и негативных симптомов (Scale for Assessment of Negative Symptoms, SANS).

Статистический анализ полученных данных осуществлялся с использованием программы STATISTICA 12.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Поиск и верификация «подпороговых» позитивных, негативных симптомов и симптомов дезорганизации в структуре юношеских депрессий проводились путем психопатологического анализа на предмет наличия феноменов из основных кластеров расстройств, характерных для шизофрении: позитивных психотических, негативных симптомов и специфических когнитивных, или симптомов дезорганизации. Таким образом, комплексно проанализировав симптомы юношеских депрессий, которые свидетельствовали об усложнении аффективной структуры теми или иными проявлениями эндогенного процесса, свойственного шизофрении, стало возможным создание типологии. Юношеские депрессии с АСШС были подразделены на 1-й тип депрессии с аттенуированными психотическими симптомами (АПС), которые в свою очередь подразделялись на подтип 1а депрессий с недостаточными по степени выраженности АПС (АПС-В) и подтип 1б депрессий с недостаточными по продолжительности кратковременными интермиттирующими психотическими симптомами (КИПС); 2-й тип депрессии с аттенуированными

негативными симптомами (АНС), включающий в себя подтип 2а АНС с преимущественным поражением эмоциональной сферы и подтип 2б АНС с мотивационными нарушениями, а также 3-й тип с аттенуированными симптомами дезорганизации (АСД) в структуре аффективных состояний (рис. 1).

Юношеские депрессии 1-го типа с аттенуированными психотическими симптомами (АПС) (130 больных; 59,4%) представляли собой наиболее обширную группу, характеризующуюся включением в психопатологическую структуру депрессии отдельных психотических феноменов как галлюцинаторного, так и бредового регистра со следующими клиническими проявлениями: бредовым настроением, состояниями *déjà vu* и *jamais vu*, несвойственной больному ранее недоверчивостью и подозрительностью, феноменами, напоминающими «открытость» мыслей, слуховыми расстройствами в виде шумов, шороха, шепота, окликов, единичных слов и фраз, доносящихся извне или возникающих внутри головы, элементарными обманами зрительного восприятия в виде вспышек, мелькающих геометрических фигур, неких абстрактных конструкций и примитивных образов, отдельными обонятельными и тактильными обманами восприятия.

Характерными особенностями АПС было то, что больные сами никогда не жаловались на них, эти феномены обнаруживались при тщательном психопатологическом обследовании. Пациенты испытывали сложности в подборе слов для описания этих симптомов, нередко скрывали их наличие и рассказывали о них позже, после их редукции. Это можно объяснить крайней необычностью болезненных переживаний, когда больные не могли найти никаких подходящих ассоциаций, чтобы объяснить их понятным для собеседника языком либо воспринимали их как вариант «нормы» и считали, что эти явления в той или иной степени свойственны всем. Пациенты всегда сохраняли критическое отношение к АПС, что также могло быть одной из причин попыток диссимулировать состояние. Эти явления чаще возникали в вечернее и ночное время, особенно в просоночном состоянии. Также триггером их возникновения могли быть различные внешние провоцирующие факторы.

АПС подразделялись на аттенуированные по выраженности (АПС-В) психотические симптомы и ослабленные по продолжительности кратковременные интермиттирующие психотические симптомы (КИПС). АПС-В отличались недостаточной степенью выраженности для верификации их как собственно психотических, а КИПС по своей интенсивности приближались к истинным психотическим расстройствам, однако характеризовались крайней непродолжительностью — от нескольких минут до нескольких часов.

Депрессии подтипа 1а с аттенуированными по выраженности психотическими симптомами (АПС-В) (100 больных; 76,9%) начинались исподволь, отличались медленным, поступательным развитием с постепенным усложнением клинической картины

² Длительность текущего состояния определялась сроками не более пяти лет в соответствии с концепцией «критического» периода заболевания (Malla A., Joobor R., Iyer S., 2017), представляющего наибольшую важность для ранней интервенции.

депрессии. В большинстве случаев в связи с таким плавным началом нельзя было говорить о какой-либо психогенной провокации. Постепенно снижался интерес к прежним увлечениям, обеднялся досуг. Симптоматика на начальном этапе отличалась нестойкостью, сменялась спонтанными непродолжительными периодами восстановления прежнего уровня функционирования.

В дальнейшем появлялись отчетливые депрессивные симптомы, преимущественно тревожно-апатического характера, и одновременно с этим в структуре депрессии возникали отдельные идеи отношения, постепенно нарастала подозрительность, недоверчивость. Больные тяготились своим состоянием, в то время как сохраняющаяся критика не позволяла им полностью довериться болезненным ощущениям. Присоединялись отдельные обманы восприятия, «оклики», «ослышки», когда в речи окружающих больные слышали неприятные для себя слова, понимая, что это не соответствует реальности. На высоте состояния, особенно при внешней провокации, возникали стертые быстропроходящие идеи воздействия. Обратное развитие депрессивного состояния характеризовалось постепенной редукцией АПС с повторяющимися кратковременными эпизодами их усиления на фоне плавной динамики выравнивания фона настроения. Средняя длительность депрессии составила $15,9 \pm 13,4$ мес.

Депрессии подтипа 1б с кратковременными интермиттирующими психотическими симптомами (КИПС) (30 больных; 23,1%) отличались полиморфной симптоматикой инициального этапа депрессивного состояния. В 36,7% случаев (11 больных) началу депрессии предшествовала психогения, в 16,7% наблюдений (5 больных) депрессия начиналась внезапно, без внешней провокации, а у остальных 46,6% (14 больных) на инициальном этапе формировалась

неспецифическая симптоматика в виде повышенной утомляемости, истощаемости, раздражительной слабости. В большинстве случаев формированию развернутой депрессивной симптоматики предшествовал эпизод с КИПС, который в большинстве случаев развивался по механизму, сходному с формированием острого чувственного бреда, однако без сохранения последовательности стадий его развития, с инсценировкой, бредом особого значения, бредовой дереализацией с кратковременным онейроидоподобным помрачением сознания, а также отдельными галлюцинаторными расстройствами.

В целом продолжительность эпизода КИПС составляла от нескольких минут до 2 ч с последующей полной редукцией. В дальнейшем формировалась отчетливая депрессивная симптоматика тревожно-апатической структуры с тягостными воспоминаниями о состоянии острой фазы при сохранении полной критики к нему. Дальнейшее течение депрессивного состояния характеризовалось возобновлением психотической симптоматики, однако в более стертом, рудиментарном виде, напоминающей АПС, что вызывало у пациента страх повторения состояния и приводило к обращению за медицинской помощью. Средняя длительность депрессивного состояния составила $12,6 \pm 12,8$ мес.

Юношеские депрессии 2-го типа с аттенуированными негативными симптомами (АНС) (71 больной; 32,4%) определялись преимущественной представленностью в структуре депрессивного состояния отдельных симптомов, напоминающих дефицитарные расстройства при шизофрении. Для упрощения их выявления, исходя из современной модели негативных симптомов [19], мы сфокусировались на поиске двух основных кластеров — эмоционального и мотивационного. Во всех случаях имеющиеся феномены, относящиеся к негативному кругу расстройств, отличались

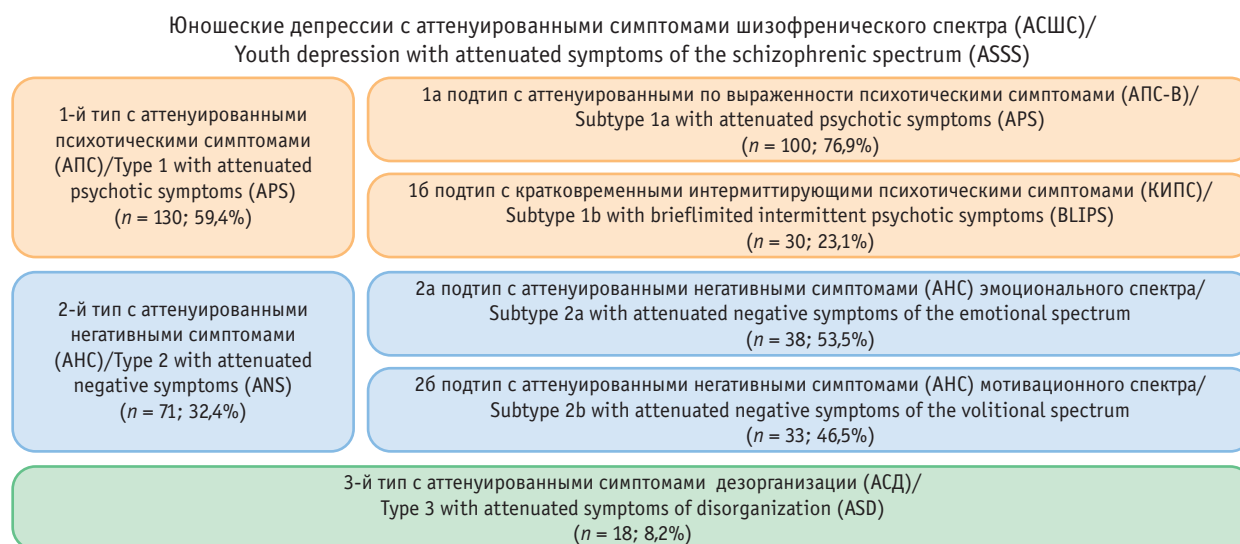


Рис. 1. Типологические разновидности юношеских депрессий с аттенуированными симптомами шизофренического спектра

Fig. 1. Typological varieties of youth depression with attenuated symptoms of the schizophrenic spectrum

рудиментарностью и парциальностью, а также потенциальной обратимостью, что не позволяло отнести их к дефицитарным «минус»-симптомам (по J. Jackson) и оправдывало такое определение, как «аттенуированные» негативные симптомы (АНС) [15, 16].

Депрессии подтипа 2а с АНС эмоционального спектра (38 больных; 53,5% случаев) начинались исподволь, при этом достаточно часто (у 15 больных, 39,5%) первые изменения состояния приходились на время пубертата с последующим постепенным нарастанием и усложнением психопатологической структуры. Поначалу клиническая картина была сходна с симптоматикой подростковых кризов, в дальнейшем формировалось стойко сниженное настроение с доминированием дисфорического аффекта, на фоне которого по механизму «короткого замыкания» развивались вспышки эксплозивности в виде импульсивных ауто- и гетероагрессивных действий. По своей структуре этот подтип депрессий напоминал так называемые «гебоидные депрессии» [20].

На фоне стойкой гипотимии пациенты начинали замечать нарастающие изменения в эмоциональной сфере, причем они касались не характерной для депрессии инверсии вектора эмоций в сторону отрицательного полюса, а скорее представляли собой общее притупление с обеднением не только позитивных, но и негативных эмоциональных реакций. Такое состояния *anaesthesia psychica dolorosa* тяжело переживалось больными и являлось основной причиной рефлексии. Редуцировалась дружеская привязанность, прежние близкие связи лишались своей живости и переставали доставлять приятные эмоции. Утрачивались прежние интересы, любимые занятия не приносили удовольствие. Пациенты пугались такой эмоциональной тупости и прикладывали немалые усилия, чтобы «оживить эмоции», совершая необдуманные и даже опасные действия. Однако эти попытки были безуспешны и не вызывали не только искомых гедонистических ощущений, но и вообще острых эмоций, в том числе и негативных. При психопатологическом обследовании выявлялось уменьшение эмоциональной экспрессии, сокращение спонтанных движений, бедность экспрессивных жестов, уплощение амплитудной модуляции речи, а также оскудение речевой продукции, что не соответствовало общему клиническому впечатлению выраженности депрессивного аффекта.

Таким образом, к этому кластеру нарушений относились такие негативные симптомы, характерные для шизофрении, как эмоциональное уплощение и алогия. Однако помимо этих симптомокомплексов в структуре юношеских депрессий имели место также и элементы ангедонии в виде снижения способности к переживанию положительных эмоций без нарушения активности в поиске удовольствия. Правомочность выделения такого аспекта ангедонии в сфере расстройств эмоционального круга определялась общим вектором настоящего исследования, направленного на выявление начальных признаков негативных симптомов, которые

при своей дальнейшей эволюции усложнялись и формировались в конечный стойкий симптомокомплекс, доступный для клинической верификации. Таким образом, выделенное нами понятие «эмоциональная ангедония» имеет большее сродство к уплощению и обеднению спектра эмоций, в отличие от «ангедонии» как негативного симптома шизофрении, который по современным представлениям [21] отражает абулические расстройства. Обратное развитие депрессии характеризовалось медленным выравниванием фона настроения, а также постепенным, но несколько отставленным во времени возвращением эмоциональных реакций, которые часто отличались парциальностью и неполнотой восстановления. Средняя продолжительность юношеских депрессий этого подтипа составляла $25,6 \pm 19,5$ мес.

Депрессии подтипа 2б с АНС мотивационного спектра (33 больных; 46,5% случаев) характеризовались самым медленным и постепенным развитием из всех исследуемых депрессивных состояний. Первым симптомом была астения, которая поначалу переживалась субъективно и проявлялась в повышенной утомляемости, истощаемости при обычной физической и психической нагрузке. В дальнейшем больные начинали предъявлять собственно депрессивные жалобы преимущественно тревожно-апатического характера с сочетанием безразличия, безучастности и отсутствия стремления к деятельности, с одной стороны, и тревожных размышлений о неспособности справиться со своими обязанностями, с другой. Пациентам были свойственны «реакции отказа» с непереносимостью стрессовых ситуаций, когда уже накануне психологически значимых событий возникала выраженная тревога, которая постепенно нарастала и служила причиной совершения импульсивных действий. По мере динамики состояния отмечалась постепенная редукция тревожных расстройств с усилением симптоматики апатоадинамического характера. Формировалась стойкая ангедония со снижением интереса к прежним увлечениям, нарастала аутизация с избеганием любой социальной активности, прекращением межличностных взаимоотношений. Недостаток энергии, влечений и заинтересованности в какой-либо деятельности, выражающийся в недостаточной настойчивости в учебе и труде, физической анергии с быстрой истощаемостью, утомляемостью, усталостью от минимальных нагрузок, причем не только двигательных, но и умственных, напоминал «юношескую астеническую несостоятельность» [20].

Необходимо отметить, что у этих больных ангедония была представлена своим классическим вариантом и характеризовалась не только утратой способности получать удовольствие, но также и потерей активности для его достижения. Следует отметить, что вышеперечисленные симптомы также отличались парциальностью, слабой степенью выраженности, отсутствием единого гармоничного симптомокомплекса, не позволяющего говорить о тотальном поражении

мотивационной сферы. Обратное развитие депрессии характеризовалось постепенным выравниванием фона настроения с частичным восстановлением активности, заинтересованности в деятельности. Ни в одном случае не отмечалось полной редукции имеющихся аттенуированных негативных расстройств, у всех больных сохранялись в той или иной степени элементы ангедонии со снижением способности к устойчивой мотивации; апатии, проявляющейся в безынициативности; снижение возможности установления новых социальных связей. Длительность депрессии в среднем составляла $30,5 \pm 13,7$ мес.

Юношеские депрессии 3-го типа с аттенуированными симптомами дезорганизации (АСД) встречались редко (18 больных; 8,2%), однако обладали специфическими клиническими и патогенетическими характеристиками, которые обосновали выделение их в отдельный тип. Формальные нарушения мышления в этих случаях существенно отличались от идеаторного торможения, которое традиционно рассматривается как один из компонентов аффективной триады. Даже учитывая патопластическое влияние возрастного фактора, существенно меняющее психопатологическую картину идеаторных расстройств при депрессии, наблюдаемые феномены никак не вписывались в аффективную структуру, по своему проявлению больше напоминая нарушения мышления, свойственные шизофрении. В первую очередь аномалии мышления характеризовались нарушением ассоциативного процесса с ослаблением способности подавлять побочные ассоциации, что сопровождалось актуализацией случайных, несущественных свойств и явлений. Это определяло клиническую картину разноплановости мышления с нарушением логических связей и формированием неопределенной, метафоричной речи. Имели место признаки аспонтанности, проявляющиеся внезапным торможением с остановкой ассоциативного потока и выпадением цели мыслительного акта, что лежало в основе феномена блокировки мыслей. Отмечались эпизоды с неожиданным усилением ассоциативного процесса, что приводило к клиническому симптому «наплыва» мыслей и образных представлений, или воспринималось пациентами как существование «параллельных мыслей», нередко направленных в противоположные смысловые полюса, определяя явление амбивалентности. Необходимо отметить, что элементы необычности мышления находили отражение и в письменной речи больных, когда существенно менялся почерк с выделением и подчеркиванием отдельных слов, усилением нажима в прописи букв, а также присоединением малопонятных рисунков, призванных придать тексту нужный пациенту смысл.

Элементы шизофренической разорванности отмечались не только в мыслительной и речевой сферах, но обнаруживались и в моторных актах, что соответствовало отдельным проявлениям описанного А.С. Кронфельдом синдрома «психомоторно-кататонических динамизмов», что клинически выражалось

в симптомах «малой кататонии» с импульсивностью, сменяющейся эпизодами застывания, парциальным мутизмом, манерностью, вычурностью движений, элементами эхопраксии, двигательных стереотипий, а также отдельными симптомами негативизма. Во всех случаях симптоматика отличалась кратковременностью, абортностью и сопровождалась полной критикой, что приводило к чувству стыда, недоумения и попытке скрыть свое состояние от врача. Рудиментарность имеющихся симптомов также позволила определить их как аттенуированные. Психопатологическая структура депрессии определялась как тревожно-апатическая с отчетливой подавленностью, формированием пессимистического мировоззрения, ощущением бесперспективности будущего. Обратное развитие депрессии данного типа характеризовалось довольно быстрой редукцией аффективных расстройств и явлений дезорганизации поведения с относительно длительной персистенцией остаточных когнитивных нарушений, которые на этом этапе вновь были преимущественно представлены неспецифическими трудностями фокусировки и удержания внимания. Средняя длительность депрессивного состояния составила в среднем $13,5 \pm 12,3$ мес.

Клинико-психопатологические характеристики юношеских «классических» депрессий без АСШС и психометрические различия между ними и выделенными типами юношеских депрессий с АСШС. Для уточнения особенностей клинико-психопатологических и психометрических характеристик юношеских депрессий с АСШС был проведен их сравнительный анализ с «классической» депрессией (52 больных), в структуре которой отсутствовали АСШС. Практически в половине случаев (23 больных, 44,3% наблюдений) началу депрессии в этой группе предшествовала психогения. В остальных случаях имелся инициальный этап депрессии с различными полиморфными неспецифическими симптомами и виде явлений аффективной лабильности, астенизации с вегетативными расстройствами, трудностями концентрации внимания и рассеянностью. В дальнейшем формировался собственно депрессивный аффект тревожно-апатической или дисфорической структуры. Полученные нами для этой группы клинические данные совпадают с результатами ранее проведенных исследований юношеских депрессий [20] и подтверждают патопластическое влияние возрастного фактора с формированием особенностей депрессивного состояния с доминированием идеаторного компонента депрессивной триады над моторным, частыми поведенческими нарушениями, а также выраженностью соматовегетативных расстройств. Средняя продолжительность «типичной» депрессии в этой группе оказалась существенно меньше ($p < 0,000$), чем при депрессиях с АСШС, и составила $7,0 \pm 6,3$ мес.

Для подтверждения полученных клинических данных была проведена психометрическая оценка юношеских депрессий с АСШС и «классических» депрессивных состояний с последующим попарным сравнением

Таблица 1. Средние и медианные значения клинических и психометрических показателей юношеских депрессий с АСШС и «классических» юношеских депрессий и оценка их различий по U-критерию Манна–Уитни**Table 1.** Average and median values of clinical and psychometric parameters of youth depressions with attenuated symptoms of the schizophrenic spectrum (ASSS) and control group according to the Mann–Whitney U test

Показатели/Indications	Юношеские депрессии с АСШС/Youth depression with ASSS (n = 219)	Контрольная группа юношеских депрессий без АСШС/Control group youth depression without ASSS (n = 52)	U-критерий Манна–Уитни/Values of the Mann–Whitney U-test	Значение p/p values
Возраст (лет) (ср. значения ± ст. откл.)/Age (years) (mean values ± standard deviation)	19,5 ± 2,3	19,8 ± 2,7	5493,0	0,690
Длительность депрессивного состояния (мес.) (ср. значения ± ст. откл.)/Duration of the depressive episode (months) (mean values ± standard deviation)	19,0 ± 15,7	7,0 ± 6,3	2777,0	0,000
HDRS [Me 25%; Me 75%]/HDRS [Me 25%; Me 75%]	22 [19; 27]	25 [19; 28]	4618,5	0,227
SOPS, суммарный балл [Me 25%; Me 75%]/SOPS, Sum [Me 25%; Me 75%]	44 [37; 51]	35 [27; 41,75]	2736,0	0,000
SOPS, баллы по подшкале «Позитивные симптомы» [Me 25%; Me 75%]/SOPS, Positive symptoms [Me 25%; Me 75%]	9 [6; 12]	4,5 [3; 8, 75]	2626,0	0,000
SOPS, баллы по подшкале «Негативные симптомы» [Me 25%; Me 75%]/SOPS, Negative symptoms [Me 25%; Me 75%]	17 [14,5; 20]	14,5 [11; 17]	3181,5	0,000
SOPS, баллы по подшкале «Симптомы дезорганизации» [Me 25%; Me 75%]/SOPS, Disorganization symptoms [Me 25%; Me 75%]	8 [6; 10]	5,5 [3,25; 7]	2897,0	0,000
SOPS, баллы по подшкале «Общие симптомы» [Me 25%; Me 75%]/SOPS, General symptoms [Me 25%; Me 75%]	10 [7; 11]	10 [8; 12]	5019,5	0,526
SANS, суммарный балл [Me 25%; Me 75%]/SANS, Sum [Me 25%; Me 75%]	45,5 [36,75; 53]	24 [13; 42]	141,0	0,000
SANS, баллы по подшкале «Аффективное уплощение» [Me 25%; Me 75%]/SANS, Affective flattening [Me 25%; Me 75%]	14 [12; 18]	5 [3; 14]	168,0	0,003
SANS, баллы по подшкале «Алогия» [Me 25%; Me 75%]/SANS, Alogia [Me 25%; Me 75%]	7 [4,75; 8]	3 [1; 6]	178,5	0,005
SANS, баллы по подшкале «Абулия/Апатия» [Me 25%; Me 75%]/SANS, Avolition/Apathy [Me 25%; Me 75%]	8 [7; 9]	5 [5; 8]	125,0	0,000
SANS, баллы по подшкале «Ангедония/Асоциальность» [Me 25%; Me 75%]/SANS, Anhedonia/Asociality [Me 25%; Me 75%]	12 [10; 14,25]	8 [2; 11]	213,0	0,025
SANS, баллы по подшкале «Нарушение внимания» [Me 25%; Me 75%]/SANS, Attention [Me 25%; Me 75%]	5 [3,75; 6]	3 [2; 4]	128,5	0,000

полученных результатов с помощью непараметрического критерия Манна–Уитни. Анализ подтвердил значительно меньшую продолжительность депрессии в группе сравнения. Было установлено, что при отсутствии различий в выраженности депрессивных расстройств юношеские депрессии без АСШС контрольной группы отличались достоверно большим средним баллом по шкале SOPS и по ее субшкалам позитивных симптомов, оценивающих выраженность АПС, негативных симптомов, отражающих степень представленности АНС, а также по субшкале дезорганизации мышления. При этом значения по субшкале общих симптомов, которая выявляет неспецифические расстройства, в целом характерные для депрессий, в группах не различались.

Юношеские депрессии с АСШС продемонстрировали значительно большую выраженность негативных симптомов как по суммарному баллу шкалы SANS, так и по ее подшкалам, отдельно оценивающим такие кластеры, как «Аффективное уплощение», «Алогия», «Абулия/Апатия», «Ангедония/Асоциальность», а также «Нарушение внимания», которое, по современным данным [22], хотя и не относится к собственно негативным симптомам, у исследуемой выборки подчеркивает большую степень представленности когнитивных нарушений в группе юношеских депрессий с АСШС (табл. 1).

При попарном сравнении депрессивных состояний 1-го типа с АПС и 2-го типа с АНС было установлено, что значительно большей продолжительностью обладают

депрессии 2-го типа ($p = 0,000$). Интересным также представляется то, что депрессии 1-го типа отличаются от состояний 2-го типа более высоким средним баллом по подшкале позитивных симптомов шкалы SOPS, отражающих присутствие в структуре депрессии АПС ($p = 0,000$), не различаясь при этом ни по субшкале негативных симптомов SOPS ($p = 0,207$), ни по значениям шкалы SANS ($p = 0,163$), что позволяет предположить наличие не только аттенуированных психотических, но также и отдельных негативных симптомов в структуре депрессий 1-го типа. Но в то же время депрессии 2-го типа, не отличаясь от 1-го типа по выраженности депрессивных расстройств, имели большую степень представленности общих, неспецифических симптомов по субшкале SOPS ($p = 0,016$).

При психометрической оценке депрессий 3-го типа и попарном сравнении данных с депрессиями 1-го и 2-го типа было установлено, что они отличаются достоверно меньшей продолжительностью, чем депрессии 2-го типа ($p = 0,000$), а также меньшим баллом по позитивной субшкале SOPS по сравнению с депрессиями 1-го типа ($p = 0,005$). Других психометрических различий выявить не удалось, что подчеркивает, с одной стороны, общность клинических проявлений психопатологических симптомов шизофренического спектра во всей исследуемой выборке юношеских депрессий с АСШС, а с другой — важность клинко-психопатологического метода для проведения типологических различий, так как психометрические шкалы не обладают достаточной чувствительностью для тонкого дифференциально-диагностического анализа.

При оценке данных между выделенными подтипами 1а и 1б депрессий с АПС статистических различий выявлено не было, за исключением того, что средний возраст пациентов с депрессиями с АПС оказался достоверно меньше ($p = 0,026$), чем у больных с КИПС, что позволяет предположить возрастные особенности АПС с тенденцией к формированию КИПС в более старшем возрасте в пределах изучаемого юношеского периода.

При сравнении депрессий с АНС по подтипам 2а и 2б установлено, что показатель выраженности АНС по негативной субшкале SOPS был достоверно выше ($p = 0,045$) у больных подтипа 2б с мотивационными расстройствами, при этом ни по суммарному значению SANS, ни по среднему баллу каждой из ее подшкал статистических различий между подтипами выявлено не было. Помимо этого, у больных с депрессиями подтипа 2б суммарный балл по шкале HDRS, отражающий тяжесть депрессивных симптомов, был достоверно выше, чем при депрессивных состояниях подтипа 2а ($p = 0,038$), что позволяет предположить потенцирующее влияние мотивационных расстройств на степень выраженности аффективной симптоматики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенный клинко-психопатологических анализ с последующей психометрической

оценкой полученных данных подтверждает особенности выделенных юношеских депрессий с АСШС, их отличия от контрольной группы «классических» депрессий по продолжительности депрессивного состояния, наличию, степени представленности, а также особенностям структуры симптомов, характерных для шизофрении, включающих психотические, негативные симптомы, а также отдельные проявления синдрома дезорганизации. Это позволяет предположить, что аттенуированные симптомы могут быть ранними маркерами инициального этапа эндогенного процесса и служить основными ориентирами для проведения дифференциально-диагностической оценки юношеских депрессий.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ротштейн ВГ. Шизофрения: возраст больных к периоду начала заболевания. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2014;12:23–30. DOI: 10.17116/jnevro201411412123-30
Rotshtein VG. Schizophrenia: age at disease onset. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2014;12:23–30. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro201411412123-30
2. Miettunen J, Immonen J, McGrath J., Isohanni M, Jaaskelainen E. The age of onset of schizophrenia spectrum disorders. In: Girolamo G, McGorry P, Sartorius N. Age of Onset of Mental Disorders. *Springer*. 2019:55–74. DOI: 10.1093/schbul/sby017.659
3. Woodberry K, Shapiro D, Bryant C, Seidman L. Progress and future directions in research on the psychosis prodrome: A review for clinicians. *Harv. Rev. Psychiatry*. 2016;24(2):87–103. DOI: 10.1097/HRP.000000000000109
4. Мазаева НА. Предвестники шизофрении: взгляд на проблему. *Психиатрия и психофармакотерапия имени П.Б. Ганнушкина*. 2020;3:4–16.
Mazaeva NA. The precursors of schizophrenia: a view on the problem. *Psikiatriya i psihofarmakoterapiya imeni P.B. Gannushkina*. 2020;3:4–16. (In Russ.).
5. Кекелидзе ЗИ, Букреева НД, Демчева НК, Макушкин ЕВ. Эпидемиологические показатели психических расстройств в Российской Федерации в 2009–2018 гг. Меры по совершенствованию оказания психиатрической помощи. *Психическое здоровье*. 2019;(10):3–10. DOI: 10.25557/2074-014X.2019.10.3-10
Kekelidze ZI, Bukreeva ND, Demcheva NK, Makushkin EV. Epidemiological indicators of mental disorders in the Russian Federation in 2009–2018. Measures to improve mental health care. *Psikhicheskoe zdorovie [Mental Health]*. 2019;(10):3–10. (In Russ.). DOI: 10.25557/2074-014X.2019.10.3-10
6. Albert N, Madsen T, Nordentoft M. Early Intervention Service for Young People With Psychosis: Saving Young Lives. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(5):427–428. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0662

7. Andreasen NC, Arndt S, Alliger R, Miller D, Flaum M. Symptoms of schizophrenia. Methods, meanings, and mechanisms. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1995;52:341–351. DOI: 10.1001/archpsyc.1995.03950170015003
8. Liddle PF. Schizophrenic syndromes, cognitive performance and neurological dysfunction. *Psychol. Med*. 1987;17:49–57. DOI: 10.1017/S0033291700012976
9. Newton R, Rouleau A, Nylander AG, Jean-Yves Loze, Resemann HK, Steeves S, Crespo-Facorro B. Diverse definitions of the early course of schizophrenia — a targeted literature review. *NPJ Schizophr*. 2018;4(1):21. DOI: 10.1038/s41537-018-0063-7
10. Patel KR, Cherian J, Gohil K, Atkinson D. Schizophrenia: overview and treatment options. *PT*. 2014;39(9):638–645. PMID: 25210417; PMCID: PMC4159061
11. Fusar-Poli P, Cappucciati M, De Micheli A, Rutigliano G, Bonoldi I, Tognin S, Ramella-Cravaro V, Castagnini A, McGuire P. Diagnostic and prognostic significance of brief limited intermittent psychotic symptoms (BLIPS) in individuals at ultra high risk. *Schizophr. Bull*. 2017;43:48–56. DOI: 10.1093/schbul/sbw151
12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
13. Смулевич АБ, Дубницкая ЭБ, Лобанова ВМ, Воронова ЕИ, Жилин ВО, Колюцкая ЕВ, Самойлова ЕД, Сорокина ОЮ. Расстройства личности и шизофренический дефект (проблема коморбидности). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2018;118(11):4–14. DOI: 10.17116/jnevro20181181114
Smulevich AB, Dubnitskaya EB, Lobanova VM, Voronova EI, Zhylin VO, Kolyutskaya EV, Samoilova ED, Sorokina Yu. Personality disorders and schizophrenic defect (problem of comorbidity). *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2018;118(11):4–14. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro20181181114
14. Бархатова АН. Прогностическое значение психопатологической структуры ремиссии на начальном этапе шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2019;119(3):5–11. DOI: 10.17116/jnevro20191190315
Barkhatova AN. Prognostic importance of the psychopathological remission structure at the initial stage of schizophrenia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2019;119(3):5–11. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro20191190315
15. Cornblatt B, Lencz T, Obuchowski M. The schizophrenia prodrome: treatment and high-risk perspectives. *Schizophr. Res*. 2002;54(1–2):177–186. DOI: 10.1016/S0920-9964(01)00365-6
16. Carrión RE, Demmin D, Auther AM, McLaughlin D, Olsen R, Lencz T, Correll CU, Cornblatt BA. Duration of attenuated positive and negative symptoms in individuals at clinical high risk: Associations with risk of conversion to psychosis and functional outcome. *J. Psychiatr. Res*. 2016;81:95–101 DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.06.021
17. Ильичев АБ, Поздняк ВВ, Вакнин ЕЕ, Шишков ВВ, Хуторянская ЮВ, Гречаний СВ. Психопатологические аспекты ранней диагностики шизотипического расстройства: анализ деавтоматизации. *Психиатрия и психофармакотерапия имени П.Б. Ганнушкина*. 2020;3:17–20.
Ilyichev AB, Pozdnyak VV, Vaknin EE, Shishkov VV, Khutyoryanskaya YuV, Grechaniy SV. Psychopathological aspects of early diagnosis of schizotypic disorder: analysis of de-automatization. *Psikiatriya i psihofarmakoterapiya imeni P.B. Gannushkina*. 2020;3:17–20. (In Russ.).
18. Румянцев АО, Омельченко МА, Каледа ВГ. Атенуированная психотическая симптоматика в структуре юношеской депрессии (клинико-психопатологические аспекты). *Российский психиатрический журнал*. 2018;1:61–70. eLIBRARY ID: 32636653
Rumyantsev AO, Omel'chenko MA, Kaleda VG. Attenuated psychotic symptoms in the structure of youth depression (clinical and psychopathological aspects). *Russian journal of psychiatry*. 2018;1:61–70. (In Russ.). eLIBRARY ID: 32636653
19. Strauss G, Horan W, Kirkpatrick B, Fischer B, Keller W, Miski P. Deconstructing negative symptoms of schizophrenia: avolition-apathy and diminished expression clusters predict clinical presentation and functional outcome. *J. Psychiatr. Res*. 2013;47(6):783–790. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2013.01.015
20. Олейчик ИВ. Психопатология, типология и нозологическая оценка юношеских эндогенных депрессий (клинико-катамнестическое исследование). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2011;111(2):10–18. eLIBRARY ID: 16597152
Oleichik IV. Psychopathology, typology and nosological evaluation of juvenile endogeneous depressions: a clinical and follow-up study. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2011;111(2):10–18. (In Russ.). eLIBRARY ID: 16597152
21. Marder SR, Galderisi S. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry*. 2017;16(1):14–24. DOI: 10.1002/wps.20385
22. Correll CU, Schooler NR. Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatr Dis. Treat*. 2020;16:519–534. DOI: 10.2147/NDT.S225643

Сведения об авторе

Омельченко Мария Анатольевна, кандидат медицинских наук, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0001-8343-168X>

E-mail: omelchenko-ma@yandex.ru

Information about the author

Maria A. Omelchenko, MD, PhD, Cand. of Sci. (Med.), FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0001-8343-168X>

E-mail: omelchenko-ma@yandex.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Омельченко Мария Анатольевна/Maria A. Omelchenko

E-mail: omelchenko-ma@yandex.ru

Дата поступления 17.09.2020 Received 17.09.2020	Дата рецензии 26.10.2020 Revised 26.10.2020	Дата принятия 12.11.2020 Accepted for publication 12.11.2020
--	--	---

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-26-33>

УДК 616-053.9

Клинико-эпидемиологическая характеристика стационарного контингента больных в рамках современной модели организации геронтопсихиатрической помощи

Ротштейн В.Г.^{1,2}, Ряховский В.В.¹, Штинов А.Е.²

¹ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация

²ГБУЗ Психиатрическая клиническая больница № 13 ДЗМ, Москва, Российская Федерация

ОРИГИНАЛЬНАЯ
СТАТЬЯ

Резюме

Обоснование: реформа психиатрической помощи в России привела к сокращению числа коек в психиатрических больницах. В то же время известно, что высокая потребность пожилых пациентов в стационарной психиатрической помощи сохраняется. В связи с этим возникла необходимость изучить вопрос соответствия оказываемой стационарной помощи упомянутой потребности. **Цель исследования:** сравнить клинико-эпидемиологические характеристики контингента стационарных больных пожилого и старческого возрастов в системе городской психиатрической помощи и в научном учреждении. **Материалы и методы:** материалом для исследования послужили данные из отчетов Московской городской клинической психиатрической больницы № 13 (ПКБ 13) и клиники «Научного центра психического здоровья» (ФБГНУ НЦПЗ) о пролеченных пациентах старше 65 лет в 2017–2018 гг. **Результаты:** в статье сопоставляются контингенты психически больных позднего возраста, находящихся в стационарах ПКБ 13 и клинике НЦПЗ. Сопоставление указанных контингентов позволило установить, что городская психиатрическая служба удовлетворительно справляется с потребностью в стационарной помощи для наиболее тяжелых психически больных 65 лет и старше. Опыт стационара НЦПЗ, отличающегося рядом особенностей (не производится недобровольная госпитализация, отдается предпочтение случаям с неясной диагностикой или с трудностями в подборе терапии, ограничен прием больных, нуждающихся в сложном уходе), указывает на существование весьма значительного числа случаев, когда госпитализация больных с расстройствами умеренной тяжести также оказывается необходимой. Наибольшую часть таких случаев составляют больные, страдающие депрессией; необходимость их госпитализации диктуется невозможностью подбора адекватной терапии в амбулаторных условиях. **Заключение:** современная городская психиатрическая служба Москвы не обеспечивает потребность пациентов старше 65 лет с психическими расстройствами умеренной тяжести в стационарной помощи. Нужно ли совершенствовать ее или предоставить эту нишу научным и коммерческим учреждениям — вопрос дальнейших исследований.

Ключевые слова: поздний возраст; психические расстройства; психиатрическая помощь.

Для цитирования: Ротштейн В.Г., Ряховский В.В., Штинов А.Е. Клинико-эпидемиологическая характеристика стационарного контингента больных в рамках современной модели организации геронтопсихиатрической помощи. *Психиатрия*. 2021;19(1):26–33. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-26-33>

Конфликт интересов отсутствует

Clinical and Epidemiological Characteristics of the Contingent of Elderly in-Patients in a Frame of the Modern Model of Psychogeriatric Care

Rotshtein V.G.^{1,2}, Ryakhovskiy V.V.¹, Shtinov A.E.²

¹FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation

²Moscow City Psychiatric Hospital #13 MHD, Moscow, Russian Federation

RESEARCH

Background: a system of reforming of psychiatric care in Russia has led to a reduction of beds in psychiatric hospitals. At the same time it is known about permanent high need among elderly patients in the appropriate psychiatric care. In this regard, it became necessary to study the adequacy of the assistance provided to the needs of patients. **The aim of the research:** to investigate and compare clinic-epidemiological characteristics of the contingent of the elderly and senile inpatients in the city psychiatric care system and at the research institution. **Materials and methods:** as a material for the research served data from the reports from Moscow Clinical Psychiatric Hospital #13 (MCPH #13) and the clinic of Mental Health Research Centre (MHRC) about the patients older than 65 treated in 2017–2018. **The results:** this article contains comparative data about contingents of elderly psychiatric in-patients treated in the Moscow City Clinical Psychiatric Hospital #13 and in the Mental Health Research Center (MHRC). Collation of the indicated contingents allowed to determine that city psychiatric care satisfactorily meets needs of the severe psychiatric patients older than 65. However the experience of the clinic of the MHRC differs. This clinic has some peculiarities: it does not use involuntary hospitalization and it gives preference to difficult cases, where diagnosis is unclear, and where there is a challenge to find an appropriate treatment regimen; patients that require special care are also rarely admitted. This experience indicates that there is significant number of cases when hospitalization of patients with moderate mental disorders

is also absolutely necessary. The majority of such cases consists of patients, suffering with depression and the necessity of their admission is dictated by the impossibility to adjust proper therapy in out-patient care. **Conclusion:** the contemporary Moscow city psychiatric service do not meet needs of the discussed category of patients for inpatient care. Whether it is necessary to improve it, or to provide this niche to scientific and commercial institutions is a matter of further research.

Keywords: elderly; mental disorders; psychiatric care.

For citation: Rotshtein V.G., Ryakhovskiy V.V., Shtinov A.E. Clinical and Epidemiological Characteristics of the Contingent of Elderly in-Patients in a Frame of the Modern Model of Psychogeriatric Care. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(1):26–33. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-26-33>

There is no conflict of interests

ВВЕДЕНИЕ

Как неоднократно указывалось, в существовавшей многие годы модели отечественной психиатрической службы наблюдались неустраняемые факторы, препятствующие удовлетворительной помощи больным пожилого и старческого возраста [1–3]. Подчеркивалось, что одним из обязательных условий повышения ее эффективности является комплексность будущей структуры [4]. Современная организация Московской психиатрической клинической больницы № 13 полностью соответствует указанному условию, объединяя в одном учреждении стационарные, полустационарные и амбулаторные подразделения. Сказанное диктует необходимость нового анализа контингента больных пожилого и старческого возраста, получающих психиатрическую помощь. В настоящей статье исследуется группа больных, находящихся в стационаре.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД

Изучались больные 65 лет и старше, получавшие помощь в стационарных (общих и специализированных) отделениях Московской психиатрической клинической больницы № 13 (далее ПКБ 13), а также в геронтопсихиатрических отделениях ФБГНУ НЦПЗ в 2017–2018 гг. Стационар НЦПЗ характеризуется рядом особенностей, с которыми его контингент существенно отличается от контингента городских стационаров, в связи с чем сопоставление того и другого представляет большой интерес.

В обоих учреждениях изучались отчетные данные за названные выше периоды. Все пациенты одного из психогериатрических отделений ПКБ 13 осматривались лично авторами работы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общее число больных в возрасте 65 лет и старше, госпитализированных в ПКБ 13 в 2017 г., составило 1364 человека, в том числе 405 мужчин и 959 женщин (соответственно 29,7 и 70,3%). Подробные данные о возрастном-половой структуре данной группы приведены в табл. 1.

Как видно из таблицы, обсуждаемая группа в целом отражает демографическую структуру пожилого населения Москвы: постепенное уменьшение численности последовательных (по мере старения) возрастных групп и одновременное увеличение доли женщин

в каждой из них. Соотношение числа мужчин и женщин в нашем материале почти точно соответствует данным Росстата [5]. Однако более тщательный анализ приведенных в табл. 1 данных обнаруживает интересные особенности.

Таблица 1. Пол и возраст больных 65 лет и старше, госпитализированных в ПКБ 13 в 2017 г.

Table 1. Gender and age of the patients 65 years and older hospitalized in the MCPH #13, 2017

Возраст, годы/Age	Мужчины/ Male		Женщины/ Female		Оба пола/Both genders	
	Абс./ Abs.	%	Абс./ Abs.	%	Абс./ Abs.	%
65–69	151	37,3	236	24,6	387	28,4
70–74	77	19,0	136	14,2	213	15,6
75–79	88	21,7	204	21,3	292	21,4
80–84	55	13,6	183	19,1	238	17,4
85–89	24	5,9	144	15,0	168	12,3
90 и старше	10	2,5	56	5,8	66	4,8
Всего	405	100,0	959	100,0	1364	100,0

В московском населении 65 лет и старше (далее население) доля возрастной группы 65–69 лет составляет почти 40% [5]. В изученной нами выборке на нее приходится чуть больше четверти (28,4%). Лица 70–74 лет составляют в населении 27,6%, в нашем материале — 15,6%. В старших группах соотношения обратные. В нашем материале 21,4% больных 75–79 лет; в населении лица такого возраста составляют 13,1%.

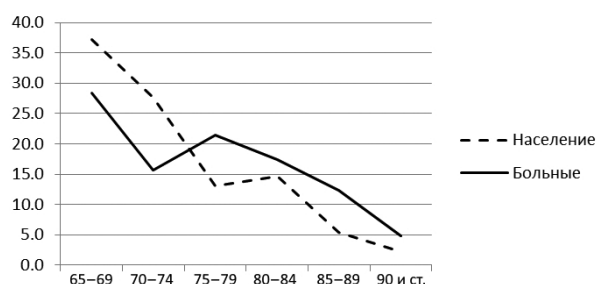


Рис. 1. Доля лиц разного возраста в группе госпитализированных больных и среди населения 65 лет и старше

Fig. 1. The proportion of people of different ages in the group of hospitalized patients and in the population 65 years and older

Таблица 2. Нозологическая структура группы больных 65 лет и старше, госпитализированных в ПКБ 13 в 2017 г.
Table 2. Nosological structure of the group of patients 65 and older hospitalized in MCPH #13 in 2017

	Мужчины/Male		Женщины/Female		Оба пола/Both genders	
	Абс./Abs.	%	Абс./Abs.	%	Абс./Abs.	%
Деменции/Dementia	258	63,7	618	64,4	876	64,2
Шизофрения/Schizophrenia	67	16,5	266	27,7	333	24,4
Аффективные расстройства/Affective disorders	16	4,0	48	5,0	64	4,7
Хронический алкоголизм/Chronic alcoholism	60	14,8	13	1,4	73	5,4
Прочие/Other	4	1,0	14	1,5	18	1,3
Vсero/Total	405	100,0	959	100,0	1364	100,0

Примечание. Под термином «деменции» имеются в виду все органические заболевания позднего возраста, сопровождающиеся когнитивным снижением. Под термином «шизофрения» имеются в виду все заболевания так называемого шизофренического спектра.
Note. The term “dementia” refers to all organic diseases of late age, accompanied by cognitive decline. The term “schizophrenia” refers to all diseases of the so-called schizophrenic spectrum.

Таблица 3. Пути поступления больных 65 лет и старше в 3-е отделение ПКБ 13 в 2017 г.
Table 3. Where did the patients 65 years and older come from to the 3rd department of MCPH #13 in 2017

Диагноз/Diagnosis Канал направления/Direction	Деменции/ Dementia		Шизофрения/ Schizophrenia		Аффективные расстройства/ Affective disorders		Прочие/Other		Vсero/Total	
	Абс./ Abs.	%	Абс./ Abs.	%	Абс./ Abs.	%	Абс./ Abs.	%	Абс./ Abs.	%
Диспансер/Dispensary (out-patient care)	79	28,8	32	37,2	4	80,0	3	75,0	118	32,0
Скорая помощь/Ambulance	79	28,8	32	37,2	1	20,0	0	0,0	112	30,4
Самотек/On their own	53	19,3	12	14,0	0	0,0	1	25,0	66	17,9
Другие медучреждения/Other medical facilities	63	23,0	10	11,6	0	0,0	0	0,0	73	19,8
Vсero/Total	274	100,0	86	100,0	5	100,0	4	100,0	369	100,0

Доля больных 80–84 лет равна 17,4% нашей группы; доля лиц такого же возраста в населении — 14,6%. В изучаемом материале доля лиц 85–89 лет составляет 12,3%; соответствующий показатель для населения в два с половиной раза меньше — 5,3%. Наконец, в обследуемой группе лица 90 лет и старше составляют 4,8%, а в населении — 2,2%. Иными словами, среди лиц пожилого возраста, госпитализированных в психиатрический стационар, доля наиболее «молодых» людей отстает от соответствующего показателя, свойственного населению Москвы, а доля лиц старшего возраста опережает его, причем с увеличением возраста это опережение становится заметнее. Изложенные данные иллюстрируются рис. 1.

Несмотря на небольшие различия в величине отдельных показателей, общая тенденция обсуждаемых различий несомненна. Она указывает на существование определенной закономерности, природа которой достаточно очевидна. Как было показано [3], с увеличением возраста деменция все чаще становится поводом для госпитализации в психиатрическую больницу, а в старческом возрасте эта причина становится почти единственной. Известно также, что риск возникновения болезни Альцгеймера после 65 лет возрастает примерно вдвое каждые последующие пять лет жизни [6]. Что касается тяжелых деменций и деменций средней тяжести, то, по данным С.И. Гавриловой и Я.Б. Калына,

Таблица 4. Динамика численности больных деменцией и шизофренией среди населения 65 лет и старше

Table 4. Dynamics of the number of patients with dementia and schizophrenia in the population 65 years and older

Возраст, годы/ Age	Население/ Population	Деменция/ Dementia	Шизофрения/ Schizophrenia
	Абсолютные значения/Absolute values		
65–69	13 386	27	137
70–74	9940	30	77
75–79	4708	71	35
80–84	5263	184	7
85–89	1920	146	1
90 и старше/ 90 and older	783	71	0
Vсero/Total	36 000	529	257

Примечание. В столбцах «Население» и «Шизофрения» приведена фактическая численность населения и число больных шизофренией соответствующего возраста. В столбце «Деменция» приведена численность больных деменциями в соответствующих возрастных группах, рассчитанная с помощью данных С.И. Гавриловой и Я.Б. Калына.

Note. The columns “Population” and “Schizophrenia” show the actual population and the number of patients with schizophrenia of the corresponding age. The column “Dementia” shows the number of patients with dementia in the corresponding age groups, calculated using the data of S.I. Gavrilova and Ya.B. Kalyn.

Таблица 5. Распределение больных 65 лет и старше, госпитализированных в различные отделения**Table 5.** Distribution of patients 65 and older hospitalized in different departments

Профиль отделения/ Department	Деменции/ Dementia		Шизофрения/ Schizophrenia		Аффективные расстройства/ Affective disorders		Прочие/Other		Всего/Total	
	Абс./ Abs.	%	Абс./ Abs.	%	Абс./ Abs.	%	Абс./ Abs.	%	Абс./ Abs.	%
Гериатрический/Geriatric	745	85,0	248	74,5	32	50,0	51	56,0	1076	78,9
Острый/Department for acute states	64	7,3	64	19,2	8	12,5	39	42,9	175	12,8
Санаторный/Sanatorium	66	7,5	20	6,0	24	37,5	1	1,1	111	8,1
Дневной стационар/Day hospital	1	0,1	1	0,3	0	0,0	0	0,0	2	0,1
Всего/Total	876	100,0	333	100,0	64	100,0	91	100,0	1364	100,0

в населении 60–69 лет их доля составляет 0,20%, 70–79 лет — 1,5%, 80–89 лет — 7,6%, 90 лет и старше — 9,1% [7].

Таким образом, по мере старения населения потребность в стационарной помощи не просто увеличивается. Она растет быстрее, чем происходит старение населения, потому что по мере развития этого процесса все большая доля населения начинает требовать помощи из-за увеличивающегося числа деменций. Из табл. 2 видно, что деменциями страдали две трети госпитализированных больных пожилого возраста.

Однако в связи с этим возникает следующий вопрос. Хорошо известно, что в общих психиатрических отделениях большинство больных страдает шизофренией или близкими к ней расстройствами. Согласно специальному исследованию В03, в психиатрическом стационаре доля больных, у которых диагноз строго соответствовал критериям диагностики шизофрении, составила 43,5% [8]. По нашим данным, в 2013–2014 гг. доля больных шизофренией 65 лет и старше, направленных в стационар из филиала № 1 ПКБ 13, также составляла более 40% [9]. В то же время в анализируемом материале (см. табл. 2) случаи шизофрении составляют менее одной четвертой. Остановимся на этой особенности более подробно.

Из табл. 3 видно, что контингент госпитализированных больных пожилого возраста складывается не только из лиц, направленных диспансером, с сопоставимой частотой используются все возможные пути поступления больных. Этим объясняется то, что нозологическая структура госпитального контингента и группы больных, направленных в стационар из диспансера, не совпадает. Другая причина уменьшения доли больных шизофренией среди госпитализированных больных позднего возраста более сложна.

Как неоднократно сообщалось, на протяжении многих лет в НЦПЗ проводилось подробное клинико-эпидемиологическое исследование больных шизофренией, проживавших в определенных районах Москвы. В частности, данные исследования бывшего Пролетарского района содержат сведения о численности больных шизофренией разного возраста, а также о численности и возрастной структуре населения района (в период обследования — около 36 тыс. человек). Эти сведения

дают возможность оценить динамику численности случаев шизофрении в изучаемых возрастных группах. Упомянутые выше данные С.И. Гавриловой и Я.Б. Калына позволяют оценить число лиц с тяжелой и средней тяжести деменцией в тех же группах. Данные приводятся в табл. 4.

Как видно из таблицы, в населении пожилого и старческого возраста (65 лет и старше) число больных тяжелой и средней тяжести деменцией вдвое превышает число больных шизофренией. При этом по мере увеличения возраста число больных шизофренией уменьшается не только в связи с естественной убылью населения, но и в связи с опережающим этот процесс уменьшением числа больных шизофренией, доживших до каждой следующей возрастной группы. Данные табл. 4 позволяют легко рассчитать, что частота шизофрении в группе населения 65–69 лет еще составляет 1% (что характерно для показателя распространенности шизофрении), но уже в группе 70–74 лет — 0,8%, 75–79 лет — 0,7%, после 80 лет — 0,1%.

На то, что средняя продолжительность жизни больных шизофренией меньше, чем населения в целом, указывали многие авторы, в частности А.С. Киселев и З.Г. Сочнева, которые отметили также, что по мере увеличения давности заболевания потребность больных шизофренией в госпитализации становится меньше [10]. Таким образом, тот факт, что в анализируемом материале существенно преобладают случаи деменции, объясняется не тем, что деменция «вытесняет» больных шизофренией из стационаров. Наблюдаемое соотношение отражает реальную потребность в госпитализации больных данными заболеваниями.

Как видно из табл. 2, доля больных аффективными расстройствами в анализируемом материале составляет всего 4,7%. В то же время известно, что с увеличением возраста частота аффективных расстройств возрастает и достигает 20% населения [11]. Данная особенность подробно обсуждалась. Указывалось, что в городской психиатрический стационар попадают только наиболее тяжелые больные аффективными расстройствами, госпитализация которых представляется абсолютно необходимой [2].

Значительная тяжесть расстройств характеризует почти весь контингент госпитализированных в ПКБ

13 больных позднего возраста. Это иллюстрируется данными о профиле отделения, в котором больные находятся в период госпитализации.

Следует сказать, что определенный возраст или определенный диагноз не являются обязательными критериями госпитализации пациента в геронтологическое отделение. Выбор отделения зависит от конкретных особенностей состояния поступающего в больницу пациента. Очевидно, например, что если поведение больного грубо нарушено и сопровождается психомоторным возбуждением, он будет направлен в острое отделение. С другой стороны, если поведение больного не нарушено, когнитивные способности достаточно сохранены, а соматическое состояние удовлетворительное, он будет направлен в санаторное отделение, причем в обоих случаях возраст не имеет решающего значения. Из этого следует, что в психогериатрическое отделение направляются больные позднего возраста, которые не находятся в состоянии тяжелого психомоторного возбуждения, но требуют ухода и/или наблюдения в связи с психическими или сопутствующими соматическими расстройствами.

Как видно из табл. 5, больные с любым диагнозом действительно лечились в разных отделениях, но их распределение по типам отделения зависело от диагноза в весьма значительной степени. Так, в гериатрических отделениях лечились 85% больных деменцией, три четверти больных шизофренией и половина больных с аффективными расстройствами. При этом 12,5% последних нуждались в пребывании в острых отделениях. Хотя по сравнению с другими больными в санаторном отделении имела возможность лечиться довольно значительная часть больных с аффективными расстройствами (37,5%), абсолютное число этих случаев было весьма невелико. Что касается лиц с деменцией и шизофренией, то в санаторном отделении могли лечиться очень немногие пациенты (соответственно 7,5 и 6% всех случаев). То обстоятельство, что больные шизофренией чаще госпитализировались в острые отделения (19,2% против 7,5% случаев деменции), не требует разъяснений.

Сказанное можно резюмировать следующим образом. Структура контингента больных 65 лет и старше, получающих стационарную помощь в ПКБ 13, отражает отягощенность населения соответствующего возраста психическими расстройствами наибольшей тяжести. При этом указанная особенность касается всех нозологических форм.

Перейдем к анализу контингента больных позднего возраста, получающих стационарную помощь в НЦПЗ. В табл. 6 приведены данные о возрастнo-половой структуре группы больных 65 лет и старше, госпитализированных в геронтологические отделения в 2017 и 2018 гг.

Сравнение данных из табл. 1 и 6 прежде всего обнаруживает значительную разницу в возрасте обоих контингентов. Если в первом из них (госпитализированные в ПКБ 13) доля больных 80 лет и старше составляет

Таблица 6. Пол и возраст больных 65 лет и старше, госпитализированных в НЦПЗ в 2017 и 2018 гг.

Table 6. Gender and age of patients 65 years of age and older admitted to the MHRC in 2017 and 2018

Пол/ Gender	Мужчины/ Male		Женщины/ Female		Оба пола/ Both genders	
	Абс./ Abs.	%	Абс./ Abs.	%	Абс./ Abs.	%
Возраст/ Age						
65–69	55	37,9	144	33,1	199	34,3
70–74	29	20,0	104	23,9	133	22,9
75–79	32	22,1	109	25,1	141	24,3
80–84	16	11,0	60	13,8	76	13,1
85–89	13	9,0	13	3,0	26	4,5
90 и старше/ 90 and older	0	0,0	5	1,1	5	0,9
Всего/Total	145	100,0	435	100,0	580	100,0

34,5%, то среди госпитализированных в НЦПЗ она почти вдвое меньше (18,4%). Более одной трети госпитализированных в НЦПЗ — это больные моложе 70 лет, в то время как в ПКБ 13 их всего 28,4%. Дальнейший анализ обнаруживает, что возрастная структура группы пожилых больных, госпитализированных в НЦПЗ, почти точно совпадает со структурой соответствующей части московского населения (за исключением возрастной группы 70–75 лет). Сказанное иллюстрирует рис. 2.

Остановимся на описании особенностей данного стационара, без чего дальнейший анализ его контингента затруднителен.

НЦПЗ — научное учреждение, располагающее специалистами высокой квалификации и значительными терапевтическими возможностями. Для госпитализации в его отделения традиционно отбираются случаи, которые представляют либо интерес для научного исследования, либо трудности в подборе терапии или в диагностике. В последние годы появилась возможность платного стационарного лечения.

Из сказанного следует, что недобровольная госпитализация в НЦПЗ не проводится. Не госпитализируются

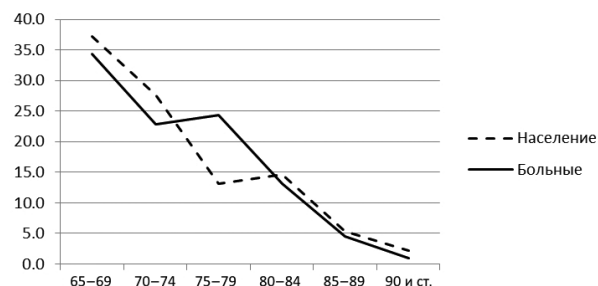


Рис. 2. Доля лиц разного возраста в группе госпитализированных больных (НЦПЗ) и среди населения 65 лет и старше

Fig. 2. The proportion of people of different ages in the group of hospitalized patients (MHRC) and in the population 65 and older

Таблица 7. Нозологическая структура группы больных 65 лет и старше, госпитализированных в НЦПЗ в 2017–2018 гг.

Table 7. Nosological structure of the group of patients 65 years of age and older hospitalized at the MHRC in 2017–2018

	Мужчины/ Male		Женщины/ Female		Оба пола/ Both genders	
	Абс./ Abs.	%	Абс./ Abs.	%	Абс./ Abs.	%
Деменции/ Dementia	26	31,7	71	31,3	97	31,4
Шизофрения/ Schizophrenia	17	20,7	40	17,6	57	18,4
Аффективные расстройства/ Affective disorders	35	42,7	104	45,8	139	45,0
Прочие/Other	4	4,9	12	5,3	16	5,2
Всего/Total	82	100,0	227	100,0	309	100,0

также больные, диагноз которых не вызывает затруднений, а проводимая терапия является адекватной. Ограничен также прием больных, нуждающихся в сложном уходе, поскольку организация отделений делает его затруднительным. Таким образом, получается, что наиболее тяжелые больные, составляющие основу контингента ПКБ 13, в НЦПЗ не попадают. Прежде всего, это сказывается на числе больных с деменциями позднего возраста, доля которых в ПКБ 13 вдвое больше, чем в НЦПЗ. Это различие лежит в основе разницы в возрастной структуре обоих контингентов. Как было показано выше, особенность возрастной структуры контингента ПКБ 13 зависит именно от большого числа больных с деменциями.

Подробные данные о нозологической структуре контингента больных позднего возраста, получающих стационарную помощь в НЦПЗ, приведены в табл. 7.

Как видно из табл. 7, наиболее значительную долю лиц позднего возраста, госпитализированных в НЦПЗ (почти половину всех случаев), составляют больные с депрессией. В соответствии с особенностями, описанными выше, состояние этих больных определяется умеренной тяжестью, а их госпитализация обусловлена не требованиями надзора, а (в подавляющем большинстве случаев) неэффективностью терапии, проводившейся в амбулаторных условиях. Обоснованность госпитализации таких больных была подробно аргументирована в цитированной выше работе [4].

Большой интерес представляет анализ случаев госпитализации в НЦПЗ за счет бюджетного финансирования. На этих условиях госпитализируются больные, направленные психоневрологическими диспансерами (ПНД), т.е. филиалами городских психиатрических больниц. Очевидно, что именно в этих случаях связь госпитализации с диагностическими или терапевтическими трудностями прослеживается с наибольшей определенностью, поскольку госпитализации

на платной основе могли производиться и по другой причине (желания больных пройти обследование и лечение в клинике научного центра, лечиться в более комфортных условиях и т.п.).

Больные, госпитализированные в 2018 г. по направлениям ПНД, составили 31,4% от всех госпитализаций лиц 65 лет и старше. 84,5% этих больных были моложе 80 лет. Чаще всего на этих условиях госпитализировались больные шизофренией (42,1% всех больных с этим диагнозом), в том числе 83,3% были моложе 80 лет. Больные с аффективными расстройствами госпитализировались на этих условиях несколько реже (34,5%); почти все они (89,6%) были моложе 80 лет. Реже всех по направлениям госпитализировались больные с деменциями (20,6%). 70% этих больных были моложе 80 лет. По-видимому, именно эти сравнительно немногочисленные случаи вызвали диагностические или терапевтические трудности.

Сказанное дает право предположить, что большинство больных, не достигших 80 лет (в том числе и на платной основе), поступили именно для уточнения диагноза или коррекции терапии.

Как видно из табл. 6, только 18,5% стационарированных в НЦПЗ больных были старше 79 лет. Большинство из них (65,2%) страдало деменциями позднего возраста, примерно в равных долях — шизофренией и аффективными расстройствами (соответственно 15,9 и 18,8%). Можно достаточно обоснованно полагать, что именно среди них были больные, госпитализированные по причинам, не связанным с диагностическими или терапевтическими трудностями: в 76,8% случаев госпитализация больных этого возраста была оплачена пациентами. Среди более молодых больных эти случаи составляли существенно меньшую долю (65,8%). Следует еще раз подчеркнуть, что и среди больных, госпитализированных в соответствии с выбором лечебного учреждения самими родственниками пациентов, не было случаев, требующих особого надзора или ухода в связи как с психическим, так и соматическим состоянием.

Резюмируя, укажем, что структура контингента больных 65 лет и старше, получающих стационарную помощь в НЦПЗ, отражает наличие среди населения указанного возраста значительного числа больных, у которых ни тяжесть психических, ни тяжесть сопутствующих соматических расстройств не делает госпитализацию необходимой, но в амбулаторных условиях их правильная диагностическая оценка и/или подбор адекватной терапии оказываются затруднительными.

ОБСУЖДЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Ограничивая настоящее обсуждение проблемами, связанными с психиатрической помощью населению 65 лет и старше, можно отметить следующее.

Городская психиатрическая служба удовлетворительно справляется с потребностью указанной части населения в стационарной помощи наиболее тяжелым

больным. Это относится ко всем основным заболеваниям, которыми страдают пожилые люди, — к деменциям позднего возраста, шизофрении и близким к ней расстройствам, а также к аффективным расстройствам (депрессиям в том числе). В определенной мере удовлетворяется даже потребность в госпитализации с целью ухода за больными, что стало возможным благодаря введению платных услуг, оказываемых больницей.

Однако проведенное исследование показало, что стационарная помощь требуется не только в самых тяжелых ситуациях. Опыт НЦПЗ указывает на существование весьма значительного числа случаев, когда госпитализация больных с расстройствами умеренной тяжести также оказывается необходимой. Излишне доказывать, что диагностические ошибки неблагоприятно сказываются на судьбе больного, а неадекватная терапия может привести не только к отсутствию улучшения в состоянии, но и к ухудшению. Также излишне доказывать, что диагностические затруднения в психиатрической практике не представляют редкости, а подбор корректной терапии в амбулаторных условиях бывает практически невозможен. Эффективность стационарирования больных по данным показаниям доказывается постоянным притоком пациентов в НЦПЗ, готовых пойти ради этого на весьма существенные расходы.

Следует особо остановиться на том, что большую часть таких случаев составляют больные с депрессиями. В цитированной выше работе мы указывали, что основная причина госпитализации депрессивных больных пожилого возраста заключается в недостаточной эффективности амбулаторной терапии [4]. Хорошо известно, что неадекватная терапия депрессий приводит к тому, что у данного пациента развивается терапевтическая резистентность. Терапевтически резистентные депрессии становятся все более острой проблемой: если в 1950-е гг. 80% пациентов с депрессивными расстройствами выздоравливали, то к концу XX в. около 40% депрессий стали приобретать хронический рецидивирующий характер [12].

Современная городская психиатрическая служба Москвы не обеспечивает потребность обсуждаемой категории больных в стационарной помощи. Нужно ли совершенствовать ее, или предоставить эту нишу научным и коммерческим учреждениям — вопрос дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Тиганов АС, Гаврилова СИ, Концевой ВА и соавт. Организация психиатрической помощи лицам пожилого и старческого возраста (Пособие для врачей). М., 2001.
Tiganov AS, Gavrilova SI, Koncevoj VA i soavt. Organizaciya psixiatricheskoj pomoshhi liczam pozhilogo i starcheskogo vozrasta (Posobie dlya vrachej). М., 2001. (In Russ.).
2. Румянцева ОС. Зависимость качества помощи психически больным пожилого и старческого возраста от особенностей ее организации. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2007;11:54–59.
Rumyanceva OS. Dependence of the quality of care for mentally ill elderly and senile patients on the characteristics of its organization. *Zhurnal neurologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2007;11:54–59. (In Russ.).
3. Ротштейн ВГ, Богдан МН. Клинико-эпидемиологическая характеристика контингента больных пожилого и старческого возраста филиала № 1 Московской ПБ № 13. *Психиатрия*. 2014;2(62):39–46.
Rotshtejn VG, Bogdan MN. Kliniko-ehpidemiologicheskaya kharakteristika kontingenta bol'nykh pozhilogo i starcheskogo vozrasta filiala № 1 Moskovskoj PB № 13. *Psychiatry*. 2014;2(62):39–46. (In Russ.).
4. Ротштейн ВГ, Ряховский ВВ, Сафарова ТП. Комплексные показания для госпитализации депрессивных больных пожилого возраста. *Психиатрия*. 2020;18(1):21–26. DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-1-21-26
Rotshtejn VG, Ryakhovskiy VV, Safarova TP. Complex indications for elderly depressive patients' hospitalization. *Psychiatry*. 2020;18(1):21–26. (In Russ.). DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-1-21-26
5. Управление федеральной службы статистики по городу Москве и Московской области. <https://mosstat.gks.ru/folder/64634/> Ссылка активна на 01.09.2020.
Upravlenie federal'noj sluzhby statistiki po gorodu Moskve i Moskovskoj oblasti (In Russ.). <https://mosstat.gks.ru/folder/64634/>
6. Di Carlo A, Baldereschi M, Amaducci L, Lepore V, Bracco L, Maggi S, Bonaiuto S, Perissinotto E, Scarlato G, Farchi G, Inzitari D, ILSA Working Group. Incidence of dementia, Alzheimer's disease, and vascular dementia in Italy. The ILSA study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(1):41–48. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2002.50006.x
7. Гаврилова СИ, Калын ЯБ. Социально-средовые факторы и состояние психического здоровья пожилого населения (клинико-эпидемиологическое исследование). *Вестник РАМН*. 2002;9:15–20.
Gavrilova SI., Kalyn YaB. Social'no-sredovye faktory i sostoyanie psihicheskogo zdorov'ya pozhilogo naseleniya (kliniko-epidemiologicheskoe issledovanie). *Vestnik RAMN*. 2002;9:15–20. (In Russ.).
8. Warner R, de Girolamo G. Schizophrenia, Epidemiology of Mental Disorders and Psychological Problems. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1995:190.
9. Ротштейн ВГ. Состояние стационарной и полустационарной помощи психически больным позднего возраста. *Психиатрия*. 2014;(4):36–42.
Rotshtejn VG. Sostoyanie stacionarnoj i polustacionarnoj pomoshchi psihicheski bol'nykh pozdnego vozrasta. *Psychiatry*. 2014;(4):36–42. (In Russ.).

10. Киселев АС, Сошнева ЗГ. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний. Рига, 1988:236.
Kiselev AS, Sochneva ZG. Zakonomernosti nachala, techeniya i iskhodov osnovnyh psichicheskikh zabolevanij. Riga, 1988:236. (In Russ.).
11. Gatov E, Rosella L, Chiu M, Kurdyak P. Trends in standardized mortality among individuals with schizophrenia, 1993–2012: a population-based, repeated cross-sectional study. *CMAJ*. 2017;189(37):E1177–E1187. DOI: 10.1503/cmaj.161351
12. Шмунк ЕВ. Факторы, оказывающие влияние на клинику и течение депрессивных расстройств. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2009;2:87–92.
Shmunk EV. Faktory, okazyvayushchie vliyanie na kliniku i techenie depressivnyh rasstrojstv. *Social'naya i klinicheskaya psichiatriya*. 2009;2:87–92. (In Russ.).

Сведения об авторах

Ротштейн Владимир Григорьевич, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-7941-6097>

E-mail: vladimir.rotstein@gmail.com

Ряховский Вячеслав Вячеславович, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0001-7517-2454>

E-mail: ryakhovskij@yandex.ru

Штинов Антон Евгеньевич, психиатр, заведующий геронтологическим отделением, ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 13 ДЗМ», Москва, Российская Федерация

E-mail: a.shtinov@mail.ru

Information about the authors

Vladimir G. Rotshtein, MD, PhD, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Chief Researcher, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-7941-6097>

E-mail: vladimir.rotstein@gmail.com

Vyacheslav V. Ryakhovskiy, MD, PhD, Cand. of Sci. (Med.), Senior Researcher, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0001-7517-2454>

E-mail: ryakhovskij@yandex.ru

Anton E. Shtinov, Psychiatrist, Head of Gerontological Unit, Psychiatric Clinical Hospital №13 MHD, Moscow, Russian Federation

E-mail: a.shtinov@mail.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Ротштейн Владимир Григорьевич/Vladimir G. Rotshtein

E-mail: vladimir.rotstein@gmail.com

Дата поступления 21.09.2020 Received 21.09.2020	Дата рецензии 21.10.2020 Revised 21.10.2020	Дата принятия 12.11.2020 Accepted for publication 12.11.2020
--	--	---

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-34-44>

УДК 616.89-02-082.8; 616.89; 518.2

Многофакторные регрессионные модели приверженности лечению больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и их родственников

Солохина Т.А., Ястребова В.В., Митихин В.Г., Алиева Л.М.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация

ОРИГИНАЛЬНАЯ
СТАТЬЯ

Резюме

Цель: формирование многофакторных регрессионных моделей приверженности лечению больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и членов их семей для выявления взаимосвязи с социально-демографическими, клиническими, психологическими характеристиками, факторами семейного окружения и качеством оказания психиатрической помощи с целью разработки мер по улучшению комплаентности указанных контингентов. **Пациенты и методы:** в исследовании участвовали 107 пациентов (44 мужчины и 63 женщины) с диагнозами шизофрении (F.20), шизоаффективного (F.25) и шизотипического расстройств (F.21), соответствующих критериям МКБ-10, а также 105 их родственников (27 мужчин и 78 женщин). Использовались следующие методы: клиничко-психопатологический, психометрический, статистический (корреляционный и регрессионный анализ), методы системного анализа, метод анализа иерархий. **Результаты:** построены регрессионные модели и выявлены факторы, позитивно или негативно влияющие на приверженность лечению в группах пациентов и их родственников в зависимости от гендерных различий, осознания болезни или ее отрицания, а также от клинических характеристик пациентов. К факторам, влияющим на приверженность лечению у мужчин, относятся уровень социального функционирования, уровень образования и наличие доходов; у женщин — мотивация к лечению и особенности взаимоотношений в семье. В группах пациентов и их родственников, выделенных в зависимости от осознания болезни или ее отрицания, доминирующими факторами, влияющими на комплаенс, оказались длительность заболевания, частота госпитализаций, уровень образования родственников, инвалидность пациентов, забывчивость и др. В группах в зависимости от клинических характеристик пациентов на комплаенс пациентов и родственников влияли возраст пациента, уровень мотивации к лечению пациентов и их родственников, занятость пациентов и уровень их социального функционирования, конфликтные, враждебные отношения в семье и ряд других факторов. **Выводы:** знание факторов, позитивно или негативно влияющих на приверженность лечению больных шизофренией и членов их семей, способствует разработке практических мер ее повышения. Предложены психосоциальные вмешательства, повышающие приверженность лечению пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и членов их семей.

Ключевые слова: шизофрения; приверженность лечению; комплаенс; регрессионные модели, факторы; осознание болезни.

Для цитирования: Солохина Т.А., Ястребова В.В., Митихин В.Г., Алиева Л.М. Многофакторные регрессионные модели приверженности лечению больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и их родственников. *Психиатрия*. 2021;19(1):34–44. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-34-44>

Конфликт интересов отсутствует

Multifactor Regression Models of Adherence to Treatment in Patients with Schizophrenia and Schizophrenic Spectrum Disorders and Their Relatives

Solokhina T.A., Yastrebova V.V., Mitikhin V.G., Alieva L.M.
FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation

RESEARCH

Summary

Purpose: formation of multifactor regression models of adherence to treatment of patients with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders and their family members to identify the relationship with socio-demographic, clinical, psychological characteristics, family environment factors and the quality of psychiatric care in order to develop measures to improve the compliance of these groups. **Patients and methods:** the study involved 107 patients (44 men and 63 women), with diagnoses of schizophrenia (F.20), schizoaffective (F.25) and schizotypal disorders (F.21), eligible the ICD-10 criteria, as well as 105 of their relatives (27 men and 78 women). The following methods were used: clinical and psychopathological, psychometric, psychological, statistical (correlation and regression analysis), methods of system analysis, method of hierarchy analysis. **Results:** regression models were built and factors positively or negatively influencing adherence to treatment in groups of patients

and their relatives, formed depending on gender differences, awareness of the disease or its denial, as well as on the clinical characteristics of patients, were identified. Gender factors affecting adherence to treatment in men include social functioning, education and income; for women — the motivation for treatment and characteristics of family relationships. In the groups of patients and their relatives, selected depending on the awareness of the disease or its denial, the dominant factors influencing compliance were the duration of the disease, the frequency of hospitalizations, patients' disability, the level of education of relatives, forgetfulness of taking medications, etc. In groups, depending on the clinical characteristics of patients, the compliance of patients and relatives was influenced by the age of the patient, the level of motivation for treatment of patients and their relatives, the employment of patients and the level of their social functioning, conflict, hostile relations in the family and a number of other factors. **Conclusion:** knowledge of the factors that affect the adherence to treatment of schizophrenia patients and their family members will contribute to the development of practical measures to improve it. Psychosocial interventions have been proposed to increase adherence to treatment in patients with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders and their families.

Keywords: schizophrenia; treatment adherence; compliance; disease awareness; regression models; compliance therapy.

For citation: Solokhina T.A., Yastrebova V.V., Mitikhin V.G., Alieva L.M. Multifactor Regression Models of Adherence to Treatment in Patients with Schizophrenia and Schizophrenic Spectrum Disorders and Their Relatives. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(1):34–44. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-34-44>

There is no conflict of interests

ВВЕДЕНИЕ

Несоблюдение режима медикаментозного лечения у больных шизофренией широко распространено и приводит к утяжелению течения заболевания, росту частоты госпитализаций, инвалидизации пациентов и в конечном счете к ухудшению качества жизни [1, 2].

В настоящее время выявлены многочисленные факторы, сказывающиеся на приверженности лечению больных шизофренией, среди которых выделяются группы факторов, связанные с клинической картиной болезни, особенностями социального окружения, фармакотерапией, личностными характеристиками пациентов, системой организации медицинской помощи и др. [3, 4].

Частой причиной, по которой пациенты не соблюдают режим лечения, является ложное, неправильное представления о болезни и лечении. Неполное осознание болезни и необходимости лечения может быть связано как с клинико-психопатологическими (отсутствие критики), так и с психологическими факторами [5]. Показано, что низкая мотивация отрицательно влияет на приверженность лечению [6], что проявляется в отсутствии побуждений пациента включиться в процесс лечения, продолжать участвовать в нем и придерживаться определенной стратегии поведения, направленной на преодоление болезни. Психологическим фактором, ослабляющим комплаенс, являются неконструктивные копинг-стратегии с использованием различных механизмов психологической защиты, которые направлены не на изменение стрессовой ситуации или попытки решения проблемы, а на ее избегание [7].

В исследованиях отечественных и зарубежных авторов установлено, что среди многочисленных факторов, связанных с приверженностью лечению больных шизофренией, важное место занимает характеристика семьи пациента: особенности взаимоотношений в ней, понимание необходимости лечения, взгляды семьи на риск и пользу от лечения, наличие социальной и семейной поддержки, стигма и другие семейные факторы, которые во многом формируют отношение

пациента к лечению [8, 9]. Семья больного рассматривается как важнейший фактор, определяющий и поддерживающий комплаентное поведение заболевшего родственника. Принятие болезни члена семьи проходит у его родственников через ряд стадий и часто сопровождается болезненными эмоциональными переживаниями, такими как отрицание болезни, чувство вины, гнев и отчаяние. Проживание родственниками каждой стадии осознания и принятия болезни близкого закладывает основные векторы межличностного взаимодействия с заболевшим членом семьи, которые либо укрепляют комплаентное поведение, либо его ослабляют [10]. Стабильная и адекватная поддержка семьи обеспечивает более высокий уровень комплаенса, а негативное отношение родственников к лечению становится причиной последующей некомплаентности больного [11].

Исследования показывают, что приверженность лечению следует рассматривать как сложный, многомерный, динамический клинико-психологический феномен, требующий рассмотрения большого числа факторов, влияющих на него. Многомерность феномена приверженности лечению требует системного подхода к решению обозначенной проблемы [12]. Поэтому сохраняется интерес исследователей к этому вопросу, особенно поиску подходов к повышению комплаентности. Дальнейшее изучение проблемы приверженности лечению больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра способствует разработке новых способов оптимизации и планирования помощи больным шизофренией, улучшения ее качества и эффективности.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в 2013–2017 гг. Базой для сбора материала служил психоневрологический диспансер (ПНД) № 18, являющийся филиалом ГБУЗ г. Москвы «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ». В исследование были включены пациенты, соответствующие следующим критериям: диагностические критерии

МКБ-10; возраст от 18 до 60 лет; диспансерное наблюдение; наличие родственников (родители или супруги). Из исследования были исключены больные с дезорганизацией поведения и мышления; находящиеся на лечении в психиатрической больнице; с тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии обострения; не давшие согласия на проведение исследования.

В результате была сформирована выборка, в которую вошли 107 пациентов с диагнозами шизофрении (F.20), шизоаффективного (F.25) и шизотипического расстройств (F.21) и 105 их родственников. Все обследованные подписали информированное согласие на участие в исследовании. Проведение исследования соответствовало Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренному варианту 2000 г. и было одобрено Локальным этическим комитетом НЦПЗ.

Для диагностики и оценки психического состояния использовался клиничко-психопатологический метод. При социально-психологическом исследовании применялась батарея из следующих психологических и психометрических инструментов: шкала отношения к лекарственным препаратам (Hogan T. et al., 1983), шкала осознания болезни при психозе (Birchwood M. et al., 1994), шкала мотивации «Оценка изменений Университета Род-Айленда» (URICA, McCoimughy E.N., Prochaska J.O., Velicer W.F., 1983), опросник «Индикатор копинг-стратегий» (Amirkhan J., 1990, адаптированный Н.А. Сиротой и В.М. Ялтонским), опросник исследования межличностных проблем (Horowitz L., 2000, адаптированный в отделе клинической психологии НЦПЗ С.Н. Ениколоповым, А.И. Цапенко, 2009), шкала социального функционирования (SAS-SR, Weissman M., Bothwell S., 1976, адаптированная в отделе клинической психологии НЦПЗ С.Н. Ениколоповым, А.И. Цапенко, 2009), опросники по оценке удовлетворенности лечением и взаимоотношениями врач-пациент, разработанные в отделе организации психиатрических служб НЦПЗ.

Социально-демографические характеристики пациентов и их родственников, клинические и клиничко-эпидемиологические сведения, показатели социальной активности пациента и ряд других вопросов вносились в «Карту пациента, наблюдающегося в психоневрологическом диспансере» и «Карту родственника пациента, наблюдающегося в психоневрологическом диспансере», разработанные в отделе организации психиатрических служб НЦПЗ.

Для обработки данных, полученных при клиническом и социально-психологическом исследовании, использовался метод анализа иерархий, позволяющий переводить порядковые шкалы в шкалу отношений (на основе фундаментальной шкалы МАИ) [13]. Затем проводился корреляционный анализ с целью отбора характеристик пациентов и родственников, значимых для показателя комплаенса. Исследовано более 50 клинических, социально-демографических, психологических и иных параметров, среди которых пол, образование, трудовая занятость, социальная активность,

длительность заболевания, число госпитализаций, мотивация, отношение к болезни и лекарствам пациентов и их родственников и др. На завершающем этапе для показателя комплаенса определялось отношение пациента и/или родственника к лекарственным препаратам на основании шкалы Т. Ноган и соавт., 1983. Этот показатель, переведенный в шкалу отношений, использовался при формировании факторных регрессионных моделей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Социально-демографические характеристики пациентов. В изученной выборке было 44 мужчины (41,1%) и 63 женщины (58,9%); средний возраст пациентов составил $42,4 \pm 8,4$ года. Преобладали лица трудоспособного возраста: пациенты от 20 до 30 лет составляли 18%; наибольшую долю (35%) составили лица в возрасте от 31 до 40 лет; пациенты в возрасте 41–50 лет — 21%, 51–60 лет — 26%.

Инвалидность по психическому заболеванию имели подавляющее число обследованных пациентов — 80,8%, среди них у 67% имелась вторая группа инвалидности, 11% имели третью группу инвалидности, 2,8% — первую группу.

Работали лишь 23% обследованных пациентов: 8% в обычном учреждении неполный рабочий день, 7% пациентов занимались индивидуальной трудовой деятельностью, 8% работали эпизодически в качестве курьера, промоутера или занимались надомной работой. Большинство из них получали пенсию по инвалидности (80,8% больных), 7% имели материальную помощь от родственников.

Значительная часть больных (66%) не состояла в браке; большинство проживали с родителями или другими родственниками (64%), лишь 7% жили одни, 29% пациентов — в своей семье. Низкий уровень социальных контактов отмечался у 21% пациентов (вовсе не имели друзей), 47% сообщили, что имели лишь одного или двух друзей, и 32% отметили, что имели более трех друзей. Снижение социального функционирования выявлялось и по показателю дневной активности: у трети пациентов он был низким (33%), у 21% — ниже среднего и средним у 17% пациентов. Высокая степень социальной активности отмечалась у трети обследованных больных (29%).

75% пациентов считали, что получали поддержку членов семьи, 14% пациентов сообщали о конфликтах и разногласиях в семье, 11% пациентов отмечали критику в свой адрес, отвержение членами семьи или, наоборот, указывали на гиперопеку.

Социально-демографический портрет родственников был представлен следующими характеристиками. В изученной группе родственников было 27 мужчин (25,7%) и 78 женщин (74,3%). Родители пациентов составили 67,6%, остальные родственники — 32,4%. Среди родственников преобладали лица в возрасте от 51 до 70 лет — 63%. Родственники в возрасте от 40

Таблица 1. Клинические характеристики изученных пациентов**Table 1.** Clinical characteristics of the studied patients

Диагноз/Diagnosis	Абс./Abs. (n = 107)	%
Шизофрения параноидная (F20), включая:	80	74,8
Шизофрения параноидная, непрерывное течение, неполная ремиссия. F20.004	3	2,8
Шизофрения параноидная, непрерывное течение, отсутствие ремиссии. F20.006	12	11,2
Шизофрения параноидная, эпизодическое течение, неполная ремиссия. F20.014	44	41,1
Шизофрения параноидная, эпизодическое течение, отсутствие ремиссии. F20.016	17	15,9
Шизофрения параноидная, эпизодическое течение, со стабильным дефектом, неполная ремиссия. F20.024	3	2,8
Шизофрения параноидная, период наблюдения до года. F20.09	1	0,9
Шизофрения остаточная. F20.524	3	2,8
Шизофрения простая. F20.606	2	1,9
Шизотипическое расстройство (F21), включая:	10	9,3
Шизотипическое расстройство, психопатоподобная шизофрения. F21.3	7	6,5
Шизотипическое расстройство, неврозоподобная шизофрения. F21.4	3	2,8
Шизоаффективное расстройство (F25), включая:	12	11,2
Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип. F25.11	5	4,7
Шизоаффективное расстройство, смешанный тип. F25.21	7	6,5

до 50 лет составили 23%, от 71 года и старше — 14%. Для родственников был характерен довольно высокий образовательный уровень: высшее и незаконченное высшее образование имели 41% родственников, среднее специальное образование — 35%, среднее и незаконченное среднее образование — 24% родственников. Регулярно работали 38% родственников, на пенсии по возрасту или инвалидности находились 59%, остальные 8% включали эпизодически работающих и учащихся.

Анализ клинико-эпидемиологических характеристик обследованных пациентов показал, что средний возраст начала заболевания составлял $20,5 \pm 4,8$. У половины пациентов (54,2%) длительность заболевания была более 10 лет; лица с длительностью заболевания от 6 до 10 лет достигли 29,9%; от одного года до пяти лет — 15,9%. Пациенты изученной выборки характеризовались значительным числом госпитализаций: три четверти из них госпитализировались более 10 раз, имели от шести до 10 госпитализаций 15,9%, лишь 7,5% пациентов госпитализировались от одного до пяти раз.

Клинические характеристики изученной группы пациентов приведены в табл. 1.

Как видно из представленных данных, в выборке существенно преобладали больные с диагнозом параноидной шизофрении, составившие три четверти всех пациентов (74,8%). В значительно меньшей степени были представлены пациенты с шизоаффективным (11,2%) и шизотипическим расстройством (9,4%). Резидуальная и простая форма шизофрении встречались лишь в качестве единичных наблюдений. В целом обследованная группа пациентов включает все диагностические формы шизофрении и близка к структуре пациентов ПНД № 18, а также других ПНД [14]. Несколько

Таблица 2. Распределение пациентов изученной выборки по основным синдромам**Table 2.** Distribution of patients by major syndromes in the studied sample

Синдром/Syndrome	Абс./Abs. (n = 107)	%
Психотические синдромы, включая:		
аффективно-бредовый	16	15,1
галлюцинаторно-бредовый	10	9,4
параноидный	18	17,0
Синдромы астенического дефицита, включая:		
апатобулический	13	12,1
адинамический	3	2,8
апатодинамический	7	6,5
астенический	5	4,6
астенодепрессивный	9	8,4
Непсихотические шизотипические состояния:		
неврозоподобный синдром	3	2,8
психопатоподобный синдром	7	6,5
Другие:		
ипохондрический, гипоманиакальный, депрессивный, сенесто-ипохондрический, остаточный кататонический, аффективно-смешанный, полиморфный, сочетание симптомов	16	14,8

отличались показатели количества пациентов с шизотипическим расстройством (9,3% в изученной выборке против 20% в ПНД), что, вероятно, связано с низкой посещаемостью ПНД пациентами с этим диагнозом. Оценка вариантов течения заболевания у больных всех диагностических категорий показала заметное преобладание динамики в виде последовательного

Таблица 3. Распределение (в %) изученных пациентов и родственников по их отношению к болезни и лечению (по опроснику осознания болезни при психозе, Birchwood M. et al., 1994)

Table 3. Distribution (%) studied patients and relatives in their attitude to disease and treatment (according to the psychosis awareness questionnaire, Birchwood M. et al., 1994)

Шкалы опросника/Scales of psychosis awareness questionnaire	Пациенты/Patients n = 107				Родственники/Relatives n = 105			
	Полное* осознание/ Complete awareness		Неполное осознание/ Uncomplete awareness		Полное* осознание/ Complete awareness		Неполное осознание/ Uncomplete awareness	
	Абс./Abs.	%	Абс./Abs.	%	Абс./Abs.	%	Абс./Abs.	%
Атрибуция симптомов/ Symptoms' attribution	31	29,0	76	71,0	60	57,1	45	42,9
Осознание болезни/Illness awareness	39	36,4	68	63,6	71	67,6	34	32,4
Осознание необходимости лечения/Need for treatment awareness	62	58,0	45	42,0	76	72,4	29	27,6

* Полное осознание при наборе по каждой субшкале — 4 балла.

чередования психотических эпизодов со значительным усилением выраженности симптоматики и ремиссий различного качества.

Данные о синдромальной структуре обследованных пациентов приведены в табл. 2. Как видно, наиболее распространенными оказались синдромы психотического регистра: доля пациентов, имевших эти синдромы на протяжении болезни, достигала 41,5%, в том числе параноидный синдром отмечался у 17,0%, аффективно-бредовой — у 15,1% и галлюцинаторно-бредовой — у 9,4% обследованных лиц. Вторыми по представленности оказались расстройства в рамках довольно широкого круга астенического дефицита: от легко выраженных явлений психической слабости до тяжелого астеноэнергического дефекта (34,5% обследованных) с повышенной утомляемостью, апатией, гипобулией, снижением всех видов активности и мотивации.

Таким образом, можно констатировать, что для изученной группы пациентов характерны нозологические формы, стереотип развития которых обнаруживает тенденцию к длительному, многолетнему течению с последовательным нарастанием дефицитарных изменений, личностных деформаций, проявляющихся снижением социальной адаптации. Для таких больных часто характерны нарушения лекарственного комплаенса в виде отказа от назначенного лечения или его несоблюдения, включая самостоятельную отмену, что подтвердилось при оценке.

Значительная представленность у пациентов изученной выборки с симптомами дефицитарного круга также позволила предположить у них невысокую комплаентность.

Как видно из табл. 3, осознавали необходимость лечения по их самооценкам 58% больных, что близко к объективным оценкам лечащего врача и родственников (не более 50% обследованных пациентов соблюдали режим лечения, по их оценкам). Не осознавали в полной мере свое заболевание 63,6% больных, а 71,0% приписывали его возникновение внешним

причинам и особенностям характера. Необходимо отметить, что почти треть родственников (27,6%) также не осознавала полностью необходимости лечения. В исследовании установлено, что 42,9% родственников больных не расценивали симптомы своего близкого как проявление психического расстройства, объясняя симптомы следствием других причин, домысливанием, приписыванием пациентам несвойственных им черт, упрощением и неверной интерпретацией симптоматики, им была свойственна как внешняя, так и внутренняя атрибуция симптомов. Отрицали психическое расстройство и не были согласны с тем, что их родственник болен психически, 32,4% родных.

Полученные результаты клинического и социально-психологического обследования пациентов и их родственников были использованы для формирования многофакторных регрессионных моделей комплаенса, позволяющих выявить наиболее значимые факторы, влияющие на их приверженность в зависимости от гендерных различий, принятия болезни, наличия у пациентов психотической или дефицитарной симптоматики. Как показано ниже, каждая из разработанных моделей включает факторы, связанные с пациентами и их родственниками, что подтверждает сложность и многомерность феномена комплаенса, для изучения которого необходим системный подход.

Модель показателя комплаенса пациентов-мужчин (M1)

Полученная линейная регрессионная модель (M1) связывает показатель комплаенса пациентов-мужчин с указанными в модели факторами с надежностью $R^2 = 0,607$ (т.е. объясняет на 60,7% вариацию величины комплаенса):

$$M1_{\text{Компл п-муж}} = -3,306 + 0,886 X_1 + 0,059 X_2 + 0,166 X_3 + 0,574 X_4 - 0,031 X_5 + 2,385 X_6 - 0,608 X_7.$$

Положительно влияют на уровень комплаенса пациента-мужчины следующие факторы: X_1 — наличие дохода; X_2 — более старший возраст пациента; X_3 — удовлетворенность общением в диаде врач-пациент; X_4 — осознание пациентом необходимости лечения;

X6 — осознание болезни родственниками. Отрицательное влияние связано с факторами: X5 — низкая удовлетворенность родственников помощью; X7 — отрицание родственниками необходимости медикаментозного лечения.

Модель показателя комплаенса пациентов-женщин (M2)

Линейная регрессионная модель (M2) связывает показатель комплаенса пациентов-женщин с указанными в модели факторами с надежностью $R^2 = 0,504$:

$$M2_{\text{Компл п-жен}} = -0,984 - 1,322 U1 + 0,110 U2 - 0,039 U3 + 1,034 U4 + 0,043 U5 - 1,579 U6 + 0,894 U7 + 0,511 U8.$$

Положительное влияние на уровень комплаенса пациентов-женщин оказывают: U2 — удовлетворенность пациенток помощью; U4 — осознание ими необходимости лечения; U5 — высокий уровень мотивации к лечению; U7 — принятие болезни родственником; U8 — осознание родственником необходимости лечения.

Негативное влияние связано с факторами: U1 — конфликтные, враждебные отношения в семье, гиперопека; U3 — низкий уровень социального функционирования пациенток; U6 — некомплаентность пациентов (объективная оценка врачом).

Модель показателя комплаенса родственников-мужчин (M3)

Линейная регрессионная модель (M3) связывает показатель комплаенса родственников-мужчин с указанными в ней факторами с надежностью $R^2 = 0,639$:

$$M3_{\text{Компл р-м}} = -4,014 + 0,085 Z1 - 0,873 Z2 + 0,259 Z3 + 0,095 Z4 - 0,070 Z5 - 3,257 Z6.$$

Из приведенного соотношения следует, что положительное влияние на уровень комплаенса родственника-мужчины оказывают следующие факторы: Z1 — более старший возраст родственника; Z3 — наличие у пациента навыков решения проблем; Z4 — более высокий уровень социального функционирования родственника-мужчины. Отрицательное влияние связано с факторами: Z2 — низкий уровень образования родственника-мужчины; Z5 — низкая удовлетворенность родственника-мужчины психиатрической помощью, оказанной его близкому; Z6 — непризнание психического заболевания у члена семьи.

Модель показателя комплаенса для родственников-женщин (M4)

Линейная регрессионная модель (M4) связывает показатель комплаенса родственников-женщин с указанными в модели факторами с надежностью $R^2 = 0,534$:

$$M4_{\text{Компл р-ж}} = 4,694 + 0,020 W1 - 0,461 W2 + 1,423 W3 + 0,067 W4 + 0,052 W5 - 0,014 W6 - 0,024 W7 - 2,413 W8.$$

Установлено, что положительное влияние на уровень комплаенса родственника-женщины оказывают следующие факторы: W1 — более старший возраст родственника-женщины; W3 — положительное отношение пациентов к лекарственной терапии; W4 — наличие у пациентов навыков решения проблем; W5 — удовлетворенность родственника оказанной его близкому психиатрической помощью. Негативно

влияют факторы: W6 — наличие стресса у пациентов от проблем в межличностном общении; W7 — наличие стресса у родственников от проблем в межличностном общении; W8 — отрицание родственниками психического заболевания члена семьи.

Учитывая неполное осознание болезни у части пациентов и родственников (по подшкалам шкалы осознания болезни, табл. 3), дальнейшее формирование моделей комплаенса проводилось для пациентов и родственников с учетом этого фактора. С этой целью были выделены две группы пациентов и две группы их родственников с полным и неполным осознанием болезни.

Модель показателя комплаенса для пациентов с полным осознанием болезни (M5)

Линейная регрессионная модель (M5) связывает показатель комплаенса с указанными в модели факторами с надежностью $R^2 = 0,72$:

$$M5_{\text{Компл пац}} = 12,697 + 0,091 X1 - 0,134 X2 + 1,073 X3 - 0,016 X4.$$

Модель показывает, что с увеличением длительности заболевания (X1) и частоты госпитализаций (X3) возрастала и степень приверженности лечению в этой группе пациентов. Отрицательно влияли на комплаенс молодой возраст пациента (X2) и созависимость со стороны родственников, их гиперопека, эмоциональное вовлечение в болезнь близкого (X4).

Модель показателя комплаенса для родственников с полным осознанием болезни (M6)

Регрессионная модель (M6) связывает показатель комплаенса с указанными в модели факторами с надежностью $R^2 = 0,74$:

$$M6_{\text{Компл р}} = 1,938 + 0,482 X1 + 1,059 X2 - 0,002 X3.$$

Приверженность лечению в этой группе родственников возрастала при более высоком уровне социального функционирования пациента (X1) и наличии у пациента инвалидности (X2). Отрицательным фактором являлся низкий уровень социального функционирования пациента, отсутствие у него работы, собственной семьи, друзей (X3, по SAS-SR).

Модель показателя комплаенса для пациентов с неполным осознанием болезни (M7)

Линейная регрессионная модель (M7) связывает показатель комплаенса с указанными в модели факторами с надежностью $R^2 = 0,95$:

$$M7_{\text{Компл пац}} = 4,453 - 3,383 X1 + 0,141 X2 - 0,744 X3.$$

Модель показала, что отрицательно влияли на приверженность этой группы забывчивость пациента (X1), низкий уровень образования родственников (X3). Приверженность повышалась у пациентов с возрастом (X2), т.е. была выше у пациентов более старших возрастов.

Модель показателя комплаенса для родственников с неполным осознанием болезни (M8)

Линейная регрессионная модель (M8) связывает показатель комплаенса с указанными в модели факторами с надежностью $R^2 = 0,98$:

$$M8_{\text{Компл р}} = 10,359 - 0,103 X1 - 1,026 X2 - 0,615 X3.$$

Низкий комплаенс родственников с неполным осознанием болезни определяли следующие значимые факторы: отсутствие трудовой занятости родственников (X1), их низкий образовательный уровень (X3), а также несоблюдение пациентами режима терапии, обусловленного забыванием приема препаратов (X2).

Отдельно были выделены группы больных по синдромальному признаку и в зависимости от этого сформированы модели комплаенса для пациентов и их родственников.

Модель показателя комплаенса для пациентов с преобладанием на протяжении болезни синдромов психотического регистра (параноидного, аффективно-бредового, галлюцинаторно-бредового синдромов) (M9)

Получена следующая линейная регрессионная модель (M9), связывающая показатель комплаенса с указанными в модели факторами с надежностью $R^2 = 0,99$:

$$M9_{\text{Компл. пац}} = -24,743 + 5,011 X1 + 4,844 X2 + 0,264 X3.$$

Комплаенс пациентов повышался при более высокой мотивации (X1), с возрастанием частоты госпитализаций (X2) и с увеличением возраста пациента (X3).

Модель показателя комплаенса для родственников пациентов с преобладанием на протяжении болезни синдромов психотического регистра (параноидного, аффективно-бредового, галлюцинаторно-бредового синдромов) (M10)

Получена следующая линейная регрессионная модель (M10) для показателя комплаенса родственника в зависимости от указанных факторов с надежностью $R^2 = 0,88$:

$$M10_{\text{Компл. р}} = 1,512 + 1,072 X1 + 1,212 X2 - 0,082 X3.$$

Комплаенс повышался с возрастанием мотивации пациента (X1) и родственника (X2) и снижался при низком уровне социального функционирования родственника (X3, SAS-SR).

Модель показателя комплаенса для пациентов с дефицитарными синдромами (M11)

Получена следующая линейная регрессионная модель (M11) для показателя комплаенса родственника в зависимости от указанных в модели факторов с надежностью $R^2 = 0,99$:

$$M11_{\text{Компл. пац}} = -13,182 + 2,557 X1 - 1,555 X2 + 0,186 X3.$$

Комплаенс повышался при наличии занятости пациента (X1) и высоком уровне социального функционирования родственников (X3, SAS-SR), отрицательное влияние на поддержание комплаенса оказывала забывчивость пациентов и пропуск приема препаратов вследствие этого (X2).

Модель комплаенса для родственников пациентов с дефицитарными синдромами (M12)

Линейная регрессионная модель (M12) для показателя комплаенса родственников в зависимости от указанных в модели факторов с надежностью $R^2 = 0,94$:

$$M12_{\text{Компл. р}} = 9,530 - 0,975 X1 - 0,166 X2 + 1,036 X3.$$

Комплаенс снижался при низкой мотивации к лечению у родственника (X1), молодом возрасте пациентов

(X2) и улучшался с повышением уровня социальной активности пациента (X3).

ОБСУЖДЕНИЕ

Разработанные регрессионные модели позволяют проанализировать особенности комплаенса, присущие каждой выделенной группе пациентов и их родственников, расширить представление о факторах, влияющих на приверженность терапии, их взаимосвязи и объяснить их влияние, а также предложить меры по улучшению комплаенса.

Анализ гендерных стереотипов приверженности лечению выявил следующие особенности. COMPLAENCE родственников-мужчин зависит от уровня их социального функционирования, в то время как у пациентов-мужчин — от наличия дохода от работы, что объясняется необходимостью выполнения мужчинами традиционных гендерных социальных ролей, таких как работа ради заработка, общественная жизнь и досуг, супружеские отношения, поддержка своих престарелых родителей и др. Эти факторы, наряду с другими — осознанием необходимости лечения пациентами-мужчинами, с повышением удовлетворенности от оказанной помощи, с увеличением возраста родственников-мужчин, — поддерживали их комплаентность на более высоком уровне.

Выявленные различия в значимых факторах приверженности лечению у женщин показали, что для комплаентности большое значение имели эмоциональный и мотивационный компоненты психики. Положительно влиял на комплаенс пациентов-женщин более высокий уровень мотивации к лечению, а также удовлетворенность оказанной помощью и общением с психиатром. Факторами, снижавшими комплаенс у пациентов-женщин и родственников-женщин, оказались особенности взаимоотношений: комплаенс снижали конфликтные, враждебные отношения в семье, гиперопека, повышенный дистресс, выявленный по опроснику исследования межличностных проблем (Horowitz L., 2000). Для родственников-женщин, среди которых большую часть составляли матери пациентов (82%), зафиксирован повышенный общий межличностный дистресс, а также дистресс по шкалам «самопожертвование» (чрезмерные забота и терпимость, подчиняемость пациенту), «излишняя уступчивость» (трудности в выражении несогласия с другими, страх потери одобрения), «неуверенность» (недостаток уверенности в себе, низкая самооценка, чувство вины и проч.), что может приводить к негативным паттернам поведения по отношению к больному, неумению выстраивать с ним отношения, чрезмерной опеке, контролю или его отвержению. С точки зрения психодинамического подхода это может также свидетельствовать о симбиозе матерей с их взрослыми детьми. Матери эмоционально вовлечены в их болезнь, принимают на себя роль «жертвы», заполняя таким образом свою внутреннюю пустоту. Такие взаимоотношения могут быть результатом

неправильного восприятия болезненных симптомов, низкой информированности относительно лечения, а также свидетельствовать о необходимости оказания членам семьи глубинной психотерапии [15]. Поэтому важнейшей задачей является создание условий для того, чтобы родственники больного минимизировали поведение, деструктивно влияющее на состояние больного, если таковое имеет место, а также могли реализовать свой ресурс помощи больному, в том числе в поддержании полноценного медикаментозного лечения.

Связь комплаенса матерей с повышенным у пациентов общим межличностным дистрессом и высоким дистрессом по шкалам «неуверенность», «излишняя уступчивость», «социальная подавленность» (пациенты с тревогой, робостью, трудностями установления социальных отношений, выражения чувств и др.) подтверждали наличие дисфункциональных системных нарушений в семьях больных шизофренией и их влияние на снижение приверженности лечению родственников-женщин.

Полученные при формировании моделей факторы могут объясняться значимостью эмоционального компонента отношений как для родственников женского пола, так и для пациентов женского пола. В частности, комплаенс зависел от теплых, доверительных, одобряющих отношений с близкими и врачом.

К гендерным особенностям пациенток-женщин, поддерживающим их приверженность лечению, относится более внимательное отношение к своему здоровью [16, 17], о чем свидетельствовала их более высокая мотивация к лечению: признание проблемы и намерение разрешить ее, желание сохранить позитивные изменения в состоянии, потребность в психотерапевтической помощи для закрепления результатов, полученных в ходе лечения.

Известно, что одним из типичных симптомов в структуре психопатологических расстройств, характерных именно для шизофрении, является снижение способности к критической оценке своего состояния. Понимание пациентами своего состояния и необходимости лечения имеют значимую связь с соблюдением медицинских рекомендаций [5]. С учетом этого были проанализированы факторы, влияющие на комплаенс пациентов и их родственников в зависимости от принятия ими болезни или ее отрицания.

В группе пациентов с осознанием болезни комплаенс повышался с увеличением длительности заболевания и частоты госпитализаций, что, по-видимому, связано с возрастанием степени понимания необходимости длительного лечения, адекватным осознанием своего расстройства и его симптомов, связи между госпитализацией и прекращением приема терапии. Об этом свидетельствует низкий комплаенс у пациентов более молодых возрастных групп.

У родственников пациентов этой группы комплаенс повышали высокий уровень социального функционирования пациентов и наличие инвалидности у пациентов, а снижала комплаенс созависимость родственников.

В группе с недостаточным осознанием болезни комплаенс пациентов также повышался с возрастом, а снижался при пропуске приема лекарственных средств по забывчивости, что свидетельствует об их формальном отношении к лечению либо о наличии когнитивного дефицита.

Настораживает группа родственников с неполным осознанием болезни. В числе факторов, снижающих их комплаентность, фигурирует низкий уровень образования родственников, отсутствие их трудовой занятости, формальное отношение к лечению, отсутствие контроля приема препаратов пациентами, о чем свидетельствовал фактор пропуска ими приема препаратов по забывчивости.

Для пациентов с преобладанием на протяжении заболевания психотических синдромов (параноидного, аффективно-бредового, галлюцинаторно-бредового) и для их родственников значимыми факторами, повышающими комплаентность, являлись особенности течения шизофренического процесса, частые и длительные госпитализации, связанные с непрерывностью процесса или частотой обострений, наличие мотивации пациентов и их родственников к лечению, возраст и частота госпитализаций. С возрастанием частоты госпитализаций, так же как и в группе пациентов с осознанием болезни, формировалась установка на соблюдение режима терапии, возникало понимание связи прекращения поддерживающей терапии с ухудшением психического состояния и госпитализациями в психиатрический стационар.

Со снижением остроты состояния и нарастанием симптомов дефицита факторы комплаентности пациентов и их родственников в большей степени зависели от социальных и психологических характеристик — социальной и физической активности пациента, занятости пациента, социальной адаптации родственников, их мотивации.

Разработанные модели комплаентности и факторы, влияющие на нее, позволили определить приоритетные направления мер по улучшению приверженности лечению, индивидуализировать подходы к терапии, что обеспечивается эффективными для этой проблемы психосоциальными вмешательствами. Следует отметить, что в обследованной группе 85% пациентов не участвовали в реабилитационных программах (психосоциальное образование, психотерапия), а среди родственников этот показатель достигал 88%. Поэтому можно предположить, что определяющим был их собственный опыт в осознании и принятии болезни и необходимости лечения, приобретенный за годы болезни близкого человека (длительность болезни более 70% пациентов превышала 10 лет), адаптация со временем к тяжелой жизненной ситуации, получение необходимой информации и поддержки от лечащего врача-психиатра в индивидуальном порядке. Эти результаты подтверждают необходимость включения психосоциальной работы на самых ранних этапах болезни пациента, поскольку эта работа является значимым фактором улучшения

комплаентности, снижения рецидивов болезни, уменьшения в семье бремени болезни.

Разработанный нами комплексный подход, направленный на повышение приверженности лечению и формирование у больных шизофренией и их родственников навыков добровольного и ответственного соблюдения режима психофармакотерапии, включает для пациентов комплаенс-терапию, интегрирующую принципы, положения и техники когнитивно-поведенческой психотерапии, психообразования и мотивационного интервью, мотивационный тренинг, тренинг когнитивных и социальных навыков, а для членов их семей психообразование, тренинги по управлению ими психоэмоциональной сферы, развитию навыков общения в семье и со специалистами психиатрических учреждений, семейное психологическое консультирование. Комплексный подход направлен на установление причин недостаточного соблюдения лекарственной терапии, формирование более благоприятных представлений о заболевании и лечении, мотивирование пациентов и родственников на долговременную терапию, выработку навыков поведения, способствующих поддержанию психического здоровья членов семьи, проведение реабилитационной работы в атмосфере уважения с соблюдением равных прав участников [18].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Формирование многофакторных регрессионных моделей и их анализ позволили определить факторы, влияющие на приверженность лечению пациентов и их родственников, в зависимости от гендерных и клинических особенностей, а также от осознания болезни.

С помощью полученных данных предоставляется возможность индивидуализировать психосоциальные подходы к пациентам и их родственникам и тем самым улучшить качество оказываемой психиатрической помощи.

При проведении психосоциальных мероприятий должны приниматься различные меры в зависимости от причин, вызвавших нарушение приверженности, и выявленные модели могут помочь в выборе персональных стратегий для каждого пациента. Так, больным, недостаточно осознающим заболевание в связи с дефицитом информированности, полезен психообразовательный подход. Пациентам, амбивалентно настроенным в отношении лекарственной терапии, показано сочетание психообразовательного и мотивационного подходов. Важнейшей задачей является создание условий для того, чтобы родственники психически больного минимизировали поведение, деструктивно влияющее на состояние больного, если таковое имеет место, а также могли реализовать свой ресурс помощи больному, поэтому при работе с родственниками применяется психообразование, семейное консультирование и тренинги необходимых родственникам навыков.

Предложенные многофакторные регрессионные модели и подход к их формированию открывают

перспективы для получения интегрированных оценок комплаенса, а также индивидуального показателя комплаенса пациентов и родственников. Показано, что для решения проблемы оценки комплаенса необходимо использовать методы системного анализа информации [19]. Это представляет интерес и с точки зрения формирования предикторов эффективности психосоциальных, реабилитационных и психотерапевтических мероприятий, что составляет базу для оптимизации процесса лечения больных.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Kane John M, Kishimoto T, Correll C. Несоблюдение режима лечения пациентами с психотическими расстройствами: эпидемиология, predisposing факторы и тактика. *World Psychiatry*. 2013;12(10):216–226. DOI: 10.1002/wps.20060-2013-12-10-216-226
Kane John M, Kishimoto T, Correll C. Nesoblyudenie rezhima lecheniya pacientami s psixoticheskimi rasstrojstvami: epidemiologiya, predispolagayushhie faktory i taktika. *World Psychiatry*. 2013;12(10):216–226. (In Russ.). DOI: 10.1002/wps.20060-2013-12-10-216-226
2. Незнанов НГ, Вид ВД. Проблема комплаенса в клинической психиатрии. *Психиатрия и психофармакотерапия имени П.Б. Ганнушкина*. 2004;6(4):159–162. Neznanov NG, Vid VD. Problema komplainsa v klinicheskoy psixiatrii. *Psixiatriya i psixofarmakoterapiya imeni P.B. Gannushkina*. 2004;6(4):159–162. (In Russ.).
3. Siracusano A. Adherence to Antipsychotics in Schizophrenia (eBook). Springer Milan; Heidelberg; New York; London, 2014:139–141. DOI: 10.1007/978-88-470-2679-7
4. Donohoe G, Owens N, Donnell CO. Predictors of compliance with neuroleptic medication among inpatients with schizophrenia: a discriminant function analysis. *Eur. Psychiatry*. 2001;16(5):293–298. DOI: 10.1016/s0924-9338(01)00581-8.
5. Ястребова ВВ, Солохина ТА, Митихин ВГ, Алиева ЛМ, Машошин АИ. Приверженность лечению больных шизофренией и разработка мер по ее повышению. Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск III. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. СПб.: Издательство «Таро», 2016:334–341.
Iastrebova VV, Solokhina TA, Mitikhin VG, Alieva LM, Mashoshin AI. Priverzhennost' lecheniiu bol'nykh shizofreniei i razrabotka mer po ee povysheniiu. *Psikhoterapiya i psikhosotsial'naya rabota v psixiatrii*. Vypusk III. Pod red. O.V. Limankina, S.M. Babina. SPb.: Izdatel'stvo "Taro", 2016:334–341. (In Russ.).
6. Семенова НД. Повышение уровня мотивации при шизофрении: использование внутренних подкрепляющих свойств когнитивной стимуляции. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012;22(1):80–87.

- Semenova ND. Motivational enhancements in schizophrenia: using intrinsic reinforcement properties of cognitive stimulation. *Social and Clinical Psychiatry*. 2012;22(1):80–87. (In Russ.).
7. Алиева ЛМ, Солохина ТА. Социально-психологические факторы комплаентности больных шизофренией. *Психиатрия*. 2020;18(2):71–82. DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-2-70-80
Alieva LM, Solokhina TA. Socio-psychological factors of compliance in patients with schizophrenia. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2020;18(2):71–82. (In Russ.). DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-2-70-80
8. Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *Br. J. Psychiat.* 1972;121(2):241–258.
9. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1985;42:887–896.
10. Солохина ТА, Митихин ВГ, Ястребова ВВ, Алиева ЛМ, Машошин АИ. Приверженность родственников больных шизофренией их лечению и стратегии ее повышения. Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск III. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. СПб.: Издательство «Таро», 2016:236–244. ISBN: 978-5-91304732-8.
Solokhina TA, Mitikhin VG, Iastrebova VV, Alieva LM, Mashoshin AI. Priverzhennost' rodstvennikov bol'nykh shizofreniei ikh lecheniiu i strategii ee povysheniia. *Psikhoterapiia i psikhosotsial'naia rabota v psikhiatrii*. Vypusk III. Pod red. O.V. Limankina, S.M. Babina. SPb.: Izdatel'stvo "Taro", 2016:236–244. (In Russ.).
11. Bebbington P, Kuipers L. The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 1994;382:46–53.
12. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization. Geneva, 2003:110.
13. Саати Т. Принятие решений. Метод анализа иерархий. Пер. с англ. М.: Радио и связь; 1993:320.
Saati T. Prinyatie resheniy. Metod analiza ierarhiy. Per. s angl. M.: Radio i svyaz; 1993:320. (In Russ.).
14. Шашкова НГ, Кирьянова ЕМ, Сальникова ЛИ, Сторожакова ЯА. Динамика амбулаторных контингентов больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и диспансерное наблюдение на современном этапе. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018;28(1):36–42.
Shashkova NG, Kiryanova EM, Salnikova LI, Storozhakova YA. Dynamics of outpatient contingents of patients with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders and dispensary observation at the present stage. *Social and Clinical Psychiatry*. 2018;28(1):36–42. (In Russ.).
15. Солохина ТА. Социально-психологические проблемы в семьях больных шизофренией и пути их решения. Психическое здоровье и образование: сборник научных статей по материалам II Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». 2018;199–203.
Solokhina TA. Socialno-psihologicheskie problemi v semyah bolnih shizofreniei i puti ih resheniya. *Psihicheskoe zdorove i obrazovanie: sbornik nauchnih statei po materialam II Kongressa "Psihicheskoe zdorove cheloveka XXI veka"*. 2018;199–203. (In Russ.).
16. Рогачева ТВ. Мужские и женские стереотипы отношения к здоровью в современной России. [Электронный ресурс]. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* 2010;4. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 05.08.2020).
Rogacheva TV. Muzhskie i zhenskie stereotipy otноsheniya k zdorov'yu v sovremennoj Rossii. [Elektronnyj resurs]. *Medicinskaya psihologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.* 2010;4. URL: <http://medpsy.ru> (data obrashcheniya: 05.08.2020). (In Russ.).
17. Бурмыкина О.Н. Гендерные различия в практиках здоровья: подходы к объяснению и эмпирический анализ *Журнал исследований социальной политики*. 2006;9(2):101–119.
Burmykina ON. Gendernye razlichiya v praktikah zdorov'ya: podhody k ob'yasneniyu i empiricheskij analiz. *Zhurnal issledovaniy social'noj politiki*, 2006;9(2):101–119. (In Russ.).
18. Ястребова ВВ, Солохина ТА. Клинико-социальные и психологические аспекты реабилитационной работы в общественной организации: оценка эффективности. *Психиатрия*. 2018;79(3):51–60. DOI: 10.30629/2618-6667-2018-79-51-60
Yastrebova VV, Solokhina TA. Clinical, social and psychological aspects of rehabilitation work in a public organization: assessment of effectiveness. *Psychiatry*. 2018;79(3):51–60. (In Russ.). DOI: 10.30629/2618-6667-2018-79-51-60
19. Митихин ВГ, Солохина ТА. Обработка полученных при использовании психометрических шкал ранговых данных на основе метода анализа иерархий. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2019;119(12):49–54. DOI: 10.17116/jnevro201911902149
Mitikhin VG., Solokhina TA. Processing of rank data obtained using psychometric scales based on the method of analysis of hierarchies. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2019;119(12):49–54. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro201911902149

Сведения об авторах

Солохина Татьяна Александровна, доктор медицинских наук, заведующая отделом организации психиатрических служб, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0003-3235-2476>

E-mail: tsolokhina@live.ru

Ястребова Валерия Владимировна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, отдел организации психиатрических служб, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0003-1138-0507>

E-mail: vvyastrebova@gmail.com

Митихин Вячеслав Георгиевич, кандидат физико-математических наук, ведущий научный сотрудник, отдел организации психиатрических служб, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-9502-5395>

E-mail: mvg45@mail.ru

Алиева Лейла Мусафировна, младший научный сотрудник, отдел организации психиатрических служб, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-9037-6065>

E-mail: leyla_A17@mail.ru

Information about the authors

Tatyana A. Solokhina, MD, PhD, Dr. of Sci. (Med.), Head of Department, Department of Mental Health Services, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0003-3235-2476>

E-mail: tsolokhina@live.ru

Valeriya V. Yastrebova, MD, PhD, Cand. of Sci. (Med.), Researcher, Department of Mental Health Services, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0003-1138-0507>

E-mail: vvyastrebova@gmail.com

Vyacheslav G. Mitikhin, PhD, Cand. of Sci. (Physic. and Mathem.), Leading Researcher, Department of Mental Health Services, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-9502-5395>

E-mail: mvg45@mail.ru

Leyla M. Alieva, Junior Researcher, Department of Mental Health Services, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-9037-6065>

E-mail: leyla_A17@mail.ru

Авторы для корреспонденции/Corresponding authors

Солохина Татьяна Александровна/Tatyana A. Solokhina

E-mail: tsolokhina@live.ru

Ястребова Валерия Владимировна/Valeriya V. Yastrebova

E-mail: vvyastrebova@gmail.com

Дата поступления 02.10.2020
Received 02.10.2020

Дата рецензии 25.10.2020
Revised 25.10.2020

Дата принятия 12.11.2020
Accepted for publication 12.11.2020

Диагностические, клинико-психопатологические, патопсихологические аспекты обследования детей с расстройствами аутистического спектра

Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Иванов М.В., Никитина С.Г.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация

ОРИГИНАЛЬНАЯ
СТАТЬЯ

Резюме

Обоснование: в последнее время большое внимание уделяется проблеме расстройств аутистического спектра (РАС) в детском возрасте. Несмотря на обилие психометрических подходов к диагностике аутизма в детстве, остаются вопросы обоснованности применения их в повседневной практике. В последние годы в США начали появляться работы, ставящие под сомнение практику обязательного использования методик «золотого стандарта» для диагностики РАС. В России имеется многолетний опыт мультидисциплинарного сотрудничества медицинских психологов и клиницистов в детской психиатрической практике, позволяющий более точно определить глубину и выраженность аутистических проявлений, а также определить динамику развития ребенка, что поможет адресно оказывать эффективную помощь. **Цель:** разработать диагностические, клинико-психопатологические, патопсихологические подходы к диагностике РАС в детском возрасте. **Пациенты и методы:** выборка состоит из 254 пациентов в возрасте 4–17 лет (средний возраст 7,3 года) с разными формами РАС по МКБ-10 (рубрика F84). Пациенты обследованы клинико-психопатологическим, клинико-динамическим, клинико-катamnестическим, патопсихологическим методами. **Результаты:** исследование позволило с клинических и патопсихологических позиций описать профили шести основных форм РАС: синдрома Аспергера (F84.5); детского аутизма дизонтогенетического (F84.0); детского психоза (F84.02); синдрома Каннера (F84.01), атипичного аутизма синдромального (F84.11) и атипичного детского психоза (F84.12). **Заключение:** полученные результаты представлены в мультидисциплинарном аспекте, позволяющем наиболее точно диагностировать ту или иную форму РАС и разработать персонализированные маршруты ведения пациентов.

Ключевые слова: аутизм; атипичный аутизм; расстройства аутистического спектра; патопсихологическая диагностика; патопсихологический профиль.

Для цитирования: Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Иванов М.В., Никитина С.Г. Диагностические, клинико-психопатологические, патопсихологические аспекты обследования детей с расстройствами аутистического спектра. *Психиатрия*. 2021;19(1):45–53. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-45-53>

Конфликт интересов отсутствует

Diagnostic, Clinical, Psychopathological, Psychological Aspects of the Examination of Children with Autism Spectrum Disorders

Simashkova N.V., Koval-Zaytsev A.A., Ivanov M.V., Nikitina S.G.
FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation

RESEARCH

Summary

Objective: recently, much attention has been paid to the problem of autism spectrum disorders (ASD) in childhood. Despite the abundance of psychometric approaches to the diagnosis of autism in childhood, questions remain about the validity of their use in everyday practice. In recent years, works began to appear in the United States calling into question the practice of mandatory use of the "gold standard" methods for diagnosing ASD. Russia has many years of experience in multidisciplinary cooperation of medical psychologists and clinicians in child psychiatric practice, which makes it possible to more accurately determine the depth and severity of autistic manifestations, as well as to determine the dynamics of a child's development, which will make it possible to provide targeted effective assistance. **Aim:** to develop diagnostic, clinical-psychopathological, psychological approaches to the diagnosis of autism spectrum disorders in childhood. **Patients and methods:** the sample consists of 254 patients aged 4–17 years (average age 7.3 years) with different forms of ASD according to ICD-10 (heading F84). The patients were examined by clinical-psychopathological, clinical-dynamic, clinical-follow-up, psychological methods. **Results:** the study made it possible to define the profiles of six main forms of ASD from a clinical and psychological standpoint: Asperger's syndrome (F84.5); childhood autism dysontogenetic (F84.0); childhood psychosis (F84.02); Kanner's syndrome (F84.01), syndromic atypical autism (F84.11), and atypical childhood psychosis (F84.12). **Conclusion:** the results obtained are presented in a multidisciplinary aspect, which allows the most accurately diagnose one form or another of autism spectrum disorders and to develop personalized routes of patient management.

Keywords: autism; atypical autism; autism spectrum disorders; psychological diagnostics; psychological profile.

For citation: Simashkova N.V., Koval-Zaytsev A.A., Ivanov M.V., Nikitina S.G. Diagnostic, Clinical, Psychopathological, Psychological Aspects of the Examination of Children with Autism Spectrum Disorders. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(1):45–53. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-45-53>

There is no conflict of interests

ВВЕДЕНИЕ

Во всем мире, в том числе и в нашей стране, отмечается высокая распространенность психических расстройств и расстройств поведения среди детского населения [1, 2] отчасти из-за появления новых нозологических классификаций и изменившихся подходов к диагностике нарушений психического развития, в частности расстройств аутистического спектра (РАС) [3–5].

В России и в большинстве стран мира диагноз «аутизм» устанавливается врачом-психиатром при наличии определенных форм поведения у ребенка [6–8] в сопоставлении с критериями МКБ-10 рубрики F84 «Общие расстройства психологического развития» (ранее «Первизивные нарушения развития») [9], в США диагноз устанавливается по критериям DSM-5 [10]. С 2000-х гг. в США, а затем и в других странах наметилась тенденция при постановке диагноза «аутизм» использовать психометрические диагностические инструменты, которые получили название «золотого стандарта» (а именно: ADOS — Autism Diagnostic Observation Schedule и ADI-R — Autism Diagnostic Interview-Revised). Несмотря на то что диагностика аутизма по DSM-IV, а в настоящее время по DSM-5, не требует использования каких-либо инструментальных методов исследования, клиницисты испытывают огромное давление обязательного применения методик «золотого стандарта». Более того, психометрическая парадигма в США привела к тому, что тестами диагностики аутизма начали пользоваться специалисты немедицинского профиля — психологи, педагоги, социальные работники и даже родители, что осложняет проблему эпидемиологических оценок и назначения лечебно-реабилитационной помощи.

В последние годы в США начали появляться работы, ставящие под сомнение практику обязательного использования методик «золотого стандарта» для диагностики РАС, что, по мнению N.K. Kaufman и других специалистов, позволит более точно клинически дифференцировать РАС от множества других нарушений развития и уменьшить гипердиагностику аутизма [11, 12]. К клинической оценке психиатра дополнительно рекомендуется применение различных диагностических методик, в том числе высоко оцениваются традиционные психологические и нейропсихологические диагностические методики (исследование памяти, внимания, мышления и др.) за их информативность и методологическое совпадение с клинической оценкой психиатра [11].

В России имеется положительный опыт сотрудничества патопсихологов и клиницистов в детской психиатрической клинике и амбулатории. В последнее время

при патопсихологическом исследовании проблемы аутизма специалистами используются как классические, так и разрабатываются современные диагностические инструменты, позволяющие сопоставить когнитивное и эмоциональное развитие детей-аутистов для решения дифференциально-диагностических вопросов [13–21]. Клинические и психологические наблюдения должны способствовать более точному определению глубины и выраженности аутистических проявлений, а также оценке динамики развития ребенка, что поможет адресно оказывать эффективную помощь.

Цель настоящего исследования — разработать диагностические, клинко-психопатологические, патопсихологические подходы для диагностики расстройств аутистического спектра в детском возрасте.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Работа выполнена в отделе детской психиатрии (руководитель проф. Н.В. Симашкова) ФГБНУ НЦПЗ («Научный центр психического здоровья») (директор проф. Т.П. Ключник).

Выборка исследования: 254 пациента в возрасте 4–17 лет (средний возраст 7,3 года), которые представляли шесть основных форм РАС (табл. 1).

Критерии включения — пациенты с основными формами аутизма:

- 1) синдром Аспергера (СА);
- 2) детский аутизм дизонтогенетический (ДАД);
- 3) детский психоз (ДП);
- 4) синдром Каннера (СК);
- 5) атипичный аутизм синдромальный (ААС);
- 6) атипичный детский психоз (АДП).

Критерии невключения:

- 1) другие формы аутизма;
- 2) детская шизофрения;
- 3) аффективные расстройства.

Сроки катamnестического наблюдения составили от 3 до 15 лет. Исследование проведено с соблюдением положений Хельсинкской декларации 1975 г. по вопросам медицинской этики и ее пересмотренного варианта 2000 г. и одобрено Локальным этическим комитетом НЦПЗ. Родители пациентов подписывали информированное согласие на участие детей в исследовании.

Методы исследования: клинко-психопатологический, клинко-динамический, клинко-катamnестический, патопсихологический. Патопсихологическое обследование пациентов проводилось при помощи качественной оценки следующих сфер психического развития: моторики, речи, восприятия, внимания, памяти, мышления, эмоционально-волевой сферы и социальной перцепции. Используемая батарея классических и оригинальных патопсихологических методик

Таблица 1. Распределение пациентов по диагнозам и возрасту**Table 1.** The distribution of patients by diagnosis and age

Диагноз/Diagnosis	Шифр по МКБ-10/ICD-10 code	Средний возраст/Average age	Количество пациентов/Number of patients
Синдром Аспергера/Asperger's syndrome	F84.5	5,5 ± 1,8	20
Детский аутизм дизонтогенетический/Childhood autism dysontogenetic	F84.0	6 ± 2	12
Детский психоз/Childhood psychosis	F84.02	4 ± 1,5	156
Синдром Каннера/Kanner's syndrome	F84.01	6,5 ± 1,2	8
Атипичный аутизм (синдромальный), ломкая X-хромосома, больные с синдромом Мартина–Белл/Atypical autism syndromic, patients with Martin–Bell syndrome	F84.11 (Q99.2)	6,0 ± 2,6	10
Атипичный детский психоз/Atypical childhood psychosis	F84.12	7,0 ± 2,6	48

(«Фигуры Липера», «Идентификация формы», «Конструирование объектов», «Малая предметная классификация» и др.) разработана в отделах медицинской психологии и детской психиатрии НЦПЗ [13, 15, 16].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клинико-динамическое и катamnестическое наблюдение за пациентами с РАС позволило выделить основные формы РАС — синдром Аспергера (СА), детский аутизм, атипичный аутизм. Диагностика основана на критериях МКБ-10, клинической оценке врача-психиатра, клинико-возрастной динамике, выделении и описании патопсихологического профиля пациентов и направлена на разработку терапевтических персонализированных маршрутов ведения пациентов.

I. Синдром Аспергера

Диагностические критерии по МКБ-10

А. Сочетание признаков:

- 1) расстройства, сходные с аутизмом («мягкий» вариант аутизма);
- 2) двигательные дисфункции (специфические расстройства развития моторной функции);
- 3) сохранность интеллекта и речи.

В. Встречается чаще у мальчиков (в соотношении 8:1).

Клиническая характеристика (оценка врача-психиатра)

Эволютивно-конституциональный СА является врожденным расстройством, но обнаруживается у пациентов обычно в ситуациях интеграции в социум (посещение детского сада, школы).

Пациенты с отклонениями в социальных коммуникациях в невербальном поведении (жесты, мимика, манеры, зрительный контакт) испытывают трудности сопереживания эмоций. У них наблюдается раннее речевое развитие, богатый речевой запас, хорошее логическое мышление при работе с формальным материалом. Коммуникативная сторона речи страдает (говорят без учета ситуации, не слушают собеседника, ведут беседу с самими собой, в речи содержатся необычные обороты). Они не умеют устанавливать взаимодействия со сверстниками, не соблюдают социальную дистанцию, не понимают юмора, реагируют агрессивно на насмешки.

Клинико-возрастная динамика

В 40% случаев диагноз СА сохраняется по достижении совершеннолетия. Аутизм смягчается, но сохраняется «социальная неуклюжесть», сенситивность. Пациенты успешны в выбранной по интересам специальности.

В 60% случаев к 16 годам диагностируется «шизоидное расстройство личности» (F60.1). Данные пациенты имеют лучшую социальную адаптацию, чем пациенты с СА.

Патопсихологический профиль

Проведение патопсихологического обследования с преимущественной опорой на качественный клинико-психологический анализ выявляет у пациентов с СА искаженный вид когнитивного дизонтогенеза (табл. 2). Асинхронное психическое развитие касается в ряде случаев опережения в формировании отдельных сфер психики. Наблюдается дезинтеграция вербальной и невербальной сфер при достаточно высоком уровне их развития, часто опережающее развитие по предметно-содержательному и операционному компонентам зрительного восприятия, своеобразие развития всех компонентов мышления, мелкой и крупной моторики, зрительно-двигательной координации, отставание от возрастной нормы в развитии эмпатии и социальной перцепции. Пациентам с СА доступно выполнение большинства базовых патопсихологических методик с опорой на качественный анализ результатов их выполнения.

II. Детский аутизм дизонтогенетический

Диагностические критерии по МКБ-10

А. Качественные нарушения социального взаимодействия, выступающие в форме неадекватной оценки социоземональных сигналов.

В. Стереотипное поведение, интересы и активность.

С. Аномалии развития должны отмечаться в первые три года жизни.

Д. Отсутствие предшествующего нормального онтогенеза.

Клиническая характеристика (оценка врача-психиатра)

Клиническая картина в этих случаях исчерпывается признаками диссоциированного дизонтогенеза,

асинхронными сенсомоторными нарушениями, нарушениями эмоционального и социального взаимодействия в системе «мать–дитя». Расстройство негрубое, наиболее ярко проявляется в дошкольном периоде, при своевременной диагностике имеет тенденцию к сглаживанию симптоматики, у пациентов развивается эмоциональная сфера. При запоздалой диагностике могут присоединяться двигательные нарушения (гиперактивность, «малые кататонические знаки»), которые способствуют задержке речевого развития. В младшем школьном возрасте становятся явными трудности социального взаимодействия при сохранении интереса к общению.

Клинико-возрастная динамика

При своевременной диагностике, назначении персонализированной психофармакотерапии и раннем психолого-педагогическом вмешательстве у пациентов с ДАД отмечается положительная динамика траектории психического развития, нормализуется социальная адаптация в школьных и трудовых коллективах, развиваются творческие способности, которые и определяют профессиональное становление индивида. В случаях с несвоевременной диагностикой и пропущенным активным ранним вмешательством в критические (сенситивные) периоды психического развития у пациентов с ДАД когнитивный дизонтогенез может переходить в когнитивный дефицит и аномалии характера.

Патопсихологический профиль

Проведение патопсихологического обследования с преимущественной опорой на качественный клинико-психологический анализ обнаруживает у пациентов с ДАД искаженный вид когнитивного дизонтогенеза. Выявляется асинхронное развитие, негрубая дезинтеграция вербальной и невербальной сфер при достаточно высоком уровне их развития, предметно-содержательный компонент зрительного восприятия развит по возрасту, тогда как операциональный компонент зрительного восприятия немного отстает от возрастной нормы. Имеет место своеобразие развития всех компонентов мышления. Мелкая и крупная моторики развиты удовлетворительно, наблюдаются асинхрония в развитии зрительно-двигательной координации, отставание от возрастной нормы в развитии эмпатии и социальной перцепции, достаточное развитие мотивационной сферы.

III. Детский психоз

Диагностические критерии по МКБ-10

А. Аномалии и задержки в развитии, проявляющиеся у ребенка в возрасте до трех лет.

В. Специфические диагностические черты в трех сферах: социальном взаимодействии, функциях общения и поведения.

С. Ограниченное, стереотипное монотонное поведение и интересы.

Д. Неспецифические проблемы, такие как фобии, возбуждение, расстройства сна и приема пищи, вспышки раздражения и направленная на себя агрессия.

Клиническая характеристика (оценка врача-психиатра)

При детском психозе в клинической картине наряду с симптомами аутизма у больных присутствуют двигательные нарушения. Болезнь манифестирует в первые три года жизни ребенка с пиком заболевания в возрасте от 1,5 до 2 лет, что проявляется выраженной «отрешенностью» от окружающего мира, гиперкинетическими кататоническими симптомами (бег по кругу, вдоль стены, из угла в угол, подпрыгивания, раскачивания, карабканье наверх, атетоз, потряхивания кистями, ходьба с опорой на пальцы ног, изменчивый мышечный тонус). Моторное возбуждение сопровождается негативизмом. Дети не замечают окружающих, часто «сохраняют собственную территорию», в случаях «нарушения границ» возникает тревога, агрессия, плач, отторжение коммуникации. Речевое развитие в активном периоде болезни останавливается. На выходе из состояния присоединяются поведенческие нарушения: искажение пищевого инстинкта, особая чувствительность к новым видам пищи, стереотипные влечения (удерживание стула, задержка мочи), патологические привычные действия (сосание пальцев, онихофагия, трихотилломания, яктация). Кататонические нарушения, тяжелый аутизм приостанавливают онтогенетическое развитие пациента в остром периоде течения болезни на протяжении 2–3 лет, способствуя формированию «нажитой» задержки психоречевого развития.

В ремиссии у детей сохраняется избыточная двигательная активность, сочетающаяся с кратковременным привлечением внимания. При первичном обращении к врачу на данном этапе болезни часто диагностируют «Гиперкинетическое расстройство» (F90, МКБ-10). В ходе проведенной абилитации/реабилитации к 7–9 годам проявления СДВГ купируются.

Клинико-возрастная динамика

Нажитая неравномерная задержка развития в большинстве наблюдений смягчается и преодолевается на фоне своевременно назначенной психофармакотерапии и немедикаментозной коррекции. Развивается эмоциональная сфера. IQ у всех больных > 70, сохраняется легкий когнитивный дизонтогенез. Возрастной фактор, равно как и факторы развития (положительные тенденции онтогенеза) и терапия, способствуют благоприятному исходу («практическое выздоровление» — в 10%; «высокофункциональный аутизм» — в 50%, регрессирующее течение болезни — в 40%).

Патопсихологический профиль

Проведение патопсихологического обследования обнаруживает искаженный либо дефицитарный вид когнитивного дизонтогенеза. В данном случае наличие того или иного вида когнитивного дизонтогенеза в большей степени связано с длительностью заболевания, возрастом выявления заболевания и коэффициентом интеллекта в целом. У больных с ДП отмечается выраженная диссоциация когнитивного развития, в ряде случаев развитие отдельных сфер может приближаться к нормативному наряду с отставанием

других сфер. Отмечаются особенности когнитивных функций пациентов с ДП, проявляющиеся в выраженной дезинтеграции вербальной и невербальной сфер. У большинства обследованных больных имеет место нормативное развитие по предметно-содержательному и операционному компонентам зрительного восприятия и наряду с этим отставание по уровню развития всех компонентов мышления, мелкой и крупной моторики, зрительно-двигательной координации. Наблюдается выраженное отставание от возрастной нормы в развитии эмпатии и социальной перцепции. Непонимание большинства «тонкостей» социальных ситуаций, дефицитное развитие «социального интеллекта».

IV. Синдром Каннера

Диагностические критерии по МКБ-10

А. Аномалии и задержки в развитии, проявляющиеся у ребенка в возрасте до трех лет.

В. Специфические диагностические черты во всех трех сферах: эквивалентных социальных взаимодействиях, функциях общения и поведения.

С. Ограниченное, стереотипное монотонное поведение и интересы.

Клиническая характеристика (оценка врача-психиатра)

Синдром Каннера (СК) характеризуется наличием «классической триады» симптомов аутизма: нарушений социального взаимодействия и общения, а также стереотипного поведения. Рецептивная и экспрессивная речь развиваются с выраженной задержкой: гуление и лепет бедные, отсутствует жестикуляция. Словарный запас пополняется медленно, после 3–5 лет появляются короткие фразы-штампы. Коммуникативная сторона речи практически отсутствует. Больные СК не способны к диалогу, пересказу, не используют личные местоимения. Дефицит взаимной коммуникации выражается в отсутствии игры-имитации и подражания при взаимодействии со сверстниками. Психическая деятельность обеднена, стереотипна с симптомами тождества. Крупная моторика угловатая с двигательными стереотипиями, атетозоподобными движениями, ходьбой с опорой на пальцы ног, мышечной дистонией. Комплекс оживления возникает спонтанно, в рамках аутистических интересов и проявляется общим двигательным возбуждением. При выраженном отставании в развитии высших психических функций отмечается диссоциация, дезинтеграция внутри отдельных сфер психической деятельности.

Клинико-возрастная динамика

Аутизм при СК в тяжелой форме сохраняется на протяжении жизни, тормозит психическое развитие ребенка. Характерные для аутизма специфические проявления дефекта сохраняются. Когнитивные нарушения отмечаются с первых лет жизни. К пубертатному возрасту интеллект в 75% случаев снижен ($IQ < 70$).

Патопсихологический профиль

Проведение патопсихологического обследования у пациентов с СК обнаруживает дефицитный вид когнитивного дизонтогенеза. В патопсихологическом

профиле на первый план выступает наличие выраженных когнитивных дефицитов во всех сферах, негрубые признаки диссоциации. Наблюдается близкое к нормативному развитие восприятия. Выявляется изолированное «парциальное» развитие отдельных сфер в силу диспропорции развития межфункциональных связей. У пациентов с СК имеют место выраженные дефициты в развитии мышления, задержка в развитии моторных функций, заметное отставание от возрастной нормы в развитии эмпатии и социальной перцепции.

V. Атипичный аутизм синдромальный (F84.11 — на примере больных с синдромом Мартина–Белл [Q99.2, ломкая X-хромосома])

Диагностические критерии по МКБ-10

А. Расстройство, сходное с F84.0, однако отсутствует хотя бы один из обязательных диагностических критериев А–С, а именно:

- 1) нарушения социального взаимодействия;
- 2) ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение;
- 3) тот или иной признак аномального и/или нарушенного развития проявляется в возрасте после трех лет.

В. Чаще возникает у детей с умственной отсталостью, наличие или отсутствие которой обозначается четвертым знаком. Тогда вторым кодом указывается соответствующий диагноз F70.xx–F79.xx.

Клиническая характеристика (оценка врача-психиатра)

Аутистические нарушения у пациентов с ААС на определенном этапе развития в среднем у 60% больных с синдромом Мартина–Белл (в младшем школьном возрасте, начале пубертата). В дальнейшем, в подростковом возрасте, ведущими в клинической картине становятся симптоматика УМО и соматическая патология.

У людей с полной мутацией гена наблюдаются когнитивные нарушения, эпилептические приступы, стереотипное поведение, трудности коммуникации и социального взаимодействия, высокая социальная тревожность, робость, избегание зрительного контакта, ускоренный темп речи с многочисленными повторами и запинками, а также эхолалиями, возбуждением (в 20%), гиперактивностью с дефицитом внимания, гиперчувствительностью к сенсорным стимулам [12]. В зависимости от количества белка FMR1 специфический поведенческий фенотип у людей с ломкой X-хромосомой (FXS) проявляется в разной степени.

Патопсихологический профиль

Проведение патопсихологического обследования у пациентов с ААС выявляет дефектирующий вид когнитивного дизонтогенеза. На первый план выступает регресс развития отдельных сфер. Особенности когнитивных функций характеризуются выраженным регрессом в развитии операционного компонента восприятия наряду со сниженным развитием предметно-содержательного компонента зрительного восприятия. Отмечаются тотальная задержка в развитии мышления, частичная задержка в развитии моторных функций.

Таблица 2. Виды когнитивного дизонтогенеза при разных типах РАС в детском возрасте**Table 2.** Types of cognitive dysontogenesis in different types of ASD in children

Диагноз/Diagnosis	Вид когнитивного дизонтогенеза/Type of cognitive dysontogenesis
Синдром Аспергера/Asperger's syndrome (F84.5)	Искаженный вид когнитивного дизонтогенеза, асинхронное психическое развитие/ Distorted view of cognitive dysontogenesis, asynchronous mental development
Детский аутизм дизонтогенетический/Childhood autism dysontogenetic (F84.0)	Искаженный вид когнитивного дизонтогенеза, легкий когнитивный дефицит/ Distorted view of cognitive dysontogenesis, mild cognitive deficit
Детский психоз/Childhood psychosis (F84.02)	Искаженный либо дефицитарный виды когнитивного дизонтогенеза, легкий/ умеренный когнитивный дефицит/Distorted or deficient types of cognitive dysontogenesis, mild/moderate cognitive deficits
Синдром Каннера/Kanner's syndrome (F84.01)	Дефицитарный вид когнитивного дизонтогенеза, тяжелый когнитивный дефицит/ Deficient type of cognitive dysontogenesis, severe cognitive deficit
Атипичный аутизм (синдромальный), ломкая X-хромосома, больные с синдромом Мартина–Белл/ Atypical autism syndromic, patients with Martin–Bell syndrome (F84.11, Q99.2)	Дефектирующий вид когнитивного дизонтогенеза, когнитивный дефект/Defective type of cognitive dysontogenesis, cognitive defect
Атипичный детский психоз/Atypical childhood psychosis (F84.12)	Сочетание дефицитарного и регрессивно-дефектирующего видов когнитивного дизонтогенеза (когнитивный дефект)/Combination of deficiency and regressive- defective types of cognitive dysontogenesis (cognitive defect)

Выявляется близкое возрастной норме развитие эмпатии одновременно с выраженным отставанием в развитии социальной перцепции, непонимание большинства «тонкостей» социальных ситуаций.

VI. Атипичный детский психоз

Диагностические критерии по МКБ-10

А. Расстройство, сходное с F84.0, однако отсутствует хотя бы один из обязательных диагностических критериев А–с, а именно:

- 1) достаточно отчетливые нарушения социального взаимодействия;
- 2) ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение;
- 3) тот или иной признак аномального и/или нарушенного развития проявляется в возрасте после трех лет;
- 4) выраженные неспецифические проявления (двигательные, поведенческие, аффективные).

В. Чаще возникает у детей с тяжелым специфическим расстройством развития рецептивной речи.

Клиническая характеристика (оценка врача-психиатра)

В клинической картине АДП наряду с ключевыми симптомами аутизма наблюдаются кататонические нарушения. Манифестирует заболевание на 3–5-м году жизни. Отмечаются выраженные гиперкинетические проявления, гипокинетические, двигательные стереотипии, сопровождающиеся регрессом высших психических функций: речи, моторики, игровых навыков. Неспецифические поведенческие проявления: агрессия, аутоагрессия, расстройства пищевого поведения, вплоть до пикаизма, утрата навыков опрятности сохраняются в течение 1,5–2 лет. Длительность АДП — 4,5–5 лет.

Клинико-возрастная динамика

В терапевтических низкого качества ремиссиях сохраняется тяжелый аутизм, стереотипии, проявления астении и когнитивный дефект. В три четверти случаев к 5–6 годам у детей формируется речь. Мышление

характеризуется конкретностью, неспособностью к абстрактным формам познания, эмоциональная сфера развивается с задержкой. Обострения возникают спонтанно или после соматических и психогенных провокаций в течение жизни.

Патопсихологический профиль

Проведение патопсихологического обследования у пациентов с АДП обнаруживает выраженные проявления дефицитарного вида когнитивного дизонтогенеза, в ряде случаев (до 12%) — регрессивно-дефектирующего вида. Наблюдается сочетание выраженного когнитивного дефицита и диссоциации психического развития. Иногда на первый план выступает регресс развития отдельных сфер. Особенности когнитивных функций заключаются в отчетливом отставании в развитии операционного компонента восприятия наряду с близким к нормативному развитием предметно-содержательного компонента зрительного восприятия. Отмечаются выраженные дефициты в развитии мышления, задержка в развитии моторных функций. Имеет место выраженное отставание от возрастной нормы с дезинтеграцией в развитии эмпатии и социальной перцепции. Непонимание большинства «тонкостей» социальных ситуаций, дефицитарное развитие «социального интеллекта».

Сходства и различия когнитивного дизонтогенеза при разных типах РАС представлены в табл. 2.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реализация персонализированного подхода к диагностике разных типов РАС, основанная на диагностических критериях по МКБ-10, клинической оценке врача-психиатра, клинико-возрастной динамике, системном качественном патопсихологическом анализе, выделении и описании патопсихологического профиля пациентов, позволила в мультидисциплинарном аспекте обобщить данные длительного катамнестического наблюдения больных с РАС в отделе детской психиатрии

НЦПЗ. Данный подход позволяет всем заинтересованным специалистам, прежде всего врачам-психиатрам и медицинским психологам, занимающимся курацией пациентов с РАС, наиболее точно диагностировать у каждого пациента ту или иную форму РАС. Исходя из полученных данных, с использованием диагностического, клинического, патопсихологического подходов выстраиваются персонализированные маршруты ведения пациентов, что важно для практического здравоохранения, учреждений образования и социальных институтов в рамках междисциплинарного и межведомственного взаимодействия.

Обязательное использование диагностических методик «золотого стандарта» разными специалистами (психолого-педагогического, медицинского профиля и родителями) усложняет проблему диагностики и эпидемиологических оценок. По экспертным оценкам, их введение в широкую практику большинства стран мира потребует необоснованных затрат (подготовка специалистов, значительные временные затраты на проведение диагностики и проч.), что делает методики недосягаемыми для большинства пациентов [11].

Отечественный подход к абилитации/реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения основывается на многолетнем опыте содружественной работы специалистов мультипрофессиональной бригады. Эти методические подходы отвечают современным критериям доказательной медицины, подтверждают свою эффективность во времени и могут быть внедрены в практику регионов страны [7, 11].

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Макушкин ЕВ, Демчева НК. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000–2018 годах. *Российский психиатрический журнал*. 2019;4:4–15. DOI: 10.24411/1560-957X-2019-11930
Makushkin EV, Demcheva NK. Dynamics and comparative analysis of child and adolescent incidence of mental disorders in the Russian Federation in the years 2000–2018. *Russian Journal of Psychiatry*. 2019;4:4–15. (In Russ.). DOI: 10.24411/1560-957X-2019-11930
- Verhulst FC, Tiemeier H. Epidemiology of child psychopathology: major milestones. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2015;24(6):607–617. DOI: 10.1007/s00787-015-0681-9
- Myers J, Chavez A, Hill AP, Zuckerman K, Fombonne E. Epidemiological Surveys of Autism Spectrum Disorders. In book: *Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 3rd edition. Ed. by F.R. Volkmar. Cambridge University Press, 2019:25–60. DOI: 10.1017/9781108297769.003
- Симашкова НВ, Иванов МВ, Макушкин ЕВ, Шарлай ИА, Ключник ТП, Козловская ГВ. Скрининг риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста (данные по России 2017–2019 гг.). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2020;120(11):79–86. DOI: 10.17116/jnevro202012011179
Simashkova NV, Ivanov MV, Makushkin EV, Sharlay IA, Klyushnik TP, Kozlovskaya GV. Screening for the risk of mental and developmental disorders in children of early age in the Russian population (2017–2019). *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2020;120(11):79–86. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro202012011179
- Куприянова ТА, Корень ЕВ, Датуашвили МТ, Корнева МЮ, Красов ВА. Динамика показателей госпитализации детей с расстройствами аутистического спектра в детском психиатрическом стационаре. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2019;29(1):40–44.
Kupriyanova TA, Koren EV, Datuashvili MT, Korneva MY, Krasov VA. Dynamics of indicators of hospitalization of children with autism spectrum disorders in children's psychiatric hospital. *Social and Clinical Psychiatry*. 2019;29(1):40–44. (In Russ.).
- Тиганов АС. Основные симптомы и синдромы психических заболеваний. В кн.: *Психиатрия: Научно-практический справочник*. Под ред. академика РАН А.С. Тиганова. М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016:39–71.
Tiganov AS. Osnovnyye simptomy i sindromy psikhicheskikh zabolevaniy. In book: *Psikhiatriya: Nauchno-prakticheskiy spravochnik*. Editor: akademika RAN A.S. Tiganova. Moscow: Izdatel'stvo "Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo", 2016:39–71 (In Russ.).
- Симашкова НВ, Ключник ТП. Расстройства аутистического спектра. В кн.: *Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра*. Под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016:11–43.
Simashkova NV, Klyushnik TP. Rasstroystva autisticheskogo spektra. In: *Kliniko-biologicheskkiye aspekty rasstroystv autisticheskogo spektra*. Editors N.V. Simashkova, T.P. Klyushnik. Moscow: GEOTAR-Media, 2016:11–43. (In Russ.).
- Симашкова НВ. Дизонтогенез. В кн.: *Психиатрия: Научно-практический справочник*. Под ред. академика РАН А.С. Тиганова. М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016:466–467.
Simashkova NV. Dizontogeneez. In: *Psikhiatriya: Nauchno-prakticheskiy spravochnik*. Pod red.: akademika RAN A.S. Tiganova. Moscow: Izdatel'stvo "Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo", 2016:466–467. (In Russ.).
- Чуркин АА, Мартышов АН. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2010:132.
Churkin AA, Martyushov AN. Prakticheskoye rukovodstvo po primeneniyu MKB-10 v psikhiatrii i narkologii.

- Moscow: GNTS SiSP im. V.P. Serbskogo, 2010:132. (In Russ.). URL: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> (access date: 19.10.2020).
10. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. American Psychiatric Association. 2013. URL: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> (дата доступа 19.10.2020).
 11. Kaufman NK. Rethinking "gold standards" and "best practices" in the assessment of autism. *Applied Neuropsychology: Child*. 2020;(27 Aug):1–12. DOI: 10.1080/21622965.2020.1809414
 12. Colombi C, Fish A, Ghaziuddin M. Utility of the ADOS-2 in children with psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2020;29:989–992. DOI: 10.1007/s00787-019-01411-8
 13. Зверева НВ, Коваль-Зайцев АА, Хромов АИ. Психологическая диагностика когнитивного дизонтогенеза. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2018;118(5):3–11. DOI: 10.17116/jnevro2018118523
Zvereva NV, Koval-Zaitsev AA, Khromov AI. Psychological diagnosis of cognitive dysontogenesis. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/ Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2018;118(5):3–11. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro2018118523
 14. Зверева НВ. Проблемы патопсихологической диагностики в детской психиатрической клинике. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2018;18(1):20–26.
Zvereva NV. Problems of pathopsychological diagnostics in children's psychiatric clinic. *Mental Health of Children and Adolescent*. 2018;18(1):20–26. (In Russ.).
 15. Зверева НВ, Коваль-Зайцев АА, Хромов АИ. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление). М.: Издательство МБА, 2014:40.
Zvereva NV, Koval-Zaitsev AA, Khromov AI. Pathopsychological methods for assessing the cognitive development of children and adolescents with endogenous mental pathology (visual perception and thinking). Moscow: Publishing house MBA, 2014: 40. (In Russ.).
 16. Зверева НВ, Хромов АИ, Сергиенко АА, Коваль-Зайцев АА. Клинико-психологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (память и восприятие). М.: Сам полиграфист, 2017:48.
Zvereva NV, Khromov AI, Sergiyenko AA, Koval'-Zaytsev AA. Kliniko-psikhologicheskiye metodiki otsenki kognitivnogo razvitiya detey i podrostkov pri endogennoy psikhicheskoy patologii (pamyat' i vospriyatiye). Moscow: Sam poligrafist, 2017:48. (In Russ.).
 17. Иванова ММ, Бородин ЛГ. Особенности мышления у детей с аутизмом без умственной отсталости. *Аутизм и нарушения развития*. 2020;18(1):38–50. DOI: 10.17759/autdd.2020180105
 18. Коваль-Зайцев АА. Социальная перцепция в контексте видов когнитивного дизонтогенеза у детей с расстройствами аутистического спектра. Дети. Общество. Будущее: сборник научных статей по материалам III Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века»: сборник статей. Т. 1. Москва: КНОРУС, 2020:297–301. DOI: 10.37752/9785406029381-78
Koval-Zaytsev AA. Social perception in the context of types of cognitive dysontogenesis in children with autism spectrum disorders. *Children, Society and Future: Collected Research Papers of the III Congress on Mental Health: Meeting the Needs of the XXI Century*. Vol. 1. Moscow: KNORUS, 2020:250–253. (In Russ.). DOI: 10.37752/9785406029381-78
 19. Никольская ОС, Баенская ЕР, Гусева ИЕ. Задачи и методы коррекционной помощи ребенку с аутизмом. *Консультативная психология и психотерапия*. 2019;27(1):140–152. DOI: 10.17759/cpp.2019270109
Nikolskaya OS, Baenskaya ER, Guseva IE. Goals and Methods of Correctional Aid to a Child with Autism. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya/ Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2019;27(1):140–152. (In Russ.). DOI: 10.17759/cpp.2019270109
 20. Никольская ОС. Структура нарушения психического развития при детском аутизме. *Альманах Института коррекционной педагогики РАО*. 2014;18. (Детский аутизм: пути понимания и помощи). [Электронный ресурс]. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/struktura-narusheniya-psihicheskogo-razvitiya-pri> (дата обращения: 19.10.2020).
Nikolskaya OS. The structure of psychical development in infantile autism. *Almanac Institute of Special Education*. 2014;18. (Infantile Autism: the Ways of Understanding and Assistance). [Electronic resource]. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/struktura-narusheniya-psihicheskogo-razvitiya-pri> (access date: 19.10.2020).
 21. Соловьева ТА, Коробейников ИА, Либлинг ММ. «Эффективность» и «доказательность» психолого-педагогических методов: нужен ли специалистам образования медицинский регламент? *Дефектология*. 2020;4:14–19.
Solovyova TA, Korobeynikov IA, Libling MM. "Effectiveness" and "Evidence Based" of Psychological and Pedagogical Methods: Do Specialists in Education Need Medical Regulations? *Defectology*. 2020;4:14–19. (In Russ.).

Сведения об авторах

Симашкова Наталья Валентиновна, профессор, доктор медицинских наук, заведующая отделом детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-8809-3429>

E-mail: simashkovanv@mail.ru

Коваль-Зайцев Алексей Анатольевич, кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник, отдел детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0001-5736-5519>

E-mail: koval-zaitsev@mail.ru

Иванов Михаил Владимирович, кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник, отдел детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-3853-4345>

E-mail: ivanov-michael@mail.ru

Никитина Светлана Геннадьевна, младший научный сотрудник, отдел детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-7775-1692>

E-mail: nikitina.svt@mail.ru

Information about the authors

Nataliya V. Simashkova, MD, PhD, Dr. of Sci. (Med.), Prof., Head of the Department of Child Psychiatry, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-8809-3429>

E-mail: simashkovanv@mail.ru

Alexey A. Koval-Zaytsev, PhD, Cand. of Sci. (Psychol.), Leading Researcher of the Department of Child Psychiatry, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0001-5736-5519>

E-mail: koval-zaitsev@mail.ru

Michael V. Ivanov, PhD, Cand. of Sci. (Psychol.), Leading Researcher of the Department of Child Psychiatry, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-3853-4345>

E-mail: ivanov-michael@mail.ru

Svetlana G. Nikitina, Junior Researcher of the Department of Child Psychiatry, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-7775-1692>

E-mail: nikitina.svt@mail.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Симашкова Наталья Валентиновна/Nataliya V. Simashkova

E-mail: simashkovanv@mail.ru

Дата поступления 21.10.2020 Received 21.10.2020	Дата рецензии 29.10.2020 Revised 29.10.2020	Дата принятия 12.11.2020 Accepted for publication 12.11.2020
--	--	---

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-54-62>

УДК 616.89; 616.895.4; 616.8-008.64; 616.053.7; 616.89-02-053

Юношеские хронические эндогенные депрессии при расстройствах аффективного и шизофренического спектра

Мигалина В.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация

ОРИГИНАЛЬНАЯ
СТАТЬЯ

Резюме

Обоснование: хронические эндогенные депрессии в юношеском возрасте имеют ряд особенностей, связанных с их выраженной атипией, трудовой и социальной дезадаптацией, ухудшением качества жизни, высоким риском суицидального и аутоагрессивного поведения, трудностями в подборе терапии, сложностью диагностики и нозологической оценки. До настоящего времени не проводилось специального исследования, посвященного проблеме хронических депрессий данного возрастного периода. **Цель исследования:** выявление психопатологических особенностей и динамики хронических эндогенных депрессий, формирующихся в юношеском возрасте, разработка клинической типологии. **Пациенты:** обследованы 62 пациента юношеского возраста (16–25 лет), впервые госпитализированные в клинику ФГБНУ НЦПЗ («Научный центр психического здоровья») с 2017 по 2020 г. по поводу хронического депрессивного состояния длительностью более двух лет. **Методы:** исследование проводилось клинико-психопатологическим и психометрическим методом. Психометрический метод использовался при обследовании больных на момент поступления в стационар и на этапе редукции психопатологических расстройств при выписке и включал в себя шкалы HDRS, SANS и SOPS. **Результаты и заключение:** клиническая картина юношеских хронических эндогенных депрессий характеризуется выраженным полиморфизмом, атипией, стертой тимическим компонентом, доминированием явлений негативной аффективности. На основании анализа психопатологических особенностей юношеских хронических эндогенных депрессий было выделено две типологические разновидности: унитарные депрессии (I тип) и саплементарные депрессии (II тип). Среди депрессий II типа было выделено два подтипа: с невротоподобными и психопатоподобными расстройствами.

Ключевые слова: юношеский возраст; хроническая депрессия; персистирующее депрессивное расстройство; дистимия; невротоподобные расстройства; психопатоподобные расстройства; унитарная депрессия; саплементарная депрессия.

Для цитирования: Мигалина В.В. Психопатология и клинико-типологическая дифференциация юношеских хронических эндогенных депрессий. *Психиатрия*. 2021;19(1):54–62. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-54-62>

Конфликт интересов отсутствует

Youth Chronic Endogenous Depression in Disorders of the Affective and Schizophrenic Spectrum

Migalina V.V.

FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation

RESEARCH

Summary

Background: chronic endogenous depression in youth has a number of features associated with their severe atypia, work and social maladjustment, deterioration in the quality of life, high risk of suicidal and self-injurious behavior, difficulties in choosing therapy, difficulty in diagnosis and nosological evaluation. Until now, no special research has been done on chronic endogenous depression among young people of this age. **Purpose of research:** to identify psychopathological features and dynamics of endogenous depression developed in youth, to work out a clinical typology. **Patients:** 62 young patients (16–25 years old) were clinically and psychopathologically examined, who were first admitted to FSBSI MHRC, within the period of 2017 to 2020 suffering from chronic endogenous depression state for more than two years. Clinically significant somatic, neurological, and mental pathology defined the criteria for exclusion. **Methods:** for the research the clinical-psychopathological and psychometric methods were used. The patients were examined by the psychometric method upon admission to the hospital and at the stage of reduction of psychopathological disorders upon discharge: the HDRS, SANS and SOPS scales included. **Results and conclusion:** the clinical picture of youth chronic endogenous depression is characterized by pronounced polymorphism, atypia, erosion of the thymic component, and the dominance of negative affectivity. Based on the analysis of psychopathological characteristics of endogenous depression in youth, two typological varieties were identified: unitary depressions (type I) and supplementary depressions (type II). Among the type II depressions, 2 subtypes were distinguished: with neurosis-like disorders and with psychopathic-like disorders.

Keywords: youth chronic depression; persistent depressive disorder; dysthymia; neurosis-like disorders; psychopathic disorders; unitary depression; supplementary depression.

For citation: Migalina V.V. Youth Chronic Endogenous Depression in Disorders of the Affective and Schizophrenic Spectrum. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(1):54–62. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-54-62>
There is no conflict of interests

ВВЕДЕНИЕ

Проблема изучения хронических депрессивных состояний остается одной из актуальных в современной клинической психиатрии. По эпидемиологическим данным их распространенность составляет от 1,5 до 3% в общей популяции [1]. К факторам риска относят наследственную отягощенность, сопутствующие психопатологические расстройства, а также хронический стресс [2]. Кроме того, имеются данные о высоком риске хронификации депрессивных состояний в юношеском возрасте (до 20%) [2, 3], что связано с особой уязвимостью головного мозга в данном возрастном периоде, в частности повышенной его чувствительностью к гормонам стресса [4, 5].

Большая роль в формировании клинической картины юношеских хронических эндогенных депрессий отводится часто возникающим психопатоподобным [6–9] и невротоподобным расстройствам [10, 11], что способствует усложнению и утяжелению клинической картины депрессии, выраженной социальной и учебной дезадаптации, ухудшению межличностных отношений [12, 13], высокому риску аутоагрессивного и суицидального поведения [13, 16]. Кроме того, высокая частота коморбидной психической патологии ухудшает прогноз, затрудняет своевременную и правильную диагностику, что зачастую приводит к неверному выбору терапевтической стратегии. Сложность представляет и нозологическая оценка хронических депрессий, развивающихся в рамках широкого спектра эндогенных психических расстройств [17, 18].

В то время как многим аспектам психопатологии и клиники юношеских эндогенных депрессий посвящено большое количество работ как зарубежных, так и отечественных авторов [7, 12, 19], исследования хронических депрессий данного возрастного периода крайне немногочисленны, а в современной отечественной литературе подобные работы отсутствуют.

Цель исследования — выявление психопатологических особенностей и динамики хронических эндогенных депрессий, формирующихся в юношеском возрасте, разработка клинической типологии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Отбор больных для настоящего исследования проводился в соответствии со следующими критериями включения: депрессивное состояние длительностью более двух лет, депрессии умеренной и тяжелой степени выраженности, юношеский возраст (16–25 лет), наличие добровольного информированного согласия.

Критериями невключения были наличие психотических эпизодов выраженной дефицитарной симптоматики, а также клинически значимой соматической,

неврологической и психической патологии, затрудняющей исследование.

Исследование соответствовало положениям Хельсинкской декларации по вопросам медицинской этики и проводилось с соблюдением прав, интересов и личного достоинства участников. План исследования одобрен Локальным этическим комитетом ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Клинико-психопатологическим и психометрическими методами обследованы 62 пациента мужского пола юношеского возраста с хроническим депрессивным состоянием, госпитализированных в клинику отдела юношеской психиатрии (руководитель проф. В.Г. Каледа) НЦПЗ (директор проф. Т.П. Ключник) в 2017–2020 гг. Средний возраст начала юношеской хронической депрессии составил $16,5 \pm 2,2$ года.

Согласно систематике МКБ-10, хронические депрессии у больных юношеского возраста относились к следующим диагностическим рубрикам: аффективное расстройство настроения (F31.3, F31.4, F32, F33, F34, F34.0, F34.1) — 41 больной (66,1%); шизотипическое расстройство (F21 + F22.1) — 21 больной (33,9%). Не включались рубрики F32.3 и F33.3.

Психометрическая оценка проводилась при поступлении больного в клинику и на этапе редукции психопатологических расстройств при выписке.

Для оценки выраженности депрессии применялась шкала оценки депрессии Гамильтона (the Hamilton Rating Scale for Depression, HDRS). Выявление аттенуированных психотических симптомов и специфических нарушений мышления проводилось по шкале продромальных симптомов (the Scale of Prodromal Symptoms, SOPS). Для количественной и структурной оценки негативных психопатологических расстройств использовалась шкала оценки негативных симптомов (Hamilton Rating Scale for Depression, Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования было установлено, что клиническая картина юношеских хронических эндогенных депрессий (ЮХЭД) характеризуется выраженным полиморфизмом, атипией, стертой тимическим компонентом. Симптомокомплексы, типичные для этого возрастного периода, такие как метафизический и гебоидный, были не столь выражены и проявлялись в основном отдельными, рудиментарными, не определяющими картину депрессии симптомами. При этом, будучи основой депрессивных переживаний в начале заболевания, они постепенно утрачивали свою яркость, насыщенность, обеднялись и стереотипизировались либо полностью теряли актуальность, замещаясь апатическими, анергическими,

анестетическими симптомами. Наступающая спустя два года хронификация депрессии сопровождалась нарастанием черт однообразия и монотонности психопатологических расстройств.

На первый план в клинической картине депрессий выступали апатоадинамические расстройства с ослаблением прежних интересов, побуждений, спонтанной активности, падением жизненного тонуса. Были представлены и такие депрессивные аффекты, как тревога, дисфория, которые могли сменять друг друга в течение суток без связи с внешней ситуацией или временем суток. Идеи вины регистрировались во всех случаях и в большинстве своем были направлены вовне. Больные обвиняли родителей, учителей, ближайшее окружение и в целом общество в непонимании их переживаний, совершенных в прошлом «ошибках», неправильном воспитании, неадекватности, грубости по отношению к ним, пренебрежении, обесценивании либо, наоборот, в излишней гиперопеке и чрезмерном контроле, что в итоге, по мнению больных, оказало существенное влияние на возникновение и развитие депрессии.

Идеаторный компонент депрессивной триады характеризовался трудностями концентрации внимания, сложностями в усвоении нового материала, что способствовало снижению успеваемости, а в сочетании со снижением работоспособности приводило к выраженной учебной дезадаптации. Зачастую именно этот фактор оказывался основным поводом для обращения к психиатру.

Одним из важнейших факторов, затрудняющих способность к самоанализу, определению субъективного ощущения внутреннего дискомфорта, была алекситимия, выражавшаяся в отчуждении способности к осознанию собственных чувств. Больные опасались, что врач не до конца понимал особенности их состояния, затруднялись в подборе слов для описания своего состояния; речь сопровождалась длительными паузами, большим количеством метафор, повторными попытками донести все нюансы самочувствия другими словами.

Отличительной чертой ЮХЭД в сравнении с «классическими» юношескими депрессиями [7, 20] являлось наличие не только идеаторной, но и моторной заторможенности (64%). Отмечались замедление темпа двигательной активности и уменьшение произвольных движений, полное отсутствие жестикуляции, обеднение мимики. Выражение лица зачастую принимало безучастный, скучающий вид. Сами пациенты отмечали собственную неуклюжесть, неловкость, медлительность, которая не была им свойственна до болезни.

Таким образом, речь идет о доминировании в структуре юношеских хронических эндогенных депрессий явлений негативной аффективности.

Больше чем у половины (54,8%; 34 больных) пациентов отмечались аттенуированная психотическая симптоматика [21]. Она проявлялись в виде кратковременных, неразвернутых бредовых идей отношения,

наблюдения, подозрительности, настороженности, специфических нарушений мышления.

Свойственная юношескому возрасту лабильность аффекта, легко возникающее чувство отчаяния, бесперспективности, бессмысленности жизни, а также недостаточное осознание ценности собственной жизни и формальное отношение к смерти обуславливало высокий суицидальный риск. По данным анамнеза или во время пребывания в стационаре суицидальное поведение встречалось у 54,8% (34 больных), что несколько меньше, чем при «классических» юношеских депрессиях, при которых этот показатель достигает 64,4% [7]. Это могло быть связано с меньшей выраженностью явлений «позитивной аффективности» в структуре ЮХЭД.

Суицидальные или антивитаальные размышления выявлялись почти у половины пациентов (52%; 49 больных). Аутоагрессивное поведение было свойственно 35,4% (22 больных), у 4% (3 больных) из которых оно не было связано с суицидальными тенденциями. Таким способом больные пытались облегчить свое состояние, уменьшить «душевную боль», привлечь к себе внимание (импульсивные и демонстративные самоповреждающие действия) либо, наоборот, «почувствовать» эмоции, когда целью была идентификация чувств и собственной личности (деперсонализационные самоповреждающие действия) [22]. Больные наносили самопорезы, ожоги сигаретами, вырывали себе волосы. Суицидальные мысли в этом случае не выявлялись. 21,0% всех обследованных пациентов (13 больных) на высоте состояния предпринимали суицидальные попытки, которые были как истинного, так и импульсивного, шантажно-демонстративного характера. В последнем случае пациенты характеризовали это как «крик о помощи», «попытки обратить на свое состояние внимание». При этом практически во всех случаях пациенты не испытывали чувства вины и заявляли о готовности повторить свои действия в случае «необходимости».

Выраженность депрессивных расстройств при ЮХЭД по шкале HDRS при поступлении в среднем составила $25,0 \pm 6,7$ балла.

На основании общих характеристик клинической картины и сосуществующей психопатологической симптоматики была разработана типология ЮХЭД. В зависимости от преобладания в структуре состояния определенных расстройств клинико-психопатологически выделено два типа хронической депрессии: I тип — унитарная депрессия с «чистой» аффективной психопатологической структурой состояния (34 больных; 54,8%); II тип — саплементарная депрессия с присоединением симптомов иных регистров, отличных от аффективного (28 больных; 45,2%). В связи с полиморфизмом этих симптомов при II типе было выделено два подтипа: 1-й — с неврозоподобными расстройствами (13 больных; 21,0%), 2-й — с психопатоподобными расстройствами (15 больных; 24,2%) (рис. 1).

Доля больных с унитарными юношескими хроническими эндогенными депрессиями (I тип) составила 54,8% (34 больных) от общего числа обследованных пациентов. У этих пациентов преобладали симптомы негативной аффективности [23, 24] с апатией, ангедонией, физической и психической астенией, формированием болезненного бесчувствия (*anaesthesia psychica dolorosa*), явлениями моральной анестезии, депрессивной девитализацией, с ослаблением или утратой инстинкта к самосохранению, влечения к жизни, расстройствами сна, прогрессирующим снижением веса. Тимический компонент отличался рудиментарностью, малой насыщенностью, отсутствием «витальной тоски» и описывался пациентами, скорее, как чувство подавленности, скуки, физической слабости, чем как «сниженное настроение». Ощущение уныния, отчаяния, чувство беспричинной грусти в начале заболевания постепенно «вытеснялось» явлениями негативной аффективности, что по клинической картине напоминало процесс хронификации депрессий в зрелом возрасте [25]. Девитализация аффекта представляла собой не всегда четко определяемое субъективное ощущение внутреннего напряжения, дискомфорта, безысходности, утраты жизненного тонуса. Отмечалась психомоторная заторможенность, трудности концентрации внимания с картиной «юношеской астенической несостоятельности», быстрая утомляемость при недлительных умственных или физических нагрузках, замедление течения мыслей, повышенная отвлекаемость.

В большинстве своем у таких пациентов социальные контакты ограничивались общением только с родственниками, учебная дезадаптация заключалась в систематических прогулах с дальнейшим отчислением либо неоднократным оформлением академических отпусков. Интересы характеризовались монотонной деятельностью либо отсутствовали полностью.

Характерным было формирование депрессивного мировоззрения с антивитальными размышлениями,

зачастую с отчетливыми суицидальными тенденциями, которые наиболее часто встречались при этом типе ЮХЭД, что связано как с особенностями структуры заболевания, так и с наличием таких конституционально-личностных черт, как эгоцентризм, категоричность суждений, снижение ценности жизни, отсутствие глубокой привязанности к близким. Суицидальные попытки в большинстве случаев носили рационалистический характер.

В структуре депрессивных состояний I типа ЮХЭД также имели место дисморфофобические расстройства, а также аттенуированная психотическая симптоматика (7 больных; 20,6%). Дисморфофобические расстройства протекали в рамках атипичного пубертатного криза, характерного для юношеского возраста, и возникали до начала развития аффективной патологии, подвергаясь кумуляции с ее появлением. Таким образом, они в этом случае не относились к собственно структуре депрессии, но, внося определенный вклад в клиническую картину, не могли быть оставлены без внимания.

По шкале HDRS выраженность депрессивных расстройств при I типе ЮХЭД на момент поступления составила в среднем $23,9 \pm 5,9$ балла, что соответствовало умеренной и тяжелой степени.

Течение депрессии данного типа ЮХЭД характеризовалось постепенной стереотипизацией и обеднением депрессивной симптоматики. Ощущаемый психический дискомфорт от болезни в ее начале постепенно терял свою яркость и насыщенность, начинали преобладать жалобы на «скуку», снижение мотиваций, апатию, безрадостность, отмечалась психомоторная заторможенность. Депрессия приобретала «рационалистический» оттенок с тенденцией к утрированному самоанализу зачастую без аффективной окраски переживаний.

Для больных с саплементарными юношескими хроническими депрессиями (II тип) (28 больных; 45,2%) была характерна большая выраженность явлений

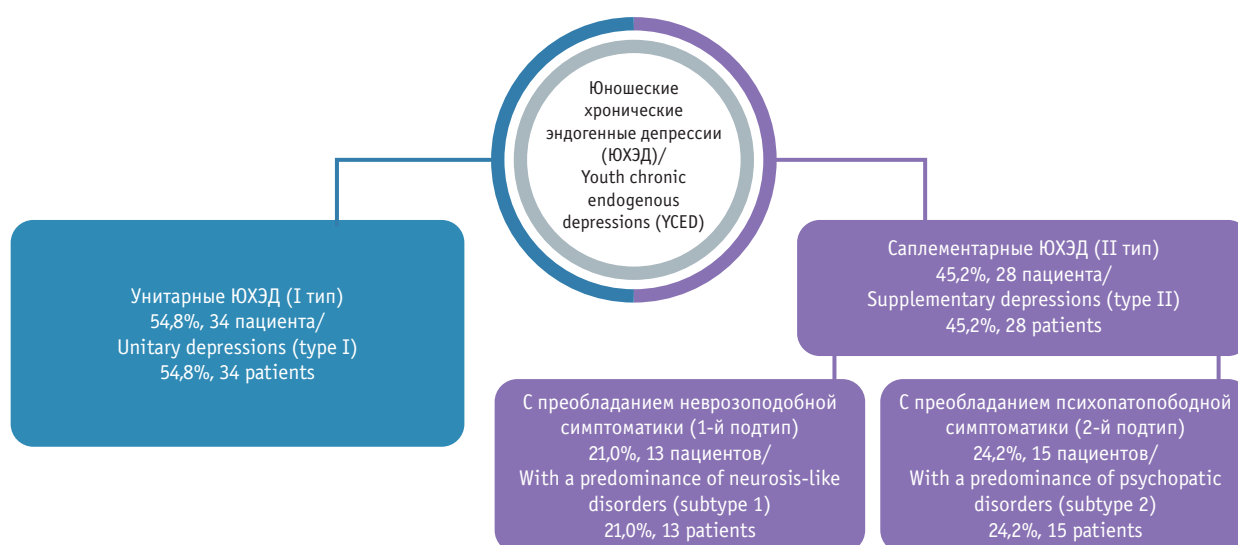


Рис. 1. Типология юношеских хронических эндогенных депрессий

Fig. 1. Clinical typology of youth chronic endogenous depression

позитивной аффективности, а также полиморфизм и изменчивость психопатологических симптомов, что связано с включением элементов, стоящих вне рамок облигатных аффективных расстройств. Динамика этих состояний имела четкую взаимосвязь со степенью выраженности аффекта, что было нехарактерно для хронических эндогенных депрессий, развивающихся в зрелом возрасте [25].

В связи с неоднородностью сопутствующей депрессии симптоматики было выделено два подтипа на основании преобладающего симптомокомплекса: с преобладанием невротоподобных расстройств; с преобладанием психопатоподобных расстройств.

Подтип саплементарной депрессии с преобладанием невротоподобных расстройств (13 больных; 21,0%) характеризовался постепенным усложнением клинической картины депрессии с присоединением деперсонализационно-дереализационных, обсессивно-фобических, дисморфофобических и сенесто-ипохондрических расстройств, а также вегетофобических пароксизмальноподобных состояний [23, 26].

Усиливающееся эмоциональное обеднение в сочетании с выраженным тревожным аффектом способствовало формированию невротоподобной симптоматики. Пациенты обращали внимание на «неотчетливые, трудно определяемые эмоции», чувство безразличия, ощущение отчуждения отдельных мыслей, чувств, побуждений. Явления негативной аффективности протекали с признаками утраты чувства «собственного Я», что на клиническом уровне выражалось в виде аутопсихической деперсонализации, которая в процессе развития могла достигать формы моральной анестезии [23, 27]. Ее симптомы выражались в виде ощущения измененности собственной внешности, поведения, голоса, психического дискомфорта, жалоб на падение психической активности, обеднение и угасание воображения, фантазии. Нарушения в идеаторной сфере, которые занимали значительное место в структуре данного подтипа ЮХЭД, и алекситимия способствовали возникновению трудностей в описании своих жалоб.

Обращало на себя внимание, что, несмотря на характерное для тревожного аффекта увеличение двигательной активности, практически во всех случаях при ЮХЭД отмечалась моторная заторможенность.

Соматопсихическая деперсонализация характеризовалась ощущением чуждости собственных частей тела, в основном рук или ног, их невесомости или излишней тяжести.

Аллопсихические деперсонализационные расстройства проявлялись в виде измененного восприятия предметов, звуков, освещения, красок и удаленности окружающего. В целом деперсонализационные расстройства возникали парциально, были обратимы, к ним сохранялась критическая оценка, и не происходило изменений структуры личности.

Обсессивная симптоматика (8 больных; 61,5%) обычно развивалась одновременно с депрессивной, находясь в прямой зависимости от степени выраженности

аффекта, и характеризовалась навязчивыми опасениями, сомнениями, воспоминаниями, размышлениями об отсутствии смысла жизни, неотвратимости смерти, собственной несостоятельности, а также навязчивым мытьем рук, расчесами, онихофагией, трихотилломанией. Анксиозная симптоматика обнаруживалась в виде различных фобий, которые не отличались вычурностью (например, явления клаустрофобии, агорафобии, социофобии). Также имели место пароксизмы тревожного аффекта чрезмерной интенсивности и/или диффузной, генерализованной тревоги средней или слабой степени, которая имела характер неопределенного беспокойства. Обсессивно-фобические расстройства обычно развивались одновременно с депрессивной симптоматикой, находясь в прямой зависимости от степени выраженности аффекта.

Дисморфофобические расстройства наблюдались у пяти больных (38,5%) и выражались преимущественно недовольством собственным телосложением, весом, ростом, чертами лица на уровне сверхценных идей, которые тесно сочетались с тревогой и сенситивными идеями отношений. Ипохондрические расстройства у четырех больных (30,8%) ограничивались в основном явлениями «моральной ипохондрии» с усилением самоконтроля и самонаблюдения. В отдельных случаях наблюдались ипохондрические расстройства сверхценного характера.

Аттенуированная психотическая симптоматика при этом подтипе депрессий встречалась наиболее часто (7 больных; 53,8%) и проявлялась в виде шизофреноподобных расстройств мышления (обрывы, наплывы, путаница мыслей), кратковременными эпизодами ощущения «вложенных», «звучащих» мыслей, гипнагогическими и гипнопомпическими галлюцинациями.

Вегетофобические пароксизмальноподобные состояния представляли собой эпизоды чрезмерной тревоги, сопровождающейся ощущением нехватки воздуха, тахикардией, потливостью, сенестопатическими расстройствами в виде ощущения покалывания и/или онемения в различных частях тела. Отличительной чертой подобных состояний в юношеском возрасте являлось отсутствие страха смерти. Тревога была связана с непониманием того, что с ними происходит, страхом «сойти с ума» или потерять над собой контроль, страхом «самого страха».

Стоит отметить, что у больных с депрессиями данного подтипа полностью отсутствовали суицидальные попытки, что, скорее всего, связано с большим удельным весом ипохондрических расстройств в структуре депрессии.

Степень выраженности депрессивных расстройств по шкале HDRS на момент поступления в стационар составила в среднем $29,6 \pm 5,1$ балла, т.е. при этом подтипе преобладали тяжелые депрессии.

По мере течения клиническая картина саплементарных ЮХЭД с преобладанием невротоподобных расстройств подвергалась постепенному видоизменению. Отмечалось уменьшение выраженности

дисморфобических расстройства, при этом идеи недовольства своей внешностью в целом сохранялись, однако меньшей интенсивности и без причинения прежнего уровня дискомфорта. В то же время сенесто-ипохондрические, деперсонализационно-де-реализационные и обсессивно-фобические расстройства приобретали более генерализованный характер, полностью охватывая спектр переживаний больного, а в некоторых случаях начиная существовать в отрыве от аффекта как самостоятельные, стойкие, хронические расстройства. Отмечалось постепенное уменьшение толерантности к стрессовым ситуациям, усиление выраженности избегающего поведения. Все это выражалось в стремлении упорядочить все жизненные события, сделать их максимально безопасными и предсказуемыми. Жизнь больных лишалась спонтанности и многообразия. При этом происходила рационализация отношения к вегето-фобическим пароксизмальноподобным состояниям, происходила некоторая редукция их выраженности и уменьшение частоты возникновения.

Подтип саплементарной депрессии с преобладанием психопатоподобных расстройств (15 больных; 24,2%) характеризовался поведенческими нарушениями, оппозиционным и негативистичным отношением к окружающим с раздражительностью, конфликтностью, грубостью, агрессией, злоупотреблением наркотическими веществами, алкоголем, лекарственными препаратами, склонностью к противоправному (делинквентному) поведению. Такое поведение, по признанию больных, обусловлено в первую очередь желанием снять внутренне напряжение, облегчить состояние, «почувствовать какие-либо эмоции».

Преобладал дисфорический оттенок настроения, обидчивость. Отмечались трудности в осознании, контроле и регуляции своих эмоций. Более значимо был выражен кататимный аффект, такие пациенты на протяжении всей болезни тяготились своим состоянием, отмечая ощущение «внутренней пустоты», «неприкаянности», «ненужности», описывали свои ощущения как «боль за мироздание», «чувство отчаяния и безысходности». Обращало на себя внимание также несоответствие интенсивности жалоб и внешнего облика больных, для них были характерны психомоторная заторможенность, обеднение мимики и эмоциональной модуляции голоса, речевой продукции, избегание зрительного контакта. Часто с целью «улучшения настроения» больные прибегали к употреблению алкоголя или наркотических веществ, что сопровождалось уходами из дома на несколько дней, звонками родственникам с просьбой о помощи, обвинениями в их адрес, высказыванием суицидальных намерений. Агрессивное поведение на фоне повышенной раздражительности отмечалось преимущественно в пределах дома, сопровождалось битьем посуды или мебели. Характерны были импульсивные поступки, по большей части связанные с самоповреждениями. Самоуничтожительные и самообвинительные идеи сопровождались трактовкой

виновности, направленной в основном вовне, на родственников, знакомых, преподавателей, жизненные обстоятельства. При этом пациенты признавались в появлении «холодности» к близким, безучастности к их переживаниям и нежелании делиться своими проблемами. В коллективе такие больные держались отстраненно с неким высокомерием и презрительностью по отношению к окружающим. В связи с обеднением и уменьшением спектра эмоционального восприятия на фоне повышенной рефлексии пациенты противопоставляли себя большинству своих сверстников, считая их «нерациональными», «находящими под властью эмоциональных импульсов», что в свою очередь еще сильнее затрудняло формирование социальных связей.

Вышеописанные расстройства значительно увеличивали риск суицидального поведения. В целом пациентам этой подгруппы в большей степени, чем при неврозоподобном подтипе, была свойственна антивитальная активность, а также экзистенциальные размышления о смысле существования, собственном предназначении, роли «сознания» в жизни человека, поиск ответов на эти вопросы в философской и эзотерической литературе. Аффективно заряженные идеаторные пессимистические построения имели в своей основе сверхценный характер. При этом, в отличие от сверхценных расстройств при классических юношеских депрессиях, подобные концепции были разработаны поверхностно и ограничивались «общими» знаниями, также отмечалась низкая продуктивность в их реализации [15, 23]. Этому способствовали как нарастающие трудности концентрации и сложности в усвоении нового материала, так и склонность скорее к размышлениям и фантазиям на эти темы, чем к потребности в познавательной деятельности, которая ограничивалась поверхностными, «общими» знаниями с инфантильной, утрированной и романтизированной трактовкой.

Аттенуированная психотическая симптоматика при данном подтипе саплементарных ЮХЭД отмечалась у четырех больных (30,7%), выражалась в повышенной подозрительности, сопровождавшейся аффективной напряженностью, тревогой за свое благополучие, кратковременными ипохондрическими и дисморфобическими расстройствами, доходящими до бредового уровня на высоте состояния. Имели место также явления малой кататонии в виде утраты пластичности движений, отдельных двигательных стереотипов, сокращений лицевой мускулатуры, а также шизофреноподобные расстройства мышления в виде ментизма, шперрунгов, путаницы мыслей.

При этом подтипе также преобладали тяжелые депрессии со средним баллом по шкале HDRS — $29,3 \pm 7,5$.

В процессе развития саплементарных депрессий с преобладанием психопатоподобных расстройств в меньшей степени по сравнению с первым типом ЮХЭД отмечалось обеднение и стереотипизация клинической картины. Несколько утрачивая свою яркость

и насыщенность, депрессивные расстройства продолжали оставаться тягостными и болезненными для пациента. Психопатоподобные расстройства также имели склонность к некоторому оскудению и примитивизации. Характерным было формирование депрессивного мировоззрения с недовольством собственной судьбой и в целом мирозданием, а также обесцениванием человеческой жизни. Отношение к окружающим приобретало оттенок высокомерия.

По 21-пунктной шкале Hamilton Depression Scale (HDRS) интенсивность депрессивных расстройств на момент госпитализации в большинстве случаев соответствовала депрессии тяжелой степени тяжести (более 27 баллов) — у 44,8%, умеренной тяжести (от 15 до 27 баллов) — у 55,2%. Кроме того, при невротическом подтипе саплементарных депрессий отмечался наивысший средний балл по шкале HDRS (29,6).

При сравнительном анализе унитарных и саплементарных депрессий были получены достоверные различия между показателями суммарного балла шкалы HDRS ($p = 0,049$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках проведенного исследования были выделены особенности клинической картины ЮХЭД, которые являются для них патогномоничными, что расширяет возможности правильной и своевременной диагностики. В основе структуры данных депрессий лежат симптомы негативной аффективности, которые персистируют на всем их протяжении и различаются по степени выраженности в зависимости от типа ЮХЭД. Они оказывают значительное влияние на появление и формирование сопутствующей симптоматики, что создает сложности в разграничении с истинными негативными симптомами при заболеваниях шизофренического спектра. Возрастные психобиологические факторы, а также процесс хронификации заболевания также обуславливали атипичность и своеобразие клинической картины ЮХЭД. На основании анализа психопатологических особенностей **юношеских хронических эндогенных депрессий было выделено два типа**. Для первого типа характерно монотонное, стереотипное течение с преобладанием симптомов негативной аффективности, апатией, ангедонией, психической и моральной анестезией, отчуждением сферы соматочувственных влечений. Второй тип характеризовался присоединением невротических и психопатоподобных расстройств, в основе которых также лежали феномены отчуждения, перекрывавшиеся явлениями гиперестезии аффективной сферы.

Выраженные нарушения в различных областях жизни, в частности социально-трудовая дезадаптация, высокий суицидальный риск, трудности в выборе терапевтической тактики, а также необходимость разработки прогностических критериев обуславливают важность дальнейшего изучения ЮХЭД.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Blanco C, Okuda M, Markowitz JC, Liu SM, Grant BF, Hasin DS. The epidemiology of chronic major depressive disorder and dysthymic disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Clin. Psychiatry*. 2010;71(12):1645. DOI: 10.4088/JCP.09m05663gry
2. Vos T, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abdulkader RS, Abdulle AM, Abebo TA, Abera SF, Aboyans V. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2017;390(10100):1211–1259. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32154-2
3. PS228. Jinnin R, Furukawa TA, Kawakami N, Miyake Y, Nishiyama Y, Okamoto Y, Shimoda H, Sugiura Y, Takagaki K, Takebayashi Y, Tanaka K, Yamamura T, Yamawaki S. Subthreshold depression persists and increases the risk for depression in late adolescence: a one-year cohort study. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2016;19(1):83. DOI: 10.1093/ijnp/pyw043.228
4. Köhler S, Chrysanthou S, Guhn A, Sterzer P. Differences between chronic and nonchronic depression: Systematic review and implications for treatment. *Depression and anxiety*. 2019;36(1):18–30. DOI: 10.1002/da.22835
5. Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*. 2008;115(2):291–313. DOI: 10.1037/0033-295X.115.2.291
6. Мазаева НА, Кравченко НЕ. Нозоспецифические и половозрастные особенности депрессий у подростков. *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. 2018;2:18–23. <https://elibrary.ru/item.asp?id=35134861>
Mazaeva NA, Kravchenko NE. The nosospecific and age-sex dependent peculiarities of adolescent depressions. *Sovremennaya terapiya v psikhiiatrii i neurologii*. 2018;2:18–23. (In Russ.). <https://elibrary.ru/item.asp?id=35134861>
7. Олейчик ИВ. Психопатология, типология и нозологическая оценка юношеских эндогенных депрессий (клинико-катамнестическое исследование). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2011;111(2):10–18. <https://elibrary.ru/item.asp?id=16597152>
Oleychik IV. Psychopathology, typology and nosological evaluation of juvenile endogenous depressions: a clinical and follow-up study. *Zhurnal neurologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2011;111(2):10–18. (In Russ.). <https://elibrary.ru/item.asp?id=16597152>
8. Тиганов АС. Проблема возрастных аспектов депрессивных состояний. *Журнал неврологии*

- и психиатрии имени С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2013;113(11):3–6. <https://elibrary.ru/item.asp?id=21074381>
- Tiganov AS. Age-related aspects of depressive states. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova. Spetsvyputski*. 2013;113(11):3–6. (In Russ.). <https://elibrary.ru/item.asp?id=21074381>
9. Крылова ЕС. Депрессия при расстройстве личности в юношеском возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2018;118(8):4–10. <https://elibrary.ru/item.asp?id=35647123>
 - Krylova ES. Depression in patients with personality disorder in youth. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2018;118(8):4–10. (In Russ.). <https://elibrary.ru/item.asp?id=35647123>
 10. Этингоф АМ. Клиника-психопатологические особенности и типология юношеских дисморфофобических депрессий. *Психиатрия*. 2003;5(5):53–58.
 - Etingof AM. Clinical and psychopathological features and typology of youth dysmorphophobic depressions. *Psychiatry*. 2003;5(5):53–58. (In Russ.).
 11. Asiri WA, Board A, Board S, Almaqbal M, Board O. Obsessive-Compulsive Disorder as a Part of Prodromal Schizophrenia. *Bahrain Medical Bulletin*. 2018;40(1):55–56. https://www.bahrainmedicalbulletin.com/MAR_2018/MAR2018_OCD.pdf
 12. Цуцельковская МЯ, Копейко ГИ, Олейчик ИВ, Владимирова ТВ. Роль психобиологических характеристик юношеского возраста в формировании клинической картины депрессий и особенностях терапии. *Психиатрия*. 2003;5(5):21–28.
 - Tsutsultsovskaya MYa, Kopeiko GI, Oleichik IV, Vladimirova TV. The role of adolescent psychobiological characteristics in the formation of the clinical picture of depression and specific therapy. *Psychiatry*. 2003;5(5):21–28. (In Russ.).
 13. Петрова НН. Оптимизация антидепрессивной терапии. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2013;2:83–96. <https://elibrary.ru/item.asp?id=20401783>
 - Petrova NN. Optimization of antidepressant therapy. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2013;2:83–96. (In Russ.). <https://elibrary.ru/item.asp?id=20401783>
 14. Бебуришвили АА, Зяблов ВА, Каледа ВГ. Клинические особенности аутоагрессивного поведения у больных юношеского возраста с континуальным течением эндогенных аффективных расстройств. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2018;2(18):82–86. <https://elibrary.ru/item.asp?id=34878910>
 - Beburishvili AA, Zyablov VA, Kaleda VG. Clinical characteristics of autoaggressive behavior in youth patients with continuous cycling of endogenous affective disorders. *Mental Health of Children and Adolescent*. 2018;2(18):82–86. (In Russ.). <https://elibrary.ru/item.asp?id=34878910>
 15. Isometsä E. Suicidal behaviour in mood disorders — who, when, and why? *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2014;59(3):120–130. DOI: 10.1177/070674371405900303
 16. Dong M, Zeng LN, Lu L, Li XH, Ungvari GS, Ng CH, Chow IHI, Zhang L, Zhou Y, Xiang YT. Prevalence of suicide attempt in individuals with major depressive disorder: a meta-analysis of observational surveys. *Psychological medicine*. 2019;49(10):1691–1704. DOI: 10.1017/S0033291718002301
 17. Shah SM, Al Dhaheri F, Albanna A, Al Jaber N, Al Eissae S, Alshehhi NA, Al Shamisi SA, Al Hamez MM, Abdelrazeq SY, Betancourt TS. Self-esteem and other risk factors for depressive symptoms among adolescents in United Arab Emirates. *Plos one*. 2020;15(1):e0227483. DOI: 10.1371/journal.pone.0227483
 18. Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*. 2009;66(7):764–772. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.85
 19. Ehrenreich-May J, Rosenfield D, Queen AH, Kennedy SM, Remmes CS, Barlow DH. An initial waitlist-controlled trial of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*. 2017;46:46–55. DOI: 10.1016/j.janxdis.2016.10.006
 20. Владимирова ТВ, Олейчик ИВ. Место антидепрессантов нового поколения в терапии юношеских эндогенных депрессий. Аффективные и шизоаффективные психозы. *Материалы научно-практической конференции с международным участием. 7–8 апреля 1998 г.* 1998:340–346.
 - Vladimirova TV, Oleychik IV. Mesto antidepressantov novogo pokoleniya v terapii yunosheskikh endogennykh depressiy. *Affektivnye i shizoaffektivnye psikhhozy. Materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem. April 7–8, 1998*:340–346. (In Russ.).
 21. Румянцев АО, Омельченко МА, Мелешко ТК, Каледа ВГ. Юношеские эндогенные депрессии с аттенуированной психотической симптоматикой (клинико-психологический анализ). *Психиатрия*. 2018;(78):64–72. <http://www.ncpz.ru/siteconst/userfiles/file/psy/psy78abs.pdf#page=32>
 - Rumyantsev AO, Omel'chenko MA, Meleshko TK, Kaleda VG. Youth depression with attenuated psychotic symptoms (clinical and psychological analysis). *Psychiatry*. 2018;(78):64–72. (In Russ.). <http://www.ncpz.ru/siteconst/userfiles/file/psy/psy78abs.pdf#page=32>
 22. Крылова ЕС, Бебуришвили АА, Каледа ВГ. Несуицидальные самоповреждения при расстройстве личности в юношеском возрасте и оценка их взаимосвязи с суицидальным поведением. *Суицидология*. 2019;10(1):48–57. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-48-57

- Krylova ES, Beburishvili AA, Kaleda VG. Non-suicidal self-injury and its relation to suicidal behavior in youth patients with personality disorders. *Suit-sidologiya*. 2019;10(1):48–57. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-48-57
23. Смуглевич АБ, Дубницкая ЭБ. Депрессия — актуальные проблемы систематики. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2012;112(11):11–20. <https://elibrary.ru/item.asp?id=18958747>
Smulevich AB, Dubnitskaya EB. Actual problems of systematics of depression. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova. Spetsvypuski*. 2012;112(11):11–20. (In Russ.). <https://elibrary.ru/item.asp?id=18958747>
24. Watson D, Clark LA. Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychologicalbulletin*. 1984;96(3):465. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6393179>
25. Дикая ТИ. Клинико-психопатологические особенности и динамические аспекты затяжных и хронических эндогенных депрессий. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2011;4:19–25. <https://elibrary.ru/item.asp?id=16217558>
Dikaya TI. Kliniko-psikhopatologicheskie osobennosti i dinamicheskie aspekty zatyazhnykh i khronicheskikh endogennykh depressiy. *Vestnik Rossiyskoy akademii meditsinskikh nauk*. 2011;4:19–25. (In Russ.). <https://elibrary.ru/item.asp?id=16217558>
26. Пуховский АА. Хронические депрессии. *Журнал социальной и клинической психиатрии*. 1992;(4):97.
Pukhovskiy AA. Khronicheskie depressii. *Zhurnal sotsial' noy i klinicheskoy psikiatrii*. 1992;(4):97. (In Russ.).
27. Paul ER, Farmer M, Kämpfe R, Cremers HR, Hamilton JP. Functional Connectivity Between Extrastriate Body Area and Default Mode Network Predicts Depersonalization Symptoms in Major Depression: Findings From an A Priori Specified Multinetwork Comparison. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging. Biological Psychiatry*. 2019;85(10):154. DOI: 10.1016/j.bpsc.2019.03.007

Сведения об авторе

Мигалина Валентина Владимировна, младший научный сотрудник, отдел юношеской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0003-4009-4323>

E-mail: migalina-vv@mail.ru

Information about the author

Valentina V. Migalina, Junior Researcher, Department of Youth Psychiatry, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0003-4009-4323>

E-mail: migalina-vv@mail.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Мигалина Валентина Владимировна/Valentina V. Migalina

E-mail: migalina-vv@mail.ru

Дата поступления 06.11.2020
Received 06.11.2020

Дата рецензии 23.12.2020
Revised 23.12.2020

Дата принятия 24.12.2020
Accepted for publication 24.12.2020

Динамика показателей произвольной слухоречевой памяти детей и подростков с эндогенной психической патологией на фоне лечения

Хромов А.И.^{1,2}, Зверева Н.В.^{1,2}, Сергиенко А.А.^{1,2}, Строгова С.Е.¹

¹ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация

²ФГБОУ «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Российская Федерация

ОРИГИНАЛЬНАЯ
СТАТЬЯ

Резюме

Обоснование: изучение когнитивных функций (памяти) необходимо для оценки эффективности терапевтических, психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий. Оценка эффективности лечения с помощью анализа динамики показателей произвольной памяти у детей и подростков с шизофренией мало изучена. **Цель:** анализ динамики показателей произвольной слухоречевой памяти детей и подростков с эндогенной психической патологией на фоне лечения в краткосрочной и среднесрочной перспективе. **Испытуемые и методы:** клиническую группу составили пациенты детского клинического отделения ФГБНУ НЦПЗ («Научный центр психического здоровья») (всего 134; возраст 7–17 лет) с диагнозами «шизофрения, детский тип» (F20.8xx3), «шизотипическое расстройство личности» (F21), «шизофрения недифференцированная» (F20.3). В контрольную группу практической нормы для оценки краткосрочной и среднесрочной динамики вошли 64 ученика общеобразовательных школ г. Москвы в возрасте 10–16 лет. Для оценки показателей слухоречевой памяти использовали методику запоминания 10 слов; парные ассоциации, субтест «Повторение цифр» из теста Векслера. Все испытуемые обследовались дважды. **Результаты.** Краткосрочная терапевтическая динамика: объем непосредственного запоминания остался неизменными у 55% больных, а по параметру эффективности запоминания — у 65%. Уменьшение дефицита (приближение к норме) суммарно продемонстрировали 26% больных по параметру непосредственного запоминания и 21% больных — по параметру эффективности запоминания. Значимые изменения в состоянии ассоциативной памяти на фоне терапии отмечаются в диагностических группах F21 и F20.3 (по МКБ-10). В среднесрочной динамике больные с диагнозами F21 и F20.3 демонстрируют относительную стабильность показателей памяти и тенденцию к положительной динамике, более выраженную в группе пациентов с диагнозом F21. **Выводы:** обнаружена тенденция к разнонаправленной динамике показателей непосредственной памяти на фоне терапии в зависимости от диагноза, вариативность показателей при повторном обследовании в связи с лечением отдельными препаратами. Динамика показателей памяти в среднесрочной перспективе выявляет различия по диагнозу — минимум позитивных возрастных сдвигов и группе F20.8 и приближенные к норме варианты динамики в группах F21 и F20.3. «Эффект научения», обнаруженный в норме развития, не так заметен или не заметен вовсе в клинических группах.

Ключевые слова: подростки; слухоречевая память; эндогенная психическая патология; шизофрения; динамическое исследование.

Для цитирования: Хромов А.И., Зверева Н.В., Сергиенко А.А., Строгова С.Е. Динамика показателей произвольной слухоречевой памяти детей и подростков с эндогенной психической патологией на фоне лечения. *Психиатрия*. 2021;19(1):63–73. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-63-73>

Конфликт интересов отсутствует

Dynamics of Voluntary Verbal Memory Indicators of Children and Adolescents with Endogenous Mental Pathology During Treatment

Khromov A.I.^{1,2}, Zvereva N.V.^{1,2}, Sergienko A.A.^{1,2}, Strogova S.E.¹

¹FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation

²MSUPE "Moscow State University of Psychology & Education", Moscow, Russian Federation

RESEARCH

Summary

Background: to assess the effectiveness of therapeutic, psychotherapeutic, and psycho-correctional procedures the study of cognitive functions (memory) is necessary. There are few studies of treatment effectiveness through analysis of the dynamics of voluntary memory indicators in children and adolescents with schizophrenia. **Purpose:** to analyze the dynamics of voluntary verbal memory indicators in children and adolescents with endogenous mental pathology during treatment in the short-term and medium-term. **Subjects and methods:** clinical groups included 134 patients 7–17 years old with diagnoses of childhood type schizophrenia (F20.8xx3), schizotypal personality disorder (F21), undifferentiated schizophrenia (F20.3). The healthy control group for the assessment of short-term and medium-term dynamics included 64 pupils of secondary schools in Moscow, aged 10–16 years. **Methods:** Learning of 10 Words, Paired Associations, the Digit Span subtest from WISC. All subjects were examined twice. **Results:** therapeutic dynamics shows that the deficit level of immediate memorization volume and memorization effectiveness

did not change in 55% and 65% of patients, respectively. Improvement (approaching the norm) of immediate memorization and memorization effectiveness was demonstrated by 26% and 21% of patients, respectively. Statistically significant changes in the state of associative memory during therapy were noted in the groups F21 and F20.3. The effect of specific drugs (neuroleptics, nootropics, antidepressants) on memory in a separate sample of 36 patients showed a tendency for the positive effect of nootropics and antidepressants. In the medium-term (age-related) dynamics, patients in F21 and F20.3 groups demonstrated relative stability of memory indicators; a tendency towards positive dynamics was found in the F21 group. **Conclusions:** a tendency to multidirectional therapeutic dynamics of immediate memory indices was revealed depending on the diagnosis, variability of indices during re-examination in connection with treatment with individual drugs. The dynamics of memory indices in the medium-term reveals the differences associated with the diagnosis — a minimum of positive age-related shifts in the F20.8x3 group and variants of dynamics that are close to normal in the F21 and F20.3 groups. The “learning effect” found in the developmental norm is not so noticeable or not noticeable at all in clinical groups.

Keywords: adolescents; verbal memory; endogenous mental pathology; schizophrenia; dynamic research.

For citation: Khromov A.I., Zvereva N.V., Sergienko A.A., Strogova S.E. Dynamics of Voluntary Verbal Memory Indicators of Children and Adolescents with Endogenous Mental Pathology During Treatment. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(1):63–73. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-63-73>

There is no conflict of interests

ВВЕДЕНИЕ

Диагностика состояния когнитивной (познавательной) сферы является одной из научно-практических задач психологов, работающих в клинике [1, 2]. Знание о состоянии когнитивных возможностей, в частности памяти психически больного ребенка или подростка, необходимо при проведении общей и дифференциальной клинико-психологической диагностики, а также в случае оценки эффективности терапевтических, психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий [3–5]. Интенсивные исследования когнитивных нарушений при психических заболеваниях, ассоциированных с эндогенной психической патологией, ведутся уже много лет. Немалое место в этих исследованиях занимает оценка эффективности фармакотерапии посредством анализа динамики показателей интеллекта, когнитивной, в частности мнестической, деятельности [6–10]. Чрезвычайно мало работ по исследованию динамики состояния памяти пациентов детского возраста, страдающих расстройствами шизофренического круга, при проведении терапии [11, 12]. Отметим, что подобные данные необходимы для исследования особенностей формирования памяти детей и подростков, в том числе для сопоставления динамики показателей памяти на терапии с возрастной динамикой у здоровых сверстников.

Согласно позиции Л.С. Выготского, закономерности развития произвольных форм высших психических функций сходны в норме и патологии [13]. Изменения состояния психических функций (в нашем случае это произвольная слухоречевая память) у нормотипичных¹ детей рассматриваются как результирующая сложного взаимодействия факторов психического развития, «эффекта научения», знакомства со способами работы других [14, 15]. В случае психического заболевания с проявлениями дизонтогенеза в эту динамику свой вклад вносит специфика заболевания, особенности

лечения (фармакотерапия, терапия средой и др.). В НЦПЗ в течение ряда лет проводятся исследования, описывающие изменение когнитивного функционирования детей и подростков с психической органической патологией. Одна из моделей описания — выделение видов когнитивного развития, в том числе когнитивного дизонтогенеза, обусловленного негативным воздействием болезни. Динамика когнитивных функций при расстройствах шизофренического спектра у подростков была рассмотрена в работе А.И. Хромова. В норме возрастная динамика памяти ярко выражена, она имеет нелинейный характер со своего рода экстремумом около 12 лет. До этого возраста параметры памяти у нормотипичных детей стабильно увеличиваются, а после 12 лет формируется плато с дальнейшей тенденцией к снижению [16]. Установлено, что состояние памяти у подростков с психической патологией круга шизофрении варьирует от нормы до выраженных нарушений и связано с давностью заболевания, диагнозом, другими клиническими параметрами. Авторами статьи накоплены данные по особенностям нарушений слухоречевой памяти: у подростков с расстройствами спектра шизофрении уменьшен объем воспроизведения слов и нарушена избирательность актуализации следов памяти [16–18].

Настоящая статья является одной из первых, посвященных изучению различных видов динамики изменения показателей когнитивной сферы у детей и подростков с эндогенной психической патологией с применением классической патопсихологической диагностики памяти, что определило многоступенчатый дизайн исследования. Ранее нами были выделены несколько видов такой динамики: возрастная динамика — изменение когнитивных показателей детей и подростков по мере взросления (оценивается через возрастные срезы); терапевтическая динамика состояния познавательной сферы на фоне проводимого лечения больных в условиях стационара (оценивается посредством «краткосрочного лонгитюда»); катамнестическая индивидуально-возрастная динамика — изменение в состоянии познавательной сферы больного под влиянием возраста и на фоне

¹ «Нормотипичный» — устоявшийся термин, применяющийся для обозначения человека, соответствующего статистической психической норме. В данном случае это дети и подростки без психических расстройств.

развития болезни (оценивается собственно в лонгитуде). Немногочисленность исследований динамики показателей произвольной памяти на фоне терапии и/или катамнестической динамики у детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра продиктовала цели исследования. В доступной зарубежной и отечественной литературе анализируется динамика на фоне лечения у взрослых пациентов [8, 10], а исследования динамики памяти у больных детей представлены динамикой от доболезненных исследований (в анамнезе) до проявления патологии памяти уже в развивающемся заболевании [19] с применением нейропсихологического и психометрического подходов [20]. Мы поставили задачей оценку индивидуальной динамики, выделив динамические изменения показателей произвольной памяти в краткосрочной и среднесрочной системе оценки показателей в рамках госпитализации в период лечения и в ситуации динамического наблюдения от госпитализации к госпитализации на фоне продолжающегося развития ребенка (подростка) в условиях имеющейся психической болезни и ее лечения. Подобная информация представляется впервые в комплексе оценки динамики произвольной слухоречевой памяти детей и подростков в период лечения и/или между госпитализациями. Работа проводилась сотрудниками отдела медицинской психологии совместно с отделом детской психиатрии НЦПЗ (руководитель проф. Н.В. Симашкова).

Цель исследования — анализ индивидуальной динамики показателей произвольной слухоречевой памяти детей и подростков с эндогенной психической патологией на фоне лечения в краткосрочной и среднесрочной перспективе.

Поставленная цель обусловила следующие задачи исследования:

- 1) оценка динамики состояния произвольной слухоречевой памяти (объем непосредственного запоминания и эффективность заучивания в методике 10 слов и парных ассоциаций) у больных детей и подростков с эндогенной психической патологией на фоне проводимого лечения (динамика параметров слухоречевой памяти на фоне терапии в краткосрочной перспективе, «терапевтическая динамика»);
- 2) оценка «возрастной» динамики состояния произвольной слухоречевой памяти, объема непосредственного запоминания у больных детей и подростков, происходящей на фоне взросления (динамика произвольной слухоречевой памяти между госпитализациями в среднесрочной перспективе, «катамнестическая, или возрастная динамика»);
- 3) сопоставление динамики состояния слухоречевой памяти «клинических» групп с имеющимися данными индивидуальной динамики в группе нормотипичного развития (в краткосрочной и среднесрочной перспективе).

ИСПЫТУЕМЫЕ И МЕТОДЫ

Каждый из вариантов динамики мнестической деятельности изучался отдельно в соответствующем блоке с помощью указанных ниже методик.

Блок 1 — оценка терапевтической динамики отдельных параметров памяти. Обследование проводилось дважды: первичное — в пределах недели после госпитализации, повторное — спустя 2–10 недель в рамках одной госпитализации. Произвольная слухоречевая память изучалась с помощью методики 10 слов на выборке из 63 больных (из них 47 мальчиков), средний возраст $12,6 \pm 2,8$ года (от 6 до 17 лет). Ассоциативная произвольная слухоречевая память изучалась с помощью методики парных ассоциаций на выборке из 42 больных (из них 24 мальчика), средний возраст $13,1 \pm 2,7$ года (от 6 до 17 лет). Диагнозы F20.8 (шизофрения, детский тип, ШДТ), F21 (шизотипическое расстройство, ШТР), F20.x (шизофрения недифференцированная, ШНД). Объем оперативной памяти оценивался субтестом «Повторение цифр» (детский вариант теста интеллекта Векслера, WISC) на выборке из 11 больных (из них восемь девочек), средний возраст $14,0 \pm 1,7$ года (от 11 до 16 лет), и выборке из 32 подростков (из них 17 мальчиков) без психической патологии, средний возраст $14,4 \pm 1,4$ года (от 11 до 16 лет).

Блок 2 — оценка возрастной динамики произвольной слухоречевой памяти (по методикам 10 слов и парных ассоциаций) между обследованиями (интервал в среднем 186 дней). Выборки: младшие школьники, мальчики и девочки в возрасте от 10 до 12 лет — 18 пациентов 7-го детского клинического отделения с ШДТ и ШТР, нормативная группа — 32 ученика общеобразовательных школ, все испытуемые обследовались дважды с указанным выше интервалом. В группе больных диагнозов F20.8 имели 10 детей, возраст первичного обследования $10,8 \pm 1,0$ года, повторного — $11,0 \pm 1,0$ года; диагнозы F21 имели восемь детей, средний возраст для первого обследования $10,8 \pm 1,0$ года, второго — $11,0 \pm 1,0$ года. В группе нормы средний возраст для первого обследования $10,0 \pm 0,4$ года, второго — $10,3 \pm 0,5$ года.

Как следует из описания выборок, клинические группы представлены больными, проходившими стационарное лечение в 7-м детском клиническом отделении НЦПЗ. Клинические данные о состоянии больных были получены из истории болезни; диагнозы выставлялись по консультации лечащих врачей и научных сотрудников отдела детской психиатрии.

Контрольные группы представлены учениками общеобразовательных школ г. Москвы, не имевшими признаков психической патологии и не проходящими лечение у психиатра на момент обследования.

Законные представители всех испытуемых, принявших участие в исследовании, дали информированное согласие на участие в исследовании. Проведение исследования пациентов клиники соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1975 г. и ее

пересмотренного варианта 2000 г. и было одобрено Локальным этическим комитетом НЦПЗ.

Были сформулированы критерии *включения пациентов в исследование*:

- 1) диагноз по МКБ-10 (F20.8xx3, (ШДТ); F21 (ШТР); F20.3 (ШНД));
- 2) возраст (от 6 до 17 лет);
- 3) пребывание на стационарном лечении в 7-м клиническом отделении НЦПЗ;
- 4) отсутствие острой продуктивной симптоматики.

Критерии включения здоровых испытуемых контрольных групп (для оценки динамики):

- 1) возраст (от 10 до 16 лет);
- 2) отсутствие психической патологии;
- 3) обучение в общеобразовательной школе.

Динамика произвольной слухоречевой памяти оценивалась посредством классических методик отечественной патопсихологии — «Заучивание 10 слов» (далее — «10 слов») и «Парные ассоциации» (простые и сложные), а также субтеста «Повторение цифр» из теста Векслера² [15]. Сопоставление параметров памяти больных и здоровых испытуемых проводилось с опорой на нормативные данные соответствующего возраста, собранные научными сотрудниками отдела медицинской психологии совместно с обучающимися на факультете клинической и специальной психологии ФГБОУ ВО МГППУ [15].

Обследование проводилось индивидуально с каждым испытуемым в рамках общей клинико-психологической диагностики и занимало около 1 ч. Все пациенты психиатрического стационара были проконсультированы врачами-психиатрами НЦПЗ, получали фармакотерапию, индивидуально назначенную лечащими врачами в соответствии с выставленными диагнозами и принятыми в детской психиатрии рекомендациями.

Обработка данных осуществлялась с помощью стандартных статистических инструментов из базового пакета SPSS v.21 (инструменты расчета описательных статистик, непараметрические критерии для связанных выборок при оценке динамических изменений), построение графиков производилось стандартными средствами MS Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оценивалась динамика произвольной слухоречевой памяти на терапии в краткосрочной и среднесрочной перспективе на фоне лечения. Предполагалось, что будут обнаружены специфические изменения в зависимости от диагноза, показателя мнестической деятельности (объема кратковременной памяти, эффективности заучивания, влияния смысловой нагрузки на успешность запоминания), интервала между обследованиями. Ожидалось, что характер динамики будет в большей степени

связан с клиническими факторами и в меньшей степени с особенностями диагностических средств. Результаты приводятся в соответствии с задачами и исследованными клиническими выборками.

Оценка динамики состояния произвольной слухоречевой памяти на фоне проводимого лечения

По первому блоку проводилась **оценка терапевтической динамики памяти**. Изменение состояния памяти на фоне проводимого лечения (терапевтическая динамика) оценивалось по параметрам непосредственной, ассоциативной и оперативной памяти.

В анализе рассматривались следующие параметры: **эффективность запоминания** (ЭП) — количественный показатель, отражающий общую долю заученных слов, численно равный сумме объемов воспроизведения с 1-го по 5-й, отнесенный к общему количеству предъявленных слов; **успешность заучивания** (УП) — способность/неспособность испытуемого выучить (воспроизвести) все 10 слов за пять предъявлений; **объем непосредственной слухоречевой памяти** (НП) — количество верно воспроизведенных слов после 1-го предъявления. Также проводилась оценка с опорой на определение уровней функционирования слухоречевой памяти, отражающих градацию объема непосредственной памяти и эффективности запоминания в сравнении с показателями в группе нормотипичного развития. Выделялись следующие уровни: выраженный дефицит, умеренный дефицит, норма, умеренное опережение, опережение [16]. Оценка уровней функционирования проводилась с опорой на нормативные данные, собранные отделом медицинской психологии НЦПЗ [15]. На основе этих данных проводился расчет z-значений по показателям объема непосредственной памяти и эффективности запоминания.

Рассмотрим эти показатели в клинических подгруппах в динамике и в целом по группе.

Динамика объема непосредственной памяти и эффективность запоминания в методике «10 слов» оценивалась у пациентов с разными вариантами расстройств круга шизофрении. На рис. 1 и 2 представлены распределения уровней развития памяти (объем непосредственного запоминания) в трех диагностических группах (ШДТ, ШНД и ШТР) больных в первичном (до) и повторном (после) обследовании. Уровни функционирования памяти представлены двумя степенями дефицита памяти³: выраженной (снижение по сравнению с средним нормативным возрастным показателем более чем на 2 стандартных отклонения) и умеренной (снижение от 1 до 2 стандартных отклонений); нормативным развитием (снижение или превышение в пределах 1 стандартного отклонения) и умеренным опережением (превышение от 1 до 2 стандартных отклонений).

² Филимоненко Ю.И., Тимофеев В.И. Тест Векслера. Диагностика уровня развития интеллекта (детский вариант): методическое руководство. СПб.: ИМАТОН, 2011.

³ Под дефицитом авторами понимается снижение показателя памяти по отношению к среднему возрастному нормативному показателю в z-баллах (возрастной показатель среднего квадратического отклонения); под опережением — превышение аналогичных показателей также в z-баллах.

Среди трех диагностических групп нет значимых изменений в параметрах памяти между обследованиями. Однако можно отметить тенденцию к разнонаправленной динамике уровня развития непосредственной памяти в зависимости от диагноза (рис. 1).

Оценка успешности заучивания 10 слов с пяти предъявлений (рис. 2) не показывает достоверных изменений в процессе терапии, за исключением улучшения этого показателя в среднем с зЭП = -2,87 до зЭП = -2,23 в группе ШДТ на уровне тенденции ($U = 1,765, p = 0,078$).

Анализ динамики показателей памяти по всей выборке больных в рассматриваемом блоке свидетельствует о том, что в большинстве случаев основные индексы функционирования (дефицит, норма, опережение) в процессе терапии не меняются (табл. 1).

В табл. 1 представлено совместное распределение частот (в абсолютном и процентном выражении) показателей уровней функционирования (от выраженной дефицитарности до опережения) у всех больных при первичном и повторном обследовании отдельно для показателей объема непосредственного запоминания и эффективности заучивания (методика «10 слов»).

При этом по диагонали из левого верхнего в правый нижний угол располагаются больные, показатели у которых не изменились, выше этой диагонали — те, у кого показатели улучшились, ниже — те, у кого произошло снижение показателей. Заметно, что у большинства больных показатели уровней функционирования не изменились: суммарно 55% больных остались на прежнем уровне по параметру объема непосредственного запоминания, а 65% — по параметру эффективности заучивания. Улучшение (приближение к норме) суммарно продемонстрировали 26% больных по показателю объема непосредственного запоминания и 21% больных по показателю эффективности заучивания.

Аналогичную картину показывает оценка динамики по средним показателям у пациентов с разными диагнозами. Больные из группы ШДТ сохранили наибольшую дефицитарность непосредственной памяти, но доля больных с выраженным дефицитом немного уменьшилась за счет увеличения доли больных с умеренным дефицитом или близкими к норме показателями. У больных с ШТР динамика показателей дефицитарности памяти почти отсутствует: доля больных с выраженным и умеренным дефицитом памяти остается невысокой,

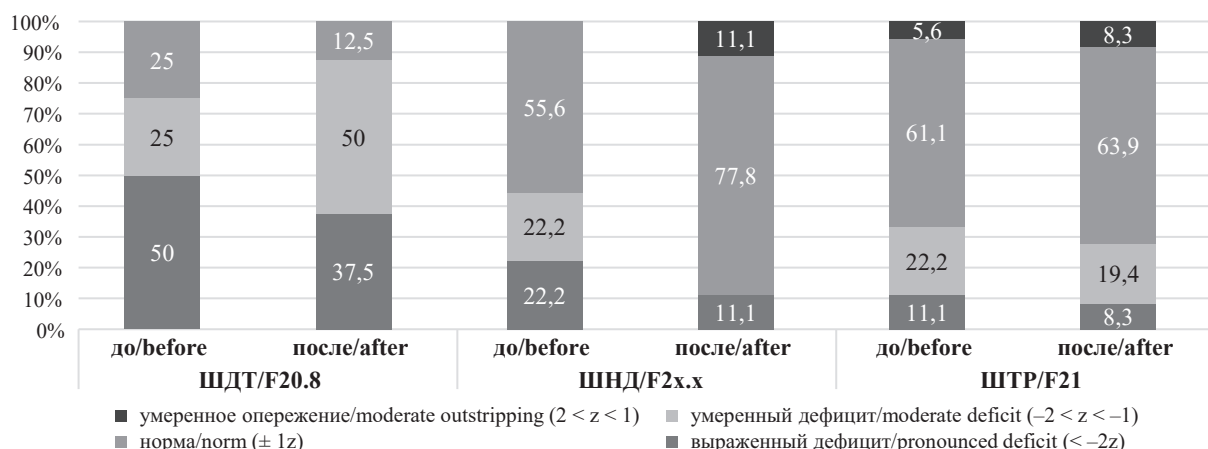


Рис. 1. Дефицитарность показателя объема непосредственной памяти больных при первичном и повторном обследовании (терапевтическая динамика) в трех группах больных

Fig. 1. Deficiency of immediate memory indicator of patients during the initial and repeated examination (therapeutic dynamics) in three groups of patients

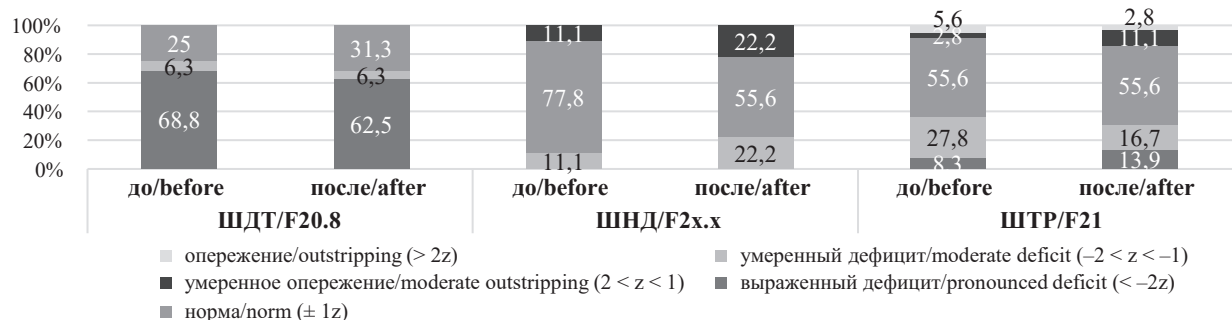


Рис. 2. Дефицитарность показателя эффективности запоминания больных при первичном и повторном обследовании (терапевтическая динамика) в трех группах больных

Fig. 2. Deficiency of memorization effectiveness indicator of patients during the initial and repeated examination (therapeutic dynamics) in three groups of patients

Таблица 1. Таблица сопряженности показателей уровней функционирования (объем непосредственного запоминания и эффективность запоминания) в первичном и повторном обследовании у больных («10 слов»)**Table 1.** The table of the ratio of the success of memorization (the volume of immediate memorization and the memorization effectiveness) in the initial and repeated examination in patients ("10 words" test)

Объем непосредственного запоминания/The volume of immediate memorization							
Уровень функционирования/Memory development level		Повторное обследование/Repeated examination					всего/total
		выраженный дефицит/ pronounced deficit	умеренный дефицит/ moderate deficit	норма/ norm	умеренное опережение/ moderate outstripping	опережение/ outstripping	
Первичное обследование/ Primary examination	выраженный дефицит/ pronounced deficit	7 (11%)	2 (3%)	5 (8%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (23%)
	умеренный дефицит/ moderate deficit	1 (2%)	7 (11%)	5 (8%)	1 (2%)	0 (0%)	14 (23%)
	норма/norm	2 (3%)	6 (10%)	20 (33%)	3 (5%)	0 (0%)	31 (51%)
	умеренное опережение/ moderatelead	0 (0%)	0 (0%)	2 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3%)
	опережение/lead	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Всего/Total		10 (16%)	15 (25%)	32 (52%)	4 (7%)	0 (0%)	61 (100%)
Эффективность запоминания/The memorization effectiveness (verbal learning)							
Уровень функционирования/Memory development level		Повторное обследование/Repeated examination					всего/total
		выраженный дефицит/ pronounced deficit	умеренный дефицит/ moderate deficit	норма/ norm	умеренное опережение/ moderate outstripping	опережение/ outstripping	
Первичное обследование/ Primary examination	выраженный дефицит/ pronounced deficit	12 (20%)	1 (2%)	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (23%)
	умеренный дефицит/ moderate deficit	2 (3%)	4 (7%)	6 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (20%)
	норма/norm	1 (2%)	4 (7%)	22 (36%)	3 (5%)	1 (2%)	31 (51%)
	умеренное опережение/ moderatelead	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	1 (2%)	0 (0%)	2 (3%)
	опережение/lead	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3%)	0 (0%)	2 (3%)
Всего/Total		15 (25%)	9 (15%)	30 (49%)	6 (10%)	1 (2%)	61 (100%)

а доля с нормативным и опережающим уровнем развития памяти — стабильно высокой в период лечения. В группе больных ШНД динамика показателей дефицитарности памяти неодинакова: демонстрируя уменьшение доли больных с выраженным дефицитом непосредственной памяти, доля больных с умеренным дефицитом эффективности заучивания немного увеличивается, хотя в целом данный показатель в группе ШНД оказывается наиболее близким в норме.

Оценка связи динамики показателей непосредственной памяти с возрастом и полом больных не показала значимых результатов на нашей выборке, т.е. нам не удалось найти различий в динамике показателей непосредственной памяти между детьми и подростками, мальчиками и девочками.

Отдельно оценивалась успешность-неуспешность запоминания в методике 10 слов (табл. 2). При том что у больных ШДТ доля успешности в заучивании 10 слов снижается в повторном обследовании, почти 90% больных остаются неуспешными в обоих обследованиях; среди этих больных не отмечается тех, кто был неуспешен в первичном, но стал успешен в повторном

обследовании. Напротив, больные ШНД показывают наибольшую стабильность в успешности заучивания — почти половина (44%) остаются успешными в заучивании 10 слов в обоих обследованиях.

Динамика показателей ассоциативной памяти. Оценка когнитивного дефицита проводилась методиками патопсихологической диагностики памяти («Парные ассоциации» упроченные-сильные, или ППА, и отдаленные-сложные, или СПА) с последующим преобразованием в z-шкалы (рис. 3). Такой подход позволил оценить выраженность когнитивного дефицита больных относительно их возрастного норматива: чем меньше показатель z-шкалы, тем лучше анализируемый показатель запоминания. Значимые изменения в состоянии ассоциативной памяти отмечаются в группе ШТР по показателю сильных связей: объем запоминания у таких больных увеличивается в среднем с 8,6 до 9,3 единиц ($U = 2,375, p = 0,018$) или с $-1,1$ до $-0,2$ z-баллов ($U = 2,048, p = 0,041$) на фоне проводимой терапии. Значимые улучшения этого показателя также отмечаются в группе ШНД (с $-4,1$ до $-1,6$ z-баллов; $U = 1,992, p = 0,046$). Стоит отметить, что этот феномен у больных

ШДТ меняется с возрастом: старшие подростки за счет приближения к норме демонстрируют больший прирост в запоминании отдаленных связей, чем дети.

Сопоставление динамики состояния слухоречевой памяти клинических групп с имеющимися данными индивидуальной динамики в группе нормотипичного развития

Динамика оперативной памяти. Оценка динамики оперативной памяти (применялся субтест «Повторение цифр») проводилась без использования z-шкал, поскольку данный параметр памяти оценивался на выборке подростков одной возрастной категории, не имеющей такого возрастного размаха, как предыдущие выборки. На рис. 4 представлены средние показатели количества числовых рядов при воспроизведении в субтесте «Повторение цифр» в прямом и обратном порядке.

Значимые улучшения отмечаются лишь в группе нормы по показателю обратного порядка воспроизведения ($U = 2,355, p = 0,019$). В группе больных не определяется существенной динамики данного параметра в процессе лечения.

Оценка «возрастной» динамики состояния произвольной слухоречевой памяти на фоне взро-сления

По второму блоку исследования проводилась **оценка среднесрочной (возрастной, катamnестической) динамики** показателей произвольной слухоречевой памяти.

Интервал между обследованиями составляет от полугода до года в норме и от полугода до двух лет у больных детей и подростков. Здесь сопоставлялись специально набранные группы нормы и клинические подгруппы младших школьников. Они достоверно отличаются по абсолютным значениям исследуемых показателей памяти в первичном и повторном исследовании, в норме показатели выше (рис. 5).

На рис. 5 представлены данные индивидуальной динамики показателя эффективности запоминания в норме и при психической патологии. Усредненные данные показывают сходные изменения от первого ко второму обследованию в норме и при психической патологии, однако повторное исследование показало, что доля испытуемых с положительной динамикой показателей памяти в группе нормы (78%) по критерию Фишера выше, чем в клинической группе без деления по диагнозам (50%) (уровень значимости $p \leq 0,05$).

Среди изучаемых показателей наибольшее значение имели эффект научения (повторные «функциональные пробы»), знакомство с материалом и способом работы и собственно когнитивное развитие. Каждый из этих показателей вносит, по-видимому, различный вклад в динамику состояния когнитивной сферы в группе нормы развития и при эндогенной психической патологии у младших школьников. Наблюдаемая у здоровых детей 10–11 лет динамика состояния когнитивных процессов обусловлена как развитием, так и эффектом повторения, научения.

Таблица 2. Таблица сопряженности показателей успешности заучивания («10 слов») в первичном и повторном обследовании в диагностических группах больных

Table 2. Contingency table of memorization success indicators ("10 words" test) in the initial and repeated examination in the diagnostic groups of patients

Успешность заучивания/ Memorization success		Повторное обследование/ Repeated examination		
		неуспешно/ unsuccessfully	успешно/ successfully	всего/ total
Первичное обследование/ Initial examination	ШДТ/F20.8			
	неуспешно/unsuccessfully	14 (88%)	0 (0%)	14 (88%)
	успешно/successfully	1 (6%)	1 (6%)	2 (13%)
	всего/total	15 (94%)	1 (6%)	16 (100%)
	ШНД/F2х.х			
	неуспешно/unsuccessfully	3 (33%)	1 (11%)	4 (44%)
	успешно/successfully	1 (11%)	4 (44%)	5 (56%)
	всего/total	4 (44%)	5 (56%)	9 (100%)
	ШТР/F21			
	неуспешно/unsuccessfully	20 (53%)	7 (18%)	27 (71%)
	успешно/successfully	5 (13%)	6 (16%)	11 (29%)
	всего/total	25 (66%)	13 (34%)	38 (100%)
	Все больные/All patients			
	неуспешно/unsuccessfully	37 (59%)	8 (13%)	45 (71%)
	успешно/successfully	7 (11%)	11 (18%)	18 (29%)
	всего/total	44 (70%)	19 (30%)	63 (100%)

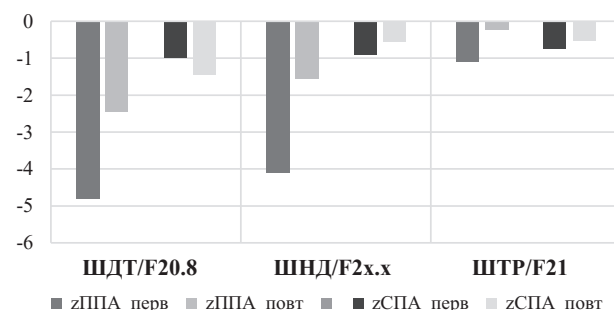


Рис. 3. Средние показатели z-шкал объема ассоциативной памяти («Парные ассоциации») в диагностических группах в первичном и повторном обследовании в процессе терапии: 1 — z-балл равен 1 стандартному отклонению от возрастной нормы, 0 — возрастная норма. ППА — объем воспроизведения слов с сильными связями; СПА — объем воспроизведения слов с отдаленными связями; перв./повт. — в первичном или повторном исследовании соответственно

Fig. 3. Average values of associative memory z-scales ("Paired associations" test) in diagnostic groups during therapy in the primary and repeated examination: 1 — z-score equals 1 standard deviation from the age norm, 0 is the age norm. ППА — the volume of reproduction of words with strong connections; СПА — the volume of reproduction of words with distant connections; перв./повт. — in the primary or repeated study, respectively

Таблица 3. Влияние лекарственных препаратов на динамические показатели мнестической деятельности
Table 3. The influence of drugs on the dynamic indicators of verbal memory

Эффективность запоминания (сравнение с нормой в z-баллах)/ The memorization effectiveness (comparison with the norm in z-scores)					
Изменение* / Changes	Препараты/ Drugs	Нootропы/ Nootropics		Антидепрессанты/ Antidepressant	
	нет/ without	есть/ with	нет/ without	есть/ with	
улучшение /improvement		31%	26%	20%	35%
без изменений/no changes		15%	11%	13%	12%
ухудшение/deterioration		54%	63%	67%	53%
Объем непосредственной памяти (сравнение с нормой в z-баллах)/ The volume of immediate memorization (comparison with the norm in z-scores)					
Изменение* / Changes	Препараты/ Drugs	Нootропы/ Nootropics		Антидепрессанты/ Antidepressant	
	нет/ without	есть/ with	нет/ without	есть/ with	
улучшение /improvement		38%	32%	20%	47%
без изменений/no changes		31%	47%	40%	41%
ухудшение/deterioration		31%	21%	40%	12%

*Оценка динамики показателей мнестической деятельности между первичным и повторным обследованием проводилась на основе z-шкал: улучшение — увеличение соответствующего показателя на 0,25z и более; без изменений — изменение соответствующего показателя в диапазоне от -0,25z до +0,25z; ухудшение — уменьшение соответствующего показателя на 0,25z и более.

При ШДТ наблюдаемая динамика состояния процессов памяти определяется воздействием болезненного процесса на развитие, эффект научения не оказывает значимого влияния. Показатели динамики группы ШТР во многом близки нормативным. Результаты работы

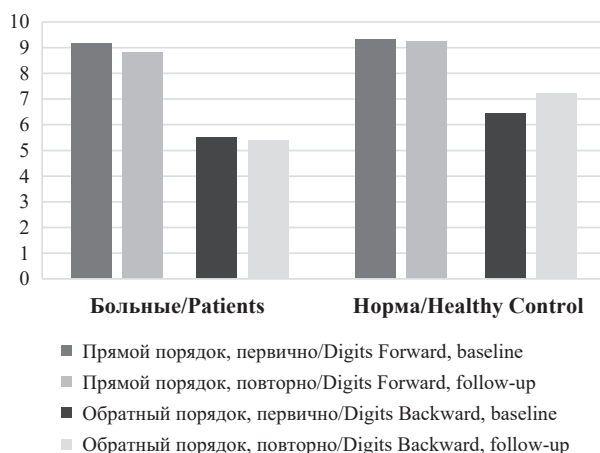


Рис. 4. Средние показатели прямых и обратных числовых рядов субтеста «Повторение цифр» в группах больных и здоровых сверстников (норма)

Fig. 4. Mean Digits Forward and Digits Backward of the Digit Span subtest in groups of patients and healthy control

подтверждают разнонаправленность и многовариантность изменений когнитивной сферы в норме и при эндогенном заболевании.

Оценка среднесрочной динамики показателей произвольной слухоречевой памяти на терапии показала разнонаправленные результаты для некоторых групп больных. В целом показатели памяти оказались достаточно стабильными на фоне лечения и возрастного развития у всех больных. Состояние памяти больных ШДТ остается наиболее тяжелым среди исследованных групп больных. При этом они показывают небольшую положительную динамику в «операциональном» (объем памяти) и отрицательную динамику в «предметно-содержательном» (смысловые ассоциации) компоненте слухоречевой памяти.

Больные ШТР и ШНД в целом демонстрируют относительную стабильность показателей памяти в динамике, обнаружена тенденция к положительной динамике, более выраженная в группе пациентов с ШТР.

Влияние факторов лечения с учетом типа препаратов (нейролептики, ноотропы, антидепрессанты и некоторые другие категории препаратов) анализировалось на небольшой выборке испытуемых (36 больных), которые в оценке не были дифференцированы по диагнозу и возрасту. Можно предположить, что лечение ноотропными препаратами положительно сказывается на динамических показателях мнестической деятельности (объем непосредственного запоминания и эффективность заучивания), в частности снижалась выраженность когнитивного дефицита в деятельности памяти у больных, принимавших такие препараты, как **ноотропы, антидепрессанты** (см. табл. 3). Однако эти данные с необходимостью требуют дальнейшего изучения в рамках отдельного исследования с расширением выборки и более прицельной оценкой психофармакотерапии, проводимой врачами-психиатрами, а также с учетом возраста пациентов и диагноза.

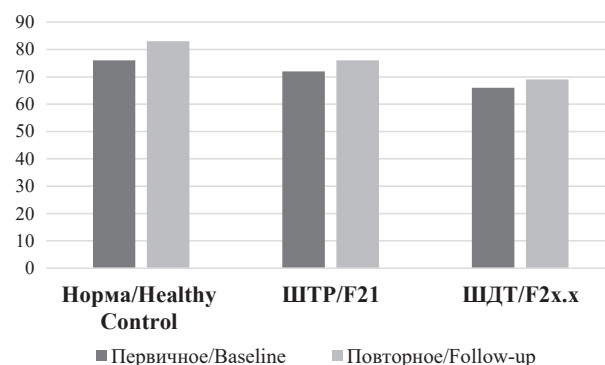


Рис. 5. Средние показатели эффективности запоминания (%) в группе нормы и группе ШТР и ШДТ в методике 10 слов. По оси абсцисс — сопоставляемые группы, по оси ординат — эффективность запоминания (в %)

Fig. 5. Mean indicators of memorization efficiency (%) in healthy control, F21 and F2x.x group of patients (Learning of 10 word test). The abscissa shows the compared groups, the ordinate shows the memorization efficiency (%)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные о динамике показателей произвольной слухоречевой памяти детей и подростков с психической патологией круга шизофрении на фоне лечения и течения болезни являются редкими для современной литературы, как отечественной, так и зарубежной. В доступных источниках литературы не обнаружено сходных исследований, поэтому обсуждение результатов в значительной мере затруднено, необходимо продолжение исследований.

Изложен первый этап обобщения многолетнего опыта работы отдела медицинской психологии НЦПЗ по оценке когнитивного дизонтогенеза у детей и подростков. На основании разных исследовательских блоков можно сделать следующие обобщения по решаемым в работе задачам. По *первой задаче* выявлено улучшение некоторых показателей памяти при ШТР и ШНД, равно как и в норме развития, и не выявлено этих улучшений при ШДТ. Также была получена вариативность показателей при повторном обследовании в связи с лечением отдельными препаратами. По *второй задаче* возрастная динамика показателей памяти в среднесрочной перспективе выявляет различия между обследованными клиническими группами по диагнозу — минимум позитивных возрастных сдвигов в группе ШДТ и приближенные к норме варианты динамики в группах ШТР и ШНД, в нормативной выборке такая позитивная динамика оказалась максимально выражена для показателя эффективности произвольной слухоречевой памяти. По *третьей задаче* сопоставление с нормой показателей памяти у больных по разным методикам в кратко- и среднесрочной перспективе выявило, кроме общего опережения показателей здоровых сверстников над показателями большинства больных, наличие «эффекта научения» в норме развития, который не так заметен или не заметен вовсе в клинических группах. Предположение о том, что лечение (если его рассматривать в ближайшей и среднесрочной перспективе) в определенной мере тормозит развитие памяти, оказалось оправданным для части больных, однако необходимо понять, что именно — лечение или иные клинические показатели являются ведущими в этой динамике.

Приведенные в статье результаты имеют определенное ограничение в связи с небольшим размером оцениваемых выборок.

Работа не столько дает ответы, сколько определяет перспективу дальнейших поисков и ставит новые уточненные задачи для исследования, такие как зависимость от вариантов терапии (ноотропы, антидепрессанты, нейролептики); интенсивность терапии (в отделении, амбулаторное — наблюдение); специфика диагноза (синдромы и другие показатели); индивидуальные особенности (взаимосвязь с возрастом и полом); сочетанные или коморбидные нарушения развития и их влияние на состояние памяти и многое другое.

Таким образом, данные исследования дают ориентиры клиническим психологам и психиатрам при работе с детьми и подростками с заболеваниями круга шизофрении, а также открывают новое поле исследовательских и практических задач в направлении изучения когнитивных дефицитов у детей и подростков.

Авторы приносят благодарность всем испытуемым, принявшим участие в работе, всем врачам и научным сотрудникам отдела детской психиатрии НЦПЗ, а также выпускникам МГППУ Н.С. Рыжаковой и О.В. Журавлевой за участие в сборе и обработке материала к отдельным задачам проводимого общего исследования.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Тиганов АС. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Под ред. АС. Тиганова. М.: Медицина, 1999. Tiganov AS. Handbook of Psychiatry. 2 volumes. Pod red. AS. Tiganova. M.: Meditsina, 1999. (In Russ.).
2. Холмогорова АБ. Клиническая психология. В 4 томах. Под ред. АБ. Холмогоровой. М.: Издательский центр «Академия». Т. 2 Частная патопсихология, 2011. Holmogorova AB. Klinicheskaja psihologija. V 4 tomah. Pod red. AB. Holmogorovoj. M.: Izdatel'skij centr "Akademija", 2010. Private Pathopsychology, 2011. (In Russ.).
3. Вроно МШ. Шизофрения в детском и пубертатном возрасте. Руководство по психиатрии. Под ред. АВ. Снежневского. М.: Медицина, 1983:355–372. Vrono MSh. Shizofreniya v detskom i pubertatnom vozraste. Rukovodstvo po psikiatrii. Pod red. AV. Snezhnevskogo. M.: Meditsina, 1983:355–372. (In Russ.).
4. Пиявская ОИ., Малинина ЕВ. Детская шизофрения. Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2016;3(2):99–102. Pilyavskaya OI., Malinina EV. Children's Schizophrenia/ Detskaya shizofreniya. Vestnik Soveta molodykh uchenykh i spetsialistov Chelyabinskoy oblasti. 2016;3(2):99–102. (In Russ.).
5. Garralda ME., Raynaud JP. Brain, mind, and developmental psychopathology in childhood, UK, Copyright 2012 by international Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP). 2012.
6. Harvey PD. Cognitive impairment in schizophrenia: characteristics, assessment, and treatment. Cambridge University Press, 2013.
7. Дорофейкова МВ, Петрова НН. Нарушения когнитивных функций при шизофрении и их коррекция. Современная терапия психических расстройств. 2015;1:2–9. Dorofeykova MV, Petrova NN. Cognitive dysfunction in schizophrenia and its treatment/Narusheniya kognitivnykh funktsiy pri shizofrenii i ikh korrektsiya. Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv. 2015;1:2–9. (In Russ.).

8. Лепилкина ТА. К методологии психометрического подхода в изучении когнитивных нарушений при шизофрении. *Психиатрия*. 2014;3(63):49.
Lepilkina TA. On the methodology of the psychometric approach in the study of cognitive disorders in schizophrenia/K metodologii psikhometricheskogo podkhoda v izuchenii kognitivnykh narusheniy pri shizofrenii. *Psychiatry*. 2014;3(63):49. (In Russ.).
9. Плотников ВВ, Плотников ДВ. Познавательная деятельность при различных типах течения шизофрении. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018;28(1):22–28.
Plotnikov VV, Plotnikov DV. Cognitive performance in schizophrenic patients with different courses of disease. *Poznavatel'naya deyatel'nost' pri razlichnykh tipakh techeniya shizofrenii. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*. 2018;28(1):22–28. (In Russ.).
10. Нанеишвили НБ, Силагадзе ТГ. Оценка интеллекта больных шизофренией, манифестированной в детском и подростковом возрасте. *Georgian Medical*. 2019;4:120.
Naneishvili NB, Silagadze TG. Assessment of intelligence in patients with schizophrenia manifested in childhood and adolescence/Otsenka intellekta bol'nykh shizofreniyei, manifestirovannoy v detskom i podrostkovom vozraste. *Georgian Medical*. 2019;4:120. (In Russ.).
11. Reichenberg A, Caspi A, Harrington H, Houts R, Keefe RS, Murray RM, Poulton R, Moffitt TE. Static and dynamic cognitive deficits in childhood preceding adult schizophrenia: a 30-year study. *Am. J. Psychiatry*. 2010;167(2):160–169. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09040574 Epub 2010 Jan 4. PMID: 20048021; PMCID: PMC3552325
12. Mollon J, David AS, Zammit S, Lewis G, Reichenberg A. Course of Cognitive Development From Infancy to Early Adulthood in the Psychosis Spectrum. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(3):270–279. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4327 PMID: 29387877; PMCID: PMC5885954
13. Выготский ЛС. История развития высших психических функций. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. URL: https://drive.google.com/file/d/0BwSk3-fMnJ_Mm10Ymo0Z25oWHc/view (дата обращения: 24.09.2020)
Vygotskiy LS. Istoriya razvitiya vysshikh psikhicheskikh funktsiy. M.: EKSMO-Press, 2000. (In Russ.). URL: https://drive.google.com/file/d/0BwSk3-fMnJ_Mm10Ymo0Z25oWHc/view (дата обращения: 24.09.2020)
14. Венгер АЛ. Психологические синдромы: подходы к построению содержательной диагностики развития. *Культурно-историческая психология*. 2014;10:20–25. URL: https://psyjournals.ru/files/67597/kip_2014_1_venger.pdf (дата обращения: 24.09.2020).
Venger AL. Psychological Syndromes: Approaches to the Design of Content Diagnostics of Development. *Kulturno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-historical psychology]. 2014;10:20–25. (In Russ.) URL: https://psyjournals.ru/files/67597/kip_2014_1_venger.pdf (accessed on: 24.09.2020).
15. Зверева НВ, Хромов АИ, Сергиенко АА, Коваль-Зайцев АА. Клинико-психологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (внимание и память). Методические рекомендации. М.: ООО «Сам полиграфист», 2017. URL: <http://psychlib.ru/inc/absid.php?absid=371251> (дата обращения: 24.09.2020).
Zvereva NV, Hromov AI, Sergienko AA, Koval-Zajcev AA. Clinical and psychological methods for assessing the cognitive development of children and adolescents with endogenous mental pathology (attention and memory)/Kliniko-psihologicheskie metodiki ocenki kognitivnogo razvitiya detej i podrostkov pri jendogennoj psihicheskoj patologii (vnimanie i pamjat'). Metodicheskie rekomendacii. M.: OOO "Sam poligrafist", 2017:48. URL: <http://psychlib.ru/inc/absid.php?absid=371251> (accessed on: 24.09.2020)
16. Зверева НВ, Хромов АИ. Специфика когнитивного дефицита у детей и подростков при шизофрении: клинические и возрастные факторы. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. [Электронный ресурс]*. 2014;6(1). DOI: 10.24411/2219-8245-2014-00005
Zvereva NV, Khromov AI. Particularity of Cognitive Deficits in Children and Adolescents with Schizophrenia: Clinical and Age-Related Factors. *Med. Psichol. Ross*. 2014;6(1). DOI: 10.24411/2219-8245-2014-00005
17. Зверева НВ. Нарушения произвольной памяти в структуре когнитивного дизонтогенеза у детей с разными видами отклоняющегося развития. *Культурно-историческая психология*. 2008(3):79–85. URL: https://psyjournals.ru/files/32096/kip_2008_n3_Zvereva.pdf (дата обращения: 24.09.2020).
Zvereva NV. Arbitrary memory disorders in the structure of cognitive dysontogenesis in children with various types of abnormal development/Narusheniya proizvol'noj pamjati v strukture kognitivnogo dizontogeneza u detej s raznymi vidami otklonjajushhegosja razvitiya. *Cultural-historical psychology*. 2008;3:79–85. (In Russ.). URL: https://psyjournals.ru/files/32096/kip_2008_n3_Zvereva.pdf (accessed on: 24.09.2020).
18. Зверева НВ, Рыжакова НС. Исследование индивидуальной динамики в когнитивной деятельности младших школьников с эндогенной психической патологией. *Психологическая диагностика*. 2017;14:55–70. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_32383725_58873727.PDF (дата обращения: 24.09.2020).
Zvereva NV, Ryzhakova NS. Research of Individual Dynamics in Cognitive Activity of Elementary

- School Students with Endogenous Mental Pathology. *Psychological Diagnostics*. 2017;14:55–70. (In Russ.). URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_32383725_58873727.PDF (accessed on: 24.09.2020).
19. Remschmidt H, Theisen FM. Schizophrenia and related disorders in children and adolescents. *J. Neural. Transm. Suppl.* 2005;(69):121–141. DOI: 10.1007/3-211-31222-6_7 PMID: 16355606
20. Строгова СЕ, Сергиенко АА, Зверева НВ. Когнитивный дефект при расстройствах шизофренического круга у детей и подростков: психометрический и нейропсихологический подходы к оценке когнитивных нарушений. *Клиническая и специальная психология* [Электронный портал психологических изданий PsyJournals.ru]. 2016;5:61–76. DOI: 10.17759/psyclin.2016050105
- Strogova SE, Sergienko AA, Zvereva NV. Cognitive Defect in Children and Adolescents with Schizophrenia Spectrum Disorders: Psychometric and Neuropsychological Approaches to the Assessment of Cognitive Disorders. *Clinical Psychology and Special Education*. 2016;5:61–76. (In Russ.). DOI: 10.17759/psyclin.2016050105

Сведения об авторах

Хромов Антон Игоревич, кандидат психологических наук, отдел медицинской психологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; заведующий кафедрой нейро- и патопсихологии развития факультета клинической и специальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-2825-1413>

E-mail: a.i.khromov@gmail.com

Зверева Наталья Владимировна, кандидат психологических наук, отдел медицинской психологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; профессор, кафедра нейро- и патопсихологии развития, факультет клинической и специальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0003-3817-2169>

E-mail: nwzvereva@gmail.com

Сергиенко Алексей Анатольевич, кандидат психологических наук, отдел медицинской психологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; доцент, кафедра нейро- и патопсихологии развития, факультет клинической и специальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-4511-2503>

E-mail: aumsan@gmail.com

Строгова Светлана Евгеньевна, кандидат психологических наук, отдел медицинской психологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-1777-3670>

E-mail: svetlana.strogova0101@gmail.com

Information about the authors

Anton I. Khromov, PhD, Cand. of Sci. (Psychol.), FSBSI “Mental Health Research Centre”; Head of department, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-2825-1413>

E-mail: a.i.khromov@gmail.com

Natalia V. Zvereva, PhD, Cand. of Sci. (Psychol.), FSBSI “Mental Health Research Centre”; Professor, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-2825-1413>

E-mail: nwzvereva@gmail.com

Alexey A. Sergienko, PhD, Cand. of Sci. (Psychol.), FSBSI “Mental Health Research Centre”; Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-4511-2503>

E-mail: aumsan@gmail.com

Svetlana E. Strogova, PhD, Cand. of Sci. (Psychol.), FSBSI “Mental Health Research Centre”, Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-1777-3670>

E-mail: svetlana.strogova0101@gmail.com

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Зверева Наталья Владимировна/Natalia V. Zvereva

E-mail: nwzvereva@gmail.com

Дата поступления 14.10.2020 Received 14.10.2020	Дата рецензии 21.10.2020 Revised 21.10.2020	Дата принятия 29.11.2020 Accepted for publication 29.11.2020
--	--	---

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-74-79>

УДК 616.89-07-08

Одновременное применение карбамазепина и лития в лечении амбулаторных пациентов с биполярным расстройством с быстрыми циклами без сопутствующей психической патологии: рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование*

Алиев Н.А.¹, Алиев З.Н.²

¹Кафедра психиатрии и наркологии Азербайджанского государственного института усовершенствования врачей им. А. Алиева, Баку, Азербайджан

²Кафедра психиатрии Азербайджанского медицинского университета, Баку, Азербайджан

ОРИГИНАЛЬНАЯ
СТАТЬЯ

Резюме

Цель: биполярное аффективное расстройство (БАР) с быстрыми циклами может быть более устойчивым к терапии, чем другие варианты биполярного расстройства. Эффект сочетанного применения карбамазепина и лития для лечения амбулаторных пациентов с БАР с быстрыми циклами ранее не изучался в двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании.

Пациенты и методы: в исследование включены пациенты в возрасте от 18 до 65 лет с диагнозом БАР с быстрыми циклами по критериям DSM-5. Ответ на терапию и побочные эффекты карбамазепина, лития и плацебо сравнивали с помощью дисперсионного анализа (ANOVA) и тестов χ^2 . **Результаты:** респондеры продемонстрировали лучшие результаты при использовании карбамазепина и лития, чем в случае плацебо. Карбамазепин и литий в целом хорошо переносились пациентами, участвовавшими в исследовании, но у двух пациентов, получавших карбамазепин и литий, лечение было прекращено раньше срока из-за побочных эффектов. Двадцать семь из 36 участников, принимавших комбинацию карбамазепина и лития, ответили на терапию через 12 недель по сравнению с шестью из 38 участников, получавших плацебо ($p < 0,001$). В двух случаях побочными эффектами, приведшими к прекращению приема карбамазепина и лития, были аллергическая реакция и сонливость. Частые жалобы на потливость и головную боль при приеме плацебо возникли у двух из 38 пациентов. Не было неожиданных или серьезных нежелательных явлений. **Выводы:** комбинированное применение карбамазепина и лития в лечении амбулаторных пациентов с биполярным расстройством с быстрыми циклами оказалось более эффективным, чем плацебо.

Ключевые слова: биполярное расстройство; быстрые циклы; карбамазепин; литий; лечение.

Для цитирования: Алиев Н.А., Алиев З.Н. Одновременное применение карбамазепина и лития в лечении амбулаторных пациентов с биполярным расстройством с быстрыми циклами без сопутствующей психической патологии: рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование. *Психиатрия*. 2021;19(1):74–79. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-74-79>

Конфликт интересов отсутствует

Simultaneous Use of Carbamazepine and Lithium in the Treatment of Outpatients with Rapid Cycle Bipolar Disorder: Randomized, Double-Blind Placebo-Controlled Study*

Aliev N.A.¹, Aliev Z.N.²

¹Department of Psychiatry and Drug Addiction, Azerbaijan State Advanced Training Institute, Baku, Azerbaijan

²Department of Psychiatry, Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

RESEARCH

Summary

Purpose: rapid cycle bipolar disorder may be more resistant to treatment than other bipolar disorders. However, the effect of the synergistic use of carbamazepine and lithium in the treatment of outpatients with rapid cycle bipolar disorder without psychiatric comorbidity has not been studied in a double-blind, placebo-controlled design. **Patients and methods:** participants in a double-blind, placebo-controlled study met DSM-5 criteria for bipolar disorder with a rapid cycle between the ages of 18 and 65 years. The response and side effects of carbamazepine, lithium, and placebo were compared using analysis of variance (ANOVA) and chi-square tests. The respondent underwent χ^2 , demonstrating superiority with respect to carbamazepine and lithium than in the case of placebo. Carbamazepine and lithium were generally well tolerated by the study patients, although a larger number of patients receiving carbamazepine and lithium ($n = 2$) early discontinued the study due to side effects. **Results:** twenty-seven of the 36 participants taking the combined carbamazepine and lithium regimen responded at 12 weeks, compared with six of 38 participants who received a placebo ($p < 0.001$). Two common side effects that led to discontinuation of carbamazepine and the lithium group were allergic reaction and drowsiness. Frequent complaints of sweating and headache during placebo

* Статья была впервые опубликована на английском языке: Aliev N.A., Aliev Z.N. The Combined Use of Carbamazepine and Lithium in the Treatment of Outpatients with Rapid Cycle Bipolar Disorder without Psychiatric Comorbidity: Randomized, Double-Blind Placebo-Controlled Study. *Journal of Depression and Anxiety*. | <https://scienceforecastoa.com/> 2020 | Volume 3 | Edition 1 | Article 1013 1 1 без индексации Doi.

treatment occurred in two out of 38 men. There were no unexpected or serious adverse events. **Conclusions:** the combined use of carbamazepine and lithium in the treatment of outpatients with rapid cycle bipolar disorder has demonstrated superior use of carbamazepine and lithium than placebo.

Keywords: bipolar disorder; rapid cycle; carbamazepine; lithium; treatment.

For citation: Aliev N.A., Aliev Z.N. Simultaneous Use of Carbamazepine and Lithium in the Treatment of Outpatients with Rapid Cycle Bipolar Disorder: Randomized, Double-Blind Placebo-Controlled Study. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(1):74–79. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-74-79>

There is no conflict of interests

ВВЕДЕНИЕ

По эпидемиологическим данным распространенность биполярного расстройства (по критериям DSM-5) в течение 12 месяцев и в течение всей жизни составляет 1,5 и 2,1% соответственно. Эти два показателя не различаются у мужчин (1,6 и 2,2%) и женщин (1,5 и 2,0%) [1].

Общие расходы на биполярное расстройство I типа (БАР I) в 2015 г. оценивались в 202,1 млрд долларов, что соответствует в среднем 81 559 долларов на человека, в то время как избыточные расходы на БАР I составляли в 119,8 млрд долларов, что соответствует в среднем 48 333 долларам на человека [2].

Общая стоимость психических заболеваний превышает 4% ВВП, или 600 млрд евро, в 28 странах ЕС. Тяжелые психические заболевания, такие как биполярное расстройство, поражают почти 5 млн человек (1,0% населения), в то время как шизофренические расстройства поражают еще 1,5 млн человек (0,3%) [3].

В доступной литературе мало указаний на успешность фармакотерапии БАР с быстрыми циклами и нет единого мнения относительно оптимального лекарственного лечения этого варианта БАР. Некоторые авторы считают, что БАР с быстрыми циклами является частым заболеванием, но на практике недостаточно распознается. Нет убедительных доказательств того, что БАР с быстрыми циклами представляет собой его отдельный подтип. Раннее распознавание этого паттерна течения БАР может привести к улучшению результатов долгосрочного курсового лечения. Клинические исследования возможностей терапии БАР с быстрыми циклами направлены на разработку оптимального ведения больных с этим расстройством [4]. Предполагается, что клиническая оценка БАР с быстрыми циклами в соответствии с результатами этих исследований должна стать важным шагом в осмыслении патогенеза этого заболевания [5].

Фармакотерапия биполярного расстройства с быстрыми циклами представляет область актуальных исследований. Показано, что несколько групп лекарственных средств эффективны в лечении различных типов БАР с быстрыми циклами. Известно, что ламотриджин увеличивает период эутимии у пациентов по сравнению с плацебо [6]. Кроме того, было показано, что прамипексол в большей степени способствует устранению резистентности биполярных депрессий у пациентов по сравнению с плацебо [7]. У пациентов с сопутствующими патологическими состояниями, такими как гипотиреоз, при приеме левотироксина достигается более быстрое устранение симптомов БАР,

чем при приеме плацебо [8]. Обнаружено, что назначение кетамина может быть полезным для пациентов с активными суицидальными идеями [9].

Биполярное расстройство характеризуется повторными приступами патологически измененного настроения. Варианты БАР, при которых наблюдается не менее четырех аффективных эпизодов в течение 12 месяцев, классифицируются как «быстрые циклы» [10]. Этот термин впервые был использован для описания пациентов с биполярным расстройством, которые не ответили на лечение литием [3]. Однако теперь ясно, что все препараты (включая литий) менее эффективны для пациентов с быстрыми циклами, чем для пациентов с другими видами БАР [9]. БАР с быстрыми циклами может быть более устойчивым к лечению, чем другие виды БАР. В открытой фазе двухфазного исследования 133 пациента с депрессией и БАР с быстрыми циклами начали принимать литий в комбинации с дивалпроексом натрия. Только в 14% случаев аффективное расстройство редуцировалось до стабилизации настроения; 10% пациентов отказались от дальнейшего участия в исследовании из-за побочных эффектов; 17% курсов терапии не были завершены по другим причинам. В двойной слепой фазе 49 респондентов были рандомизированы в группы плацебо или ламотриджина. Обе группы пациентов не показали различий в частоте ответа на терапию [3].

Исследования показывают, что быстрые циклы отличаются от других форм биполярного расстройства. Пациенты с такими изменениями настроения могут иначе реагировать на стандартные и экспериментальные методы лечения, чем пациенты с другими видами БАР. Быстрые циклы с внезапными и непредсказуемыми изменениями настроения могут быть более трудными для терапии, чем другие типы БАР.

Диагноз БАР с быстрыми циклами может использоваться для БАР I или II, если не менее четырех аффективных эпизодов в течение предыдущих 12 месяцев соответствуют критериям маниакального, гипоманиакального или большого депрессивного эпизода. Эпизоды перемежаются с частичной или полной ремиссией длительностью не менее 2 месяцев или переходом к эпизоду противоположного полюса, например от эпизода большой депрессии к эпизоду маниакального состояния, аффективные эпизоды могут развиваться в любом сочетании и в любом порядке. Эпизоды БАР с быстрыми циклами должны соответствовать критериям продолжительности и наличия симптомов большого депрессивного, маниакального или гипоманиакального

эпизода и должны завершаться либо периодом полной ремиссии, либо переходом к эпизоду противоположного полюса аффекта. Маниакальные и гипоманиакальные эпизоды находятся на одном полюсе. За исключением того факта, что они возникают чаще в режиме быстрых циклов, они не отличаются от эпизодов с более редкой частотой. Аффективные эпизоды, которые принимаются во внимание при определении паттерна быстрых циклов, исключают те состояния, которые напрямую вызваны психоактивными или иными веществами (например, кокаином, кортикостероидами) или обусловлены другим заболеванием [10].

Как следует из анализа соответствующих публикаций, эффект комбинированного применения карбамазепина и лития при лечении амбулаторных пациентов с БАР с быстрыми циклами без сопутствующих психических заболеваний не изучался ранее в двойном слепом плацебо-контролируемом дизайне.

В настоящем сообщении приводятся результаты рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого изучения опыта использования карбамазепина и лития в лечении амбулаторных пациентов с БАР с быстрыми циклами.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение эффективности карбамазепина в сочетании с литием в лечении БАР I типа с быстрыми циклами.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В двойное слепое плацебо-контролируемое исследование включены пациенты с диагнозом БАР с быстрыми циклами в соответствии с критериями DSM-5 для диагностики этого вида БАР. Исследование проведено в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации «Рекомендации для врачей, занимающихся биомедицинскими исследованиями с участием людей», принятой 18-й Всемирной медицинской ассамблеей (Финляндия, 1964 г., пересмотрена в Японии в 1975 г., Италия — 1983 г., Гонконг — 1989 г., ЮАР — 1996 г., Эдинбург — 2000 г.); Конституцией Азербайджанской Республики, а также с Законом «О психиатрической помощи» (принят 12.06.2001 г., с изменениями и дополнениями 11.11.2011 г.) и Постановлением Кабинета министров Азербайджанской Республики № 83 от 30 апреля 2010 г. «Об утверждении Правил проведения научных, доклинических и клинических исследований лекарственных средств». Условия проведения исследования соответствовали общепринятым нормам морали, требованиям этических и правовых норм в соблюдении прав человека, интересов и личного достоинства участников исследований.

Проведенное исследование адекватно теме исследовательской работы. Для объекта исследования риска нет. Участников исследования проинформировали о целях, методах, ожидаемых преимуществах исследования и связанных с ним рисках и неудобствах.

Было получено информированное согласие пациентов на участие в исследовании.

Решением Этического комитета Азербайджанской психиатрической ассоциации статья Н.А. Алиева, З.Н. Алиева «Одновременное применение карбамазепина и лития в лечении амбулаторных пациентов с биполярным расстройством с быстрыми циклами без сопутствующей психической патологии: рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование» рекомендована для размещения в психиатрических журналах.

Критерии включения в клиническую группу: пациенты наблюдались в Центре психического здоровья Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики. Исследование проводилось с 1 января 2017 г. по январь 2020 г. Структурированное клиническое интервью для DSM-5 Axis I Disorder, Patient Edition было использовано для диагностики БАР с быстрыми циклами. Восемьдесят обследованных нами пациентов (40 мужчин и 40 женщин) в возрасте от 18 до 65 лет находились под наблюдением в Амбулаторной психиатрической клинике города Баку Азербайджанской Республики. Продолжительность wash-out-периода составила две недели. В это время пациенты переставали принимать все лекарства. Метод рандомизации включал лотерейный выбор. Каждый пациент был рандомизирован для получения комбинированного применения карбамазепина по 200 мг трижды в день и лития в дозах 300 мг три раза в день в течение 12 недель. В рамках двойного слепого исследования 40 пациентов получали комбинацию карбамазепина и лития, другие 40 пациентов получали плацебо. Все пациенты были обследованы опытными клиницистами. Средний уровень концентрации карбамазепина в плазме крови пациентов составлял $7,8 \pm 5,9$ мкг/мл, лития — $0,6-0,8$ ммоль/л.

Критерии не включения: другие психические расстройства (БАР II типа, шизофрения, нестабильная эпилепсия, другие генетические синдромы или врожденные инфекции, связанные с аутистическими синдромами). В исследование не включались пациенты с реальным суицидальным или смертельным риском, зависимостью от психоактивных препаратов, с тяжелыми соматическими и неврологическими заболеваниями, а также лица, которые лечились в течение предыдущих 30 дней любыми лекарствами с определенным потенциалом токсичности или какими-либо психотропными препаратами. Не включались лица с анамнестическими данными о гиперчувствительности или серьезных побочных эффектах, связанных с использованием карбамазепина и лития, а также пациенты, которые в течение предыдущих трех месяцев начали новые немедикаментозные виды лечения, такие как диета, витаминотерапия и психосоциальная коррекция. Подробное клиническое интервью с родственниками, проведенное клиническим экспертом, использовалось для того, чтобы убедиться в отсутствии у пациентов критериев не включения. Пациенты с клинически значимыми отклонениями лабораторных показателей или ЭЭГ не включались в исследование.

Таблица 1. Социально-демографические характеристики пациентов с биполярным расстройством быстрых циклов**Table 1.** Social and demographic characteristics of patients with BD I rapid cycling

Характеристики пациентов/ Patients' characteristics	Карбамазепин + литий/ Carbamazepine + lithium n = 40	Плацебо/ Placebo n = 40
	Mean SD	Mean SD
Возраст, лет	38,0 ± 10,2	37,4 ± 9,8
Продолжительность болезни	10,2 ± 6,0 n = 40%	10,0 ± 5,8 n = 40%
Образование:		
начальная школа	28 (70)	30 (75)
средняя школа	12 (30)	10 (25)
Семейный статус:		
никогда не был женат	10 (25)	10 (25)
женат/замужем	20 (50)	18 (45)
разведены или проживают отдельно	10 (25)	12 (30)
Статус занятости:		
безработные	18 (45)	20 (50)
работают	22 (55)	20 (50)

Примечание. Различия между группами статистически не достоверны.

Таблица 2. Результаты анализа с использованием χ^2
Table 2. The results of chi-square analysis

Терапевтические группы	Observed number	Expected number	Chi-square (χ^2)
	Есть улучшения	Нет улучшения	Общее количество
Плацебо	6 (16,43) 26	32 (21,57)	38
Carbamazepine + lithium	27 (15,56)	9 (20,43)	36
Общее количество	33	41	74

Примечание: в скобках указаны ожидаемые числа. $\chi^2 = 22,68$; df (degree of freedom) = 1, $p < 0,001$.

До начала исследования пациенты принимали антидепрессанты (СИОЗС и венлафаксин), нейролептики, анксиолитики, бензодиазепины. Перед началом настоящего исследования больные в течение двух недель никаких препаратов не принимали.

Анализ респондентов проводился с использованием хи-квадрат (χ^2) и дисперсионного анализа (ANOVA), по Glantz [11]. Характеристики пациентов до начала терапии приведены в табл. 1.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, в исследованных группах шесть пациентов не вернулись для дальнейшего наблюдения, в результате чего осталось 74 пациента (36 принимали

карбамазепин и литий и 38 получали плацебо). Анализ результатов по χ^2 продемонстрировал превосходство карбамазепина и лития по сравнению с плацебо (см. табл. 2). Карбамазепин и литий в целом хорошо переносились пациентами, участвовавшими в исследовании, хотя двое пациентов из общего числа получавших карбамазепин и литий прервали исследование раньше срока из-за побочных эффектов. В обоих случаях побочными эффектами, приведшими к прекращению приема карбамазепина и лития, были аллергическая реакция и выраженная сонливость. В плацебо-группе у двух из 38 пациентов отмечена повышенная потливость. Других неожиданных или серьезных нежелательных явлений не было.

История открытия, взаимосвязь структуры и активности, фармакологические профили, механизмы действия, фармакокинетика и распределение, показания и эффективность, побочные эффекты и токсикология, лекарственные взаимодействия лития и карбамазепина подробно описаны в литературе [9]. Настоящее сообщение — это первый отчет о рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании комбинации карбамазепин + литий в лечении амбулаторных пациентов с БАР с быстрыми циклами без сопутствующих психических заболеваний. Полученные данные свидетельствуют о том, что сочетанная терапия карбамазепином и литием эффективна в отношении БАР с быстрыми циклами, поскольку у участников наблюдалось клинически и статистически значимое улучшение в течение 36 недель лечения.

Из 80 пациентов шесть не завершили участие в исследовании по крайней мере для одной последующей оценки, в результате чего 74 пациента (36 получавших карбамазепин + литий и 38 — плацебо) оказались в группе оценки результатов исследования. Двадцать шесть (72%) из 36 участников, получавших карбамазепин + литий, оказались респондентами через 12 недель, в то время как улучшение показали всего шесть (16%) из 38 участников, получавших плацебо. Наиболее частым и проблемным побочным эффектом в группе карбамазепина и лития были аллергическая реакция и сонливость. В качестве нежелательных эффектов в группе плацебо указывались жалобы на головную боль и бессонницу.

Как было отмечено вначале, изучение возможностей фармакотерапии БАР с быстрыми циклами активно продолжается. Разработка проблемы лечения БАР с быстрыми циклами сохраняет актуальность [12–14].

Полученные в настоящем исследовании данные частично совпадают с некоторыми результатами других авторов [15, 16]. Ранее было обнаружено, что карбамазепин обладает очень ограниченными возможностями в лечении быстрых циклов, особенно в форме монотерапии. Считается, что препарат имеет умеренно выраженную эффективность в маниакальной фазе и слабую эффективность в депрессивной фазе [17]. По крайней мере восемь плацебо-контролируемых рандомизированных исследований продемонстрировали, что литий является профилактическим средством при БАР [13].

Проведенный метаанализ 16 исследований биполярного расстройства показал, что литий можно рассматривать как средство первой линии для предотвращения быстроциклического БАР [9]. Многие исследования подтверждают эффективность лития как стабилизатора настроения [4, 9, 18–21].

Как указывалось ранее, быстро рецидивирующие биполярные расстройства трудно поддаются лечению. Лечение должно основываться на имеющихся практических рекомендациях и заключениях экспертных групп по лечению БАР. Быстрые циклы хуже поддавались монотерапии литием или карбамазепином, что показано в пятилетнем проспективном исследовании долгосрочного результата литиевой профилактики БАР у 402 пациентов специализированной литиевой клиники. Данные масштабного проспективного плацебо-контролируемого исследования БАР с быстрыми циклами продемонстрировали эффективность ламотриджина у пациентов с эутимией или эпизодами частой изменчивости настроения. Использовали шестинедельное титрование ламотриджина до 200 мг/сут. В результате оказалось, что монотерапия ламотриджином была эффективной, особенно у пациентов с быстроциклическим БАР II типа [3, 13]. Более поздние сравнения лития и вальпроевой кислоты не обнаружили значительных различий в эффективности между литием и дивальпроатом при длительном лечении БАР с быстрыми циклами, но показали, что ламотриджин может дополнять оба препарата при лечении депрессии [22]. В других работах рассмотрены современные возможности и проблемы лекарственной терапии БАР с учетом дифференцированного подхода к выбору препарата в зависимости от особенностей течения заболевания [23].

Несмотря на очевидное ограничение этого исследования небольшим количеством пациентов, представляется возможным утверждать, что получены многообещающие данные о полезности комбинированного применения карбамазепина и лития в лечении амбулаторных пациентов с БАР с быстрыми циклами. Тем самым обоснована необходимость дальнейшего изучения эффективности комбинированного применения карбамазепина и лития при лечении БАР с быстрыми циклами на большом количестве пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проспективное исследование проводилось с 1 января 2017 г. по 1 января 2020 г. Результаты его показали, что пациенты, получавшие карбамазепин в сочетании с литием, находились в состоянии полной ремиссии в течение трех лет. С учетом итогов настоящего исследования можно сделать следующее заключение. Быстро рецидивирующее БАР трудно поддается лечению. Лечение должно основываться на практических рекомендациях и экспертных заключениях по лечению биполярного расстройства. Комбинированное применение карбамазепина и лития при лечении амбулаторных пациентов с БАР с быстрыми циклами

продемонстрировало более высокую эффективность комбинации карбамазепина и лития, чем плацебо. Следует принимать во внимание лекарственные взаимодействия карбамазепина и лития. Необходимо учитывать наличие в анамнезе аллергических реакций.

Выражение признательности. Авторы выражают благодарность сотрудникам Центра психического здоровья Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики за оказание помощи в проведении данной научной работы.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Blanco C, Compton WM, Saha TD, Goldstein BI, Ruan WJ, Huang B, Grant BF. Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *J. Psychiatr. Res.* 2017;84:310–317. PMID: 27814503 PMCID: PMC7416534 DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.10.003
2. Cloutier M, Greene M, Guerin A, Touya M, Wu E. The economic burden of bipolar I disorder in the United States in 2015. *J. Affect. Disorder.* 2018;226:45–51. PMID: 28961441 DOI: 10.1016/j.jad.2017.09.011
3. Maj M, Pirozzi R, Magliano L, Bartoli L. The long-term result of lithium prophylaxis in bipolar disorder: a 5-year prospective study of 402 patients in a lithium clinic. *Am. J. Psychiatry.* 1998;155:30–35. PMID: 9433335 DOI: 10.1176/ajp.155.1.30
4. Fountoulakis KN, Kontis D, Gonda X, Yatham LN. A systematic review of the evidence on the treatment of rapid cycling bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2013;15:115–137. PMID: 23437958 DOI: 10.1111/bdi.12045
5. Carvalho AF, Dimellis D, Gonda X, Vieta E, McIntyre RS, Fountoulakis KN. Rapid cycling in bipolar disorder: a systematic review. *J. Clin. Psychiatry.* 2014;75:e578–586. PMID: 25004199 DOI: 10.4088/JCP.13r08905
6. Goldberg JF, Bowden CL, Calabrese JR, Ketter TA, Dann RS, Frye MA, Suppes T, Post RM. Six-month prospective life charting of mood symptoms with lamotrigine monotherapy versus placebo in rapid cycling bipolar disorder. *Biol. Psychiatry.* 2008;63:125–130. DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.12.031
7. Aditya H, Aditi S, Malvika R, Janardhanan CN, Suresh BM. Pramipexole in the treatment of refractory depression in a patient with rapid cycling bipolar disorder. *Indian J. Psychol. Med.* 2015;37:473–474. PMCID: PMC4676223 PMID: 26702189 DOI: 10.4103/0253-7176.168614
8. Chen P, Huang Y. Remission of classic rapid cycling bipolar disorder with levothyroxine augmentation therapy in a male patient having clinical hypothyroidism. *Neuropsychiatr Dis. Treat.* 2015;11:339–342. DOI: 10.2147/NDT.S76973
9. Viguera AC, Baldessarini RJ, Tondo L. Response to lithium maintenance treatment in bipolar disorders: comparison of women and men. *Bipolar Disord.* 2001;3:245–252. PMID: 11903207 DOI: 10.1034/j.1399-5618.2001.30503.x
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Association. 2013.

11. Glantz SA. Primer of Biostatistics. Seventh Edition. 2012:321. ISBN-13: 978-0071781503; ISBN-10: 0071781501
12. Huber J, Burke D. ECT and lithium in old age depression —cause or treatment of rapid cycling? *Australas Psychiatry*. 2015;23:500–502. PubMed DOI: 10.1177/1039856215591328
13. Maj M, Pirozzi R, Formicola AMR, Tortrella A. Reliability and validity of four alternative definitions of bipolar disorder with fast cycling. *Am. J. Psychiatry*. 1999;158:303–305. PMID: 10484955. DOI: 10.1176/ajp.156.9.1421
14. Sampath H, Sharma I, Dutta S. Treatment of suicidal depression with ketamine in rapid cycling bipolar disorder. *Asia Pac. Psychiatry*. 2016;8:98–101. PMID: 26871425 DOI: 10.1111/appy.12220
15. Goldberg JF, Bowden CL, Calabrese JR, Ketter TA, Dann RS, Frye MA, Suppes T, Post RM. Six-month prospective life charting of mood symptoms with lamotrigine monotherapy versus placebo in rapid cycling bipolar disorder. *Biol. Psychiatry*. 2008;63:125–130. DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.12.031
16. Bobo WV, Vande Voort JL, Croarkin PE, Leung JG, Tye SJ, Frye MA. Ketamine for treatment-resistant unipolar and bipolar major depression: critical review and implications for clinical practice. *Depress Anxiety*. 2016;33(8):698–710. DOI: 10.1002/da.22505. Epub 2016 Apr 6. PMID: 27062450
17. Calabrese JR, Fatemi SH, Kujawa M, Woyshville MJ. Predictors of response to mood stabilizers. *J. Clin. Psychopharmacol*. 1996;16:24–31. PMID: 8707997 DOI: 10.1097/00004714-199604001-00004
18. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J, Viguera AC. Is Lithium Still Worth Using? An Update of Selected Recent Research. *Harvard Review of Psychiatry*. 2002; 10(2):59–75. DOI: 10.1080/hrp.10.2.59.75
19. Calabrese JR, Shelton MD, Rapport DJ, Youngstrom EA, Jackson K, Bilali S, Ganocy SJ, Findling RL. A 20-month, double-blind, maintenance trial of lithium versus divalproex in rapid-cycling bipolar disorder. *Am. J. Psychiatry*. 2005;162:2152–2161. PMID: 16263857. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.11.2152
20. Koukopoulos A, Reginaldi D, Laddomada P, Floris G, Serra G, Tondo L. Course of the manic-depressive cycle and changes caused by treatments. *Pharmacopsychiatry*. 1980;13:156–167. PMID: 6108577. DOI: 10.1055/s-2007-1019628
21. Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing. 2018:216.
22. Calabrese JR, Rapport DJ, Youngstrom EA, Jackson K, Bilali S, Findling RL. New data on the use of lithium, divalproate, and lamotrigine in rapid cycling bipolar disorder. *Eur. Psychiatry*. 2005;20(2):92–95. PMID: 15797691 DOI: 10.1016/j.eurpsy.2004.12.003
23. Костюкова ЕГ, Шафаренко АА, Ладыженский МЯ. Проблемы и новые возможности дифференцированной терапии больных биполярным расстройством. *Современная терапия психических расстройств*. 2014;4:8–14. Kostyukova EG, Shafarenko AA, Ladyzhenskii MJ. Challenges and opportunities of differentiated therapy of patients with bipolar disorder. *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstrojstv*. 2014;4:8–14. (In Russ.).

Сведения об авторах

Алиев Надир Аббасали оглы, доктор медицинских наук, профессор, кафедра психиатрии и наркологии, Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, Баку, Азербайджан, <https://orcid.org/0000-0003-4825-7270>

E-mail: allyevnadir@yahoo.com

Алиев Зафар Надир оглы, доктор медицинских наук, профессор, кафедра психиатрии Азербайджанского медицинского университета, Баку, Азербайджан, <https://orcid.org/0000-0001-8028-9294>

E-mail: zafar_aliev@yahoo.com

Information about the authors

Nadir A. Aliev, MD, PhD, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of Department of Psychiatry and Narcology, Azerbaijan State Institute for Advanced Training of Doctors named after A. Aliyev, Baku, Azerbaijan, <https://orcid.org/0000-0003-4825-7270>

E-mail: allyevnadir@yahoo.com

Zafar Nadir oglu Aliev, MD, PhD, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Department of Psychiatry, Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan, <https://orcid.org/0000-0001-8028-9294>

E-mail: zafar_aliev@yahoo.com

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Алиев Надир Аббасали оглы/Nadir A. Aliev

E-mail: allyevnadir@yahoo.com

Дата поступления 25.08.2020 Received 25.08.2020	Дата рецензии 12.10.2020 Revised 12.10.2020	Дата принятия 12.11.2020 Accepted for publication 12.11.2020
--	--	---

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-80-89>

УДК 614.2

Психообразование, психиатрическое просвещение и психопрофилактика как составные части работы врача-психиатра амбулаторного консультативного приема

Шаповалова Л.А.¹, Шаповалов К.А.²

¹ Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Коми «Консультативно-диагностический центр Республики Коми», Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация

² Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Коми республиканский институт развития образования», Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация

ОРИГИНАЛЬНАЯ
СТАТЬЯ

Резюме

Введение: просвещение населения в области психического здоровья включает совокупность образовательных, воспитательных и агитационных мер, пропаганду здорового образа жизни, направленных на профилактику заболеваний, сохранение и укрепление здоровья, повышение трудоспособности людей, продление их активной жизни. **Материал и методы:** проведен анализ пяти квалификационных работ врача-психиатра на предмет санитарно-просветительской работы. Глубина исследования составила 24 года. При работе над материалом использовались следующие методические подходы: системный, комплексный, динамический, нормативный, количественный и ситуационный. Методы анализа включали исторический, аналитический и метод сравнения. Для анализа применялись приемы группировки, абсолютных величин, сплошных и выборочных наблюдений. **Результаты:** психиатрический прием в консультативном отделении ГАУЗ РК «КДЦ РК» осуществляется одним специалистом. Индивидуальное психообразование, психиатрическое просвещение и психопрофилактика сопровождает весь процесс врачебной помощи лицам с психическими расстройствами. Психиатр регионального центра постоянно занимается психопросвещением населения, взаимодействует с медицинским персоналом учреждения и центральных районных больниц, выполняет методическую и исследовательскую работу. **Обсуждение:** просвещение в психиатрии во всех формах способствует более широкой медицинской профилактике психической патологии, а также улучшению уже развивавшихся болезней и предупреждению их рецидивов. Несмотря на то что психиатр имеет дело с такими темами, которые не носят выраженного психологического характера, они всегда включают в себя психологическую проблематику, поскольку касаются человеческих взаимоотношений, предоставляют людям информацию, рекомендации, советы и действуют на них эмотивно. **Выводы:** санитарно-просветительная работа в психиатрии направлена на повышение уровня знания населения о психических расстройствах, овладение методами защиты от стресса, пагубного влияния вредных привычек. Индивидуальное санитарное просвещение сопровождает весь лечебный процесс.

Ключевые слова: гигиеническое воспитание; санитарно-просветительская работа; психообразование; психиатрическое просвещение; психопрофилактика; амбулаторный прием психиатра.

Для цитирования: Шаповалова Л.А., Шаповалов К.А. Психообразование, психиатрическое просвещение и психопрофилактика как составные части работы врача-психиатра амбулаторного консультативного приема. *Психиатрия*. 2021;19(1):80–89. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-80-89>

Конфликт интересов отсутствует

Psychoeducation, Psychiatric Education and Psychoprophylaxis as an Integral Part of the Work of a Psychiatrist in an Outpatient Consultative Appointment

Shapovalova L.A.¹, Shapovalov K.A.²

¹State Autonomous Health Agency of the Republic of Коми "Consultative and Diagnostic Center of the Republic of Коми", Syktyvkar, Republic of Коми, Russian Federation

²State Autonomous Agency of Additional Professional Education of the Republic of Коми "Komі Republican Institute for Development of Education", Syktyvkar, Republic of Коми, Russian Federation

RESEARCH

Summary

Introduction: hygienic education of the population includes a set of educational, upbringing, agitation and propaganda activities aimed at promoting a healthy lifestyle, preventing diseases, maintaining and strengthening health, increasing the working capacity of people, and prolonging their active life. **Material and methods:** the analysis of 5 qualification works of a psychiatrist was carried out for the hygienic and health education. The depth of the study was 24 years. When working on the material, the following methodological approaches were used: systemic, complex, dynamic, normative, quantitative and situational. Analysis methods included: historical, analytical and comparison. The following techniques were used for the analysis: groupings, absolute values, continuous and selective observations. **Results:** psychiatric reception in the advisory department of GAUZ RK "CDC RK" is carried out by one specialist. Individual psychoeducation, psychiatric education and

psychoprophylaxis accompany the entire treatment process of persons with mental disorders. The psychiatrist of the regional center is constantly engaged in psychoeducation of the population, works with the medical staff of the institution and central regional hospitals, is engaged in methodological and research work. **Discussion:** health education in psychiatry in all forms contributes to a wider medical prevention of the development of pathology in the mental sphere, as well as to the improvement of already developing diseases and the prevention of relapse of already cured diseases. Despite the fact that the psychiatrist deals with such topics that are not of a pronounced psychological nature, they always include psychological problems, since they relate to human relationships, provide people with information, recommendations, advice and act on them emotively. **Conclusions:** sanitary and educational work in psychiatry is aimed at increasing the level of knowledge of the population about mental disorders, mastering methods of protection from stress, the harmful effects of bad habits. Individual health education accompanies the entire treatment process.

Keywords: hygienic education; health education; psychoeducation; psychiatric education; psychoprophylaxis; outpatient psychiatrist.

For citation: Shapovalova L.A., Shapovalov K.A. Psychoeducation, Psychiatric Education and Psychoprophylaxis as an Integral Part of the Work of a Psychiatrist in an Outpatient Consultative Appointment. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(1):80–89. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-80-89>

There is no conflict of interests

ВВЕДЕНИЕ

Гигиеническое обучение и воспитание населения с целью его привлечения к активному участию в охране персонального и общественного здоровья является важным разделом профилактической деятельности органов и учреждений здравоохранения, задачами и содержанием санитарного просвещения. В работе врача-психиатра психообразование, психиатрическое просвещение пациентов и психопрофилактика включают совокупность образовательных, воспитательных, агитационных мер, пропаганду здорового образа жизни, направленных на профилактику заболеваний, сохранение и укрепление здоровья, повышение трудоспособности людей, продление их активной жизни. [1–3]. Требования к оформлению отчета для специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием формулируют положение о санитарно-просветительской работе врача следующим образом: «Раздел 8. Санитарно-просветительская работа (отражается проделанная работа за отчетный период с указанием тематики лекций, публикаций в печати, выступлений по радио и телевидению)» [4]. Из этого следует, что специалист, оформляющий документы на квалификационную категорию, должен заниматься санитарно-просветительской работой, иметь публикации в печати и выступать с беседами по радио и телевидению.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ пяти квалификационных работ врача-психиатра (1997, 2002, 2008, 2013 и 2018 гг.) на предмет санитарно-просветительской работы как составляющей части обязательных требований к оформлению документов при их подаче в аттестационную комиссию о присвоении высшей квалификационной врачебной категории по психиатрии. Глубина исследования составила 24 года [5–9].

При работе над материалом использовались следующие методические подходы: системный, комплексный, динамический, нормативный, количественный

и ситуационный. Методы анализа включали исторический, аналитический и метод сравнения сплошных и выборочных наблюдений.

Исследование проводилось на базе государственного автономного учреждения здравоохранения Республики Коми «Консультативно-диагностический центр Республики Коми» (ГАУЗ РК «КДЦ РК»), которое обеспечивает высококвалифицированную консультативно-диагностическую, специализированную медицинскую помощь населению РК и организационно-методическое руководство диагностическими службами учреждений здравоохранения внутри региональных административных образований. РК расположена на крайнем северо-востоке европейской части Российской Федерации (РФ) и относится к субарктическим территориям. Главная задача ГАУЗ РК «КДЦ РК» состоит в проведении доступной широким слоям населения качественной комплексной диагностики заболеваний и оказания высококвалифицированной консультативной помощи с применением высокоэффективных медицинских технологий в амбулаторных условиях. Оно обслуживает пациентов 20 административных территорий РК и части Архангельской области. Для этого в учреждении сосредоточено современное диагностическое и техническое оборудование, сформирован коллектив квалифицированных специалистов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Психиатрический прием в консультативном отделении ГАУЗ РК «КДЦ РК» осуществляется одним специалистом. Консультации психиатра не только дополняют диагностику, но и раскрывают перед врачами-интернистами особенности соматической патологии с признаками изменений в психической сфере [10, 11].

Мероприятия по охране и укреплению здоровья больных, страдающих психическими заболеваниями, являются важной составной частью работы врача-психиатра. Санитарно-просветительная работа в психиатрии направлена на повышение уровня знания населения о психических расстройствах, овладение методами защиты от стресса, пагубного влияния вредных

привычек. Индивидуальное психиатрическое просвещение и образование сопровождает весь лечебный процесс.

Психообразование пациентов с психическими расстройствами

Психиатр работает с каждым конкретным пациентом с признаками патологии психической сферы и через распространение медицинских и гигиенических знаний, воспитание санитарно-гигиенических навыков с целью сохранения и укрепления здоровья, повышение санитарно-гигиенической культуры с учетом пола, возраста, климатогеографических особенностей, национальных обычаев, традиций и других факторов может воздействовать на его индивидуальное здоровье. Поэтому во время консультативного амбулаторного приема, на который отводится 30 минут, максимально используются формы индивидуального психологического образования и психиатрического просвещения больного, а при возможности его родственников и/или членов семьи.

В структуре патологии психической сферы по нозологическим формам у контингента пациентов психиатром амбулаторного консультативного приема были выявлены:

- органические, включая симптоматические, психические расстройства, F00–F09 — $47,9 \pm 0,6\%$;
- невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, F40–F49 — $39,6 \pm 0,6\%$;
- психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ, F10–F19 — $3,5 \pm 0,2\%$;
- расстройства настроения (аффективные расстройства), F30–F39 — $2,8 \pm 0,2\%$;
- поведенческие синдромы с нарушением физиологических функций, F50–F59 — $1,4 \pm 0,1\%$;
- расстройства личности и поведения в зрелом возрасте, F60–F69 — $1,2 \pm 0,1\%$;
- шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства, F20–F29 — $0,7 \pm 0,1\%$;
- умственная отсталость, F70–F79 — $0,7 \pm 0,1\%$;
- поведенческие и эмоциональные расстройства детей и подростков F90–F99 — $0,2 \pm 0,1\%$;
- факторы, влияющие на состояние здоровья, Z — $0,4 \pm 0,1\%$;
- прочие — $1,6 \pm 0,2\%$.

Без исключения для всех 6255 пациентов, обратившихся к психиатру консультативного отделения ГАУЗ РК «КДЦ РК» в 2015–2017 гг., было проведено 6255 индивидуальных бесед по профилактике психических заболеваний. Индивидуальные беседы с пациентами являются инструментом воздействия на психологические возможности организма изменять баланс здоровья в положительную сторону. Психиатр стремится обеспечить увеличение ресурсов здоровья всеми доступными мерами здорового образа жизни (питание, физические нагрузки, положительный психоэмоциональный климат в семье, развивающее хобби и т.д.). Во время приема психиатр разъясняет, какая патология

имеется у пациента, какое требуется лечение, какие профилактические мероприятия психических расстройств существуют (психопрофилактика, психогигиена). Психиатрическое просвещение предполагает привлечение пациента к индивидуальной профилактике и участию в лечении уже развившейся патологии [12–14].

Психиатрическое просвещение

Как предупредить психические болезни? Душевное здоровье, как и физическое, является основной составляющей общего самочувствия человека, поэтому важно поддерживать его стабильность. Степень социальной реализации личности в известной мере влияет на состояние психики человека (жизненные приоритеты, карьера, общественное признание). Способность адаптироваться в трудных условиях и адекватно реагировать на стрессовые ситуации свидетельствует о крепком психическом здоровье человека. Психиатру важно оценить адекватность реакций пациента, так как они определяют состояние компенсаторно-приспособительных систем (нервной, эндокринной и др.) и возможности механизмов психической саморегуляции (психологической защиты и т.д.), таким образом характеризуя потенциал здоровья. Врачу все это необходимо сделать во время консультативного амбулаторного приема для выяснения соотношения между потенциалом здоровья и действующими на него факторами, то есть определить баланс здоровья. Психиатру для выбора правильной тактики лечения нужны показатели, которые объективно отражают количество, качество и состав индивидуального психического здоровья пациента. Нередко временные затраты на такой прием значительно превышают отпущенные лимиты [15, 16].

Первичные меры профилактики психических заболеваний включают в себя такие действия пациентов, которые доступны для каждого человека. К ним относятся:

- 1) полноценный отдых и здоровый сон не менее 8 ч в сутки. Глубокий сон способствует восстановлению нервной системы и является отличным профилактическим средством против развития психических заболеваний;
- 2) умеренные ежедневные физические нагрузки. Необходимость регулярных занятий спортом или выполнение других работ, связанных с движением, для пациента после приема психиатром должны стать очевидными. Излишки адреналина накапливаются в организме и могут способствовать развитию психических расстройств. Физические нагрузки устраняют лишний адреналин и тем самым оказывают достаточно сильное профилактическое действие;
- 3) занятие любимым делом. Если основная деятельность человека не связана с любимым делом, важно уделять достаточно времени для индивидуальных увлечений (любимых занятий, хобби). Доказано, что это снимает накопившееся психоэмоциональное напряжение;

- 4) взаимоотношения в семье являются важнейшим показателем крепкого психического здоровья. К ним следует относиться максимально серьезно, поскольку регулярные ссоры и скандалы с близкими людьми часто оказываются причиной душевных расстройств;
- 5) интимная сторона жизни. Длительное половое воздержание и/или неудачи в сексуальной жизни часто приводят к различным психическим расстройствам, например к депрессии. Это важный, очень деликатный и часто обсуждаемый в СМИ вопрос в жизни современного человека. Но СМИ слишком усердно и агрессивно формируют образ успешной жизни как следствие гиперсексуальности индивида. Здесь кроется опасность, поскольку избыточная сексуальная активность приводит к эмоциональному истощению. Психическая гигиена и профилактика неврозов являются одними из важнейших тем санитарного просвещения, проводимого психиатром.

В качестве дополнения к перечисленным методам пациентам рекомендуется посещать различные психологические тренинги. При отсутствии такой возможности тренинги можно проводить самостоятельно. Каждый человек может незатратными доступными методами организовать себе нервно-эмоциональную разрядку: прогулка на свежем воздухе; активный отдых с физической нагрузкой (работа на дачном участке), встреча с друзьями.

Вторичные меры профилактики патологии психической сферы включают предотвращение рецидива уже существующих заболеваний. Их психиатр назначает индивидуально, после пройденного пациентом курса лечения.

Работа с медицинским персоналом

Из коллективных форм психиатрического просвещения психиатр широко использует корпоративный вариант, поскольку работает в медицинском коллективе, на консультацию к которому обращаются пациенты преимущественно с соматической патологией. Для врачей и среднего медицинского персонала ГАУЗ РК «КДЦ РК» прочитаны лекции по темам: 1) «Что необходимо знать о депрессии. Депрессия и соматические заболевания»; 2) «Тревога в общесоматической практике»; 3) «Психические расстройства при черепно-мозговых травмах»; 4) «Когнитивные нарушения в пожилом возрасте»; 5) «Геронтология. Ускоренное старение населения. Главные факторы смертности и заболеваемости в России»; 6) «Соматоформные расстройства, психосоматические заболевания, соматопсихические нарушения»; 7) «Особенности психики пожилого человека»; 8) «Этика взаимоотношений в медицинском коллективе»; 9) «Убийца по имени Стресс»; 10) «Что такое онкопсихология? Рак — болезнь печали».

Психиатр в специализированной психиатрической просветительской работе использует и печатное слово, создавая для врачей ГАУЗ РК «КДЦ РК» памятки: 1) «Тревога. Физические симптомы. Эмоциональные

симптомы»; 2) «Депрессия. Клинические признаки»; 3) «Десять методов для уменьшения тревоги».

В связи с необходимостью правильного направления пациентов на прием к психиатру для врачей ГАУЗ РК «КДЦ РК», городских поликлиник и центральных районных больниц разработаны следующие методические письма: 1) «Показания для консультации психиатром (согласно МКБ-10)»; 2) «Дифференциально-диагностические критерии невралгии и паналгического синдрома скрытой депрессии»; 3) «Дифференциально-диагностические критерии цефалгического синдрома скрытой депрессии и мигрени»; 4) «Дифференциально-диагностические критерии кардиалгического синдрома скрытой депрессии и кардиалгии при ишемической болезни сердца»; 5) «Дифференциально-диагностические критерии язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и абдоминального синдрома скрытой депрессии» [17].

Методическая и учебная работа

В течение многих лет психиатр работает в устойчивой научной группе, которая занимается пропагандой здорового образа жизни и безопасности жизнедеятельности. В сфере интересов практического врача следующие вопросы. Психиатрия. Психическое здоровье и заболеваемость населения. Общественное здоровье и здравоохранение субарктического региона. Социальная медицина. Исполнение рекомендаций МСЭ по реабилитации пациентов в различных профессиональных и возрастных группах. Профилактическая медицина. Методика преподавания основ безопасности жизнедеятельности, неотложной медицинской помощи при травмах и несчастных случаях, здорового образа жизни и здоровьесохраняющих технологий, социально-гигиенических последствий ВИЧ-инфекции (СПИДа), заболеваний, передаваемых половым путем, и вредных привычек (употребление табака, алкоголя, токсических и наркотических веществ) у учащихся высших и средних профессиональных учебных заведений. Дидактика предметов «Безопасность жизнедеятельности» и «Основы здорового образа жизни» для не медицинских факультетов гуманитарных и технических университетов. Дистанционное и дополнительное образование, активные формы обучения [18, 19].

Психиатром (в соавторстве) подготовлено учебное пособие «Основы безопасности жизни: Гигиена и здоровье. Профилактика болезней», предназначенное для студентов гуманитарных, технических и педагогических университетов, изучающих курсы: «Основы медицинских и гигиенических знаний», «Основы медицинских знаний и охрана здоровья детей», «Основы педиатрии», преподавателей курса «Основы безопасности жизни» общеобразовательных школ и колледжей, а также лиц, интересующихся проблемами здорового образа жизни. В нем рассматриваются вопросы гигиены и здоровья населения по следующим темам: «Медицинская валеология как учебный предмет»; «Главные факторы здоровья»; «Онтогенез как жизненный цикл человека»; «Гигиена как учебная и научная

дисциплина»; «Медико-статистическая характеристика здоровья населения»; «Гигиеническая характеристика профессиональной деятельности»; «Закономерности роста и развития детского организма»; «Характеристика показателей и констант развития функциональных систем ребенка»; «Общая характеристика анатомо-физиологических особенностей детей раннего возраста»; «Физическое и нервно-психическое развитие ребенка. Гигиена беременности. Роды»; «Грудное вскармливание и организация кормления ребенка в возрасте до одного года»; «Аллергические состояния у детей»; «Рахит»; «Нарушение опорно-двигательного аппарата у детей и подростков»; «Врожденные и наследственные болезни»; «Планирование семьи»; «Табакокурение»; «Алкоголизм»; «Токсикомании»; «Наркомания»; «Инфекционные болезни. Инфекционный и эпидемический процессы»; «Иммунитет»; «Дезинфекция, дезинсекция и дератизация в борьбе с инфекционными болезнями»; «Респираторные вирусные инфекции»; «Венерические заболевания»; «ВИЧ-инфекция и СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита)» [20].

Психиатром (в соавторстве) подготовлено учебное пособие «Основы безопасности жизни: безопасность и защита населения в чрезвычайных ситуациях; само-, взаим- и первая медицинская помощь при травмах и несчастных случаях». Медицинскую проблему авторы видят в том, что более 25,0% пострадавших в результате несчастных случаев можно было бы спасти при правильном оказании первой доврачебной помощи на месте происшествия (каждого четвертого из погибших). В свете гуманизации образовательного процесса и подготовки населения РФ к адекватному (грамотному) поведению в чрезвычайных ситуациях главная цель развивающего обучения состоит в том, чтобы подготовить курсантов к самостоятельному поиску истины, к независимости в повседневной жизни, формированию мотивов, усвоению новых способов деятельности, развитию готовности к самоконтролю.

Учебное пособие по организации безопасности и защиты населения при чрезвычайных ситуациях, оказанию неотложной самопомощи, взаимопомощи и первой доврачебной экстренной помощи при травмах, несчастных случаях, авариях, катастрофах и стихийных бедствиях в условиях удаленности от медицинских учреждений, вахтовом методе трудовой деятельности, в экспедициях, длительных морских рейсах, полярных зимовках также предназначено для студентов гуманитарных и технических университетов, изучающих курсы «Безопасность жизнедеятельности» и «Основы медицинских знаний и охрана здоровья», а также лиц, самостоятельно осваивающих основы безопасности жизни.

Предлагаемый лекционный и практический курс построен, с одной стороны, на основных принципах дидактики, а именно: научности; системности и последовательности в обучении; связи теории с практикой; сознательности, активности и самостоятельности обучающихся; наглядности; доступности; прочности

знаний, умений, навыков; учета индивидуальных особенностей в коллективной учебной работе с обучаемым населением, с другой — с использованием разных форм профилактики: первичной, вторичной и третичной. Неправильное, некачественное, несвоевременное оказание населению в условиях чрезвычайных ситуаций (ЧС) первой помощи при травмах приводит к серьезным, иногда опасным для жизни осложнениям. Авторы рассматривают безопасность человека как комплексную проблему жизнеобеспечения современного общества. Среди разрабатываемых тем: классификация ЧС; единая российская государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС); природные ЧС; производственные аварии и катастрофы; аварии с выбросом сильнодействующих ядовитых веществ (СДЯВ); современные средства массового поражения и их воздействие на человека; химическое оружие; терроризм; организация гражданской обороны (ГО) и необходимая документация в учебных заведениях по вопросам ГОЧС; методика проведения «Дня защиты детей в чрезвычайных ситуациях» в школе; учебно-методический комплекс по дисциплине «Безопасность жизнедеятельности» (для университетов) [21].

Значительное внимание уделено первой помощи при травмах и несчастных случаях во время ЧС природного, техногенного или антропогенного происхождения. Рассматриваются темы: «Основы асептики»; «Антисептика и ее виды»; «Раны. Укусы животных и насекомых»; «Десмургия. Техника наложения повязок»; «Кровотечение. Методы временной и окончательной остановки кровотечений»; «Виды термических поражений. Электрические ожоги. Термические и лучевые ожоги. Отморожения»; «Травматический шок. Противошоковые мероприятия в очаге массового поражения и на этапах эвакуации»; «Переломы и их виды. Абсолютные, относительные и местные признаки»; «Травмы головы, шеи и позвоночного столба»; «Повреждения грудной клетки и органов грудной полости»; «Травмы живота»; «Комбинированные поражения, вызванные оружием массового поражения»; «Основные принципы реанимации»; «Профилактика детского и школьного травматизма» [22, 23].

Оба пособия выдержали четыре издания. Обеим книгам президиум совета учебно-методического объединения по специальностям педагогического образования присвоил гриф учебных пособий для студентов высших учебных заведений. Они были представлены на коллективном стенде экспозиции «Университеты России» на 55-й Международной книжной ярмарке в г. Франкфурте-на-Майне (Германия) и после ее окончания поступили в библиотеку Франкфуртского университета. Во многом благодаря этим изданиям в вузах г. Сыктывкара сформировался системный подход к пропаганде здорового образа жизни среди гражданского населения и учащихся высших и средних специальных учебных заведений, профилактике заболеваний, а также оказанию первой помощи при

травмах и несчастных случаях во время происшествий, ЧС и при стихийных бедствиях [24, 25].

Практическое использование учебно-методических работ

Психиатром в соавторстве на базе Коми республиканского института развития образования разработаны курсы лекций:

- 1) «Само-, взаим- и первая (доврачебная экстренная) помощь при травмах и несчастных случаях» (17 тем) для повышения квалификации учителей школ и воспитателей детских учреждений (2015 г.);
- 2) «Основы оказания доврачебной медицинской помощи» (15 тем) для повышения квалификации педагогических работников (2016 г.);
- 3) «Оказание первой помощи при травмах и несчастных случаях» (15 тем) для повышения квалификации педагогических работников учреждений со средним специальным образованием (2017 г.);
- 4) курс дистанционного обучения «Первая помощь гражданам при состояниях, угрожающих жизни и здоровью» (14 тем) для повышения квалификации педагогических работников школ и других детских учреждений. Обучение по этому курсу проводится с 01.04.2017 г. для повышения квалификации учителей в системе непрерывного педагогического образования на интернет-портале Коми республиканского института развития образования с выдачей сертификата. Прошли и закончили обучение, получили сертификаты установленного государственного образца более 13,5 тысяч работников РК. Курсанты правильно ответили на 80 и более процентов поставленных вопросов.

ОБСУЖДЕНИЕ

Психиатрическое просвещение является обязательным разделом работы каждого учреждения здравоохранения, это профессиональная обязанность каждого медицинского работника больницы и поликлиники. Оно может существенно влиять на: 1) предупреждение заболеваний (посредством пропаганды здорового образа жизни); 2) раннее обращение за медицинской помощью (посредством первичной профилактики отдельных заболеваний); 3) сроки выздоровления (в процессе постоянного врачебного наблюдения); 4) эффективность долечивания и восстановления трудоспособности (реабилитации); 5) повторную госпитализацию (посредством пропаганды мер вторичной профилактики). Санитарное просвещение исключительно полезно, когда носит конструктивный характер и ориентировано на пропаганду способов выздоровления, а не на запугивание. Его задача научить пациентов оказывать себе возможные и доступные виды профилактических действий, повысить результативность имеющихся в распоряжении материальных ресурсов и улучшить

качество жизни. Таким образом, психиатрическое просвещение и образование может рассматриваться как вид психологического вмешательства, направленный на достижение позитивных изменений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах [26–30].

Просвещение в психиатрии во всех формах способствует более широкой медицинской профилактике психической патологии, а также облегчению уже развившихся болезней и предупреждению их рецидивов.

Несмотря на то что психиатр занимается такими темами, которые не носят выраженного психологического характера, они всегда включают в себя психологическую проблематику, поскольку касаются человеческих взаимоотношений, предоставляют людям информацию, рекомендации, советы и действуют на них эмотивно. Примером «непсихологических» тем может служить профилактика травм во время несчастных случаев, катастроф, стихийных бедствий и террористических актов; гигиеническое санитарное просвещение и советы по здоровому образу жизни, питанию, уходу за детьми, профилактике инфекций. Эффективность санитарного просвещения в этих направлениях, например в области питания, бывает обусловлена тем, какой психический контакт установил врач со слушателями, насколько он способен соединить разумные аргументы с эмоциональными и суггестивными влияниями, оценить информированность слушателей о предлагаемой информации и исходить из этого, как можно уловить отношение слушателей к теме (интерес, согласие, протест, недоверие, ирония) и в какой степени ему удастся тактичным способом положительные тенденции усилить, а отрицательные ослабить или изменить [31, 32].

ВЫВОДЫ

1. Санитарно-просветительная работа в психиатрии направлена на повышение уровня знания населения о психических расстройствах, овладение методами защиты от стресса, пагубного влияния вредных привычек. Индивидуальное санитарное просвещение сопровождает весь лечебный процесс.

2. Психиатр должен работать с каждым пациентом, у которого выявлены признаки патологии психической сферы, и через распространение медицинских и гигиенических знаний, воспитание санитарно-гигиенических навыков с целью сохранения и укрепления здоровья, повышение санитарно-гигиенической культуры с учетом пола, возраста, климатогеографических особенностей, национальных обычаев, традиций и других факторов может воздействовать на его индивидуальное здоровье.

3. Во время амбулаторного приема психиатру необходимо проводить со всеми без исключения пациентами индивидуальные беседы по профилактике психических заболеваний, в ходе которых важно разъяснять больным, какая патология выявлена у пациента, какое требуется лечение, какие профилактические

мероприятия психических расстройств существуют (психопрофилактика, психогигиена).

4. Привлечение пациента к индивидуальной профилактике и участию в лечении уже развившейся патологии в психиатрии необходимо проводить с использованием различных форм санитарного просвещения. Оно должно носить конструктивный характер и быть ориентировано на пропаганду способов выздоровления.

5. Психообразование, психиатрическое просвещение и психопрофилактика, проводимые психиатром, помогают пациентам оказывать себе возможные и доступные виды профилактических действий, повышают результативность использования имеющихся в распоряжении материальных ресурсов и улучшают качество жизни. Они являются видами психологического вмешательства, направленного на достижение позитивных изменений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах заболевшего человека.

Авторы заявляют, что отсутствуют любые источники финансирования данной статьи.

Авторы заявляют, что отсутствуют конфликты интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи.

Благодарность. Авторы благодарны И.Д. Муратовой, А.Ф. Степанову, Е.Г. Котовой, И.А. Ипатко, Л.В. Князевой, О.П. Носову, Г.В. Репиной, А.Г. Крестовой-Гавриловой, Л.В. Мордвинковой, а также всем анонимным рецензентам за поддержку, ценные советы и полезные комментарии.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Гурович ИЯ, Сторожакова ЯА. Психосоциальная реабилитация в психиатрии. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2001;11(3):5–13.
Gurovich IYa, Storozhakova YaA. Psihosocial'naya reabilitaciya v psixiatrii. *Social'naya i klinicheskaya psixiatriya*. 2001;11(3):5–13. (In Russ.).
2. Свиридов ИГ, Казаковцев БА. Организация пропаганды ценности психического здоровья и психобразования в центральных районных больницах. *Российский психиатрический журнал*. 2014;(2):33–37.
Sviridov IG, Kazakovcev BA. Organizaciya propagandy cennosti psicheskogo zdorov'ya i psihoobrazovaniya v central'nyh rajonnyh bol'nicah. *Rossijskij psixiatricheskij zhurnal*. 2014;(2):33–37. (In Russ.).
3. Бурыгина ЛА, Ушаков ЮВ, Пономарева ИА. Организация медицинской помощи и социальной реабилитации. *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. 2014;(4):28–33.
Burygina LA, Ushakov YuV, Ponomareva IA. Organizaciya medicinskoj pomoshchi i social'noj reabilitacii. *Sovremennaya terapiya v psixiatrii i nevrologii*. 2014;(4):28–33. (In Russ.).
4. Приложение № 3 к Административному регламенту предоставления государственной услуги по

присвоению квалификационной категории специалистам, осуществляющих медицинскую и фармацевтическую деятельность на территории Республики Коми, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Prilozhenie № 3 k Administrativnomu reglamentu predostavleniya gosudarstvennoj usluzhi po prisoeniyu kvalifikacionnoj kategorii specialistam, osushchestvlyayushchih medicinskuyu i farmacevticheskuyu deyatel'nost' na territorii Respubliki Komi, v poryadke, ustanovlennom upolnomochennym federal'nym organom ispolnitel'noj vlasti. (In Russ.).

5. Шаповалова ЛА. Организация работы специализированного психиатрического бюро медико-социальной экспертизы в 1994–1996 гг. Сыктывкар, 1997.
Shapovalova LA. Organizaciya raboty specializirovannogo psixiatricheskogo byuro mediko-social'noj ekspertizy v 1994–1996 gg. Syktyvkar, 1997. (In Russ.).
6. Шаповалова ЛА. Аттестационные материалы врача-психотерапевта Республиканского центра социально-психологической, медицинской реабилитации бывших военнослужащих и инвалидов. Сыктывкар, 2002.
Shapovalova LA. Attestacionnye materialy vrachapsihoterapevta Respublikanskogo centra social'no-psihologicheskoy, medicinskoj reabilitacii byvshih voennosluzhashchih i invalidov. Syktyvkar, 2002. (In Russ.).
7. Шаповалова ЛА. О работе врача-психиатра консультативного отделения государственного учреждения здравоохранения «Консультативно-диагностический центр Республики Коми» в 2005–2007 гг. Сыктывкар, 2007.
Shapovalova LA. O rabote vracha-psixiatra konsul'tativnogo otdeleniya gosudarstvennogo uchrezhdeniya zdavoohraneniya "Konsul'tativno-diagnosticheskij centr Respubliki Komi" v 2005–2007 gg. Syktyvkar, 2007. (In Russ.).
8. Шаповалова ЛА. Анализ работы врача-психиатра консультативного отделения государственного автономного учреждения здравоохранения Республики Коми «Консультативно-диагностический центр Республики Коми» в 2010–2012 гг. Сыктывкар, 2012.
Shapovalova LA. Analiz raboty vracha-psixiatra konsul'tativnogo otdeleniya gosudarstvennogo avtonomnogo uchrezhdeniya zdavoohraneniya Respubliki Komi "Konsul'tativno-diagnosticheskij centr Respubliki Komi" v 2010–2012 gg. Syktyvkar, 2012. (In Russ.).
9. Шаповалова ЛА. Анализ работы врача-психиатра консультативного отделения государственного автономного учреждения здравоохранения Республики Коми «Консультативно-диагностический центр Республики Коми» в 2015–2017 гг. Сыктывкар, 2018.

- Shapovalova LA. Analiz raboty vracha-psihiatra konsul'tativnogo otdeleniya gosudarstvennogo avtonomnogo uchrezhdeniya zdavoohraneniya Respubliki Komi "Konsul'tativno-dagnosticheskij centr Respubliki Komi" v 2015–2017 gg. Syktyvkar, 2018. (In Russ.).
10. Шаповалова ЛА, Шаповалов КА. Особенности организации работы психиатра регионального консультативно-диагностического центра субарктической территории. *Независимый психиатрический журнал*. 2016;(3):68–74. eLIBRARY ID: 27509472
Shapovalova LA, Shapovalov KA. Features of work of psychiatrist of regional consultative diagnostic center of subarctic territory. *Nezavisimyj psihiatricheskij zhurnal*. 2016;(3):68–74. (In Russ.). eLIBRARY ID: 27509472
11. Shapovalova L, Shapovalov K. Features pathology newly diagnosed by a psychiatrist at the reception of the regional advisory diagnostic center of subarctic territory. *European Psychiatry. The Journal of the European Psychiatric Association: EPA 2018 26th European Congress of Psychiatry*. 3–6 March, 2018. Nice, France. Abstracts of the 26th European Congress of Psychiatry. 2018;48(Suppl.):569.
12. Shapovalova LA, Shapovalov KA. Outpatient Consulting Care of Psychiatrist on Population of Sub-Arctic territory. RC Psych International Congress. Abstracts. 27–30 June, 2016. London, Great Britain.
13. Shapovalov K, Shapovalova L. Demographic Characteristics of the Cohort of Patients, Receiving Outpatient Psychiatric Help in Regional Medical Consultative and Diagnostic Center of Sub-Arctic Territory. *European Psychiatry: The Journal of the European Psychiatric Association: EPA 2017 25th European Congress of Psychiatry*. 1–4 April, 2017. Florence, Italy. 2017;41(Suppl.):578.
14. Shapovalova L, Shapovalov K. Approbation of new drugs and treatment methods into practice of outpatient psychiatrist at regional diagnostic center of subarctic territory. Scientific program EP03 E-posters — February 25–28 Exhibition hours. Innovation in Treatment and Recovery: Innovative Pharmacological Treatments. 25-Feb-2018 18:15 19:15. WPA 2018 World Psychiatric Associations Tematic Congress "Innovation in Psychiatry: Effective Interventions for Health & Society". 25–28 February 2018 Melbourne, Australia.
15. Shapovalova L, Shapovalov K. Diseases of the mental sphere revealed by the psychiatrist at contingent of patients of the consultative outpatient admission. *Arch. Psychiatr. Ment. Health*. 2019;3(1):12–19. DOI: 10.29328/journal.apmh.1001005
16. Shapovalova L, Shapovalov K. Pathology of the psychic sphere in patients with epilepsy, revealed by psychiatrist of the regional consultative center of the Subarctic territory. *European Psychiatry: The Journal of the European Psychiatric Association: EPA 2018 26th European Congress of Psychiatry*. 3–6 March, 2018. Nice, France. Abstracts of the 26th European Congress of Psychiatry. 2018;48(Suppl.):718–719.
17. Shapovalova LA, Shapovalov KA. Questions of the Organization and Results of the Work of Psychiatrist of Advisory Department of the Regional Diagnostic Center of Sub-Arctic Territory with Low Population Density. Geneva: World Health Organization (Pubrights, Dec 13), 2016.
18. Shapovalov KA, Shapovalova LA. Didactic of Training Topic "Fetal Alcohol Syndrome". 3rd Asian Clinical Congress (ACC3). Abstracts. Tokyo, Japan. 3–5 September, 2015.
19. Shapovalov K, Shapovalova L. Structure of Psychic Sphere Pathology of Patients of the Regional Medical Consultative and Diagnostic Center of Sub-Arctic Territory. *European Psychiatry: The Journal of the European Psychiatric Association: EPA 2017 25th European Congress of Psychiatry*. 1–4 April, 2017. Florence, Italy. 2017;41(Suppl.):578–579.
20. Shapovalov KA, Shapovalova LA. Author's Program of Subject "Fundamentals of a Healthy Lifestyle" for Non-Medical Faculties of Humanitarian and Technical Universities. ICSS 2017 International Conference on Social Sciences & Interdisciplinary Studies. Abstracts Ref. No: ICSS-ABS-APR-241. 7–8 August 2017, London, United Kingdom.
21. Shapovalova L, Shapovalov K. Training of psychiatrist of regional diagnostic centre of subarctic territory for work in emergency situations of catastrophes and natural disasters. Scientific program SC23 Innovations in Policy and Planning Health. Short communications 23: Migration and Depression Status of Stroke Survivors, and Their Daily Activities and Validation of a Widely-Used Depression Scale 27 Feb 2018 16:15 16:45. WPA 2018 World Psychiatric Associations Tematic Congress "Innovation in Psychiatry: Effective Interventions for Health & Society". 25–28 February 2018 Melbourne, Australia.
22. Shapovalov KA, Shapovalova LA. The Author's Training Program and Methodical Complex "Basics of a Healthy LifeStyle" for the Prevention of Traumatism of Members of Vessel's Crew. GPC 2017 2nd International Conference on General Practice & Primary Care. Abstracts Ref. No: GPC-ABS-APR-82. 18–19 September 2017, Zurich, Switzerland.
23. Shapovalov K, Shapovalova L. Traumatism in alcoholic intoxication as marker of dependence or progressive disease on example of fishermen of the Northern Water's Basin. Scientific program EP20 E-posters — February 25–28 Exhibition hours. Innovations in thinking: Cannabis, Alcohol and Mental Health. 25 Feb 2018 18:15 19:15. WPA 2018 World Psychiatric Associations Tematic Congress "Innovation in Psychiatry: Effective Interventions for Health & Society". 25–28 February 2018 Melbourne, Australia.
24. Шаповалов КА, Шаповалова ЛА. Основы безопасности жизни: Гигиена и здоровье. Профилактика болезней: учебное пособие. 4-е изд., перераб.

- и доп. (рекомендовано решением президиума Совета Учебно-методического объединения вузов России по специальностям педагогического образования в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 033300 «Безопасность жизнедеятельности», 09.03.2004. протокол № 2). Сыктывкар: КРАГСиУ, 2004.
- Shapovalov KA, Shapovalova LA. Osnovy bezopasnosti zhizni: Gigiena i zdorov'e. Profilaktika boleznej: uchebnoe posobie. 4-e izd., pererab. i dop. (Rekomendovano resheniem prezidiuma Soveta Uchebno-metodicheskogo ob'edineniya vuzov Rossii po special'nostyam pedagogicheskogo obrazovaniya v kachestve uchebnogo posobiya dlya studentov vysshih uchebnyh zavedenij, obuchayushchihsya po special'nosti 033300 "Bezopasnost' zhiznedeyatel'nosti", 09.03.2004. protokol № 2). Syktyvkar: KRAGSiU, 2004. (In Russ.).
25. Шаповалов КА, Шаповалова ЛА. Основы безопасности жизни: Безопасность и защита населения в чрезвычайных ситуациях; само-, взаим- и первая медицинская помощь при травмах и несчастных случаях: учебное пособие. 4-е изд., перераб. и доп. (рекомендовано решением президиума Совета Учебно-методического объединения вузов России по специальностям педагогического образования в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 033300 «Безопасность жизнедеятельности», 09.03.2004. протокол № 2). Сыктывкар: КРАГСиУ, 2004.
 - Shapovalov KA, Shapovalova LA. Osnovy bezopasnosti zhizni: Bezopasnost' i zashchita naseleniya v chrezvychajnyh situacijah; Samo-, vzaimo- i pervaya medicinskaya pomoshch' pri travmah i neschastnyh sluchayah: uchebnoe posobie. 4-e izd., pererab. i dopoln. (Rekomendovano resheniem Prezidiuma Soveta Uchebno-metodicheskogo ob'edineniya vuzov Rossii po special'nostyam pedagogicheskogo obrazovaniya v kachestve uchebnogo posobiya dlya studentov vysshih uchebnyh zavedenij, obuchayushchihsya po special'nosti 033300 "Bezopasnost' zhiznedeyatel'nosti", 09.03.2004. protokol № 2). Syktyvkar: KRAGSiU, 2004. (In Russ.).
 26. Бурьгина ЛА, Ушаков ЮВ, Мосолов СН. Сравнительная эффективность медикаментозного и комплексного медикаментозно-психообразовательного подходов при оказании амбулаторной помощи больным параноидной шизофренией с частыми обострениями. *Современная терапия психических расстройств*. 2009;(3):19–26.
 - Burygina LA, Ushakov YuV, Mosolov SN. Sravnitel'naya effektivnost' medikamentoznogo i kompleksnogo medikamentozno-psihoobrazovatel'nogo podhodov pri okazanii ambulatornoj pomoshchi bol'nym paranojdnoj shizofreniej s chastyimi obostreniyami. *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstrojstv*. 2009;(3):19–26. (In Russ.).
 27. Свиридов ИГ. Влияние психообразовательной работы на выявляемость психических расстройств. *Российский психиатрический журнал*. 2013;(1):21–25.
 - Sviridov IG. Vliyanie psihoobrazovatel'noj raboty na vyyavlyaemost' psichicheskikh rasstrojstv. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal*. 2013;(1):21–25. (In Russ.).
 28. Санитарное просвещение. URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki>
 - Sanitarnoe prosveshchenie. (In Russ.). URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki>
 29. Санитарное просвещение: принципы, организация, методы и средства. URL: <https://studfile.net/preview/3547709/page:57/>
 - Sanitarnoe prosveshchenie: principy, organizaciya, metody i sredstva. (In Russ.). URL: <https://studfile.net/preview/3547709/page:57/>
 30. Конечный Р, Боухал М. Психология в медицине. Прага: Авиценум, 1983.
 - Konechnyj R, Bouhal M. Psihologiya v medicine. Praga: Avicenum, 1983. (In Russ.).
 31. Сулейманова ГП. Комплекс по дисциплине «клиническая психология»: курс лекций. Волгоград, 2009.
 - Sulejmanova GP. Kompleks po discipline "klinicheskaya psihologiya": kurs lekcij. Volgograd, 2009. (In Russ.). URL: <https://refdb.ru/look/2468465-pall.html>
 32. Шаповалова ЛА, Шаповалов КА. Psychiatry of disasters. Organization of the work of a psychiatrist outpatient consultative reception. *Annals of Psychiatry and Treatment*. 2019;3(1):12–22. DOI: 10.17352/apt.000012

Сведения об авторах

Шаповалова Лариса Анатольевна, врач-психиатр, Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Коми «Консультативно-диагностический центр Республики Коми», Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация

E-mail: stampdu@rambler.ru

Шаповалов Константин Альбертович, доктор медицинских наук, профессор, начальник отдела стандартизации и экспертизы качества медицинской помощи, «Коми республиканский институт развития образования», Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0003-4803-0009>

E-mail: stampdu@rambler.ru

Information about the authors

Larisa A. Shapovalova, Psychiatrist, State Autonomous Health Agency of the Republic of Komi "Consultative and Diagnostic Center of the Republic of Komi", Syktyvkar, Republic of Komi, Russian Federation

Konstantin A. Shapovalov, MD, PhD, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department for Standardization and Expertise of the Quality of Medical Care, State Autonomous Agency of Additional Professional Education of the Republic of Komi "Komi Republican Institute for Development of Education", Syktyvkar, Republic of Komi, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0003-4803-0009>

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Шаповалов Константин Альбертович/Konstantin A. Shapovalov

E-mail: stampdu@rambler.ru

Дата поступления 08.09.2020 Received 08.09.2020	Дата рецензии 30.10.2020 Revised 30.10.2020	Дата принятия 12.11.2020 Accepted for publication 12.11.2020
--	--	---

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-90-101>

УДК 616.89-02, 616.893, 616.895, 616.89-08

Эндогенные маниакально-парафренные состояния

Сизов С.В., Олейчик И.В., Баранов П.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация

НАУЧНЫЙ
ОБЗОР

Резюме

Цель работы: анализ изменения взглядов отечественных и зарубежных исследователей на клинические и биологические особенности маниакально-парафренных состояний, развивающихся в рамках эндогенных приступообразных психозов. **Материал и метод:** по ключевым словам «мания, парафрения, manic, paraphrenic», «маниакально-парафренное состояние» отобраны доступные авторам публикации в базах MEDLINE/PubMed, Scopus, Webofscience, eLibrary. **Заключение:** выделены следующие направления исследований: 1) распространенность маниакально-парафренных состояний в настоящее время; 2) эволюция представлений исследователей в отношении данных психозов на протяжении всего периода изучения вопроса; 3) современная точка зрения на нозологическую принадлежность маниакально-парафренных состояний и их место в классификациях психических расстройств, используемых в настоящее время; 4) актуальные вопросы патогенеза подобных расстройств.

Ключевые слова: парафрения; маниакально-парафренные состояния; маниакально-бредовые состояния; типология; приступообразная шизофрения; шизоаффективное расстройство; биполярное аффективное расстройство.

Для цитирования: Сизов С.В., Олейчик И.В., Баранов П.А. Эндогенные маниакально-парафренные состояния. *Психиатрия*. 2021;19(1):90–101. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-90-101>

Конфликт интересов отсутствует

Endogenous Manic-Paraphrenic States

Sizov S.V., Oleichik I.V., Baranov P.A.

FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation

REVIEW

Abstract

Purpose of the work: analysis of changes in the views of domestic and foreign researchers on the clinical and biological features of manic-paraphrenic states developing within the framework of endogenous paroxysmal states psychoses. **Material and method:** by the keywords "mania, paraphrenia, manic, paraphrenic", "manic-paraphrenic state", publications available to authors were selected in the databases MEDLINE/PubMed, Scopus, Webofscience, eLibrary. **Conclusion:** the following areas of research have been identified: 1) the prevalence of manic-paraphrenic states at the present time; 2) evolution of researchers' opinions regarding these psychoses throughout the entire period of the study of the issue; 3) a modern point of view on the nosology of manic-paraphrenic states and their place in current classifications of mental disorders; 4) topical issues of the pathogenesis of such disorders.

Keywords: paraphrenia; manic-paraphrenic states; manic-delusional states; typology; paroxysmal schizophrenia; schizoaffective disorder; bipolar disorder.

For citation: Sizov S.V., Oleichik I.V., Baranov P.A. Endogenous Manic-Paraphrenic States. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(1):90–101. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-90-101>

There is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

Исследование эндогенных психозов, протекающих с картиной маниакально-парафренных состояний в приступах, остается одной из наиболее актуальных задач клинической психиатрии, что, прежде всего, связано с их высокой

распространенностью [1–4]. Кроме того, особая значимость исследования клинко-психопатологической структуры данных вариантов эндогенных психозов обусловлена необходимостью их своевременной и правильной диагностики, а также определения прогноза и адекватной терапевтической тактики [2, 3].

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МАНИАКАЛЬНО-ПАРАФРЕННЫХ СОСТОЯНИЙ, ПРОБЛЕМА ДЕФИНИЦИИ И НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Первые упоминания о маниакальных психотических состояниях появились еще в древней Греции. Описания Аретея Каппадокийского соответствовали в современном понимании психозам аффективного круга и острым бредовым психозам с помрачением сознания. На рубеже XVII–XVIII веков сам термин «мания» в некоторых исследованиях и вовсе использовался для обозначения большинства бредовых психозов и объединялся с другими расстройствами в группу паранойи. С середины XVIII века сформировалось несколько основных направлений в изучении проблемы маниакально-бредовых психозов в рамках различных научных школ, что послужило значительным толчком к последующим многочисленным исследованиям в этом направлении. В это время ряд исследователей (Pinel P., 1797; Vogel Z., 1799) сделали акцент в своих работах на критериях прогноза и динамике маниакально-бредовых состояний, при этом отошли от статичного подхода, характерного для французской психиатрической школы. Было установлено, что мании имеют определенную характерную последовательность своего развития (Heinroth J., 1818; Guislain G., 1838) и маниакально-бредовые состояния являются одной из стадий последнего. Н. Dagonet (1872) выделил интермиттирующий вариант течения мегаломанического бреда, при котором кроме периодически появляющихся идей величия также наблюдался выраженный маниакальный аффект.

До середины XIX века маниакально-бредовые психозы не имели четкой нозологической квалификации. J. Esquirol (1838), один из основателей клинко-нозологического подхода в психиатрии, создал первую типологию маниакальных состояний и описал динамику их развития, при этом указав, что вслед за маниакальной экзальтацией в клинической картине болезни могут возникать бредовые идеи, галлюцинации, а также развиваться «неистовое возбуждение». W. Sander (1868) выделил особую форму бредовых расстройств, где бред величия, высокого происхождения, бессмертия наблюдался практически одновременно с идеями преследования. Хотя автор подчеркивал в основном длительное и непрерывное течение болезни и исход в слабоумие, он тем не менее отмечал, что в некоторых случаях заболевание может протекать относительно благоприятно. K. Westphal (1878) ввел термин «острая паранойя». Это состояние развивалось в виде отдельных приступов, сменявшихся интервалами времени, свободными от какой-либо симптоматики либо содержащими ее «остаточные» проявления. Различали простую, галлюцинаторную и аффективную форму острой паранойи. Указывалось на явную взаимосвязь аффективной составляющей психоза с бредом и галлюцинациями. K. Westphal считал, что при аффективной форме

«острой паранойи» характер аффекта определяет фабулу бредовых построений. В то же время комплексный анализ взаимовлияния аффективной и бредовой составляющей маниакально-бредового синдрома автором не проводился.

Более детально проблема аффективной формы «острой паранойи» изучалась W. Griesinger (1881) и P. Pol (1889). Этими авторами был введен термин «горделивое помешательство», под которым подразумевались маниакальные состояния с «переоценкой собственного достоинства», а также возбуждением, сопровождаемым «горделивыми представлениями». Таким образом, впервые была описана клиническая картина маниакальных состояний с идеями величия и завышенной самооценки, которая не потеряла своей актуальности до настоящего времени.

Развивая учение W. Griesinger, R. Kraft-Ebing (1889) выделил маниакальные состояния, значительно отличающиеся от типичных маний: резонирующую манию, манию с «болезненной извращенностью нравственности» и манию с раздражительностью. В работах W. Weygandt (1889, 1901), ученика R. Kraft-Ebing, была предложена оригинальная типология маниакальных состояний, а также впервые проанализирована взаимосвязь их психопатологической структуры с преморбидными особенностями личности пациентов; при этом оценка нозологической принадлежности данных психозов не проводилась. Полемизируя с L. Kirn (1878), который считал, что течение циркулярного психоза неизбежно влечет за собой изменения личности и развитие слабоумия, W. Weygandt высказывал мнение, что мании могут чередоваться с «чистыми», свободными от болезненных проявлений интервалами и не приводить к деменции. Эта дискуссия фактически отражала различие существовавших в то время точек зрения в отношении течения и прогноза циркулярных психозов.

На рубеже XIX–XX веков активное изучение маниакальных состояний проводилось последователями обеих школ. Однако в немецкой школе (Shule H., 1880) исследование психозов осуществлялось преимущественно с применением синдромологического метода, в то время как во французской — клинического (Magnan V., 1878). H. Shule в противоположность R. Krafft-Ebing заявлял о необходимости разграничения циркулярного и периодического помешательства, он выступал против нозологической оценки психозов в качестве мании и меланхолии, отводя данным определениям лишь синдромальную роль. Кроме того, автор, развивая учение W. Westfall, выдвинул дифференциально-диагностические критерии острой и хронической паранойи, а также высказал мнение о взаимосвязи психопатологической структуры синдрома с характером аффекта, особенностями течения заболевания и вариантами его исхода. V. Magnan, являясь сторонником динамического подхода, в противоположность H. Shule призывал не ограничиваться лишь синдромологическим изучением маний, а рассматривать весь спектр проявлений заболевания: от этиологических факторов

до наследственной отягощенности и прогностических предикторов.

В конце XIX века и в российской психиатрии стали появляться работы, посвященные изучению маниакальных состояний. При этом большое внимание уделялось тщательному изучению психопатологической структуры данных состояний, рассматривавшихся в рамках синдромального подхода. Особого внимания заслуживает работа С.С. Корсакова (1893), который при описании так называемых маниакальных везаний указывал на то, что с типичными симптомами мании могут сочетаться бредовые идеи величия, преследования, эротический бред и признаки помрачения сознания. Важное значение имели также работы А.Ф. Эрлицкого (1896) и В.П. Сербского (1905, 1906), отличительной чертой которых был детальный анализ психопатологии психотических маний, а также исследование особенностей патокинеза симптомов в течении заболевания и взаимосвязи структуры приступов с характером наследственной отягощенности. Работы этих авторов свидетельствуют о том, что изучение маниакальных состояний в отечественной психиатрии шло не только в рамках синдромологических или психопатологических аспектов, но и в направлении их нозологического разграничения.

В эти же годы В.М. Бехтерев (1899) изучал парафренные состояния в рамках периодической формы острой паранойи. Им были подробно описаны бредовые идеи превосходства и особых способностей, реформаторства и мирового могущества, которые сочетались с идеями преследования, ущерба и манихейским бредом. Изучением бреда величия при маниях в рамках острой паранойи занимался и П.Б. Ганнушкин (1904), который выделял особую взаимосвязь бреда величия с нарушением восприятия собственного «Я». Размах бреда и искажение образа «Я» могли варьировать от приземленной, бытовой фабулы до фантастически-мегаломанической.

Таким образом, аффективные психозы и, в частности, маниакальные состояния, расценивались в исследованиях начала XX века в качестве «острой паранойи», «амении» и недифференцированных «острых психотических состояний». В ряде работ этого времени поднимался вопрос о необходимости установления взаимосвязи аффективной и бредовой составляющей синдрома, однако из-за крайней неоднородности в описании и квалификации вышеописанных психозов данная проблема оставалась далекой от разрешения.

Наиболее четкую в то время позицию по вопросу дифференциации различных форм периодических психозов выразил Е. Краепелин (1906). Он впервые применил такие термины, как «периодическое помешательство» и «бредовое помешательство». В 1912 г. Е. Краепелин выделил парафрению в качестве самостоятельной нозологической формы и описал четыре ее варианта: систематическую, экспансивную, конфабуляторную и фантастическую. Среди них, по описанию,

ближе всего к маниакально-парафренным состояниям были экспансивная и фантастическая формы. Одним из характерных признаков парафрении Е. Краепелин считал измененность восприятия своего психического «Я». В последующих работах он допускал развитие в рамках маниакально-депрессивного психоза (МДП) исключительно экспансивной парафрении.

Важную роль в проблеме изучения психопатологии маниакально-парафренных состояний сыграли работы Е. Dupre и В. Logre (1911), описавших бред воображения, основанный на интуиции и выдумке, и идеи величия, для которых была характерна отчетливая зависимость от полюса аффекта, а также течение в форме периодически возникающих приступов.

В дальнейшем вопрос определения нозологической принадлежности маниакальных психозов решался неоднозначно. Ряд исследователей в рамках концепции атипичных смешанных психозов допускали возможность сочетания признаков раннего слабоумия и МДП одновременно (Halberstadt G., 1924; Осипов В.П., 1931). Французские авторы по-прежнему отстаивали синдромологический подход к классификации психозов (Claud H., 1924; Rouar J., 1938), а некоторые психиатры придерживались точки зрения о необходимости выделения периодических психозов в отдельную нозологическую форму (Meduna L., 1935).

Начало и середина XX века характеризовались созданием разнообразных клинических типологий маниакальных состояний: выделялись мании с бредом, галлюцинациями, психопатоподобными расстройствами (Forster O., 1908; Thalbitzer S., 1910; Rittershaus E., 1923). К. Shreder (1918, 1920, 1926) подробно описал атипичные случаи МДП, в которые включал аффективные приступы с бредом, галлюцинозом, кататоническим возбуждением и спутанностью. N. Skliar (1924) подчеркивал, что обязательным условием развития парафрении должно быть наличие в клинической картине приступа аффективных расстройств: мании или депрессии; при этом данное состояние может сопровождаться кататонией и неглубокой деменцией. К. Kolle (1931), напротив, стремился связать структуру парафрений с возрастом, считая, что в пубертатном периоде они протекают, сочетаясь с кататонической симптоматикой, а в позднем — наиболее часто возникают в «чистом» виде. Некоторые авторы заявляли о том, что парафрения протекает преимущественно в рамках МДП с атипичным течением (Bowman K., Raumont A., 1931 и др.). В то же время О. Витке (1924) считал, что острый вариант парафрении характерен для симптоматических психозов, преимущественно органического генеза. А. Bostroem (1920) выделил «острый экспансивный аутопсихоз» с внезапным появлением бредовых идей величия, переустройства мира, могущества, способностей к экстрасенсорике, которые развивались на фоне маниакального аффекта. Автором было указано на случаи сочетания экспансивных идей с «неспецифичными», неконгруентными для маниакального

аффекта расстройствами — бредом воздействия и психическими автоматизмами. Отдельной точки зрения придерживался W. Mayer-Gross (1932), который не признавал существование атипичных психозов и квалифицировал маниакально-парафренные состояния как вариант шизофрении, который в своей клинической картине сочетал проявления аффективной и собственно процессуальной симптоматики. В последующем W. Mayer-Gross (1960), выделяя первичные бредовые переживания, считал важными бредообразующими факторами парафренного синдрома осознание больными особого значения собственной измененности и бредовое отношение к оценке своего психического «Я».

Большинством исследователей середины XX века парафрения расценивалась как синдром в структуре острой либо хронической паранойи, шизофрении, МДП, а также шизоаффективных состояний [5–8].

Анализ проведенных нозологических исследований парафрении позволил авторам создать систематику различных ее вариантов. Ю.А. Антропов (1964), развивая учение O. Bumke, выделял систематическую парафрению как отдельную нозологическую форму. Сторонником подобного подхода был также Б.Я. Первомайский (1958), который описал самостоятельный тип парафрении — гипопрению. По мнению автора, ей свойственно постепенное начало, развитие малосистематизированных идей величия и наличие критики. Одним из минусов работ нозологического направления в изучении маниакально-парафренных состояний является тот факт, что в них сравнительно мало внимания уделялось анализу психопатологической структуры синдрома; основной акцент делался на разграничении симптомов непрерывного и приступообразного течения в картине психоза.

Особое значение в истории изучения маниакально-парафренных состояний имеют работы школы K. Kleist — K. Leonhard (1964, 1968). Исследователи полагали, что кроме шизофрении и МДП существует «третья болезнь» — группа циклоидных психозов, занимающих промежуточное место между двумя основными эндогенными заболеваниями. Авторы выделили три группы эндогенных психозов (фазные психозы, циклоидные психозы и несистемную шизофрению) и предполагали, что фазные и циклоидные психозы проходят бесследно, в то время как несистемная шизофрения приводит к дефекту в структуре личности. Среди циклоидных психозов K. Leonhard (1968) выделял психозы страха–счастья (Angst–Glück–Psychosen), психозы, протекающие со спутанностью (Verwirrtheitspsychosen), и психозы с гиперкинезами или акинетическими состояниями (Motilitätspsychosen). Наиболее близкими к маниакально-парафренным состояниям по клинической картине оказывались «психозы счастья», которые проявлялись психотическим аффектом, экстазом, идеями величия и частым развитием галлюцинаторной симптоматики.

Важным этапом развития учения о парафрениях стало окончательное разделение парафренного синдрома на хроническую и острую формы. Систематическая парафрения Е. Краепелин выделялась в картине непрерывно текущей параноидной шизофрении [5, 8], а острая парафрения рассматривалась в рамках приступообразной (циркулярной онейроидно-кататонической) формы эндогенного процесса (Снежневский А.В., 1969; Вербальская Л.М., 1964). В.Н. Фаворина (1956) и А.С. Тиганов (1965) впервые описали острый парафренный синдром в рамках рекуррентной формы течения шизофрении. В то же время Г.И. Зальцман (1967), Б.В. Соколова (1972), К.А. Адильханова (1971), В.А. Концевой (1973) рассматривали острый парафренный синдром в рамках приступообразно-прогредиентного эндогенного процесса.

Н.Г. Шумский (1958), в своей работе «К клинике парафренной (фантастически-параноидной) шизофрении» наряду с хроническими формами этого заболевания описал и его острую форму — периодическую бредовую шизофрению. Автор отмечал, что характерной особенностью заболевания, помимо периодически возникающего фантастического бреда, следует считать наличие выраженных аффективных расстройств. В картине приступов описывается образный бред фантастического содержания, а также преобладание феномена ложных узнаваний и проявлений бреда интерметаморфозы. В работах Н.Г. Шумского (1959), В.Ф. Землич (1962) и Э.С. Петровой (1967) приведены подробные описания фантастическо-параноидной, конфабуляторной и галлюцинаторной форм парафренного синдрома.

А.В. Снежневский (1969) описал сочетание идей величия с психическими автоматизмами на фоне аффективной симптоматики. А.С. Тиганов в серии работ (1965, 1968, 1969) выделил три группы острых парафрений: с бредом восприятия K. Jaspers, галлюцинаторную и конфабуляторную, рассматривая их в качестве бредовой составляющей маниакально-парафренного синдрома. А.С. Тигановым в ходе дальнейших исследований была создана типология психотических маний, к которым автор отнес бредовую манию, манию с острым чувственным и острым фантастическим бредом, а также манию с онейроидно-кататоническими расстройствами. Т.Ф. Пападопулосом (1975) была разработана оригинальная классификация приступов эндогенных заболеваний, основывающаяся как на механизме бредообразования, так и на характеристике тяжести бредовых расстройств. В рамках этапа одного из вариантов приступов при приступообразно-прогредиентной шизофрении автор выделил парафрению. При рекуррентной шизофрении он расценивал острую парафрению как этап развития онейроидно-кататонического приступа.

Б.В. Соколовой (1971) был проведен подробный анализ психопатологической структуры острых парафренных состояний в рамках

приступообразно-прогредиентной шизофрении. Автор выделила пять типов парафренных синдромов, среди которых наиболее близка к маниакально-парафренному состоянию была экспансивная парафрения. В данной работе подробно описана динамика развития парафренного синдрома, а также проведен анализ особенностей бреда, характера расстройств сознания и структуры маниакального аффекта. В.А. Концевой (1973) выделял полиморфные и мономорфные типы острых парафренных приступов. Первые сочетали в себе как галлюцинаторно-бредовые, так и аффективные расстройства. При вторых, напротив, доминировали бредовые расстройства и отсутствовала аффективная составляющая.

К концу XX века наметилась тенденция к сокращению числа как отечественных, так и зарубежных работ, касающихся маниакально-парафренных и маниакально-бредовых состояний. Имели место лишь отдельные, преимущественно отечественные, публикации по данной теме, которые приводятся ниже.

В частности, Т.П. Платоновой (1984) были описаны парафренные состояния с острым чувственным бредом, острые псевдогаллюцинаторные и острые конфабulatorные парафрении, а также парафрении с явлениями психического автоматизма. В.И. Дикая (1985) в рамках разработки типологии синдрома Кандинского–Клерамбо выделила вариант с участием маниакального аффекта и переходом психоза в состояние парафрении. С.Ю. Циркин (1980) провел дифференциацию синдрома Кандинского–Клерамбо, основываясь на особенностях составляющих его структуру бредовых расстройств. Синдром Кандинского, протекающий с острым образным (фантастически-парафренным) бредом, отличался преобладанием воображения над «бредовым восприятием» (по терминологии К. Jaspers, 1923), господством «бредовых представлений» и «бредовых осознанностей». По мнению С.Ю. Циркина, образный бред соответствует бреду воображения французских авторов (Dupre E., Logre B., 1911, 1925), а также острому образному бреду, выделенному Г.П. Киндрас (1974). В соответствии с наблюдениями автора, на высоте состояния в фабуле острого образного бреда идеи воздействия начинали переплетаться с бредом величия. М.В. Варавикова (1994) описывала маниакальные состояния с бредом воображения. Среди общих признаков бреда воображения в ее работе были отмечены следующие особенности: 1) внезапность возникновения основной фабулы, ее изменчивость; 2) преобладание в тематике бреда идей предвидения, предсказания, особой миссии, любовного притязания; 3) наличие патологических ощущений по типу «прилива энергии»; 4) относительная упорядоченность поведения и удовлетворительная социальная адаптация больных. Е.Ш. Гибадулин (1993), изучая мании юношеского возраста, описывал варианты подобных психозов с бредовыми идеями величия, особого предназначения, мессианства, а также преследования и отравления.

СОВРЕМЕННОЕ ОСВЕЩЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ МАНИАКАЛЬНО- ПАРАФРЕННЫХ СОСТОЯНИЙ

В 1999 г. группой исследователей (Р. Appelbaum с соавт.) были изучены различные типы бреда на материале 1136 больных. У значительного количества пациентов был диагностирован бред величия, более распространенным оказался только бред преследования. При этом установлено, что бред величия характеризовался практически полным отсутствием критики к состоянию и тем не менее не был связан с развитием процессуальных негативных расстройств. Авторами был установлен парадокс: несмотря на то что пациентам с бредом величия присуща высокая степень убежденности в правильности своих суждений, они практически не демонстрировали бредового поведения, в отличие от больных с другими типами бреда. В этой работе впервые упоминалось о необходимости исследований по выявлению биологических маркеров бреда величия с целью достижения более высокого уровня достоверности диагностики. Кроме того, в данной работе было показано, что бред величия чаще возникает в рамках течения биполярного аффективного расстройства (БАР) (59%), чем при шизофрении (49%). Распространенность бреда величия изучалась и J. Junginger с соавт. (1992), которые также установили более высокую частоту его возникновения при аффективных расстройствах, чем при шизофрении.

Н.В. Субботская (2005) разработала типологию острых парафренных состояний на основании различия механизмов бредообразования. Путем детального психопатологического исследования автором были описаны три типологических варианта острой парафрении: с доминированием чувственного бреда, с преобладанием проявлений синдрома Кандинского–Клерамбо и с высоким удельным весом в клинической картине психоза конфабulatorных расстройств. В то же время взаимосвязь особенностей структуры бредовых расстройств с характеристиками аффективной симптоматики в картине синдрома в работе подробно не исследовалась. А.В. Соколов (2012) как одну из разновидностей маниакально-бредовых состояний с картиной бреда преувеличенной самооценки описал парафренный вариант, который развивался в тесной взаимосвязи с маниакальным аффектом и формировался либо по закономерностям стереотипа развития хронического бреда V. Магнап, либо с участием острого чувственного бреда воображения. На оформление психопатологической картины этих вариантов маниакально-парафренного состояний оказывали влияние особенности маниакального аффекта, которые обнаруживали корреляцию как с характеристиками бредообразования, так и с динамикой бредовых расстройств.

За последние годы в доступной нам зарубежной научной литературе представлены лишь отдельные публикации, посвященные клинике и психопатологии

маниакально-бредовых и маниакально-парафренных состояний, их нозологической и прогностической оценке, а также подходам к терапии данных психозов. При этом многие зарубежные исследователи считают, что парафренные психозы могут возникать исключительно в позднем возрасте, и их развитие неотъемлемо связано с когнитивными нарушениями, приводящими к деменции [10]. Некоторые авторы даже полагают, что парафренные состояния являются продромом деменции [11, 12]. Кроме того, в зарубежной литературе для обозначения парафрении используется термин «шизофреноформный психоз с очень поздним началом». При этом подчеркивается, что особенностью данного состояния оказывается отсутствие наследственной отягощенности и отчетливого доманифестного периода, какой-либо взаимосвязи с преморбидной структурой личности, а также слабая выраженность негативных симптомов и расстройств мышления в сочетании с очень медленным прогрессированием болезни [13]. Рядом исследователей было установлено, что «шизофреноформный психоз с очень поздним началом» часто ассоциирован с органическими заболеваниями, такими как опухоли мозга, острое нарушение мозгового кровообращения и нейродегенеративные процессы [14]. Многие авторы связывают развитие поздней парафрении с наличием нейрофибриллярных клубочков (NFT) в основном в пределах энторинальной коры [10, 15].

При анализе современного состояния проблемы маниакально-парафренных состояний следует отметить, что в зарубежной литературе активно ведется дискуссия о правомерности применения при психотических маниях диагноза БАР и шизоаффективного расстройства/психоза (ШАП) [16, 17]. При этом большинство авторов относят маниакально-бредовые и маниакально-парафренные состояния к расстройствам аффективного регистра, квалифицируя их, таким образом, в рамках БАР даже при наличии в клинической картине психоза симптомов первого ранга, по K. Schneider [18]. С другой стороны, W. Maier с соавт. (1992) установили, что пациенты с ШАП, в отличие от больных, страдающих БАР, имеют четкую наследственную отягощенность (у родственников таких больных часто диагностировалась шизофрения) [19]. Исследования когнитивного функционирования показали, что у больных ШАП нарушения интеллектуальных и поведенческих функций, отсутствующие у пациентов с БАР, проявляются уже на доманифестном этапе заболевания. При сравнении пациентов с ШАП и БАР в периоде эутимии [20] у пациентов, страдающих ШАП, был выявлен когнитивный дефицит, который не отмечался у больных БАР, причем показатели последних были сопоставимы с контрольной группой здоровых исследуемых. В то же время при изучении клинических аспектов данных расстройств [19] было установлено, что у пациентов с ШАП не обнаруживалось явных негативных симптомов, свойственных больным шизофренией. Таким образом, нозологическая квалификация маниакально-парафренных

состояний до настоящего времени остается неопределенной.

В последнее время продолжают дискуссии относительно возможности применения оценочных диагностических шкал при маниакальных и маниакально-бредовых состояниях. Так, ряд зарубежных авторов [21, 22] ссылаются на достаточную валидность применения шкалы мании The Bech-Rafaelsen Mania Scale (MAS) наряду с популярной в отечественной психиатрии шкалой мании Янга (YMRS). Авторы указывают на схожую диагностическую ценность шкалы MAS при меньших временных затратах. Тем не менее в настоящее время данная шкала практически не используется. Еще одна шкала для оценки мании разработана Альтманом в Университете Иллинойса для определения наличия и/или выраженности маниакальных (гипоманиакальных) симптомов (Altman self-rating mania scale). Она состоит из пяти пунктов, основанных на диагностических критериях мании согласно классификации DSM-IV. Пункты шкалы оценивают психическое состояние больного на основе изменений в настроении, самооценке, потребности в сне, речи и активности. Шкала Альтмана имеет высокую степень корреляции с оценочными шкалами, основанными на клиническом интервью, и, в частности, шкалой мании Янга.

Следует отметить тот факт, что в исследованиях последнего десятилетия в области психиатрии наметилась тенденция к замене синдромального клинического подхода на узкосимптоматический, направленный лишь на оценку отдельных психопатологических дефиниций [23]. В рамках данного направления были разработаны когнитивные модели, обычно ассоциированные с психопатологическим содержанием психоза, например слуховыми галлюцинациями [23–25] и бредом преследования [23, 26]. Также рассматривались общие механизмы развития позитивных симптомов психоза [27, 28]. При этом бред величия остается недостаточно изученным и с вышеописанных позиций, которые, впрочем, близки скорее к патопсихологическим, нежели психопатологическим.

В течение последних десятилетий типологическая дифференциация маниакальных состояний основывается преимущественно на квалификации выявляемых в их структуре бредовых расстройств, оцениваемых в качестве конгруентных либо неконгруентных аффекту [29–31]. При этом данное разделение никак не увязывается с нозологической оценкой психоза и его прогнозом. В современных классификациях психических расстройств (МКБ-10, DSM-5) данные психозы рассматриваются исключительно в рамках БАР. Более того, большинство зарубежных авторов отмечает, что при нозологической оценке маниакально-бредовых психозов имеет место гипердиагностика шизофрении [30].

Следует отметить, что, несмотря на наблюдающийся в конце XX и начала XXI века тренд в психиатрической науке в сторону отказа от традиционного клинко-психопатологического метода исследования, в последнее

время появляется все больше работ, свидетельствующих о нарастающем разочаровании в сугубо дименсиональном подходе [32]. Все большее число исследователей говорит о необходимости возврата к феноменологическому методу и категориальной диагностике [33, 34].

Значительный вклад в исследование взаимосвязи между аффективными и другими психопатологическими расстройствами в структуре маниакального синдрома внесли А. Gonzales-Pinto с соавт. (2003), которые установили три основных симптома маний: гедонизм, гиперактивность и дисфорию с агрессией, раздражительностью и недостатком критики. Авторами была выявлена корреляция этих трех симптомов с расстройствами психотического спектра: галлюцинациями, бредовой симптоматикой и нарушениями мышления.

N. Smith с соавт. (2005) изучали вопрос о том, является ли бред величия одним из механизмов психологической защиты от низкой самооценки в преморбидной структуре личности или прямым отражением эмоций и связанных с ними процессов. В своем исследовании авторы установили, что бред величия, хотя и основывается на завышенной личностной самооценке у исследуемых, но возникает исключительно на фоне повышенного настроения с эйфорией во время маниакального психоза. Авторы работы даже полагали, что у людей с бредом величия характерное для них негативное отношение по отношению к окружающим может способствовать повышению социального статуса. Кроме того, по мнению исследователей, в настоящее время актуальным представляется обнаружение определенных личностных предикторов в развитии бреда величия. Существует также точка зрения, что бред величия может играть определенную роль в развитии персекуторного бреда [10, 35–37]. P. Conus и S. Cotton с соавт. (2010) провели анализ исхода психических болезней, протекающих с картиной маниакально-бредовых психозов. Исследование выявило негативный прогноз заболевания при развитии бредовой мании в манифестной фазе, что согласуется с более ранними работами [38].

ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ МАНИАКАЛЬНО-ПАРАФРЕННЫХ СОСТОЯНИЙ

Вопросы терапии маниакально-парафренных и маниакально-бредовых состояний также остаются предметом оживленной дискуссии. Одни авторы предлагают купировать данную симптоматику исключительно нормотимиками [29, 39, 40], другие, напротив, рекомендуют терапию маниакальных фаз только применением антипсихотиков, при этом утверждается, что эффект лечения наступает быстрее и более выражен, чем при применении солей лития [41]. В то же время имеются данные о том, что назначение антипсихотиков в виде монотерапии при маниях ассоциируется с увеличением частоты несмертельного суицидального поведения в 9,4 раза, а использование комбинации антипсихотика

и нормотимика — в 3,5 раза по сравнению с монотерапией нормотимиками [40]. Кроме того, указывается, что антипсихотики являются небезопасными препаратами, приводящими к увеличению смертности пациентов в 1,5–3 раза [42]. Следует отметить и способность нейролептиков индуцировать депрессии, отмеченную еще Г.Я. Авруцким (1988) на примере хлорпромазина и М.Ю. Поповым (2012) на примере галоперидола. Существует точка зрения, согласно которой депрессогенное влияние антипсихотиков, в том числе атипичных, обусловлено их влиянием на дофаминергическую трансмиссию [43–45]. Не меньшее внимание уделяется и вопросу индуцирования нейролептиками псевдодефицитарных симптомов у различных групп пациентов, при этом отмечается значительное сходство клинической картины негативных расстройств при шизофрении и депрессивной симптоматики, вызванной применением антипсихотиков [46]. В то же время существует точка зрения [47], согласно которой антипсихотики второго поколения за счет меньшего ингибирования D₂-рецепторов и сродства к некоторым другим нейротрансмиссивным системам обладают значительно меньшей способностью индуцировать когнитивные и депрессивные расстройства, а, возможно, могут и частично редуцировать последние. Альтернативным методом купирования маниакальных состояний является применение нормотимиков. Так, изучение результатов рандомизированного исследования С. Bowden с соавт. (1994) показало, что и литий, и вальпроаты были эффективны в лечении психотической мании (более, чем плацебо). Эти данные нашли свое отражение в разработке терапевтических схем, например достаточно широко известного «Техасского алгоритма» [48].

НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАНИАКАЛЬНО-ПАРАФРЕННЫХ СОСТОЯНИЙ

До настоящего времени помимо психопатологических особенностей маниакально-бредовых и маниакально-парафренных состояний остаются недостаточно изученными как их нейробиологические (нейрофизиологические, иммунологические, биохимические), так и патопсихологические аспекты. Несмотря на наблюдающийся в последние годы акцент на биологических исследованиях в отечественной и зарубежной психиатрии [49–54], комплексного изучения нейробиологических, биохимических, иммунологических и патопсихологических особенностей маниакально-бредовых и маниакально-парафренных состояний до настоящего времени практически не проводилось.

Немногочисленные нейрофизиологические исследования по данной теме свидетельствуют о том, что при острых психотических состояниях, в том числе маниакально-бредовых и маниакально-парафренных, как правило, регистрируется десинхронизированная ЭЭГ со снижением спектральной мощности альфа-диапазона и часто с усилением бета-активности, что

свидетельствует о повышенной активации стволовых структур и значительном дефиците тормозных систем коры головного мозга. В недавнем клинико-нейрофизиологическом исследовании [55] было показано, что по данным количественной ЭЭГ у пациентов с маниакально-бредовыми состояниями в рамках приступообразной шизофрении (без более тонкого подразделения на синдромально различающиеся группы) более тяжелое клиническое состояние до начала курса терапии, отражающееся в более высоких значениях общей суммы баллов шкалы PANSS, ассоциируется с повышенной активацией лобных и центральных зон и сниженной активацией височных областей левого полушария коры головного мозга.

Исследования последних десятилетий обогатились гипотезой об участии нейровоспалительных процессов в патогенезе эндогенных психозов. Так, работа F. Dickerson с соавт. (2013) показывает изменения ряда иммунных параметров при маниакальных расстройствах (повышение уровней антител к пептиду NR2 рецептора NMDA, IgG к глиадину, а также IgM к *Toxoplasma gondii*). Нейровоспаление может быть вызвано стрессом, ишемией/гипоксией, сопутствующим инфекционным процессом или быть результатом генетической предрасположенности, которая способствует поддержанию патологического процесса в мозге и формированию нейроанатомических нарушений, что в дальнейшем приводит к расстройствам психической деятельности. Было установлено, что маниакально-парафренные состояния, наблюдающиеся в рамках эндогенных приступообразных заболеваний, сопровождаются разным уровнем активации иммунной системы [56]. Кроме того, при этих психозах запускаются не только воспалительные, но и аутоиммунные реакции, отражающие тяжесть текущего патологического процесса в мозге. Как правило, у таких больных повышен уровень противоспалительных цитокинов, белков острой фазы, хемокинов и молекул клеточной адгезии [57]. Высокий уровень антител к нейроантигенам служит маркером, свидетельствующим о тяжести патологического процесса [50].

Одним из воспалительных маркеров, вовлеченных в патогенез эндогенных приступообразных заболеваний, является лейкоцитарная эластаза (ЛЭ). ЛЭ — протеолитический фермент нейтрофилов, участвующий в реакциях проницаемости сосудистой стенки и выбрасывающийся во внеклеточное пространство при разрывании воспалительных реакций. Повышение активности ЛЭ в острой стадии эндогенного приступообразного заболевания сопровождается повышением функциональной активности α_1 -протеиназного ингибитора (α_1 -ПИ), относящегося к белкам острой фазы воспаления. В качестве аутоиммунных маркеров также рассматриваются повышенные уровни аутоантител к нейроантигенам [50, 56]. Кроме того, установлено, что комплексное определение иммунологических показателей в динамике заболевания отражает изменения состояния пациентов задолго до клинических

проявлений психоза, т.е. может служить дополнительным инструментом для мониторинга, оценки качества терапевтической ремиссии и прогноза дальнейшего течения заболевания [50, 56].

Помимо вышеизложенного, данные литературы [60] свидетельствуют о повышении у больных шизофренией и аффективным заболеванием риска развития венозных и артериальных тромбозов. Предполагают, что увеличение такого риска связано с развитием у больных ожирения висцерального типа, метаболического синдрома, системного воспаления или нейровоспаления [58], а также с длительной терапией как традиционными, так и атипичными антипсихотическими средствами [59, 60]. Кроме того, есть основания предполагать, что увеличение частоты тромбообразования у больных эндогенными психическими заболеваниями может быть обусловлено повышенной свертываемостью плазмы крови при шизофрении и аффективных психозах. Согласно последним данным О.С. Бруслова с соавт. (2018, 2019), у больных с эндогенными маниакально-бредовыми психозами наблюдается повышенная свертываемость плазмы крови (гиперкоагуляция), которая нормализуется на фоне психофармакотерапии. Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных шизофренией и в значительно меньшей степени у больных аффективным заболеванием в стадии обострения присутствует повышенный риск тромботических событий. Эти патологические процессы могут быть патогенетическим звеном формирования у больных эндогенными психическими заболеваниями когнитивных расстройств после каждого перенесенного приступа.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании приведенных данных можно сделать вывод о необходимости дальнейшего изучения корреляций психопатологических особенностей маниакально-бредовых и маниакально-парафренных состояний с нейробиологическими показателями и поиска предикторов развития и биологических маркеров данных психозов в рамках мультидисциплинарных исследований. Интерес представляет дальнейший анализ иммунологических особенностей разных клинических вариантов маниакально-парафренных состояний. Результаты подобных исследований могли бы способствовать уточнению как диагностики маниакально-парафренных состояний, так и прогноза заболеваний, в течении которых они возникают.

Таким образом, несмотря на длительную историю исследований маниакально-парафренных и маниакально-бредовых состояний, исчерпывающего анализа их психопатологической структуры, патокинеза расстройств в динамике синдрома, особенностей соотношения маниакальных и бредовых (парафренных) расстройств в их картине проведено не было. Также до настоящего времени не определены нейробиологические маркеры данных состояний, сохраняется неоднозначность их нозологической оценки, отсутствуют

надежные прогностические критерии эндогенных заболеваний, протекающих с вышеописанными психозами, не разработаны методы дифференцированной терапии этих расстройств. Все вышесказанное определяет актуальность дальнейших исследований данной проблемы.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Точилев ВА. О трудностях в диагностике и лечении атипичных аффективных психозов. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 1992;4:28–36.
Tochilov VA. O trudnostiakh v diagnostike i lechenii atipichnykh affektivnykh psikhovozov. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 1992;4:28–36. (In Russ.).
2. Пашковский ВЭ. Клинические особенности бреда мессиианства при психических расстройствах шизофренического спектра. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2006;106(4):15–20.
Pashkovskii VE. Klinicheskie osobennosti bredda messianstva pri psikhicheskikh rasstroistvakh shizofrenicheskogo spektra. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2006;106(4):15–20. (In Russ.).
3. Субботская НВ. Психопатология острого парафренного синдрома и его типологические варианты. *Психиатрия*. 2005;5:26–31.
Subbotskaya NV. Psychopathology of acute paraphrenic syndrome and its typological variants. *Psychiatry*. 2005;5:26–31. (In Russ.).
4. Соколов АВ. Психопатологические особенности бреда преувеличенной самооценки в картине эндогенных маниакально-бредовых состояний. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2012;112(2):18–24.
Sokolov AV. Psychopathological features and delusion of exaggerated self-esteem in endogenous manic-delusion states. *Zhurnal nevrologii i psixiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2012;112(2):18–24. (In Russ.).
5. Шумский НГ. К клинике парафренной (фантастически-параноидной) шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1958;4:462–470.
Shumskij NG. K klinike parafrennoj (fantasticheski-paranoidnoj) shizofrenii. *Zhurnal nevropatologii i psixiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1958;58(4):462–470. (In Russ.).
6. Тиганов АС. Некоторые особенности маниакальных состояний при шизофрении, протекающей в форме шубов. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1969;69;2:249–253.
Tiganov AS. Concerning of the features of maniac states occurring in schizophrenia of the shift-like form. *Zhurnal nevropatologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1969;69(2):249–253. (In Russ.).
7. Соколова БВ. К клинике и психопатологии острых парафренных состояний. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1968;5:754–758.
Sokolova BV. The clinical picture and psychopathology of acute paraphrenic states in schizophrenia. *Zhurnal nevropatologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1968;5:754–758. (In Russ.).
8. Снежневский АВ. Клиническая психопатология. Руководство по психиатрии. Под ред. А.В. Снежневского. М., 1983;Т. 1:16–80.
Snezhnevskii AV. Klinicheskaja psikhopatologija. Ru-kovodstvo po psikhiiatrii. Pod red. A.V. Snezhnevskogo. M., 1983;T.1:16–80. (In Russ.).
9. Appelbaum P, Clark Robbins P, Roth Loren H. Dimensional Approach to Delusions: Comparison Across Types and Diagnoses. *The American Journal of psychiatry*. 1999;156:1938–1943. DOI: 10.1176/ajp.156.12.1938
10. Casanova M. The Pathology of Paraphrenia. *Current Psychiatry Reports*. 2010;12:196–201. DOI: 10.1007/s11920-010-0108-8
11. Brodaty H, Sachdev P, Koschera A, Monk D, Cullen B. Long-term outcome of late-onset schizophrenia: 5-year follow-up study. *Br. J. Psychiatry*. 2003;183:213–219. DOI: 10.1192/bjp.183.3.213. PMID: 12948993
12. Girard C. Clinical characterization of late- and very late-onset first psychotic episode in psychiatric inpatients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008;16(6):478–487. DOI: 10.1097/JGP.0b013e31816c7b3c
13. Howard R, Rabins P. Late paraphrenia revisited. *Br. J. Psychiatry*. 1997;171:406–408. DOI: 10.1192/bjp.171.5.406. PMID: 9463595
14. Reeves RR, Brister JC. Psychosis in late life: emerging issues. *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv*. 2008;46(11):45–52. DOI: 10.3928/02793695-20081101-09. PMID: 19051578
15. Yamada M. Senile Dementia of the Neurofibrillary Tangle Type (SD-NFT). *Brain Nerve*. 2018;5(70):533–541. DOI: 10.11477/mf.1416201035
16. Conus P, Cotton S, Bechdolf A, Nelson B, Chenen A. A preliminary evaluation of the validity of at-risk criteria for bipolar disorders in help-seeking adolescents and young adults. *Journal of Affective Disorder*. 2010;1(127):316–320. DOI: 10.1016/j.jad.2010.06.016
17. Malhi GS, Green M, Fagioli A, Peselow ED, Kumari V. Schizoaffective disorder: diagnostic issues and future recommendations. *Bipolar Disord*. 2008;10(1Pt.2):215–230. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2007.00564.x PMID: 18199238
18. van Os, J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009;22(374):635–645. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60995-8
19. Roy M, Neale M, Kendler K. The Genetic Epidemiology of Self-Esteem. *Br. J. Psychiatry*. 1995;166(6):813–820. DOI: 10.1192/bjp.166.6.813
20. Torrent C, Martínez-Arán A, Amann B, Daban C, Tabarés-Seisdedos R, González-Pinto A. Cognitive impairment in schizoaffective disorder: a

- comparison with non-psychotic bipolar and healthy subjects. *Acta Psychiatr. Scand.* 2007;6(116):453–460. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2007.01072.x
21. Bech P, Bolwig T, Kramp P, Rafaelsen O. The Bech-Rafaelsen Mania Scale and the Hamilton Depression Scale. *Psychiatr. Pol.* 2011;45(1):61–78.
 22. Świtaj P, Grygiel P, Chrostek A, Wciórka J. Investigating the Roles of Loneliness and Clinician- And Self-Rated Depressive Symptoms in Predicting the Subjective Quality of Life Among People With Psychosis. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2018;53(2):183–193. DOI: 10.1007/s00127-017-1470-1
 23. Bentall R, Rowse G, Shryane N. The cognitive and affective structure of paranoid delusions. A transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorders and depression. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2009;66:236–247. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.1
 24. Beck AT, Rector NA. Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2005;1:577–606. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144205 PMID: 17716100
 25. Horowitz MJ. A cognitive model of hallucinations. *Am. J. Psychiatry.* 1975;132(8):789–795. DOI: 10.1176/ajp.132.8.789. PMID: 1147062
 26. Freeman D, Garety P. Advances in understanding and treating persecutory delusions: a review. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2014;49:1179–1189. DOI: 10.1007/s00127-014-0928-7
 27. Garety P, Fowler A, Bebbington P, Freeman D. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol. Med.* 2001;2(31):189–195. DOI: 10.1017/s0033291701003312
 28. Morrison H, Welgus H, Stockley R, Birnnett D. Inhibition of human leukocyte elastase bound to elastin: relative ineffectiveness and two mechanisms of inhibitory activity. *American Journal of Respiratory Cell and Molecular Biology.* 1990;2:263–269.
 29. Swann AC, Janicak PL, Calabrese JR, Bowden CL, Dilsaver SC, Morris DD, Petty F, Davis JM. Structure of mania: depressive, irritable, and psychotic clusters with different retrospectively-assessed course patterns of illness in randomized clinical trial participants. *J. Affect. Disord.* 2001;67(1–3):123–132. DOI: 10.1016/s0165-0327(01)00447-5. PMID: 11869759
 30. Krabbendam L, Myin-Germeys I, De Graaf R, Vollebergh W, Nolen WA, Iedema J, van Os J. Dimensions of depression, mania and psychosis in the general population. *Psychol. Med.* 2004;34(7):1177–1186. DOI: 10.1017/s0033291703001892 PMID: 15697044
 31. Azorin J, Akiskal H, Hentouche E. The mood-instability hypothesis in the origin of mood-congruent versus mood-incongruent psychotic distinction in mania: validation in a French National Study of 1090 patients. *J. Affect. Disord.* 2006;96:215–223.
 32. Berrios G. Is the concept of “dimension” applicable to psychiatric objects? *World Psychiatry.* 2013;1(12):76–78. DOI: 10.1002/wps.20019
 33. Andreasen N. DSM and the death of phenomenology in america: an example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin.* 2007;1(33):8–12. DOI: 10.1093/schbul/sbl054
 34. Савенко ЮС. Можно ли исчерпать психопатологию? *Независимый психиатрический журнал.* 2016;3:29–32. Savenko IuS. Mozhno li ischerpat' psikhopatologiiu? *Nezavisimyi psikhiatricheskii zhurnal.* 2016;3:29–32. (In Russ.).
 35. Knowles R, McCarthy-Jones S, Rowse G. Grandiose delusions: A review and theoretical integration of cognitive and affective perspectives. *Clinical Psychology Review.* 2011;31(4):684–696. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.02.009
 36. Radermaker S, Sirois F. Late paraphrenia: an accidental finding. *Presse Med.* 2013;42(5):911–912. DOI: 10.1016/j.lpm.2012.06.018
 37. Jacobowski NL, Heckers S, Bobo WV. Delirious mania: detection, diagnosis, and clinical management in the acute setting. *J. Psychiatr. Pract.* 2013;19(1):15–28. DOI: 10.1097/01.pra.0000426324.67322.06. PMID: 23334676
 38. Морозова МА. Клиника, течение и прогноз аффективного психоза, протекающего с преобладанием маниакальных расстройств. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 1989;89(4):82–87. Morozova MA. Clinic, course and prognosis of affective psychosis, proceeding with a predominance of manic disorders. *Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova.* 1989;89(4):82–87. (In Russ.).
 39. Rifkin A, Dodd S, Karajgi B, Borenstein M, Munne R. Dosage of haloperidol for mania. *Br. J. Psychiatry.* 1994;165(1):113–116. DOI: 10.1192/bjp.165.1.113 PMID: 7953013
 40. Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J. Bipolar pharmacotherapy and suicidal behavior. Part I: Lithium, divalproex and carbamazepine. *J. Affect. Disord.* 2007;103(1–3):5–11. DOI: 10.1016/j.jad.2007.05.019 Epub. 2007 Jul 12. PMID: 17628692
 41. Воробьев ПВ. Клиническая типология смешанных маниакальных состояний при биполярном аффективном расстройстве. *Российский психиатрический журнал.* 2014;1:33–42. Vorobyev RV. Clinical typology of mixed mania in bipolar affective disorder. *Russian Psychiatric Journal.* 2014;1:33–42. (In Russ.).
 42. Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R, Lehtinen V. Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. *Br. J. Psychiatry.* 2006;188:122–127. DOI: 10.1192/bjp.188.2.122. PMID: 16449697
 43. Смулевич АБ. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2001. Smulevich AB. Depressii v obshchei meditsine. *Rukovodstvo dlia vrachei.* M.: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2001. (In Russ.).

44. Бубнова ЮС, Дорофейков ВВ, Мазо ГЭ, Петрова НН. К вопросу о механизмах развития депрессии при шизофрении. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2012;4(14):21–26.
Bubnova, US, Dorofeykov VV, Maso GE, Petrova NN. To the question of the mechanisms of development of depression in schizophrenia. *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya*. 2012;4(14):21–26. (In Russ.).
45. Петрова НН. Антипсихотики — основные средства лечения шизофрении и других психозов. *Фундаментальные аспекты психического здоровья*. 2016;3:124–134.
Petrova NN. Antipsychotics are the main treatment for schizophrenia and other psychoses. *Fundamentalnye aspekty psikhicheskogo zdorovya*. 2016;3:124–134. (In Russ.).
46. Barnes T, McPhillips M. How to distinguish between the neuroleptic-induced deficit syndrome, depression and disease-related negative symptoms in schizophrenia. *International clinical psychopharmacology*. 1995;10(3):115–121.
47. Karamatskos E, Mulert C, Lambert M, Naber D. Subjective well-being of patients with schizophrenia as a target of drug treatment. *Curr. Pharm. Biotechnol.* 2012;13(8):1490–1499. DOI: 10.2174/138920112800784862 PMID: 22283757
48. Crismon M, Argo T, Bendele S, Suppes T. Texas Medication Algorithm Project Procedural Manual: Bipolar Disorder Algorithms. *The Texas Department of State Health Services*. 2007:66.
49. Najjar S, Pearlman DM, Alper K, Najjar A, Devinsky O. Neuroinflammation and psychiatric illness. *J. Neuroinflammation*. 2013;10:43. DOI: 10.1186/1742-2094-10-43 PMID: 23547920; PMCID: PMC3626880
50. Ключник ТП, Омельченко МА, Сарманова ЗВ, Зозуля СА, Отман ИН, Дупин АМ, Каледа ВГ. Возможность использования иммунологических показателей для оценки риска манифестации эндогенных психозов у больных с непсихотическими расстройствами юношеского возраста. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2014;114(10):97–101.
Klyushnik TP, Omelchenko MA, Sarmanova ZV, Zozulya SA, Otman IN, Dupin AM, Kaleda VG. Possibilities of the use of immunological indicators for the assessment of the risk of manifestation of endogenous psychoses in patients with nonpsychotic disorders of the juvenile age. *Zhurnal neurologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2014;114(10):97–101. (In Russ.).
51. Small J, Milstein V, Malloy F, Medlock C, Klapper M. Clinical and quantitative EEG studies of mania. *J. Affect. Disord.* 1999;53:217–224. DOI: 10.1016/S0165-0327(98)00124-4
52. Изнак АФ, Изнак ЕВ, Ключник ТП, Пантелеева ГП, Олейчик ИВ, Абрамова ЛИ, Столяров СА. Нейрофизиологические и нейроиммунологические показатели прогноза эффективности терапии аффективно-бредовых состояний в рамках приступообразной шизофрении. *Психиатрия*. 2014;2:47–52.
Iznak AF, Iznak EV, Klyushnik TP, Panteleeva GP, Oleichik IV, Abramova LI, Stolyarov SA. Neurophysiological and neuroimmunological indicators for predicting the effectiveness of therapy for affective-delusional conditions in the context of paroxysmal schizophrenia. *Psychiatry*. 2014;2:47–52. (In Russ.).
53. Брусов ОС, Матвеев ИА, Кириллов ПС, Фактор МИ, Карпова НС, Васильева ЕФ, Катасонов АБ, Зозуля СА, Ключник ТП. Оценка риска тромботических нарушений у больных шизофренией и шизоаффективными расстройствами в остром периоде болезни с использованием технологии «фибринодинамика». *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2017;117(11):91–100. DOI: 10.17116/jnevro201711711191-100
Brusov OS, Matveev IA, Kirillov PS, Faktor MI, Karpova NS, Vasil'eva EF, Katasonov AB, Zozulya SA, Klyushnik TP. Risk assessment of thrombotic events in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder in the acute state: the “fibrinodynamics” technology. *Zhurnal neurologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2017;117(11):91–100. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro201711711191-100
54. Мелешко ТК, Критская ВП. К проблеме специфичности шизофренической патологии. *Психиатрия*. 2016;72(4):20–26.
Meleshko TK, Kritskaya VP. Towards the problem of peculiarities of schizophrenic pathology. *Psychiatry*. 2016;72(4):20–26. (In Russ.).
55. Изнак АФ, Изнак ЕВ, Ключник ТП, Олейчик ИВ, Абрамова ЛМ, Кобельков ГМ, Ложников МА. Регрессионные модели взаимосвязей клинических и нейробиологических показателей при терапии маниакально-бредовых состояний в рамках приступообразной шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2016;116(3):33–38. DOI: 10.17116/jnevro20161163133-38
Iznak AF, Iznak EV, Klyushnik TP, Oleichik IV, Abramova LM, Kobelkov GM, Lozhnikov MA. Regression models of the relationship of clinical and neurobiological parameters in the treatment of manic-delusional conditions in the context of paroxysmal schizophrenia. *Zhurnal neurologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2016;116(3):33–38. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro20161163133-38
56. Зозуля СА, Олейчик ИВ, Андросова ЛВ, Отман ИН, Сарманова ЗВ, Столяров СА, Бизяева АС, Юнилайнен ОА, Ключник ТП. Мониторинг течения эндогенных психозов по иммунологическим показателям. *Психическое здоровье*. 2017;15(1):11–18.
Zozulya SA, Oleichik IV, Androsova LV, Otman IN, Sarmanova ZV, Stolyarov SA, Bizyaeva AS, Unilaynen OA, Klyushnik TP. Monitoring trend of endogenous psychoses by immunological indicators. *Psihicheskoe zdorov'e*. 2017;15(1):11–18. (In Russ.).
57. Raison CL, Capuron L, Miller AH. Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of

- depression. *Trends Immunol.* 2006;27(1):24–31. DOI: 10.1016/j.it.2005.11.006 Epub 2005 Nov 28. PMID: 16316783; PMCID: PMC3392963
58. Hoirisch-Clapauch S, Nardi AE, Gris JC, Brenner B. Mental disorders and thrombotic risk. *Semin. Thromb. Hemost.* 2013;39(8):943–949. DOI: 10.1055/s-0033-1357486 Epub 2013 Oct 10. PMID: 24114008
59. Roche-Bayard P, Rossi R, Mnn J, Cordier J, Delahaye J. Left pulmonary artery thrombosis in chlorpromazine-induced lupus. *Chest.* 1990;98(6):1545.
60. Zornberg GL, Jick H. Antipsychotic drug use and risk of first-time idiopathic venous thromboembolism: a case-control study. *Lancet.* 2000;356(9237):1219–1223. DOI: 10.1016/S0140-6736(00)02784-7. PMID: 11072939

Сведения об авторах

Сизов Степан Владимирович, научный сотрудник, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-8213-5122>

E-mail: sizov.stepan@list.ru

Олейчик Игорь Валентинович, доктор медицинских наук, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-8344-0620>

E-mail: i.oleichik@mail.ru

Баранов Петр Александрович, кандидат медицинских наук, научный сотрудник, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-4423-4007>

E-mail: pab1960@mail.ru

Information about the authors

Stepan V. Sizov, Department of Endogenous Mental Disorders and Affective Conditions, FSBSI “Mental Health Research Centre”, Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-8213-5122>

E-mail: sizov.stepan@list.ru

Igor V. Oleichik, MD, PhD, Dr. of Sci. (Med.), Principal Researcher, Department of Endogenous Mental Disorders and Affective Conditions, Mental Health Research Centre, FSBSI “Mental Health Research Centre”, Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-8344-0620>

E-mail: i.oleichik@mail.ru

Petr A. Baranov, MD, PhD, Cand. of Sci. (Med.), Researcher, Department for the Study of Endogenous Mental Disorders and Affective Conditions, FSBSI “Mental Health Research Centre”, Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-4423-4007>

E-mail: pab1960@mail.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Сизов Степан Владимирович/Stepan V. Sizov

E-mail: sizov.stepan@list.ru

Дата поступления 27.07.2020 Received 27.07.2020	Дата рецензии 27.10.2020 Revised 27.10.2020	Дата принятия 12.11.2020 Accepted for publication 12.11.2020
--	--	---

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-102-110>

УДК 616.89-008.486

Личности гипертимного круга: эволюция взглядов на концепцию и патокинез гипертимии

Чуркина А.М., Субботская Н.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация

НАУЧНЫЙ
ОБЗОР

Резюме

Цель: представить эволюцию концепций гипертимии и ее патокинеза. **Материал и методы:** по ключевым словам «личности гипертимного круга», «гипертимия», «биполярное аффективное расстройство», «хроническая гипомания» проведен поиск публикаций в базах PubMed/MEDLINE, РИНЦ и других источниках с середины XIX века по настоящее время. **Заключение:** в науке исторически сложились две пересекающиеся психопатологические концепции на гипертимию, позиционирующие ее как единые континуумы БАР и аффективного темперамента/расстройства личности. В последние годы, благодаря успехам и внедрению биологической психиатрии, появились исследования, подтверждающие структурно-динамическую и патогенетическую целостность гипертимии.

Ключевые слова: личности гипертимного круга; гипертимия; хроническая гипомания; биполярное аффективное расстройство.

Для цитирования: Чуркина А.М., Субботская Н.В. Личности гипертимного круга: эволюция взглядов на концепцию и патокинез гипертимии. *Психиатрия*. 2021;19(1):102–110. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-102-110>

Конфликт интересов отсутствует

Personalities of the Hyperthymic Circle: Evolution of Conception Views and Patokinesis

Churkina A.M., Subbotskaya N.V.

FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation

REVIEW

Summary

The aim of review: to present the evolution of the concepts and pathokinesis of hyperthymia. **Materials and methods:** according to the keywords "personality of the hyperthymic circle", "hyperthymia", "bipolar affective disorder", "chronic hypomania", publications were searched in PubMed/MEDLINE, RSCI and other sources from the middle of the 19th century to the present. **Conclusion:** in science, historically, two intersecting psychopathological concepts of hyperthymia have developed, positioning it as a single continuum of bipolar disorder and affective temperament/personality disorder. In recent years, thanks to the success and introduction of biological psychiatry, studies have appeared that confirm the structural-dynamic and pathogenetic integrity of hyperthymia.

Keywords: personalities of the hyperthymic circle; hyperthymia; chronic hypomania; bipolar disorder.

For citation: Churkina A.M., Subbotskaya N.V. Personalities of the Hyperthymic Circle: Evolution of Conception Views and Patokinesis. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(1):102–110. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-102-110>

There is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

Актуальная концепция гипертимии базируется на наличии в структуре личности таких черт, как красноречивость и шутиливость, самоуверенность и оптимистичность, разносторонность интересов, обилие планов, энергичность, бодрость, повышенное либидо, привычно укороченный ночной сон, раскрепощенность, участливость, поиск новых ощущений [1]. Четыре и более из перечисленных характеристик свидетельствуют о причастности личности к кругу гипертимных.

Современные авторы также определяют гиперимию как «маниакальный» темперамент [2–4]. Под термином «темперамент» понимается индивидуальная особенность личности, определяющаяся ее активностью и эмоциональностью в их динамических проявлениях (эмоциональных реакциях, скорости движений и мимике, темпах мыслительных операций и внимания), а не содержательными аспектами деятельности [5]. В свою очередь, расстройство личности — патологическое состояние, характеризующееся дисгармоничностью психического склада и представляющее собой

постоянное, чаще врожденное свойство индивидуума, сохраняющееся в течение всей жизни [6]. Таким образом, гипертимия может рассматриваться и в контексте крайней степени выраженности темперамента, и как личностное расстройство.

Диагностика гипертимных личностей до сих пор представляется непринятой и недооцененной в плане суждения о полярности аффекта. Тогда как биполярность имеет множество различных проявлений, и континуум, концептуализированный Э. Крепелиным [7] между маниакальными и депрессивными состояниями, многогранен, современные классификационные системы пока не могут охватить его в достаточной мере [8].

Статистические данные о распространенности гипертимных личностей немногочисленны, что обусловлено редкими обращениями за помощью и диагностированием данного состояния не как болезни, а в рамках характерологических черт. Это связано, с одной стороны, с социальной приемлемостью и востребованностью гипертимных личностей, с другой — субъективным ощущением комфортности, позитивности и эгосинтонности данного состояния, когда идея обращения к врачу не возникает вовсе. О высокой встречаемости гипертимных личностей упоминает J. Angst [9]. Имеются сведения, что частота их в популяции составляет 1,2–5,4% [10]. Однако Н. Akiskal и соавт. установили, что гипертимами являются не более 1% населения, среди которых преобладают лица мужского пола [11].

Кроме того, благодаря самоуверенности и оптимистичности, гипертимы не отличаются склонностью к самоанализу и не считают свое состояние болезнью (по мнению Н. Akiskal, характеризуются «экстремальным отрицанием»), что приводит к отказу от обращения к врачу даже при развитии депрессии [12].

Гипертимию принято относить к подпороговым (малым) по выраженности аффективно-личностным нарушениям [13]. Малые расстройства маниакального спектра изучены в меньшей степени, чем подпороговые депрессивные нарушения ввиду вышеописанных причин. Гипертимия не имеет отдельной рубрики в МКБ 10-го пересмотра. Ранее (в МКБ-9) выделялись отдельные разделы расстройств личности аффективного типа, куда наряду с гипотимным вариантом включался и гипертимный тип (код 301.1); также присутствовала рубрика гипомании в разделе аффективных психозов (код 296.02). Однако в МКБ-10 рубрики аффективных расстройств личности фактически переключались и стали соответствовать циклотимии (F34.0) и дистимии (F34.1), т.е. *хроническим* аффективным расстройствам. Основанием для этого, видимо, стала тенденция к формированию и укреплению взглядов на аффективную личностную патологию как на континуальную концепцию в рамках малого биполярного расстройства [14, 15]. В устранении существующего диагностического дисбаланса в МКБ-10 значительно продвинулись разработчики МКБ-11, выделяя в специальную диагностическую рубрику БАР II типа с хотя

бы одним гипоманиакальным эпизодом в анамнезе наряду с одним депрессивным [16]. Тогда как Н. S. Akiskal и соавт. в начале XXI столетия говорили о необходимости включения всех уровней маниакального спектра в оценку распространенности БАР и о недоброкачественности субсиндромальных маниакальных расстройств [8].

Впервые о личностях, отличающихся повышенной жизнерадостностью, оптимистичностью, общительностью, дружелюбием, упоминается еще в трудах Гиппократ (ок. 460–377 гг. до н.э.) [17]. Он выделял четыре типа темперамента: холерический, меланхолический, флегматический и сангвинический, что объяснял гуморальной теорией, базирующейся на преобладании в организме различных жидкостей. Сангвинический темперамент характеризовался высокой психической активностью, энергичностью, работоспособностью, подвижностью, разнообразием и богатством мимики, быстрым темпом речи. В дальнейшем на протяжении веков гуморальная концепция темперамента оставалась ведущей, развитием учения Гиппократ о темпераменте занимались Гален, Аристотель [18]. Они описывали сангвиников общительными, эмоциональными, быстро реагирующими на окружающие события, легко приспосабливающимися к новым условиям. «Его чувства легко возникают и сменяются новыми, ему свойственна выразительность, но иногда и непостоянство». В середине XVIII века А. Галлер, ссылаясь на труды Гиппократ, выдвинул гипотезу, основанную на качествах нервной системы (сила и возбудимость кровеносных сосудов), которую в дальнейшем развивали его ученики [19].

На протяжении последнего столетия концепция гипертимии вызвала интерес многих выдающихся ученых, которые рассматривали ее либо в рамках субсиндромального течения аффективных расстройств, либо как характерологическую особенность, не несущую в себе негативного воздействия на психическое здоровье личности.

СТАНОВЛЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ ГИПЕРТИМИИ КАК ЕДИНОГО КОНТИНУУМА БАР

Термин «гипертимия» как психопатологическое понятие был введен в 1844 г. K.W. Stark и обозначался им как вариант аффективного расстройства [20]. В дальнейшем многие ученые, в частности С. Wernicke (1900), относили гипертимию к патологическому расстройству настроения — хронической мании [21].

Среди первых ученых, обративших внимание на темперамент как основу для развития болезни, был Е. Krepelin. Его гипотеза базировалась на наблюдении, что аффективный темперамент биологически явился результатом наследственной отягощенности маниакально-депрессивным психозом, неразвившимся в «цветущую» форму болезни. В 1896 г. Е. Krepelin описал конституционально-возбужденный тип личности.

Основными проявлениями этого варианта ученый считал «незначительно выраженное, но стойкое психомоторное возбуждение» и «стойко приподнятое, беспечное настроение», а также отсутствие глубоких привязанностей, добродушие [22]. Одним из первых Е. Kraepelin обратил внимание на то, что у таких личностей аффективные заболевания протекают тяжелее.

Е. Kretschmer, придерживаясь диатетической пропорции, выделял большую группу аффективных (циклотимных) личностей (1921) и описывал целый ряд личностных типов: «оживленный гипоманиакальный тип», «энергичные практики», «тихий самодовольный тип» и другие [23]. Он также считал, что циклотимный темперамент находится в тесной связи с возникновением депрессивных и маниакальных состояний.

Создатель концепции малой психиатрии П.Б. Ганнушкин (1933) относил «конституционально возбужденных» к группе циклоидных психопатий и характеризовал их как «людей кипучей энергии, откликающихся на все новое, энергичных и предприимчивых» [24]. Он также отмечал, что личности такого склада «изумляют окружающих гибкостью и многосторонностью своей психики, богатством мыслей, часто художественной одаренностью, душевной добротой и отзывчивостью, а главное, всегда веселым настроением». Автор утверждал, что конституционально возбужденные, так же как и циклотимные личности, в динамике могут трансформироваться в аффективные состояния обоих полюсов.

Основоположник отечественной генетики психических заболеваний Т.И. Юдин (1926) в своем труде «Психопатические конституции», как и его предшественники, выделял группу циклоидов, которых характеризовал как веселых, общительных, добродушных, открытых [25]. Ученый говорил о наличии «неоспоримой связи» между циклоидным складом личности и развитием маниакально-депрессивного психоза.

Термин «гипертимия» в значении аффективной психологической конституции в своих трудах упоминал и Th. Ziehen (начало XX века) [26]. Гипертимия он характеризовал как «болезненную маниакальную веселость», подразумевая, что личностные особенности являются фактором риска аффективных заболеваний, преимущественно маний [27].

В середине XX века немецкий психиатр К. Leonhard ввел понятие «акцентуированной личности», среди которых выделял и гипертимов. Автор описывал их как оптимистичных, деятельных, творческих натур. Резкую степень проявления гипертимного темперамента он называл гипоманиакальным состоянием. К. Leonhard писал, что «безоблачная веселость, чрезмерная живость таят в себе опасность, ибо такие люди, шутя, проходят мимо событий, к которым следовало бы отнестись серьезно» [28]. Ученый объединил гипоманиакальный, субдепрессивный и циклотимический темпераменты в рамках общего понятия «аффективные темпераменты», указывая тем самым, что данные варианты

личностной патологии могут приводить к развитию аффективных расстройств.

Выдающийся отечественный психиатр А.В. Снежневский (1983) выделял аффективный тип психопатии и относил к нему личностей, которым свойственны эмоциональная лабильность, неустойчивость настроения [29]. Он подразделял данный тип на два варианта: дистимический и гипертимический. Гипертимов ученый описывал как уверенных в себе и довольных собой, оптимистичных, подвижных, «умеющих пользоваться всеми благами жизни», общительных, разносторонне одаренных. Автор полагал, что оба варианта аффективной психопатии могут свидетельствовать о предрасположенности к развитию аффективных фаз.

В 1990 г. J. Pössl и D. von Zerssen, изучая преморбидные особенности пациентов с аффективными заболеваниями, выделили «маниакальный тип» личности [3]. Данный вариант личностной аномалии они описывали как сочетание гипертимных и истерических черт, причем гипертимные черты определялись стремлением к общению, оптимизмом, креативностью, склонностью к необдуманным финансовым растратам и импульсивным поступкам. Проявлениями истерического склада авторы называли преобладание поверхностных социальных контактов, уклонение от обязательств, потребность в повышенном внимании окружающих. J. Pössl и D. von Zerssen писали, что для личностей маниакального типа наиболее характерно развитие аффективной патологии, преимущественно БАР I типа (с превалированием маниакальных эпизодов).

С. Doran (2008) в труде, посвященном гипоманиакальным состояниям, писал о нечеткой границе между гипертимией и гипоманией [30]. Он предлагал разделять их, основываясь на таких критериях, как продуктивность, общительность, позитивность и предсказуемость.

А.Б. Смулевич в своей работе «Психопатология личности и коморбидных расстройств» (2009) писал о гипертимах как о личностях «с витальным ощущением успеха и благополучия», убежденных в благоприятности настоящего и будущего, имеющих «неиссякаемый запас» энергии, однако последовательных в своих действиях, достигающих определенных высот в карьере и личной жизни [6]. Автор также отмечал, что пик приподнятого настроения приходится на утренние часы, возможны сезонные спады на 1–2 дня, не достигающие глубины депрессивных состояний. Обычное для таких личностей состояние А.Б. Смулевич именуется хронической гипертимией, однако он также отмечает возможность наличия «аутохтонных подъемов», которые носят название «двойные мании». Представители научной школы А.Б. Смулевича (Б.А. Волель, Д.Ф. Пушкирев, И.О. Нефедьева), подробно изучая личностей из круга гипертимных, выделили два варианта данного расстройства: стабильных («уравновешенных») и нестабильных гипертимов [31]. К первой группе относились личности с устойчиво приподнятым фоном настроения и оптимистичным взглядом на жизнь,

высокой продуктивностью, бесконфликтностью, коммуникабельностью, единообразием семейного и профессионального маршрута. Вторую группу авторы характеризовали эмоционально лабильными, вспыльчивыми, раздражительными, некритичными к своим действиям, но также сохраняющими оптимизм, высокую самооценку. Нестабильная гипертимия, по мнению исследователей, в динамике в большинстве случаев переходит в аффективное заболевание.

Современный классик в описании и изучении аффективных расстройств H.S. Akiskal, посвятивший большую часть своих работ биполярным расстройствам настроения, характеризовал гипертимов как энергичных, активных (несмотря на то, что они относятся к «малоспящим»), неутомимых, ярких, шутливых, общительных, успешных в профессии, склонных к занятиям экстремальными видами спорта [11, 32]. Этот ученый также отмечал, что гипертимам свойственна быстрая вовлеченность в какое-либо занятие и столь же быстрая потеря интереса к нему, назойливость, раскованность, уверенность в себе [33, 34]. H.S. Akiskal и соавт. упоминали о «легком» отношении личностей гипертимного круга к социальным контактам, сексуальным отношениям, финансам, собственному здоровью [11]. Неоднократно описывая в своих работах гипертимных личностей, H.S. Akiskal утверждал, что гипертимию можно считать «стертой формой аффективного заболевания» и данные личности обнаруживают предрасположенность к развитию биполярного аффективного расстройства (БАР) (преимущественно I типа, с преобладанием расстройств маниакального круга) [35–37]. В то же время он писал о том, что для гипертимов наименее свойственны самоповреждения и суицидальные попытки, но, учитывая свойственную таким личностям импульсивность, нельзя исключить их совсем [38]. Говоря о генетической составляющей, H.S. Akiskal утверждал, что и аффективная патология, и гипертимный тип личности имеют один и тот же наследственный радикал, относя, таким образом, гипертимию к состоянию, близкому к гипоманиакальному [39, 40]. Также автор, усовершенствовав классификацию аффективных расстройств, среди вариантов течения БАР выделил БАР I — «цветущую» манию (full-blown), которой именовал фазу подъема у личностей гипертимного круга [41–43], и БАР IV — гипертимическую депрессию, т.е. депрессию, развивающуюся у гипертимной личности, относя ее к «псевдо-униполярным» состояниям [12].

А.С. Аведисова и соавт., описывая типологию смешанных депрессий (2012–2014), выделили депрессии со скачкой идей, указав, что у пациентов этой группы в преморбиде отмечаются преимущественно гипертимные черты (активность, энергичность, приподнятый фон настроения, общительность, открытость) [44–48].

K.N. Fountoulakis, X. Gonda и соавт. (2016) в своей работе, посвященной изучению роли темперамента в развитии расстройств аффективного спектра, отмечали, что личностные особенности могут выступать

в качестве связующего звена между генетической предрасположенностью и клиническими проявлениями. Говоря о гипертимии, авторы указывали на высокую вероятность развития у таких личностей биполярного расстройства I типа (с преобладанием мании) [49].

Таким образом, многие исследователи, несмотря на принадлежность к разным психиатрическим школам, пришли к выводу, что личности с ярко выраженными гипертимными чертами предрасположены к БАР, причем большинство ученых указывает на вероятность формирования БАР с превалированием смешанных или маниакальных (гипоманиакальных) состояний.

ФОРМИРОВАНИЕ ВЗГЛЯДОВ НА ГИПЕРТИМИЮ КАК ЕДИНЫЙ КОНТИНУУМ ТЕМПЕРАМЕНТА/ ЛИЧНОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ

Большое число выдающихся психиатров имели иную точку зрения — гипертимия рассматривалась ими как личностная особенность, не связанная с развитием в дальнейшем аффективной патологии. Так, сангвинический темперамент как вариант личностной патологии впервые упоминает J. Van Deventer (1895), обозначая его «сангвинической неполноценностью» [50].

Ф. Шольц выделял группу психопатологических расстройств в области чувств и относил к ней такие варианты, как «шаловливый ребенок», «спесивый ребенок», «ребенок-эгоист», «тщеславный ребенок», «бедовый ребенок» [51]. При этом шаловливых автор описывал как живых, энергичных, веселых, деятельных, склонных к быстрой увлеченности различными сферами деятельности и такой же быстрой потере интереса к ним. Шольц писал, что данный вариант патологии характера чаще встречается у лиц мужского пола, у девочек же он возникает лишь при условии «отсутствия женского общества». Ф. Шольц отмечал, что в дальнейшем развитие личности зависит от воспитания и окружающей среды, не исключая возможности возникновения психических заболеваний и девиантного поведения.

Гипертимию в рамках личностной особенности рассматривал и K. Schneider [52]. В 1928 г. он выделил 10 типов психопатических личностей, в том числе гипертимов, подразделяя их на два варианта. К первому автор относил уравновешенных, деятельных людей с веселым нравом, добродушных оптимистов, ко второму — возбудимых, спорщиков, активно вмешивающихся в чужие дела. Кроме того, K. Schneider выделял особую группу «безудержных» гипертимов, отчасти соответствующую в современных классификациях эмоционально-неустойчивому и пограничному расстройству личности. K. Schneider считал, что «безудержные» не являются единой группой и составляют, скорее, социологическую, а не психопатологическую категорию. В то же время он писал, что «безудержными» бывают именно гипертимы: из-за своего сангвинического темперамента, тщеславия и оптимизма они легко увлекаются, а негативный опыт ими быстро

забывается. К. Schneider также полагал, что личностные аномалии стоит расценивать исключительно в качестве особенностей характера, указывая, что таких людей «нельзя снабдить диагностическими ярлыками, как болезни и их психические следствия».

В 1957 г. И.Ф. Случевский в своем труде «Психиатрия» разделил все формы психопатий на две группы: сильные, но неуравновешенные и слабые [53]. Гипертимов автор относил к первой группе, подразделяя на циркулярный и эксплозивный варианты. Лиц из группы гипертимно-циркулярных он описывал как склонных к перепадам настроения, поверхностных в суждениях, вспыльчивых, тщеславных, непостоянных. Людей, относящихся к гипертимно-эксплозивной форме, Случевский характеризовал как педантичных, злопамятных, упрямых, склонных к расстройствам настроения в виде «тоски, настолько тяжелой, что в это время они могут покончить самоубийством». Ученый, описывая динамику психопатий, не исключал возможность декомпенсации в виде различных аффективных состояний, а в случае гипертимно-эксплозивного типа — патологического аффекта и патологического опьянения.

Основоположник детской отечественной психиатрии Г.Е. Сухарева (1959) считала, что в основе личностной патологии лежат аномалии развития нервной системы. Ею были выделены три типа аномалий: задержанное (по типу дисгармонического инфантилизма) развитие, искаженное (диспропорциональное) развитие и поврежденное, связанное с поражением нервной системы на ранних этапах онтогенеза [54]. Гипертимные личности, по мнению автора, принадлежат ко второму типу аномалий развития и характеризуются высокой активностью, повышенной жизнерадостностью, немотивированными колебаниями настроения, а также «патологической гневливостью, сварливостью». Среди основных причин возникновения данного варианта личностной аномалии Г.Е. Сухарева указывает наследственную отягощенность.

Выдающийся немецкий психиатр N. Petrilowitsch (1960) выделял два варианта гипертимии: пассивную и экспансивную [55]. При этом, по его мнению, группа экспансивных гипертимиков, описанных им как властные, эгоистичные, склонные к паранойяльным установкам, трудно отграничивается от экспансивных шизоидов.

Г. Груле в труде «Клиническая психиатрия» (1967) характеризовал гипертимов как веселых, благодушных, «импульсивных и неугомонных». Он писал, что дети-гипертимы часто испытывают трудности в учебе, так как «неспособны сосредоточиться», склонны к обманам, девиантному и даже делинквентному поведению [56].

В 1977 г. классификацию акцентуированных личностей разработал А.Е. Личко. В свою классификацию он также включил гипертимический тип, характеризующийся постоянно приподнятым настроением (по типу гипертимии) и повышенным тонусом, неудержимой активностью и жаждой общения, «тенденцией

разбрасываться и не доводить начатое до конца» [57]. Также А.Е. Личко писал, что личности с гипертимной акцентуацией характера не переносят однообразной обстановки, монотонного труда, одиночества и ограниченности контактов, безделья, их отличает энергичность, активная жизненная позиция, коммуникабельность. Среди гипертимных личностей А.Е. Личко выделял несколько подтипов: гипертимно-неустойчивый, гипертимно-истероидный, гипертимно-эксплозивный. Гипертимно-неустойчивый является наиболее частым, для таких личностей характерны жажда развлечений, веселья, рискованных походов, пренебрежение занятиями и работой, частые эпизоды алкоголизации, сексуальные эксцессы и делинквентность, что в конечном итоге может привести к асоциальному образу жизни. Гипертимно-истероидный, по мнению А.Е. Личко, отличается преобладанием таких черт характера, как желание произвести впечатление, «покрасоваться перед другими», пустить «пыль в глаза», склонность к мистификациям, разыгрываемым с большой выдумкой, изобретательностью, артистизмом. Гипертимно-эксплозивный проявляется вспышками раздражения и гнева, что свойственно гипертимам, когда они встречаются с противодействием или терпят неудачи, «становятся особенно бурными и возникают по малейшему поводу». На высоте аффекта может утрачиваться контроль над своим поведением, возникают реакции агрессивного типа, но возможна и аутоагрессия. Несмотря на это, А.Е. Личко упоминал об отходчивости гипертимов, их способности легко прощать обиды, что отличает их от других вариантов личностной патологии. Описывая динамику расстройства, автор утверждает, что некоторые подростки-гипертимы в более старшем возрасте начинают проявлять черты циклоидности.

С.Ю. Циркин в работе «Аналитическая психопатология» (2012) писал о расстройствах личности гипертимного круга, приравнивая гиперимию к хронической гипомании [58]. Он характеризовал гипертимов как высокоактивных во всех сферах деятельности, успешных в обучении прежде всего за счет хорошей памяти, стимулируемой «яркой эмоциональностью». Автором было отмечено, что в детстве гипертимы невосприимчивы к наказаниям, из-за препятствия своим желаниям могут проявлять как вербальную, так и физическую агрессию. Кроме того, у детей с гипертимным расстройством личности практически не бывает страхов, они часто опережают сверстников в психическом и физиологическом развитии. В зрелом возрасте отличительной чертой гипертимов, помимо чрезмерной активности во всех сферах жизни, С.Ю. Циркин называл отсутствие заинтересованности в тесных эмоциональных контактах. Автор рассматривал гиперимию в рамках личностной патологии, указывая на возможность декомпенсации в виде гипоманиакальных и субдепрессивных состояний.

В. Dogan, A. Akyol и соавт., описывая предрасположенность личностей к развитию аффективных состояний (2018), пришли к выводу, что гипертимный

темперамент значительно реже, чем циклотимный, раздражительный и тревожный, ассоциировался с их возникновением [59].

W. Oniszczenko, E. Stanisławiak в своей работе, посвященной установлению взаимосвязи между типом темперамента и склонностью к прокрастинации (2020), полагали, что гипертимный вариант за счет таких характеристик, как живость, выносливость и ритмичность, отрицательно коррелирует с ней, в отличие от циклотимических личностей [60].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в науке исторически сложились две пересекающиеся психопатологические концепции гипертимии, позиционирующие ее как единые континуумы БАР и аффективного темперамента/расстройства личности. В последние годы, благодаря успехам и внедрению биологической психиатрии, появились исследования, подтверждающие структурно-динамическую и патогенетическую целостность гипертимных состояний: японские ученые N. Hoaki, T. Terao, Y. Wang, Sh. Goto, K. Tsuchiyama, N. Iwata (2011) [61], изучавшие нейробиологические показатели гипертимии, в том числе и серотонинергическую функцию, предположили, что гипертимный темперамент может иметь в своей основе серотонинергическую дисфункцию, так же как и биполярное расстройство. В то время как Z. Rihmer и соавт. (2010) [62] предположили возможную связь между гипертимным темпераментом и дофаминергической регуляцией: учитывая, что серотонинергические системы могут по крайней мере частично ингибировать дофаминергическую активность в некоторых областях мозга, более низкая серотонинергическая функция гипертимного темперамента может быть объяснена растормаживанием дофаминергической активности. Представление авторов о гипертимном темпераменте как о предшественнике биполярного расстройства укрепляет представление о непрерывности патогенетических связей между гипертимией в широкой трактовке и биполярным расстройством и подчеркивает, что гипотеза нестабильности может быть применена не только к биполярному расстройству, но и к гипертимному характеру.

Но, несмотря на длительность истории углубления знаний по проблеме гипертимного расстройства, по-прежнему остается актуальным вопрос: действительно ли гипертимия является субсиндромальным течением и/или диатезом БАР? Изучение вариантов динамики и патокинеза гипертимного расстройства, их психопатологического и биологического аспектов внесут вклад в прояснение данной проблемы и ответят на ряд вопросов: возможно ли развитие у гипертимов чисто депрессивных состояний или аффективные фазы всегда несут элементы смешанности; какие варианты психопатологических расстройств могут возникать в структуре аффективных фаз у личности гипертимного круга? Таким образом, патокинез преморбидной

гипертимии остается достаточно перспективным полем для дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Maj M, Akiskal HS, López-Ibor JJ, Sartorius N. Bipolar Disorder, 2002.
2. Akiskal KK, Akiskal HS. The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *J. Affect. Disord.* 2005;85:231–239. DOI: 10.1016/j.jad.2004.08.002
3. Pössl J, von Zerssen D. A case history analysis of the “manic type” and the “melancholic type” of premorbid personality in affectively ill patients. *Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci.* 1990;23:347–355. DOI: 10.1007/BF01734540
4. Johnson SL, Carver CS. The dominance behavioral system and manic temperament: Motivation for dominance, self-perceptions of power, and socially dominant behaviors. *J. Affect. Disord.* 2012;142:275–282 DOI: 10.1016/j.jad.2012.05.015
5. Семке ВЯ. Основы персонологии. М.: Академический проект; Профессиональная психотерапевтическая лига, 2001:473.
Semke VIa. Osnovy personologii. M.: Akademicheskii proekt; Professional'naia psikhoterapevticheskaja liga, 2001:473. (In Russ.).
6. Смулевич АБ. Психопатология личности и коморбидных расстройств. М.: МЕДпресс-информ, 2009. Smulevich AB. Psikhopatologiya lichnosti i komorbidnykh rasstroistv. M.: MEDpress-inform, 2009. (In Russ.).
7. Kraepelin E. Manic Depressive Insanity and Paranoia. Edinburgh: E. & S. Livingstone, 1921.
8. Benazzi F, Akiskal HS. Refining the evaluation of bipolar II: beyond the strict SCID-CV guidelines for hypomania. *J. Affect. Disord.* 2003;73:33–38. DOI: 10.1016/s0165-0327(02)00327-0
9. Angst J. Epidemiologie der Depression: Resultate aus der Zurich-Studie. Depressionen. Therapiekonzepte in Vergleich. Berlin; Heidelberg: Springer Verlag 1993;3–12.
10. Figueira ML, Caeiro L, Ferro A, Severino L, Duarte PM, Abreu M, Akiskal HS, Akiskal KK. Validation of the Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego (TEMPS-A): Portuguese-Lisbon version. *J. Affect. Disord.* 2008;111(2–3):193–203. DOI: 10.1016/j.jad.2008.03.001
11. Akiskal HS, Akiskal K. Cyclothymic, hyperthymic and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders. *Annual Review of Psychiatry.* 1992;11:43–62.
12. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatric Clinics of North America.* 1999;22(3):517–534. DOI: 10.1016/s0193-953x(05)70093-9
13. Незнанов НГ, Коцюбинский АП, Мазо ГЭ. Биопсихосоциальная психиатрия: руководство для врачей.

- Специальное издательство медицинских книг, 2020.
- Neznanov NG, Kocjubinskij AP, Mazo GJe. Biopsihosocial'naja psihiatrija: rukovodstvo dlja vrachej. Special'noe izdatel'stvo medicinskih knig, 2020. (In Russ.).
14. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J. Affect. Disord.* 1998;50:143–151. DOI: 10.1016/s0165-0327(98)00142-6
 15. Angst J. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorder and hypomania. *J. Affect. Disord.* 2003;73:133–146. DOI: 10.1016/s0165-0327(02)00322-1
 16. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, Maj M, Stein DJ, Maercker A, Tyrer P, Claudino A, Garralda E, Salvador-Carulla L, Ray R, Saunders JB, Dua T, Poznyak V, Medina-Mora ME, Pike KM, Ayuso-Mateos JL, Kanba S, Keeley JW, Khoury B, Krasnov VN, Kulygina M, Lovell AM, de Jesus Mar Jair, Maruta T, Matsumoto C, Rebello TJ, Roberts MC, Robles R, Sharan P, Zhao Min, Jablensky A, Udomratn P, Rahimi-Movaghar A, Rydelius P-A, Bährer-Kohler S, Watts AD, Saxena S. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry.* 2019;18(1):3–19. DOI: 10.1002/wps.20611
 17. Akiskal HS, Akiskal KK. In search of Aristotle: temperament, human nature, melancholia, creativity and eminence. *J. Affect. Disord.* 2007;100(1–3):1–6. DOI: 10.1016/j.jad.2007.04.013
 18. Каннабих Ю. История психиатрии. Л.: Государственное медицинское издательство, 1928. Kannabih Ju. Istorija psihiatrii. L.: Gosudarstvennoe medicinskoe izdatel'stvo, 1928. (In Russ.).
 19. Fritze F, Ehrt U, Brieger P. Zum Konzept der Hyperthymie: Historische Entwicklung und aktuelle Aspekte. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 2002;70:117–125. DOI: 10.1055/s-2002-20530
 20. Stark KW. Allgemeine Pathologie oder allgemeine Naturlehre der Krankheit. Auflage Leipzig: Breitkopf und Härtel, 1844.
 21. Wernicke C. Grundriss der Psychiatrie. Leipzig: Thieme, 1900.
 22. Kraepelin E. Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 5. Auflage. Leipzig: Johann Ambrosius Barth, 1896.
 23. Kretschmer E. Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. Berlin: Springer, 1921.
 24. Ганнушкин ПБ. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. М., 1933. Gannushkin PB. Klinika psihopatij: ih statika, dinamika, sistematika. M., 1933. (In Russ.).
 25. Юдин ТИ. Психопатические конституции. М.: Издание М. и С. Сабашниковых, 1926. Iudin TI. Psikhopaticheskie konstitutsii. M.: Izdanie M. i S. Sabashnikovyx, 1926. (In Russ.).
 26. Ziehen T. Zur Lehre von den psychopathischen Konstitutionen. *Charite-Annalen.* 1905;29:279–300.
 27. Пятницкий НЮ. Понимание психопатических конституций и психического дефекта в концепции Т. Циэна. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2016;8:62–69. DOI: 10.17116/jnevro20161168162-69
 28. Pjatnickij NJu. Understanding of psychopathological constitutions and mental defect in the concept of Th. Ziehen. *Zhurnal nevrologii i psikhatrii imeni S.S. Korsakova.* 2016;8:62–69. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro20161168162-69
 29. Leonhard K. Akzentuierte Persönlichkeiten. 2. Auflage. Berlin: Verlag Volk und Gesundheit, 1976.
 30. Руководство по психиатрии: В 2 т. Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина 1983. Rukovodstvo po psikhatrii: V 2 t. Pod red. A.V. Snezhnevskogo. M.: Meditsina 1983. (In Russ.).
 31. Doran CM. The Hypomania Handbook: The Challenge of Elevated Mood, 2008.
 32. Волель БА, Пушкарев ДФ, Нефедьева ИО. Типология гипертимного расстройства личности (аспекты прогноза). *Психиатрия.* 2011;1:14–21. Volel' BA, Pushkarev DF, Nefed'eva IO. The typology of hyperthymic personality disorder (aspects of prognosis). *Psychiatry.* 2011;1:14–21. (In Russ.).
 33. Akiskal HS. Affective temperaments as precursors of mood disorders. Syllabus and scientific proceedings. The 161 Annual meeting of the American Psychiatric Association. Washington, 2008;220.
 34. Akiskal HS. Delineating irritable-choleric and hyperthymic temperaments as variants of cyclothymia. *Journal of Personality Disorders.* 1992;6(4):326–342.
 35. Benazzi F. The problem of the treatment of bipolar-II depression. *Bipolar. Disord.* 2004;6:440–441. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2004.00125.x
 36. Akiskal HS, Hirschfield RMA, Yerevanian BI. The Relationship of Personality to Affective Disorders: A Critical Review. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1983;40:801–810. DOI: 10.1001/archpsyc.1983.01790060099013
 37. Akiskal HS. The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994;89:32–37. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb05815.x
 38. Perugi G, Akiskal HS, Micheli C, Musetti L, Paiano A, Quilici C, Rossi L, Cassano GB. Clinical subtypes of bipolar mixed states: validating a broader European definition in 143 cases. *J. Affect. Disord.* 1997;43:169–180. DOI: 10.1016/s0165-0327(97)01446-8
 39. Vazquez GH, Gonda X, Zaratiegui R, Lorenzo LS, Akiskal K, Akiskal HS. Hyperthymic temperament may protect against suicidal ideation. *J. Affect. Disord.* 2010;127:38–42. DOI: 10.1016/j.jad.2010.04.015
 40. Akiskal HS. Temperament, mood disorder and human nature: toward an integration of psychological medicine and evolutionary biology. *Annals of General Psychiatry.* 2006;5(Suppl.1):S51. DOI: 10.1186/1744-859X-5-S1-S51

40. Benazzi F. Atypical depression with hypomanic symptoms. *J. Affect. Disord.* 2001;75:179–183. DOI: 10.1016/S0165-0327(00)00266-4
41. Akiskal HS. The mixed states of bipolar I, II, III. *Clin. Neuropsychopharm.* 1992;15:1a:632–633. DOI: 10.1097/00002826-199201001-00327
42. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J. Clin. Psychopharmacol.* 1996;16:2:4–14. DOI: 10.1097/00004714-199604001-00002
43. Jovic J, Hinic D, Corac A, Akiskal HS, Akiskal K, Maremani I, Popovic D, Ristic-Ignjatovic D. The development of temperament evaluation of Memphis, Pisa, Paris, and San Diego auto-questionnaire for adolescents (A-TEMPS-A) in a Serbian sample. *Psychiatra Danubina.* 2019;31:308–315. DOI: 10.24869/psyd.2019.308
44. Аведисова АС. Маниакально-депрессивный психоз — биполярное расстройство — аффективный спектр: смена парадигм. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2012;112(11–2):21–28.
Avedisova AS. Manic-depressive psychosis — bipolar disorder — an affective spectrum: a change of paradigms. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2012;112(11–2):21–28. (In Russ.).
45. Аведисова АС, Воробьев РВ. Типология смешанных депрессивных состояний в клинике биполярного аффективного расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2014;114(1):16–25.
Avedisova AS, Vorob'ev RV. Typology of mixed depressive states in bipolar affective disorder. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2014;114(1):16–25. (In Russ.).
46. Аведисова АС, Воробьев РВ. Эволюция концепции смешанных состояний в клинике биполярного аффективного расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2013;113(6):4–10.
Avedisova AS, Vorob'ev RV. Evolution of the concept of mixed states in bipolar disorder. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2013;113(6):4–10. (In Russ.).
47. Аведисова АС, Марачев МП. Клиническая типология атипичной депрессии при биполярном и монополярном аффективном расстройстве. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2012;112(3):18–24.
Avedisova AS, Marachev MP. Clinical typology of atypical depression in bipolar and unipolar affective disorders. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2012;112(3):18–24. (In Russ.).
48. Воробьев РВ. Клиническая типология смешанных маниакальных состояний при биполярном аффективном расстройстве. *Российский психиатрический журнал.* 2014;1:33–42.
49. Vorob'ev RV. Klinicheskaia tipologiya smeshannykh maniakaľnykh sostoianii pri bipoliarnom affektivnom rasstroistve. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal.* 2014;1:33–42. (In Russ.).
49. Fountoulakis KN, Gonda X, Koufaki I, Hyphantis T, Cloninger CR. The role of temperament in the etio-pathogenesis of bipolar spectrum illness. *Harvard Review of Psychiatry* 2016;24(1):36–52. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000077
50. Van Deventer J. Ein Fall von sanguinischer Minderwertigkeit. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.* 1895;55:550–578.
51. Шольц Ф. Ненормальности детских характеров. М., 1893.
Shol'ts F. Nenormal'nosti detskikh kharakterov. M., 1893. (In Russ.).
52. Schneider K. Die Psychopathischen Persönlichkeiten. Leipzig, Wien, 1928.
53. Случевский ИФ. Психиатрия. М.: Медгиз, 1957.
Sluchevskii IF. Psikhiaatriia. M.: Medgiz, 1957. (In Russ.).
54. Сухарева ГЕ. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медгиз, 1959.
Sukhareva GE. Klinicheskie lektzii po psikhiatrii detskogo vozrasta. M.: Medgiz, 1959. (In Russ.).
55. Petrilowitsch N. Abnorme Persönlichkeiten. Basel, NY, 1960.
56. Груле Г, Юнг Р, Майер-Гросс В, Мюллер М. Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 1967.
Grule G, Iung R, Maier-Gross V, Miuller M. Klinicheskaia psikhiatriia. M.: Meditsina, 1967. (In Russ.).
57. Личко АЕ. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983.
Lichko AE. Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov. L.: Meditsina, 1983. (In Russ.).
58. Циркин СЮ. Аналитическая психопатология. М.: Бином, 2012.
Tsirkin SIu. Analiticheskaia psikhopatologiya. M.: Binom, 2012.
59. Dogan B, Akyol A, Memis CO, Sair A, Akyildiz U, Sevincok L. The relationship between temperament and depression in Parkinson's disease patients under dopaminergic treatment. *Psychogeriatric.* 2018;19(1):83–84. DOI: 10.1111/psyg.12366
60. Oniszczenko W, Stanisławiak E. Affective temperaments and procrastination as mediated by emotional reactivity in a nonclinical adult sample. *Current Issues in Personality Psychology.* 2020;8(2):92–99. DOI: 10.5114/cipp.2020.96086
61. Hoaki N, Terao T, Wang Y, Goto S, Tsuchiyama K, Iwata N. Biological aspect of hyperthymic temperament: light, sleep, and serotonin. *Psychopharmacology.* 2011;213:633–638. DOI: 10.1007/s00213-010-1999-0
62. Rihmer Z, Akiskal K, Rihmer A, Akiskal H. Current research on affective temperaments. *Current Opinion in Psychiatry* 2010;23:1:12–18. DOI: 10.1097/YCO.0b013e32833299d4

Сведения об авторах

Чуркина Анна Михайловна, аспирант, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-7453-3155>

E-mail: anna_churkina@outlook.com

Субботская Нелли Викторовна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-0098-6725>

E-mail: snusmi@yandex.ru

Information about the authors

Anna M. Churkina, Postgraduate Student, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-7453-3155>

E-mail: anna_churkina@outlook.com

Nelly V. Subbotskaya, MD, PhD, Cand. of Sci. (Med.), FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-0098-6725>

E-mail: snusmi@yandex.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Чуркина Анна Михайловна/Anna M. Churkina

E-mail: anna_churkina@outlook.com

Дата поступления 30.09.2020
Received 30.09.2020

Дата рецензии 01.11.2020
Revised 01.11.2020

Дата принятия 12.11.2020
Accepted for publication 12.11.2020

Наталия Александровна Мазаева

Nataliya Alexandrovna Mazaeva



В марте 2021 года отмечает свой юбилей известный отечественный ученый, блестящий клиницист, доктор медицинских наук, профессор Наталия Александровна Мазаева. Более пятидесяти лет Наталия Александровна отдала работе в Институте психиатрии АМН СССР (ныне — ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»). Ее научная судьба тесно связана с сотрудничеством с выдающимися отечественными учеными С.Г. Жислиным, А.В. Снежневским, Р.А. Наджаровым, М.Е. Вартаняном и А.С. Тигановым. Наталия Александровна является ярким представителем отечественной психиатрической школы, активно отстаивает и защищает нозологические принципы в диагностике и изучении психических заболеваний, принимая участие во всех заметных событиях психиатрической науки.

Наталия Александровна родилась в семье врачей, что определило ее дальнейший профессиональный путь. После окончания школы обучалась на лечебном факультете 1-го Московского медицинского института

им. И.М. Сеченова (сейчас — Первый Московский медицинский университет им. И.М. Сеченова), затем — в клинической ординатуре и аспирантуре Института психиатрии Академии медицинских наук. После защиты в 1970 г. кандидатской диссертации по теме «Изменения личности при периодической шизофрении» продолжила научную работу, занималась исследованиями эндогенных заболеваний.

В 1983 г. ею была защищена докторская диссертация «Латентная шизофрения (статика и динамика)». Эта блестящая работа до настоящего времени является уникальной и востребованной. Целью исследования являлось изучение наиболее стерто протекающих форм шизофренического процесса, отвечающих понятию латентной шизофрении Э. Блейлера. После защиты докторской диссертации Н.А. Мазаева возглавила созданный в структуре Института психиатрии АМН СССР амбулаторный отдел (впоследствии включенный в Институт профилактической психиатрии на базе Всесоюзного научного центра психического здоровья АМН СССР). Под ее руководством и при научной консультации в тот период были завершены исследования, посвященные изучению психопатологической структуры, динамики и систематики ремиссий при приступообразной шизофрении, проблемам инвалидности, социальной реабилитации и вопросам поиска новых форм помощи психически больным.

После изменения научной тематики структурного подразделения центра, уже почти четверть века — с 1997 г. по сегодняшний день — профессор Н.А. Мазаева успешно возглавляет отдел по изучению проблем подростковой психиатрии. Наталия Александровна отличается высочайшей эрудицией, безукоризненной научной честностью, широтой взглядов. Богатейшим клиническим и научным опытом она неизменно делится с учениками и коллегами. Круг научных интересов Наталии Александровны весьма обширен, он включает исследования факторов риска, инициальных проявлений, особенностей психопатологии и течения психических заболеваний. Ее интересуют возрастная модификация психических нарушений, расстройства пищевого поведения, нарушения психического здоровья при онкологической патологии в детско-подростковом возрасте; роль социально-средовых воздействий,

патоморфоза и гендерной принадлежности в формировании клинической картины болезни, компенсации/декомпенсации психического состояния в период adolescence; прогностические критерии ранней инвалидности, суицидальное поведение подростков. За этот период в научном подразделении института под непосредственным руководством Наталии Александровны защищены посвященные разным аспектам подростковой психиатрии 8 кандидатских и 1 докторская диссертации.

Разные аспекты научной деятельности Наталии Александровны нашли отражение в большом количестве печатных работ. По результатам проведенных научных исследований профессором Н.А. Мазаевой опубликовано более 100 научных статей в отечественных и зарубежных журналах, в том числе главы в руководствах по психиатрии, пособия и методические рекомендации для врачей. Профессором Н.А. Мазаевой совместно с сотрудниками отдела были разработаны новые медицинские технологии, предложены методические подходы к оценке социальных навыков и умений подростков с хроническими психическими расстройствами, составлены

«Карта регистрации социальных навыков и умений подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами», разработаны методические рекомендации «Типология, динамика и коррекция фобических синдромов в структуре психической патологии у подростков».

Наталия Александровна является членом ученого совета и диссертационного совета ФГБНУ НЦПЗ. Деятельность Наталии Александровны также неразрывно связана с многолетней работой в редакционной коллегии журнала «Психиатрия». Неугасающая профессиональная любознательность, высочайшая эрудиция позволяют ей быть в курсе новых отечественных и зарубежных научных разработок, а подлинный исследовательский талант — предлагать собственное оригинальное видение современных проблем и аспектов психиатрической науки.

Коллеги, любящие ученики, редакционный совет журнала от всей души и с самыми теплыми чувствами поздравляют Наталию Александровну с юбилеем и желают ей здоровья, благополучия и творческого долголетия!

Татьяна Александровна Солохина

Tatyana Aleksandrovna Solokhina



8 января отметила юбилей доктор медицинских наук Татьяна Александровна Солохина — заведующая отделом организации психиатрических служб ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», председатель Общественного совета по вопросам психического здоровья при Главном специалисте — психиатре Минздрава России, председатель правления региональной благотворительной общественной организации Центр социально-психологической и информационной поддержки психически больных и членов их семей «Семья и психическое здоровье».

Среди основных направлений научной деятельности Т.А. Солохиной — разработка научно-методических принципов построения современных организационных систем и моделей служб психического здоровья; изучение медицинских, демографических, социальных, экономических и других факторов, определяющих принципы организации и деятельности различных учреждений в системе психиатрической

помощи; определение критериев оценки эффективности комплексного лечения пациентов в учреждениях и организациях различных форм; использование инновационных подходов в обработке данных современных психометрических шкал для оценки состояния пациентов. Большое внимание Т.А. Солохина уделяет вопросам общественной психиатрии — разработке современных технологий психосоциальной реабилитации, обеспечивающих адаптацию пациентов и членов их семей и их реинтеграцию в общество.

Татьяна Александровна окончила Первый Московский медицинский институт им. И.М. Сеченова, в 1979 г. защитила кандидатскую диссертацию, в 2003 г. — докторскую диссертацию на тему «Качество психиатрической помощи: организационные и экономические аспекты». С 1988 по 2017 г. являлась ведущим научным сотрудником, а затем заведующей отделением социально-демографических и экономических проблем психиатрии отдела организации психиатрических служб «Научного центра психического здоровья». С 2018 г. Татьяна Александровна заведует отделом организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ. Профессиональные знания и опыт, организаторские способности и творческая энергия позволили ей разработать и реализовать 13 программ, посвященных совершенствованию психиатрической помощи на муниципальном, региональном и федеральном уровнях; шесть международных программ по проблеме стигматизации в психиатрии, а также по оценке качества психиатрической помощи; осуществить более 20 проектов общественной поддержки.

Татьяна Александровна много лет активно участвует в реализации общественно значимых программ помощи людям с ментальными особенностями, вносит большой вклад в развитие общественного сектора, работающего с пользователями психиатрической помощи. С момента создания РБОО «Семья и психическое здоровье» является главным вдохновителем и организатором многогранной работы по социально-психологической реабилитации пациентов: с 2002 г. — в должности заместителя председателя правления РБОО «Семья и психическое здоровье», с 2019 г. — на посту председателя правления данной общественной благотворительной организации.

За многолетний труд Т.А. Солохина награждена бронзовой медалью ВДНХ СССР (1979), почетной грамотой Российской академии медицинских наук (2004), почетной грамотой Минздравсоцразвития (2008), медалью Международного благотворительного фонда «Меценаты столетия» (2009), имеет благодарность от Комитета Совета Федерации по социальной политике Федерального Собрания РФ (2012), награждена грамотой Комитета общественных связей Правительства Москвы «За активную гражданскую позицию и взаимодействие с Московским домом общественных организаций» (2012), имеет

благодарность Федерального агентства научных организаций (2016).

Татьяна Александровна Солохина — автор около 200 публикаций (в том числе в руководствах, книгах) и ряда методических пособий, много лет является активным членом редколлегии журнала «Психиатрия».

Коллектив ФГБНУ НЦПЗ и редакция журнала «Психиатрия» поздравляют Татьяну Александровну Солохину с юбилеем и желают крепкого здоровья, благополучия, дальнейшей плодотворной работы и профессиональных успехов.

Памяти Аркадия Липовича Шмиловича (23.05.1944 — 16.02.2021)

*In memory of Arcady Schmilovich
(23.05.1944 — 16.02.2021)*



16 февраля 2021 г. ушел из жизни Аркадий Липович Шмилович, врач-психиатр, кандидат медицинских наук, заведующий дневным стационаром психиатрической клинической больницы №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ, президент межрегиональной общественной организации «Клуб психиатров» («Психиатрия: нить Ариадны»), член правления Российского общества психиатров (куратор секции «Общественные организации в психиатрии»), член рабочей группы по здравоохранению Смешанной комиссии по экономическому сотрудничеству между Россией и Нидерландами, депутат Совета Депутатов муниципального округа Котловка города Москвы четырех созывов от партии «Единая Россия».

Аркадий Липович родился в 1944 г., в военное время, когда его семья находилась в эвакуации в Пермском крае, его отец был врачом-психиатром. После учебы в школе рабочей молодежи с 15 лет работал санитаром в Кишиневской республиканской психиатрической

больнице, где приобрел полезный опыт работы в серологической, бактериологической и клинической лабораториях. В 1968 г. окончил лечебный факультет Томского государственного медицинского института (сейчас — СибГМУ). По окончании учебы А.Л. Шмилович остался работать в Томской республиканской психиатрической больнице, являвшейся школой передового опыта в области реабилитации психически больных в соответствии с приказом Министра здравоохранения СССР. Уже в 1970 г. А.Л. Шмилович начал работать заместителем главного врача этой больницы, активно включился в работу по социально-трудовой реабилитации психически больных людей.

В 1977 г. начался трудовой путь А.Л. Шмиловича в психиатрической клинической больнице № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ (ранее психиатрическая больница им. П.П. Кашенко), и вся дальнейшая профессиональная деятельность А.Л. Шмиловича связана с этой больницей. Более 30 лет он работал заместителем главного врача по лечебной работе, затем заведующим медико-реабилитационным отделением, дневным стационаром. А.Л. Шмилович успешно сочетал практическую и научную деятельность, он автор более 70 научных публикаций.

А.Л. Шмилович всю жизнь был беззаветно предан своему делу — реабилитации людей, страдающих психическими заболеваниями. В нашей стране А.Л. Шмилович известен как идеолог и один из руководителей крупных социально значимых проектов, направленных на восстановление психически больных людей, их интеграцию в общество. К числу этих проектов относится ежемесячная газета «Психиатрия: нить Ариадны», которая начала выходить в 2005 г., имела тираж 16 500 экземпляров (формат А3, полный цвет) и распространялась в 30 регионах России, а также в виде дайджестов на английском языке за рубежом. Последние два года «Психиатрия: нить Ариадны» выходит в электронном формате, но не теряет своей значимости, оставаясь важным информационным ресурсом не только для пациентов, но и для специалистов службы психического здоровья.

Нельзя не назвать очень важный, реализованный в школах района Котловка и вузах Москвы проект «Психогигиена, психопрофилактика

и психопросвещение участников образовательного процесса», который начался в 2009 г. и проводится по настоящее время. Одной из его задач является формирование объективного антистигмационного отношения общества к психиатрии и психически больным людям.

С 2010 г. А.Л. Шмилович был главным разработчиком и вдохновителем масштабного Московского фестиваля творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны», позволяющего людям со всех уголков России и из других стран поделиться своим талантом и продемонстрировать свои творческие работы большому кругу зрителей на крупных культурных площадках столицы. С каждым фестивалем расширялась его география и число участников: в 5-м Московском фестивале «Нить Ариадны», состоявшемся в 2018 г., участвовало уже более 10 000 человек из более чем 40 городов нашей страны, а также из 16 зарубежных стран.

Большой вклад с 2014 г. А.Л. Шмилович внес в развитие широкоформатной интернет-радиостанции «Радио “Зазеркалье”», еженедельное вещание которой в прямом эфире с 2014 г. осуществляется инвалидами вследствие психических заболеваний.

Огромное внимание А.Л. Шмилович уделял развитию социально-трудовой реабилитации людей с психическими расстройствами. Он тяжело переживал закрытие лечебно-производственных мастерских, на всех уровнях доказывал, что трудовая реабилитация психически больных людей — это краеугольный камень всей системы реабилитации. В непростое время, когда были практически закрыты все лечебно-трудовые мастерские, им была разработана и реализована модель поэтапной профессиональной реабилитации инвалидов вследствие психических заболеваний. В основе этого проекта лежит задача по созданию условий для приобретения новых профессиональных навыков, восстановления трудоспособности и рационального трудоустройства инвалидов на свободном рынке труда. Опыт работы освещался на 16-м Съезде психиатров России в 2015 г., Национальном конгрессе по социальной психиатрии в 2016 г. и ряде научно-практических конференций. В 2018 г. данный опыт рассматривался в Общественной палате РФ с целью разработки предложений по созданию инфраструктуры подразделений, обеспечивающих профессиональную реабилитацию инвалидов вследствие психических заболеваний.

С 2013 г. А.Л. Шмилович был организатором впервые представленной экспозиции «Психическое здоровье» и в ее рамках масштабных круглых столов на международных выставках передовых реабилитационных технологий «Интеграция. Жизнь. Общество» с проведением в Дюссельдорфе и Экспоцентре на Красной Пресне в Москве. Экспозиция «Психическое здоровье» была представлена с участием общественных организаций, работающих в сфере психического здоровья, психиатрических учреждений Москвы, в которых были внедрены современные и эффективные технологии психосоциальной реабилитации.

А.Л. Шмилович был видным общественным деятелем. Он входил в управляющий совет АНО «Абилимпикс», являлся членом Национального оргкомитета Парадельфийских игр, членом межрегиональной группы по реформированию психоневрологических интернатов г. Москвы. Благодаря принципиальной позиции и настойчивости А.Л. Шмиловича с 2015 г. инвалиды вследствие психических заболеваний участвуют в национальных и международных чемпионатах по профессиональному мастерству людей с инвалидностью «Абилимпикс» и Парадельфийских играх. «Абилимпикс» — это международное движение, которое отвечает за проведение конкурсов профессионального мастерства для людей с инвалидностью и помогает им в трудоустройстве. А.Л. Шмилович гордился тем, что в VI Московском региональном чемпионате «Абилимпикс», проходившем в ноябре 2020 г., на 30 площадках города были зарегистрированы для участия в 35 из 79 профессиональных компетенций 131 человек, являющиеся инвалидами вследствие психических заболеваний, из них 8 человек одержали победу на VI Национальном чемпионате по профессиональному мастерству среди инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в 8 номинациях.

Много времени и сил отдавал А.Л. Шмилович решению проблем простых людей, работая депутатом в муниципальном округе Котловка г. Москвы, но еще больше времени, любви и огромную часть своей души он отдавал людям с психическими заболеваниями, помогая им в сложных жизненных ситуациях. К нему могли в любое время обратиться за помощью его коллеги, друзья, пациенты, их родственники, и всегда А.Л. Шмилович находил способы помочь им в решении порой очень сложных проблем.

А.Л. Шмилович считал, что организованная общественная инициатива, опираясь на государственную поддержку, широкое участие всех звеньев профессионалов психиатрической службы, самих пользователей психиатрической помощи, различных ведомств, достигают большого социального результата, способствуя реализации творческих и иных возможностей людей с особенностями психического развития, формируя иную культуру их социальной активности, повышая их социальные позиции и качество жизни, способствуя их дестигматизации.

А.Л. Шмилович имеет множество наград, среди которых медаль «За освоение целинных земель» (1965 г.); медаль «За трудовую доблесть» в честь 100-летия со дня рождения В.И. Ленина; почетный знак МЗ СССР «Отличник здравоохранения»; бронзовая медаль ВДНХ СССР за участие в Международном симпозиуме «Психиатрическая реабилитация в СССР» (1974 г.); благодарственное письмо Комитета общественных связей правительства Москвы «За активную гражданскую позицию и взаимодействие с Московским домом общественных организаций» (2014 г.); благодарность руководителя Департамента города Москвы «За многолетний добросовестный труд в системе

Московского здравоохранения» (2012 г.); благодарность Совета Федерации Федерального Собрания РФ «За активную деятельность по установлению эффективных коммуникаций между людьми с психическими расстройствами и обществом, а также большой вклад в преодолении социальной стигматизации инвалидов» (2009 г.); почетная грамота правления Российского общества психиатров «За активную работу по внедрению реабилитационных технологий в психиатрии» (2015 г.); диплом Международного конгресса «Психическое здоровье человека в XXI веке» за заслуги в сфере охраны психического здоровья (2016 г.); золотой почетный знак имени Петра Великого «За благородные труды»; диплом «За большой вклад в развитие социального образование и сотрудничество с Российским государственным социальным университетом» (2016 г.); благодарность Департамента здравоохранения правительства города Москвы «За публичное общественное

признание» (2017 г.); лауреат премии Н.А. Островского (2018 г.). А.Л. Шмилович — лауреат премии правительства Москвы в области медицины в 2011 г. за разработку и реализацию комплексной социотерапевтической и антистигматизационной программы реабилитации пациентов с психическими заболеваниями.

А.Л. Шмилович навсегда останется в нашей памяти как выдающийся организатор важнейшего звена психиатрической помощи — социально-трудовой и психосоциальной реабилитации ее пользователей, яркая и уникальная личность, талантливый человек, мудрый учитель и наставник. До последних дней А.Л. Шмилович не прекращал работу, с оптимизмом глядел в будущее, был полон планов, разрабатывал новые проекты.

От имени медицинской общественности редколлегии журнала выражает искреннее соболезнование близким и коллегам А.Л. Шмиловича.

